

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVII n. 6 giugno 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print) - ISSN 2612-2901 (online)
Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

GIUGNO **6**



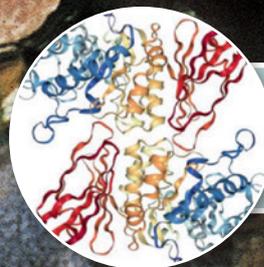
La Medicina di Genere



Dipendenza da internet



Malattia di Anderson-Fabry



Pollini e allergie



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVII - n. 6 giugno 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Editore

Pacini Editore Srl - via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacineditoremedicina.it

Advertising and New Media Manager: Manuela Mori
Tel. 050 3130217 • mmori@pacineditore.it

Ufficio Editoriale: Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacineditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiaco@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.grafichepacini.com

Finito di stampare Giugno 2019 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art.
13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati per-
sonali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto
gratuitamente, di consultare, far modificare o cancel-
lare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro tratta-
mento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto
potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
a.barresi@omceofi.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Virgilio Guidi
Testa di donna
Olio su faesite
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 Quanti sono i medici e quante le medicine?
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 5 Leonardo e la Storia della Medicina
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 Medicina di Genere: una sfida più che mai attuale
S. Giannoni e coll.
- 9 Omotossicologia
E. Pecchioli
- 11 Dipendenza da *internet* e benessere psicosociale
S. Masetti e coll.
- 13 Sua maestà il trauma. Lo sviluppo è traumatico?
S. Domenichetti

RICERCA E CLINICA

- 18 Malattia di Anderson-Fabry: a Firenze si lavora in *équipe*
I. Tanini e coll.
- 22 Neoaterosclerosi coronarica
P. Utari

FRAMMENTI DI STORIA

- 24 Lorenzo Borri (Firenze 1864, Forte dei Marmi 1923)
Medico, giurista e letterato
F. Carnevale

CLIMA E SALUTE

- 28 Pollini e allergie. Il calendario pollinico e le previsioni dei pollini
in Toscana
M. Petralli

30 - NOTIZIARIO

8, 12, 23 - LETTI PER VOI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza



MISTO
Carta da fonti gestite
in maniera responsabile
FSC® C111769

Quanti sono i medici e quante le medicine?

di Teresita Mazzei

I medici che nei poemi omerici, dimostrando una sorprendente conoscenza del corpo umano, curano le ferite di eroi e guerrieri. Ippocrate e la sua sconvolgente innovazione, gli scienziati arabi medievali e i grandi anatomisti del Rinascimento, gli studiosi dell'Ottocento e i visionari della moderna trapiantologia. E ancora l'umanissimo dottor Manson di Alberto Lupò e il cialtrone dottor Terzilli di sordiana memoria, i professionisti dell'emergenza in "prima linea" e i bellocchi di *Grey's Anatomy*, l'infinita e talvolta poco credibile scienza del Doctor House e la scaltrezza del dottor Knock, capace in poco tempo di fare credere malato un intero villaggio di gente invece per lo più sana.

Quanti sono oggi i medici, veri o inventati in libri e cinema, che ogni giorno si adoperano per garantire al meglio la salute delle popolazioni, per studiare, prevenire, curare e possibilmente guarire le malattie? E poi quante e quali sono le Medicine che essi esercitano? Lavorare al chiuso di un laboratorio alla ricerca dell'infinitamente piccolo, in una corsia d'ospedale, sul territorio o tra i disagi di un Paese in via di sviluppo vuole intrinsecamente dire essere sempre e comunque il "medesimo" medico?

Nel nostro tempo di scarse certezze

e di altrettanto rarefatte conferme sono domande di un certo peso che possono finire per condizionare il senso profondo della professione.

Gli Stati Generali della Medicina che in questo periodo hanno iniziato il loro lavoro potrebbero fornire qualche esauriente risposta in merito: quando tutte le 100 Tesi che contengono gli argomenti oggetto di discussione approfondita saranno state sviscerate si arriverà a disegnare una vera e propria "ridefinizione operativa del medico e della medicina da oggi al futuro" e forse molte cose saranno allora più chiare.

Alcuni argomenti sono già stati affrontati dagli Stati Generali e, seppure ancora in assenza di documenti conclusivi, una certa quantità di considerazioni può essere fatta.

Prendiamo ad esempio la questione della cosiddetta "crisi della medicina", uno dei primi argomenti della discussione attualmente in corso nel nostro Paese.

Che la medicina moderna sia oggi complessivamente in crisi in ogni parte del mondo è cosa facile da sostenere e dimostrare e ogni medico ben conosce il proprio particolare e personalissimo tipo di crisi.

Ampliando adesso il concetto, la crisi può manifestarsi sotto moltissime spoglie.

Ne cito solamente alcune in un elenco forzatamente incompleto: le problematiche legate al vertiginoso progredire delle scienze e delle tecnologie, la crisi della professione medica di fronte ai cambiamenti sociali, politici e giuridici, le preoccupazioni dei professionisti della salute per il progressivo ridursi della propria autonomia, l'incertezza sul futuro lavorativo o pensionistico, il più o meno generalizzato declino dei sistemi sanitari regionali e nazionali, la malaugurata sovraesposizione mediatica, il non sempre sereno confronto tra medici e magistrati, l'aziendalizzazione sfrenata della Sanità e il tempo che manca da dedicare ai pazienti.

Le conclusioni alle quali addiveranno i documenti elaborati sulla materia dai gruppi di studio degli Stati Generali si indirizzeranno verosimilmente verso un coinvolgimento il più partecipato possibile dell'intera società (scenario al cui interno il medico svolge in mille maniere diverse la stessa antichissima professione), con il confronto diretto e partecipato con i cittadini (non necessariamente solo e sempre pazienti!), i mezzi di comunicazione di massa, i *social networks*, la politica, l'ordinamento giudiziario e gli ambiti accademico e formativo.

Per fortuna il ruolo sociale del medico, a dispetto di tanta negatività, è ancora oggi ben definito e altrettanto ben riconosciuto: nell'epoca della Medicina 2.3 o addirittura 4.0 e dell'Intelligenza Artificiale, azioni come indossare il camice, auscultare, ascoltare, palpate e ispezionare organi e apparati continuano a tenere vivo il rapporto unico tra chi ha scelto di curare e chi gli si avvicina per trovare aiuto o conforto.

Riteniamo opportuno sottolineare a tutti i colleghi che il ruolo di Toscana Medica

è quello di diffondere informazione e stimolare il dibattito tra professionisti.

Non si tratta di una Rivista con referaggio, ma vuole essere luogo di riflessioni utili alla cultura medica

Leonardo e la Storia della Medicina

di Donatella Lippi



DONATELLA LIPPI
Professore di Storia della Medicina e Medical
Humanities, Università degli Studi di Firenze

Il rapporto tra Leonardo e la Medicina è un rapporto complesso, a partire da quell'espressione del Codice Atlantico (Foglio 429r), in cui lui stesso annota: "Li medici mi creorono e desstrussono". Leonardo alludeva ai professionisti della salute, i medici umoralisti dei suoi tempi, o accusava la Famiglia allora al potere a Firenze? O, ancora, ad ambedue?

Già questa sua affermazione chiama in causa la Storia della Medicina, anche se, come ho scritto recentemente nel Catalogo della Mostra *Leonardo & Firenze Fogli scelti dal Codice Atlantico* (Giunti, 2019, pp. 206-7), i medici a cui si riferisce erano molto probabilmente quelli con la M maiuscola...

In realtà, però, Leonardo entra a pieno diritto negli studi di Storia della Medicina.

È stato un raffinatissimo anatomista: "Figurare e descrivere".

Ha studiato le autorità della Scolastica, ha letto le opere di anatomia e di chirurgia: Mondino de' Liuzzi, Guglielmo da Saliceto, Lanfranco da Milano... E, con i suoi predecessori, ha dialogato, si è confrontato, mettendo in luce quanto ricavava dai testi e quanto, invece, desumeva dall'esperienza.

Ha frequentato l'Ospedale di Santa Maria Nuova, è stato a lungo in quelle corsie, che, a partire dal 1288, la munificenza di Folco di Ricovero Portinari, il padre della Beatrice amata da Dante, destinò agli infermi.

Si è seduto accanto ai malati che vi erano ricoverati. Ha parlato con loro.

C'è un foglio della collezione di Windsor (RCW 19027v), in cui racconta la sua esperienza di una dissezione condotta proprio in questo Ospedale nel 1507.

Leonardo riferisce di aver incontrato un paziente centenario e di aver parlato con lui, poco prima che questi spirasse: "E questo vecchio, di poche ore innanzi la sua morte, mi disse lui passare cento anni e che non si sen-

tiva alcun mancamento nella persona, altro che debolezza. E così standosi a sedere sopra uno letto nello spedale di Santa Maria Nuova di Firenze, senza altro movimento o segno d'alcuno accidente, passò di questa vita. E io ne feci notomia per vedere la causa di sì dolce morte...".

Il cadavere di questo vecchio, morto in maniera così indolore e naturale, diventa oggetto dell'attenzione di Leonardo, che ne fa l'autopsia, riscontrando che la morte è sopraggiunta: "per mancamento di sangue e arteria, che notria il cuore e li altri membri inferiori, li quali trovai molti aridi, stenuati e secchi, la qual notomia descrissi assai diligentemente e con gran facilità, per essere privato di grasso e di more, che assai impedisce la cognizione delle parti".

In quella dissezione, Leonardo annotò le varianti, legate all'età, ma il suo interesse, come ha scritto Domenico Laurenza, rimane "morfologico", non "patologico": infatti, parallelamente a questa dissezione, Leonardo condusse anche quella di un bambino, oggi perduta, per mettere in luce le differenze e, nello stesso tempo, definire un paradigma di normalità.

Ben diverso l'approccio e l'intento di Antonio Benivieni, la cui opera, postuma, si intitola *De abditis... causis, Sulle cause nascoste...* (1507): l'Anatomia patologica sarà figlia della *Medizinische Polizei* settecentesca e vedrà i nomi di Morgagni, Bichat, Virchow.

Le nostre osservazioni retrospettive non devono dare per scontata una sua presunta intenzionalità, anche se nei suoi disegni si evidenziano anche dettagli patologici, come ha evidenziato Francesco Tonelli, che ha pubblicato un interessante lavoro sulla descrizione della sarcopenia da parte di Leonardo (*As Leonardo da Vinci discovered sarcopenia*. Clin Cases Miner Bone Metab 2014;11:82-3), così come può essere ri-

costruita, a posteriori, dai suoi scritti e dai suoi disegni.

Leonardo studiò la fisiologia, l'embriologia, il moto del sangue, sostenuto da uno straordinario spirito di osservazione: ne è prova lo studio del cranio, realizzato nel 1489 (RCW 19057-59), ne sono prova gli studi sull'apparato genito-urinario, cardiovascolare e nervoso, ne è prova la chiave interpretativa "geometrica" della natura che adottò, dopo aver stretto amicizia con il matematico Luca Pacioli...

E il fascino che circonda il suo personaggio è sempre più forte: si studiano le sue condizioni di salute, la sua religiosità, le sue abitudini alimentari.

Si indagano i significati nascosti delle sue opere.

Solo qualche mese fa, una studiosa ceca mi ha scritto per chiedermi un parere sulla presenza della descrizione dell'anatomia dell'occhio, che lei avrebbe evidenziato nella trama della manica sinistra dell'abito della Gioconda...

Per quanto abbiamo lavorato – i Colleghi oculisti e io –, non siamo riusciti a confermare questa curiosa lettura.

Leonardo continua, quindi, ad accendere la fantasia, ma il messaggio che deve rimanere da queste celebrazioni è uno solo e possiamo evocarlo con i versi che Manzoni dedicò a Napoleone:

... percossa, attonita
La terra al nunzio sta,
Muta pensando all'ultima
Ora dell'uom fatale;
Nè sa quando una simile
Orma di piè mortale
La sua cruenta polvere
A calpestar verrà.

...

donatella.lippi@unifi.it

Medicina di Genere: una sfida più che mai attuale

di Stefano Giannoni, Giovanna Ballerini, Paolo Scarsella

Nel nostro Paese gli uomini che godono di buona salute sono il 75%, contro il 67% delle donne. I maschi stanno meglio e hanno meno malattie croniche: in Italia, il 23,7% delle donne soffre di due o più patologie croniche contro il 16% degli uomini.

La Medicina di Genere indaga sulle relazioni tra l'appartenenza al genere sessuale e l'efficacia delle terapie nel trattamento di molte patologie. Questa innovativa branca della ricerca biomedica, relativamente inedita per l'Italia, rappresenta una nuova prospettiva per il futuro della salute.

L'obiettivo è quello di giungere a garantire a ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza terapeutica.

Parole chiave:
Medicina di Genere,
appropriatezza terapeutica,
sesso

Medicina di Genere: campo di azione e breve storia

Il termine *genere* non è sinonimo di sesso, infatti la Medicina di Genere si occupa sia delle differenze biologiche che delle differenze socioculturali tra uomini e donne e della loro influenza sullo stato di salute e di malattia: differenze che riguardano la prevenzione, la diagnosi e la terapia di tutte le malattie compreso il dolore cronico e non necessariamente delle sole malattie legate all'apparato riproduttivo.

Uomini e donne hanno di fatto un diverso rischio di contrarre molte malattie e anche una diversa risposta a molte terapie: le donne sono esposte a più malattie, hanno più patologie croniche, più patologie dolorose e generalmente assumono più farmaci, presentando spesso più effetti collaterali.

Ma se è importante passare da un approccio esclusivamente biomedico alla salute a uno scenario più ampio, è ancora più necessario spostare l'interesse verso un'idea olistica di benessere psicosociale, superando le dualità che hanno diviso il corpo dalla mente e l'individuo dalla sua vita quotidiana. Occorre sviluppare teorie e pratiche più inclusive in campo medico e aiutare a identificare le molteplici connessioni tra la sociologia e la medicina per migliorare la qualità non solo dei servizi offerti ma anche del successo del trattamento.

Dal momento in cui si è cominciato a pensare che la donna non è un piccolo uomo è nata la Medicina di Genere.

Una prima differenza di genere in campo farmacologico risale al 1932, quando Nicholas e Barrow scoprirono che la dose di barbiturici nelle ratte era inferiore del 50% a quella dei maschi. Ma la Medicina di Genere ha



STEFANO GIANNONI

Laurea a Siena 1986, specialista in Anestesia e Rianimazione 1989. Medico emergenza 1986-87. Dal 1988 medico ospedaliero a Siena ed Empoli. Per 10 anni attività prevalente di sala operatoria, per 10 anni responsabile della rianimazione, dal 2008 direttore Terapia Antalgica Empoli con attività ambulatoriale e invasiva per pazienti con dolore cronico benigno e oncologico; posizionamento accessi vascolari

GIOVANNA BALLERINI, PAOLO SCARSELLA
UO Multidisciplinare Terapia del Dolore,
Percorso Fibromialgia, Ospedale Pietro
Palagi, Azienda Usl Toscana-Centro, Firenze

iniziato a essere discussa, nel Nord America, solo agli inizi degli anni '80, divenendo comunque rapidamente una priorità della medicina moderna. La IV Conferenza Mondiale sulle donne (Pechino 1995) ha affermato che i diritti di salute delle donne devono essere assicurati durante l'intera durata della loro vita così come avviene per gli uomini. Nel 2000 l'Oms inserisce la medicina di genere nel documento *Equity Act*, nel quale si afferma che il principio di equità implica non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere.

Così come il bambino
non è un adulto in miniatura

=

nascita della Pediatria

La donna
non è un "piccolo" uomo

=

nascita della Medicina di Genere

Una società moderna, evoluta ed equa è consapevole del ruolo da protagonista che la donna svolge nel contesto sociale, nel lavoro, nella cultura e nell'accoglienza del bisogno.

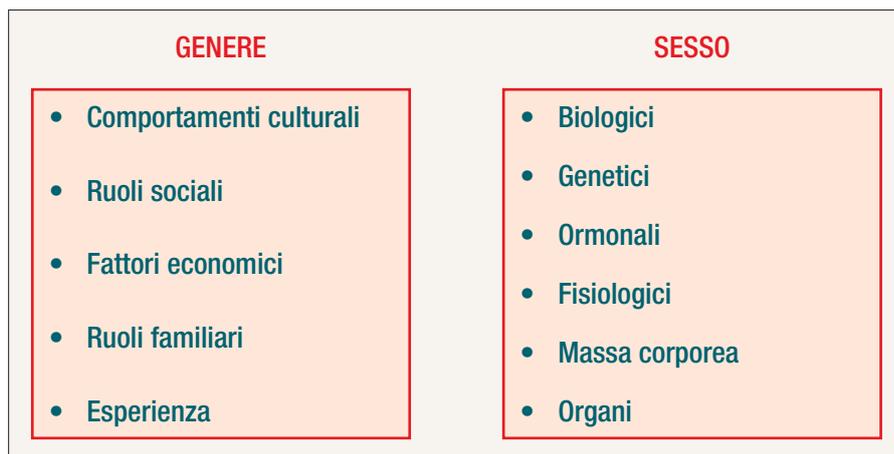
È pertanto necessario individuare il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere, ma per raggiungere questo obiettivo la Medicina di Genere non può essere una specialità a sé stante, deve essere un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona malata per passare dalle linee guida alla medicina di precisione.

Medicina di Genere in Italia Ministero della Salute

- 2004: ha organizzato il primo importante evento genere-specifico, *La salute della donna: differenze, specificità e opportunità*.
- 2016: ha diffuso il quaderno *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*.
- 2016: ha elaborato il *Manifesto per la Salute Femminile* indicando 10 direttrici da perseguire con una serie di 50 azioni necessarie per raggiungerle.
- 2018, aprile: ha tenuto la Terza Giornata Nazionale della Salute della Donna, che ha fatto il punto sugli obiettivi raggiunti analizzando la violenza sulle donne, i disturbi dell'alimentazione, la prevenzione, gli stili di vita.

Istituto Superiore di Sanità

- 2007: struttura *ad hoc* per lo studio delle differenze biologiche.
- 2011: apre il reparto di Medicina di Genere.
- 2015: la rivista "The Italian Journal of Gender Specific Medicine" e gli *Annali*.
- 2017, gennaio: costituisce, unico in Europa, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere con l'obiettivo di creare una rete integrata fra le varie istituzioni che si occupano della Medicina di Genere.



Fattori della Medicina di Genere.

- 2017, marzo: ha organizzato la *Consensus Conference: Verso una medicina di genere specifica*.
- Il DDL Lorenzin del luglio 2017 entrato in vigore nel febbraio 2018 prevede "l'applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" e garantisce per la prima volta in Italia che la medicina venga orientata al genere in tutte le sue applicazioni a livello nazionale, sia nella sperimentazione clinica dei farmaci (art. 1), che per tutto il percorso clinico (art. 3).
- La Conferenza Nazionale Permanente dei Presidenti di Medicina e Chirurgia ha inserito dall'anno accademico 2017-2018, le differenze sessuali e di genere in tutti gli insegnamenti medici universitari.

Università di Padova

Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere nato nel 2009 ha organizzato negli anni quattro Congressi Nazionali sulla Medicina di Genere, l'ultimo il 27-28 novembre 2017 che ha spaziato dall'interazione fra sociologia e medicina, al rapporto medico paziente, alla politica delle Regioni, alla formazione, alla prevenzione primaria dell'ictus, all'insufficienza cardiaca, alle aritmie cardiache, al carcinoma polmonare, alla demenza, all'obesità, all'immunologia, all'oncologia, ai primi giorni di vita, al metabolismo epatico e alle alterazioni molecolari.

FNOMCeO

Commissione Medicina di Genere. Coordinatrice: Teresita Mazzei.

Associazioni ONLUS

Una di queste organizzazioni è l'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) costituitosi a Milano nel 2005. Onda ha prodotto numerosi rapporti sullo stato di salute della donna in Italia (ultimo nel 2017, *La salute della donna la nuova longevità: una sfida al femminile*), organizzato molti eventi congressuali e numerosi studi e progetti al femminile, assegnato bollini Rosa e Rosa Argento agli ospedali e alle RSA più attenti alle donne e alle donne anziane. Un'altra Onlus è la Fondazione Alessandra Graziottin nata nel 2005 che sta organizzando ricerche cliniche sulla Medicina di Genere e in particolare ginecologica.

Toscana

Agenzia Regionale

Ha diffuso un documento sulla *Salute di genere in Toscana* nel 2013 con aggiornamento nel 2015.

Regione Toscana

- 2011: ha istituito all'interno del Consiglio Sanitario Regionale, la Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere.
- 2014: ha istituito il Centro Regionale di Coordinamento della Salute e Medicina di Genere.
- 2015, dicembre: a Firenze è sta-

to organizzato il Convegno degli Stati Generali della Medicina di Genere”.

- 2016: ha inserito il Centro Regionale tra le strutture del governo clinico regionale e ha istituito in tutto il territorio regionale 17 centri aziendali di coordinamento della Salute di Genere.
- **Università degli Studi di Firenze.** Nel dicembre 2016 ha istituito il primo Master di II livello in Salute e Medicina di Genere”.

Conclusioni

Molti esempi potrebbero essere portati di patologie e problemi da riconsiderare e rivedere in modo genere-specifico: si tratta di una nuova valutazione, diversa in quanto, al momento, tutte le branche della medicina vengono insegnate e applicate come se non esistessero le differenze di genere. Sono maturi i tempi per poter fondare e mettere in pratica una Medicina Genere-specifica.

Segnaliamo a tale proposito un valido

corso *online* di formazione a distanza erogato gratuitamente dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici a tutti i medici e gli odontoiatri italiani dal 20 luglio 2018 sulla piattaforma Fadinmed (www.fadinmed.it), che rimarrà attivo fino al 31 dicembre 2019. Un primo passo reale alla ricerca di nuove risorse oltre alla sensibilizzazione del mondo medico su questi nuovi aspetti.

dottstefanogiannoni@gmail.com

letti per voi

a cura di Simone Pancani

La vecchiaia è una malattia? Viaggio alla scoperta dei segreti della terza età

di Stefano Grifoni

Edizioni Polistampa, Firenze

Molte risposte alle domande che spesso riguardano il mondo degli anziani possono essere trovate in quest'ultimo libro di Stefano Grifoni, Direttore a Careggi della Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione. Dedicato non necessariamente ai professionisti della salute, il volume si avvicina con garbo e facilità di comprensione ai molteplici aspetti di una fase dell'esistenza che con il passare del tempo e il progredire delle conoscenze e delle condizioni di vita, ha finito per interessare a livello mondiale numeri sempre più elevati di persone. Si tratta in molti casi di soggetti cosiddetti *fragili* che accanto agli inciampi di una o, più spesso, pluripatologie si trovano a dovere affrontare anche

difficoltà economiche e abbandono sociale. Alla fragilità di organi e apparati legata all'inevitabile progredire dell'età si associa quindi in queste persone anche quella di vivere in un mondo che appare talvolta drammaticamente incomprensibile.

Grifoni parla di tutto questo nel suo libro e, smesso il camice del clinico, affronta anche tematiche assai interessanti quali, ad esempio, la cronicizzazione di tante malattie, i mille problemi dell'assistenza domiciliare, il rapporto tra medici e anziani, le interazioni tra malattia, solitudine e indifferenza degli altri, il limite tra la vita e la morte. Non per niente il titolo dell'opera è una domanda antica e ancora oggi, forse, senza risposta.



Omotossicologia

di Eugenio Pecchioli



EUGENIO PECCHIOLI
Laureato in Medicina e Chirurgia.
Esperto in omotossicologia. Membro della
Commissione per la Formazione nelle Medicine
Complementari della Regione Toscana

Negli anni '30 del secolo scorso Hans Heinrich Reckeweg intravede nella biologia, nella biochimica e nell'immunologia la strada per spiegare i principi fondamentali dell'omeopatia Hahnemannianna costruendo un ponte fra l'omeopatia e quella che lui chiamò omotossicologia. Questa accetta i principi fondamentali dell'omeopatia ma vi associa gli elementi che caratterizzano la fisiopatologia e la diagnostica della medicina classica, pur tornando a usare elementi terapeutici naturali provenienti dal regno animale, vegetale e minerale. Con ciò si cerca di stabilire un ponte fra l'omeopatia e la medicina allopatrica.

È questa la quinta tappa del percorso di divulgazione medica dei profili delle Medicine Complementari, annunciato nel numero di Gennaio 2019. Il dottor Eugenio Pecchioli, esperto nel campo della Omotossicologia, illustra quella forse meno conosciuta tra le Medicine Complementari, e anche quella "geneticamente" integrativa, in quanto contraria a ogni "integralismo terapeutico" e nata dalla volontà di gettare un ponte tra i principi della Omeopatia e la basi fisiologiche, biochimiche, immunologiche della Medicina Allopatrica.

Gemma Brandi
Coordinatrice della Commissione per la Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze

Norme e regole

Fino al giugno del 2018 i farmaci omotossicologici si chiamavano "rimedi" come quelli dell'omeopatia classica e non presentavano un bugiardinone all'interno della confezione. Da quella data è scattato l'obbligo della registrazione presso il Ministero della Salute. Con questa sono stati richiesti numerosi parametri riguardanti i vari prodotti quale l'origine, la sperimentazione, il rilevamento di effetti avversi, l'appropriatezza delle indicazioni terapeutiche, i campi di applicazione e la letteratura esistente. Tale procedura, peraltro molto costosa per i vari fabbricanti, ha portato all'eliminazione dal mercato di quanto privo dei requisiti richiesti (anche se non privo di effetti terapeutici) determinando diverse difficoltà terapeutiche. Tuttavia, il procedimento ministeriale ha anche determinato

chiarezza nel campo di questi prodotti, determinando quelli che dal giugno 2018 sono farmaci.

Meccanismo d'azione

Reckeweg intuì che il danno alla salute risiedeva nell'accumulo di tossine di varia origine che chiamò "omotossine". Queste provocano un'alterazione del sistema di flusso in equilibrio dinamico (Von Bertalanffy) a cui consegue una reazione dell'organismo che, in presenza di tossine particolarmente attive o di sistemi di drenaggio poco efficienti (cute, fegato, reni, polmoni, intestino), provocano il manifestarsi della malattia che ha il senso di ricreare l'omeostasi ristretta dell'organismo (Laborit).

Con i farmaci omotossicologici si stimola la capacità di autoguarigione dei pazienti attraverso il ripristino delle loro attività metaboliche, enzimatiche, ormonali, psicoemotionali, citochiniche, immunitarie ed emuntoriali ottenendo così l'eliminazione del carico tossico tramite la formazione dell'"omotossone", molecola formata dall'unione fra *noxa* patogena e farmaco in cui la *noxa* non è più attiva.

Evidenze

Per la pratica giornaliera Reckeweg concepì la *Tavola delle omotossicosi* con la quale venivano indicate numerosissime patologie classificate secondo 6 fasi con le quali si descrivevano quadri patologici progressivamente più gravi e accompagnate

Parole chiave:
omotossicologia, medicina fisiologica di regolazione, microimmunoterapia, alte e altissime diluizioni, psiconeuroendocrinoimmunologia

dalla segnalazione dei farmaci appropriati in modo da dare un'indicazione pratica e facile al terapeuta sul tipo di farmaco più adatto a ciascuna specifica patologia, anche in base allo stadio della stessa.

Allo stato attuale, basandosi sull'abbondante letteratura esistente e sulle evidenze cliniche che ognuno di noi raccoglie, è possibile affermare senza paura di smentita che il sistema funziona perfettamente su un vasto ventaglio di patologie sia acute che croniche con evidenze maggiori proprio su quelle patologie croniche che, oggi, rappresentano la maggioranza delle malattie e sulle quali spesso la medicina allopatica fallisce.

Effetti avversi

Uno dei punti forti dell'omotossicologia è rappresentato dall'assenza di effetti avversi. Inoltre, con l'uso dei farmaci *Injeel*, formati da un solo prodotto nelle tre diluizioni D6, D12, D30 (ma le diluizioni possono essere anche diverse) è possibile evitare quell'aggravamento omeopatico che talvolta è possibile notare soprattutto nel caso in cui non venga attuato un efficiente drenaggio linfatico, mesenchimale o emuntoriale.

Campi di applicazione

Come già detto, l'omotossicologia ha un vasto campo di applicazione. L'elemento che la caratterizza è la

cura non del sintomo ma della persona che lo manifesta. Ciò significa che, nel corso della visita medica dovranno essere presi in considerazione tutti quei segni di tipo psicoemozionale in grado di influenzare la manifestazione patologica (quando non, addirittura, provocarla). Daremo valore, quindi, a tutti i segni rientranti nella PNEI (Psico Neuro Endocrino Immunologia) nonché useremo tutti i farmaci della medicina fisiologica di regolazione (citochine, fattori di crescita, ormoni omeopatizzati, interferoni ecc.) in grado di lavorare a livello della matrice extra e intracellulare e dei recettori di membrana influenzando le capacità reattive del sistema immunitario sia innato che acquisito.

Recentemente, con l'introduzione della microimmunoterapia (citochine e acidi nucleici specifici omeopatizzati) sono stati ottenuti buoni risultati anche nella terapia di supporto di molti tumori sia solidi che sistemici.

Appropriatezza

Oggi con l'omotossicologia abbiamo a disposizione un metodo di cura biologico che fa ricorso a una farmacologia omeopatica moderna in linea con quanto richiesto dal Ministero della Salute, con un ampio ventaglio farmacologico, solide basi di sperimentazione clinica e disponibilità di varie forme farmaceutiche. Esistono

numerosi studi effettuati con le regole classiche del *random* in doppio cieco e contro placebo che affermano l'appropriatezza dei vari farmaci. È evidente che gli studi non troveranno mai una loro conclusione per cui sarà necessario continuare a lavorare per approfondire ulteriormente certi problemi che ancora oggi destano perplessità come la memoria dell'acqua, il fenomeno dell'ormesi, l'attività delle varie diluizioni, la funzione biologica delle nuove molecole segnale ecc., ma è sicuro che la strada intrapresa è quella giusta e, in futuro, l'omotossicologia sarà in grado di dare nuove risposte alle varie sfide che l'aspettano.

Esperienze

Da diversi anni l'omotossicologia è usata, con l'omeopatia, presso il centro di Riferimento per l'omeopatia della Regione Toscana di Lucca diretto dal dott. Elio Rossi ed è presente in molti ambulatori periferici della Usl 10 di Firenze. Dal momento della sua apertura, l'omotossicologia è presente anche all'interno dell'Ospedale di Pitigliano in provincia di Grosseto, unico rappresentante in tutta Italia di un ospedale a indirizzo misto allopatico e non convenzionale. Un ottimo esempio di medicina integrata.

drpecchioli@tin.it

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute! Info: a.barresi@omceofi.it

Dipendenza da *internet* e benessere psicosociale

di Sabrina Masetti, Stefano Cosi



SABRINA MASETTI

Psichiatra psicoterapeuta. Direttore scientifico Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze. Socio ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, 1997. Specializzazione in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Firenze, 2001

STEFANO COSI

Psicologo psicoterapeuta, direttore Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

Questo lavoro si propone di indagare in maniera approfondita la dipendenza da *internet* e la sua relazione con il benessere psicosociale. In questo caso, il termine "dipendenza" non fa riferimento a una sostanza chimica, bensì a un'attività ormai presente normalmente nella vita quotidiana delle persone, socialmente riconosciuta, accettata e promossa.

Parole chiave:

internet, benessere psicosociale, dipendenza comportamentale, nuove dipendenze

Questo lavoro si propone di indagare in maniera approfondita la dipendenza da *internet* e la sua relazione con il benessere psicosociale.

In questo caso, il termine "dipendenza" non fa riferimento a una sostanza chimica, bensì a un'attività ormai presente normalmente nella vita quotidiana delle persone, socialmente riconosciuta, accettata e promossa. Per questo motivo si parla anche di *dipendenza comportamentale*. Le altre dipendenze comportamentali sono il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da sesso, la dipendenza da *shopping*, la dipendenza da lavoro, la dipendenza da cibo. Per il fatto che ciò di cui si abusa non è più una so-

stanza chimica ma un comportamento o un'attività, esse vengono anche definite con il generico termine di *Nuove Dipendenze* o *New Addictions*. L'introduzione nella vita dell'uomo dell'utilizzo di *internet* è relativamente recente, ma ha portato a radicali trasformazioni nelle modalità di comunicazione e a modificazioni degli stili di vita. È possibile affermare con un buon grado di certezza che oggi tutte le persone sono un po' *internet* dipendenti. Basta pensare a quanto questo strumento facilita la vita: servizi pubblici, ricerche scolastiche/lavorative, comunicazioni intercontinentali, tutto avviene in un solo *click*.

Se per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze. Young (1996) sostiene che, mentre nelle dipendenze da sostanze le implicazioni mediche hanno un'importanza rilevante, nella dipendenza da *internet* i rischi fisici (disturbi del sonno, indebolimento del sistema immunitario, irregolarità dei pasti, scarsa cura del corpo, sindrome del tunnel carpale) sono in proporzione molto minori.

Le conseguenze più gravi della dipendenza da *internet* sembrano essere quelle psicologiche, familiari, economiche e lavorative, come accade nel gioco d'azzardo patologico. In particolare, questo sembra essere vero nei soggetti adolescenti e preadolescenti, in quanto maggiori utilizzatori di *social network*.

Young ha messo in evidenza come l'abuso di *internet* interferisca nella vita relazionale del soggetto. A mano a mano che le ore passate al *computer* aumentano, il tempo speso con la famiglia e gli amici diminuisce inevitabilmente.

In questo modo, i rapporti importanti vengono messi da parte e perdono via via di importanza. Sebbene l'uso di *internet* per motivi scolastici sia incentivato per migliorare il rendimento, la dipendenza provoca seri problemi: il soggetto dipendente, che rimane collegato per gran parte della giornata, comprese le ore notturne, non potrà avere un buon rendimento a causa della stanchezza. *Internet*, pur essendo un ottimo strumento di ricerca per gli studenti, è anche una fonte di distrazione poiché mette a disposizione una miriade di attività ludiche e si presta facilmente a un uso improprio. Un punto cruciale riguarda la consapevolezza che *internet* non è solo un modo di reperire informazioni utili, ma anche una modalità di socializzazione molto importante, con le sue regole di comportamento, i suoi pregi e i suoi limiti. Chi non ha conoscenze adeguate su come ci si "comporta" sul *web*, è tagliato fuori. L'adolescente oggi si forma e cresce anche su *internet*, non solo reperendo informazioni in modo pratico e veloce, ma anche sviluppando la capacità di relazionarsi con gli altri in un modo diverso da quello faccia a faccia.

Molti studi hanno indagato la relazione tra uso eccessivo di *internet* e gli indicatori di benessere psicosociale

come le competenze sociali, l'ansia sociale, la solitudine e l'isolamento. I risultati sembrano essere preoccupanti. Le competenze sociali che la persona percepisce di avere influiscono largamente sul modo in cui quella persona si presenterà agli altri: è facile intuire che persone con auto-percezione di incompetenza sociale ricerchino preferibilmente forme di comunicazione che percepiscono come più sicure e meno minacciose rispetto a quella faccia a faccia. Dunque, rispetto a persone più sane dal punto di vista psicosociale, questi individui hanno maggiori possibilità di sviluppare una preferenza per le interazioni sociali *online*, il che è a propria volta un fattore di rischio per lo sviluppo di una modalità impropria ed eccessiva di utilizzo di *internet*.

Per quanto riguarda l'ansia sociale, le persone con questo tipo di problema sono attratte da *internet* perché

le interazioni sociali sono più facili e meno minacciose delle interazioni reali. I benefici dell'uso di *internet*, però, mettono a rischio di sviluppare una dipendenza e l'uso eccessivo di *internet* finisce per incrementare l'isolamento sociale e danneggia le relazioni reali. In definitiva, dunque, sebbene ci siano grandi benefici nel breve termine, ci sono anche costi molto più grandi nel lungo termine. Un crescente numero di ricerche, infatti, ha identificato una correlazione positiva tra l'ansia sociale e l'uso problematico di *internet* e l'ansia sociale è stata concettualizzata come fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da *internet*.

Infine, per quanto riguarda la solitudine e l'isolamento, diversi studi sostengono che gli individui isolati utilizzano *internet* per scopi sociali: per avere supporto emozionale, per conoscere nuove persone e per intera-

gire con individui con cui condividono interessi. Essi utilizzano *internet* anche per modulare i propri stati psicologici: infatti effettuano maggiori accessi *online* quando provano ansia, depressione, solitudine. Contemporaneamente riportano un incremento dei problemi nel funzionamento nella vita reale, incluse interferenze con le attività sociali e il lavoro. Dunque gli individui isolati, sebbene abbiano relazioni soddisfacenti *online*, sono contrastate dall'uso di *internet* nelle attività sociali *offline*. Queste osservazioni fanno ipotizzare un circolo vizioso dove la persona va su *internet* per riempire un vuoto sociale nella sua vita, ma il tempo speso *online* crea dei vuoti nelle relazioni sociali *offline* e altri problemi nella vita reale.

sabrina.masetti72@gmail.com

letti per voi

a cura di Simone Pancani

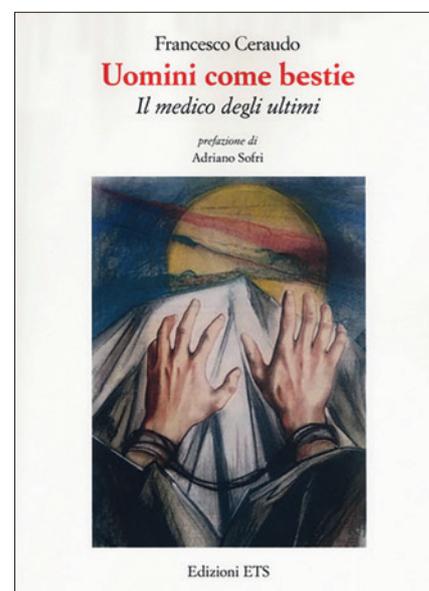
Uomini come bestie. Il medico degli ultimi

di Francesco Ceraudo

Edizioni ETS, Pisa

Fin dal titolo l'Autore, medico penitenziario di lunghissima esperienza e profonda sensibilità, ci passa un messaggio che non vuole essere retorico oppure basato su presupposti di natura etica, morale, filosofica, deontologica. Ceraudo semplicemente ci parla degli ultimi e della loro vita in carcere, attingendo alla propria storia professionale tutta impernata alla cura dei carcerati. Dopo l'intensa prefazione di Adriano Sofri, anche lui paziente dell'Autore nel famoso Centro Clinico del carcere di Pisa, Ceraudo attrae magnificamente l'attenzione del lettore con queste primissime righe: "Prima di entrare a lavorare in carcere ero

strenuamente convinto che la salute fosse il bene più prezioso per l'uomo: oggi mi rendo conto diversamente che il bene più prezioso è invece la libertà. Lo deduco dal fatto che il detenuto arriva a strumentalizzare ai minimi termini il proprio corpo, facendosi persino male, pur di avvicinarsi alla libertà". Parole pesanti che trovano rappresentazione per così dire grafica in alcune delle immagini che impreziosiscono il volume come ad esempio il ritratto del detenuto che in segno di protesta si è cucito le labbra oppure le radiografie di stomaci con corpi estranei della più diversa natura intenzionalmente ingeriti.



Sua maestà il trauma. Lo sviluppo è traumatico?

Malessere e psicopatologia in adolescenza

di Sandro Domenichetti

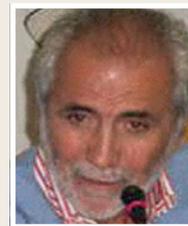
Viviamo in un periodo caratterizzato dall'istantaneo, dall'eccesso, dal virtuale, fonti di nuove sofferenze e psicopatologie legate in specifico al "malessere contemporaneo", che è una messa in discussione della capacità di essere ed esistere in sufficiente accordo con se stessi, con gli altri e con il mondo. L'adolescenza è un periodo a rischio anche per quanto riguarda lo sviluppo di disturbi mentali e la precoce comparsa di questi comporta una prognosi più sfavorevole. Nella "testa degli adolescenti" la pubertà arriva prima mentre l'adolescenza ritarda. Questo dipende da due sistemi neurali diversi: uno che riguarda le emozioni, l'altro il controllo. I processi di mielinizzazione e di *pruning* incidono in tempi diversi sulle strutture affettive e su quelle cognitive. Spesso nell'infanzia si tratta di "traumi nascosti", ovvero di condizioni non eclatanti di negazione dei bisogni fondamentali del bambino, quelli di sicurezza e riconoscimento.

Parole chiave:

adolescenza, sviluppo, psicopatologia, diagnosi, trattamento

Introduzione

Viviamo in un periodo caratterizzato dall'istantaneo, dall'eccesso, dal virtuale, fonti di nuove sofferenze e psicopatologie legate in specifico al "malessere contemporaneo", che è una messa in discussione della capacità di essere ed esistere in sufficiente accordo con se stessi, con gli altri e con il mondo. Da una parte una rivoluzione tecnologica assunta a nuova e unica fede megalomantica, dall'altra la delusione, il senso dell'incompiuto e dell'impossibilità di realizzare un qualche Sé. Questo cambiamento si manifesta nei compiti e nelle relazioni sociali. Tutto ciò mette in crisi i processi di



SANDRO DOMENICHETTI

Psichiatra. Dal 2014 professore a contratto presso l'Università degli Studi di Firenze, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, insegnamento Clinica Psichiatrica. Dall'anno accademico 2013-2014 collabora per l'attività di formazione per gli specializzandi della Clinica Psichiatrica AOUC del 3°, 4°, 5° anno. Partecipa alla ricerca dell'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento delle Scienze della Salute "Efficacia e predittori di esito di un protocollo di trattamento cognitivo comportamentale per soggetti ad alto rischio di psicosi" ("Challenging High Risk for Psychosis" - CHIRIS Florence Study). Dal 1/05/2009 al 31/12/2011 incarico di responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Firenze. Dal 1/12/2015 incarico responsabilità UF. Dal 1/12/2015 al 31/5/2018 incarico responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Mugello USL Centro Toscana

strutturazione degli spazi psichici e le fondamenta del sentimento di identità. Il malessere può declinarsi in molteplici modi e si interseca con le situazioni vissute concretamente. Pensiamo al fenomeno del bullismo a scuola e in rete, alle nuove dipendenze da *chat*, videogiochi, all'utilizzo di *smartphone* e alla moda *selfie* con il *sexting*. L'adolescenza è un periodo a rischio anche per quanto riguarda lo sviluppo di disturbi mentali e la loro precoce comparsa comporta una prognosi più sfavorevole. In adolescenza affrontare i bisogni individuali e le richieste sociali è possibile solo con un compromesso interno di ordine psicologico e i compiti evolutivi di questa fase dello sviluppo sono:

- costruzione di una propria identità definita e distinta (processi di differenziazione e individuazione);
- mentalizzazione del nuovo corpo sessuato;
- distacco psicologico dai genitori e costruzione di nuovi legami affettivi e sociali.

Secondo un'impostazione psicomotricità, la principale funzione evolutiva dell'adolescenza è l'instaurarsi dell'organizzazione sessuale definitiva della personalità, che deve includere, nella rappresentazione del corpo, le modificazioni apportate dalla pubertà. Tutti gli altri compiti evolutivi andrebbero inquadrati in questa funzione fondamentale.

Gli impulsi, i bisogni, le capacità di questo corpo determinano nella mente emozioni, rappresentazioni, fantasie e pensieri che hanno bisogno di tempo per costruire un'immagine corporea integrata, come base della propria identità. È l'inizio dell'uso della mente come contenitore, attenuatore delle difficoltà e delle angosce provenienti prima di tutto dal corpo. Per affrontare questo conflitto l'adolescente mette in campo una serie di strategie sostanzialmente di "raffreddamento" (e minimizzazione), quali:

- un'intensa nostalgia del corpo infantile, dell'infantile identità, dei genitori idealizzati;
- l'alterazione della comunicazione, dalla recita alla menzogna, cioè, con linguaggio psicogenetico, l'uso delle tecniche isteriche per attenuare i conflitti;
- la "comunità di spiriti mediocri", un ritrarsi ombroso e ottuso che spegne la creatività, un conformismo mediocre, nella monotonia del linguaggio, nel modo di vestire secondo divise obbligate;
- l'aggressività, la rabbia;
- l'apparente rigidità affettiva, che nasconde desideri intensi e appassionati, ma non tendenti al soggetto desiderato e quindi impossibilitati a trovare soddisfacimento.

Nella "testa degli adolescenti" la pubertà arriva prima mentre l'adolescenza ritarda. Questo dipende da due sistemi neurali diversi: uno che riguarda le emozioni, l'altro il controllo. I processi di mielinizzazione e di *pruning* incidono in tempi diversi sulle strutture affettive e su quelle cognitive.

All'inizio della vita mentale era la mente a proporsi al corpo, nell'adolescenza invece è il corpo che si pro-

pone alla mente sotto la spinta dello sviluppo biologico. Infine nella mente adolescenziale appare il tempo che porta dall'infanzia alla pre-adolescenza e da questa all'adolescenza. Una relazione di attaccamento sicuro fornisce il contesto ideale al bambino per esplorare la mente del genitore e, attraverso la conoscenza della mente dell'altro e il rispecchiamento di sé nella mente dell'altro, il bambino sviluppa il pieno possesso della natura degli stati mentali. Secondo P. Fonagy il primo ambiente relazionale è fondamentale perché fornisce un sistema di elaborazione mentale che poi produrrà rappresentazioni, incluse rappresentazioni di relazioni. La realizzazione di questo sistema rappresentazionale è la funzione evolutiva più importante dell'attaccamento al *caregiver*.

Il trauma

La mente/cervello è un sistema complesso e lo sviluppo prevede una progressiva integrazione di nuove esperienze in maniera flessibile, ma a volte intervengono fattori che ne impediscono o ostacolano il procesamiento. Sono fattori di *stress*, per esempio aggressioni fisiche, maltrattamento oppure abuso fisico o sessuale, incidenti, forme di trauma interpersonale (trascuratezza emotiva, abuso psicologico, separazione dai genitori, assistere a violenza familiare).

Spesso nell'infanzia si tratta di "traumi nascosti", ovvero condizioni non eclatanti di negazione dei bisogni fondamentali del bambino, di sicurezza e di riconoscimento. Lo *stress* traumatico mina competenze fondamentali di sviluppo danneggiando il senso di autoefficacia, l'autostima e il mondo delle relazioni interpersonali (Figura 1).

Tuttavia un'esperienza diviene psicologicamente traumatica, non solo e non tanto per la presenza di fattori di paura e dolore, ma anche per l'assenza simultanea delle relazioni sociali che per via innata ci si aspetta che intervengano ad offrire protezione o almeno a mitigare il dolore. Cioè si attiva quell'insieme di capacità di far

fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, che definiamo resilienza. Ciò che preoccupa nel nostro mondo contemporaneo è la corrosione della capacità di resilienza degli adolescenti ai conflitti e al dolore che essi devono necessariamente affrontare per crescere. Crescere è un'esperienza traumatica sempre.

Psicopatologia

Facendo confusione tra normalità e patologia, abbiamo perduto la capacità di scoprire nell'adolescente i segni iniziali d'allarme che interferiscono con lo sviluppo normale visto che essi sono spesso respinti all'interno del campo del normale sconvolgimento adolescenziale. La patologia mentale dell'adolescente è collegata da un lato alla spinta biologica e al cambiamento critico del corpo e dall'altro alle riuscite o fallimentari strategie mentali messe in opera di fronte a questo. Kaës propone una riflessione sulle nuove forme di sofferenza psichica, che comportano la difficoltà di elaborare la perdita di altro e dell'altro e riguardano forme di eccessi: mania, melanconia, persecuzione. Per Freud il "disagio della civiltà" derivava dal conflitto tra pulsioni individuali e organizzazione sociale. Oggi è necessario un cambiamento, il disagio è dato dagli ostacoli al processo di soggettivazione, al divenire Io, come capacità di esistere, creare legami, fare società. Le patologie adolescenziali catturano il soggetto sotto una molteplicità di aspetti: marcata chiusura in se stessi attraverso forme differenti di dipendenza patologica, forme di violenza contro se stessi e contro gli altri, comportamenti suicidari, forme di ritiro schizoide, comportamenti antisociali conclamati, forme depressive acute, disturbi dei comportamenti alimentari, fenomeni di ipocondria e crisi di panico. La condizione patologica detta *breakdown evolutivo* è l'arresto del processo di crescita, causato dal rifiuto del corpo sessuato, che viene vissuto come ingombrante, sommergendo l'adolescente di fantasie ed emozioni penose e angoscienti. Gli effetti di questo *breakdown*

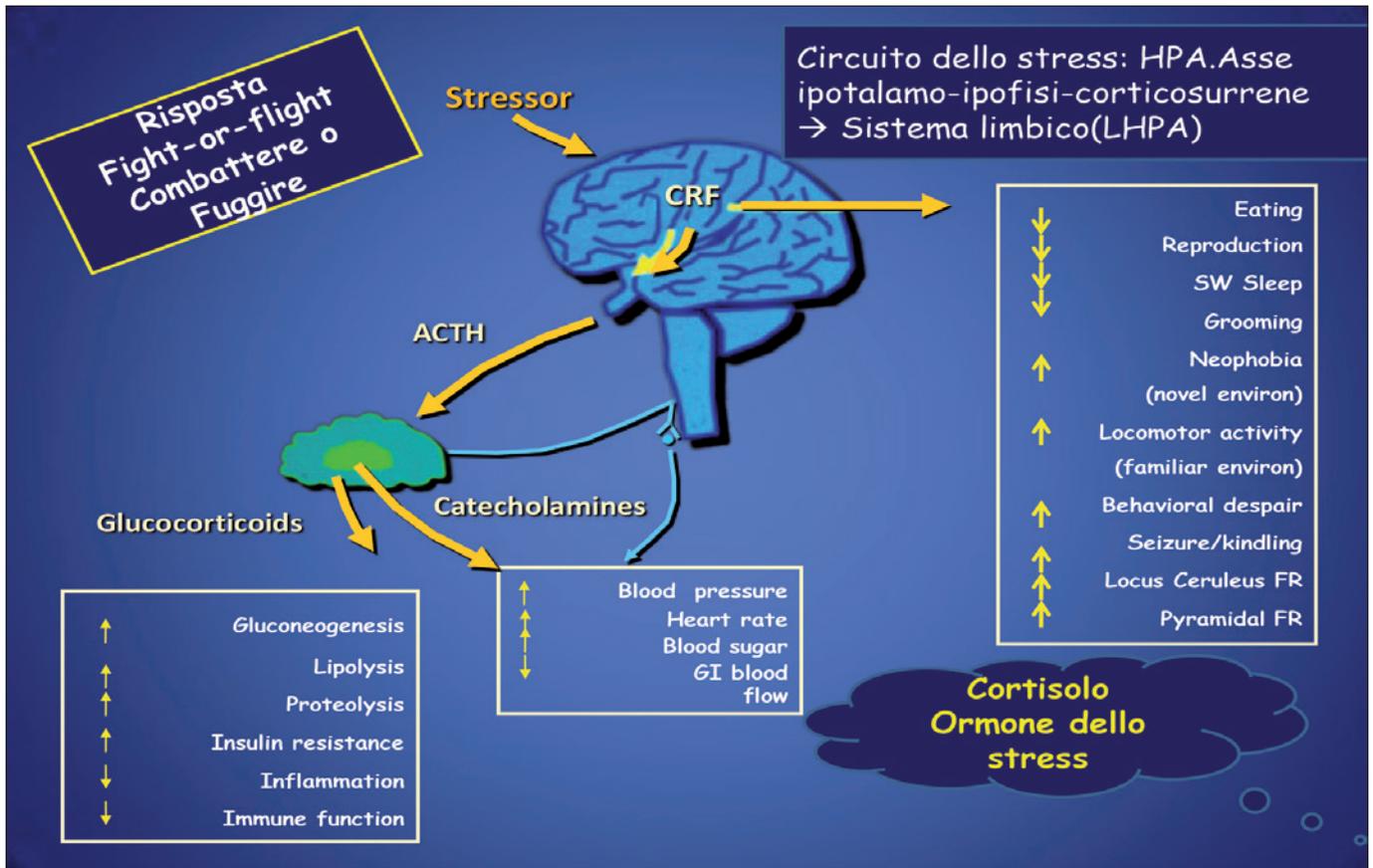


Figura 1 – Circuito dello stress. Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene (HPA) ® sistema limbico (LHPA) (da Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano: Masson 2002). Amigdala ed *emotional processing system*: rilevazione, generazione e mantenimento delle emozioni correlate alla paura; insula: orchestra l’equilibrio tra le regioni cerebrali che si occupano di adattamento all’ambiente esterno e quelle responsabili dell’omeostasi interna.

si hanno al momento della pubertà o nella tarda adolescenza, cioè nella fase in cui l’unificazione dell’immagine corporea, la differenziazione maschile-femminile dovrebbero integrarsi in un’organizzazione sessuale definitiva. Si manifesta in diverse forme psicopatologiche, in base alle acquisizioni maturative raggiunte nelle fasi precedenti, al significato del corpo sessuato, alla proiezione o meno della rabbia e dell’odio verso l’esterno. Secondo lo studio *Prisma*, l’unico disponibile sulla popolazione italiana, in età adolescenziale i disturbi mentali sono più del 10%. Circa l’1% di tutti i bambini presenta un disturbo dello spettro autistico. Picco di prevalenza della depressione infantile tra il 2,8% e il 5,9% dei bambini in età scolare (fino ai 18 anni), il 9,5% dei giovani ha episodi di depressione nel corso della vita a partire dai 16 anni. Numeri che dimostra-

no l’urgenza di diagnosi precoce per una cura tempestiva e la necessità di risorse dedicate e di una migliore organizzazione. La maggior parte dei disturbi dell’adulto rappresenta la continuazione di quadri spesso sottosoglia del bambino o dell’adolescente. Si stima infatti che il 50% dei disturbi dell’adulto risalga all’età infantile. Da qui la necessità di individuare indicatori precoci di malessere che in una popolazione vulnerabile può successivamente determinare una franca patologia mentale. È in atto una ricerca, denominata *Progetto Perfetti Sconosciuti* (Andrea Pozza, Sandro Domenichetti, *et al.*), sul perfezionismo come segnale precoce di sintomi depressivi sottosoglia in età evolutiva. Comprendere la relazione tra perfezionismo e depressione in età evolutiva può migliorare i programmi di identificazione precoce e prevenzione in un sottogruppo

di giovani che altrimenti potrebbero non essere riconosciuti come a rischio a causa di tratti perfezionistici che mascherano un funzionamento solo apparentemente adattato. La forma della sofferenza psichica sta cambiando: noia, depressione, dipendenze, attacchi al corpo, esordi psicotici e panico sono i fenomeni che esprimono la sostanza del disagio mentale contemporaneo. In particolare durante l’adolescenza. L’adolescente è il soggetto che più di altri segnala il *disagio della civiltà contemporanea*. Le modificazioni delle forme psicopatologiche del presente vanno verso la *melanconizzazione*. Prendiamo come paradigma estremizzato quella sindrome caratterizzata dal ritiro sociale definita *Hikikomori*, che significa “stare in disparte, isolarsi”: è la sparizione dell’incontro tra corpi. La forma contemporanea di melanconia. La

relazione con il mondo diviene virtuale, incorporea.

Una domanda: ma i quadri psicotici che insorgono in adolescenza hanno origine nello stesso sviluppo adolescenziale (psicosi adolescenziali) oppure no (psicosi in adolescenza)? La stessa categoria *psicosi si è andata trasformando*. Dagli anni Settanta in poi, a partire dalla definizione del Disturbo Narcisistico di Personalità (H. Kohut) e del Disturbo Borderline (O. Kernberg), si è pensato al lavoro mentale tipico dell'adolescenza come *paradigma generatore* di disturbo dell'adulto. Se un Disturbo Narcisistico/Borderline è, per lo meno in parte, fisiologico in adolescenza, diviene malattia più avanti, quando si manifesta un impossibile accesso a una personalità diversamente strutturata. Le psicosi acute, diagnosi frequente in adolescenza e spesso connessa all'assunzione di sostanze, sono state considerate come il *momento cardine* per comprendere l'esperienza delirante. Ci pongono di fronte all'iniziale disorganizzazione dell'esistenza, la prima frattura tra sé e il mondo. Se non si trova un ancoraggio nel reale, un

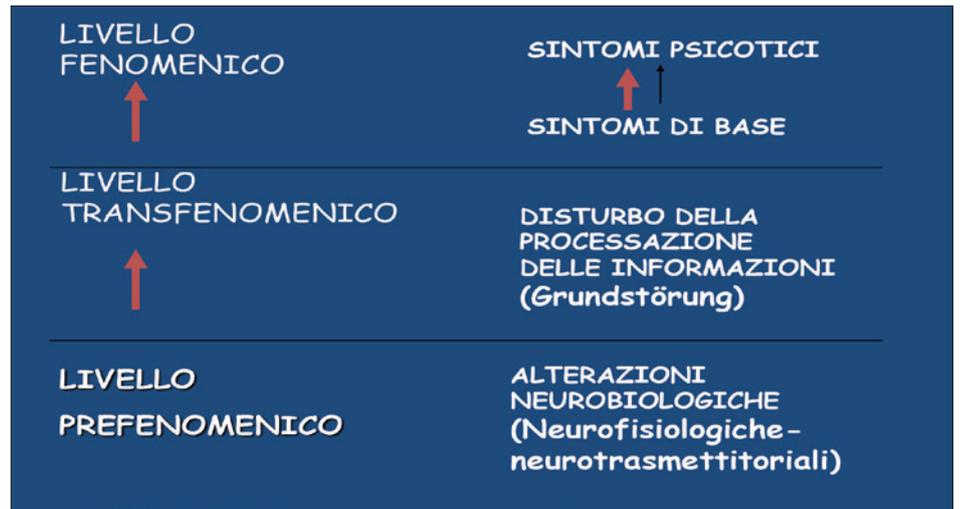


Figura 2 – Stati prepsicotici (da Huber G, Gross G, Klosterkötter J. *La diagnosi precoce di schizofrenia negli stadi-base prepsicotici*, mod.).



Figura 3 – Il modello di vulnerabilità-stress-coping (da Van der Kolk B. *Il corpo accusa il colpo*. Cortina Milano, mod.).

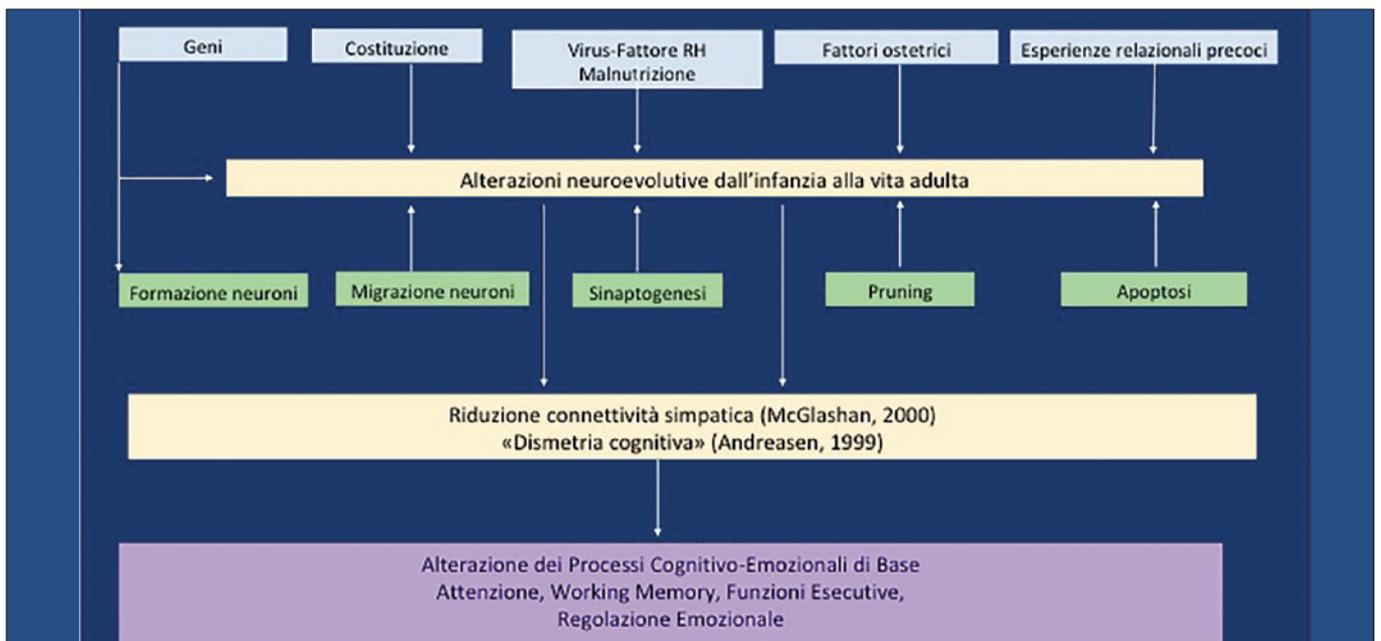


Figura 4 – Quadro neuroevolutivo. Tra geni e ambiente (da McGlashan, 2000).

rapporto con un altro soggetto che abita la realtà (il terapeuta), inizia la ricostruzione delirante.

Negli ultimi anni il modello evolutivo dell'esordio psicotico ha ricevuto dati sperimentali e clinici. La vulnerabilità soggettiva premorboza incontra lo sviluppo psico/socio/neuronale dell'adolescenza, da questo incontro può nascere uno stato di soggettività alterata che rappresenta l'inizio verso la transizione alla psicosi. Le caratteristiche soggettive di tale stato vengono ben descritte e colte dalla teoria dei "sintomi di base" della scuola di Bonn degli anni Sessanta, cioè una percezione precoce di malessere psicosomatico non ben definibile (Figure 2, 3, 4, 5).

I fattori di vulnerabilità nell'adolescenza si possono così riassumere (Figura 6):

- mutamenti relazionali, mancanza di empatia, ritiro sociale ed emotivo, riduzione di iniziative autonome, difficoltà comunicative, crescenti difficoltà scolastiche;
- sintomi psicopatologici sottosoglia (ansia, depressione, irritabilità, aggressività, disturbi del sonno e dell'appetito, abuso di alcool e/o sostanze, depersonalizzazione somatica);
- aggravamento dei comportamenti: lunghe permanenze in bagno, risate immotivate, linguaggio e comportamenti sessuali più o meno incontrollati;
- anomalie neuropsicologiche;
- disturbi del pensiero (concretezza, paralogia, idee bizzarre).

In conclusione, la psicopatologia nella transizione dall'adolescenza all'età adulta è una sfida a creare servizi integrati. L'adolescente e il giovane adulto si collocano a cavallo tra i servizi per minori, quelli per adulti e quelli per le dipendenze; ciò rende più difficile l'aggancio alle cure quando esse si rendono necessarie. I ragazzi con disturbi mentali possono perdersi nella transizione tra i nostri servizi.

sanddom@libero.it

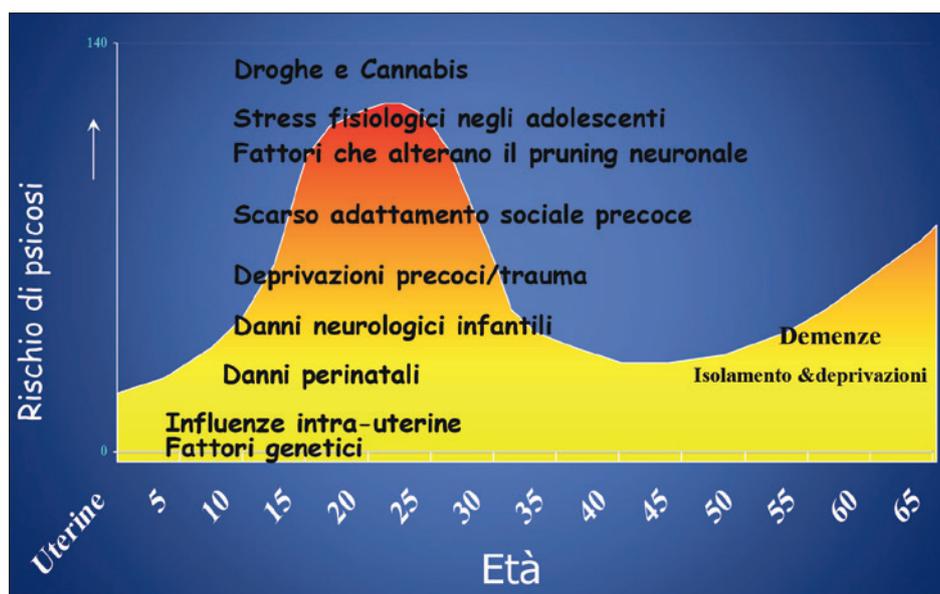


Figura 5 – Fattori di rischio cumulativi (elaborazione dell'autore).

Ideazione magica	51 occasionalmente
	9,3 spesso
Insolita esperienza percettiva	45,6 occasionalmente
	9,3 spesso
Ritiro sociale	18,4
Compromissione marcata funzionamento	41,1
Affettività appiattita	21,7
Perdita d'iniziativa	39,7
Stranezze comportamentali	25,2
Marcata compromissione igiene personale	8,1

MCGORRY et al 1995

Figura 6 – Prevalenza sintomi prodromici della schizofrenia in sedicenni (da McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, et al. *The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey*. Acta Psychiatr Scand 1995;92:241-9, mod.).



Malattia di Anderson-Fabry: a Firenze si lavora in équipe

di Ilaria Tanini, Iacopo Olivotto, Andrea Matucci, Lino Cirami, Walter Borsini, Patrizia Nencini, Rudi Pecci, Andrea Sodi, Maria Alice Donati, Amelia Morrone, Marzia Caproni, Franco Cecchi



ILARIA TANINI

Laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Ateneo fiorentino nel 2003 e specializzata in Medicina Interna nel 2008, sempre a Firenze, è esperta di Diagnostica Vascolare con ultrasuoni. Attualmente è assegnista di ricerca presso la Unit Cardiomiopatie - Dipartimento Cardioracovascolare dell' AOU Careggi Firenze, diretta dal prof. Iacopo Olivotto e coordina, assieme al dott. Lino Cirami, il Gruppo Multidisciplinare per la Malattia di Anderson-Fabry del Policlinico fiorentino

La malattia di Anderson-Fabry è una malattia rara da accumulo lisosomiale, geneticamente determinata, sistemica e progressiva in grado di provocare una grave compromissione multiorgano con danni cardiaci, renali e neurologici.

Dal 2001 è disponibile una terapia enzimatica sostitutiva (*Enzyme Replacement Therapy*, ERT) mediante somministrazione endovenosa dell'enzima deficitario α -Galattosidasi A ottenuto con tecniche *in vitro* a cui si è aggiunto, nel 2017, lo chaperone farmacologico (Migalstat) solo per i portatori di specifiche mutazioni. Dal 2001 a Firenze, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, è attivo il Centro di Riferimento Regionale dedicato alla Malattia di Anderson-Fabry.

Il Centro si colloca entro la Rete Regionale per le Malattie Rare ed ha in carico attualmente oltre 80 pazienti e le relative famiglie provenienti non solo dalla Regione Toscana ma anche da tutto il Territorio nazionale.

Parole chiave:

Anderson-Fabry, malattia da accumulo lisosomiale, α -Galattosidasi A, eredità *X-linked*, Rete Regionale Malattie Rare, ERT, terapia *chaperonica*

La malattia di Anderson-Fabry (codice di esenzione: RCG080) è una malattia metabolica da accumulo lisosomiale causata dal deficit totale o parziale dell'enzima lisosomiale α -Galattosidasi A dovuto a una mutazione del gene *GLA*, codificante l'enzima e localizzato sul braccio lungo del cromosoma X (*locus* Xq21.3-q22). Pertanto la trasmissione genetica è *X-linked*. Il deficit enzimatico porta a un accumulo sistemico, a livello lisosomiale, di cataboliti derivanti dagli sfingolipidi della membrana cellulare (Globotriaosilceramide, Gb3 e Globotriaosilfosingosina, LysoGb3) determinando uno spettro molto ampio di manifestazioni cliniche (Figure 1, 2). A fronte di una stima di prevalenza riportata di 1/117.000-1/34.000 nella popolazione generale, recenti programmi di *screening* neonatali, fra cui anche un progetto toscano, hanno in realtà dimostrato una prevalenza di mutazioni associate alla malattia di Anderson-Fabry di circa 1:3.000 maschi nati vivi.

Le manifestazioni d'esordio della patologia, che possono comparire anche

IACOPO OLIVOTTO

Cardiologo, responsabile Unit Cardiomiopatie, SOD Cardiologia Generale 1, Dipartimento Cardioracovascolare, AOU Careggi, Firenze

ANDREA MATUCCI

Immunoallergologo, SOD Immunoallergologia, AOU Careggi, Firenze

LINO CIRAMI

Nefrologo, Coordinatore Gruppo Multidisciplinare Malattia Anderson-Fabry, SOD Nefrologia, Dialisi e Trapianti renali, AOU Careggi, Firenze

WALTER BORSINI

Libero Professionista Neurologo, Casa di Cura Ulivella e Glicini, Firenze

PATRIZIA NENCINI

Neurologa, SOD Stroke Unit, Dipartimento DEA, AOU Careggi, Firenze

RUDI PECCI

Audiologo, SOD Audiologia, Dipartimento Neuromuscoloscheletrico e degli Organi di Senso, AOU Careggi, Firenze

ANDREA SODI

Oculista, SOD Oculistica, Dipartimento Neuromuscoloscheletrico e degli Organi di Senso, AOU Careggi, Firenze

MARIA ALICE DONATI

Pediatra-Metabolista, responsabile UOC Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera Universitaria Anna Meyer, Firenze

AMELIA MORRONE

Genetista, professore associato Dipartimento di Neuroscienze, Area del Farmaco e Salute del Bambino-NEUROFARBA, Azienda Ospedaliera Universitaria Anna Meyer, Firenze

MARZIA CAPRONI

Direttore SOS Immunopatologia Cutanea e Malattie Rare Dermatologiche, PO Piero Palagi, ASL 10 Firenze

FRANCO CECCHI

Professore associato Università degli Studi di Firenze e Università San Raffaele Vita, Milano

[segue elenco completo dei membri del Gruppo Multidisciplinare all'ultima pagina]

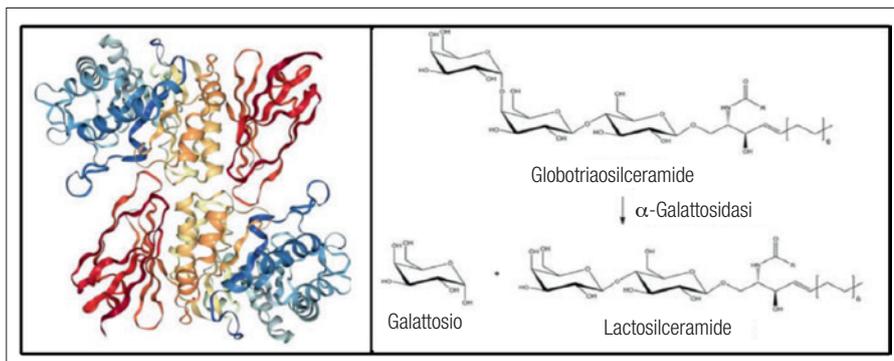


Figura 1 – Struttura e attività dell'enzima α -Galattosidasi A umana.

in età infantile nelle forme classiche, sono rappresentate principalmente da sintomi conseguenti a neuropatia delle piccole fibre nervose (acroparestesie dolorose, difetto di regolazione della temperatura corporea e sintomi disautonomici), sintomi gastroenterici (diarrea/stipsi/dolore addominale), angiocheratoma e cornea verticillata. In età adulta sono prevalenti l'interessamento cardiaco (ipertrofia cardia-

ca, bradi e tachiaritmie, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco), renale (microalbuminuria, proteinuria, insufficienza renale) e neurologico (TIA, ictus cerebrali ischemici ed emorragici, leucoencefalopatia, dolicoectasia vascolare). È interessato anche il sistema cocleo-vestibolare con sintomi e segni quali perdita della capacità uditiva (mono o bilaterale) improvvisa o progressiva, fluttuazioni uditive,

acufeni, "fullness" o "pienezza auricolare" e disturbi vertiginoso-posturali. I fattori prognostici che più influenzano la sopravvivenza dei pazienti affetti da malattia di Fabry sono l'insufficienza renale *end-stage* e le complicanze cardio e cerebro-vascolari, riducendo l'aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale di circa 20 anni per i maschi e 10 anni per le femmine. L'eterozigosi, nelle pazienti femmine, può dar luogo a un fenotipo estremamente variabile, severo con esordio in età pediatrica oppure con esordio tardivo in età adulta, oligosintomatiche o asintomatiche.

La conferma diagnostica si avvale della dimostrazione del *deficit* enzimatico nei maschi emizigoti con conferma genetico-molecolare (gene *GLA*) per l'esclusione dello *pseudo-deficit*. Nelle femmine eterozigoti, anche se sintomatiche, la conferma diagnostica è genetico-molecolare dato che il *test* enzimatico può risultare normale. Il dosaggio enzimatico

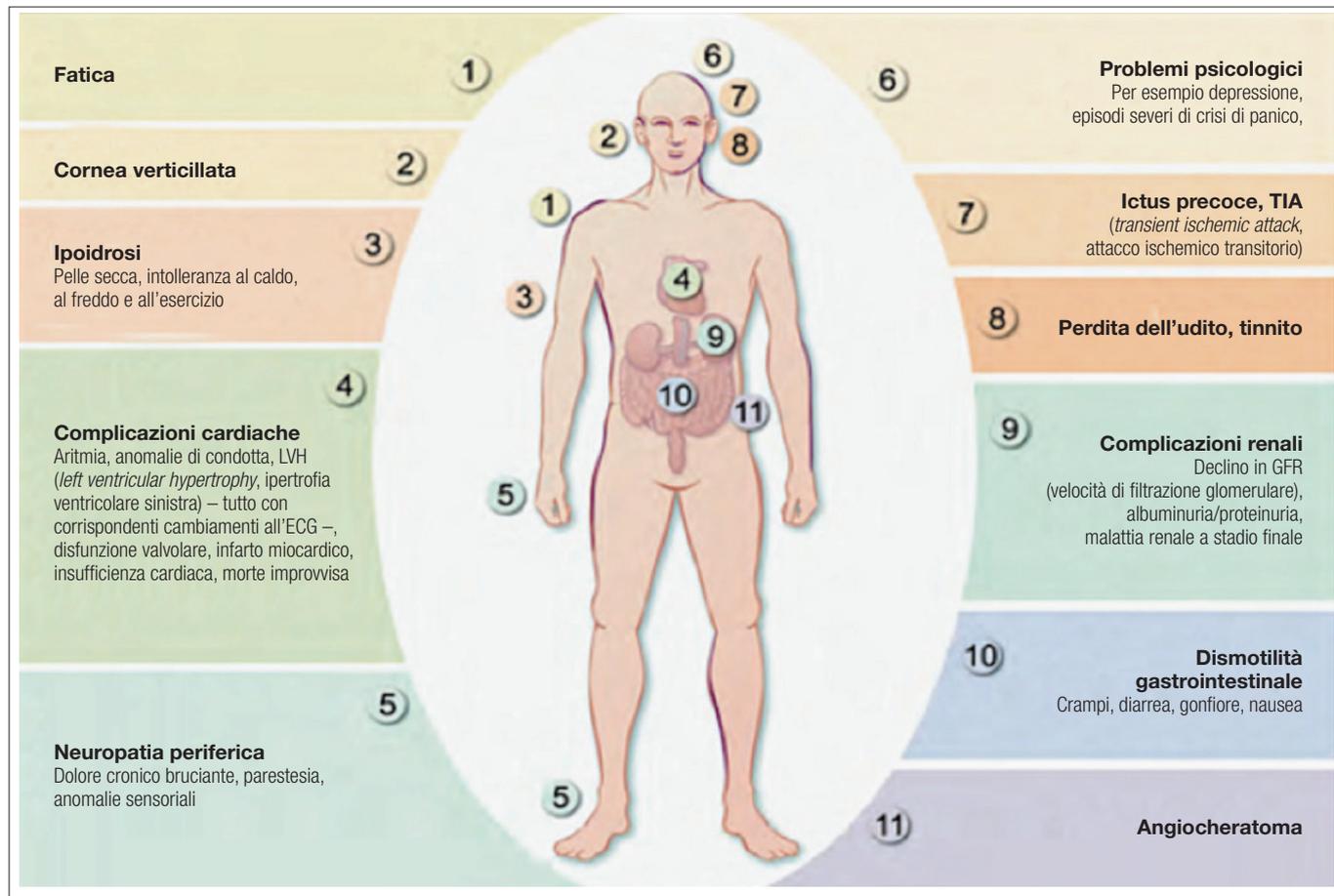


Figura 2 – Coinvolgimento sistemico della malattia di Anderson-Fabry.

dell' α -Galattosidasi A è oggi possibile su goccia di sangue assorbito su apposito cartoncino (DBS, *Dried Blood Spot*) che, in caso di positività, necessita di conferma genetico-molecolare. La terapia attualmente disponibile prevede la somministrazione dell'enzima deficitario (*Enzyme Replacement Therapy*) prodotto attraverso tecnologia del DNA ricombinante *in vitro* e somministrato per via endovenosa con cadenza bisettimanale. Dal 2017 è disponibile una nuova opzione terapeutica solo per i pazienti con mutazioni suscettibili o *amenable*, rappresentata dallo *chaperone* farmacologico (Migalastat), somministrato *per os* a giorni alterni. Infine sono in fase di sviluppo le ERT modificate e la terapia volta alla riduzione della formazione dei substrati che si accumulano nei vari organi e apparati (*Substrate Reduction Therapy*, SRT).

L'approccio terapeutico prevede inoltre una terapia sintomatica per il dolore (paracetamolo, FANS, farmaci per il dolore neuropatico), la nefroprotezione mediante utilizzo di ACE inibitori o sartanici, l'utilizzo di farmaci anti-aritmici, *pace-maker* o defibrillatori impiantabili e il ricorso, ove necessario, al trattamento dialitico oppure al trapianto renale. Una diagnosi precoce e un trattamento ottimizzato consentono di migliorare la prognosi con un aumento medio dell'aspettativa di vita di oltre 10 anni rispetto all'era antecedente le moderne terapie.

Dalla fine degli anni '90 è attivo, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi Firenze, in collaborazione con la USL Toscana-Centro, un Gruppo Multidisciplinare afferente al Centro di Riferimento Regionale Fabry, istituito nel 2001 e assegnato all'Università degli Studi di Firenze. *L'équipe*, prima guidata dal dott. Fabrizio Martinelli e da sua moglie dr.ssa Maria Luisa Battini e successivamente dal prof. Franco Cecchi, è ora diretta dal dott. Lino Cirami, direttore ff della SOD Nefrologia Dialisi Trapianto del Policlinico fiorentino. Nelle riunioni che si svolgono almeno mensilmente viene valutato l'iter diagnosti-

co-terapeutico dei pazienti afferenti al Centro. I casi vengono discussi collegialmente da un gruppo costituito da internisti, cardiologi, neurologi, nefrologi, oculisti, pediatri-metabolisti, immunologi, genetisti, dermatologi e audiologi. Gli aspetti organizzativo-logistici e il coordinamento delle numerose visite necessarie (allo scopo di minimizzare il disagio per i pazienti) sono resi possibili dalla presenza di un personale infermieristico altamente specializzato nell'ambito delle malattie genetiche rare. L'attività del Gruppo Multidisciplinare consente un'ottimale gestione delle famiglie e della transizione dall'età pediatrica all'età adulta. È frequente e clinicamente rilevante il ricorso a tecniche di *imaging* avanzato e di esami di laboratorio che vengono svolti a Careggi e al Meyer. Una volta confermata la diagnosi e in presenza di segni di coinvolgimento d'organo i pazienti hanno a disposizione diverse opzioni terapeutiche quali la terapia enzimatica sostitutiva, somministrata per via endovenosa nelle strutture di *day hospital* locali (in Toscana non è attivo il servizio di infusione domiciliare) o la terapia *chaperonica* orale previa redazione di un piano terapeutico specifico. Negli anni il Gruppo Fabry di Firenze ha valutato oltre 120 probandi. Attualmente il Centro ha in carico oltre 80 pazienti di ambo i sessi e le relative famiglie provenienti sia dalla Regione Toscana che da tutto il Territorio nazionale. Lo *screening* dei familiari dei pazienti ha infatti un ruolo fondamentale nella diagnosi precoce degli altri soggetti affetti. Inoltre, dal 1° novembre 2014, è attivo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer - UO Malattie Metaboliche e Muscolari ereditarie/Centro *Screening* Neonatale (dott.ssa Donati) – un progetto di *screening* neonatale per la malattia di Anderson-Fabry mediante *test* enzimatico su goccia di sangue neonatale. Dal 2018 tale *screening* è esteso a tutti i nati della Regione Toscana. In caso di risposta positiva il neonato viene preso in carico presso il Centro e inserito nel programma di *follow-up* a cui segue lo studio

familiare. È stato inoltre possibile diagnosticare nelle famiglie a rischio numerosi pazienti adulti, sia maschi che femmine, alcuni dei quali già sintomatici.

Allo scopo di migliorare la conoscenza della malattia di Anderson-Fabry è stato organizzato un convegno nazionale multidisciplinare che si è svolto a Firenze nei giorni 1 e 2 dicembre 2017 (<http://malattiarare.toscana.it/news/firenze-1-2-12-2017-convegno-malattia-di-anderson-fabry>). L'evento, rivolto a medici e infermieri è stato patrocinato dall'Associazione Italiana Anderson-Fabry Onlus che riunisce i pazienti affetti e le loro famiglie. Nei due giorni di convegno, a cui hanno partecipato un centinaio di persone provenienti da tutta Italia fra cui anche pazienti e loro familiari, sono stati affrontati gli aspetti clinici, diagnostici e le opzioni terapeutiche disponibili con uno sguardo alle prospettive future. Attualmente il Centro partecipa al Registro Multicentrico Internazionale *International Fabry Registry* e al Registro Toscano delle Malattie Rare ed ha preso parte allo studio registrativo del Migalastat per la terapia *chaperonica*.

Le manifestazioni della malattia di Fabry possono indirizzare inizialmente verso patologie più comuni renali, reumatologiche, cardiologiche, neurologiche e dermatologiche. A oggi la diagnosi è spesso tardiva, formulata dopo un'odissea diagnostica, comune a tutte le malattie rare (circa 10 anni in media), quando la malattia è già in fase avanzata, pertanto possiede una minore efficacia terapeutica. Per questa ragione è fondamentale conoscere e riconoscere precocemente questa malattia non così rara, così come è importante la sensibilizzazione dei colleghi in quanto l'inizio precoce della terapia mirata consente di prevenire l'insorgenza di danni cardiovascolari, renali e cerebrovascolari con conseguente miglioramento della qualità della vita e riduzione delle necessità assistenziali e di ospedalizzazione.

ilaria.tanini@unifi.it
ciramil@aou-careggi.toscana.it



Gruppo Multidisciplinare, Centro di Riferimento Regionale per la malattia di Anderson-Fabry, Firenze.

Membri del Gruppo Multidisciplinare

AOU CAREGGI

Gabriele Castelli, Benedetta Tomberali, Katia Baldini, Alessia Tomberli
Unit Cardiomiopatie, SOD Cardiologia Generale 1, Dipartimento Cardiotoracovascolare

Alessandra Vultaggio, Laura Dies
SOD Immunoallergologia

Ilaria Romani
SOD Neurologia, Dipartimento NEUROFARBA

Leonardo Caroti, Egrina Dervishi
SOD Nefrologia Dialisi Trapianto

Sabrina Frusconi
SOD Diagnostica Genetica

AOU Meyer

Silvia Passantino
Cardiologia Pediatrica

ASL 10 - PO Piero Palagi

Emiliano Antiga
Immunopatologia Cutanea e Malattie Rare Dermatologiche

Un immenso ringraziamento, da parte di tutto il Gruppo Multidisciplinare, va al lavoro e alla figura della dott.ssa Elisabetta Pasquini (Responsabile del Centro Clinico Screening Neonatale, UOC Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Anna Meyer) scomparsa prematuramente nell'ottobre 2018.

Neoaterosclerosi coronarica

di Paolo Utari



PAOLO UTARI

Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Firenze, specializzato in Cardiologia all'Università degli Studi di Siena, perfezionamento Hammersmith Hospital Londra. Cardiologia presidio ospedaliero di Camerata-Firenze

La lesione aterosclerotica che si sviluppa dopo apposizione di *stent* presenta caratteristiche peculiari, diverse da quelle su conarie native, che potranno rappresentare *target* terapeutici specifici nella prevenzione secondaria della malattia ischemica.

Parole chiave:

infiammazione, aterosclerosi coronarica, angioplastica coronarica.

Con il termine di neoaterosclerosi si intende il complesso fenomeno che modifica la placca aterosclerotica a seguito di apposizione di *stent*; recenti studi ne confermano l'importanza negli eventi associati a restenosi e a trombosi dello stesso. L'introduzione da più di 40 anni di tecniche percutanee di rivascularizzazione miocardica ha indubbiamente rivoluzionato il trattamento della cardiopatia ischemica, tuttavia tali procedure non sono in grado di influenzare la progressione della malattia coronarica. Evidenze cliniche suggeriscono l'importanza degli *stents* quale stimolo infiammatorio cronico sulla patogenesi della nuova lesione aterosclerotica.

Come ormai ben appurato il trattamento della stenosi con il solo utilizzo di pallone è gravato da problema-

tiche correlate a restenosi in acuto (dovute a dissezioni e/o ritorno elastico della lesione trattata) determinante, in percentuali significative, evoluzioni infartuali e ricorso a *by pass* in urgenza. L'uso del pallone determina infatti denudazione endoteliale, lacerazione della tonaca media con esposizione della matrice sub-endoteliale e attivazione dei fenomeni di aggregazione piastrinica e trombotici. L'inizio dell'utilizzo degli *stents* metallici come approccio *standard* al trattamento della placca (in origine utilizzati solo in caso di restenosi o dissezione acuta) risale ai primi anni Novanta e solo nel 1993 due studi, pietre miliari nella cardiologia interventistica, il *Benestent* e lo *Stress*, ne hanno dimostrato la superiorità in termini di *outcomes* clinici rispetto al solo utilizzo del pallone. Tuttavia la restenosi tardiva era frequente e a 4-5 anni dall'impianto circa 1/3 dei pazienti andavano incontro a sindrome coronarica; studi istopatologici suggerivano come la restenosi fosse caratterizzata dalla proliferazione macrofagica con elevato *burden* lipidico, moderata presenza proteoglicanica nella matrice extracellulare, occasionale presenza di fibrina, cellularità infiammatoria persistente, scarse giunzioni endoteliali con alterata residua funzione antitrombotica e *deficit* di produzione di nitrossido. Fattori responsabili dell'innescò e del mantenimento della reazione infiammatoria locale possono essere riassunti in questo modo: a) espansione dello *stent* con rottura della placca e della tunica media; b) mantenimento della sollecitazione radiale dello *stent* contro la parete del vaso con dimostrazione istopatologica di maggior infiltrato infiammatorio nei punti di maggior sollecitazione; c) presenza di infiltrato infiammatorio tipico da corpo estraneo; d) di-

sfunzione endoteliale con inibizione di fattori vasodilatanti (per esempio nitrossido) e incremento di fattori vasoconstrictori (per esempio endotelina1). Il meccanismo principale della restenosi *intra-stent* è rappresentato dall'iperplasia mio-intimale che vede nella risposta infiammatoria-immunologica il *primum movens* del fenomeno. L'intensità di questa reazione nei confronti del corpo estraneo, in larga misura geneticamente determinata, gioca un ruolo fondamentale nella crescita cellulare. Tale processo raggiunge frequentemente il suo massimo attorno ai 90 giorni dopo l'impianto degli *stents* metallici. L'endotelio neofornato assume caratteristiche geometriche anomale che modificano in maniera distorta il flusso ematico. Dopo pochi minuti dal rilascio si osserva, nelle maglie dello *stent*, la presenza di tipici elementi cellulari infiammatori; l'effetto chemiotattico è prodotto da sostanze di derivazione macrofagica e da endotelio attivato quali l'interleukina, l'integrina leucocitaria e da altri fattori di crescita cellulare. La successiva introduzione degli *stents* medicati ha ulteriormente modificato il quadro; infatti l'esame della lesione responsabile della stenosi *intra-stent* evidenzia un carico di trombociti e di materiale fibrinoide superiore a quello presente nei metallici. In questo contesto anche l'incompleta endotelizzazione dello *stent* (dovuta alla presenza del farmaco antipro-

liferativo), potrebbe correlarsi con il tipo di presentazione clinica della trombosi *intrastent*: infarto miocardico e angina instabile. La reazione infiammatoria è quindi diventata da tempo oggetto di *target* terapeutico. Numerosi studi hanno valutato l'entità della risposta infiammatoria, prima, durante e dopo angioplastica, attraverso la valutazione di *marker* infiammatori (come la PCR, l'attivazione eosinofila, le metalloproteinasi seriche, il PAI-1, C3a, il C5a ecc.) ed è stato osservato come questi impattino negativamente sull'*outcome* clinico innalzando il rischio sia di infarti periprocedurali che di eventi coronarici maggiori a distanza. Studi su *stents* metallici hanno evidenziato come l'andamento della PCR sia predittivo nei confronti delle stenosi intrastent. Anche con l'utilizzo di *stents* medica-

ti l'innalzamento della PCR correla clinicamente con una maggior tendenza alla trombosi. In presenza di elevata risposta infiammatoria la cessazione del farmaco antiproliferativo riduce sì temporaneamente la flogosi prostenosica locale ma, terminato questo effetto, si verifica una ripresa importante della risposta flogistica, divenendo questa responsabile della stenosi tardiva.

L'importanza della reazione infiammatoria è anche spesso supportata dalla presenza di importante risposta eosinofila-mediata. Questo tipo di infiltrato, infatti, è scarsamente presente su placche infarto-correlate di coronarie native.

In questo contesto numerosi studi hanno cercato di dimostrare benefici clinici nel contrastare il quadro di flogosi. Robuste dimostrazioni si

sono avute con l'utilizzo di statine, di corticosteroidi e di antidiabetici orali (pioglitazone). Risulta quindi fondamentale la valutazione routinaria dei *markers* infiammatori al fine di identificare i pazienti a più alto rischio contribuendo questo anche a un comportamento più aggressivo nei confronti dei fattori di rischio cardiovascolari tradizionali.

Studi futuri dovranno inoltre chiarire un altro aspetto fondamentale riguardante la cronologia terapeutica, ad esempio l'utilizzo precoce di antinfiammatori dopo *stents* metallici, mentre più tardivamente nel caso di quelli medicati, a rilascio di farmaco avvenuto.

paolo.utari@tin.it

a cura di Simone Pancani

Letti per voi

I nostri bambini meritano di più. La sindrome di alienazione parentale e il furto della madre

di Maria Serenella Pignotti

Libellula Edizioni, Tricase (Le)

I bambini molto spesso vengono usati come "merce di scambio" o veri e propri "ostaggi" nel corso di penose vicissitudini giudiziarie che vedono coinvolti i genitori alle prese con lunghe trafilate di divorzi e separazioni. In alcuni casi, frequenti fortunatamente in anni meno recenti, è stata a loro negata qualsiasi forma di supporto, partecipazione, amore e vicinanza come anche la cronaca ha descritto in situazioni di allucinante degrado. A questi temi, alla sindrome di Alienazione Parentale (nota come PAS e talvolta citata anche in vicende del nostro Paese) e al suo discusso "scopritore" Richard Gardner (1931 – 2003) è dedicato questo volume di Maria Serenella Pignotti, pediatra e medico legale dell'Ospedale Meyer di Firenze. Vi si trovano numerosis-

simi spunti di riflessioni, materiale di approfondimento specifico, argomenti come l'abuso e il maltrattamento dei minori, la loro tutela da parte di tribunali e magistrati, i molti problemi dell'affidamento, la violenza domestica, la disamina di concetti come la paternità, il consenso e l'ascolto dei bambini, il ruolo dei genitori, dei fratelli, del pediatra e degli educatori. Tutto filtrato attraverso la grande sensibilità ed esperienza dell'Autrice che certamente non vorrebbe più vedere bambini "trattati come pacchi postali: spostati, messi, lasciati, chiusi, minacciati, senza un ascolto, una comunicazione, una informazione, un minimo accogliimento, senza alcuna vera partecipazione alle decisioni che li riguardano".



Lorenzo Borri (Firenze 1864, Forte dei Marmi 1923) Medico, giurista e letterato

di Francesco Carnevale



FRANCESCO CARNEVALE

È stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi sino al 31.12.2009 dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. È cultore di Storia della Salute dei Lavoratori

Medicina e Legge nell'opera di un grande Medico del passato, impegnato nella tutela della salute dei lavoratori e dei loro diritti.

Parole chiave:

infortuni sul lavoro, Medicina Legale, Medicina del Lavoro, previdenza sociale, Gaetano Pieraccini

“Mi par di godere ancora osservando quella sua testa solida, nuda e quadrata, in cui era la manifestazione fisica, anzi anatomica, della sua robusta e complessa mentalità. Studioso senza stanchezza e uomo di mondo senza posa. Amante dei libri e amante della natura. Scrittore elegantissimo e parlatore incisivo. Cesellatore di periodi e impetuoso polemista. Ricercatore da laboratorio ed educatore di giovani. Medico, giurista e letterato...”

Con queste parole, certo d'occasione, Francesco Carnelutti (1879-1965), rinomato avvocato e giurista, delinea la figura di Lorenzo Borri (Figura 1); le stesse valutazioni saranno a lungo condivise e tramandate in una vasta letteratura da molti estimatori del maestro e dell'uomo, nell'ambiente accademico, medico e giuridico, e non soltanto in questo.

La famiglia Borri riconosce le proprie origini nella nobile casata aretina dei Dal Borro, insediata in un castelletto medievale nella Valle dell'Arno superiore e conta fra i propri membri anche dei banchieri, quelli del “Banco Borri, Bombicci e C” attivo nella metà dell'Ottocento, e degli industriali con interessi, ad esempio, nella nuova (prima dei Fenzi) “Fabbrica Meccanica di Botti” ricostituita nel 1889-90 alle porte di Firenze, in località “Due Strade”. Il padre di Lorenzo è Giovanni Battista socio della “Società Anonima Edificatrice” per la costruzione di case operaie e per artigiani costituita nel 1848 e attiva fino al 1876 alla quale si devono interventi edilizi, specialmente ai tempi di Firenze capitale, nel Quartiere di Barbano, in via della Mattonaia, in via del Campuccio, in via San Niccolò. Le condizioni economiche della famiglia non dovevano essere floride se, a conclusione degli studi universitari iniziati a Bologna e continuati nel 1887 presso il Regio Istituto di Studi Superiori di Firenze, il nostro deve rinunciare alla carriera di chirurgo propostagli dal clinico Giuseppe Corradi (1830-1907) per divenire medico condotto interino nel Comune di Cutigliano nel pistoiese dal giugno all'ottobre 1888 e subito dopo, sino a tutto il 1890, medico condotto effettivo nel Comune di Montopoli. Avvenimento, questo, che ha segnato una perdita per la Chirurgia ma un acquisto insostituibile per la Medicina Legale. Infatti, in seguito a un fattivo intervento di Angiolo

Filippi (1836-1905) viene nominato aiuto nel Laboratorio di Medicina Legale del Regio Istituto di Studi Superiori di Firenze.

Ammirevole risulta subito l'attivismo di Borri nella nuova disciplina; nel 1894 ottiene la libera docenza in Medicina Legale, nel 1898 è professore straordinario alla cattedra di Medicina Legale della Facoltà Medico-Chirurgica di Modena; nel 1905 viene nominato professore ordinario ma rinuncia preferendo accogliere la proposta della Facoltà Medica del Regio Istituto di Studi Superiori di Firenze di succedere a Filippi come professore straordinario; il 1° maggio del 1906 è reintegrato nel grado di professore ordinario, posizione che manterrà fino alla morte, avvenuta prematuramente al Forte dei Marmi il 30 agosto 1923 per infezione tifoidea, contratta, a quanto è stato detto, nell'eseguire la necropsia giudiziaria di una giovinetta morta per questa forma morbosa.

Tanti sono i primati di Lorenzo Borri a cominciare dall'ampia cultura umanistica, letteraria, artistica e musicale, che ha caratterizzato la sua vita privata, quella pubblica ed anche quella professionale. I suoi principali allievi, Attilio Cevidalli (1877-1926), Francesco Leoncini (1880-1953), Antonio Cazzaniga (1885-1973) hanno testimoniato questo aspetto del maestro con la

pubblicazione di un'antologia di scritti di varia umanità (Lorenzo Borri, *Discorsi e conferenze*, Firenze: Luigi Battistelli 1924) tra i quali, oltre a una completa e ordinata bibliografia, spiccano: *Scorci di medicina politica*, e *Linee di un'etica medico sociale*, un omaggio a Luigi Pasteur, e *Per alcuna chiosa medico psicologica al Poeta Divino* dove si rileva come Dante ammonisse a non perdere di vista "l'unità intrinseca della sapienza, di cui le scienze tutte sono membra" e si incitano i giovani alla lettura e alla meditazione del "Poema", nel quale, accanto all'intuizione di tante verità scientifiche, "sono scolpiti dettami di virtù, che oggi ancora, spogliati del caduco e dell'accessorio, sanciscono immutabili verità morali".

Quando l'autore era ancora in vita, erano state pubblicate sue poesie e prose su Cutigliano, paese amato, e poi una traduzione in versi della *Ballata del carcere di Reading* di Oscar Wilde dove si ricanta la "sorte sciagurata, che spinge l'uomo a distruggere ciò che ama"; e quindi "Le città del silenzio di Gabriele d'Annunzio" e "L'opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni". La pratica professionale e sociale e, coerentemente, gli scritti, parlano di un Borri come sicuro riformatore, moderato, mai schierato politicamente, laico, impegnato in alcuni periodi nella pubblica amministrazione fiorentina in particolare per gli aspetti della sanità, delle strutture ospedaliere, della scuola e dell'infanzia disagiata; egli è stato interventista nella prima guerra mondiale, a lungo impegnato a Prato nella direzione di un presidio sanitario militare; in questa occasione ha scritto un appassionato *Commemorando in nome di Mazzini i soldati morti per la patria*.

Al magistrato di Borri si deve il prestigio acquisito dalla "scuola" medico-legale fiorentina, per la capacità tecnica di rispondere, anche a fini peritali, a quesiti di ordine tossicologico e istopatologico mediante analisi di laboratorio e in particolare



Figura 1 – Fotografia di Lorenzo Borri in età adulta.

l'uso (e da qui la sua diffusione) del "metodo spettroscopico", illustrato dalle fortunate pubblicazioni della scuola a partire dai trattati più volte ristampati e dai materiali consegnati al Museo di Medicina Legale. Ma la prova capitale di questo prestigio va ricercata nell'influenza che l'attività del direttore e in generale del suo istituto ha impresso sull'orientamento della giurisprudenza nonché sull'evoluzione delle leggi di carattere penale e previdenziale, promuovendo un vero *Programma di costruzione giuridico sociale*; a questo proposito risulta di grande importanza quanto sostenuto da Salvatore Ottolenghi (1861-1934), un altro grande cultore della Medicina Legale, che, commemorando il fiorentino, scrive: "si comprende come Lorenzo Borri abbia, meglio di ogni altro docente la disciplina nostra, accentuato il carattere giuridico della medesima. Quel carattere giuridico che non solo manca completamente a chi si volge alla nostra scienza con puro intendimento anatomo-patologico, ma differenzia a sua volta la mentalità medico-legale dalla mentalità puramente clinica per quanto come dicemmo dalla clinica dovesse partire la mentalità nostra e la nostra

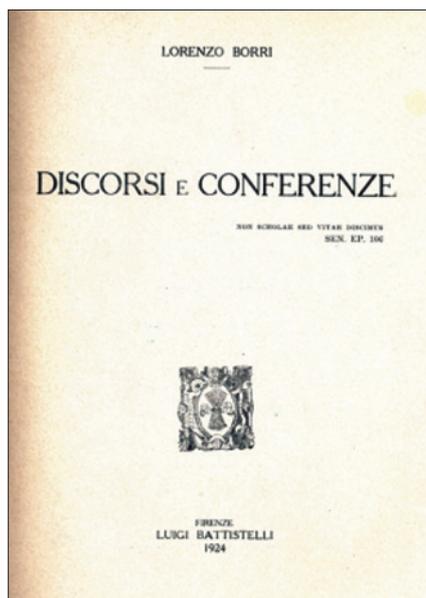
cultura. Ché, facendo della personalità umana oggetto principale di studio il medico legale non alla cura è rivolto ma alle applicazioni delle leggi, che non è possibile applicare senza rigorosi intendimenti giuridici - i quali solo danno al medico legale la vera sua mentalità".

C'è accordo nel sostenere che il nucleo principale della produzione di Lorenzo Borri, ciò di cui è stato in Italia il vero artefice, è la Medicina Legale degli infortuni del lavoro, o come fu da lui denominata "Infortunistica medico legale". Il suo interesse a riguardo nacque con l'approvazione da parte del Parlamento (Ministro dell'Agricoltura, dell'Industria e del Commercio era Francesco Guicciardini, 1851-1915) della legge n. 80/17 marzo 1898 sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro in alcuni settori industriali. Anche in Italia era scaduto il tempo della *Lex Aquilia de damno* secondo la quale l'operaio era paragonato alla cosa del proprietario, tanto che a costui solo spettava l'azione per danni, e, cosa molto difficoltosa, l'indennizzo era possibile solo a fronte della colpa del datore di lavoro provata in giudizio dal lavoratore. Con il *Testo Unico* n. 51 del 31 gennaio 1904 e il Regolamento n. 141 del 13 marzo 1904 veniva raggruppata la normativa di tutela estendendola ad alcune, poche, lavorazioni agricole e si introduceva il concetto di "rischio professionale". Borri tratta della materia a cavallo tra i due secoli nella "Rivista infortuni" e nei primi lavori a carattere monografico, dall'agile *Avviamento alla perizia medico-legale delle lesioni derivanti da infortuni del lavoro* edito nel 1899 (Società Editrice Libreria, Milano) al ben più ponderoso *Le lesioni traumatiche di fronte ai codici penale e civile ed alla legge sugli infortuni del lavoro*, apparso nello stesso anno presso lo stesso editore. Poi fonda con Luigi Bernacchi ed Enrico Serafini la "Rivista di Diritto e Giurisprudenza, Patologia Speciale e Medicina Forense sugli Infortuni del lavoro", con Bernac-

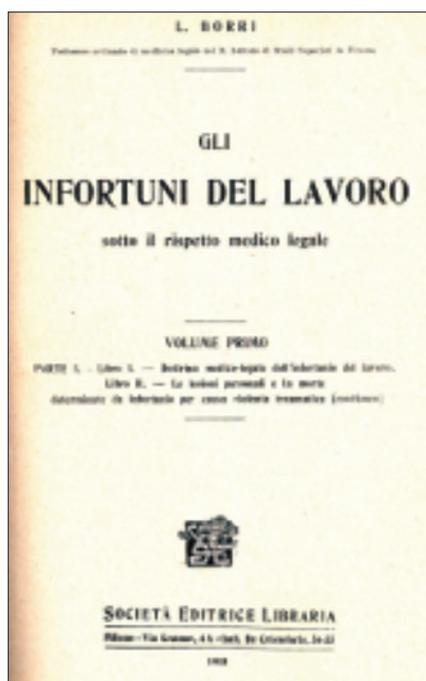
chi e Gustavo Pisenti (1861-1945) il periodico “La medicina degli Infortuni del lavoro e delle Assicurazioni sociali”, con Cesare Biondi (1867-1936), Guido Y. Giglioli (1875-1939) e Gaetano Pieraccini (1864-1957) il periodico “Il Ramazzini”, pubblicato a Firenze dal 1907 al 1917; quindi diventa uno dei principali collaboratori della “Rassegna della previdenza sociale”, la rivista mensile della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro pubblicata dal 1919 al 1940.

Nel primo numero de “Il Ramazzini” del 1907 Borri usa parole tanto crude quanto realistiche per chiarire il concetto di rischio professionale: *“L'infortunio del lavoro è quindi, né più né meno, che un fenomeno d'ordine economico. Come per le vicende commerciali, i logorii, le rotture ed i crolli dei mezzi e degli strumenti di lavorazione, l'industria è esposta ai rischi ed ai compensi che possono derivarle dalla locazione dell'opera umana. L'operaio è un congegno eletto, manipolatore di materia prima, o liberatore di energie, o esecutore di movimenti; è un estrinsecatore dell'attività industriale. Egli dispone di una somma di attitudini e di forze che mette a servizio dell'industria; e, qualora questa, a causa di un infortunio, limiti, modifichi, sopprima quella somma di energie virtuali o ne renda impossibile o imperfetta la esplicazione, essa ha il dovere di indennizzare, sia pure in disproporzione, il danno arrecato all'operaio cui fu menomata o inaridita questa fonte di produzione e di guadagno”*.

Appartiene a Borri ed è spesso ancora mutuata la sistemazione di concetti quali causa violenta, valutazione delle cause e delle concause, il problema dell'occasione di lavoro, tutti strettamente connessi con i vari aspetti dell'infortunistica, illustrati con abbondanza di esempi tratti dalla pratica peritale e quasi canonizzati in maniera definitiva nei due volumi del 1910 e 1912 *Gli infortuni sul lavoro sotto il prospetto medico*



Pubblicazione di Lorenzo Borri.



Pubblicazione di Lorenzo Borri.

legale (Società Editrice Libreria, Milano). È merito di Lorenzo Borri se la legge infortuni ha teso ad assumere le sembianze di una provvidenza sociale invece di rappresentare un campo aperto alle esercitazioni fiscali di periti più o meno improvvisati. Alla “causa violenta in occasione di lavoro”, base su cui posa tutto l'edificio giuridico in materia

di infortuni, egli è riuscito a imprimere un significato assai esteso: ha sostenuto che nella causa violenta rientrano le energie lesive d'ordine meccanico, fisico, chimico, biologico; anche in una malattia infettiva, contratta in speciali condizioni, si deve riconoscere la causa violenta e quindi la necessità dell'indennizzazione a norma di legge. Il concetto che i “virus” rientrano nel novero delle energie lesive è stato accettato dalla dottrina e dalla giurisprudenza così che si deve ritenere che *“il termine di causa violenta abbraccia non solo il trauma veramente detto, ma qualunque influenza esterna, la quale operando in tempo e in modo determinato, cioè improvvisamente e rapidamente in occasione di lavoro, abbia in sé efficienza adeguata a perturbare la salute o sopprimere la vita”*. È seguendo tale interpretazione che sin dal 1904 la peste bubbonica è stata considerata infortunio così come sono stati ritenuti indennizzabili il carbonchio, la febbre gialla, la sifilide dei vetrai e *“la polmonite contratta da un operaio che ha eseguito, per ordine del principale, un lavoro sotto la pioggia”*. Il Borri ha dato un decisivo contributo anche allo sviluppo della dottrina della concausalità, con l'idea che la condizione morbosa preesistente e le complicazioni sopravvenute nell'infortunio – note col nome di concausalità anteriore e posteriore – non menomano il diritto al risarcimento. *“Le concausalità non hanno importanza nella liquidazione, perché in infortunistica l'obbligo di risarcimento deve intendersi come reintegrazione di tutto il danno (damnum non iniuria datum). E questo è perfettamente logico. Il valore dell'operaio economicamente è rappresentato dal salario percepito al momento dell'infortunio: ora lo scopo della legge, per essere una vera provvidenza sociale, deve mirare a risarcire quel complesso di capacità lavorativa effettiva o potenziale diminuita nel sinistrato, all'infuori di qualsiasi considerazione che ne riduca l'entità”*. La classificazione degli infortuni

proposta da Borri nella sua ampia trattatistica tende a separare il concetto eziologico da quella effettuale e considera le modalità di azione delle varie cause lesive; tale criterio, nella sostanza, sarà adottato per lungo tempo dalla Cassa Nazionale Infortuni per offrire al pubblico delle statistiche per gli infortuni del lavoro un criterio con sicuro valore medico-legale e assicurativo ma anche un valore limitativo se non accompagnato da altri e sicuri indicatori e denominatori per una più utile lettura epidemiologica del sempre grave fenomeno infortunistico, accompagnatore apparentemente inevitabile della crescita come della decrescita industriale e produttiva dei Paesi.

Come è noto, perché l'assicurazione degli infortuni copra anche i lavoratori dell'agricoltura, bisognerà attendere il 1917 (decreto legge Luogotenenziale n. 1450/23 agosto 1917) mentre l'assicurazione per le malattie professionali (soltanto 6) verrà resa obbligatoria in Italia con il regio decreto n. 928 del 13 maggio 1929 ed entrerà in vigore solo il 1° gennaio 1934.

Con la teoria interpretativa sulla causa violenta Borri aveva, sì, in qualche misura, reso indennizzabili alcune malattie-infortunio, tuttavia rimaneva il problema del riconoscimento di tante altre malattie professionali, quelle cosiddette "pure", che per definizione riconoscono una causa non violenta, diluita nel tempo, come classicamente lo sono le intossicazioni da metalli o da solventi organici o le stesse malattie da accumulo di polveri, ad esempio la silicosi. A proposito di questo problema è nata una polemica tra l'allora molto attivo medico del lavoro Gaetano Pieraccini e Lorenzo Borri; benché per sede di lavoro siano quasi dirimpettai non lontano dal duomo di Firenze, la polemica si svolge a distanza e dilatata nel tempo, quasi fosse cronica. Il primo, Pieraccini, prendendo spunto da un articolo pubblicato dal secondo nel 1902, scrive nel

suo ponderoso trattato *Patologia del lavoro e terapia sociale* dato alle stampe nel 1906 (Società Editrice Libbraia, Milano): *"l'espressione causa violenta è, secondo il Borri, diversa e più ampia di causa traumatica, e sufficiente ad orientare il nostro pensiero ad una visione più lata di quella, che non sia l'infortunio nel senso ristretto e volgare della, parola... Frattanto a giudizio nostro, non si deve confondere il concetto di malattia professionale, con quello d'infortunio; l'interpretazione estensiva data alla legge dal Borri ed in parte anche dal Celli e da qualche altro, può essere anzi pericolosa, dal punto di vista dell'igiene pubblica e nel senso di arrestare la promulgazione di una legge sull'assicurazione obbligatoria per le malattie del lavoro... Si dovrà nondimeno riconoscere al Borri il grande merito di avere trascinati anche i misoneisti in un terreno di discussione, su cui non altrimenti si sarebbero posti... è da concepirsi fondata speranza che una Legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, integrerà ben presto la Legge sugli infortuni".* Lorenzo Borri risponde, almeno a quanto risulta, solo nel 1910 nel primo volume del suo trattato *Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico legale* con un testo molto lungo difficile da riassumere, dove, dopo aver sostenuto *"Ed io non ho trovato affatto demolitrici le critiche che il mio valoroso amico G. Pieraccini ha portato a quella ch'ei chiama, troppo, cortesemente, ma altrettanto inesattamente, Teoria del Borri"* si ribadisce il *"saldo convincimento che tra la malattia professionale e l'infortunio sul lavoro, prescindendo dalle scarse e non frequenti eventualità di contingenze considerabili come facenti parte di una zona intermedia, la distinzione sia sostanziale e ben nettamente rappresentabile... Si erra infatti e ci si illude quando si parla, come di realtà oggettiva, di malattie professionali genuine, perché il*

carattere essenziale della malattia del lavoro è la lentezza di insorgenza e di conclamazione, correlativa alla protratta e reiterata azione di singoli momenti pregiudicati alla salute necessariamente estrinsecantisi per effetto di un dato mestiere, e producenti lesione personale o, a lunga scadenza, la morte: talché il parlar di acutezza di una malattia di tal fatta include quel colossale errore di giudizio che è la contraddizione di termini."

Pare di poter sostenere che la polemica non avrebbe motivi di essere, serve piuttosto, come si suole dire, per stimolare il dibattito; a Pieraccini non dispiace che qualche malattia con carattere occupazionale, seguendo la teoria di Borri, venga indennizzata, ma da riformista rigoroso non può accettare che una tale soluzione, in qualche modo surrettizia, venga utilizzata per procrastinare l'avvio di una vera legge per il riconoscimento di tutte le malattie professionali. Nel mentre si schermisce per il riconoscimento che ottiene, Lorenzo Borri non fa altro che riproporre integralmente la propria legge, argomentando tra le righe che di leggi non promulgate, come è quella delle malattie professionali, lui non si occupa, lo facciano altri.

Sia consentita alla fine una considerazione, sicuramente sorprendente ma in grado di valere come critica: nella disamina della veramente ponderosa mole di scritti usciti dalla penna di Lorenzo Borri sugli infortuni dei lavoratori. Inutilmente si cercherebbe un'annotazione, una divagazione sulla loro prevenzione, sul fenomeno infortunistico che come tale può e deve essere controllato; è pensabile che l'autore, pur cosciente della gravità del problema, non lo considerasse di sua competenza, altri dovevano prendersene cura, lui si era assegnato il compito di intervenire, magari, ma a valle, a danno già consumato.

fmcarnevale@gmail.com

Pollini e allergie

Il calendario pollinico e le previsioni dei pollini in Toscana

di Martina Petralli



MARTINA PETRALLI

Ricercatrice del Centro di Bioclimatologia dell'Università degli Studi di Firenze, con esperienza pluriennale nell'ambito della Biometeorologia umana e della Climatologia delle aree urbane. Ha conseguito il master in Meteorologia Applicata e il dottorato in Scienza del Suolo e Climatologia. Dal 2003 collabora con l'Istituto di Biometeorologia del CNR e con l'Università degli Studi di Firenze

Le pollinosi colpiscono circa il 20-30% della popolazione nei Paesi industrializzati.

La presenza dei pollini in atmosfera è strettamente legata alle caratteristiche delle specie vegetali e alle condizioni meteorologiche.

In un contesto generale di cambiamento climatico e riscaldamento globale, sia i calendari pollinici aggiornati che i bollettini per la previsione dei pollini costituiscono ottimi supporti al medico per una corretta gestione della malattia allergica tramite la terapia.

Parole chiave:

aerobiologia, pollini, allergeni, malattie respiratorie, fenologia delle piante

Introduzione

L'aerobiologia è la scienza che studia le particelle sospese presenti in atmosfera, prendendo in considerazione sia le fonti che le producono sia le modalità di dispersione e trasporto nell'aria, sia gli effetti che

queste particelle hanno sull'ambiente e sulla salute umana. Gli aeroallergeni rappresentano un fattore eziopatogenetico molto importante per le malattie allergiche dell'apparato respiratorio, come l'asma bronchiale e la rinite. Numerosi studi epidemiologici e sperimentali hanno confermato che l'inquinamento atmosferico è associato all'aumento della morbilità e della mortalità per neoplasie, malattie cardiovascolari e respiratorie.

La produzione e la diffusione di tutti gli aeroallergeni sono influenzate in modo determinante dalle condizioni meteorologiche, oltre che dalla fonte di emissione. Per quanto riguarda i pollini, non solo la loro diffusione, ma anche la loro produzione da parte delle specie vegetali è influenzata dalle condizioni meteorologiche. Lo studio della relazione tra le condizioni meteorologiche e la fenologia delle varie specie vegetali sta alla base dei modelli di previsione dei pollini e delle spore fungine presenti in atmosfera utilizzati per l'elaborazione dei bollettini di previsione settimanali, strumento utile per perfezionare le strategie terapeutiche dei pazienti allergici e per le strutture sanitarie per meglio allocare le risorse. Gli andamenti e gli eventi meteorologici influenzano il presentarsi e l'intensificarsi di malattie legate alla presenza dei pollini in atmosfera: l'asma da temporale, ad esempio, si osserva quando un forte temporale si verifica durante la stagione pollinica e in queste condizioni tendono ad aumentare anche le visite di medicina generale, le ammissioni al pronto soccorso e le ospedalizzazioni.

Il calendario pollinico e i bollettini di previsione dei pollini in Toscana

La fenologia delle specie vegetali è strettamente legata all'andamento meteo-climatico. Sulla base dei dati storici dei rilevamenti dei pollini in atmosfera, vengono elaborati i calendari pollinici. Questi calendari permettono di conoscere il periodo dell'anno in cui mediamente sono stati trovati in atmosfera i pollini di determinate specie o famiglie e quindi ci indicano il periodo in cui sarà più probabile trovarli in futuro: ma i calendari pollinici non sono definitivi, perché la fenologia delle specie vegetali è strettamente legata alle condizioni meteorologiche e alle caratteristiche dell'ambiente circostante. Anche le differenze architettoniche tra ambiente rurale e città determinano delle variazioni microclimatiche che possono causare una variazione nel periodo di produzione del polline da parte della stessa specie, per cui si osserva una fioritura anticipata degli individui della stessa specie che si trovano in città rispetto a quelli che si trovano nelle aree rurali circostanti. Uno studio condotto a Firenze ha evidenziato che differenze di fioritura di alberi della stessa specie si possono osservare anche all'interno del tessuto urbano, in funzione delle caratteristiche urbanistiche e della percentuale di ve-

getazione presente nelle diverse aree della città.

In Toscana, ARPAT coordina la Rete Toscana di Monitoraggio dei pollini e delle spore fungine, costituita da quattro stazioni di campionamento (Arezzo, Firenze, Grosseto e Lido di Camaiore). I dati del monitoraggio regionale confluiscono nella Rete Italiana di Monitoraggio Aerobiologico POLLnet (Sistema delle Agenzie-ISPRA), sul cui sito *internet* è possibile consultare alcune elaborazioni parziali dei dati toscani e delle altre regioni italiane (*www.pollnet.it*). Le famiglie che producono polline che può contenere allergeni e che vengono monitorate da ARPAT tramite il catturatore di pollini sono 16: *Aceraceae*, *Amaranthaceae*, *Betulaceae*, *Compositae*, *Corylaceae*, *Cupressaceae/Taxaceae*, *Fagaceae*, *Gramineae*, *Oleaceae* (Figura 1), *Pinaceae*, *Plantaginaceae*, *Platanaceae*, *Polygonaceae*, *Salicaceae*, *Ulmaceae* e *Urticaceae*.

ARPAT emette settimanalmente dei bollettini sull'andamento delle concentrazioni dei pollini registrati nella settimana precedente all'emissione e sulla tendenza stimata per la settimana successiva. Questi bollettini, consultabili *online* nella sezione



Figura 1 – Fiori di olivo (*Olea europaea L.*), pianta che produce pollini al cui interno sono state identificate circa 20 proteine allergeniche (che variano tra le diverse cultivar di olivo).

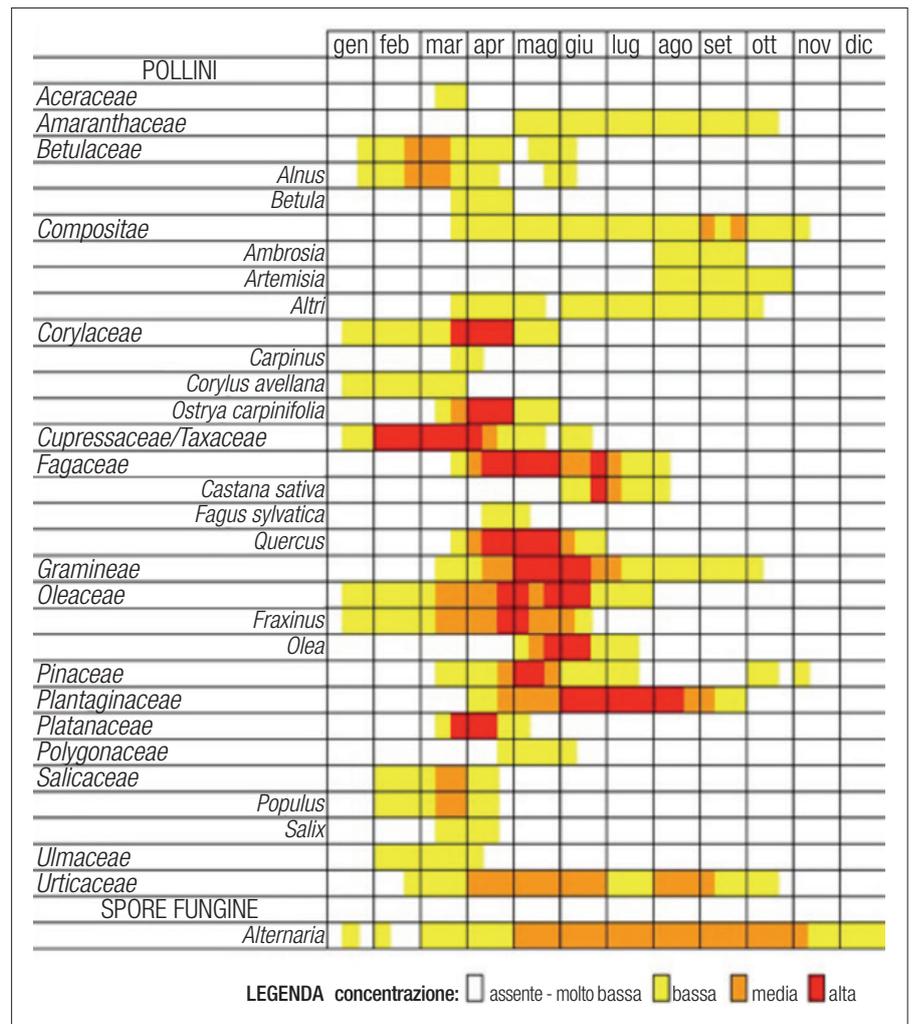


Figura 2 – Calendario pollinico di Firenze del periodo 2011-2016 (da *www.arpat.toscana.it*, mod.).

“bollettini” sul sito di ARPAT, si riferiscono alle quattro zone di monitoraggio aerobiologico; il bollettino di previsione dei pollini e delle spore fungine per l'area di Firenze viene elaborato da ARPAT in collaborazione con il Consorzio LaMMA e il Centro di Bioclimatologia dell'Università degli Studi di Firenze e contiene anche le previsioni aerobiologiche e meteorologiche per la settimana successiva e il commento dell'allergologo.

Conclusioni

Gli allergeni contenuti nei pollini rappresentano una delle principali cause di allergie che colpiscono circa il 20-30% della popolazione dei Paesi industrializzati. I cambiamenti climatici e le caratteristiche del territorio influenzano l'inizio e

la durata della stagione pollinica e quindi gli effetti che la presenza dei pollini in atmosfera ha sulla salute della popolazione. La consultazione dei calendari pollinici e, ancor più, dei bollettini di previsione dei pollini può quindi essere un utile strumento sia al medico che al paziente per una corretta gestione della malattia allergica: aiuta il medico nella diagnosi (in quanto permette di correlare la storia clinica riferita dal paziente con le positività evidenziate dai test allergologici, in particolare nel caso di soggetti con positività multiple), fornisce indicazioni per iniziare la terapia farmacologica preventiva e permette di aggiustare correttamente la terapia farmacologica durante la stagione pollinica (Figura 2).

martina.petralli@unifi.it

SOSTANZIALE UNIFORMITÀ A LIVELLO MONDIALE DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI MAGGIORMENTE RICHIESTI

Interessanti risultati provenienti da uno studio canadese che ha stilato una particolare classifica degli esami diagnostici maggiormente richiesti a livello mondiale, integrando i dati con i risultati ottenuti da Stati campione ad alto, medio o basso *income*.

In linea di massima, mentre nei Paesi più ricchi si indagano prevalentemente ictus, diabete e cardiopatie e in quelli più poveri le condizioni di patologia infettiva, la graduatoria delle richieste rimane sostanzialmente invariata. Affrontando la questione dei costi i ricercatori canadesi hanno scoperto che gli esami ematochimici (in particolare la richiestissima glicemia) sono dappertutto i più economici, seguiti da quelli ematologici (emocromo *in primis*) e dalle prestazioni di istopatologia (biopsie chirurgiche).

In tutti gli ospedali considerati nello studio (situati in Kenya, India, Nigeria, Malesia e USA) l'emocromo è risultato l'esame maggiormente richiesto, mentre in successione si sono piazzati i *test* di funzionalità renale, la glicemia e le prove di funzionalità epatica.

Da sottolineare che la gran parte degli esami presenti nella graduatoria dello studio canadese compare anche nella Lista degli esami essenziali per le cure primarie dell'OMS che comprende emoglobina, globuli bianchi, emocromo completo, albumina, bilirubina, glucosio, emoglobina glicata, lattati, gruppo sanguigno, *test* di gravidanza (hCG), urinocultura e *stick* urinario, HBsAg, HBeAg, anti-HCV, anti-HIV, *test* per la malaria e per la TBC, anticorpi *anti Treponema pallidum*.

“AI MEDICI DEVE ESSERE LASCIATO UN QUALCHE MARGINE DI DISCREZIONALITÀ”: IMPORTANTE SENTENZA IN PUGLIA IN TEMA DI ECCESSO DI PRESCRIZIONE

Il Tribunale del Lavoro ha dato ragione a un medico di famiglia che, su indicazione di un Reparto specialistico di Terapia Intensiva Cardiologica, aveva prescritto a una propria paziente quantitativi di ossigeno gassoso in misura eccedente quanto previsto dalle linee guida che regolamentano la specifica materia. La USL di zona, a titolo risarcitorio e nell'ottica del contenimento delle spese, aveva trattenuto per un anno 276 euro mensili dalle competenze del medico. Essendosi trattato di un caso isolato il giudice ha però accolto il ricorso del professionista ritenendo che non sussistessero elementi di dolo o colpa grave a suo carico. Importante quanto si legge, tra l'altro, nella sentenza: nella gestione delle terapie “al medico deve essere lasciato un qualche margine di discrezionalità”, potendo identificarsi la sua responsabilità solo in caso di dolo o di colpa grave conclamata.

DONNE MEDICO: PROFONDAMENTE INSODDISFATTE LE ITALIANE, LE RUMENE QUELLE PIÙ CONTENTE

Non si piazzano per niente bene le donne medico italiane nella graduatoria stilata da Anaao Assomed, Aaroi - Emac e Snr tra i Paesi della Federazione Europea dei Medici Salariati. Le nostre colleghe infatti si lamentano di discriminazione, scarsa soddisfazione professionale ed economica, nonché di altrettanto bassa possibilità di accedere a posizioni di vertice e responsabilità. Al primo posto la Romania, dove addirittura il 77,7% dei medici di famiglia è donna e dove ben il 69% delle intervistate ha dichiarato di essere soddisfatto della propria retribuzione e situazione lavorativa.

RIFIUTO DEI TRATTAMENTI SANITARI E LICEITÀ DELL'EUTANASIA: LA FNOMCEO IN AUDIZIONE ALLA CAMERA

Il 30 maggio u.s. si è svolta davanti alle Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali della Camera dei Deputati l'audizione della FNOMCeO su alcune proposte di legge in materia di rifiuto dei trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia.

Il Presidente Anelli ha inquadrato la problematica nel contesto odierno complessivo, sottolineando l'assoluta importanza delle disposizioni contenute nel nostro Codice Deontologico che, nella sua attuale formulazione, impedisce al medico di effettuare e/o favorire atti finalizzati a provocare la morte del paziente, rispettandone al contempo la dignità ed evitando ogni forma di accanimento terapeutico: di fondamentale importanza in questo campo da un lato l'autodeterminazione del paziente e dall'altro il rispetto della clausola di coscienza da parte del medico. Il documento relativo a questa importante iniziativa è consultabile sul sito della Federazione.

MIGLIORA IN ITALIA L'ASPETTATIVA DI VITA

L'ISTAT certifica che l'aspettativa di vita delle donne italiane nel 2017 è stata di 84,9 anni contro l'80,7 degli uomini, dati in netta crescita rispetto a quelli del 2014.

La situazione peggiore si registra nell'area metropolitana di Napoli, mentre ai primi posti si posizionano Firenze, Prato e Treviso. Cosenza perde 51 posti, Brindisi 43, Trieste ne guadagna invece 59, Biella 55 e Cremona 50.

In riduzione marcata a livello nazionale, seppure con diverse stratificazioni, la differenza nell'aspettativa di vita di donne e uomini.





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284
info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it