

Dal 2016 Toscana Medica
è diventata digitale! Si prega di registrarsi:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti



Toscana Medica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI
A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Gestire l'ipercolesterolemia ad alto rischio

G. Casolo, S. Giustini, F. Lena, A. Mugelli, L. Roti, S. Taddei

Allergia alimentare

R. Bernardini

Ambiente e salute

A. Barchielli, E. Chellini, F. Cipriani, P. Gentilini, G. Marchese,
G. Petrioli, L. Tiracorrendo, M.G. Santini, G. Garofalo

Il vissuto sessuale negli studenti di medicina: uno studio fiorentino

A. Cocci, M. Gacci, M. Milanese

N° 5 MAGGIO 2016



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



FARMINDUSTRIA
Linee Guida per
l'Informazione Scientifica
www.it.sgs.com



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Curva dominante,
Vasily Kandinsky,
New York,
Museo Solomon R. Guggenheim.

Anno XXXIV n. 4 - Aprile 2016

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2016 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
<http://www.ordine-medici-firenze.it>
e-mail: toscamedica@ordine-medici-firenze.it



Simone Pancani

Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it



Antonella Barresi

Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>

Stampa
Tipografia il Bandino srl
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- ◆ Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- ◆ Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo un indirizzo email a cui richiederla.
- ◆ Non utilizzare acronimi.
- ◆ **Primo autore:** inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.
- ◆ Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- ◆ Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** L'arte senza pantofole dei Guggenheim
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** Rischi, deontologia e politica
A. Panti

AMBIENTE E SALUTE

- 6** Per un'epidemiologia di comunità
F. Cipriani
- 8** In merito al binomio ambiente e salute
E. Chellini
- 10** Stato della rilevazione dell'incidenza dei tumori in Toscana
A. Barchielli
- 11** Una Piana troppo "piena"
P. Gentilini
- 13** Procedere con giudizio e monitorare attentamente
G. Petrioli
- 14** Condutture di acqua potabile in cemento-amianto. È davvero un rischio?
G. Marchese e coll.

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 19** Gestire l'ipercolesterolemia ad alto rischio
G. Casolo, S. Giustini, F. Lena, A. Mugelli, L. Roti, S. Taddei
- 26** Il colesterolo come rischio: qualche novità che fa dibattere
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 27** Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai Paesi a rischio

QUALITA' E PROFESSIONE

- 17** "Gli errori dei medici li copre la terra": falso! 250.000 decessi all'anno per errore medico.
G. Berni, A. Panti, L. Tonelli
- 33** "AUDIT GRC": riflessioni sull'utilizzo dello strumento a dieci anni dalla sua introduzione
M. Baldari
- 35** A che servono le AFT?
I. Bellini, P. Francesconi, F. Profili
- 39** Mobile learning
M. Masoni, M.R. Guelfi, G.F. Gensini
- 41** Il vissuto sessuale negli studenti di medicina: uno studio fiorentino
A. Cocci, M. Gacci, M. Milanese
- 44** L'età della donna e la riproduzione naturale e assistita
C. Becattini
- 46** Allergia alimentare
R. Bernardini

MEDICINA LEGALE

- 48** Sul "fine-vita": non resta che il silenzio
M. Barni

SANITA' NEL MONDO

- 50** Il sistema sanitario svizzero
G. Maciocco

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 52** L'impegno dei BRICS per la Salute Globale
D. Dionisio

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 55** Il Gatto, nella medicina e nell'arte, fra allegoria, superstizione e magia
Seconda parte (Prima parte nel numero precedente)
M. Fanfani

59 VITA DELL'ORDINE

60 NOTIZIARIO

16 LETTI PER VOI

54 LETTI PER VOI

FEDERICO NAPOLI

L'arte senza pantofole dei Guggenheim

Solomon e Peggy Guggenheim: zio e nipote, con la comune passione per l'arte contemporanea. I due personaggi e le loro collezioni sono i protagonisti della mostra attualmente ospitata nella sale di Palazzo Strozzi e intitolata "Da Kandinsky a Pollock. La grande arte dei Guggenheim". Solomon, facoltoso industriale dell'argento e del rame, grande collezionista, fu il fondatore dell'omonimo museo di New York, realizzato dall'architetto Frank Lloyd Wright, oggi con presenze anche a Berlino e Bilbao. Peggy ne fu la nipote: ereditiera, frequentatrice di salotti, collezionista, gallerista, protettrice di artisti emergenti, presente dal 1948 a Venezia, dove ha abitato a Ca' Venier dei Leoni lungo il Canal Grande, oggi sede della Collezione d'arte che da lei prende il nome.

La mostra fiorentina appare più godibile se si instaurano raffronti fra le opere dei vari artisti presenti, in buona parte di origine europea o discendenti da famiglia europea, quindi qualora trasferiti negli USA protagonisti diretti o indiretti di migrazioni e sradicamenti. Nella prima sala della mostra, tre artisti possono essere indicativi del nuovo corso imboccato dall'arte del Novecento: Theo Van Doesburg assume un atteggiamento razionale impostato su semplici forme geometriche e su colori primari, mentre Max Ernst si affida a suggestioni surrealiste quale frontiera da valicare per esplorare nuovi territori dell'esistenza. A differenza dei primi due, Vasily Kandinsky trova nell'arte un valore spirituale, rappresentato anche da un personale vocabolario fatto di forme e colori dallo specifico significato simbolico. Così, appare chiaro come molta arte del XX secolo abbia lasciato l'interesse per l'oggetto da ritrarre, trasformandosi in una forma espressiva soggettiva e personale (essenziale è l'influenza della psicoanalisi), quindi frantumando, anzi negando, l'universalità dell'arte. Nel proseguo delle sale espositive, Picasso ritrae una figura e la colloca in relazione con lo spazio, Arshile Gorky identifica la prima con il secondo; Duchamp propone lo sberleffo dadaista come metodo espressivo provocatorio nei confronti del pubblico dei "benpensanti in pantofole"; infine, Hofmann, De Kooning e Sam Francis ritrovano l'ordine compositivo nelle proprie opere, un misto di studiata composizione e di spunti occasionali. Diverso è il caso di Jackson Pollock: in lui ritornano echi formali cromatici e operativi dei nativi del Nord America ("Bufalo d'acqua"); in lui riaffiorano echi dalla scrittura automatica dei dadaisti e surrealisti, finanche generiche tracce delle parolibere futuriste, tutto però trasformato in una sorta di vera e propria auto-confessione senza intermediari, secondo una cultura protestante. Opere come "Foresta incantata" appaiono rivelatrici per lo stesso autore, che

con il *dripping* ritrova l'equivalente di certa scrittura di Joyce. L'arte non oggettiva italiana (qualcuno, impropriamente, la potrebbe definire "non figurativa") propone il grande pannello di Consagra, la drammatica suggestione paesaggistica di Burri, il concetto spaziale di Fontana, la tempera "Sbarramento" di Vedova, opere che riflettono la difficile Italia del secondo dopoguerra, ma anche i successivi anni della tensione. Una saletta è dedicata a Peggy, con oggetti di Laurence Vail (primo marito, il secondo fu Ernst), quadri di Moore, Bacon, Tancredi, Jean Cocteau.

Infine, lo spazio dedicato al lettone Mark Rothko, che con il suo impatto visivo punta a solleticare sulla percezione visiva le sensazioni primarie del visitatore; ma anche Frank Stella rappresentante della Optical Art si muove nel medesimo campo di interesse, seppure in modo diverso. Leggeri i mobili di Calder che concretizzano un'arte aperta perché in continua mutazione, contro millenni di arte con un preciso punto prioritario di visuale. E dalla Op alla Pop Art, con Roy Lichtenstein che nel suo grande pannello "Preparativi" (1968) usa il linguaggio grafico/compositivo del fumetto, genere di letteratura popolare presente innegabilmente in ogni abitazione.

Dunque, tanti autori - tra gli altri, Masson, Arp, Klee, Giacometti, Brancusi, Gabo, Dubuffet - una frammentazione di stili, linguaggi, materiali, sensazioni che riflettono l'eterogeneità culturale ed espressiva del nostro contemporaneo: non resta che cercare di sviluppare e dipanare le idee ed in questo la tecnica mista del 1967 "Senza titolo" di Cy Twombly pare riassumere l'intera possibile realtà (esterna, oggettiva; interna, soggettiva).

La mostra è curata da
Luca Massimo Barbero.

**Da Kandinsky a Pollock.
La grande arte dei Guggenheim**

Palazzo Strozzi, fino al 24 luglio
Orario: tutti i giorni 10,00 - 20,00
giovedì 10,00 - 23,00



Ritratto di Frau P. nel Sud
Paul Klee, Venezia,
Collezione Peggy Guggenheim



<http://www.palazzostrozzi.org/mostre/guggenheim/>



AMBIENTE E SALUTE

ANTONIO PANTI

Rischi, deontologia e politica

L'articolo 5 del Codice Deontologico impegna i medici *"a considerare l'ambiente di vita e di lavoro, collaborare con le politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze e, tra queste, i livelli di istruzione e di equità sociale, a promuovere l'adozione di stili di vita salubri, a informare sui principali fattori di rischio; il medico si adopera per favorire un utilizzo appropriato delle risorse naturali per un ecosistema equilibrato e vivibile anche per le future generazioni"*.

A prima vista sembra un'ovvietà più che un obbligo. Qualsiasi medico ha visto l'incremento delle patologie respiratorie e i singoli, le organizzazioni e le società scientifiche lo hanno denunciato, mentre innumerevoli ricerche hanno descritto il rapporto tra inquinamento e malattie respiratorie; oggi il problema dell'inquinamento atmosferico è all'attenzione della società e della politica. I risultati non sono ancora soddisfacenti per la tutela della salute, ma questo è un vasto problema che impegna i cittadini tutti.

I rischi ambientali aumentano con l'esplosiva industrializzazione (anche se molte innovazioni tecnologiche sono più libere da emissioni rischiose). I cittadini, spesso sotto l'influsso di un capitalismo che ha rinunciato alle obbligazioni morali e sfugge alla cosiddetta "responsabilità di impresa", si dividono tra radicali nemici di ogni progresso e soddisfatti e inconsapevoli fautori del benessere qui e ora.

Ci si chiede quale sia il compito dei medici. La cronaca quotidiana ci pone davanti a grandi problemi, dall'amianto all'Ilva, dagli inceneritori alle grandi infrastrutture, dal traffico al rapporto tra industria e agricoltura. Produciamo energia o salvaguardiamo foreste e mari? I medici dovrebbero acquisire dati certi sui rischi primari e sul loro monitoraggio nonché produrre previsioni affidabili sulle conseguenze dannose degli impianti o delle infrastrutture. Sembra facile ma non lo è. Chiunque si occupi di prevenzione o di epidemiologia sa bene quanto sia arduo estrarre dati convincenti, circa l'ipotesi che un certo tipo di tumore sia legato in modo lineare a rischi ambientali. I registri ci danno risposte ma difficilmente soddisfano le esigenze del magistrato, ad esempio sui tempi di esposizione necessari per il

verificarsi della patologia. La difficile conclusione di molti processi lo mostra: meglio risarcire il danno e evitare il penale; dimostrare la colpa "oltre ogni ragionevole dubbio" contrasta con le possibilità conoscitive della scienza.

Ma se è difficile prevedere il passato (il rischio subito) più ardua è la percezione del futuro. Forse certi tipi di tumore aumenteranno a causa delle emissioni di una fonte di nocività. Qual è il *cut off* emissivo? E le moderne tecniche ci garantiscono il rispetto dei limiti? E come calcolare l'incidenza del tumore se oltre che sull'emissione di sostanze nocive dobbiamo considerare i dati sull'esposizione a ulteriori rischi (fumo, alimentazione, altre lavorazioni, obesità e altro) oltre che l'indice di deprivazione della popolazione studiata? I modelli matematici disponibili, la statistica frequentistica, i test di significatività, la previsione bayesiana, l'intervallo di confidenza, ci danno risposte adeguate? La gente vuole certezze per i singoli e la scienza fornisce solo risposte possibiliste per la collettività. Allora si applica il principio di precauzione ma su quali basi oggettive? Siamo certi che non esista altra soluzione che rinunciare al progresso o allo sviluppo? Se produrre senza rischi è impossibile, si può concentrare l'attenzione sulla produzione meno nociva, tendente allo zero. È il compito della tecnologia moderna e il controllo spetta anche ai medici, onde far coincidere la previsione dei danni da produzione con una ragionevole precauzione.

Maneggiare i *big data* non è facile. Quando i valori della convivenza civile, ad esempio salute e lavoro, sono confliggenti, metterli in ordine, cioè decidere quale deve prevalere, spetta alla politica. Che latita, su questo problema, in tutto il mondo. I cittadini non hanno altra scelta che rimettere in moto la politica, onde non far prevalere gruppi decisionali separati. I medici debbono rivendicare il diritto di decidere, mediante le loro organizzazioni, quali dati raccogliere, come valutarli al meglio delle nostre conoscenze e proporsi per un monitoraggio indipendente e per la pubblicazione degli studi, quale che ne sia il risultato.

TM

Toscana Medica dedica una parte di questo numero della rivista ad un problema di grande rilevanza per i cittadini e per i medici: i rischi primari.

Il Codice Deontologico obbliga i medici alla conoscenza e alla valutazione dei rischi primari individuali e collettivi ed a collaborare con le istituzioni per la tutela della salute. I problemi sono di grande complessità sia per la acquisizione di dati precisi ed attendibili sia per la difficoltà di prevederne l'incidenza sul futuro sanitario della popolazione. Tuttavia gli articoli che pubblichiamo dimostrano la possibilità di prendere già decisioni affidabili, fondate su conoscenze epidemiologiche attendibili e che, nel rispetto del principio di precauzione, un attento monitoraggio può essere sufficientemente garantista.

FRANCESCO CIPRIANI

Per un'epidemiologia di comunità

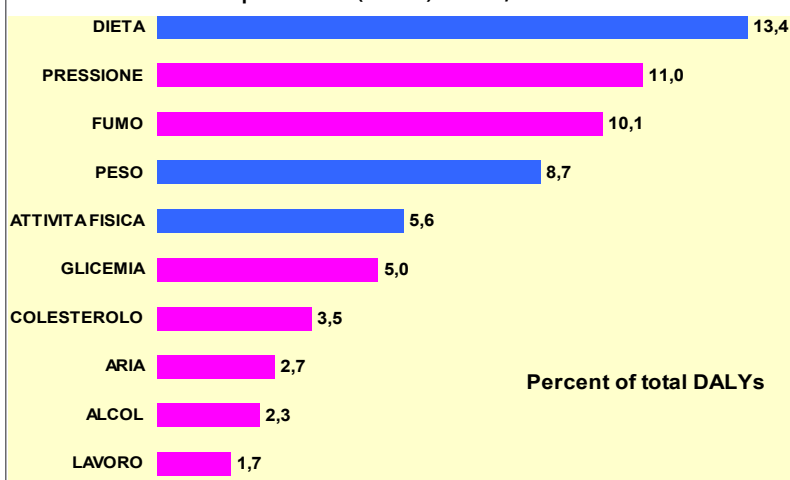
Sono ormai oltre 15 anni che gli epidemiologi dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) monitorano lo stato di salute dei residenti dell'area vasta fiorentina, usando tutte le banche dati disponibili, come quelle sanitarie della Regione Toscana, che comprendono decessi, ricoveri, prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, informazioni sul parto, sull'accesso ai servizi sanitari di emergenza e in generale su tutte le prestazioni che i toscani svolgono all'interno del Servizio Sanitario Regionale. Ma anche usando le banche anagrafiche dei comuni e dell'ISTAT. Con queste informazioni, tra il 2001 e 2006 ARS ha redatto per la Provincia di Firenze la VIS per l'inceneritore di Case Passerini e più recentemente ha valutato l'impatto sanitario dell'eventuale nuova pista dell'Aeroporto Vespucci, orientata in direzione del mare e lunga 2000 m. In entrambi i casi, la valutazione dello stato di salute della popolazione residente nell'area della piana, confrontato con quello di chi risiede nelle zone fiorentine intorno alla piana, ha evidenziato poche criticità, più legate ad alcuni eccessi di ospedalizzazione e ad assai meno di mortalità. Da sempre l'area fiorentina, in generale, ha un profilo di salute migliore di quello regionale. E non sempre è noto nelle giuste proporzioni che l'inquinamento ambientale non è la principale causa dei problemi sanitari dei cittadini, che soffrono molto più a causa del fumo di tabacco, di una dieta poco equilibrata e di eccessiva sedentarietà. Le analisi degli studi avevano messo comunque in luce alcune zone nella piana fiorentina a maggior rischio, in particolare in vicinanza delle strade a maggiore densità veicolare, come la via Pistoiese. E già gli studi della VIS sul nuovo termovalorizzatore avevano evidenziato che in questa parte dell'area fiorentina sono presenti più

fonti contemporanee di pressione ambientale: strade, autostrada, aeroporto, discarica, impianti industriali. Ed era stato evidenziato anche che ci sono circa 6.000 persone, tra residenti e lavoratori, che sono interessati attualmente dai disagi prodotti dagli atterraggi e che godrebbero di indubbi vantaggi dallo



Francesco Cipriani, direttore dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, è medico epidemiologo, igienista, gastroenterologo e nutrizionista.

Contributo dei fattori di rischio agli anni di vita persi per disabilità o morte prematura (DALYS) - Italia, 2010



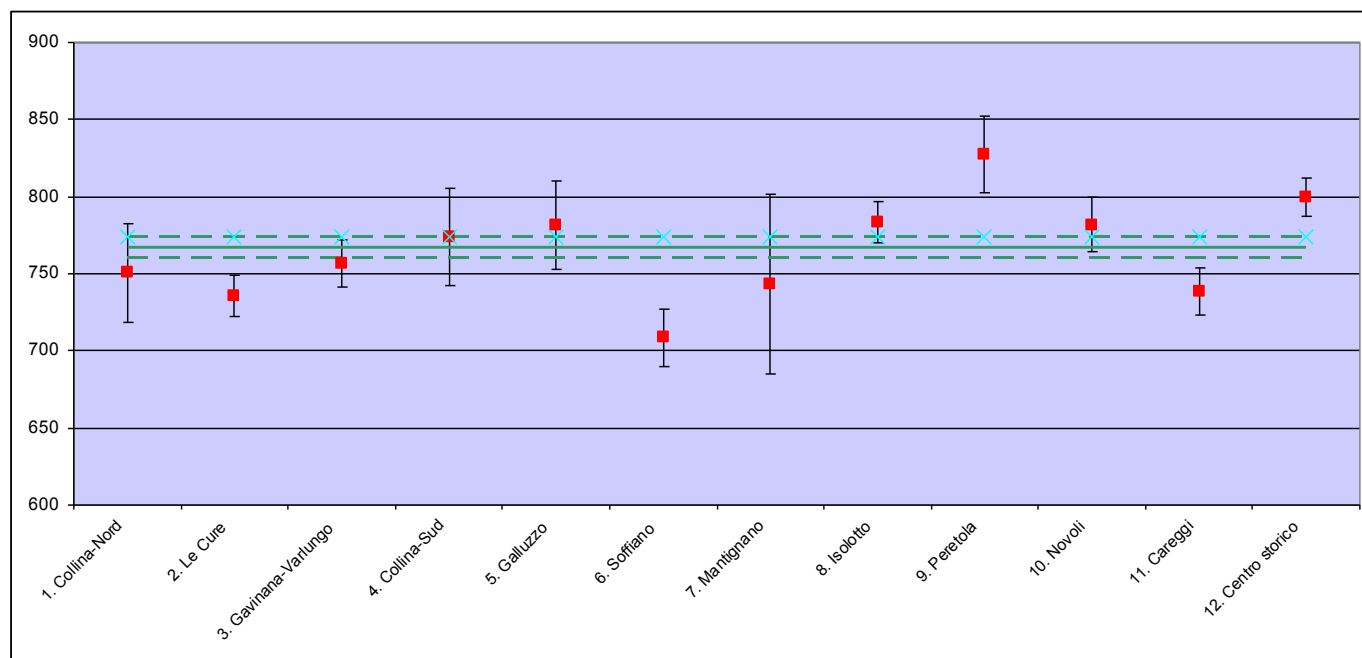
CONCLUSIONI ARS SU INCENERITORE - 2006

A) Eccessi statisticamente significativi di patologie respiratorie nel bambino e nell'adulto localizzati nell'area in esame circostante la via Pistoiese;

B) La localizzazione di Case Passerini mostra una minore numerosità della popolazione residente nella corona più vicina al sito e nessun eccesso significativo di patologie correlabili con inquinamento ambientale;

C) Elevata antropizzazione della macro-area comprendente i 3 siti che suggerisce un programma di riqualificazione ambientale (interventi sulla mobilità, teleriscaldamento e rinaturalizzazione del territorio).

Tassi standardizzati per età di mortalità generale (per 100.000 ab.) per quartieri del Comune di Firenze.
La linea verde rappresenta il valore del Comune di Firenze. Periodo 2000-2012.



CONCLUSIONI SU SALUTE NELLA PIANA

- Poche differenze mortalità Piana/Non Piana
- Qualche criticità in ospedalizzazioni
- Molte delle cause in eccesso sono anche correlate a stili di vita (fumo, alcol, dieta, attività fisica);
- Gli eccessi in ospedalizzazione e non in mortalità fanno pensare a danni biologici presenti, anche se di minore gravità;
- Importanza di entrare nel dettaglio di sub-aree della piana attraverso l'uso delle anagrafi comunali georeferenziate.

ARS TOSCANA

spostamento della pista, che coinvolgerebbe invece circa 200 persone. È naturale perciò che in occasione della valutazione per il termovalorizzatore e per la nuova pista aeroportuale si è a lungo parlato della necessità di riqualificazione ambientale di questa area e dell'opportunità di interventi di mitigazione ambientale. Un'altra recente valutazione di ARS limitata al Comune di Firenze ha confermato che i residenti nel centro storico e quelli del quartiere di Peretola hanno livelli di mortalità più elevati di quelli che vivono in altri quartieri e zone del comune, in parte attribuibile alla maggiore densità di popola-

zione socialmente svantaggiata. Valutazioni sulla salute di chi vive nell'area vasta fiorentina sono state poi recentemente svolte anche da ISPO intorno all'inceneritore di Montale a Pistoia ed a quello di Baciavallone a Prato e l'Asl di Firenze è coinvolta nel monitoraggio della salute di chi vive nell'area dove sorgerà il termovalorizzatore. Dunque, non mancano studi e informazioni sulla salute di chi vive in questa area vasta e non mancano neppure i professionisti esperti in epidemiologia, che in altre regioni, invece, sono meno rappresentati. Per fare un passo in più, adesso servirebbe poter accedere alle informazioni individuali su luogo e durata di residenza dei cittadini che vivono nella piana e che alcuni uffici comunali, anche se non tutti, hanno difficoltà a consegnare. Con questi sarebbe possibile scomporre l'area vasta fiorentina in zone di minori dimensioni geografiche ed anagrafiche, per arrivare a migliori valutazioni sui rischi attuali e sull'impatto della riorganizzazione dell'insieme delle infrastrutture previste per il futuro. Inoltre, in termini strettamente operativi sarebbe di aiuto anche una regia regionale che metta insieme i risultati delle iniziative già svolte dai vari enti ed istituti e coordini le competenze e le informazioni disponibili da subito.

TM

Info: francesco.cipriani@ars.toscana.it

ELISABETTA CHELLINI

In merito al binomio ambiente e salute

Negli ultimi anni è stata posta una sempre maggiore attenzione alle problematiche ambientali e alle loro ripercussioni sulla salute umana. Ciò è da ricondurre sia alla crescita industriale avvenuta in tutti i Paesi ad alto sviluppo economico, compresa l'Italia, sia alla maggiore acquisizione attraverso le nuove tecnologie informatiche di informazioni scientifiche e sanitarie, tra le quali vi sono anche quelle validate da autorevoli organismi quali l'OMS, la IARC, vari Istituti scientifici, ecc.

Sono le sorgenti industriali di inquinamento ambientale ad essere più spesso oggetto di maggiore preoccupazione sia per la popolazione che abita nei dintorni di tali impianti sia per le amministrazioni pubbliche. Le preoccupazioni inoltre aumentano quando si registrano malfunzionamenti con sfioramento delle emissioni autorizzate oppure quando le industrie richiedono e/o sono autorizzate ad un aumento dei prodotti trattati con conseguente possibile aumento delle emissioni. In questi casi le amministrazioni locali, anche su sollecitazione di comitati di cittadini, chiedono alle autorità pubbliche ambientali e sanitarie di verificare se i rischi ipotizzati sono pre-

senti e, in caso di risposta positiva, di identificare la popolazione esposta e gli effetti sanitari che possono essere correlati a tali esposizioni.

È ormai nozione comune che le prime risposte da fornire ad una comunità in ansia devono innanzitutto riguardare l'ipotizzata esposizione attuale a rischio, e solo successivamente avviare studi epidemiologici. Obiettivo prioritario di un'autorità pubblica ambientale e sanitaria deve essere quello di rispondere più sollecitamente possibile e in modo chiaro a tutti i portatori di interesse, seguendo la sequenzialità logica di approccio espressa sinteticamente nella Figura 1. Non appena appurata la presenza di un rischio ambientale con possibili ricadute sanitarie occorre quindi avviare un percorso di intervento per eliminarlo o ridurlo. Anche il percorso epidemiologico di approfondimento può essere avviato ma dato che esamina fenomeni sanitari, è sicuramente secondario all'analisi del rischio ambientale, specialmente poi se riguarda patologie croniche quali i tumori, che per la loro lunga latenza sono da ricondurre a esposizioni avvenute nel passato. Inoltre uno studio epidemiologico deve perseguire ipotesi di associazione ben specifiche, guidate



Elisabetta Chellini, laureata nel 1982 in Medicina e specializzata in Igiene e Medicina Preventiva all'Università di Firenze, è Direttore della SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), dove lavora sin dal 1988. E' da molti anni docente di corsi di laurea e specializzazione presso l'Università di Firenze.

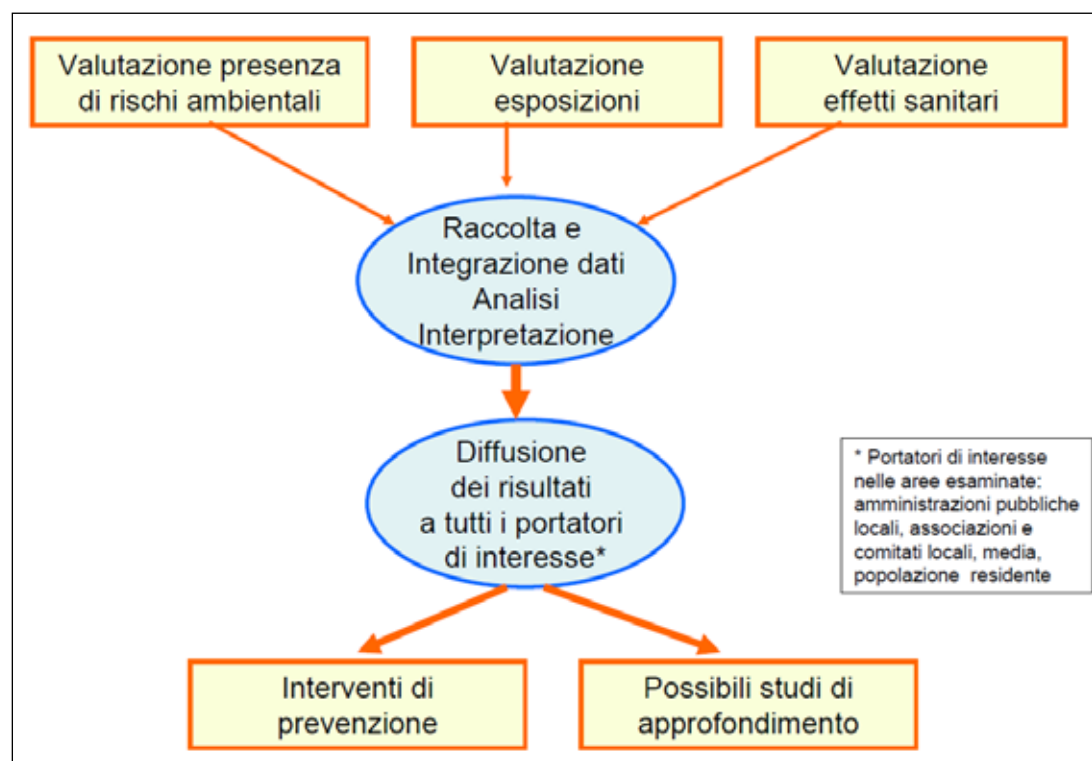


Figura 1 – L'approccio alle problematiche sanitarie ambientali (Fonte: CDC Atlanta, modificato).

COSA SUGGERIRE PER RISOLVERE AL MEGLIO LE CRITICITA' COMUNICATIVE PRESENTI E FUTURE?

- coinvolgere le **molte professionalità necessarie** (epidemiologi, clinici, MMG, operatori sanitari..., statistici, “tecnici dell’ambiente”, ...)
- **massima trasparenza nel lavoro che viene svolto nei confronti di tutti gli stakeholders**
- **disporre di strumenti di garanzia del lavoro che si svolge** (“*Comitati scientifici dei Garanti*”, identificati già negli anni '90 dalle prime linee guida del CDC in tema di studi di cluster)

Figura 2 – Aspetti comunicativi da tenere in considerazione nell'affrontare le tematiche sanitarie ambientali

anche dai dati di letteratura scientifica disponibili.

Nelle situazioni di allarme ambientale inoltre anche la percezione del rischio va considerata attentamente e può essere importante tanto quanto la dimostrazione dell'esistenza del rischio stesso. Particolare attenzione va posta agli aspetti psicologici, a quelli di comunicazione del rischio, al ruolo dei media, e alle eventuali ricadute legali (Figura 2).

In generale gli studi epidemiologici effettuati sinora hanno mostrato che gli effetti sanitari sono da ricondurre a pressioni ambientali solo parzialmente, in larga parte sono spiegati da fenomeni di disuguaglianza sociale: nelle aree industriali risiede solitamente una popolazione di livello socio-economico basso, e presenta esposizioni anche ad altri fattori di rischio (quali ad esempio una maggiore esposizione a fumo ed esposizioni per motivi di lavoro) oltre ad un minore o più difficile accesso alle prestazioni sanitarie.

In ogni caso la diffusione e l'utilizzo crescente

di strumenti tecnologici per la gestione dei dati sanitari pone la necessità di un approccio organico e formalizzato anche delle problematiche sanitarie ambientali in termini epidemiologici. Non abbiamo infatti più le risorse per rincorrere i *cluster* (cioè le aggregazioni insolite dei casi di malattia) che via via vengono evidenziati. Occorre disporre di dati provenienti da sistemi strutturati ed omogenei di sorveglianza epidemiologica in modo da dare rapidamente risposte corrette ai sempre più numerosi allarmi spesso legati a problematiche oncologiche. Il sistema di sorveglianza più accurato e completo non può che essere un registro tumori di popolazione, che in Toscana, dopo una prima sperimentazione di estensione a livello regionale svolta nel 2004, solo recentemente è stato operativamente avviato.

TM

Info: e.chellini@ispo.toscana.it

Sul numero di Aprile è stato pubblicato un articolo dal titolo **Depressione Post Partum: il programma di prevenzione attivato dai Consultori dell'Azienda USL3 Pistoia** (TM 4/2016, pag. 28). Si tratta della presentazione del programma messo a punto dai consultori aziendali in collaborazione con le UO di Ostetricia e Ginecologia dei due presidi ospedalieri per cercare di prevenire un disturbo affettivo frequente ma ancora sottodiagnosticato e che, se non riconosciuto precocemente, può comportare gravi ripercussioni sia sulla salute futura della madre, che sullo sviluppo psicofisico del bambino.

La lista completa degli autori del lavoro è la seguente: Paola Delia Marini (ginecologa, responsabile UF. Consultoriale Valdinievole), Monica Cimatori (ginecologa, responsabile UF. Consultoriale Pistoia), Roberta Leonetti (ostetrica, ospedale Pescia), Monica Pierinelli (ostetrica Consultorio Pistoia), Maria Luisa Niccolai (dir. UO Prof. Ostetricia ASL3 Pistoia), Maria Alberta Capocchi (coord. Area Materno Infantile, Ospedale Pescia), Laura Galardi (psicologa, Consultorio Pistoia), Sabrina Melosi (psicologa, Consultorio Valdinievole), Catia Toci (psicologa, Consultorio Valdinievole).

ALESSANDRO BARCHIELLI

Stato della rilevazione dell'incidenza dei tumori in Toscana

Il Registro Tumori Toscano ha iniziato la rilevazione dei dati di incidenza dei tumori nella prima metà degli anni '80 nell'area delle province di Firenze e Prato. Nel 2004 ha esteso in via sperimentale la rilevazione all'intera Toscana. A causa della legislazione nazionale sulla tutela dei dati personali sono stati interrotti i flussi informativi (in particolare ricoveri ospedalieri - flusso SDO - e referti anatomopatologici - flusso RAP) dopo il 2005. Nel 2013, in relazione anche a modifiche di alcune norme nazionali, la Giunta Regionale Toscana, con la delibera n. 429 del 3/6/2013 ha definito uno schema tipo di convenzione tra Regione Toscana, ISPO e le Aziende sanitarie per le attività connesse alla gestione del registro tumori. Tale delibera ha definito i flussi informativi che le Asl dovevano mettere a disposizione di ISPO per le attività di registrazione dei tumori, le modalità di gestione, anche informatica, dei dati e le procedure da utilizzare per la tutela dei relativi dati personali da adottare da parte di ISPO. Dopo che sono state stipulate tutte le convenzioni, all'inizio del 2015, con il supporto tecnico di ESTAR è iniziata la raccolta dei dati previsti, che al momento attuale è quasi completata, anche se permane ancora qualche difficoltà per recuperare alcuni dati, dovuta al cambiamento organizzativo dei sistemi informativi aziendali e per il *turnover* del personale addetto.

Stato della rilevazione dell'incidenza dei tumori in Toscana e prospettive di sviluppo:

1. Area province Firenze e Prato:

- disponibili dati per il periodo 1985-2008;
- in fase avanzata di preparazione dati per il successivo biennio 2009-2010.

2. Regione Toscana:

- disponibile rilevazione "sperimentale" per l'anno 2004;
- in fase avanzata di raccolta per il periodo 2006-2014 dei flussi informativi indispensabili per la definizione dei casi incidenti; una volta completa la raccolta di tali dati, in particolare per gli anni di calendario più recenti, sarà possibile procedere alla definizione della incidenza su base regionale.

ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI

1. È utile richiamare alcune considerazioni generali sulla frequenza dei tumori, che possono modificare la percezione della popolazione ed anche degli operatori sanitari; ad esempio:
 - 1 uomo su 2, ed 1 donna su 3, si ammalano di tumori (casi entro 85 anni);
 - 1 uomo su 3, ed 1 donna su 6, muoiono per tumori (decessi entro 85 anni);
 - circa il 60% dei pazienti affetti da tumori sono vivi a 5 anni dalla diagnosi, implicando una elevata prevalenza delle patologie oncologiche nella popolazione.
2. Spesso gli allarmi della popolazione in relazione alla presenza di possibili fonti di inquinamento ambientale si focalizzano sui tumori. In realtà le patologie oncologiche, a causa del lungo intervallo temporale che generalmente deve intercorrere tra l'inizio della esposizione e lo sviluppo della malattia, rappresentano un esito di salute valido per valutare le conseguenze di esposizioni, sia ambientali che di altra natura avvenute in un passato anche lontano (esiti a lungo termine); per valutare gli esiti a breve termine e per scopi di sorveglianza di esposizioni in atto esistono altri *outcomes* di salute con breve latenza (ad esempio esiti gravidanza; eventi cardiovascolari acuti; riacutizzazione patologia respiratoria, ecc.).
3. Nella valutazione della relazione ambiente-salute occorrono metodi di studio rigorosi che tengano conto delle difficoltà metodologiche presenti, infatti spesso abbiamo a che fare con:
 - *aree di piccole dimensioni* e quindi una ridotta numerosità della popolazione esposta, che porta spesso i risultati nel campo della incertezza statistica;
 - *esiti* (in campo oncologico) *rari e di complessa definizione diagnostica* (esempio classico le patologie oncologiche del sistema emolinfopoietico); questo secondo aspetto rende conto dell'importanza dei dati dei registri tumori che forniscono dati di affidabile qualità diagnostica, raccolte secondo metodologie validate a livello nazionale ed internazionale.

Queste ed altre difficoltà metodologiche nel



Alessandro Barchielli, laureato in Medicina e chirurgia, specializzato in Medicina del lavoro, in Igiene e medicina preventiva ed in Statistica Sanitaria. Direttore della SOS di Epidemiologia della Azienda Sanitaria Firenze. Consulente dell'Osservatorio Epidemiologico della Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

campo della epidemiologia ambientale portano spesso a risultati incerti ed anche contraddittori tra diversi studi sullo stesso argomento. Di fronte a tutto ciò, nel momento in cui nella medicina clinica si è affermato un approccio *evidence-based*, è però necessario che il ricercatore si sforzi di applicare un approccio scientifico rigoroso, mostrando chiaramente i limiti del

lavoro svolto, senza però rifugiarsi nel soggettivismo del proprio personale punto di vista di cittadino, che antepone opinioni *a priori* a quello dello studioso che applica metodi validati nello studio dei fenomeni.

TM

Info: alessandro.barchielli@ispo.toscana.it



Patrizia Gentilini,
Comitato Scientifico
ISDE Italia

PATRIZIA GENTILINI

Una Piana troppo "piena"

Il 7 marzo presso l'Ordine dei Medici di Firenze si è svolto un incontro sulla situazione della Piana Fiorentina e sui potenziali rischi connessi ai nuovi insediamenti, in particolare all'inceneritore di Case Passerini e all'ampliamento dell'aeroporto. Per noi medici ISDE è importante ricordare che l'ambiente di vita e di lavoro è, secondo l'OMS, il maggior determinante della salute e già nel 2006 l'OMS valutava che il 25% di tutte le patologie nell'adulto ed il 33% nei bambini sotto i 5 anni era attribuibile a cause ambientali evitabili. Purtroppo l'enfasi costantemente posta sul ruolo dello stile di vita può rappresentare, a nostro avviso, un alibi per sminuire i rischi per la salute che si avranno per insediamenti - quali quelle sopra menzionati - frutto di errate scelte politiche, funzionali ad un malinteso senso del "progresso". L'importanza dell'ambiente è ribadita anche nell'ultimissimo Rapporto dell'OMS che evidenzia come una morte su 4 a livello mondiale sia determinata dall'inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo, dalle esposizioni chimiche e dai cambiamenti climatici. Secondo questo Rapporto in Europa, nel 2012, l'esposizione a fattori di rischio ambientale è costata la vita a 1,4 milioni di persone. In particolare per la cattiva qualità dell'aria il Rapporto 2015 dell'UE stima che nel nostro paese vi siano stati ben 84.400 decessi prematuri per i livelli di PM2.5, ossidi di azoto e ozono, ponendoci al primo posto nel continente europeo. Come ben noto la qualità dell'aria è particolarmente scadente in aree fortemente antropizzate e con particolari caratteristiche orografiche quali la pianura padana e la stessa piana fiorentina e qui più che mai bisognerebbe puntare ad un suo miglioramento: quando ciò si verifica - come mostrano gli incoraggianti dati in città degli Stati Uniti in cui sono diminuiti i livelli di PM10, PM2.5, NO2 - si riscontra un significativo miglioramento della funzionalità respiratoria con diminuzione degli attacchi d'asma nell'infanzia. Anche la qualità dell'acqua nel nostro paese desta preoccupazione per la

presenza di pesticidi, di PFOA in Veneto, arsenico ma anche di glifosato, tetracloroetilene e composti alogenati nella piana fiorentina in cui tutti i punti di monitoraggio hanno mostrato una qualità scarsa delle risorse idriche. E proprio nella piana fiorentina con i nuovi insediamenti in progetto (terza corsia della Firenze-Mare, nuovo centro logistico Esselunga, cittadella viola, cementificazione di Castello, nuova area dei Mercati Generali e soprattutto inceneritore di Case Passerini da 190.000 tonnellate di rifiuti l'anno e nuova pista dell'aeroporto di Peretola da 5 milioni di passeggeri) una situazione ambientale già critica non potrà - a nostro avviso - che peggiorare ulteriormente, con conseguente aumento dei rischi per la salute. L'ampliamento della pista (con il 20% del traffico che sorvolerà Firenze) comporterà ovviamente un incremento delle tre grandi categorie di inquinanti ascrivibili al traffico aereo: combustione del kerosene, inquinamento da campi elettromagnetici e inquinamento acustico. Le emissioni prodotte dalla combustione del kerosene (particolarmente consistenti nelle fasi di decollo ed atterraggio) sono simili a quelle generate dalla combustione di altri carburanti fossili quali: Particolato, Monossido di carbonio, Ossidi di Azoto, Biossidi di Zolfo, Ozono, Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA) e Benzene. Numerosissime sono le criticità evidenziate dall'ampliamento della pista, ma soprattutto, come è stato autorevolmente affermato dalla Prof. Vittadini, è risultato gravemente carente lo studio di valutazione di impatto sanitario e a questo proposito ricordiamo che l'incidenza di cancro dal 2000 al 2005 nel Comune di Firenze è nettamente superiore alle aree circostanti. Anche il nuovo inceneritore di Case Passerini - in assenza di incidenti o malfunzionamenti, sempre possibili come l'inceneritore di Montale ha dimostrato a più riprese - darà un contributo non indifferente all'inquinamento in quanto emetterà ogni ora 170.000 Nm3 di fumi. Annualmente si avrà l'emissione in atmosfera di 6,7 tonnellate

- 1°: NON AGGRAVARE UNA SITUAZIONE GIÀ FORTEMENTE CRITICA**
- 2° : EVITARE LA DUPLICAZIONE DI INFRASTRUTTURE GIÀ ESISTENTI, VEDI AEROPORTO DI PISA**
- 3°: ABBANDONARE LA STRADA DELL'ECONOMIA LINEARE**

In pratica si trasformano sempre più velocemente materie prime in rifiuti non riciclabili e inquinamento

Materie prime prodotto commerciale
Energia fossile processo produttivo rifiuti e inquinamento

4°: IMBOCCARE LA STRADA DELL'ECONOMIA CIRCOLARE



di Particolato Totale Sospeso (PTS), 94,2 ton di NO₂, 67,3 ton di CO, nonché 134,6 kg di Hg, idem di cadmio+tallio, 13,5 kg di IPA, nonché 135 mg di diossine. Queste sono le quantità che il proponente (Q-thermo) garantisce di poter rispettare e che coincidono - per i microinquinanti - con i quantitativi consentiti dai limiti di legge, ma va ricordato che esse sono solo una minima parte delle migliaia di sostanze che si formano durante i processi di combustione, il più delle volte neppure identificate. Ricordiamo che - come emerso dallo studio Monitor - l'87% delle polveri emesse da un moderno inceneritore sono PM_{2.5}, quindi le più pericolose: i rischi per la salute a breve e lungo termine per l'inquinamento atmosferico sono ampiamente noti, ma sempre più si sta documentando anche una azione neurotossica per il cervello in via di sviluppo, con incremento di rischio per disturbi dello spettro autistico e di diabete. E proprio per esposizione ad inceneritori è ampiamente documentato anche dalla più recente letteratura un incremento di rischio non solo per patologie tumorali e non tumorali, ma anche per malformazioni, abortività spontanea e nati prematuri come dettagliatamente riportato nel Position Paper dell'ISDE. Mai ci stancheremo di ribadire che l'incenerimento è - da tutti i punti di vista - il peggior modo di trattare i rifiuti ed il simbolo paradossale di una economia "lineare"

basata su estrazione di materie prime, uso di combustibili fossili, produzione di prodotti e manufatti, a loro volta destinati (spesso nel tempo più breve possibile!) a diventare rifiuti. Ci sono Leggi della Natura che non possiamo dimenticare: la materia sul nostro pianeta è qualcosa di "finito" e la vita si è sviluppata grazie ad una fonte esterna, il sole: è quindi a questa fonte inesauribile che dovremmo rivolgerci il più possibile per rendere possibile il proseguimento della vita stessa sulla Terra. Proseguire sulla strada dello spreco di risorse, di incentivazione dei processi di combustione e di energia fossile non è più sostenibile da alcun punto di vista ed iniziare da una corretta gestione dei rifiuti vorrebbe dire fare proprio il primo concreto passo verso quella "economia circolare", in cui le risorse sono continuamente riciclate, si riducono gli sprechi ed è minima la produzione di rifiuti. L'incenerimento inoltre non risolve il problema dei "rifiuti", perché ne riduce solo il volume e da un solo tipo di scarto ne produce altre tre generando ceneri, fumi tossici ed inquinamento delle acque. Anche il recupero di energia termica o elettrica è incomparabilmente inferiore a quello ottenibile con il riciclo dei materiali e va ricordato che la pratica si regge nel nostro paese solo grazie a cospicui incentivi statali. Paradossale appare anche il fatto che il traffico pesante per il trasporto delle ingenti quantità di

rifiuti all'impianto venga considerato "trascurabile". Purtroppo gli inceneritori, una volta costruiti, impediscono l'avvio di una corretta gestione dei rifiuti, a cominciare dalla loro riduzione, come indicano le stesse Direttive della UE, perché, come ebbe a scrivere David Kriebel: *"una volta che questi costosissimi impianti sono stati costruiti, i gestori necessitano di una fonte continua di rifiuti per alimentarli"*. Tutti questi concetti sono dettagliatamente spiegati in una lettera aperta al Presidente Mattarella, sottoscritta da oltre cento medici e ricercatori e dal Comitato Centrale della FNOMCeO. Realtà esemplari esistono nel nostro paese: in Veneto il Consorzio Contarina, che serve oltre 2 milioni di abitanti, raggiunge raccolta differenziata all'85%, una produzione di rifiuto secco non riciclabile di 55 kg annui per abitante, contro i 346 della media italiana ed un costo medio per abitante/anno di 107 euro contro i 175 della

media italiana. Addirittura a Ponte nelle Alpi il rifiuto secco indifferenziato annuo è di soli 28 Kg/abitante, sono stati creati 10 nuovi posti di lavoro grazie a 400.000 euro risparmiati nei costi dello smaltimento e vengono riciclati anche prodotti assorbenti per la persona, con un sistema innovativo. In conclusione rinunciare a costruire inceneritori e ad ampliare l'aeroporto sono le scelte che a nostro avviso andrebbero fatte, in quanto coerenti con la Prevenzione Primaria, tanto cara a Lorenzo Tomatis: *"la Prevenzione Primaria agisce sulle cause delle malattie, prima che queste si manifestino, riducendo l'esposizione delle popolazioni agli agenti tossici e cancerogeni e protegge il ricco come il povero, ma non porta né fama né onori o denari ed è purtroppo negletta ai governi e alle istituzioni"*.

TM

Info: patrizia.gentilini@villapacinotti.it



Giuseppe Petrioli, laureato e specializzato in Medicina del Lavoro ed in Igiene e Sanità Pubblica a Firenze. Ha sempre lavorato nei servizi pubblici di prevenzione. Dirigente di struttura complessa dal 1993 (medicina del lavoro) e direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL 10 di Firenze dal 2001. Fa parte delle commissioni previste dall'art 12 e dall'articolo 6 del D.L.vo 81/2008.

GIUSEPPE PETRIOLI

Procedere con giudizio e monitorare attentamente

È molto importante che l'Ordine abbia ritenuto opportuno organizzare una riflessione sul tema salute – ambiente con particolare riferimento ai possibili problemi della piana. Sarebbe necessario dedicare una analoga iniziativa finalizzata a favorire l'emersione delle malattie professionali, oggi oggetto di una importante sottodiagnosi.

Nel territorio della piana vi sono potenziali fonti di inquinamento (aeroporto, termovalorizzatore e traffico) che possono generare giustificate preoccupazioni nei confronti delle quali è indispensabile fornire una comunicazione chiara, trasparente, corretta e coordinata tra i diversi Enti che hanno competenza in materia.

Il parere favorevole alla realizzazione del termovalorizzatore è stato rilasciato in virtù delle caratteristiche costruttive dell'impianto, delle modalità tecniche di gestione, della conseguente previsione di dispersione di inquinanti e del piano di monitoraggio ambientale sulle emissioni stesse. Per ulteriore garanzia è stato previsto un piano di sorveglianza sanitaria il cui coordinamento è stato affidato alla ASL con oneri economici a carico del realizzatore dell'opera.

Il piano di sorveglianza sanitaria comprende il monitoraggio epidemiologico degli eventuali effetti a breve e lungo termine sulla salute della popolazione ed il biomonitoraggio delle popola-

zioni animali e delle produzioni agroalimentari.

Sorveglianza sulla salute della popolazione: verrà confrontato lo stato di salute della popolazione nei 10 anni precedenti l'avvio del termovalorizzatore con quello degli anni successivi (a distanza di 2, 5 e 10 e 15 anni) con una attenzione agli effetti a breve latenza (esiti riproduttivi avversi), a lunga latenza (tumori, malattie respiratorie croniche) ed a quelli influenzati da esposizione cronica e picchi di esposizione (ricoveri ospedalieri e malattie coronariche).

Biomonitoraggio delle popolazioni animali e delle produzioni agroalimentari: poiché è possibile che gli inquinanti si depositino e accumulino nel suolo per passare successivamente nei vegetali e negli animali da reddito e nelle produzioni derivate (carne, latte e uova) il biomonitoraggio può consentire di rilevare precocemente concentrazioni anche molto basse in maniera continuativa nel tempo e nello spazio con costi contenuti, valutando anche effetti sinergici di contaminanti diversi.

Per condurre tale studio è indispensabile disporre di un "bianco", effettuando le analisi prima dell'avvio del termovalorizzatore. Lo studio interesserà il terreno nel raggio di 3 km, prevedendo analisi anche su un'area di controllo per una durata di 5 anni ed interesserà 7 aziende che allevano ovini e 10 aziende agricole. Le ma-

trici studiate sono suolo, latte ovino, vegetali a foglia larga, acqua di abbeverata e irrigazione, sangue e siero ovino di femmine adulte.

Per quanto attiene il nuovo aeroporto, le notizie fino ad oggi disponibili sono molto meno dettagliate in quanto non è stato ancora presentato un progetto esecutivo ma un *master plan* nei confronti del quale è stato espresso dalla Regione (delibera 1168 del 30/11/2015) un parere favorevole con la richiesta di alcune misure mitigative (potenziamento sistema tramviario e ferroviario, realizzazione terza corsia Firenze – Pistoia, potenziamento attività agricole e di piantumazione, redazione di una valutazione di impatto sanitario che tenga conto di termovalorizzatore ed adeguamento autostradale). In particolare la ASL ha preso atto

che il potenziamento dell'aeroporto si inserisce in una area che già presenta criticità ambientali ed ha richiesto alcuni approfondimenti quali in particolare la valutazione degli effetti sul territorio pratese, gli effetti del rumore notturno, l'impatto del rumore sui recettori sensibili vicini, la valutazione di tutte le sostanze classificate come potenziali cancerogeni da IARC. Una valutazione più completa potrà essere espressa una volta disponibile il progetto esecutivo con la precisa indicazione del traffico aereo previsto, non essendo ovviamente l'impatto ambientale legato alle caratteristiche della pista ma al numero, tipologia e tragitto degli aerei in atterraggio e decollo.

TM

Info: g.petrioli@uslcentro.toscana.it

G. MARCHESE, L. TIRACORRENDO*, M.G. SANTINI*, G. GAROFALO*

Condutture di acqua potabile in cemento-amianto. È davvero un rischio?

Le principali agenzie internazionali (IARC-OMS, EPA-USA e la CCT Nazionale) classificano l'amianto (o asbesto) come sicuro cancerogeno per l'uomo.

Mentre tale pericolo è accertato per esposizioni inalatorie, per le quali viene stabilito un rischio calcolato, non è ancora accertato il pericolo per altre esposizioni, come quella per ingestione.

In Italia, e nel mondo, nei decenni pregressi è stato ampiamente impiegato il cemento-amianto (CA) come materiale per le condutture di trasporto dell'acqua potabile, tanto che tuttora ne esistono e sono in funzione per migliaia di chilometri, così come lo stesso CA è stato impiegato per i contenitori di acqua potabile nelle case.

Quindi si pone il problema se l'acqua così contenuta e/o condotta possa contenere fibre di amianto, e se dette fibre possano esplicare la loro potenzialità cancerogena anche attraverso l'ingestione.

A riguardo esistono una grande quantità di studi, i quali però non hanno portato ancora ad una valutazione definitiva e univoca del problema.

Studi eseguiti negli scorsi decenni negli USA,

in Canada ed in alcuni Paesi nord europei su acque potabili condottate da tubature in CA hanno evidenziato in alcuni casi la presenza di fibre di amianto in concentrazioni variabili da < 1 Milione-fibre-litro (MFL) a > 1MFL.

L'Istituto Superiore di Sanità - ISS in collaborazione con 7 Regioni, pur evidenziando che il fenomeno della contaminazione da amianto delle acque potabili esiste anche in Italia, mostrano che esso ha dimensioni assai inferiori di quelle osservate negli USA e in Canada.

Un'indagine condotta da **ARPAT**, Laboratorio chimica clinica Università di Firenze e Acquedotto di Firenze (oggi Publiacqua) negli anni 1995-96, sulla presenza di fibre di amianto nelle acque potabili condottate, interessanti il 48% dei Comuni toscani e riguardante il 61% del territorio regionale, ha evidenziato la presenza di fibre nel 24% dei campioni, in concentrazioni che non superano mai le 38.000 fibre/litro, ma per la gran parte a concentrazioni inferiori al limite di rilevanza (che è di 1600 f/l), e comunque di alcuni ordini di grandezza inferiori a quelle rilevate negli studi condotti in USA e Canada.



Gaetano Marchese, Dirigente Medico, specialista in Igiene e Med. Preventiva, Sanità Pubblica e Igiene del Lavoro. Dal 1986 lavora in Sanità Pubblica e dal 1995 presso l'AUSL 10 di FI, è referente di Igiene dell'Abitato e Prevenzione dei Rischi Sanitari di origine Ambientale, occupandosi in particolare della valutazione dei rischi negli ambienti di vita indoor e outdoor da agenti fisici e chimici.

* Ufc Igiene e Sanità Pubblica e della Nutrizione Asl 10 Firenze

La presenza di fibre è funzione anche della *aggressività* dell'acqua condottata, intendendo per questa la alcalinità, la concentrazione di carbonato di calcio ed il pH, fattori che condizionano la capacità dell'acqua di sottrarre fibre alla compattezza della conduttura in CA.

Nello studio condotto in Toscana è risultata un'alta aggressività solo in una minima parte (3%) dei campioni.

La concentrazione di carbonato di calcio nell'acqua condottata determina inoltre nel tempo la deposizione all'interno della tubatura di un film protettivo che isola di fatto il CA dal contatto con l'acqua condottata.

È evidente comunque che il progressivo deterioramento dei materiali costituenti le condutture in CA, o le rotture che possono subire, non può che accentuare il fenomeno del rilascio di fibre nell'acqua condottata.

Sostanzialmente irrisolto è però ad oggi, malgrado la pluralità degli studi condotti, il problema se, alle concentrazioni rilevate, l'amianto possa esplicare un'azione cancerogena sull'apparato digerente.

La ricerca di associazione convincente, tra incremento dei casi di neoplasie intestinali e presenza di asbesto nell'acqua potabile, non ha dato finora risposte definitive.

Riguardo alla possibile tossicità dell'amianto assunto per via digestiva, **L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS** non ha diramato alcun aggiornamento sul giudizio espresso nel 1996, aggiornato nel 2003 e nel 2011, e consultabile sul seguente link: http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/asbestos.pdf, le conclusioni sono le seguenti:

"Anche se l'amianto è un noto agente cancerogeno per inalazione negli esseri umani, gli studi epidemiologici a disposizione non supportano l'ipotesi che vi sia un aumento del rischio di cancro associato con l'ingestione di amianto in acqua potabile. Inoltre negli studi su animali con somministrazione di amianto nell'alimentazione, non vi sono evidenze di un'augmentata incidenza di tumori del tratto gastrointestinale. Non vi sono quindi prove convincenti che l'amianto ingerito sia pericoloso per la salute e si conclude che non vi sia alcuna necessità di stabilire Linee guida per l'amianto in acqua potabile."

L'OMS, stigmatizza quindi questa mancanza di correlazione, non indicando la ricerca delle fibre di amianto tra i parametri che caratterizzano la definizione di potabilità delle acque.

Allo stesso modo la legislazione italiana (D Lgs 31/2001) non prevede la ricerca di questo parametro per la definizione di potabilità.

Inoltre, la **Direzione Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS** in data 26/05/2015, in risposta alla richiesta della Regione Toscana di Linee Guida in materia di tu-

bazioni interrante in CA destinate al trasporto di acqua potabile, conclude che:

"...in applicazione dei dettami dell'art. 4(2) a, del D.Lgs. 31/2001 e s.m.i..."

- non esiste un valore limite su base normativa per fibre idro-disperse di amianto. L'esame della letteratura e le più recenti valutazioni dell'OMS indicano infatti che non sussiste necessità di fissare un valore guida sanitario per l'amianto nelle acque destinate al consumo umano, stanti le attuali conoscenze...
- ...non ritiene che, allo stato, sussistano i requisiti di necessità per indicare un valore di parametro per l'amianto nelle acque destinate a consumo ai sensi dell'art. 11(1)b dello stesso decreto diverso da quello già indicato dall'EPA in 7 milioni di fibre/litro;
- ritiene opportuno precisare, sulla base delle conoscenze attuali e delle conclusioni a cui sono giunti enti internazionali di riferimento, che la situazione non deve essere percepita come un rischio imminente per la salute pubblica, né per quanto riguarda l'eventuale dose di fibre ingerita, né per la concentrazione eventualmente trasferita dalla matrice acqua alla matrice aria;
- sottolinea, d'altra parte, l'attenzione alla prevenzione dei rischi da esposizione ad amianto aerodisperso sia dei lavoratori che effettuano manutenzione e/o sostituzione delle tubazioni della rete idrica sia della popolazione generale potenzialmente esposta durante i predetti lavori...
- ...si rende disponibile a supportare i sistemi di gestione idro-potabili per un processo di valutazione di eventuali dati acquisiti nel corso di monitoraggi sul territorio nazionale, al fine di una possibile definizione di valori di riferimento utili ad evidenziare valori anomali su base territoriale. La stessa base dati potrebbe altresì essere condivisa a livello europeo per il medesimo obiettivo."

Del resto la normativa sulla cessazione dell'impiego dell'amianto (L.257/92) non vieta l'utilizzo dei manufatti in CA al momento in opera, comprese quindi le condutture in **Eternit**, prescrivendone la manutenzione e la sostituzione a seconda del grado di deterioramento.

È evidente che la presenza di materiali in CA, specie se a contatto con acqua potabile, rappresenta un rischio potenziale di diffusione ambientale, per aerodispersione, di materiale sicuramente cancerogeno per inalazione, e che le fibre di asbesto veicolate dall'acqua si possono diffondere una volta evaporata l'acqua che le veicola.

Quindi è necessario che **le condutture in CA vengano per quanto possibile sostituite**

tuite con altro materiale idoneo, ma non si ritiene che allo stato attuale la presenza delle condutture in CA per il trasporto dell'acqua potabile rappresenti un problema rilevante di sanità pubblica.

FAQ – Asl Modena

Quali sono i parametri ricercati per definire la potabilità dell'acqua, quali le normative e fra i parametri è prevista la ricerca delle fibre di amianto?

La potabilità dell'acqua è valutata attraverso la determinazione dei parametri elencati nell'Allegato I al Decreto Legislativo 31/2001, attuazione della Direttiva Comunitaria 98/83 CE concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano. Tra questi parametri non è prevista la ricerca delle fibre di amianto in quanto, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, non esiste alcuna prova seria che l'ingestione di amianto sia pericolosa per la salute. Questo concetto è contenuto nelle "Linee guida sulla qualità dell'acqua potabile" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2011); pertanto né l'OMS né l'Unione Europea hanno ritenuto necessario fissare limiti di concentrazione per le fibre di amianto nell'acqua potabile.

2) L'acqua che contiene fibre di amianto è potabile?

L'acqua potabile, oltre a rispettare i limiti previsti per i parametri elencati nell'Allegato I al Decreto Legislativo 31/2001, non deve contenere sostanze in quantità o concentrazioni tali da rappresentare un potenziale pericolo per la salute umana. Sebbene l'amianto ingerito con l'acqua non costituisca un pericolo, è stata valutata la possibilità che l'amianto,

eventualmente contenuto nell'acqua, possa contribuire ad aumentare il livello di fondo delle fibre aerodisperse e quindi il rischio legato alla possibile assunzione per via inalatoria. A questo proposito, esistono indicazioni americane (EPA, Environmental Protection Agency, 2012) che prevedono di non superare il valore di 7 milioni di fibre/litro. In questo ambito di concentrazione l'acqua è potabile.

3) Acqua che contiene fibre di amianto può costituire un problema quando si fa la doccia o si lavano i piatti per la dispersione nell'aria di queste fibre?

Alle concentrazioni comunemente rilevate le fibre di amianto eventualmente contenute nell'acqua non rappresentano un pericolo. Il pericolo di assunzione per via inalatoria potrebbe essere considerato in caso di concentrazioni particolarmente elevate, oltre i 7 milioni di fibre/litro.

4) Le tubature per l'acqua potabile in cemento amianto vanno sostituite obbligatoriamente?

Con l'entrata in vigore della Legge n. 257 del 27/3/92, che detta le norme per la cessazione dell'impiego dell'amianto e per il suo smaltimento controllato, è stato vietato l'utilizzo del cemento-amianto per le nuove strutture senza prevedere l'obbligo di rimozione o sostituzione di quelle esistenti. Il DM 14/5/96 richiama la necessità di valutare lo stato di conservazione dei manufatti in cemento-amianto, per decidere sulla opportunità della loro sostituzione.

TM

Info: maria.grazia.santini@uslcentro.toscana.it

LETTI PER VOI

Il dottorino

Giampiero Ciampi
Sarnus Editore

Non sono pochissimi i colleghi che, giunti alla pensione, si decidono a prendere in mano la penna (oggi il computer) per raccontare la loro vita personale e professionale. Lo ha fatto, con mano leggera e convincente, anche Giampiero Ciampi, già direttore del laboratorio dell'ospedale di Ponte a Niccheri, che ha pubblicato per l'editore Sarnus un libro dal titolo accattivante "Il Dottorino". Il motivo di queste scelte è chiaro. Tutti questi colleghi appartengono a una generazione che ha vissuto sulla propria pelle, assumendosene le difficoltà e le responsabilità, il passaggio da una medicina che a noi pare addirittura arcaica, organizzata con semplicità, poco costosa e scarsamente tecnologica, in cui il paziente era ubbidiente al dottore che, a sua volta, si poteva permettere una certa approssimazione scientifica in cambio, però, di un afflato umano ora assai carente. E questa storia racconta Giampiero, con semplicità e forza; ci riporta la narrazione di una vita in cui il "dottorino", ormai anziano e stimato professionista, non solo ha partecipato all'innovazione tecnica ma ha dato un apporto non secondario a quella scientifica. Non manca, nel racconto, l'intreccio con le vicende personali e politiche, viste da un uomo che si è speso anche per la società. Un libro che i meno giovani leggeranno con piacere riconoscendovi le ansie e le aspirazioni della giovinezza e che i giovani dovrebbero conoscere per comprendere come è nata la medicina moderna e la sanità di oggi.

Antonio Panti



Giancarlo Berni,
coordinatore del settore
Emergenza-urgenza,
Consiglio Sanitario
Regionale della Toscana.

G. BERNI, A. PANTI¹, L. TONELLI²

"Gli errori dei medici li copre la terra": falso! 250.000 decessi all'anno per errore medico

Dimentichiamo il vecchio adagio. Come gli errori dei ricchi, anche quelli dei medici sono coperti dal denaro! E questa è la ragione per cui se ne parla tanto. I giornali ne danno notizia con grande enfasi spalleggiati dalla stampa medica, in questo caso il BMJ, in cui recentemente sono apparsi dati assai gravi. Non osiamo contraddire anche perché si ha l'impressione che le cifre, per quanto più dedotte che puntualmente rilevate, siano vicine al vero. Però qualche perplessità ci resta e vogliamo esternarla.

Intanto manca il denominatore. In Toscana negli ultimi dieci anni gli errori di lato sono stati circa due ogni anno; uno ogni 156.000 interventi chirurgici. I dati del BMJ sono riferiti a tutti gli errori su pazienti ricoverati; quanti sono negli USA ogni anno? E qual è il rapporto tra errori segnalati e richieste risarcitorie? E conosciamo i dati riferiti all'età, alle polipatologie, all'uso di più strumenti complessi, alle condizioni ambientali? Manca l'identikit dell'errore medico, diagnostico o terapeutico. Conosciamo le classificazioni dei possibili "errori", ma non come sono suddivisi i dati.

Comunque questi dati preoccupano, soprattutto se rapportati al nostro sistema. Il numero di italiani deceduti nel 2013 per errore medico potrebbe essere compreso fra 45.000 e 50.000, di cui 2700-3000 toscani. Inoltre si parla di "deceduti" per errore medico, ma gli incidenti non mortali causati dovrebbero essere molti di più. Si ha l'impressione che non ci sia una netta distin-

zione fra gli eventi in un qualsiasi anno "campione". Autori dell'articolo¹ pubblicato sul BMJ sono un docente (M.A. Makary) e un ricercatore (M. Daniel) del Dipartimento di Chirurgia della Johns Hopkins University di Baltimora, che usa verificare preliminarmente quanto i propri docenti intendono pubblicare sotto il nome dell'Università stessa.

Per fare le loro stime gli Autori si sono avvalsi di fonti di informazione differenti: uno studio del 2004 di HealthGrades², una compagnia privata che fornisce informazioni sui fornitori di prestazioni sanitarie. Nello studio si calcola che lo 0,7% di 37 milioni di ricoverati negli anni 2000-2002 è deceduto per eventi avversi connessi alle prestazioni mediche. Poi uno studio del 2010 del Department of Health and Human Service³ che rileva in 838 ricoverati del 2008 l'1,4% di eventi avversi causa di decesso (su un totale di eventi avversi riguardanti il 13,5% dei ricoverati). Infine due pubblicazioni, una del New England Journal of Medicine⁴ che riportava lo 0,6% di eventi avversi letali in 2341 ricoverati negli anni 2002-2007, ed una su un fascicolo di Health Affairs del 2011⁵ che riportava un'incidenza dell'1,1% in 795 ricoveri del 2004.

Ricavare dai 4 lavori una percentuale media di rischio sembra azzardato. È evidente, che rispetto al primo studio (37 milioni di ricoverati) gli altri tre (meno di 4000 ricoverati tutti insieme) rappresentano solo un minimo addendo di una possibile somma. Per quanto riguarda il totale dei decessi USA 2013, il dato è quello riportato

la Repubblica

Data 05-05-2016
Pagina 23
Foglio 1

Usa, più morti per sviste dei medici che per incidenti aerei e overdose

Diagnosi approssimative, farmaci inappropriati e distrazioni dei chirurghi hanno ucciso 250 mila persone nel 2013 diventando la terza causa di decesso

¹ Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze.

² Coordinatore Commissione Emergenza Urgenza del CSR.

nelle "National Vital Statistics"⁶, quasi 3 milioni di decessi, dei quali sono al primo posto i poco più di 600.000 deceduti per malattia cardiovascolare, al secondo i poco meno che 600.000 deceduti per neoplasia, al terzo i circa 150.000 per malattie respiratorie. Sulla base dei calcoli di Makary e Daniel, invece il terzo posto spetta all'"errore medico", ma non è dato sapere in quale categoria sono stati collocati i 250.000 deceduti per questa causa se non accettiamo che questo numero è composto dai morti per errore medico ma ricompresi nelle altre casistiche.

È necessario esaminare con puntualità gli effetti avversi connessi alla pratica medica ma definirne l'esatta causa è spesso arduo e difficile imputarli ad una singola causa; assai spesso si intrecciano età, patologie multiple, molteplici azioni terapeutiche, applicazioni di strumenti e farmaci sul cui uso l'esperienza è limitata, e altre condizioni. Inoltre si deve considerare il ruolo giocato dalle condizioni ambientali. Se si considera l'incidenza delle infezioni crociate ospedaliere, difficilmente si può individuare un chiaro "errore medico" e, se è individuabile, l'amplificazione dovuta alle complicanze infettive diviene spesso preponderante e decisiva per la morte. Se l'allarme provocato dalla stampa ha il positivo effetto di sollevare una coscienza critica e di stimolare la vigilanza, a maggior ragione, nel ricostruire questa disgraziata occorrenza, occorre sempre tenerne presenti le molteplici possibili cause: professionali, ambientali, strutturali e organizzative troppo semplicemente comunicate come errore medico.

Altresì i medici, forse unici tra le professioni, si preoccupano della sicurezza del paziente in una sanità così trasformata dalla tecnologia da incrementarne i rischi. In Toscana molto si è fatto per diffondere la cultura del *management* del rischio. Al contrario l'amministrazione e la magistratura sembrano più volte a condannare il colpevole e a risarcire il danno, mentre l'interesse comune dovrebbe enfatizzare la prevenzione, cioè il miglioramento organizzativo della struttura e individuale del professionista, nonché l'investimento in sicurezza strumentale e impiantistica.

E il personale? In una sanità "tagliata" impietosamente, in cui il *turn over* è bloccato da anni come se le esigenze non aumentassero, un sistema che costringe i professionisti a un lavo-

**Il team che ha condotto
la ricerca: oltre 50 mila
vittime soltanto
dalle piaghe da decubito**

I NUMERI

2.413

OPERAZIONI SBAGLIATE

Tra il 1990 e il 2010,
gli interventi fatti nella
parte sbagliata del corpo

4.857

OGGETTI DIMENTICATI

Soprattutto spugnette,
nelle pance dei malati
dopo le operazioni

27

INTERVENTI INUTILI

I casi in cui sono stati
operati pazienti che non
ne avevano bisogno

ro degno di "tempi moderni", volto ai processi più che agli esiti, affatto dimentico che sicurezza significa rispetto degli standard minimi necessari, spesso i medici lavorano come se a un'orchestra si chiedesse di eseguire una sinfonia in metà tempo. Forse sbaglierebbe anche Toscanini! Inoltre alle carenze organizzative si somma il tempo perso per una fastidiosa e inutile burocrazia. Esser costretti a guardare sempre il computer distoglie dal parlare col paziente. Di fronte a un preteso errore bisogna sempre analizzare il contesto. E dividere il ruolo del giudice (giungere alla verità dopo anni di indagini) da quello del medico di evitare il riprodursi delle condizioni che hanno creato, o quasi, un danno.

C'è un insegnamento? Di fronte al clamore recente possiamo chiederci perché? Non è che anche per l'episodio di Piombino finirà che pagheranno i medici? Talora si ha l'impressione che i medici (e non vogliamo difendere gli sbagli né coprire alcunché) siano un comodo capro espiatorio per le mancanze altrui e cioè un assoluto disinteresse per come funziona o, meglio, dovrebbe funzionare la sanità. E molte cose fanno pensare che gli audit, la *peer review*, il *risk management*, siano pratiche ignote agli altri professionisti, compresi i magistrati, da far supporre che i medici le attuino a proprio rischio e pericolo. Una concreta riflessione sugli errori (che esistono) e sulle responsabilità in sanità sarebbe quanto mai opportuna. E deve cominciare dallo stesso Governo che ha tutto l'interesse alla correttezza delle cure e alla serenità dei professionisti.

TM

Info: giancarloberni@virgilio.it

1 MA Makary e M Daniel. Medical Error- the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

2 HealthGrades quality study: patient safety in American hospitals. 2004. http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/Patient_Safety_in_American_Hospitals-2004.pdf.

3 Department of Health and Human Services. Adverse events in hospitals: national incidence among Medicare beneficiaries. 2010. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>

4 Landrigan CP et Al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med 2010;363:2124-34. doi:10.1056/NEJMsa1004404 pmid:2110579

5 Classen Dm et al. Global "trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff 2011;30:581-9 doi:10.1377/hlthaff.2011.0190

6 Jiaquan X et Al. Deaths: final data for 2013. In: National Vital Statistics Report. 64 (2), 16 Febbraio 2016 http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf



Giancarlo Casolo,
Direttore della
Cardiologia dell'Ospedale
"Versilia", ASL Nord
Ovest.



Saffi Giustini,
medico di medicina
generale a Pistoia,
Commissione Terapeutica
RT.



Fabio Lena,
Direttore del Servizio
farmaceutico della ASL
Sud Est.

G. CASOLO, S. GIUSTINI, F. LENA, A. MUGELLI, L. ROTI, S. TADDEI

Gestire l'ipercolesterolemia ad alto rischio

TOSCANA MEDICA – *L'ipercolesterolemia rappresenta un argomento assai presente sui supplementi Sanità dei quotidiani e nelle trasmissioni di divulgazione medica. Quale è la sua reale importanza in particolare dal punto di vista della trasmissione genetica nelle forme familiari e quale è il suo ruolo nella patologia cronica cardiovascolare?*

TADDEI – L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare, soprattutto a livello coronarico. Questo significa che se riusciamo a tenere sotto controllo i valori plasmatici del colesterolo, aumentiamo il beneficio legato alla diminuzione degli eventi cardiovascolari, sia in termini di prevenzione primaria che secondaria. Dal punto di vista della patogenesi si distinguono essenzialmente due forme di ipercolesterolemia, quella classica poligenica e quella, molto più grave, cosiddetta familiare, a sua volta suddivisa in forme omozigoti ed eterozigoti. La forma omozigote, con valori di colesterolemia che possono raggiungere e superare i 500 mg/dl, è estremamente rara, mentre l'eterozigote si riscontra in una persona su circa 500.

ROTI – Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di morte a livello mondiale, con più di 17 milioni di decessi ogni anno e costituiscono anche in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica, in termini sia di mortalità che di morbosità ed invalidità. Le malattie cardiovascolari possono però essere in gran parte prevenute. Interessante a proposito vedere come a partire dagli anni '70 i tassi di mortalità per patologie cardiovascolari presenti-

no un trend in discesa. Tale fenomeno è attribuibile senz'altro alla diffusione di trattamenti cardiologici farmacologici e strumentali, ma in gran parte consegue al miglior controllo nella popolazione dei fattori di rischio cardiovascolari più rilevanti, in particolare fumo, ipertensione e ipercolesterolemia.

CASOLO – Sebbene qui si parli di ipercolesterolemia il contesto ed il senso che ci interessa riguarda in realtà un parametro (la colesterolemia) i cui valori di riferimento non sono assoluti ma dipendono in realtà dal profilo di rischio cardiovascolare del paziente. Così, valori assolutamente accettabili di colesterolemia in una persona priva di malattia cardiovascolare o senza rilevanti fattori di rischio aggiuntivi non necessitano obbligatoriamente di correzione. Al contrario valori "normali" in un soggetto a rischio diventano target terapeutico. Un discorso a parte merita la ipercolesterolemia familiare, quest'ultima malattia genetica con criteri molto rigidi di riconoscimento dove non si tiene solo conto del valore assoluto di colesterolemia, peraltro aumentato.

TOSCANA MEDICA – *La relazione tra ipercolesterolemia e rischio di eventi cardiovascolari è sempre e comunque lineare oppure esistono altri fattori favorevoli?*

ROTI – Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari. I più importanti sono abitudine al fumo, diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e scarsa attività fisica, oltre a fattori non modificabili quali età, sesso e familiarità.

Possiamo affermare che l'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare una malattia cardiovascolare, dipende dalla combinazione dei diversi fattori di rischio. Proprio sulla base di questi elementi, l'Istituto Superiore di Sanità, ha stilato la cosiddetta carta del rischio cardiovascolare, cioè uno strumento, a disposizione dei medici, costituito da un insieme di tabelle che permettono di calcolare il rischio di subire un primo evento cardiovascolare maggiore (ictus e infarto del miocardio), nei successivi dieci anni, conoscendo sesso, età, colesterolemia, presenza/ assenza di diabete e ipertensione, esposizione tabagica.

TADDEI – La relazione tra livelli plasmatici di colesterolo ed eventi cardiovascolari è lineare, anche se il rischio aumenta esponenzialmente se sono presenti altri fattori di rischio quali il diabete, l'ipertensione arteriosa o l'abitudine al fumo di sigaretta. In questo senso le linee-guida internazionali sostengono che, ad esempio, la presenza anche del solo diabete in associazione con l'ipercolesterolemia aumenta in maniera esponenziale il rischio globale a 10 anni di problematiche di natura cardiovascolare.

TOSCANA MEDICA – *Esiste una relazione lineare anche tra il riscontro di valori normali o inferiori del colesterolo plasmatico e la diminuzione degli eventi cardiovascolari?*

CASOLO – È ormai assodato come esista una relazione lineare tra colesterolemia ed eventi cardiovascolari. Si tratta di una relazione che è influenzata da molteplici fattori alcuni ben conosciuti, altri che attengono al profilo genetico ed alle condizioni ambientali inclusi gli stili di vita. Tuttavia occorre essere consapevoli come la colesterolemia sia un fattore di rischio modificabile e soprattutto come nei pazienti a maggior rischio (quali ad esempio coloro che hanno già avuto un episodio coronarico o cerebrovascolare) sono ormai codificati da anni target obbligati da raccomandare e ottenere per prevenire nuovi eventi.

TADDEI – In linea di massima si può affermare che quando si parla di fattori di rischio molto diffusi a livello di popolazione come appunto il diabete o l'ipertensione arteriosa, intervenire all'interno del range di normalità determina un beneficio clinico relativamente limitato (anche se esiste).

MUGELLI – È indubbio che la riduzione dei livelli plasmatici di colesterolo diminuisca il rischio di eventi cardiovascolari in maniera che dipende dal livello di rischio cardiovascolare globale del singolo paziente: a parità di riduzione dei livelli di colesterolo, il beneficio è maggiore nei soggetti con rischio più elevato.

GIUSTINI – Intendendo, in maniera forse semplicistica, ma comprensibile, per rischio la probabilità di ammalarsi, l'ipercolesterolemia rappresenta senza dubbio un fattore di rischio molto importante. Nell'ambito della medicina generale gli sforzi per ridurre i livelli plasmatici di colesterolo, soprattutto di quello LDL, saranno però scarsamente efficaci se non saranno corretti anche gli altri fattori, cioè se i pazienti non smettono di fumare oppure continuano a non fare attività fisica. Il trattamento dell'ipercolesterolemia deve rientrare in un discorso molto più ampio di vera e propria educazione alla salute.

CASOLO – È bene ricordare che i target indicati dalle linee guida internazionali e nazionali sono, nei pazienti ad elevato rischio cardiovascolare, per lo più impossibili da raggiungere senza farmaci ipolipemizzanti. Concordo assolutamente con Giustini tuttavia che l'intervento farmacologico da solo non sia sufficiente a contenere il rischio di eventi. Tuttavia l'ipercolesterolemia è un fattore di rischio indipendente e potente soprattutto nei soggetti ad alto rischio.

LENA – Concordando pienamente con quanto detto fino ad adesso, vorrei proporre alcune riflessioni basate sull'esa-



Alessandro Mugelli,
Ordinario di Farmacologia
dell'Università degli Studi
di Firenze.



Lorenzo Roti,
Dirigente dei Servizi della
Medicina territoriale della
Regione Toscana.



Stefano Taddei,
Ordinario di Medicina
interna dell'Università
degli Studi di Pisa.

me dei database per così dire amministrativi che illustrano i comportamenti prescrittivi dei medici. In primo luogo se consideriamo i soggetti in prevenzione secondaria, quella quindi con tassi di rischio molto elevati, si nota che circa il 60% di questa popolazione viene trattata con terapie ipocolesterolemizzanti in senso generale meno “potenti” di quanto sarebbe stato ragionevole aspettarsi. D’altro canto si nota però anche il contrario, cioè grandi numeri di soggetti che in prevenzione primaria ricevono terapie molto più “potenti” di quelle che sarebbero state probabilmente sufficienti.

In ultimo vorrei sottolineare il fatto, a mio parere molto rilevante, secondo il quale la continuità di terapia nei pazienti con rischio cardiovascolare, sia moderato che elevato, mediamente a livello regionale si attesta a circa il 50%; questo dato è in accordo purtroppo anche ai dati nazionali.

MUGELLI – I concetti di prevenzione primaria e secondaria sono ovviamente di fondamentale importanza: in prevenzione primaria bisogna comunque evitare la medicalizzazione a tutti i costi di soggetti che potrebbero ottenere ottimi risultati solo modificando le proprie cattive abitudini.

TOSCANA MEDICA – *Fatta salva la considerazione che è sempre bene tenere i livelli di colesterolo sotto controllo, i pazienti non devono essere indotti a credere che la “pillola contro i grassi nel sangue” sia il toccasana che permetta loro di continuare comunque a mantenere stili di vita chiaramente sbagliati. In questo senso di fondamentale importanza appare l’azione dei medici di medicina generale.*

ROTI – Lo stile di vita ha un ruolo importante sulla incidenza di patologie cardiovascolari e, come già detto, l’ipercolesterolemia costituisce soltanto uno dei fattori di rischio modificabili. Il medico di medicina generale, dovreb-

be sensibilizzare i propri pazienti e far comprendere loro quanto uno stile di vita sano possa incidere nella riduzione del rischio cardiovascolare, indipendentemente dalle terapie farmacologiche assunte. Un profilo di basso rischio cardiovascolare fa guadagnare anni di vita, riduce la morbosità coronarica, cerebrovascolare e di molte altre patologie cronico-degenerative, migliora la qualità di vita in età avanzata e riduce il costo dell’assistenza sanitaria. La sfida della prevenzione oggi è pertanto quella di riuscire a raggiungere con programmi di prevenzione strutturati i gruppi di popolazione a basso rischio, quelli della parte bassa della piramide dei bisogni. Ciò è perseguibile attraverso strategie di prevenzione che a partire dal livello di cure primarie sia capace di coinvolgere le risorse professionali e i servizi presenti nei dipartimenti di prevenzione, facendo rete con le risorse di comunità promotrici di cultura e opportunità di salute (es. programmi di attività fisica a tariffe agevolate, in collaborazione con le associazioni sportive e non solo, presenti nei territori). L’attività fisica è un fattore di protezione indipendente e un fattore facilitante ad esempio anche la risposta alle terapie farmacologiche.

L’abitudine al fumo rappresenta infine una fattore di rischio che ancora oggi in Italia non siamo riusciti a combattere efficacemente. La Toscana è una delle regioni con la più alta prevalenza di fumatori, in particolare tra le donne. Attività di counselling brevi presso la medicina generale e miglior funzionamento dei centri antifumo possono essere una risposta efficace.

GIUSTINI – Nonostante gli sforzi dei medici di famiglia, molte volte appare oggettivamente difficile fare cambiare stili di vita a persone che si sono comportate da sempre in una determinata maniera. Senza contare che poi è altrettanto oggettivamente complicato consigliare, ad esempio, l’attività fisica a soggetti che magari per problemi di lavoro o di famiglia proprio non posso-

no dedicarsi con regolarità. In linea di massimo a livello di medicina di famiglia riusciamo ad ottenere qualche miglioramento in termini di diminuzione del peso corporeo e della pressione arteriosa, ma ben pochi risultati positivi si vedono nel campo delle ipercolesterolemie, soprattutto in quelle di origine genetica, per le quali credo che sia da discutere l'approccio farmacologico in prevenzione primaria.

Per quanto riguarda poi la terapia con statine i database della medicina generale dicono che i più grandi ed assidui consumatori sono le donne e le persone anziane, mentre altrettanta *compliance* terapeutica scarseggia proprio in alcune classi di soggetti particolarmente a rischio, come ad esempio i diabetici o coloro che presentano familiarità importante per una condizione di ipercolesterolemia.

MUGELLI – Come per tutte quelle situazioni croniche che sono per lo più asintomatiche, anche per la gestione dell'ipercolesterolemia è fondamentale il rapporto che il medico riesce ad instaurare con il paziente convincendolo della necessità di modificare il suo stile di vita e ad aderire al trattamento prescritto, che non lo farà stare meglio ma che ridurrà la sua probabilità di andare incontro ad eventi cardiovascolari.

TADDEI – Le difficoltà che ricordava prima il dottor Giustini sono reali e difficilmente rimediabili. Però il fatto che le malattie cardiovascolari siano la prima causa di morte al mondo deve assolutamente spronare i medici a fare sempre di più e meglio. Ai propri assistiti con uno o più fattori di rischio tutti i medici devono necessariamente consigliare, o forse sarebbe meglio "prescrivere", di smettere di fumare, di fare attività fisica quotidiana (anche solo mezz'ora ma tutti i giorni), di tenere sotto controllo il peso e l'alimentazione.

Purtroppo dobbiamo però riconoscere che molto spesso i valori di colesterolo di una persona risentono molto della sua

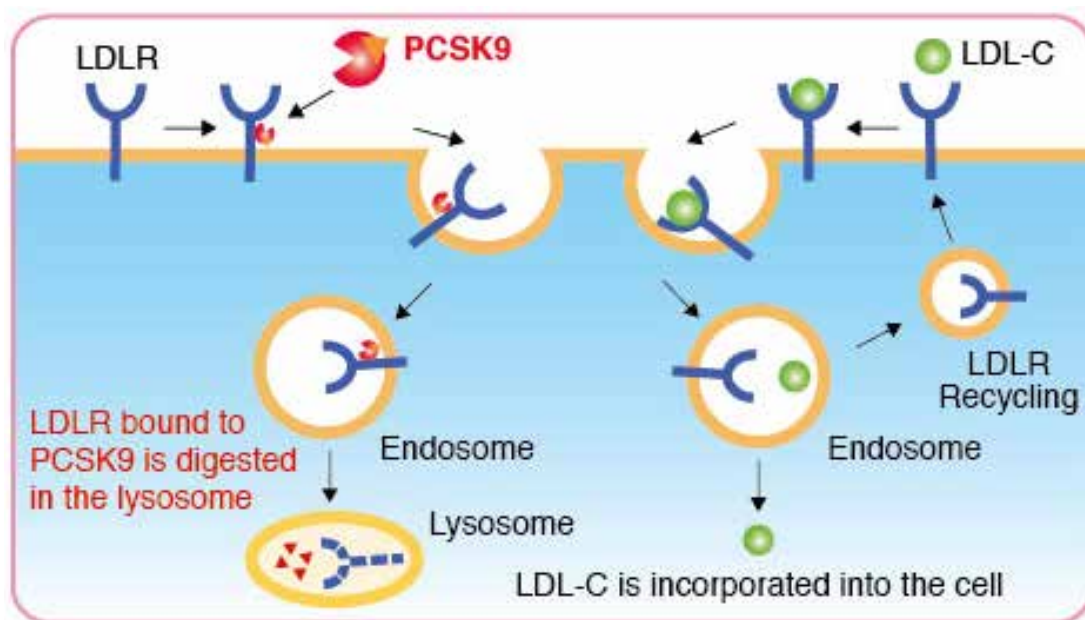
predisposizione genetica ed in questi casi un corretto stile di vita riduce i valori di colesterolemia al massimo del 10% circa.

LENA – Indubbiamente i medici devono fare lo sforzo di comunicare nel miglior modo possibile il proprio messaggio di prevenzione; altrimenti prenderà sempre più spazio l'utilizzo di sostanze come gli integratori alimentari a supposta azione ipocolesterolemizzante che tanta pubblicità stanno ottenendo su giornali e televisioni, anche se questi hanno risultati ovviamente molto ridotti da quelli garantiti ad esempio dalle statine.

TADDEI – Le sostanze ora ricordate sono tutte a carico del cittadino che forse, proprio per il fatto che deve pagarle, inconsciamente le considera migliori delle "medicine" vere e proprie. A questo si associa oggi anche in campo medico un certo ritorno più o meno indiscriminato e parzialmente ingiustificato, al "naturale" ed al "biologico", senza che vi sia alcuna garanzia sulla qualità dei prodotti che vengono distribuiti e soprattutto senza alcuna documentazione scientifica di efficacia.

TOSCANA MEDICA – *Di fronte a queste problematiche, dottor Giustini cosa può fare il medico di famiglia?*

GIUSTINI – Il Chronic Care Model che viene oggi seguito in Toscana direi che in questo settore sta funzionando piuttosto bene. Le patologie croniche, a partire dal diabete che era a suo tempo servito come paradigma di questo tipo di assistenza a livello territoriale, sono oggi gestite dalla medicina generale in collaborazione con altre figure professionali come ad esempio gli infermieri che ci affiancano nel nostro lavoro. In questo modo è possibile dedicare molto più tempo che in passato ad azioni realmente efficaci di educazione sanitaria e di conoscenza approfondita dei pazienti con evidente miglioramento dell'aderenza alle terapie, elemento di indubbia criticità nelle situazioni di cronicità.



CASOLO – Il nuovo progetto di sanità d’iniziativa della nostra Regione molto giustamente, a mio avviso, sta puntando l’attenzione proprio sul controllo del rischio cardiovascolare agendo in modo proattivo su tutta quella costellazione di fattori che compongono il rischio. I pazienti saranno identificati proattivamente e comprenderanno soprattutto coloro che oggi includiamo nella vecchia definizione di prevenzione secondaria. Su costoro verranno disegnati percorsi ed azioni comuni tra Specialisti e Medici di Medicina Generale con l’ausilio di tutte le componenti professionali e non che gravitano attorno a questi soggetti per svolgere azioni coordinate e coerenti con l’obiettivo comune di ridurre gli eventi cardiovascolari.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo adesso la questione della terapia delle ipercolesterolemie. Le statine, da molto tempo caposaldo di indubbio valore, rappresentano ancora oggi il punto di riferimento di questo tipo di cure?*

MUGELLI – Le statine continuano a mantenere ancora oggi la loro importanza, anche se qualche novità si è recentemente resa disponibile. Da qualche tempo è, per esempio, disponibile ezetimibe, molecola in grado di ridurre selettivamente l’assorbimento del colesterolo a livello intestinale. L’associazione di 10 mg/die di ezetimibe con una statina permette di ridurre i livelli di LDL di un valore percentuale che è circa tre volte quello che si otterrebbe raddoppiando il dosaggio della statina (che dà una riduzione del 6%).

Hanno poi ottenuto l’approvazione di FDA ed EMA, anche se sono disponibili sul nostro mercato ma non rimborsati perché in fascia Cnn, alcuni farmaci di nuova concezione con azione sui meccanismi di metabolismo del colesterolo. Lo sviluppo di questi farmaci nasce dall’osservazione nel 2003 che soggetti con mutazioni che comportavano una ridotta funzionalità di una proteina chiamata PCSK9 (proteina chiave nel metabolismo del colesterolo) presentavano bassi livelli di colesterolo LDL. Sono stati pertanto sviluppati degli anticorpi contro questa proteina mimando la situazione fisiologica prima descritta; gli anticorpi monoclonali inibitori della PCSK9 legano specificamente la PCSK9 circolante, neutralizzando la proteina; inibiscono così la degradazione del recettore per le lipoproteine a bassa densità (LDLR) e di conseguenza ne aumentano l’espressione sulla superficie cellulare degli epatociti con aumento della *clearance* del colesterolo LDL e riduzione dei livelli plasmatici

di colesterolo LDL.

Come ben si comprende si tratta di molecole del tutto innovative con meccanismo di azione completamente differente da quelli dei farmaci fino ad oggi impiegati. Sono i primi prodotti biotecnologici (anticorpi monoclonali) che vengono usati in campo cardiovascolare e devono essere necessariamente somministrati per via sottocutanea (ulteriore differenza con gli altri ipocolesterolemizzanti che vengono invece assunti per via orale), ogni quindici giorni e solo in alcuni casi una volta al mese.

Il loro costo è ovviamente molto elevato, dell'ordine di alcune migliaia di Euro all'anno; per questo la selezione dei pazienti a cui poterli somministrare appare di fondamentale importanza. È stato detto che nessun sistema sanitario al mondo potrebbe sopravvivere se venissero utilizzati in tutti coloro che potenzialmente potrebbero trarne giovamento.

CASOLO – Poter disporre di un farmaco non statinico quale l'ezetimibe la cui efficacia è stata recentemente dimostrata su un ampio trial offre finalmente la possibilità di trattare i pazienti non tolleranti alle statine o in cui il target terapeutico non è raggiungibile non privandoli così di indubbi e dimostrati benefici clinici. Sappiamo che ancora troppi pazienti non sono trattati per accertata o probabile intolleranza alle statine e come molti pazienti trattati non raggiungono i target raccomandati.

TADDEI – Parlando di rischio cardiovascolare credo che la selezione dei pazienti dovrebbe riguardare soprattutto le forme di ipercolesterolemia familiare, in particolare quella omozigote. In queste situazioni i nuovi anticorpi monoclonali potrebbero trovare utile indicazione, mentre in tutti gli altri casi probabilmente le statine dovrebbero rimanere i farmaci di prima scelta. In questo senso gli amministratori dei sistemi sanitari devono prestare grandissima attenzione alla valutazione effettiva delle molecole più recenti in termini di riduzione di rischio: decrementi infatti del 5 – 6%

del rischio relativo non hanno praticamente alcun impatto a livello di salute pubblica.

MUGELLI – Tra l'altro non dobbiamo dimenticare che gli studi relativi ai nuovi anticorpi monoclonali ad azione ipocolesterolemizzante sono per adesso di breve durata ed ancora non sono bene conosciuti i loro profili di sicurezza complessiva. Per adesso le indicazioni di EMA e FDA riguardano pazienti intolleranti alle statine e quelli nei quali le statine al dosaggio massimo non riescono a far raggiungere e mantenere i livelli ottimali di colesterolo plasmatico.

LENA – I nuovi farmaci di cui stiamo parlando rappresentano probabilmente una vera e importante innovazione nella terapia delle ipercolesterolemie, soprattutto quelle di natura genetica, sia omo che eterozigote, oltre per la gestione dei soggetti non rispondenti alle statine. Seppure i loro effetti collaterali non siano stati ancora compiutamente chiariti, la loro sicura efficacia clinica diviene decisiva nella valutazione positiva del rapporto costo/beneficio proprio nei casi non diversamente trattabili. Essendo farmaci molto costosi, la selezione dei pazienti deve essere assolutamente rigorosa. In questo senso credo perciò che si debba cercare di chiarire puntualmente cosa si intenda per "ipercolesterolemia familiare" in assenza dell'esecuzione di test genetici.

CASOLO – A questo proposito credo occorra una vigile attesa. Che si tratti di soluzioni straordinarie ed innovative non vi è ombra di dubbio. Laddove utilizzati questi inibitori della proteina PCSK9 ottengono riduzioni del colesterolo LDL pari a circa l'80% dei valori di partenza. Vi sono categorie di pazienti che, se accuratamente selezionati, potrebbero giovare di questi farmaci anche se ad elevato costo. I pazienti che hanno una ipercolesterolemia familiare eterozigote, intolleranti alle statine ad alta efficacia ed alta dose, magari che hanno avuto

uno o più eventi cardiovascolari rappresentano senz'altro un target obbligatoriamente privilegiato di queste soluzioni.

TOSCANA MEDICA – *Anche nel caso di questi nuovi farmaci ci troviamo di fronte al concetto, peraltro non sempre condivisibile, che il “nuovo è sempre e comunque meglio del vecchio”?*

TADDEI – Quello che mi lascia francamente perplesso è che si possa pensare già di sostituire le statine con i nuovi farmaci biotecnologici senza considerare che risultati clinici realmente attendibili sul loro profilo di efficacia clinica non potranno essere acquisiti prima del 2018. Inoltre, gli studi che sono in atto, non prevedono un confronto diretto con le statine, ma solo una terapia “add on” come se si fosse voluto evitare un confronto diretto con le statine che, ancora oggi e verosimilmente per i prossimi anni, continueranno a rappresentare uno strumento formidabile di cura per le condizioni di ipercolesterolemia.

GIUSTINI – Le statine non sono oggi ancora del tutto completamente valorizzate, in termini di correttezza dei dosaggi, di selezione delle popolazioni da trattare e di aderenza alla terapia per lunghi periodi da parte di molti pazienti. Senza dimenticare che in alcuni casi, il medico di MG non dovrebbe sospendere il farmaco come avviene ad esempio in caso di valori plasmatici di CPK o di transaminasi che probabilmente potrebbero essere tollerati dai pazienti senza particolari problemi. Un confronto diretto tra medici di MG e specialisti di differenti settori potrebbe fornire indicazioni chiare e precise sulla gestione quotidiana della terapia ipocolesterolemizzante a base di statine.

ROTI – Condivido quanto dice Giustini circa la possibilità di migliorare l'utilizzo di statine a livello delle cure primarie. Occorre per questo facilitare e rendere

facilmente fruibile da parte del medico di medicina generale la collaborazione e la consulenza del collega medico specialista circa un più appropriato impiego dei farmaci ipocolesterolemizzanti. In Toscana nel 2014 la % di utenti che hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, era pari all'11,6% degli utilizzatori di statine, in diminuzione costante dal 2012 ma ben superiore all'obiettivo regionale dell'8%.

CASOLO – Credo che le statine costituiscano il primo e fondamentale trattamento per ridurre il colesterolo nella stragrande maggioranza dei pazienti che ne hanno indicazione. Sicuramente una maggiore percezione dell'importanza del rispetto dei target a seconda del livello di rischio cardiovascolare presente è fondamentale come anche evitare sospensioni non necessarie magari guidati da disturbi non attribuibili alle statine. Un primo fondamentale passo per quanto concerne il paziente ad elevato rischio cardiovascolare è la consapevolezza che difficilmente dieta, integratori, stili di vita saranno sufficienti a controllare la colesterolemia. Tuttavia dobbiamo anche guardare avanti. Se “lower is better” cioè più bassi sono i valori di colesterolemia minori sono gli eventi cardiovascolari allora dobbiamo guardare con attenzione a ciò che la ricerca clinica ci offre per coloro che già adesso non possono avere accesso alle cure necessarie.

MUGELLI – Molte delle considerazioni fatte dal prof. Taddei e dal dr. Giustini sono affrontate dal documento di consenso che, sotto l'egida della Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), ben quindici Società scientifiche italiane stanno preparando proprio sul percorso diagnostico terapeutico del paziente con dislipidemia, dove si affronta anche il tema della eleggibilità alla terapia con gli inibitori della PCSK9 alla luce della sostenibilità da parte del sistema sanitario.

TM

ANTONIO PANTI

Il colesterolo come rischio: qualche novità che fa dibattere

Ormai non vi è dubbio che il tasso di colesterolo presente ha una relazione lineare con il rischio cardiovascolare del soggetto. È quindi un fattore di grande importanza in quanto si è visto che ridurre il livello provoca un pari beneficio sul numero di eventi cardiovascolari. Quindi affrontare il problema dell'ipercolesterolemia è importante sia in prevenzione primaria che, a maggiore ragione, in quella secondaria. Tutti i medici sanno, e i nostri esperti lo confermano, che questo dato incontrovertibile va inserito però nei diversi fattori di rischio peculiari di ogni singolo caso: il fumo, la sedentarietà, l'alimentazione errata, il potus, lo stress psicofisico, per non aggiungere l'ipertensione e il diabete, fattori diversamente di grande rilevanza. L'ipercolesterolemia poi può essere francamente genetica, omozigote assai più rara e con valori elevatissimi, eterozigote più frequente e meno elevata.

Questo quadro fa immediatamente pensare alla necessità di agire sugli stili di vita. E questo rappresenta uno dei compiti più complessi del medico di famiglia perché, nel poco tempo che l'imperante burocrazia moderna consente di dedicare al malato, è difficile stabilire quella relazione umana che porta al convincimento e alla condivisione degli scopi della cura. Ricordiamo tutti che per quanto sia importante riportare il colesterolo nei valori di base, ciò non basta se non è accompagnato da opportune modifiche degli stili di vita, così come questi, affrontati da soli, non sarebbero sufficienti. Abbiamo oggi farmaci molto importanti per affrontare questo problema: le statine

che forse sono ancora sottousate nella prevenzione degli eventi cardiovascolari. Capita talora che i pazienti si rivolgano ai più vari integratori, ai nutraceutici, ad ogni tipo di fitoterapia con una sorta di approccio fideistico al problema, sicuramente più dannoso che benefico.

È da ricordare infine come la *compliance* del paziente si raggiunga con un lungo lavoro congiunto fra medici ed infermieri, che si esprime al meglio nella medicina di iniziativa. Tuttavia oggi nuovi farmaci si affacciano all'orizzonte con una azione metabolica completamente diversa, quella di favorire il riciclo delle proteine di trasporto del colesterolo. Questi farmaci hanno il vantaggio di essere somministrati sottocute con periodicità mensile o quindicinale e sicuramente portano un grosso miglioramento nei casi di ipercolesterolemia genetica o dove vi sia un fallimento di altre terapie. Il problema, come spesso accade, è il costo di questi farmaci, per cui il rapporto con i benefici deve essere ben chiaro per poterlo usare in modo più ampio. Attualmente i dati a nostra disposizione ci mostrano semplicemente il notevole abbassamento del tasso di colesterolo in queste particolarissime situazioni. Altresì il farmaco è troppo recente perché siano prodotti altri dati di *outcome* non surrogate. È evidente che questo problema è inserito in una delle questioni più grandi della medicina moderna: l'aumento dei costi e delle innovazioni. Il problema vero è capire che cosa sia l'innovazione e quanto sia logico sul piano della sostenibilità abbandonare il vecchio per il nuovo. Quindi la novità c'è: bisognerà aver più dati prima di deciderne l'uso che altresì sembra meritare.

Si ringrazia **AMGEN SRL**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai Paesi a rischio

*Pubblichiamo dell'ampio ed esaustivo documento approvato dal CSR,
le raccomandazioni conclusive.*

RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni vogliono affrontare il tema della prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle **Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)**, prendendo in considerazione le strutture e le figure del SSR della Toscana che possono, durante lo svolgimento del loro lavoro, incontrare donne e minori provenienti da Paesi a rischio MGF.

Le raccomandazioni sono state strutturate dedicando una breve introduzione ad ogni struttura/servizio, alle diverse figure professionali coinvolte ed indicando le azioni da eseguire tenendo conto delle quattro possibili categorie individuate:

1. Donna in gravidanza senza MGF
2. Donna in gravidanza con MGF
3. Donna non in gravidanza senza MGF
4. Donna non in gravidanza con MGF

Le raccomandazioni hanno lo scopo di definire ruoli, compiti ed attività di ogni figura professionale coinvolta, con il tentativo di costruire dei percorsi di cura e prevenzione e momenti di relazione - comunicazione - contatto per garantire la presa in carico integrata delle donne e delle minori provenienti da Paesi considerati a rischio MGF.

Infine, vengono indicate le strutture di riferimento a livello regionale in grado di offrire un supporto completo ad operatori e utenti grazie alla presenza di équipe multidisciplinari. Tali strutture sono:

- il Centro di Riferimento Regionale per le MGF dell'A.O.U. Careggi (**CRR-MGF**);
- il Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e abusi sessuali sulle donne e i minori dell'A.O.U. Careggi (**CRRV**);
- il Servizio Abusi Infanzia Adolescenza dell'A.O.U. Meyer (**GAIA**).

Le raccomandazioni consigliano sempre e fortemente, quando necessario, l'affiancamento di un Mediatore Linguistico Culturale (MLC) e la

distribuzione di materiale informativo cartaceo e multimediale.

I soggetti del servizio sanitario regionale con cui le donne adulte e le bambine interagiscono nei loro percorsi di salute sono diversi. Pertanto occorre declinare il ventaglio delle opportunità di interazione tra questi, affinché siano intercettate appropriatamente le situazioni problematiche e a rischio e individuati gli opportuni canali di invio e presa in carico per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza delle MGF, per la donna adulta e le minori provenienti da Paesi a rischio. Il presente documento individua le opportunità di intervento che questi soggetti possono attivare.

OMISSIS

2. Fattori di rischio

- Provenienza da Paese a tradizione escissoria della donna e/o nel caso di minore della madre e/o del padre;
- Madre e/o sorella/e sottoposte a pratica MGF;
- Partner proveniente da Paesi a rischio.

Altri elementi concomitanti possono essere:

- assenza prolungata ed ingiustificata da scuola;
- prossimità di un viaggio nel paese d'origine a tradizione escissoria.

3. Strutture/servizi e figure professionali coinvolte:

- Consultorio;

- CRR- MGF – A.O.U. Careggi;
- CRRV – A.O.U. Careggi;
- GAIA – A.O.U. Meyer;
- Mediatore Linguistico Culturale (MLC);
- Medico di medicina Generale;
- Pediatra di libera scelta;
- Punto Nascita;
- Servizi sociali / Assistente sociale;
- Tribunale per i Minorenni – Procura della Repubblica;

Per eventuali interventi di supporto si può comunque consultare la rete territoriale di riferimento costituita dalle Associazioni coinvolte, con cui sono concordati opportuni percorsi.

4. Materiale informativo multilingua (depliant):

A supporto dei momenti di *counseling* breve gli operatori dei consultori, dei punti nascita nonché tutti gli operatori coinvolti, avranno a disposizione materiale informativo multilingua (depliant) contenente informazioni sui rischi sanitari (conseguenze e complicanze MGF) e informazioni sulla Legge n. 7/2006 che sanziona le MGF come reato penale. Il depliant viene dato a tutte le donne a rischio MGF.

STRUTTURE/SERVIZI E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:

Consultorio

Il Consultorio si occupa della tutela della salute della donna, in tutte le fasi della sua vita, delle relazioni di coppia e familiari. È stato pertanto individuato come luogo di incontro privilegiato, di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati; quindi come luogo di incontro/informazione con donne provenienti da paesi a rischio.

All'interno della rete consultoriale in Regione Toscana, le Aziende sanitarie hanno individuato i consultori "Principali" ai sensi della DGR 259/2006, all'interno dei quali sono presenti almeno le seguenti figure professionali operanti in équipe: assistente sociale, ginecologo, ostetrica, psicologo e con disponibilità di mediatori culturali.

È opportuno che le Aziende, a seconda del bacino di utenza e in relazione alla provenienza dell'utenza da Paesi a tradizione escissoria, individuino nella rete dei consultori, quelli dove è più opportuno concentrare la competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a rischio, in rete con gli altri soggetti coinvolti. Tali consultori "dedicati" possono essere pertanto indicati come punti di riferimento territoriale, con una particolare formazione rivolta allo specifico delle MGF.

I consultori dedicati si accosteranno alla famiglia attraverso le figure professionali coinvolte per l'attivazione di un "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute" in cui forniranno *counseling* e indicazioni necessarie

per affrontare la problematica MGF, in collaborazione con i mediatori culturali.

L'invio al consultorio "dedicato" (dai punti nascita, dai pediatri e da altri consultori) avverrà tramite appuntamento.

Sono diversi i momenti di contatto in cui le donne possono entrare in relazione con i servizi consultoriali, sia in stato di gravidanza che non.

A. DONNE IN GRAVIDANZA provenienti da Paesi a rischio

I possibili momenti di contatto sono:

- Consegna libretto di gravidanza regionale;
- Corsi Accompagnamento alla Nascita (C.A.N.);
- Controlli e visite in gravidanza;
- Attività in post-partum.

In caso di MGF accertata

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF raccordandosi con il consultorio "dedicato";
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con CRR-MGF c/o AOU-Careggi (anche per eventuale deinfibulazione);
5. si provvede con un invio concordato della donna al punto nascita scelto, per un'opportuna gestione del parto (e per eventuale deinfibulazione);
6. si promuove l'assistenza in post-partum tramite l'offerta attiva e proposta di recall;
7. nel post-partum si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
8. nel post-partum si consulta e si attiva la rete T/H tramite raccordo con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati se non effettuato prima;
9. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

1. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si provvede ad una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si procede ad un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

4. si promuove l'assistenza in post-partum tramite offerta attiva e proposta di recall;
5. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati;
6. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

B. DONNE NON IN GRAVIDANZA provenienti da Paesi a rischio

In caso di MGF accertata

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale peggiora deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR-MGF c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti cercando di provvedere ad un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

In caso di contatto con i servizi consultoriali, per altre tipologie di richiesta, si presta attenzione al paese di provenienza, con consegna di materiale informativo se la donna proviene da un Paese a rischio.

1. si registra il dato di provenienza;
2. si procede ad una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si provvede ad un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

Punto Nascita

A. DONNE provenienti da Paesi a rischio

Si registra all'accettazione sulla cartella (cartacea e informatizzata) il Paese di provenienza e alla visita il dato (presenza/assenza MGF e tipo, presenza/assenza di complicanze, eventuale peggiora deinfibulazione).

In caso MGF accertata

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si consulta e si attiva raccordo con CRR c/o AOU-Careggi per un'eventuale presa in carico della donna (vd. paragrafo dedicato);
3. si promuove l'assistenza in post-partum all'interno del "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato al consultorio dedicato;
4. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
5. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il Paese di nascita della madre e del padre e, nella parte relativa ai "problemi sanitari di rilievo nei familiari" si inserisce la presenza di MGF nella madre e/o in eventuali sorelle.

In caso di MGF non accertata

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si promuove l'assistenza in post-partum al consultorio al fine di una valutazione per l'eventuale inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
3. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
4. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il Paese di nascita della madre e del padre.

Pediatra

Il pediatra di libera scelta svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata con corretta compilazione della cartella di dimissione/libretto pediatrico da cui si evincono le condizioni di rischio della neonata, il pediatra:

1. consegna materiale informativo su MGF alla madre e fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. si accerta che la madre sia inserita in un percorso di presa in carico post-partum e si raccorda con il consultorio prendendo l'appuntamento in caso di donna con MGF. In ogni caso promuove l'assistenza per le donne in post-partum nel consultorio attraverso consegna dei riferimenti;
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata;
4. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati e con il Servizio sociale territoriale; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd. paragrafo dedicato).
5. Se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di minore non proveniente dal punto nascita

Se la minore non proviene direttamente dal punto nascita o è arrivata tramite ricongiungimento familiare o adozione, il pediatra compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della minore e/o dei genitori**.

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF ai genitori e procede ad una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale, precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" attivato nel consultorio); in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd paragrafo dedicato);
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenze prolungate;
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

Medico di medicina generale

Il medico di famiglia svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche grazie al rapporto di fiducia e continuità costruito negli anni.

Nel caso di minore gestita dal MMG si rimanda alle raccomandazioni del PLS

Compila la cartella prestando attenzione al paese di provenienza della donna o della minore e/o dei genitori.

1. In presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF, accompagnato da un counseling breve, alla ragazza e/o ai genitori e procede ad una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF);
3. in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd paragrafo dedicato);
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

GAIA – AOU Meyer

Il servizio GAIA svolge una valutazione sul caso e consulenza. Svolge un lavoro in rete per l'attivazione delle procedure di prevenzione e segnalazione con i Punti nascita, i consultori, i pediatri e i medici di famiglia.

Svolge un ruolo di riferimento per la presa in carico delle bambine segnalate a rischio MGF ed interviene previo appuntamento.

Svolge un lavoro di prevenzione/segnalazione ed esegue una visita pediatrica completa, con controllo dei genitali, in équipe con altre figure professionali (assistente sociale, psicologa).

1. Stabilisce un rapporto con la famiglia e consegna materiale informativo su MGF (rischi sanitari e legislazione in Italia), procede ad una valutazione del rischio ed eventualmente attiva il "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, presso i servizi consultoriali.
2. Se riscontra un effettivo rischio di MGF procede alla presa in carico della famiglia; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni.
3. Se riscontra un caso di MGF in una minore procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario.

Servizio Sociale / Assistente Sociale

Nello svolgimento del ruolo e con riferimento alla tipologia dei diversi livelli organizzativi e alla distribuzione delle attività sociali che la legge prevede, emergono tre funzioni proprie del Servizio Sociale:



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

- segretariato di servizio;
- management sociale del caso (*case management*);
- osservazione, programmazione, pianificazione, attuazione e coordinamento dell'intervento sociale.

Nello specifico ambito di tutela di soggetti minori i compiti dell'assistente sociale si possono così riassumere:

funzione di assistenza, sostegno e aiuto alla genitorialità in famiglie con minori; vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, da attivare in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore (art.9 e art.23, Legge 184/83) anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia. (CNOAS Dicembre 2013)

- nel caso di avvenuta MGF in una minore, segnalata e qualificata come intervento lesivo e mutilante dell'integrità psico-fisica della minore da parte di consultori, pediatri e medici di famiglia, il servizio sociale procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre valutare ed effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni (**oltre ovviamente a quella ordinaria**), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Tribunale per i Minorenni (TM) – Procura della Repubblica

Il Tribunale per i Minorenni è competente, per quanto riguarda la materia penale, per i reati commessi da minori degli anni 18 e, per quanto attiene la materia civile, negli ambiti di attribuzione dell'art. 38 Disp.Att. cc, tra l'altro, per gli interventi limitativi o ablativi della "responsabilità genitoriale", quando la condotta degli esercenti la predetta responsabilità (di regola i genitori) non sia idonea o adeguata per i minori (i loro figli) o possa comunque provocare disagio o pregiudizio per gli stessi. Il legislatore non ha "tipizzato" le ipotesi di intervento, che debbono quindi essere valutate nelle singole situazioni concrete e ciò può determinare qualche incertezza. La competenza civile del Tribunale per i Minorenni in ordine alla "limitazione" della responsabilità genitoriale, viene tuttavia meno quando vi sia in corso un giudizio dinanzi al Tribunale Civile ordinario, di separazione o divorzio o ai sensi dell'art. 316 cod. civ.

In considerazione del fatto che il Tribunale per i Minorenni è un organo giurisdizionale, esso non può prendere iniziative di "ufficio". L'art. 336 del codice civile prevede in particolare che, legittimato a presentare ricorsi al T. M. -

con richieste che incidano sulla responsabilità genitoriale - oltre ai genitori e parenti, possa essere il pubblico ministero.

La Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni ha quindi compiti in questa materia. I due uffici (Procura e Tribunale per i Minorenni) sono tuttavia autonomi e separati, quindi eventuali **segnalazioni dovranno essere inviate alla Procura della Repubblica** presso il Tribunale per i Minorenni, **sino a quando non sia stata aperta una procedura in Tribunale**. Qualora invece la segnalazione dovesse giungere al Tribunale per i Minorenni, il Tribunale dovrà poi trasmetterli comunque alla Procura.

Sebbene le segnalazioni possano pervenire alla Procura della Repubblica **da "tutti"**, nella pratica sono i servizi, le forze dell'ordine, sanitari e insegnanti, associazioni di volontariato a procedere. A tal fine è opportuno che le segnalazioni **siano più complete possibile**.

La Procura dopo aver effettuato eventuali accertamenti, può presentare ricorso al Tribunale con richieste limitative della responsabilità genitoriale.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i Minorenni (**oltre ovviamente a quella ordinaria**), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Centro di Riferimento Regionale per le MGF – AOU Careggi

La Regione Toscana nel 2003 ha costituito il Centro di Riferimento Regionale per la Cura e la Prevenzione delle conseguenze legate alle Mutilazioni Genitali Femminili (CRR-MGF) e ad oggi esso svolge un ruolo importante anche nella promozione della salute delle donne immigrate in genere.

Nel CRR-MGF vengono programmati ed eseguiti gli interventi chirurgici della deinfibulazione dal 2003, da quando è stato istituito dalla Regione Toscana. Gli interventi vengono abitualmente seguiti nella saletta chirurgica del DAIMI.

Il Centro, inoltre, fornisce visite specialistiche e consulenze: colloqui per la preparazione degli interventi chirurgico-riparativi, controlli post-intervento di deinfibulazione, ecografie e flussimetrie sulle cicatrici spesse o in presenza di complicanze (tipo cisti); ricerca e lavoro con testisti di varie branche specialistiche.

Per un primo contatto con il Centro non è richiesto appuntamento: le pazienti arrivano direttamente in orario di servizio. Si procede con un primo colloquio per conoscere la donna, il suo stato di salute e le motivazioni che l'hanno portata al Centro di Riferimento. Seguono l'anamnesi e una prima visita ostetrico-ginecologica con registra-

zione dei dati della donna. Non tutte le pazienti presentano problemi di salute. Molte volte hanno solo bisogno di risposte alle loro domande, questo compito è parte integrante dell'attività del CRR.

In un secondo momento la paziente è indirizzata nei vari ambulatori del Dipartimento DAIMI materno-infantile a seconda delle sue necessità e/o verso i consultori familiari di appartenenza.

In caso di gravidanza è predisposto un protocollo per la deinfibulazione che viene attuato entro la dodicesima – sedicesima settimana.

Oltre la sedicesima settimana non viene più eseguita la deinfibulazione, che verrà eseguita all'espletamento del parto. Pertanto, dalla trentaseiesima settimana della gestazione fisiologica il CRR-MGF invia la paziente agli ambulatori della SODs di Medicina Prenatale, dove un team formato sulle MGF seguirà la donna fino al termine. Il CRR-MGF si avvale della collaborazione con la Nursery, per i controlli post-partum. Questi sono momenti fondamentali per trasmettere informazioni e fare prevenzione.

La Deinfibulazione viene eseguita anche al di fuori della gravidanza per ridurre o prevenire infezioni urinarie e vaginali, per consentire i primi rapporti sessuali o per trattare la dispareunia, per consentire visite ginecologiche e strumentali. Negli ultimi anni giovani donne infibulate richiedono l'intervento anche se non hanno un partner e non soffrono di complicanze mediche.

Prima della deinfibulazione alle pazienti viene spiegata la procedura e fatto firmare un consenso informato già predisposto. Si ribadisce, che l'intervento non è soltanto una semplice apertura della cicatrice dell'infibulazione, ma è il risultato di un lavoro profondo con la paziente in termini di dialogo, conoscenza, informazione, educazione alla salute, alla genitorialità (prevenzione delle MGF nelle figlie), risultato estetico/psicologico/sessuologico/urologico e del rispetto della legge n.7/2006.

Il CRR-MGF si avvale anche della collaborazione di una psicologa formata in MGF per la crescente richiesta di interventi di ricostruzione clitoridea.

In caso di bisogno viene programmata la rieducazione perineale post-partum.

Il CRR-MGF opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori – AOU Careggi

- Servizio Laserchirurgia/colposcopia;
- SODs Fisiopatologia riproduttiva umana;
- Servizio fisiopatologia menopausa;
- Sala parto e reparti di degenza ostetrica;
- Servizio di patologia vulvare;
- Servizio multidisciplinare patologia pavimento pelvico.

Nell'ambito della SOD Ginecologia Infanzia Adolescenza dell'AOU-Careggi, afferisce il Centro Regionale di Riferimento per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori (CRRV).

Il CRRV è attivo H24 per tutte le situazioni di emergenza offrendo accoglienza, valutazione ginecologica, procedure diagnostiche, raccolta di materiale utile a fini forensi e prescrizioni terapeutiche, secondo le linee guida nazionali e regionali in regime ambulatoriale e di ricovero. La consulenza offerta, secondo le linee guida, si propone di raccogliere elementi anamnestici significativi, materiale utile ai fini forensi e di offrire le procedure necessarie ed eventuali consulenze mirate, in collaborazione con Neuropsichiatria, Psichiatria Infantile, Malattie Infettive, Laboratorio di Batteriologia e Microbiologia, Genetica Forense e Tossicologia Forense. La struttura è strettamente integrata con tutti i servizi del DAIMI e con le altre realtà presenti sul territorio come Servizi Sociali e Centri di Accoglienza ONLUS.

Le consulenze in caso di sospetto abuso su minore, trattandosi prevalentemente di consulenze programmate, vengono effettuate presso il Servizio di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dove personale dedicato prende in carico le pazienti.

Il servizio è caratterizzato da una visione interdisciplinare dell'approccio clinico alla bambina e all'adolescente e si occupa di diagnosi e trattamento di patologie della sfera riproduttiva dal periodo neonatale alla post-adolescenza.

La possibilità di offrire tutti i servizi mediante un **mediatore culturale** costituisce un'altra importante risorsa per le pazienti. Inoltre vi può essere il supporto del servizio di **Psicologia Clinica**.

Il CRRV opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Pronto Soccorso - Codice Rosa

Il percorso del Codice Rosa si attiva nel momento in cui le pazienti arrivano nelle strutture di pronto soccorso a seguito di lesioni causate da maltrattamenti e abusi. Le procedure da attivare nei casi in cui si riscontrino donne e bambine con MGF sono le stesse previste dal presente documento di "raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle *Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)*", che il personale di Pronto soccorso è tenuto ad adottare. Nel contesto del Pronto soccorso a causa della numerosità e dell'urgenza dei casi trattati, può risultare difficoltoso individuare le donne e le bambine provenienti da Paesi a rischio MGF, al fine di assicurare già in quella sede un momento informativo sul tema della prevenzione delle MGF, il personale del PS è comunque invitato a consegnare alle utenti il materiale informativo multilingua che verrà messo a disposizione.



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

TM



Marco Baldari, specialista in Fisiatria e Malattie Infettive, dopo una lunga esperienza in campo di Epidemiologia e Clinica delle Malattie Infettive tanto in Italia che all'estero (Nazioni Unite, ECDC), dal 2008 opera nella UO Rischio Clinico della AUSL9 di Grosseto. In questo campo ha curato in particolare la formazione dei Facilitatori, la validazione dei Report e la produzione dei supporti informatici alla attività GRC.

MARCO BALDARI

"AUDIT GRC": riflessioni sull'utilizzo dello strumento a dieci anni dalla sua introduzione

La letteratura medica definisce *Significant Event Audit (SEA)* una analisi strutturata tra pari - attuata per lo più nel corso di una serie di brevi incontri - di un singolo accadimento di rilievo per la sicurezza dei pazienti, realizzata da professionisti in grado di mettere in luce possibili criticità di fondo sottese all'evento che esporrebbero al suo ripetersi.

È soprattutto questo riferirsi ad un *singolo caso* anziché ad una *larga casistica* che distingue il SEA dall'*Audit Clinico* propriamente detto. Completata la fase di analisi, però, i due strumenti convergono in una fase di implementazione delle azioni di miglioramento integrale a quello che si definisce il "*ciclo dell'audit*".

Stante questa loro valenza decisionale e programmatica, *Audit Clinici* e *SEA* devono evidentemente essere svolti includendo nel *panel* di Auditors le competenze dispositive necessarie.

A detti strumenti, in Regione Toscana ed in ambito Gestione del Rischio Clinico (**GRC**), se ne aggiunge un altro, innovativo, che il Centro Regionale GRC introdusse fin dal 2005, denominandolo "*Audit Clinico GRC*" (alias - per brevità - "*Audit GRC*").

Si tratta di uno strumento funzionale al "*Reporting and Learning System*", una *pratica per la sicurezza* fondata sulla sensibilizzazione degli Operatori Sanitari a segnalare metodicamente gli *eventi senza danno* ed a partecipare attivamente alla loro analisi, nello spirito e con le finalità del *governo clinico*.

Il nuovo strumento fu così definito: "... *L'audit clinico GRC è un audit di processo finalizzato alla revisione di eventi significativi, avente per obiettivo l'identificazione delle criticità organizzative e le relative ipotesi di miglioramento.*"

I punti in comune con il classico SEA sono numerosi, ma con sostanziali differenze: l'*Audit GRC* è una iniziativa di natura **propositiva**, attuata esclusivamente in risposta ad **eventi senza danno rilevante**, e "... **si conclude** con un *alert report*, documento riassuntivo dell'analisi e delle **ipotesi di miglioramento**".

Del resto - nelle AUSL toscane - l'*Audit GRC* (la cui gestione è affidata a figure formate ad hoc: i "*Facilitatori*") coesiste con le forme di

Audit canoniche e con la Root Cause Analysis (**RCA**), organizzati dai Clinical Risk Managers (ed il loro Staff) in particolare in risposta ad eventi con gravi conseguenze per i pazienti. Ed in questi casi, ai lavori sono sempre chiamate a partecipare le competenze necessarie per disporre e monitorare la fase di implementazione del *ciclo dell'Audit*.

La coesistenza degli *Audit GRC* con i *SEA* (e la *RCA*) è però sovente motivo di perplessità per chi non ne ha chiare le differenze. E si traduce spesso in un immotivato *freno* allo svolgimento dei primi (*Audit GRC*), vuoi in ragione dell'appesantimento organizzativo legato ad immotivate convocazioni di figure dirigenziali (e attese conseguenti), vuoi per la frequente - lunga - attesa di *videat* non previsti e non dovuti prima che le conclusioni degli Auditors siano avviate a validazione.

In questa sede vorrei pertanto rimarcare - prima di tutto ad uso degli operatori sanitari AUSL9 - alcune peculiarità degli *Audit GRC*, almeno nella implementazione che ne abbiamo realizzata in Azienda, con l'auspicio di renderne più agevole lo svolgimento e più chiare le finalità:

- 1) In più occasioni (fin dal Corso Regionale di Formazione ad essi dedicato) i Clinical Risk Manager toscani sono stati istruiti a promuovere l'*Audit GRC* quale strumento a disposizione dei Dirigenti per stimolare gli operatori sanitari di *prima linea* a vigilare sulla sicurezza dei pazienti, dando loro un ruolo di primo piano nel reperimento di **idee** atte a rimuovere tempestivamente i rischi evitabili da essi segnalati, nel sereno clima garantito dal poterne trattare come *eventi senza danno*. A ribadire l'importanza di lasciare gli operatori sanitari tecnicamente competenti liberi di esprimere il proprio pensiero in sede di *Audit GRC*, ai Clinical Risk Manager è anzi stato suggerito di **invitare i Dirigenti a partecipare personalmente agli Audit GRC solo ove davvero necessario** (essenzialmente laddove essi possiedano informazioni di *prima mano* sull'evento essenziali alla sua analisi).
- 2) L'*Audit GRC* viene svolto in orario di servizio

(al pari di tutte le altre attività GRC) e costituisce un importante impiego di risorse, benché in genere preveda un'unica seduta di discussione *vis a vis* e impegni un numero limitato di operatori.

La decisione di ricorrere a questo strumento è pertanto lasciata al Dirigente della Unità Operativa/Unità Funzionale (U.O./U.F.) sulla base delle risultanze della pre-analisi svolta dal suo Facilitatore GRC di Riferimento (il Clinical Risk Manager ed il suo Staff sono - a richiesta - a disposizione di entrambi per contribuire a tale valutazione).

Presa la decisione di fare un evento oggetto di *Audit GRC*, i Dirigenti delle UU.OO./UU.FF. lavorano con il Facilitatore (con il supporto dello Staff GRC a disposizione) ad individuare gli Auditors richiesti, ed a renderli disponibili rivolgendosi ai loro Responsabili (gli Audit GRC spesso richiedono competenze di più UU.OO.).

Dunque anche laddove esso non si inserisca personalmente nel novero degli Auditors, il ruolo del Dirigente è sempre centrale nella fase organizzativa dell'*Audit GRC*.

Dopodiché ella/egli lascia che gli Auditors lavorino in autonomia e riservatezza, in attesa del loro report conclusivo (*Alert Report*), che - non appena *revisionato* e *validato* (vedi oltre) - gli verrà messo a disposizione.

- 3) L'*Alert Report* viene dapprima - IN BOZZA - redatto dal Facilitatore, che lo invia in **revisione** a ciascun Auditor. Questa fase di revisione (di norma a mezzo scambi e-mail) avviene a porte (*virtuali*) chiuse: nessuno deve interferire con gli Auditors a riguardo, e la bozza di Report può circolare solo tra loro.

Terminata la revisione, per garantire che le conclusioni (PROPOSITIVE) di un *Audit GRC* corrispondano sempre agli standard formali previsti dal Centro Regionale GRC, il Report è soggetto a **Validazione** da parte del Clinical Risk Manager (o del suo Staff).

Questa fase non comporta alcuna *censura* o *manipolazione* di contenuti: essa è - viceversa - un ulteriore strumento posto a servizio degli Auditors, ad assicurare che il loro pensiero sia espresso il più chiaramente possibile e corroborato da citazione di standard di riferimento. In fase di validazione si verifica inoltre che tutte le PROPOSTE siano corredate dei dettagli atti a promuoverne l'implementazione: finalità, modi, tempi, indicatori di processo e di risultato, ecc..

Viene infine assicurato che le proposte siano tutte formulate in modo da risultare direttamente agibili a cura di figure professionali operanti nelle UU.OO./UU.FF. rappresentate in Audit: quando una proposta di miglioramento preveda l'impegno di UU.OO./UU.FF. non rappresentate, l'azione proposta viene

riferita in prima istanza ai Dirigenti di quelle rappresentate (che vengono invitati a coinvolgere quelli non rappresentati).

- 4) L'*Alert Report* validato conclusivo di un *Audit GRC* viene messo a disposizione di tutti gli operatori sanitari interessati. Ma poiché ***L'Audit GRC NON è uno strumento dispositivo e/o programmatico, i Dirigenti indicati come "di riferimento" per la attuazione delle proposte restano liberi di recepirle e disporre di conseguenza, come pure di operare in modo differente.***

Tanto più che non sempre - in Audit GRC - si riesce a raggiungere l'auspicata convergenza degli Auditors su ipotesi di miglioramento univoche: in tali casi, l'*Alert Report* riporta in parallelo le proposte alternative (e inconciliabili) emerse dalla discussione, comprese le ragioni del dissenso. Nondimeno, **il seguito operativo dato a ciascun Alert Report è comunque oggetto di monitoraggio a cura della UO Rischio Clinico**, che se ne interessa per assicurare che i contenuti dell'*Alert Report* siano quantomeno stati oggetto della dovuta attenzione e le problematiche segnalate siano state affrontate. Ciò - oltretutto - risponde ad uno dei Requisiti di Accreditamento Istituzionale.

- 5) In analogia a quanto vale per il SEA ("... un'attività che presuppone dispendio di tempo e di risorse ... i casi vengano accuratamente selezionati"), anche il ricorso all'*Audit GRC* va assoggettato ad una accurata valutazione costo/beneficio. Ed il **numero degli Auditors** va contenuto nello stretto necessario, senza inutile duplicazione di competenze/esperienze.

- 6) ***L'Audit GRC* (come qualsivoglia Audit) non si può utilizzare per definire e disporre le risposte rapide ad una emergenza.**

Quando - in tali frangenti - la Dirigenza si consulta con la propria équipe, ciò non costituisce un Audit, bensì una consultazione estemporanea, funzionale a *decisioni* ad applicazione immediata.

Qualsiasi forma di Audit, viceversa, richiede una accurata preparazione (ricerca degli standard di riferimento, scelta e convocazione degli Auditors, ecc.).

L'*Audit GRC*, per giunta, è pensato per fornire **proposte**, pertanto in ogni caso NON si conclude mai con documenti utilizzabili come "disposizioni".

Piuttosto, un *Audit* si può organizzare DOPO avere fronteggiato l'emergenza, per una riflessione a *freddo* sulle decisioni estemporanee prese, nonché sull'evento medesimo. Il concetto è esemplificato da quanto avviene per gli eventi-sentinella:

- a *caldo* si fa una riunione con gli operatori

e si prendono eventuali decisioni rapide (non è un Audit!);

- entro i successivi 45 giorni si fa l'Audit (in quel caso è una RCA + SEA), preliminarmente alla definizione di un piano di azione.

7) L'Audit GRC (come il SEA) è pensato per essere riferito ad un accadimento.

Vanno pertanto evitate a priori possibili strumentalizzazioni per contestare modalità organizzative magari semplicemente *non gradite* ed etichettate come *rischiose* in assenza di eventi esemplificativi dei rischi effettivi.

Anche segnalazioni di questo tipo vanno, naturalmente, gestite con la dovuta attenzione. Ma gli strumenti di ambito GRC per farlo sono la **FMEA** (Failure Mode Effects Analysis) e la **FMECA** (Failure Mode Effects and Criticality Analysis), che in tale contesto

vanno utilizzati coinvolgendo in prima persona i responsabili dei modelli organizzativi messi in discussione. Tanto più che una analisi con impiego di FMEA/FMECA dovrebbe essere preliminarmente ad ogni disposizione organizzativa.

8) Va parimenti evitato di convogliare in un Audit GRC eventi eterogenei: questi, ammes- so che il ricorso all'Audit GRC sia per tutti giustificato, necessitano infatti quantomeno di *panel* di Auditors differenziati.

Un Audit GRC, viceversa, di Auditors ne prevede pochi, e tutti convocati perché contribuiscano a ciascuna fase dei lavori, portandoli a conclusione in tempi contenuti.

TM

Bibliografia: m.baldari@usl9.toscana.it



Irene Bellini, medico specializzando dal 2012 in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze; attualmente tirocinante presso l'Agenzia Regionale Sanità.

I. BELLINI, P. FRANCESCONI¹, F. PROFILI²

A che servono le AFT?

Nel corso del 2014 sono state costituite dalla medicina generale 115 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) comprendenti tutti i 2.745 medici a rapporto fiduciario e i medici di continuità assistenziale a rapporto orario, come indicato dalla L. 189/12 e nell'Accordo Integrativo Regionale approvato a fine 2012.

L'AFT ha il compito di assistere la popolazione in carico ai medici di medicina generale che la compongono, realizzando progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità e garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di cura a livello domiciliare.

Gli obiettivi primari delineati erano quelli di valutare le necessità della popolazione assistita, i percorsi di cura e attuare azioni di *governance* clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili, utilizzando indicatori e strumenti di valutazione validati.

Per quanto riguarda la formazione: sperimenta nuovi modelli organizzativi, implementa attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione, favorisce l'*empowerment* dei propri assistiti e contribuisce, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita.

In più essa eroga, ove possibile, diagnostica

di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche dei medici che ne fanno parte.

Obiettivi delle AFT

L'obiettivo generale è quello di migliorare il percorso di presa in carico del paziente e l'appropriatezza. Gli obiettivi specifici sono ridurre gli accessi al DEA e le ospedalizzazioni, abbattere le liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità, e migliorare l'equità di trattamento degli assistiti diminuendo la variabilità di comportamento tra i medici di medicina generale.

Cosa si osserva dall'istituzione delle AFT?

Confrontando i dati pre - e post - istituzione dell'AFT (rispettivamente del 2013 e 2014) ricavati dai flussi amministrativi che registrano tutti gli accessi sul territorio regionale al pronto soccorso, i ricoveri e le prestazioni specialistiche disaggregati per medico prescrittore, si può notare che nella maggior parte dei casi migliorano processi ed esiti, ma i consumi aumentano.

È stato valutato l'andamento degli indicatori di appropriatezza nella cura degli assistiti con malattie croniche, analizzando: la percentuale di aderenza alle linee guida per quanto riguarda il trattamento (nello specifico a titolo esemplificativo è stata considerata la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco trattati con Beta-

¹ Medico Agenzia Regionale Sanità, Firenze.

² Statistico Agenzia Regionale Sanità, Firenze

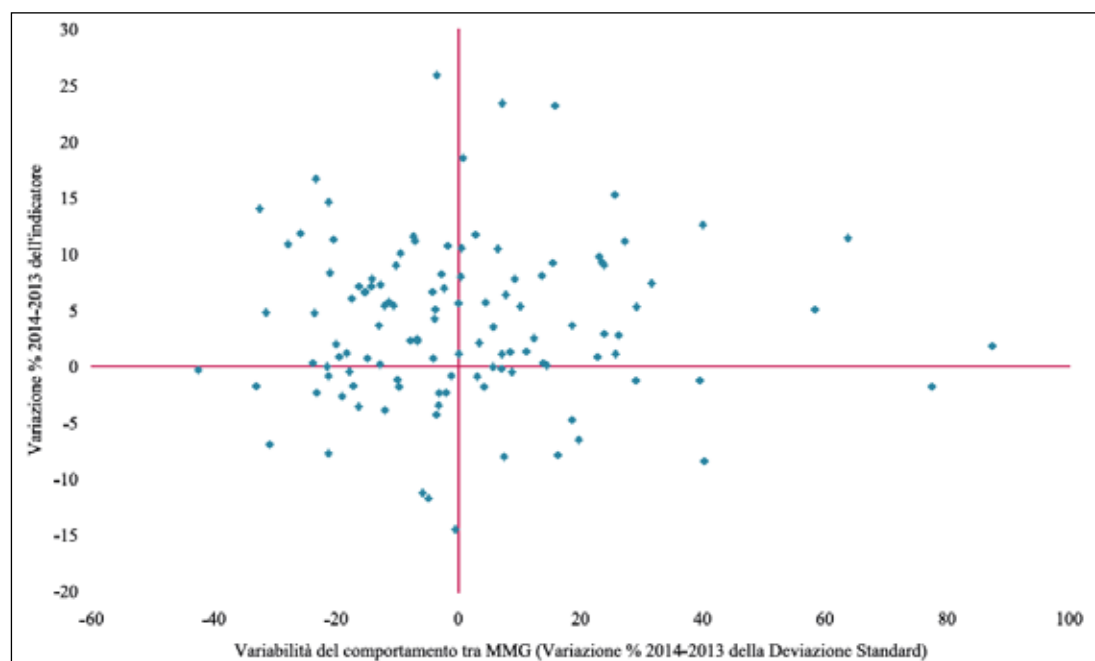


Figura 1 - Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con β -bloccati.

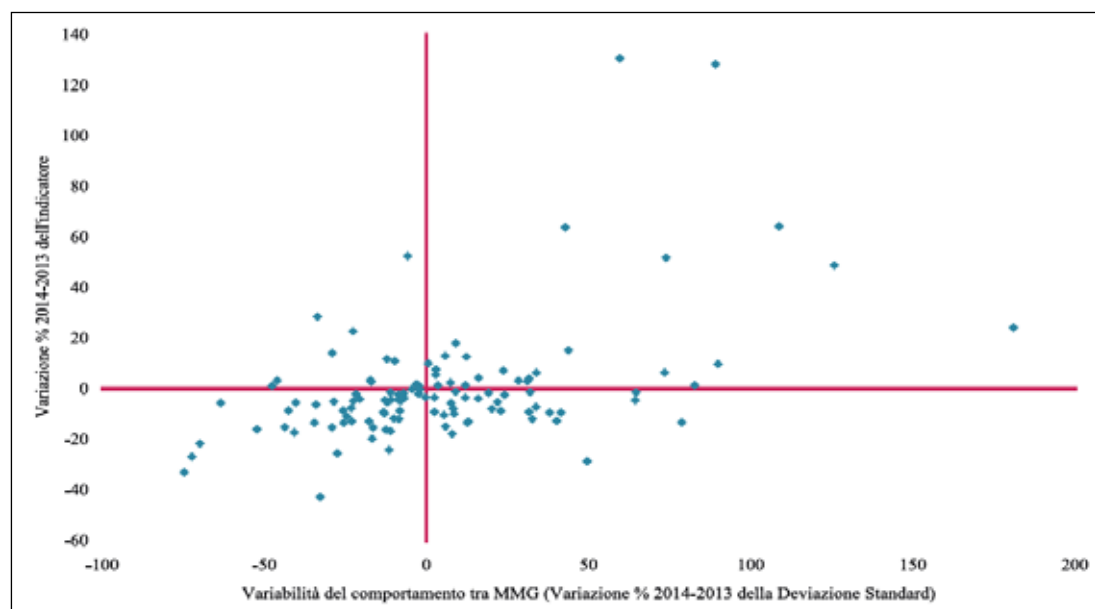


Figura 2 - Tasso di accesso al Pronto soccorso (triage bianco-azzurro).

bloccanti), i tassi di accesso al pronto soccorso, le ospedalizzazioni e i consumi di prestazioni specialistiche. Per ciascun indicatore sono stati considerati i valori medi nei 2 anni considerati e la variabilità tra i medici di medicina generale che le costituiscono espressa come variazione percentuale della deviazione standard.

Nella cura ai malati cronici, nel 72% delle AFT è aumentata in media la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con beta-bloccanti. Tale indicatore in media nel 2013 era, rispettivamente per l'area vasta cen-

tro, nordovest e sudest: 45,4%, 48,3% e 39,8%. Nel 2014 è passato a 47,4%, 49,4% e 40,9%, in linea con le raccomandazioni cliniche. La variabilità tra i medici di medicina generale è diminuita nella metà delle AFT (Figura 1). Andamenti analoghi si osservano anche per altri indicatori di processo.

Nel 67% delle AFT è diminuito il tasso medio di accesso al pronto soccorso (codice bianco e azzurro) e nel 63% di queste è diminuita anche la variabilità tra i medici di medicina generale. Tale diminuzione non si osserva con i valori me-

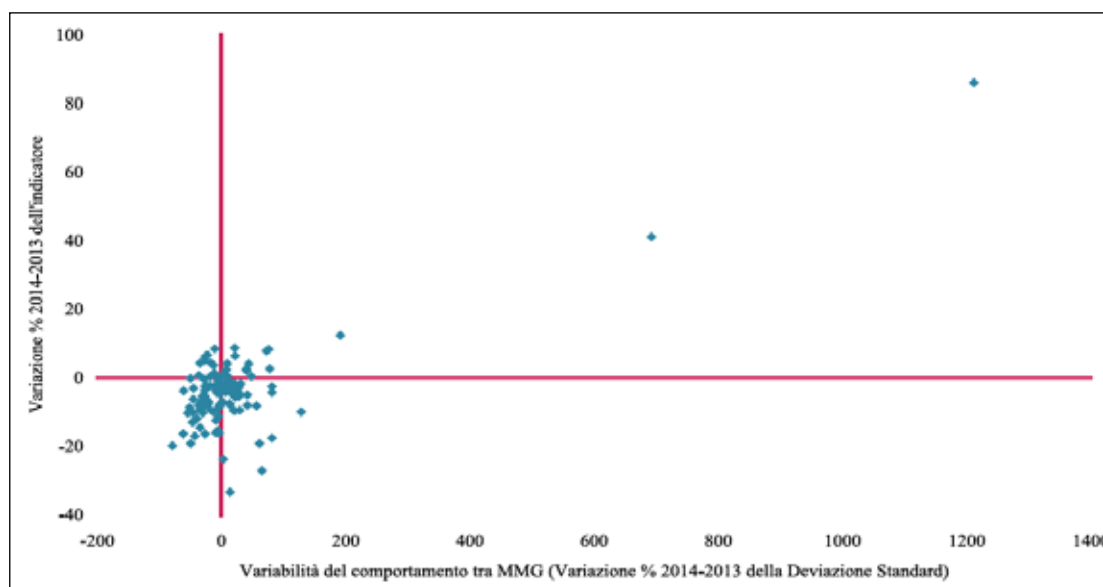


Figura 3 - Tasso di ricovero ordinario in reparti per acuti di area medica.

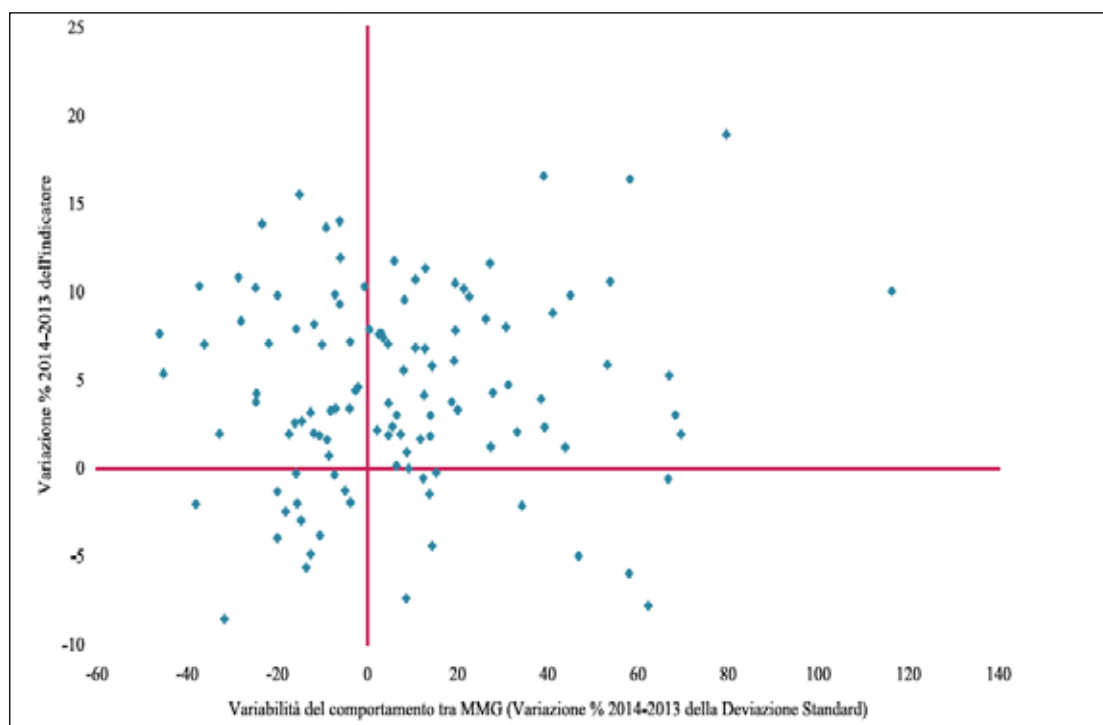


Figura 4 - Valorizzazione tariffaria visite specialistiche.

di: nel 2013 il tasso medio di accesso al P.S. per 1000 nell'area vasta centro, nordovest e sudest era 49,6, 51,8 e 68,5; nel 2014 è passato a 46,9, 48,4 e 76,9 (Figura 2).

Nel 75% delle AFT è diminuito il tasso medio di ricovero ordinario in reparti di area medica (il tasso medio su 1000 abitanti per le tre aree vaste passa da 58,5, 54,1 e 53,1 nel 2013 a 55,9, 53,8 e 49,0 nel 2014) e nel 60 % di queste è diminuita anche la variabilità tra i medici di medicina generale (Figura 3).

Infine, per quanto riguarda i consumi di visite specialistiche e di indagini di diagnostica (misurati in termini di costi in base alla tariffe), nel 78% della AFT è aumentato il consumo medio di visite specialistiche (passate per le tre ASL 26,6, 27,6 e 30,9 euro procapite nel 2013 a 28,4, 28,4 e 32 nel 2014) e nel 60% di queste è aumentata anche la variabilità tra medici (Figura 4).

Nel 73% delle AFT è aumentato il consumo medio di prestazioni di diagnostica e nel 59% di queste è aumentata anche la variabilità

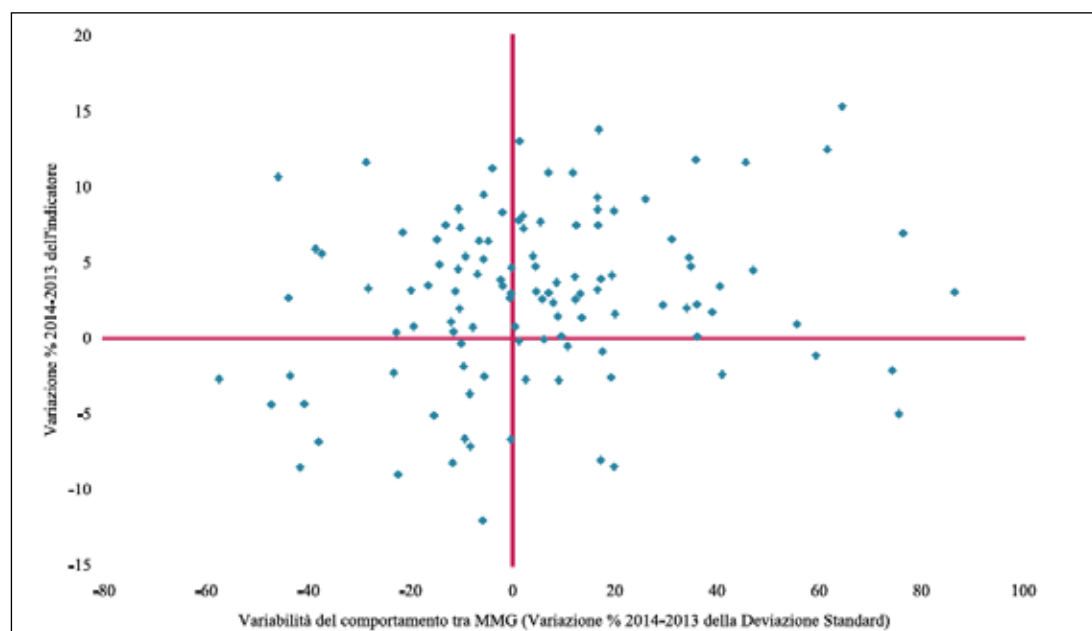


Figura 5 - Valorizzazione tariffaria prestazione diagnostica.

tra medici. (Figura 5). La spesa media in euro procapite per esami radiodiagnostici suddivisa per le tre Asl era nel 2013 53,8, 60,1 e 58,2 e nel 2014 è passata a 56,6, 59,5 e 59,9. La spesa per esami di laboratorio era nel 2013 56,4, 48,6 e 53,6 euro procapite, e nel 2014 è passata a 56,7, 51,1 e 55,0.

Conclusione

In conclusione, durante il primo anno di attività delle AFT, possiamo rilevare alcuni aspetti positivi: nella maggior parte dei casi è migliorata la qualità delle cure, come attesta l'aumentata adesione alle raccomandazioni cliniche, e sono migliorati gli esiti, in termini di accessi al pronto soccorso e di ricoveri in ospedale. Entrambi que-

sti indicatori sono infatti diminuiti, e si è ridotta anche la variabilità tra i medici di medicina generale per quanto riguarda le ospedalizzazioni e l'aderenza alle linee guida.

Gli aspetti negativi sono l'aumento delle prestazioni di assistenza specialistica, legata probabilmente ai casi con complicanze non intercettate in passato e, in seguito ad una migliore presa in carico, sottoposti ad un maggior numero di accertamenti. Per quest'ultimo aspetto la variabilità tra i medici di medicina generale risulta invariata, tale punto costituisce pertanto un oggetto di intervento per il futuro.

TM

Info: irene.bellini@ars.toscana.it

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.
NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE
O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommaio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica disponibile in Internet* edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre Autore di articoli pubblicati sul British Medical Journal.

M. MASONI¹, M. R. GUELF¹, G. F. GENSINI²

Mobile learning

Il primo contributo descrive il paradigma del mobile learning, cioè l'accesso a materiali formativi digitali mediante dispositivi mobili. Il secondo contributo illustrerà le principali e più diffuse applicazioni per l'aggiornamento professionale del medico. Maggiori approfondimenti sono disponibili nel capitolo "Le App per la formazione" di Guelfi MR, Masoni M, Lenzi A, Gensini GF, del Volume Macellari V, Fouillouze O, Gensini GF (a cura di) App Medicali nella Borsa del Medico 2015 - 24 Ore Cultura Milano.

Per *e-learning* si intende l'uso delle Tecnologie per l'Informazione e la Comunicazione (ICT) per creare ambienti di apprendimento aperti, flessibili, interattivi e distribuiti, da fruire in modo autonomo o tramite attività collaborative. Uno dei principali vantaggi dell'*e-learning* è la possibilità di accedere a materiali formativi indipendentemente dalla locazione spaziale e da considerazioni temporali. Ai dispositivi mobili si associa il paradigma del *mobile learning*, che possiamo definire come l'erogazione di materiali formativi digitali su dispositivi mobili (telefoni cellulari, palmari, smartphone, tablet, e lettori MP3).

Il *mobile learning* è parte dell'*e-learning*, ma acquisisce specifiche caratteristiche quando disponiamo di strumenti che estendono le possibilità di connessione alla rete Internet: *anyhow, anytime, anywhere*. Chi possiede un *mobile device* è un individuo "always on", continuamente connesso ovunque sia presente un segnale wi-fi, colui che può usufruire della rete in ogni momento e quando necessario. In questo modo l'accesso all'informazione si estende oltre i tipici spazi didattici dell'apprendimento, rappresentati tipicamente dalle tradizionali aule didattiche. Da ciò deriva un apprendimento autonomo e personalizzato, creativo e opportunistico, maggiormente legato ad attività lavorative e/o ludiche, in una parola di tipo informale. Questa modalità di accesso continuo all'informazione rappresenta una trasformazione dei tradizionali modelli di formazione, specialmente quelli formali legati a Università, istituzioni e scuole, rendendo più dinamico il rapporto tra società, educazione e tecnologia.

In precedenza abbiamo definito, forse in modo semplicistico, il *mobile learning* come l'erogazione di materiali formativi digitali su dispositivi mobili. Cerchiamo ora di analizzare il concetto di *mobile learning* per scomporlo

nei suoi costituenti e fornire un'interpretazione utile nel contesto della formazione post-laurea. Per fare questo ci basiamo su quanto proposto in El-Hussein, M. O. M., & Cronje, JC (2010). *Defining Mobile Learning in the Higher Education Landscape. Educational Technology & Society*, 13(3), 12-21, in base al quale per *mobile learning* si intende un ambiente di apprendimento fondato su

- mobilità della tecnologia;
- mobilità di colui che apprende;
- mobilità dell'apprendimento stesso.

Per quanto riguarda il primo aspetto sono particolarmente adatte a questo tipo di formazione apparecchiature tecnologicamente avanzate, smartphone e tablet in particolare, che rappresentano un'evoluzione di strumenti creati principalmente per favorire la comunicazione e che si sono trasformati in altri capaci di sostenere un apprendimento che avvenga in modo multimediale e che supporti le metodologie tipiche dell'*instructional design*, la scienza cioè che individua le modalità di istruzione più appropriate per ottenere un apprendimento efficace in funzione di specifici obiettivi didattici. Tali dispositivi devono essere in grado di effettuare registrazioni audio e video, essere dotati di funzione GPS e essere connessi ad internet in modo continuativo.

Per quanto riguarda il secondo aspetto occorre sottolineare come mobilità e apprendimento siano caratteristiche intrinseche all'essere umano. La possibilità di portare con sé uno strumento rende l'apprendimento centrato sul discente e non sul docente. Questa è una caratteristica generale fondamentale dell'*e-learning* in cui si passa dal *focus* sul docente, che trasferisce in modo unidirezionale informazioni ai discenti, alla centralità del discente, attorno al quale viene costruito un ambiente di apprendimento formato da materiali didattici fruibili in modo autonomo e/o da una comunità di apprendimento costituita dai formatori e altri discenti. Quindi tali dispositivi spostano ulteriormente l'attenzione da colui che insegna a colui che apprende, rendendo l'acquisizione di conoscenze e abilità più flessibile e personalizzata.

Infine, per quanto riguarda la mobilità dell'apprendimento, il vantaggio del *mobile learning* non è banalmente la possibilità di utilizzare con successo un dispositivo portatile, ma di rendere unica l'esperienza apprenditiva perché ricevuta ed elaborata nel contesto in

¹ Unità di Ricerca Innovazione Didattica e Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.

² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.

cui il discente è situato. Il contesto è quindi completamente individuale e differente dalla rigida struttura di una classe tradizionale o di una aula informatica. In più il *mobile learning* sembra determinare una convergenza fra apprendimento personalizzato e un concetto di formazione che impone un aggiornamento continuo lungo tutto l'arco della vita lavorativa.

I dispositivi portatili si rivelano particolarmente adatti ad un apprendimento legato al contesto, e quindi tipico del soggetto in mobilità in ambito lavorativo, in una parola informale, situazione propria della formazione continua.

Occorre infine sottolineare che definire quali teorie dell'apprendimento meglio si adattano al *mobile learning* nella formazione continua non è un esercizio puramente teorico, ma significa cercare di comprendere quando, perché e come utilizzare i dispositivi mobili nell'ottica di arricchire e migliorare i processi di insegnamento e apprendimento, integrando i nuovi modi di comunicare e accedere alle conoscenze che quelle stesse tecnologie hanno indotto nel vivere quotidiano.

TM

Info: m.masoni@med.unifi.it

ORDINE DI FIRENZE



E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it - amministrazione@ordine-medici-firenze.it
toscanamedica@ordine-medici-firenze.it - relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30 - POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito <https://italriscossioni.it>
 (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine
 AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

inviare per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it

A. COCCI, M. GACCI, M. MILANESI

Il vissuto sessuale negli studenti di Medicina: dati preliminari di uno studio fiorentino su 1400 intervistati



Andrea Cocci,
Componente Commissione
Formazione OmceofI
rappresentante locale
SIGM (segretariato italiano
giovani medici),
specializzando Urologia
Unifi (Prof. Carini/Nicita).



Mauro Gacci,
Dirigente Medico presso
l'Urologia della Azienda
Ospedaliera Universitaria
Careggi. Fa parte dei
Top Italian Scientists
ed è membro delle più
prestigiose linee guida
Europee (European
Association of Urology)
ed Internazionali
(Société Internationale
d'Urologie, International
Consultation on
Urological Diseases) sulla
patologia prostatica.



Martina Milanese,
Dirigente Medico,
Struttura Dipartimento
di Oncologia - SOD
Urologia I, Azienda
Ospedaliera-Universitaria
Careggi Firenze.

Il tema della sessualità si inserisce in quello, più ampio e complesso, del diritto alla salute. Riflettere sul concetto stesso di salute sessuale significa, tra le altre cose, analizzare le politiche di *welfare* nazionale.

In Italia non esiste una legislazione nazionale che garantisca o renda obbligatorio l'accesso all'educazione sessuale né esistono campagne debitamente organizzate al fine di indagare la salute sessuale nel nostro Paese, inoltre, molto spesso, in tema di sesso ed educazione sessuale, vengono utilizzate legislazioni extranazionali. Il diritto alla salute è indicato nella Costituzione italiana come «un bene da tutelare in quanto fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività», e di diritto alla salute si parla anche nella «Dichiarazione dei diritti universali dell'Uomo» del 1948. In entrambi i documenti si fa riferimento a una dimensione sia biologica che sociale: questa doppia valenza guida l'analisi dei percorsi volti alla promozione della salute sessuale su scala nazionale.

La dichiarazione del 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dei cosiddetti «diritti umani sessuali», ovvero una lista di principi volti a promuovere il raggiungimento di un benessere sessuale, riproduttivo e relazionale basato sul diritto internazionale, costituisce un ulteriore spunto di riflessione. Non si fa tuttavia riferimento alle responsabilità istituzionali rispetto al dover creare percorsi socio-sanitari ed educativi. Nel campo dell'educazione alla sessualità si realizza un conflitto tra punti di vista e forze differenti poiché gli attori coinvolti hanno spesso obiettivi e percezioni diversificate; inoltre l'educazione sessuale non può fermarsi in età adolescenziale ma dovrebbe continuare anche in altre età, diversificando temi e traguardi (Nicoletta Landi «*Educating sexuality: teenagers and pleasure in a training program between school and health services*»).

Sicuramente la circolazione di informazioni e strumenti, e la condivisione di questi ultimi, possono essere alla base di una strategia educativa basata sulla parola, laddove il silenzio, l'assenza e la frammentazione degli interventi

sembrano essere la scelta dominante, almeno sul territorio italiano. La salute sessuale va al di là dell'assenza di malattia. Il piacere e la soddisfazione sessuale sono parte integrante del nostro benessere e richiedono universale riconoscimento e promozione.

È essenziale che i programmi internazionali, regionali, nazionali e locali di sviluppo sostenibile diano priorità a interventi sulla salute sessuale, assegnando loro risorse sufficienti, combattendo barriere ed ostacoli monitorando i progressi ottenuti.

La WAS (*World Association for Sexual Health*) sollecita tutti a:

1. Riconoscere, promuovere, assicurare e proteggere i diritti sessuali per tutti. I diritti sessuali sono parte essenziale dei diritti umani fondamentali e pertanto sono inalienabili e universali. La salute sessuale è una componente essenziale del diritto al godimento dei più elevati standard di salute. La salute sessuale non può essere ottenuta o mantenuta senza diritti sessuali per tutti.
2. Sostenere l'avanzamento verso una parità ed equità di genere.
3. Condannare, combattere e ridurre ogni forma di violenza sessuale.
4. Assicurare l'accesso universale ad una informazione ed educazione sessuale. Per raggiungere la salute sessuale tutti, inclusi i giovani, devono avere accesso a un'educazione sessuale estensiva, a informazioni e servizi sulla salute sessuale, nel corso della vita.
5. Garantire che i programmi di salute riproduttiva riconoscano la centralità della salute sessuale.
6. Arrestare ed invertire la diffusione dell'HIV/AIDS ed altre malattie sessualmente trasmesse (MST). L'accesso universale ad una prevenzione efficace, *counseling* e test volontari, cura e trattamento di HIV/AIDS e altre MST, è condizione essenziale per la salute sessuale. Questo accesso deve essere assicurato da subito con programmi adeguati.
7. Identificare, affrontare e trattare i problemi, le disfunzioni e i disordini sessuali.

8. Riconoscere il piacere sessuale come componente del benessere. Il desiderio sessuale e l'orgasmo rappresentano due aspetti fondamentali e profondamenti interconnessi tra loro al fine di raggiungere la soddisfazione sessuale.

Il gruppo di ricerca formato dai dr. Cocci e Milanesi, e coordinato e supervisionato dal dr. Gacci, si è concentrato sulla sessualità degli studenti di medicina dell'Università di Firenze. La scelta di analizzare questo particolare campione di persone deriva dal fatto che essi rappresentano mediamente un substrato sociale particolare. Gli studenti godono generalmente di buona salute, hanno un livello culturale sopra la media per età, e il loro percorso scolastico li ha portati sicuramente a contatto con nozioni di educazione sessuale. Inoltre, il percorso di studi in medicina, per la sua particola-

re complessità e durata, sottopone gli studenti ad un quantitativo di stress molto elevato. Per quanto non sia l'obiettivo di questo studio quantificare lo stress a cui lo studente di medicina medio è sottoposto, possiamo ipotizzare che il carico di lavoro e lo stile di vita a cui viene sottoposto lo studente di medicina, possa influire anche sulla qualità e sul modo di vivere la propria sessualità; proprio per questo abbiamo deciso di valutare il benessere sessuale di questo particolare gruppo.

Un gruppo di 1400 studenti di medicina fiorentini ha ricevuto via mail un questionario che comprendeva una serie di domande riguardanti lo stile di vita (consumo di alcol, caffè, fumo, qualità del sonno, BMI, ecc) e una serie di questionari validati, atti ad analizzare il proprio rapporto con la sessualità, tra questi questionari: ISS (*Index of sexual satisfaction*),

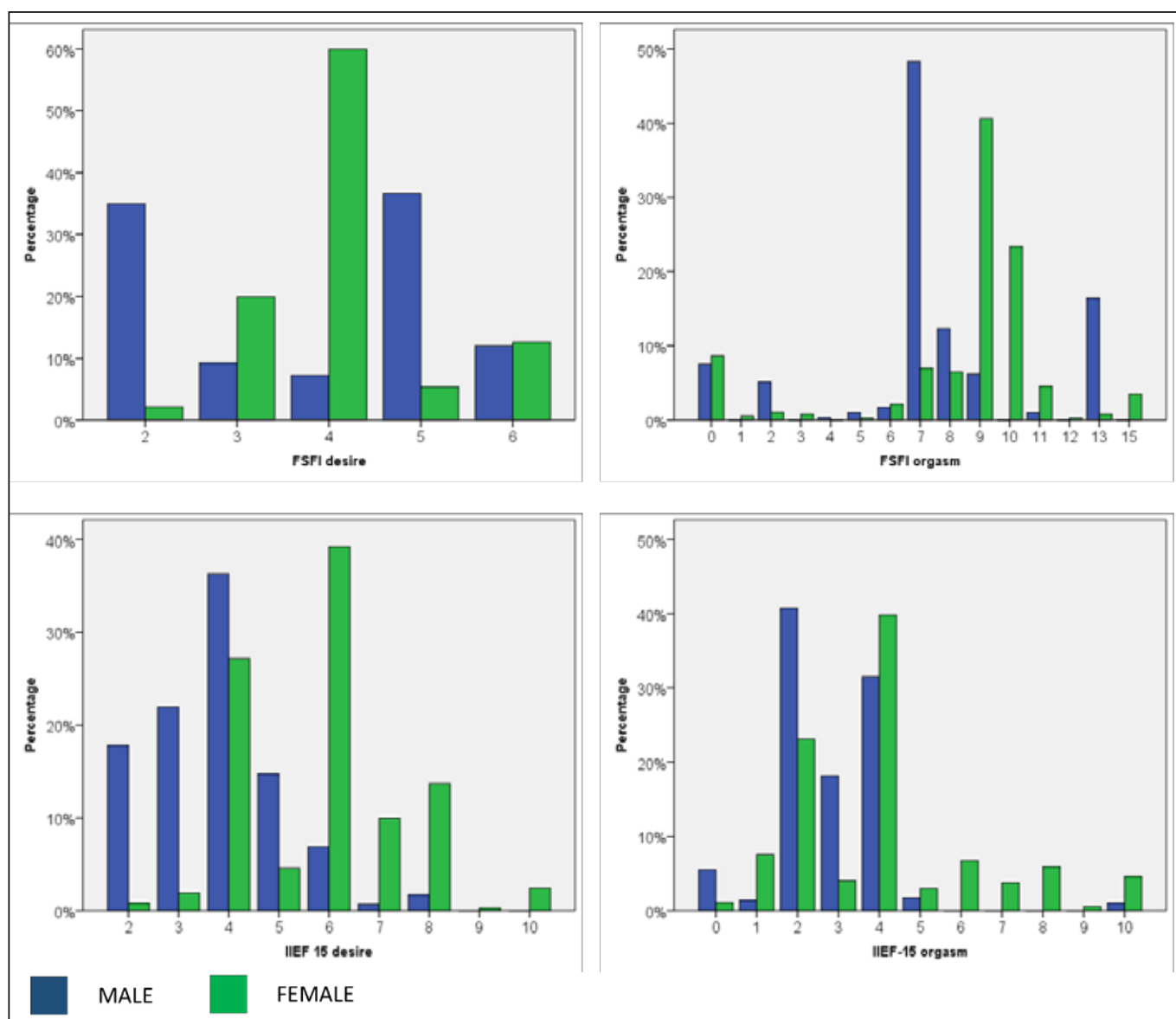


Figura1

IIEF-15 (*International InE Toscana Medica* 5|2016 dex of Erectile Function) e FSFI (*Female Sexual Function Index*).

Ad ogni studente è stato chiesto di compilare non solo i questionari relativi alla propria attività sessuale, ma anche i questionari relativi all'altro sesso, chiedendo espressamente di completarli pensando a come il/la loro partner avrebbe riempito i questionari.

664 studenti hanno completato il questionario, un dato che già da solo fa riflettere sull'interesse suscitato da questo tema nelle giovani generazioni, di questi 372 erano donne e 292 uomini. Le donne hanno presentato un'ISS score più alto rispetto agli uomini (37,9 vs 30,3 $p < 0,01$). Abbiamo riscontrato una differenza tra uomini e donne analizzando il "desiderio" e l'orgasmo tramite FSFI e IIEF-15 (vedi Figura 1). Abbiamo inoltre verificato una diretta correlazione tra il BMI e l'abbassamento della soddisfazione sessuale nelle donne ($r: 0.141$ $p = 0,046$) e una diretta correlazione in negativo tra l'orgasmo maschile e il BMI ($r: -0,089$, $p < 0,01$).

Il consumo di alcol ha un impatto negativo sia sugli uomini che sulle donne in termini di desiderio e orgasmo ($r: -0,259$, $p < 0,01$ e $r: -0,0196$, $p = 0,004$ rispettivamente). Questi dati preliminari suggeriscono che le donne hanno una soddisfazione sessuale inferiore rispetto agli uomini ma che in senso assoluto la loro "vita sessuale" è sovrapponibile a quella degli uomini. Tuttavia, le donne percepiscono il loro desiderio sessuale e il loro di orgasmo in maniera più alta rispetto a quello che gli uomini pensano, viceversa gli uomini percepiscono il loro desiderio di sessualità e orgasmo in maniera inferiore rispetto a quello che credono le rispettive partner.

Con questo studio vogliamo porre l'attenzione sul piacere sessuale come aspetto basi-

lare della sessualità umana, talvolta ignorato o stigmatizzato nella politica e nei programmi di promozione della salute. Il piacere è, probabilmente, il più potente fattore motivante per il comportamento sessuale. Ignorare questo ruolo nel contribuire alla realizzazione della salute e della felicità umana è un grave errore. Lo studio da noi proposto è a tutt'oggi in fase preliminare di analisi e stressiamo sulla necessità di studi di questo tipo, divisi per età, classe sociale e zona geografica. I giovani, in questo caso la popolazione tra i 19 e i 26 anni, sono un gruppo di attori molto importanti sulla scena dell'educazione alla sessualità in quanto in piena attività sessuale. Un'educazione sessuale adeguata deve essere pensata e promossa come spazio aperto di circolazione di competenze e strumenti, messi in rete e condivisi.

Conclusioni

I dati preliminari del nostro studio dimostrano come vi sia grande interesse nei giovani studenti sul tema della sessualità: queste survey sono necessarie in diverse popolazioni, al fine di ottenere dati confrontabili per età, livello socioeconomico e stili di vita. Dieta e stili di vita, possono avere un significativo impatto sulla sessualità sia maschile che femminile. Un punto molto interessante dello studio riguarda la percezione della sessualità nell'altro sesso: sia per i maschi che per le femmine abbiamo riscontrato una differenza tra il dato "reale" riferito dai soggetti ed il dato "percepito" dei soggetti dell'altro sesso sia per quanto riguarda il desiderio sessuale che l'orgasmo del partner. L'analisi completa dei dati permetterà di ottenere informazioni più accurate.

TM

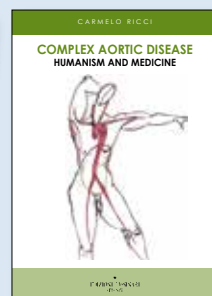
Info: cocci.andrea@gmail.com



EDIZIONI TASSINARI

L'editore di Toscana Medica offre prezzi ottimi per i medici

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita



ULTIME NOVITA! RILEGATURE ARTIGIANALI IN CARTONATO, STAMPA SU TESSUTO

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

CAROLINA BECATTINI

L'età della donna e la riproduzione naturale e assistita



Carolina Becattini, specialista in Ginecologia e Ostetricia con indirizzo Fisiopatologia della Riproduzione Umana dal 1998; dal 2005 è Responsabile del Centro privato-convenzionato di Procreazione Medicalmente Assistita di Futura Diagnostica medica P.M.A. a Firenze.

In questi ultimi anni si è verificato un costante aumento dell'età in cui le coppie ricercano la gravidanza e non stupisce che noi operatori del settore ci troviamo sempre più a fronteggiare richieste di aiuto medico in donne infertili al di sopra dei 40 anni. Tuttavia è doveroso rimarcare alcune nozioni di biologia che sono patrimonio della classe medica ormai da decenni e che purtroppo se non ben gestite si ripercuotono sulla effettiva "cura" della infertilità.

Lo spostamento dell'età in cui le donne ricercano la gravidanza, riscontrato in tutte le casistiche dei paesi occidentali, è legato a diversi fattori tra i quali il più importante è l'evoluzione del ruolo della donna nella società moderna che per esigenze lavorative, ricerca di stabilità economica e talvolta di una stabilità emotiva tende a rimandare la ricerca della gravidanza.

Da un punto di vista biologico però non c'è

stata alcuna evoluzione e come dimostrato da numerosi studi epidemiologici, la fertilità nella donna raggiunge il suo massimo tra i 20 e i 25 anni per poi diminuire gradualmente fino a 35 anni. Da questa età, la diminuzione della fertilità si fa ancora più evidente, e al di sopra dei 40 anni la donna si avvia verso quella fase di progressivo esaurimento della funzionalità ovarica, che si conclude con la menopausa (età media 50 anni). (Vedi Figura 1)

I fattori alla base di questa diminuzione della fertilità femminile sono molto diversi, e se da una parte con l'età aumenta il rischio di patologie ginecologiche che possono diminuire la fertilità (per esempio fibromi, endometriosi, patologia flogistica), dall'altro lato è presente PER TUTTE le donne un'"infertilità ovocitaria", che aumenta con l'età della donna (il cosiddetto *ovarian aging*).

In pratica con l'età femminile peggiora la

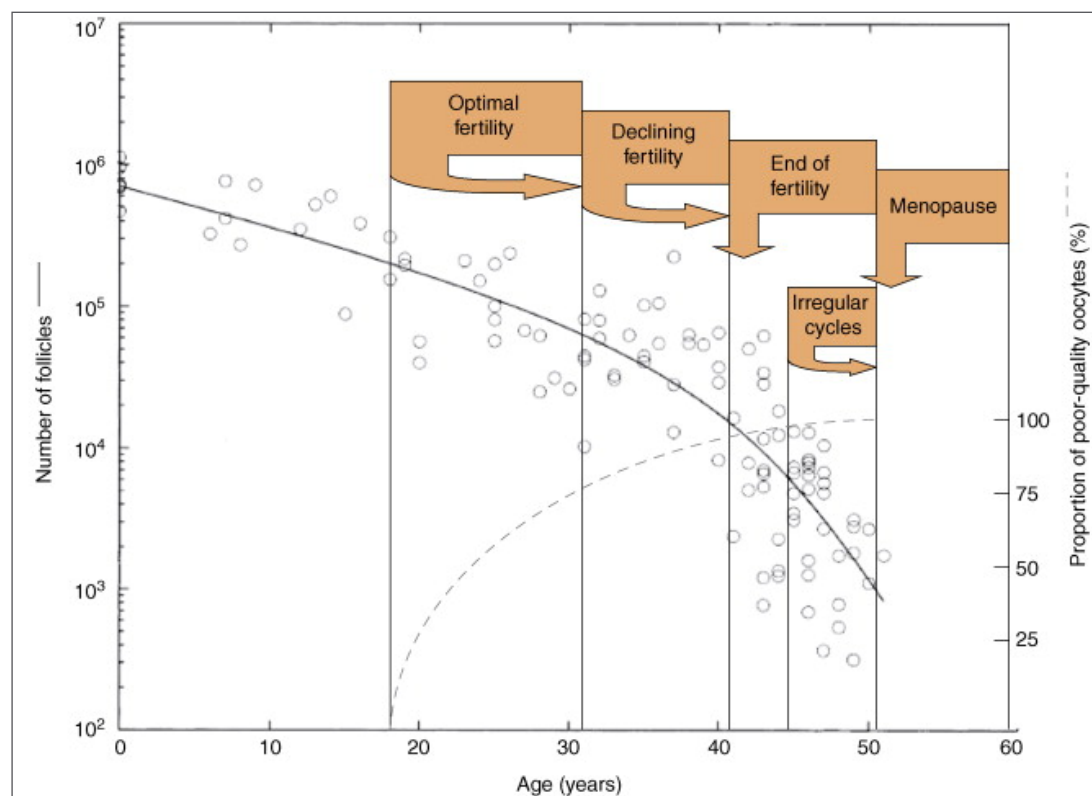


Figura 1 - Il processo dell'invecchiamento ovarico (da Broekmans FJ et al, Trends in Endocrinology and Metabolism, 2007).

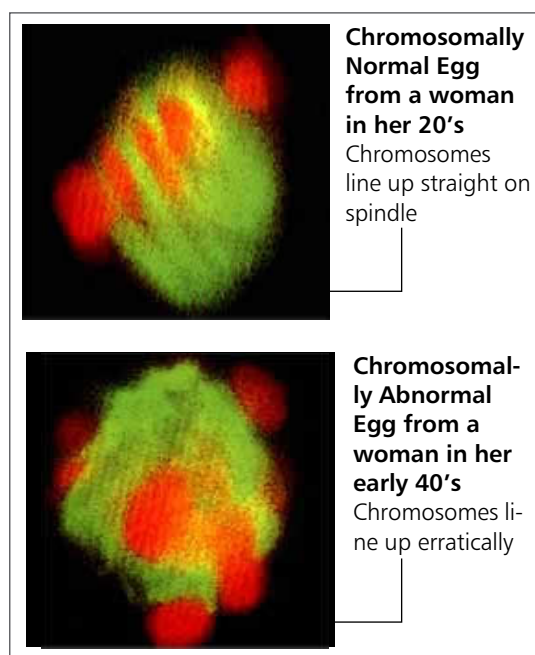


Figura 2 - Disposizione del fuso mitotico in ovociti di donna giovane e donna di 40 anni (*Influence of maternal age on meiotic spindle assembly in oocytes from naturally cycling women, Battaglia DE et al, Human Reproduction 1996*)

capacità ovarica di produrre ovociti (riserva ovarica) e la qualità degli ovociti stessi da un punto di vista genetico (aumento di errori di disgiunzione cromosomica), ma anche metabolico. La Figura 2 infatti mostra come, con l'età femminile, aumenta il rischio di errori di disgiunzione cromosomica per alterazioni del fuso mitotico.

L'invecchiamento ovarico quindi si traduce in una diminuzione del tasso di nascita spontaneo all'aumentare dell'età della donna, ma si traduce allo stesso modo in una diminuzione dei risultati con le tecniche di procreazione assistita.

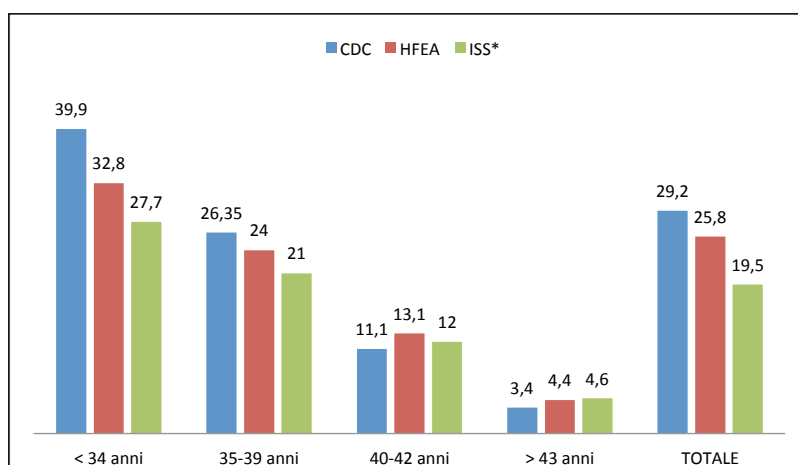


Figura 3 - Andamento della probabilità di nascita nelle classi di età femminile per ciclo FIVET-ICSI iniziato:
CDC (Center of Disease Control - 2013); HFEA (Human Fertilisation and Embriology Authority - 2012); *ISS (2013 - non riporta percentuale di nascita [dati persi al follow up] ma percentuale di gravidanza clinica)

La Figura 3 riporta le percentuali di parto con le tecniche di Fecondazione in Vitro secondo i principali registri europei e internazionali. In tutte le casistiche è evidente come la percentuale di parto si riduca al di sopra dei 40 anni fino a diventare quasi zero al di sopra dei 44 anni e infatti l'età femminile rappresenta il principale fattore prognostico nelle tecniche di PMA.

In questo scenario ovviamente ci sono fattori estremamente diversi da paziente a paziente soprattutto in riferimento alla presenza di patologie ginecologiche aggiuntive, e allo stato della riserva ovarica che con i moderni test è possibile caratterizzare per ciascuna paziente eseguendo il dosaggio dell'ormone antimulleriano (che ha ormai soppiantato la valutazione di FSH ed LH nella fase follicolare precoce del ciclo), associato alla conta ecografica transvaginale dei follicoli antrali (diametro tra i 2 e 9 mm). **Tuttavia l'alterazione qualitativa degli ovociti è un parametro che sembra dipendere solo dal passare degli anni e pertanto non è modificabile ed è uguale per tutti.**

Questa diminuzione dell'efficacia della PMA può essere ulteriormente compromessa da altri fattori il più importante dei quali è la riserva ovarica; infatti diversi gruppi di ricerca hanno correlato l'esito del ciclo di PMA della donna al numero di ovociti maturi recuperati e in queste casistiche il numero ottimale di ovociti è di circa 10 - 14. In pratica se all'età femminile si aggiunge una diminuzione del numero di ovociti prodotti, i risultati diminuiscono ulteriormente fino a rendere inutile il ricorso alla tecnica di PMA e questa diminuzione è più consistente se l'età femminile è superiore ai 38 anni.

In questo scenario diventa fondamentale caratterizzare subito la coppia che sta cercando la gravidanza, per indirizzarla verso la PMA nei tempi e nei modi corretti, informando le coppie sull'impatto dell'età sul potenziale riproduttivo, individuando possibili fattori di rischio per patologie che influenzano negativamente la fertilità sia femminile (endometriosi, fibromi, esiti flogistici) che maschile (criptorchidismo, varicocele, disordini sessuali) e caratterizzando gli altri fattori prognostici all'interno della coppia quali la riserva ovarica.

Sarebbe opportuno inoltre uno sforzo collettivo della classe medica (e non solo) per fornire il più possibile informazioni corrette ai propri pazienti sulle reali potenzialità riproduttive naturali ma soprattutto assistite, perché il falso mito che la PMA risolve tutto nel 2016 non è più giustificabile a meno che non si voglia ricorrere sempre di più alla fecondazione eterologa.

TM

Info: c.becattini@futuradiagnosticamedica.it

ROBERTO BERNARDINI

Allergia alimentare

Premessa

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), nella figura del suo Presidente, ha promosso e sostenuto, nella seconda metà del 2015, la stesura di un documento "Allergia Alimentare, Documento Condiviso", consultabile anche nel sito www.siaip.it (risorse; documenti). Infatti il Presidente della FNOMCeO ha fatto richiesta ufficiale ai Presidenti delle Società Scientifiche di Allergologia e Immunologia Clinica (Associazione Allergologi Immunologi Territoriali e Ospedalieri-AAITO; Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica-SIAAIC; Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica-SIAIP) per avvalersi della loro collaborazione o di loro delegati nella stesura del Documento stesso. L'allergia alimentare (AA) è un aspetto molto sentito dalla popolazione generale e dalla classe medica; c'è tuttora molta confusione, non solo nella terminologia, ma soprattutto nell'inquadramento e nell'approccio diagnostico; in modo particolare per quanto riguarda i percorsi diagnostici si è assistito, negli ultimi anni, a una crescente offerta di metodologie diagnostiche non scientificamente corrette e validate. Ecco il motivo di questa iniziativa della FNOMCeO. Di seguito, in modo molto schematico, sono trattati solo alcuni dei punti salienti di questo Documento condiviso.

Definizione

L'allergia alimentare è una reazione avversa, riproducibile, immuno-mediata, a un determinato alimento. Gli alimenti più comunemente responsabili sono latte e uovo nel primo anno di vita; frutta secca, crostacei, pesci in seguito.

Prevalenza

La prevalenza varia secondo come viene valutata: a) da quanto riportato dai pazienti, b) dai risultati dei test cutanei o sierologici, c) dalla correlazione clinica tra anamnesi e test cutanei-sierologici, d) dall'esito dei test di provocazione orale valutando la ricomparsa o meno dei sintomi.

La percezione di allergia alimentare nella popolazione è pari a circa il 20% mentre la prevalenza reale del fenomeno interessa realmente il 2-3% della popolazione adulta e fino al 6% circa della popolazione pediatrica. Infatti la prevalenza "riportata" di allergia alle proteine del latte vaccino pari al 6% diventa dello 0.6% dopo un test di provocazione orale con il latte stesso.

Allergeni alimentari

- Derivati da piante*, vegetali: molecole di allergeni vegetali possono essere in comune con quelle di piante con la possibilità di determinare sia dopo assunzione di alimenti sia dopo inalazione di pollini che li contengono (cross-reattività) manifestazioni cliniche rispettivamente di allergia alimentare e di allergia respiratoria;
- Origine vegetale*: assenza di cross-reattività con pollini, determinano solo manifestazioni cliniche di allergia alimentare;
- Origine animale*: determinano solo manifestazioni cliniche di allergia alimentare.

Secondo la molecola allergenica responsabile dei sintomi questi possono essere di tipo lieve o grave. Molecole allergeniche termolabili e/o gastro-labili come quelle appartenenti alla famiglia delle profilline e delle PR-10 solitamente determinano sintomi non gravi (sindrome orale allergica, angioedema-orticaria) mentre molecole allergeniche come quelle appartenenti alle nLTP e alle SSP, termostabili e gastro-resistenti alla degradazione possono determinare anche sintomi gravi (anafilassi, potenzialmente letale).

Classificazione dell'allergia alimentare e principali quadri clinici (vedi Figura 1).

Diagnosi

Si basa, per le allergie alimentari IgE mediate, su una correlazione clinica immediata (entro massimo 2 ore, solitamente entro 1 ora) tra assunzione di alimenti e comparsa di sintomi. La conferma del sospetto clinico avviene tramite esecuzione dei test cutanei (*prick test* con estratto del commercio e/o *prick + prick* utilizzando l'alimento fresco sospettato). Se la diagnosi è ancora dubbia, si possono ricercare nel siero, sempre in base alla storia clinica, le IgE specifiche oppure le molecole allergeniche. Successivamente può essere necessario eseguire, in caso di dubbio diagnostico, il test di provocazione orale che è considerato il "gold standard" nella diagnosi di allergia alimentare.

Test diagnostici non validati e inutili

Alcuni test e alcune metodiche sono impropriamente e ancora comunemente usati. Questi sono principalmente il test di provocazione e neutralizzazione intradermico o sublinguale, la kinesiologia applicata, il Vega test, il Sarm test, il



Roberto Bernardini, Direttore UOC Pediatria, Nuovo Ospedale San Giuseppe, Empoli. Past-President della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica Board member of Interest Group Allergy, Asthma & Sports (European Academy of Allergy and Clinical Immunology).

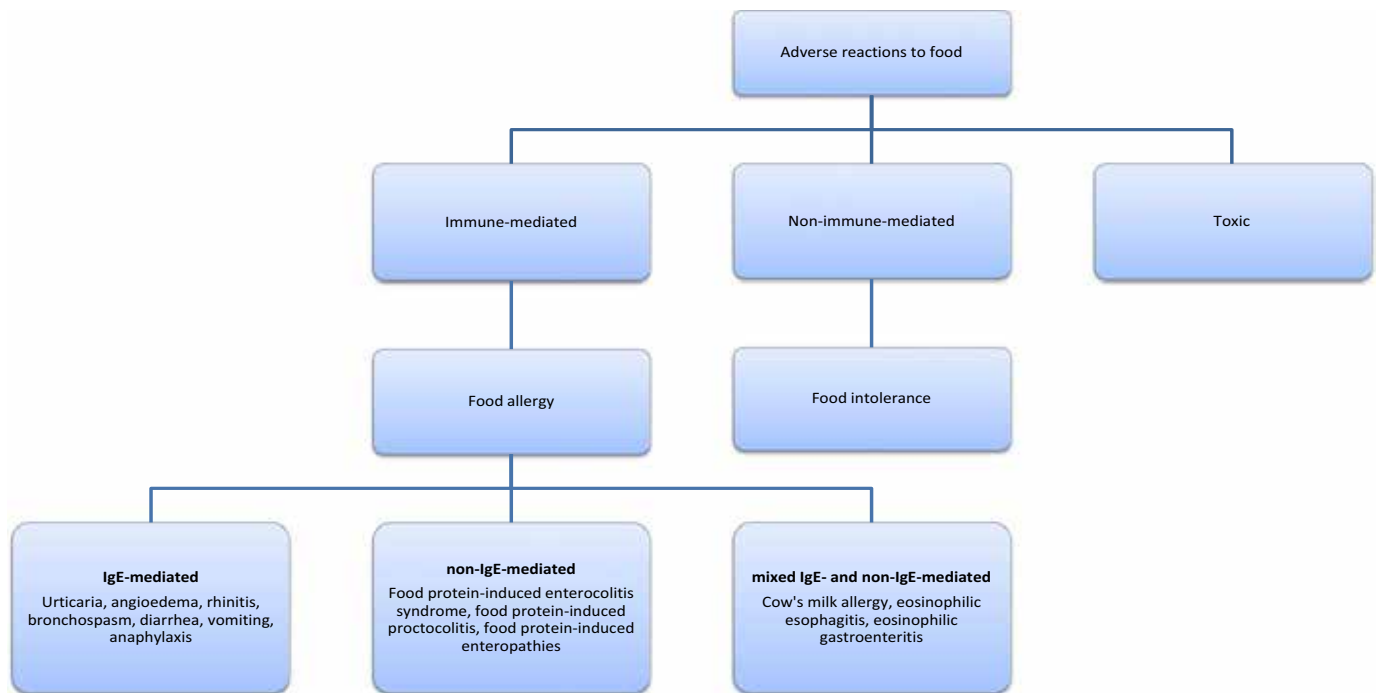


Figura1

Biostrength test e varianti, il test elettrotermico o Elettroagopuntura secondo Voll, la Biorisonanza, l'Analisi Del Capello (Hair analysis), il Pulse Test, il Natrix o FIT 184 Test, il Test Citotossico o test di Bryan, il Dosaggio delle IgG 4.

Tali test, sottoposti a valutazione clinica attraverso studi controllati, si sono dimostrati privi di attendibilità scientifica e validità clinica e sono in controtendenza con la moderna Medicina, dove si cerca di creare percorsi diagnostici e terapeutici basati sull'evidenza ("EBM"). Inoltre non hanno dimostrato efficacia diagnostica o, peggio, hanno già dato dimostrazione d'inefficacia diagnostica e quindi anche la SIAIP, nel recente documento "Choosing Wisely, le cose da fare ma soprattutto non fare", apparso a marzo 2014 sulla Rivista (RIAP) (www.riaponline.it), Organo Ufficiale della SIAIP, ne ha fermamente sconsigliato l'utilizzo nella diagnosi di allergia alimentare.

Diagnosi differenziale

Un alimento può determinare una reazione avversa non identificabile come AA (ad esempio una reazione tossica e un'intolleranza) (Figura 1).

Le intolleranze alimentari sono dovute a difetti enzimatici (lattasi, ecc.), a sostanze farmacologicamente attive (istamina, ecc.) e a meccanismi sconosciuti (additivi).

L'intolleranza al lattosio, la più diffusa tra le intolleranze da difetti enzimatici nella popolazione generale, è causata dalla mancanza o

dalla diminuita attività di un enzima chiamato lattasi, che consente la digestione del lattosio, uno zucchero contenuto nel latte, scindendolo in glucosio e galattosio.

Le intolleranze farmacologiche sono determinate dall'effetto farmacologico di sostanze contenute in alcuni alimenti, come istamina (vino, spinaci, pomodori, alimenti in scatola, sardine, filetti d'acciuga, formaggi stagionati), tiramina (formaggi stagionati, vino, birra, lievito di birra, aringa), caffeina, alcol, solanina (patate), teobromina (tè, cioccolato), triptamina (pomodori, prugne), feniletilamina (cioccolato), serotonina (banane, pomodori).

Le intolleranze da meccanismi non definiti riguardano reazioni avverse provocate da additivi quali nitriti, benzoati, solfiti, per i quali non sono stati dimostrati scientificamente meccanismi immunologici. La loro effettiva importanza clinica va attentamente valutata, con diete di esclusione e reintroduzione, prima della prescrizione di una dieta definitiva di eliminazione.

Le intolleranze alimentari provocano sintomi talvolta simili a quelli delle allergie alimentari, spesso la loro comparsa è in relazione alla quantità ingerita dell'alimento non tollerato. Una dieta scorretta, alterazioni gastrointestinali come sindrome da intestino irritabile, gastrite, reflusso gastroesofageo, diverticolite, calcolosi colecistica, determina una sintomatologia attribuita, spesso erroneamente, a un'intolleranza alimentare.

Terapia

La terapia della fase acuta varia secondo la manifestazione clinica dell'allergia alimentare. Da vari anni, specialmente in età pediatrica, in soggetti con anafilassi da allergia alimentare, è possibile eseguire, per gli alimenti responsabili (principalmente latte e uovo) una loro reintroduzione, secondo particolari schemi di "desensibilizzazione", da programmare ed eseguire in ambiente ospedaliero-universitario con personale sanitario esperto nel settore e in grado di fronteggiare la comparsa di reazioni avverse.

Conclusioni

L'allergia alimentare determina manifestazioni cliniche oramai ben definite e potenzialmente letali. È pertanto necessario che il medico conosca bene tali quadri clinici per fare una diagnosi certa o per indirizzare i pazienti in centri specializzati per la diagnosi e cura di allergia alimentare. Del resto in ambito sanitario è fondamentale raggiungere obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure a tutela della salute del cittadino, della professionalità del medico e della sostenibilità del SSN. Le "allergie" sono un ambito ove purtroppo una non appropriatezza è facilmente evidenziabile. Ecco il perché di questo Documento e di iniziative come quella della SIAIP che ha realizzato, in collaborazione con Azienda Certificatrice di qualità, 37 prestazioni diagnostiche-terapeutiche (che poi hanno dato esito a documenti specifici di riferimento). L'applicazione di un comportamento appropriato e

certificato dalla SIAIP stessa eviterà nel bambino:

- 1) uso di metodologie diagnostiche e terapeutiche che alla loro base non hanno evidenza scientifica o non indicate in "quella" specifica situazione;
- 2) di etichettare allergico chi in realtà non lo è (questo accade in quasi 3 bambini su 10) con ovvie negative conseguenze economiche e sociali per i bambini stessi, per le loro famiglie e per la società.

E cosa ancora più importante permetterà, con un percorso diagnostico-terapeutico corretto-certificato:

- 1) una riduzione dei costi, per le famiglie e il SSN, sostenuti per diagnosi e terapie inappropriate o peggio ancora per diagnosi e terapie "non validate scientificamente" o inadeguate;
- 2) il convogliamento delle risorse, in tal modo risparmiando, in altri ambiti del SSN;
- 3) la consapevolezza, da parte del paziente, di affidarsi a un professionista che per quella specifica prestazione, è "certificato", evitando così inutili spostamenti, "migrazioni" del paziente stesso alla ricerca di specialisti nel settore, anche talvolta fuori la propria regione di residenza, che potrebbero essere invece facilmente raggiungibili.

TM

Info: r.bernardini@uslcentro.toscana.it

MEDICINA LEGALE

MAURO BARNI

Sul "fine-vita": non resta che il silenzio

Fa amaramente sorridere (oltre che sollecitar consensi) un puntualissimo articolo di Luigi Gaudino, giurista della Università di Udine, apparso nell'ultimo numero di *Responsabilità civile e previdenza* (n. 6, 2015), una rivista di dottrina e di giurisprudenza, da 80 anni attentissima ai problemi medico-legali. Il titolo del breve saggio, ironico e rigorosamente informativo; è «*Novità in tema di fine-vita: Canada, Inghilterra, Francia e Friuli-Venezia Giulia*», e, addirittura prima della lettura, fa subito pensare - non a torto - al fatto che l'Italia intera nel campo delle *direttive anticipate* è proprio del tutto *out*, quando una sua pic-

cola Regione a statuto autonomo, si assume l'onere e l'onore di un «protagonismo» del resto consono alla sua storica vocazione mitteleuropea.

In effetti, dopo la clamorosa sentenza della Cassazione civile del 26 ottobre 2007, n. 2148, che, chiudendo il lacerante caso "Englaro, stabiliva che «il *tutor* (e il medico, aggiungo) ... deve innanzitutto agire ... nel *best interest* del paziente, deve cioè decidere (anche in assenza di *direttive anticipate*)» al posto dell'incapace, non per l'incapace *ma con* l'incapace, magari ricostruendo la presunta volontà della persona incosciente, (se) già



Mauro Barni, emerito di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Siena. È stato, Rettore dell'Università e Sindaco di Siena, vicepresidente del Comitato Nazionale per la Bioetica e presidente della Commissione Regionale Toscana di Bioetica, sino al 2006. È particolarmente impegnato sui problemi della etica e della deontologia medica con particolare riferimento ai rapporti tra professione e società.

adulta, prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lei espressi (*anche se non formalizzati*) prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà della sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e delle sue convinzioni etiche e religiose, culturali e filosofiche». Ce n'era dunque di materia, anche culturalmente elevata, per una legislazione non compromissoria e tanto meno intenzionalmente fallimentare come quella che poco dopo fu approvata da un ramo del Parlamento, ma presto passata agli onori dell'archivio, anche se purtroppo parafrasata persino dal nuovo Codice di Deontologia medica che, in proposito, si è fortemente "incartato". Entrambi gli "strumenti", infatti, dopo aver riconosciuto che, in fondo (ma proprio in fondo), dalle scelte attuali del paziente non si può prescindere, affermano che, se questi non è più in grado di scegliere, delle disposizioni anticipate il medico deve *tener conto* (quando le condizioni sono ormai disperate), pur solennemente e un po' ipocritamente riaffermando (e ce n'è ancora bisogno?) che il principio da osservare è sempre il medesimo: il diritto cioè della persona di accettare o di rifiutare le cure, intangibile, anche in caso di perdita di capacità e anche ove il rifiuto ne possa determinare la morte. La terapia palliativa resta purtroppo nell'ombra.

Non c'è da aggiungere che, pure in questo tempo di "riforme", il Parlamento si guarda bene dal risvegliare il can che dorme, pur avendo a disposizione il disegno di legge ispirato al "diritto gentile", che ha per primo firmatario il senatore Marconi, e persino il bel lavoro culturale, elaborato con grande partecipazione di uomini di cultura, dal professor Paolo Zatti, civilista padovano.

Ha perfettamente ragione Luigi Gaudino quando denuncia che «nel panorama internazionale l'Italia continua a rappresentare un caso a sé stante. Dopo le polemiche che hanno accompagnato il dramma "Englaro", il nostro Parlamento ha deciso di ignorare la questione ed ha sepolto - fortunatamente - il D.D.L. "Calabrò" ... » e scelto di lasciar depositare la polvere nelle sudate carte e sui patemi d'animo...e di coscienza.

Eppure, ovunque si è andati ben oltre la riaffermazione di ovvi principi. In Canada, ad esempio, la giurisprudenza interpreta il volere del paziente come espressione del diritto alla

vita posto che il divieto può avere per effetto quello di indurre il soggetto stesso a suicidarsi finché ancora ... capace di farlo e forse ancor prima di quanto in fondo vorrebbe, per evitare «intollerabili sofferenze fisiche e psichiche, non alleviabili con mezzi terapeutici».

E ancora: in Inghilterra si è consolidato il «*Mental Capacity Act*», la legge cioè del 2005, grazie alla quale sono state disciplinate le «*advance directives to refuse treatment*»; in Francia, l'Assemblea Nazionale, in prima lettura e a larghissima maggioranza, il 17 marzo 2015, ha fatto propria la proposta di legge che stabilisce la vincolatività delle direttive anticipate, nonché le precisazioni, su basi scientifiche, che nutrizione e idratazione artificiale costituiscono *trattamenti sanitari*, nonché la possibilità per il paziente terminale e sofferente di sottoporsi a sedazione profonda ...

Non è che si vogliono bruciare le tappe ... ma almeno si doveva (e si poteva) accogliere la Legge Regionale 17 marzo 2015, art. 4, della Regione Friuli Venezia Giulia sulla «*istituzione del registro regionale per le libere dichiarazioni anticipate*», respinta invece per due volte non dalla Consulta ma dal Consiglio dei Ministri, col pretesto che la materia è di competenza (altre volte dimenticata) dello Stato.

Tra l'altro, di quella Regione è la Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ... che con ogni evidenza non era ostile al progetto. Eppure, conclude il giurista Gaudino - ed io mi associo - la materia del fine-vita, è ormai pressante, tanto nell'opinione pubblica quanto nel pensiero dei medici, e si ha la sensazione «che le contrapposizioni tra laici e credenti sono in gran parte superabili ed è possibile disegnare un quadro normativo rispettoso al contempo delle diverse sensibilità, nonché del diritto del malato e dell'integrità professionale del medico».

La Commissione Regionale di Bioetica Toscana c'era da tempo arrivata, in armonia con la Federazione Toscana degli Ordini e grazie alla sensibilità rispettivamente di Enrico Rossi e di Antonio Panti. «*In hoc signo*» (aggiungo con qualche mestizia) si erano vinte più difficili battaglie, con convinto unanime consenso.

TM

Info: topcopysnc@virgilio.it

GAVINO MACIOCCO

Il Sistema sanitario svizzero

Quanto a salute e sanità, la Svizzera si trova nelle posizioni di testa in tutte le classifiche. È dietro soltanto a Giappone e Spagna quanto a speranza di vita alla nascita (82,8 anni, M+F). L'*Euro Health Consumer Index*¹ che ogni anno classifica i sistemi sanitari europei, assegna nel 2015 alla Svizzera la medaglia d'argento (quella d'oro è da anni assegnata all'Olanda) con 894 punti su 1000 (con un incremento di 39 punti rispetto al 2014). La Svizzera è al primo posto – tra i vari parametri di valutazione – nell'accessibilità ai servizi (vedi, ad esempio, liste d'attesa – posizione condivisa con la Danimarca) e nei risultati di salute (vedi, ad esempio, mortalità evitabile e sopravvivenza in caso di tumori – posizione condivisa con Olanda, Norvegia e Islanda).

La Svizzera eccelle anche nella spesa sanitaria: nel mondo è seconda solo agli USA (vedi Figura 1). La spesa sanitaria totale pro-capite è di 6.325 \$ (dato OCSE, 2013), di cui 4.178 \$ di spesa sanitaria pubblica. Anche il dato relativo alla percentuale del PIL destinato alla sanità – 11,1% – pone la Svizzera al secondo posto, al pari dell'Olanda, dopo gli USA (16,4%).

Il sistema sanitario è costoso, ma a un costo accettabile perché in cambio dimostra di essere – come scrive il NEJM – “un'industria fiorente, importante e innovativa, un forte motore per la crescita economica e la prosperità”.

Un sistema assicurativo universalistico

Il sistema sanitario svizzero – al pari di altri sistemi sanitari come quello tedesco, francese, austriaco, belga – si basa sul modello Bismarck, ovvero sulle assicurazioni sociali.

La legge che le istituisce risale al 1912. Si trattava di una legge federale di indirizzo che affidava ai Cantoni il compito di promuovere il sistema mutualistico. Il Cantone di Berna fu il primo, nel 1914, a introdurre l'assicurazione sanitaria obbligatoria. Gli altri seguirono con lenta progressività: nel 1947 il 60% della popolazione era coperta, nel 1959 l'80%.

Nel 1994 avvenne la svolta, sancita dal voto del parlamento e confermata da un referendum popolare. Viene introdotto un sistema mutualistico, basato su assicurazioni private non-profit, che garantisce la copertura sanitaria universale. Tutti sono obbligati a assicurarsi (le fasce di popolazione a medio-basso reddito ricevono i necessari sussidi) e le assicurazioni sono obbligate ad assicurare tutti, con tariffe che prescindono dal livello di rischio degli assicurati (*community-rated premiums*). Viene sancito anche il principio della

piena libertà dei cittadini di scegliere sia l'assicurazione che il medico, nonché il luogo di cura.

L'architettura del sistema

Il sistema sanitario riflette l'assetto istituzionale del Paese (8,1 milioni di abitanti, il 23% dei quali immigrati) composto da un livello centrale federale e 16 Cantoni dotati di una larga autonomia. Per quanto riguarda la sanità, il Governo centrale ha compiti di indirizzo e controllo, regola il mercato assicurativo con la definizione del pacchetto di servizi che le compagnie devono garantire e dei criteri di remunerazione dei professionisti (*fee-for-service*) e degli ospedali (DRGs).

I Cantoni hanno ampie competenze e responsabilità in diverse aree: a) il governo della rete ospedaliera (dei 293 ospedali in tutta la Svizzera, 133 sono pubblici/privati non-profit e 160 privati for-profit), che comprende il finanziamento di circa il 50% del costo di tutti i ricoveri (le compagnie assicurative pagano il resto); b) l'amministrazione dei sussidi per consentire l'acquisto delle polizze assicurative ai cittadini con medio-basso reddito (37% della popolazione); c) la concessione della licenza ad esercitare la professione autonoma a medici e altri operatori sanitari; d) gli interventi di prevenzione e sanità pubblica (in collaborazione con il Governo federale e i Comuni).

L'area di maggiore responsabilità dei Comuni è quella dell'assistenza residenziale e domiciliare agli anziani e ai gruppi più vulnerabili. I Comuni più grandi o Comuni associati possono gestire ospedali di loro proprietà.

Il finanziamento del sistema

Le risorse per far funzionare il costoso sistema sanitario svizzero provengono in parti quasi uguali da tre fonti: la fiscalità generale, i premi assicurativi e il contributo privato dei cittadini.

Poiché parte dei soldi della fiscalità generale servono per fornire i sussidi per l'acquisto dei premi assicurativi e quindi confluiscono nelle casse delle assicurazioni, la spesa sanitaria totale risulta così suddivisa in termini percentuali:

1. Spesa governativa: 20,3%
2. Spesa delle assicurazioni: 46,5%
3. Spesa privata: 33,2%

Il 33,2% della spesa privata si compone di due diverse voci: 26,0% di spesa diretta (*out-of-pocket*) per il pagamento di franchigie e ticket; 7,2% per acquisto di assicurazioni private per ottenere prestazioni non incluse nel pacchetto assicurativo standard.

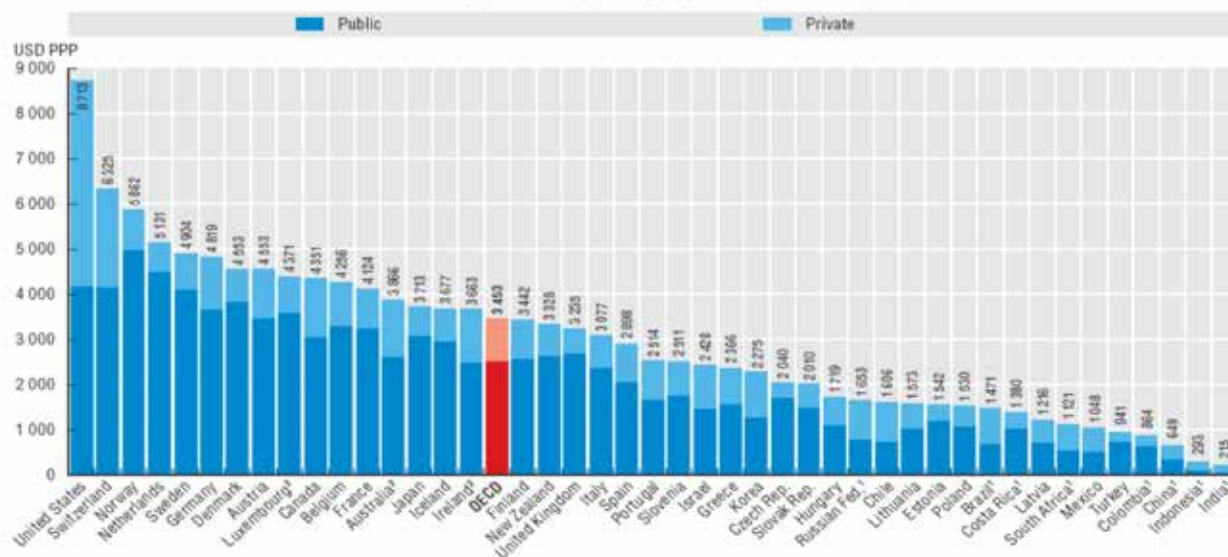
Oltre un quarto della spesa sanitaria proviene direttamente dalle tasche dei cittadini sotto forma di franchigia (soglia al di sotto della quale il pazien-



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana medica la rubrica "Sanità nel mondo". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".

Spesa sanitaria pro-capite (dollari) 2013 Paesi OCSE

9.1. Health expenditure per capita, 2013 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Includes investments.

2. Data refers to 2012.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281252>

Figura 1 - Spesa sanitaria pro-capite. Paesi OCSE. Anno 2013

te paga di tasca propria le prestazioni) e di compartecipazione alla spesa (il nostro ticket). La franchigia varia - a seconda del tipo di polizza assicurativa (più economica è la polizza, più alta la franchigia) - da un minimo annuo di 300 franchi (280 euro) a un massimo annuo di 2.500 franchi. La franchigia non si applica alla gravidanza e al parto ed è assai ridotta nell'assistenza pediatrica. La compartecipazione alla spesa è del 10% della tariffa per tutti i servizi erogati, fino a un tetto annuo di 700 franchi per gli adulti e di 350 per i bambini. I ricoveri per adulti al di sopra dei 26 anni sono gravati di un co-pagamento di 15 franchi al giorno. Franchigie e ticket non si applicano nelle attività preventive².

Il pacchetto standard di servizi forniti dalle assicurazioni include anche prestazioni di medicina complementare e alternativa (come omeopatia e fitoterapia) - introdotte dopo un referendum del 2012 -, ma esclude le prestazioni odontoiatriche, long-term care e chirurgia estetica.

La riforma del mercato assicurativo

In Svizzera sono presenti 61 compagnie assicurative che offrono una varietà di piani assicurativi. Poiché questi cambiano da Cantone a Cantone è stato calcolato che sul mercato c'è un'offerta di ben 287 mila differenti polizze assicurative.

Una riforma del 2003 ha profondamente cambiato la natura delle assicurazioni sanitarie, consentendo loro di adottare metodi di *managed care*, simili a quelli delle HMOs americane: ovvero l'assicurazione diventa anche gestore dei servizi

sanitari per i propri iscritti e non si limita, come nelle forme assicurative tradizionali, al rimborso delle spese sostenute. Le assicurazioni *managed care* generalmente hanno prezzi più bassi, franchigie più alte e tendono a limitare la libertà di scelta del professionista e del luogo di cura; da quando è entrata in vigore la riforma vi è stata un'impennata delle nuove forme assicurative che nel 2013 rappresentavano il 60% del mercato assicurativo svizzero.

"Complessivamente - questo il commento finale del New England Journal of Medicine³ - il sistema sanitario svizzero è costoso e presenta spazi di miglioramento in termini di qualità, appropriatezza e costo dei servizi. Tuttavia esso serve egregiamente la popolazione svizzera. La combinazione di "liberalismo" nel classico senso europeo e solidarietà - che significa rispetto della scelta, dell'autonomia e della responsabilità individuale senza lasciare che nessuno in bisogno di cure possa soffrire o morire per mancanza di risorse finanziarie - sembra funzionare, almeno per la Svizzera".

1 <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>,

2 Health Systems in Transition, Switzerland, 2015, <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/zerland-hit-2015>

3 Biller-Andorno N, Zeltner T, Individual and Community Solidarity - The Swiss Health Care System, N Engl J Med 2015; 373:2193-97.

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it

DANIELE DIONISIO

L'impegno dei BRICS per la Salute Globale

Il gruppo BRICS (Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica) sta contribuendo alla salute globale in un'ottica di multilateralismo fondato su stanziamenti economici, "capacity building", facilitato accesso a terapie e assistenza, e sviluppo di nuove strategie e strumenti. Il crescente investimento in innovazione sanitaria, produzione di medicine, diagnostici e vaccini da parte dei BRICS prevedibilmente continuerà a rappresentare un beneficio per i Paesi poveri.

Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica, gruppo espresso dall'acronimo BRICS, sono note economie emergenti e globalmente rappresentano circa il 25% del prodotto interno lordo mondiale.

Se la crescita dei BRICS sembra ora rallentare, questi Paesi hanno mostrato migliori capacità di recupero dalla recente crisi finanziaria globale rispetto a USA ed Europa. Non stupisce, perciò, che il capitolo di spesa dei BRICS per cooperazione internazionale sia in ascesa. Complessivamente, i BRICS enfatizzano la cooperazione Sud-Sud e stanno contribuendo alla salute globale in un'ottica di multilateralismo fondato su stanziamenti economici, "capacity building", facilitato accesso a terapie e assistenza, e sviluppo di nuove strategie e strumenti.

Dopo il loro primo meeting a Pechino nel 2011, i ministri della Salute dei BRICS decisero nel 2012 di incontrarsi annualmente in occasione delle assemblee mondiali OMS. Ma già nel loro primo meeting, quattro priorità furono condivise: rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali BRICS (garantendo l'accesso alle tecnologie per la salute), investimento nella lotta alle patologie infettive e a quelle non trasmissibili, sostegno a organizzazioni internazionali di riferimento e a partenariati per la salute globale, e trasferimento di tecnologie ai Paesi in via di sviluppo anche al fine della produzione autonoma di farmaci generici di qualità.

LE SFIDE

Con l'eccezione del Sudafrica, le patologie non trasmissibili rappresentano il maggior problema per i BRICS. E l'incidenza è in crescita: la Russia ha uno dei più alti tassi mondiali di malattie cardiovascolari; mentre il carico di diabete è elevatissimo per Cina e India.

In aggiunta, i Paesi BRICS (Russia esclusa) sono endemici per almeno una delle più comuni

patologie tropicali neglette (NTDs). Ed è dell'ottobre 2015 l'impegno dei ministri BRICS della Salute "to strive for achieving the Global 2020 NTD control and elimination goals, for universal coverage of everyone in need by 2030."

Altra importante area di sfida e influenza dei BRICS è il loro contributo al dibattito sulle attuali mutazioni climatiche esiziali per la salute. Russia, Cina e India detengono, infatti, enormi riserve di carbone (circa un quarto del volume mondiale), e mentre la Cina sta investendo in energia pulita, ha tuttavia in programma l'apertura di circa 70 nuovi aeroporti.

Al riguardo è notizia positiva che quattro dei BRICS (Russia esclusa) abbiano fondato un gruppo di coordinamento, chiamato BASIC, per esprimere una posizione unitaria sul problema climatico.

OPERATIVITÀ Brasile

Le iniziative correnti includono HIV/AIDS, nutrizione infantile, finanziamenti multilaterali e "tobacco control". Il Brasile è stato autorevole nel negoziato "Framework Convention on Tobacco Control" ed è attualmente Paese "smoke-free" leader su scala mondiale data la dura legislazione anti-fumo per gli spazi pubblici.

Sulla scia del successo interno per l'accesso universale alle terapie anti-HIV, il Paese è impegnato nel supporto internazionale, incluso l'investimento di 21 milioni di dollari per la costruzione di un impianto per farmaci specifici in Mozambico. Il Brasile ha devoluto, nel periodo 2006-2009, 106,5 milioni di dollari a OMS e PAHO (Pan-American Health Organization), si è impegnato per 20 milioni di dollari in vent'anni a GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), e ha contribuito alla fondazione di UNITAID, di cui è generoso finanziatore.

Il Paese è, inoltre, accreditato produttore di farmaci generici di qualità e basso costo.

Sul fronte NTDs il Brasile sta collaborando con il Venezuela per la lotta alla cecità fluviale (oncocercosi) e ha realizzato un programma nazionale di controllo ed eliminazione delle aree endemiche per NTDs.

Russia

La Russia spende annualmente centinaia di milioni di dollari in cooperazione internazionale, soprattutto per la salute. Il suo contributo com-



Daniele Dionisio
Membro, European
Parliament Working
Group on Innovation,
Access to Medicines and
Poverty-Related Diseases.
Responsabile del Progetto
Policies for Equitable
Access to Health -PEAH
<http://www.peah.it/>

prende stanziamenti per polio, vaccini e NTDs, oltre al supporto ad iniziative e partenariati per la salute globale (la Russia è partner di Banca Mondiale, OMS e Fondo Globale per la Lotta ad AIDS, TB e Malaria).

In coerenza il governo ha investito oltre 4 miliardi di dollari nel potenziamento, innovazione e sviluppo dell'industria farmaceutica nazionale nell'ambito del programma Pharma 2020.

La Federazione Russa ha inoltre ospitato nel 2011 la prima conferenza internazionale sulle malattie non trasmissibili alla cui risposta globale ha destinato 36 milioni di dollari.

India

Il budget complessivo per aiuti all'estero è in crescita costante. Ma se il governo è sensibile alla salute internazionale, le problematiche sanitarie interne restano prioritarie. Alla salute globale l'India contribuisce con la produzione di farmaci e vaccini di qualità e basso prezzo (80% dei farmaci acquistati da donatori per i paesi in via di sviluppo; 60-80% dei vaccini approvvigionati tramite le Nazioni Unite), con la campagna di eradicazione della polio, e pure con il network "Pan-African Telemedicine and Tele-Education", che collega ospedali e università dell'Africa occidentale con controparti indiane per la diffusione e condivisione di pratiche ottimali. Queste iniziative si sommano alla erogazione di servizi a basso costo, come esemplificato dall'Aravind Eye Hospital la più grande organizzazione oculistica mondiale con 2,4 milioni di persone curate ogni anno. Aravind eroga servizi gratuiti, o a prezzi minimi, al 65% dei pazienti e ha assicurato assistenza tecnica all'estero, Cina ed Egitto inclusi.

Recentemente l'India ha istituito il "National Deworming Day" e conduce il maggior programma mondiale per la distribuzione di farmaci anti-filaria: quasi metà della popolazione mondiale a rischio di filariosi linfatica vive, infatti, in India.

Cina

Il Paese ha sensibilmente aumentato le spese per cooperazione internazionale, Africa soprattutto, attraverso canali bilaterali di mutuo interesse e non ingerenza nelle politiche nazionali. La salute occupa uno spazio modesto nel complessivo stanziamento, ma il governo cinese ha investito considerevolmente in capitoli specifici, nel contempo potenziando l'industria farmaceutica nazionale e l'innovazione tecnologica interna (oltre 1 miliardo di dollari destinati a ricerca/sviluppo farmacologico e controllo/prevenzione delle infezioni).

Coerentemente, la Cina si è dotata di un nuovo piano nazionale contro la schistosomiasi la cui esperienza ha condiviso nel recente "Forum on China-Africa Cooperation" tenuto lo scorso dicembre in Sudafrica.

Alla salute globale la Cina provvede con *team* medici (migliaia di operatori cinesi sono attivi in oltre 60 Paesi per servizi e formazione), controllo della malaria, pianificazione familiare, ed investimento in innovazione sanitaria (nel 2011 il Ministero cinese per la Scienza e Tecnologia ha attivato un partenariato con la *Bill & Melinda Gates Foundation* inclusivo di sviluppo di nuove tecnologie sanitarie per i Paesi poveri).

Sudafrica

L'impegno internazionale è modesto rispetto agli altri BRICS poiché il governo ha soprattutto investito nelle problematiche sanitarie interne, non ultimo il capitolo HIV/AIDS. Ma il contributo del Sudafrica, comunque importante, comprende la diagnostica della tubercolosi, la fornitura di vaccini, e finanziamenti per Ricerca&Sviluppo attraverso la propria Technology Innovation Agency. Al riguardo, oltre ad una innovativa GeneXpert diagnostica molecolare per tubercolosi, il Paese produce tutti i vaccini previsti dal *South Africa's Expanded Programme on Immunisation*, che inoltre fornisce a Namibia, Botswana e Swaziland.

PIÙ LUCI CHE OMBRE

Motivazioni economiche e politiche possono aver determinato l'impegno dei BRICS al supporto internazionale per la salute globale e lo sviluppo, e non mancano preoccupazioni circa l'efficacia nel tempo dei loro programmi. Nonostante, il crescente investimento in innovazione sanitaria, produzione di medicine, diagnostici e vaccini da parte dei BRICS prevedibilmente continuerà a rappresentare un beneficio per i Paesi poveri.

I BRICS si sono impegnati alla collaborazione reciproca, e stanno cominciando a lavorare insieme per migliorare l'impatto dei loro programmi assistenziali. Nel contempo sono già operative agenzie centrali dedicate, come nel caso di Russia e Brasile, che aiuteranno a massimizzare l'impatto degli investimenti. La Cina ha un dipartimento per lo sviluppo all'interno del Ministero per il Commercio, e nel 2011 ha prodotto un "white paper" quale formale, pubblica visione d'insieme del suo approccio allo sviluppo internazionale.

Per progredire ulteriormente nella direzione intrapresa, i BRICS dovrebbero espandere ai Paesi vicini i modelli di cooperazione adottati e massimizzarne l'impatto mediante un approccio trasversale. Giusto ad esempio, la lotta alle NTDs dovrebbe essere compresa nelle campagne per la malnutrizione e l'accesso all'acqua potabile e alle prioritarie misure igieniche, sistemi fognari e "no open defecation" inclusi. Il conseguimento di questi obiettivi proteggerebbe le comunità dal circuito di rischio delle parassitosi intestinali.

Al riguardo sarebbe strumentale la co-

pertura finanziaria offerta dalla nuova *BRICS Development Bank*. Auspicabilmente, la BRICS Bank dovrebbe investire in complementarietà con le controparti (Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Banca Asiatica per lo Sviluppo, Banca Africana per lo Sviluppo,

Banca Asiatica per le Infrastrutture) relativamente ai progetti di salute e sviluppo per i Paesi a risorse limitate.

TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

PER APPROFONDIRE

The BRICS countries: a new force in global health?

<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/14-030614/en/>

BRICS champion the fight to end neglected tropical diseases

<https://www.devex.com/news/brics-champion-the-fight-to-end-neglected-tropical-diseases-87523>

BRICS Renew Commitment to NTD Elimination Goals in Moscow Declaration

<http://www.globalnetwork.org/brics-renew-commitment-ntd-elimination-goals-moscow-declaration>

Shifting Paradigm: How the BRICS Are Reshaping Global Health and Development

http://www.g20civil.com/documents/brics/ghsi_brics_report.pdf

New Development Bank BRICS <http://ndbbrics.org/za.html>

3 Reasons the BRICS' New Development Bank Matters

<http://thediplomat.com/2014/07/3-reasons-the-brics-new-development-bank-matters/>

The BRICS Post <http://thebricspost.com/>

The latest news and comment on the Brics group of emerging national economies – Brazil, Russia, India, China and South Africa <http://www.theguardian.com/business/brics>

BRICS health ministers commit to put the BRICS countries on the Fast-Track to end the AIDS epidemic

http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/october/20151030_BRICS

Preliminary observations on social security and health care systems of the BRICS

http://www.ipc-undp.org/pub/eng/OP294_Preliminary_Observations_on_Social_Security_and_Health_Care_Systems_of_the_BRICS.pdf

LETTI PER VOI

La medicina a misura di paziente

Sandro Spinsanti

Pensiero Scientifico Editore

Questa è un'antica aspirazione dei medici e già la preconizzava Ippocrate. Oggi, nell'epoca dei trionfi della medicina riduzionistica, quando i medici osservano il paziente attraverso le più sofisticate tecnologie e tutte le nuove *converging technologies* rendono più accurata la nostra conoscenza biologica, ecco che si affaccia un dubbio. Perché, nonostante gli innegabili successi, il rapporto tra medico e paziente, tra medicina e società è sempre più difficile? Manca il tempo di ascoltare, è vero, ma sembra quasi che i medici siano dimentichi dell'antico precetto che l'uomo deve essere accettato così come è, un animale complesso. Allora l'aiuto a chi soffre, o ha semplicemente qualche problema che interpreta come dovuto alla salute, può essere offerto e divenire efficace solo se il medico mostra attenzione reale e partecipazione concreta. Torna allora alla ribalta la medicina narrativa. Non solo come lettura di classici, fonte di ispirazione e riflessione, e neppure come racconto delle proprie sofferenze, testi spesso da leggere e meditare per l'insegnamento che ci danno, ma, e più che altro, come annotazione della narrazione del vissuto del paziente, confrontato con quello del medico. È la *"Medicina vestita di narrazione"* di cui ci parla Sandro Spinsanti, con la sua consueta verve letteraria e precisione scientifica, in un piccolo ma prezioso libriccino edito dal Pensiero Scientifico. Un testo indispensabile per chi vuol migliorare il proprio approccio professionale alla persona, corredato da ampi stralci di testi letterari altamente significativi. Una lettura breve ma fruttuosa che raccomandiamo.

Antonio Panti

Manfredo Fanfani

Il Gatto, nella medicina e nell'arte, fra allegoria, superstizione e magia

Seconda parte (Prima parte nel numero precedente)

Il Gatto, prediletto compagno di giochi con finalità preventive



Una ditta produttrice di tests diagnostici sottolinea che se la donna in gravidanza è immunizzata può tenersi tranquillamente il Gatto in casa, con grande soddisfazione per il Gatto!



**Louis-Léopold (1761- 1845):
"Ritratto di Gabrielle Arnault
bambina"; Louvre, Parigi.**

L'iconografia artistica ha sempre privilegiato il rapporto col Gatto di bambine e giovani donne, quasi un invito ad incentivare una frequentazione rivelatasi utile per una precoce immunizzazione contro la toxoplasmosi.

Otto Venius (1556-1629): Louvre, Parigi.

*Idilliaco rapporto di una bambina col Gatto,
prediletto compagno di giochi.*



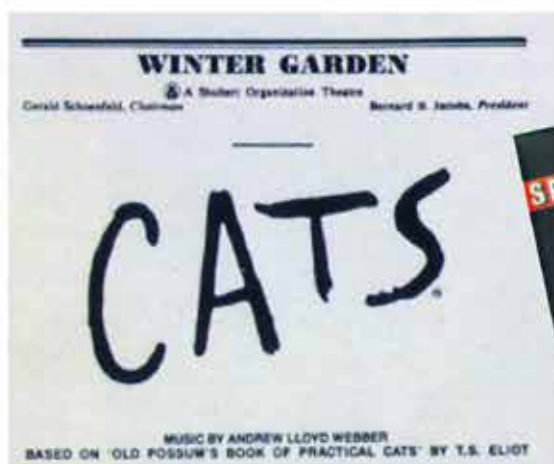
**Maurice Denis: Ritratto dei figli
Kaf Ferer, ovvero Merenda (1919).**

*Sullo schienale della poltrona, con
movenze scultoree, compare l'amico
di giuochi, il Gatto.*

*Un vertiginoso recupero di immagine
Al Gatto sono stati dedicati musical, canzoni
e copertine di prestigiose riviste.*



La copertina della prestigiosa rivista "Time" ha dedicato al Gatto la prima pagina con una significativa didascalia a sottolineare l'ambiguità del rapporto: amate-lo, odiate-lo. Lo specchio della stampa propone una Gatta come la vera Miss Italia.



Al WINTER GARDEN, uno dei più prestigiosi teatri di BROADWAY, si rappresenta da vari anni il musical CATS, capolavoro di Webber, tutto dedicato a storie di Gatti.

Il rapporto del Gatto con gli uccelli sapientemente documentato nell'arte



**Jean-Jaques Bachelier
(1724-1806);
Coll. privata, Parigi.**

*Un bellissimo Gatto
d'angora è alle prese con
uno sfuggente uccellino.
Il Gatto non si è mai
montato la testa ed ha
privilegiato il rapporto con
i desideri e con i sogni..*

**Bottega di Cosmè Tura: "Madonna
con Bambino" (notizie dal 1431 al
1485) Museum of Port, Philadelphia.**

*Un Gatto ai piedi del Bambino Gesù guarda
con sguardo incredulo il realizzarsi
di un sogno; lo sfuggente uccellino è trattenuto
da un filo! La presenza del Gatto
accovacciato accanto a Gesù viene in genere
interpretata come simbolo del male;
più realisticamente il povero Gatto non
ha, personalmente, che un molto sommessso
desiderio, appropriarsi di quel cardellino
provvidenzialmente legato ad un filo!*



Continua nel prossimo numero...

Dichiarazioni anticipate: la posizione della FNOMCeO

Dichiarazioni anticipate: la posizione della FNOMCeO.

“Il consenso informato è un atto medico non delegabile e dovrebbe rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza, come attività strategica e indicatore del livello di umanizzazione, di qualità e di efficacia delle buone pratiche per tutti i Servizi e per le Direzioni Generali”. È questa la richiesta della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici presentata alla Commissione Affari Sociali della Camera, dove la FNOMCeO è stata sentita nell'ambito dell'esame sulle proposte di legge sul Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. “Siamo a disposizione della Politica – ha dichiarato, a margine del suo interven-

to, il Vicepresidente Maurizio Scassola – per delineare insieme delle soluzioni semplici, che consolidino la relazione di cura, che nel momento estremo della sofferenza diventa ancora più intima. Offriamo tutto il nostro impegno, professionale civile e politico, per costruire insieme una buona legge, che offra ai cittadini strumenti concreti di assistenza, a sostegno della qualità della vita delle persone sofferenti e delle loro famiglie”. “La relazione di cura nel fine vita è unica e irripetibile – si legge infatti nel testo dell'audizione. Se fondata su un'alleanza terapeutica, contiene in sé tutte le dimensioni etiche, civili, tecnico-professionali per legittimare e garantire una scelta giusta, nell'interesse esclusivo

del paziente, rispettosa delle sue volontà. L'indipendenza del medico, persona al servizio di altre persone, è l'unica garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza e solidarietà nel momento della morte”. “I medici italiani – continua ancora la FNOMCeO – ritengono che il legislatore, nel decidere di intervenire in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, debba altresì garantire una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, comunque sofferenti, ancor più se divenuti incapaci”.

Corso FAD ECM “Come si legge un articolo scientifico?”

Nonostante la lettura critica degli articoli medico-scientifici sia una pratica indispensabile per essere sempre al passo con le nuove scoperte, e quindi per fornire al paziente un'assistenza basata su trattamenti aggiornati e *evidence based*, il metodo per affrontare un testo con consapevolezza critica ricade spesso al di fuori dei piani di studio curricolari. In un contesto - quello italiano - in cui la maggior parte dell'informazione medico-scientifica che arriva agli operatori è mediata dagli informatori del far-

maco, è fondamentale offrire al medico un metodo che consenta di avvicinare la letteratura scientifica in modo adeguato e funzionale, alla responsabilità delle proprie decisioni: saper leggere con facoltà critica significa saper comprendere, quindi saper scegliere in modo appropriato. A questi fini, la piattaforma FadInMed ha predisposto il nuovo corso FAD gratuito “Lettura critica dell'articolo medico-scientifico”. Con questo corso la Federazione Nazionale degli Ordini offre uno strumento di lavoro utile a capire se l'articolo

in lettura sia attendibile, se nasconda dei trabocchetti, se i dati riportati siano affidabili, se il contributo di una ricerca sia rilevante o meno. Perché il metodo della lettura critica è un contributo prezioso alla qualità della cura. Per i partecipanti al corso, che dà diritto all'acquisizione di 5 crediti ECM, sarà disponibile gratuitamente anche l'ebook, per poter consultare o rileggere quanto appreso in qualsiasi momento. Per maggiori informazioni: <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showVoceMenu.2puntOT?id=112>

Per la Laurea Abilitante

Discutere la tesi di Laurea in Medicina o in Odontoiatria e subito, nello stesso giorno, sostenere l'esame di abilitazione, dopo un iter di studi “professionalizzante”: è la cosiddetta “laurea abilitante”, che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici auspica da tempo, per riformare l'iscrizione dei giovani medici all'Ordine e velocizzare di almeno sei mesi il loro ingresso nel mondo del lavoro. A supportare tali istanze, la FNOMCeO ha pronta una dettagliata e concreta proposta, che è stata elaborata grazie al contributo dell'Osservatorio dei Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri che ora la Federazione por-

terà al Tavolo Tecnico che si insedierà a breve al Ministero dell'Università. Lo ha annunciato il Comitato Centrale della FNOMCeO che ha rilasciato una nota congiunta con l'Osservatorio: “Attualmente il sistema prevede che, al conseguimento della laurea, il giovane medico debba effettuare un tirocinio formativo della durata di tre mesi, a conclusione del quale è poi tenuto a sostenere un esame, superato il quale può finalmente richiedere l'iscrizione all'ordine di categoria. L'esame di stato si svolge, però, solamente due volte l'anno: questo determina, per il giovane medico o odontoiatra, un ritardo nell'iscrizione

all'Ordine – e quindi nell'ingresso nel mondo del lavoro – che può variare dai cinque ai nove mesi. A nome dei giovani professionisti la FNOMCeO auspica che questo messaggio di rinnovamento e ammodernamento del sistema formativo, proveniente non solo dai giovani laureati ma dalla stragrande maggioranza degli studenti in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria, possa concretizzarsi al più presto.

Ciò al fine di ridurre i tempi di un percorso già ritenuto lungo e impegnativo rispetto al resto d'Europa, dove i giovani laureati entrano nel mondo lavorativo prima rispetto ai colleghi italiani”.

Spesometro: per i medici esonero "oggettivo"

Niente spesometro per le operazioni dei medici e degli odontoiatri già trasmesse attraverso il sistema TS. L'Agenzia delle Entrate lo ha confermato con un comunicato stampa del 6 aprile. In buona sostanza, i medici e gli odontoiatri che entro il 9 febbraio scorso hanno già comunicato al Sistema TS i dati delle loro fatture emesse nel 2015 ai propri pazienti, sono esonerati dall'obbligo di comunicare gli stessi dati con lo spesometro. Ma attenzione: si tratta di un esonero "oggettivo", nel senso che il medico e l'o-

dontoiatra sono esonerati dall'obbligo dello spesometro non in quanto medico o odontoiatra, ma solo per quei dati che hanno già trasmesso al sistema TS. Quindi se ci sono altri dati non precedentemente trasmessi, lo spesometro resta obbligatorio. L'Agenzia delle Entrate conclude affermando che se il contribuente (medico o odontoiatra) ha difficoltà, dal punto di vista informatico, a separare i dati già trasmessi con quelli da trasmettere, può comunque inviare tutti i dati senza distinzione e sarà l'Agenzia a

"scartare" quelli già acquisiti tramite il sistema TS. Questo è il "massimo", in termini di semplificazione, che l'Agenzia delle Entrate oggi concede. L'auspicio è che i decreti di semplificazione all'esame del Governo in queste settimane (e che dovrebbero entrare in vigore dall'anno prossimo) arrivino al superamento completo dello spesometro e alla drastica semplificazione della trasmissione dati al sistema TS, come più volte invocato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Integrazione e cooperazione fra ASL e Careggi

Razionalizzazione della rete dei servizi di cardiologia interventistica. Razionalizzazione della gestione delle urgenze chirurgiche e ortopediche. Riorganizzazione dell'attività di protesica ortopedica. Riorganizzazione dell'attività di genetica medica. Queste le quattro azioni che costituiscono il primo tassello del processo strategico di integrazione e di cooperazione tra strutture comprese nell'area vasta Toscana centro. Le ha presentate la scorsa settimana l'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, Stefania Saccardi,

insieme a Paolo Morello, Direttore Generale della ASL Toscana centro, a Monica Calamai, Direttore Generale dell'AOU Careggi, e a Rocco Donato Damone, Direttore della Programmazione dell'Area vasta centro della Regione Toscana. "Uno degli obiettivi fondamentali della riforma della sanità toscana - ha affermato l'Assessore Saccardi - è la programmazione di area vasta che deve armonizzare e integrare, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con i piani regionali, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e

dell'azienda ospedaliera universitaria che, pur con missioni differenti, devono agire in maniera integrata nella definizione unitaria dei percorsi assistenziali. La riforma dunque non chiude i servizi o gli ospedali, ma riorienta il sistema sanitario regionale verso l'appropriatezza, la qualità e verso la sostenibilità del servizio sanitario pubblico. Al centro di tali percorsi ci sono i cittadini con i loro differenti bisogni, che devono trovare nella rete assistenziale dell'area vasta una risposta coordinata, appropriata, omogenea e di qualità".

Linee Guida in odontoiatria

Il Ministero della Salute ha pubblicato sul proprio sito internet le "Linee Guida nazionali per la prevenzione e il trattamento odontoiatrico del russamento e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età evolutiva" elaborate

dal Gruppo tecnico in materia di odontoiatria costituito presso il Ministero nel 2015. Scopo del documento è appunto quello di fornire raccomandazioni e indicazioni "evidence based" per la gestione odontoiatrica del russamento e

della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno negli individui in età evolutiva. Per approfondire: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2484.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Via G. C. Vanini 15, 50129 Firenze

Mercoledì 15 Giugno 2016, ore 17.30

Presentazione del libro

"IL DOTTORINO" di Giampiero Ciampi

L'Ordine dei Medici di Firenze è lieto di presentare il libro di un anziano collega che parla della sua professione interamente svolta nei laboratori di analisi dell'Ospedale di Santa Maria Nuova, Careggi e poi Santa Maria Annunziata. Dal volontariato al primariato ha vissuto per oltre sessant'anni gli eventi del tempo (compreso un delitto epocale), ma soprattutto lo straordinario progresso tecnologico e scientifico della Medicina di Laboratorio.

Saluto introduttivo: Dr. Antonio Panti

Partecipano: Prof. Pierluigi Rossi Ferrini, già Professore di Ematologia dell'Univ. di Firenze
Dr. Mauro Bonciani, giornalista del Corriere Fiorentino

Interverrà l'Autore

Ingresso libero

Per motivi organizzativi si prega di confermare la presenza
email: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it, tel: 0550750625 - 055 0750612

Le AOU toscane al top della "buona salute"

L'AOU Careggi figura più volte sul podio nella classifica stilata dal portale www.doveecomemicro.it, che si definisce la "guida Michelin" della salute. Buone posizioni le conquistano anche le altre due AOU di Pisa e Siena. Secondo le indicazioni del portale su dove si è curati meglio, Careggi figura al primo posto (assieme ad altre strutture ita-

liane) per quanto riguarda la cura del tumore all'apparato muscoloscheletrico e per la frattura di tibia e perone; al secondo posto per l'angioplastica coronarica, il tumore alla prostata e allo stomaco; al terzo per l'intervento all'orecchio medio e la frattura al collo del femore; al quarto per il tumore alla mammella. Quanto alle altre due

aziende ospedaliero-universitarie, quella pisana è al secondo posto per la cura del tumore al pancreas, al quarto per quella del tumore allo stomaco e al polmone e per l'intervento all'orecchio medio, al quinto per la cura del tumore al fegato. Quella senese si guadagna il secondo posto per l'intervento dell'orecchio medio.

Dialogo e condivisione di cure online in pediatria

Il social network Google e la Fondazione Meyer hanno dato vita ad una piattaforma virtuale che mette in rete i pediatri della regione Toscana. Inaugurato da pochi giorni, il sistema permette di scambiarsi informazioni e documenti, condividere video e consultarsi attraverso cellulare o tablet.

Ovunque si può entrare in contatto con il collega che si trova dall'altra parte della Regione, con una sanità che ruota attorno al piccolo paziente grazie alle nuove tecnologie, dando vita ad un cambiamento culturale di crescita e confronto in flessibilità di orario e luogo per la salute del bam-

bino. La piattaforma è stata realizzata da Fondazione Meyer con Google For Work e il partner Noovle. Per iscriversi al portale i pediatri di famiglia toscani e i dipendenti del Meyer possono accreditarsi con i propri dati sul sito: www.retepediatrica.toscana.it

Diritto di accesso agli atti della ASL

Un consigliere regionale aveva chiesto ad una ASL di ottenere l'elenco degli studi medici sottoposti alle procedure di controllo e verifica. Il tutto perché riteneva che la ASL adottasse procedure ingiustificatamente diverse a seconda degli studi da sottoporre a verifica. A fronte del silenzio-rifiuto della ASL, il consigliere regionale ha

fatto ricorso al TAR della Campania, il quale tuttavia gli ha negato il diritto di accesso. I giudici amministrativi, infatti, hanno ricordato che il diritto di accesso agli atti amministrativi delle Pubbliche Amministrazioni non è una sorta di "azione popolare" e quindi non deve diventare uno strumento di controllo generico e generalizzato sull'o-

perato degli Enti Pubblici. Il diritto di accesso agli atti deve essere personale e concreto e ricollegabile al soggetto richiedente da uno specifico nesso e la documentazione richiesta deve essere direttamente riferibile a tale interesse. Se non si dimostra l'esistenza di questo interesse "personale e concreto" il diritto di accesso non sussiste.

Nel 2015 aumentata in Italia la mortalità

L'ANAAO-ASSOMED ha raccolto alcuni dati in relazione all'aumento della mortalità nel nostro Paese durante il 2015. Alcune cifre raccolte dal sindacato possono dare adito a discussioni ed approfondimenti. Per esempio, il 66.2% degli intervistati ha risposto di attenersi scrupolosamente alla compilazione della scheda di morte ISTAT, il 27,5 ha dichiarato di non conoscere le indicazioni ISTAT in merito ed il 6.3% non ritiene la compilazione un atto di competenza medica limitando pertanto la descrizione

della malattia che ha condotto a morte il paziente.

Ancora. Nel 2015 in Italia si sono verificati 54.000 decessi in più rispetto all'anno precedente, in parte legati all'aumento della popolazione anziana e probabilmente, più nello specifico, all'epidemia influenzale e alle ondate di calore che hanno caratterizzato lo scorso anno.

Anche a questo proposito alcune delle risposte ottenute dall'ANAAO possono suscitare qualche perplessità: ad esempio, il 49% degli intervistati

ha dichiarato di non essersi accorto del suddetto aumento della mortalità, ben il 37% non ha saputo rispondere e solo il 14% ha fornito risposta affermativa. Complessivamente il 71.39% dei *responder* ritiene che buona parte della colpa dell'aumento della mortalità 2015 sia legata al peggioramento complessivo delle condizioni economiche di numerose classi di popolazione.

Simili percentuali, guardando oltre il freddo calcolo statistico, necessitano sicuramente di qualche approfondita riflessione.

UNA GIUSTA REAZIONE, UNA GIUSTA PROPOSTA

Pubblichiamo volentieri la lettera scritta al Minisistro Lorenzin dalla Società Italiana di Igiene, dalla Federazione Italiana Medici Pediatri, dalla Società Italiana di Pediatria e dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale sul problema delle vaccinazioni, sulla quale concordiamo completamente.

Gent.mo Ministro della Salute
On. le Beatrice Lorenzin
ROMA

Oggetto: Trasmissione di Rai 2 'Virus' del 12 maggio 2016

Stimatissimo Onorevole Ministro,
come rappresentanti di società e associazioni scientifiche Le segnaliamo la gravità di quanto accaduto il 12 maggio u.s. anche in relazione all'uso del servizio pubblico radiotelevisivo che spesso appare palesemente in contrasto con le verità scientifiche in tema di vaccinazioni.

Ci riferiamo, in particolare, all'ultimo di una serie di episodi che aprono preoccupanti interrogativi su come nelle redazioni giornalistiche si confonda troppo spesso il legittimo e opportuno confronto di opinioni con il dovere di fornire informazioni corrette per il bene degli individui e delle collettività.

La trasmissione di Rai 2 'Virus' di giovedì 12 maggio rappresenta a nostro avviso una palese violazione del dovere di informare correttamente in nome di una malintesa 'libertà di opinione'. Il discredito gettato sui vaccini da parte di interlocutori non competenti ma solo portatori di proprie indimostrate visioni e ideologie personali sul tema, si configura come un procurato allarme a genitori sempre più disorientati di fronte a affermazioni sconcertanti come *'I vaccini sono pericolosi e danneggiano la salute dei bambini'*. Si sente spesso dire *'io credo, io non credo ai vaccini'*. Ma i vaccini, così come i farmaci contro gravi malattie, trovano le motivazioni del loro utilizzo in studi scientifici rigorosi non in fedi religiose, politiche o filosofiche.

Nella trasmissione in oggetto si è dato circa tre volte più spazio a teorie non dimostrate (tra interventi in studio, collegamenti esterni e servizi registrati) rispetto a chi era stato invitato a portare la voce della scienza o esperienze personali a favore delle vaccinazioni. Come Lei sa bene, l'unica verità è che le vaccinazioni sono uno degli strumenti più efficaci messo a disposizione dalla scienza con esempi fin troppo evidenti: il vaiolo provocava ogni anno 5 milioni di morti ed è scomparso; oggi abbiamo 2,5 milioni di morti ogni anno in meno per malattie prevenute dai vaccini; non vediamo più persone morte o paralizzate a causa della poliomielite; tutto questo (e molto altro) è dovuto alle elevate coperture vaccinali che abbiamo ottenuto storicamente a livello internazionale e nazionale con molto impegno, ma che ora sono messe a repentaglio anche da una sistematica disinformazione.

La televisione pubblica (sostenuta dai contribuenti) non dovrebbe a nostro avviso contribuire a diffondere teorie e comportamenti scientificamente non provati. Ne andrebbe del significato stesso di 'servizio pubblico' aprendo la strada per la ricomparsa di malattie come difterite, meningite da *Haemophilus influenzae*, panencefalite da morbillo.

Un'ultima osservazione: la madre della bambina che soffre di una condizione di immunodepressione invitata alla trasmissione e che è stata costretta a fare cambiare scuola alla figlia per la ingiustificata mancata vaccinazione dei compagni di classe è un emblema del valore sociale della vaccinazione. Chi è destinato a subire maggiormente le scelte egoistiche e ideologiche di chi non vaccina i figli senza alcun motivo sono proprio i più deboli della società, cioè quei pochissimi bambini le cui condizioni mediche davvero controindicano alcuni vaccini vivi e attenuati, e che rischiano la vita per l'altrui irresponsabilità.

Conoscendo il suo impegno a favore della salute di tutti e il suo sostegno costante delle vaccinazioni come strumento irrinunciabile per la salute di individui e comunità Le chiediamo coralmemente di **portare questo grave problema pregiudizievole per la salute della popolazione italiana all'attenzione della Commissione di Vigilanza RAI affinché tali episodi non si ripetano in futuro.**

Rimanendo a disposizione per ogni integrazione o informazione tecnica La ringraziamo per l'attenzione e Le inviamo i migliori saluti.

Chiara Azzari, Paolo Bonanni, Paolo Castiglia, Giampietro Chiamenti (Presidente FIMP), Giorgio Conforti, Micehle Conversano, Giovanni Corsello (Presidente SIP), Antonio Ferro (Responsabile portale vaccinarSi), Fausto Francia, Giancarlo Icardi, Pasquale Macrì, Tommasa Maio, Ulrike Schmidleithner, Carlo Signorelli (Presidente SItI), Silvestro Scotti (Vicepresidente FIMMG), Alberto Villani, Giovanni Vitali Rosati



Manfredo Fanfani



*Il Gatto
nella medicina e nell'arte
fra allegoria,
superstizione e magia*

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701
www.istitutofanfani.it*

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it