

Dal 2016 Toscana Medica  
diventa digitale! Si prega di registrarsi:  
[www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti](http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti)

# Toscana Medica

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



## Le febbri periodiche e le malattie autoinfiammatorie

M.T. Bianco, R. Cimaz, F. De Feo, M. Galeazzi, T. Giani,  
A. Lombardi, M. Matucci Cerinic, M. Mosca

## L'obesità: il dilemma terapeutico e le diete alternative

G. Vannozzi, N. Manetti, S. Bagnoli, V. Annese

## Il medico e la Legge 194

M. Martelloni

## Revolving door syndrome

A. Petrioli, F. Brotini, E. Ciani, A. Bussotti,  
G. Toccafondi, S. Forni, M.T. Mechi, A. Morettini

# N° 9 OTTOBRE 2015



REVINTY<sup>®</sup> ELLIPTA<sup>®</sup>

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata



REVINTY<sup>®</sup> ELLIPTA<sup>®</sup>

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

In coperta  
Piero Dorazio, Fenice, 1968,  
acquatinta a colori

Anno XXXIII n. 9 - Ottobre 2015

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

**Direttore Responsabile**  
Antonio Panti

**Redattore capo**  
Bruno Rimoldi

**Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di redazione**  
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

**Pubblicità**  
Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it  
http://www.edizionitassinari.it

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

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Le tante anime dell'arte contemporanea  
F. Napoli

### EDITORIALE

- 5 Eugenetica, un equivoco da chiarire  
A. Panti

### OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Le febbri periodiche e le malattie autoinfiammatorie  
M.T. Bianco, R. Cimaz, F. De Feo, M. Galeazzi, T. Giani,  
A. Lombardi, M. Matucci Cerinic, M. Mosca
- 13 L'autoinfiammazione e l'autocura  
A. Panti

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Mugello nel Cuore  
F. Bandini, G. Banchi, T. Faraoni, A. Fumarulo, S. Guidi, M. Principe,  
D. Rossi, S. Ponzalli, M. Vannucci, A. Zuppiroli, G. Landini, P. Morello
- 16 Dal rapporto rischio-beneficio al bilancio danno-beneficio  
G. Collecchia
- 18 L'obesità: il dilemma terapeutico e le diete alternative  
G. Vannozzi, N. Manetti, S. Bagnoli, V. Annese
- 35 La Cassetta dei ferri del medico di medicina generale  
L. Santoemma, L. Accettura, L. Buzzerio, S. Giustini
- 36 Revolving door syndrome  
A. Petrioli, F. Brotini, E. Ciani, A. Bussotti, G. Toccafondi,  
S. Forni, M.T. Mechi, A. Morettoni
- 38 Problematiche linguistiche in ambito ospedaliero  
in condizioni ordinarie e di emergenza  
L. Mugnai, S. Boncinelli
- 39 Responsabilità medica: contrattuale o extra-contrattuale?  
D. Capano, G. Landi, M. Gabbriellini
- 41 Il riassetto del Territorio in Regione Toscana  
P. Salvadori
- 43 2000-2014: quindici anni di attività del centro di medicina  
dei viaggi dell'ASL 11 di Empoli  
P. Filidei, M. Chiti, L. Chiapparini, G. Mazzoni
- 45 La Terapia cognitivo-comportamentale  
nella Sindrome Fibromialgica  
A. Finocchietti
- 46 Il medico e la Legge 194  
M. Martelloni

### REGIONE TOSCANA

- 27 La Farmacovigilanza in Toscana alla luce della nuova normativa  
M. Parrilli
- 32 Biomonitoraggio umano della contaminazione da Tallio  
dell'acqua potabile a Pietrasanta (LU). Risultati preliminari  
C. Aprea, I. Aragona, S. Bertelloni, F. Cipriani, D. Nuvolone,  
S. Pieroni, G. Sciarra

### RICERCA E CLINICA

- 52 La terapia nutrizionale nella sclerosi laterale amiotrofica  
S. Giallongo

### PROBLEMI DEI FARMACI

- 55 Dis Appropriata  
S. Giustini

### SANITÀ NEL MONDO

- 56 Come si diventa medici di medicina generale  
G. Maciocco

### LETTERE AL DIRETTORE

- 59 Sedare dolorem: un precetto sempre valido  
B. Logi

### RICORDO

- 60 Il mio ricordo dell'amico Mario Barresi  
A. Panti
- 60 L'anticonformismo di Elga Dell'Agata  
G. Spagnolo

### 61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

### 58/62 CORSI E CONVEGNI

### 61 BACHECA

### 61 LETTI PER VOI



FEDERICO NAPOLI

## Le tante anime dell'arte contemporanea

La ricchissima collezione (pittura, scultura, grafica) databile dalla fine del XIX al XXI secolo della Galleria Comunale d'Arte Moderna e Contemporanea "Lorenzo Viani" di Viareggio, settimanalmente impegnata in attività didattiche e conoscitive, trova ora una nuova ordinazione curata da Alessandra Belluomini Pucci, Claudia Fulgheri e Gaia Querci. Nasce così la mostra "Segno, gesto, materia. Esperienze europee nell'arte del dopoguerra. Opere dalla collezione Pieraccini" che per quanto esposto trova necessario attingere alla fondamentale donazione di Giovanni Pieraccini e della moglie Vera avvenuta qualche anno fa. In totale, una collezione ampia (ca. 3000 opere) che fa della "Lorenzo Viani" un importante luogo espositivo nel circuito museale della Toscana (ma non solo), a conferma della storica posizione di Viareggio nell'ambito della cultura contemporanea.

Esposte sono opere di autori italiani ed europei in particolare modo databili nella seconda metà del Novecento, con un'attenzione aggiuntiva agli autori operanti in Versilia: fra questi e su tutti ricordiamo certo Lorenzo Viani al quale la GAMC è dedicata, ma anche Mario Marcucci. La mostra attualmente ordinata dalle tre curatrici trova, in una

Giuseppe Capogrossi, *Superficie*, 1958, litografia a colori.

volutamente schematica suddivisione del materiale artistico, la possibilità di riunire fra loro autori diversi secondo una lettura che favorisca una più immediata comprensione da parte degli osservatori. L'ordinamento ottenuto identifica come elementi compattanti suggestioni diverse, ma più facilmente intuibili: ecco, così, rintracciare nella tendenza a usare la materia come struttura comunicativa e, quindi, forma di linguaggio, il *fil rouge* tra Alberto Burri e i due fratelli Pomodoro, Giò e Arnaldo.

Di contro, una prioritizzazione del concetto "spazio" e un'attenzione specifica nei suoi confronti costituiscono l'aspetto comune a Toti Scialoja, Giuseppe Santomaso e Lucio Fontana, autore già nel 1949 del Manifesto dello Spazialismo. Ma quest'ultimo autore avrebbe egualmente potuto essere presente nella sezione dedicata al "Nuovo fronte dell'Astratto" ove sarebbe comparso accanto ai colleghi di un tempo – Il gruppo di Como e della Galleria del Milione di Milano, seconda metà Anni '30 –, cioè Attanasio Soldati, Mauro Reggiani, Mario Radice, Luigi Veronesi. Tutti esposti nelle sale della Galleria accanto ad Alberto Magnelli, ideale "padre" di tutta l'astrazione fiorentina, nonché Max Bill e Victor Vasarely.

La mostra prosegue con Hans Hartung, Antonio Sanfilippo e Giulio Turcato, riuniti fra loro per l'uso di un segno creativo graficizzato. Oppure, fra gesto e concettualità ecco trovare insieme Afro, Leoncillo ed Emilio Vedova. Qui c'è Jean Dubuffet, ma che come ogni altro nome presente in mostra ha vissuto stagioni artistiche diverse, comparso quindi anche nella parte dedicata alla neo-figurazione. Si conferma così come la mostra presso la GAMC di Viareggio segua parametri volutamente identificati per facilitare la lettura di espressioni artistiche fra loro molto diverse: di fronte alla frantumazione dell'arte del Novecento, si è voluto offrire una lettura ricompattante e riunificatoria (nei limiti), seguendo assonanze.

Per ultimo in mostra compaiono autori quali Mario Francesconi, Ernesto Altemura, Marco Dolfi, Alessandro Tofanelli, Lorian Geri: un manipolo di autori, personalità artistiche del territorio versiliese, visto quest'ultimo come "laboratorio di idee dagli esiti molteplici e diversi".

**Segno, gesto, materia.  
Esperienze europee nell'arte del dopoguerra.  
Opere della collezione Pieraccini**

Galleria Arte Moderna e Contemporanea  
Palazzo delle Muse, Piazza Giuseppe Mazzini 22, Viareggio  
Fino al 12 luglio 2017 - orario: 15,30-19,30  
Lunedì chiuso



<http://www.gamc.it/index.php5?sezione=5&contenuto=1>

ANTONIO PANTI

# Eugenetica, un equivoco da chiarire

Un tempo esistevano le donne compromesse, stigmatizzate da una pessima nomea senza una loro vera colpa; dicerie, pettegolezzi, sussurri e il gioco era fatto. Un analogo destino ha colpito l'eugenetica che, al di là del significato originale di "buona generazione", ha assunto nel tempo una accezione pessima, di selezione forzata di una stirpe perfetta oppure di abbandono o, peggio, soppressione dei più deboli e difettosi, un incrocio tra un malsanusimo di bassa lega e l'interpretazione distorta di un deteriore darwinismo.

Certamente hanno giocato un ruolo determinante il razzismo, le sterilizzazioni forzate, le teorie lombrosiane, l'antisemitismo, fino alle peggiori aberrazioni del nazismo. E l'eugenetica sociale, connessa con la difesa della razza, ha condizionato il destino di un parola che ora dobbiamo riconsiderare alla luce delle moderne acquisizioni scientifiche, all'interno di un mondo profondamente cambiato, anche se di abuso della genetica si può e si deve ancora parlare.

Negli ultimi decenni la genetica è esplosa sul piano scientifico e tecnologico, fino alla identificazione completa del DNA umano. Sono note le capacità diagnostiche e previsionali della genetica, anche se spesso di queste si fa un uso distorto. Tuttavia è utile elencare le possibilità nella diagnosi prenatale, nell'oncologia e in molte altre patologie, che hanno reso sempre più importanti i laboratori di genetica e sempre più indispensabile la consulenza genetica.

Ma l'attenzione della società si appunta sempre di più sulle possibilità curative della genetica attraverso la sostituzione di parti di geni in fase embrionale o, comunque, sulla terapia cellulare al fine di eliminare malattie genetiche correggendo i geni difettosi. Si parla di "reprogenetica" per un insieme di tecnologie futuribili, che dovrebbero consentire un giorno di scegliere le caratteristiche fisiche e intellettuali dei figli o di progettare un figlio idoneo alla donazione salvatrice per il fratello malato. Le procedure di diagnosi genetica preimpianto e la terapia genica offrono grandi prospettive per il futuro. Infine, un approccio ancor più innovativo, studia la possibilità di costruire cromosomi artificiali per aggiungere nuove funzioni o potenziare le capacità fisiche e psichiche dell'organismo umano oppure per ridurre il rischio oncologico o ritardare il processo di invecchiamento. Un futuro affascinante, ma dai risvolti etici e sociali inquietanti.

Anche la vicenda degli OGM è emblematica di questa dannosissima confusione. Fin dall'invenzio-

ne dell'agricoltura l'uomo ha cercato di modificare la genetica delle piante. Oggi le tecniche sono assai più precise e scientificamente provate anche sul versante dell'eventuale danno. E in questo modo potremmo salvaguardare e implementare le nostre produzioni alimentari celebri in tutto il mondo. Invece stolte norme o pregiudizi figli dell'ignoranza costringono a importare 10.000 tonnellate all'anno di mangimi, ovviamente OGM, che noi però non possiamo produrre. La tipicità dei cosiddetti biologici è un inganno perché quei cibi sono stati geneticamente modificati nei secoli e oggi potremmo ancora migliorarne la produzione. Un inganno semantico che diventa commerciale.

Forse il termine eugenetica andrebbe cassato dal vocabolario perché chiunque prospetti ragionevoli diffidenze rispetto a queste incredibili novità fa riferimento più o meno capzioso all'eugenetica nazista o a quella pseudoscienza che aveva spinto alcune democrazie occidentali alla sterilizzazione forzata di soggetti affetti da disturbi psichiatrici della sessualità. Purtroppo il dibattito pubblico italiano è colmo di espressioni usate in modo strumentale o polemico o fortemente ideologico, in cui si enfatizza il timore del cosiddetto "sentiero scivoloso", adottando così una sorta di presunzione di malafede. Allora o si decide di non usare più il termine eugenetica perché lo si considera ambiguo o fuorviante oppure si riconosce che oggi si pratica l'eugenetica all'interno di molteplici significati culturali e scientifici.

Si dovrebbe ricondurre l'eugenetica al linguaggio medico e la medicina riappropriarsene senza timore di prestarsi a confusioni. Dire insomma di quale eugenetica si sta parlando, tanto più in un'epoca in cui il baricentro del pensiero medico si sposta dal paradigma meccanicistico, finora trionfante, a una visione sistemica che narra la vita come una rete informatica. Le scoperte dell'epigenetica esemplificano una visione sempre più complessa dell'uomo e una possibilità sempre più precisa di intervento medico. Si sente il bisogno, nell'incessante adeguamento del codice deontologico, di una messa a punto storiografica per contrastare l'uso distorto del termine e distinguere ciò che è stato fatto in nome di una falsa eugenetica rispetto alle esaltanti promesse di una scienza al servizio dell'uomo, di una prassi rivolta all'individuo, nel rispetto dell'etica e dell'autonomia riproduttiva, lontano da qualsivoglia istanza collettivista di miglioramento razzista per mezzo della coercizione.

TM

MARIA TERESA BIANCO<sup>1</sup>, ROLANDO CIMAZ<sup>2</sup>, FRANCESCO DE FEO<sup>3</sup>, MAURO GALEAZZI<sup>4</sup>, TERESA GIANI<sup>5</sup>, ARRIGO LOMBARDI<sup>6</sup>, MARCO MATUCCI CERINIC<sup>7</sup>, MARTA MOSCA<sup>8</sup>

# Le febbri periodiche e le malattie autoinfiammatorie

## L'importanza della diagnosi differenziale per una corretta identificazione del paziente con patologia rara

**TOSCANA MEDICA** – *L'argomento della nostra discussione riguarda una manifestazione clinica, la febbre periodica o ricorrente, caratteristica di alcune condizioni che vengono modernamente definite malattie autoinfiammatorie. Quale è oggi il loro inquadramento eziopatogenetico e fisiopatologico?*

**GALEAZZI** – Le malattie autoinfiammatorie rappresentano un gruppo di condizioni morbose ad identificazione relativamente recente caratterizzate da episodi infiammatori acuti potenzialmente a carico di qualsiasi organo e apparato. In questo senso, sono molto simili alle malattie autoimmuni sistemiche, con la differenza sostanziale che non si caratterizzano per la presenza di autoanticorpi o cellule T auto-reattive.

Le malattie autoinfiammatorie si distinguono poi in monogeniche o poligeniche o multifattoriali tra le quali rientrano il morbo di Behcet, l'artrite gottosa, l'artrite idiopatica giovanile sistemica e il morbo di Still dell'adulto. Per quanto riguarda, invece, le forme monogeniche, esse comprendono, tra l'altro, la febbre mediterranea familiare, la sindrome periodica legata al recettore del tumor necrosis factor (TRAPS), le criopirinopatie, la sindrome di Blau e quella da iperproduzione di IgD. In tutte le malattie auto infiammatorie monogeniche è possibile identificare una unica mutazione genetica che, attraverso meccanismi patogenetici complessi e variegati, conduce ad una produzione eccessiva di interleuchina-1.

Nelle forme poligeniche, invece, sebbene non sia stato identificato ancora alcun gene capace di indurre la malattia, è possibile identificare una predisposizione genica cui si aggiungono fattori esterni ambientali quale può essere, ad esempio, il fumo di sigaretta nel caso dei meccanismi di attivazione del processo infiammatorio che induce l'attivazione dell'artrite reumatoide nei soggetti geneticamente predisposti.

**LOMBARDI** – Con il termine "febbre periodica" o "ricorrente" si intende una condizione caratte-

rizzata dalla presenza di tre o più episodi febbrili che si presentano in un periodo di sei mesi e che si verificano ad almeno una settimana di distanza l'uno dall'altro.

Le febbri periodiche sono inquadrabili nel gruppo delle malattie auto infiammatorie. Queste ultime sono caratterizzate dalla presenza di infiammazione cronica o ricorrente, secondaria ad una abnorme attività dell'immunità innata e, diversamente dalle malattie autoimmuni, dall'assenza di autoanticorpi e di cellule T auto-reattive e da una mancata associazione con HLA di classe II.

Nella maggior parte dei casi, l'alterazione a carico dell'immunità innata evidenziata in queste malattie è secondaria ad una mutazione di geni che codificano proteine coinvolte nella regolazione della risposta infiammatoria. Un aspetto molto interessante è rappresentato dal fatto che gli stessi meccanismi in grado di avviare e mantenere l'infiammazione in queste malattie siano in gioco anche in altre condizioni, talvolta anche molto comuni, quali la gotta, l'artrite idiopatica giovanile sistemica, il morbo di Still dell'adulto, la pericardite idiopatica recidivante, identificate come sindromi auto infiammatorie multifattoriali.

**TOSCANA MEDICA** – *L'approccio genetico alla malattia sta oggi assumendo sempre più importanza ed ogni giorno più diffusi diventano i kit, più o meno "fai da te", per sapere se noi o la nostra prole svilupperemo in futuro determinate malattie. Ad oggi si può ragionevolmente stabilire se in un determinato soggetto si manifesterà prima o poi una malattia autoinfiammatoria?*

**GALEAZZI** – In questo specifico settore, ad oggi, il criterio diagnostico più importante è ancora quello clinico, dove la valutazione delle manifestazioni cliniche è indispensabile nel capire se siamo di fronte a una malattia autoinfiammatoria e eventualmente a quale. Sempre importante è valutare la presenza di segni e sintomi clinici inclusi tra i criteri diagnostici di queste patologie che consentono di porre diagnosi anche in assenza di mutazioni



Maria Teresa Bianco



Rolando Cimaz



Francesco De Feo



Mauro Galeazzi

<sup>1</sup> Farmacista Dirigente Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS)

<sup>2</sup> Direttore del Servizio di Reumatologia dell'AOU "Meyer" di Firenze

<sup>3</sup> Pediatra di famiglia ASL 7 Siena

<sup>4</sup> Ordinario di Reumatologia dell'Università di Siena



Teresa Giani



Arrigo Lombardi



Marco Matucci Cerinic



Marta Mosca

genetiche. Ciononostante, l'importanza dell'esame genetico come conferma alla diagnosi resta un valido sussidio. Esso permette, tra l'altro, di meglio identificare la probabilità con cui la patologia può essere trasmessa alla prole, anche quando la sintomatologia non è ancora emersa o, come avviene in alcuni casi, emerge in maniera subdola.

**MATUCCI CERINIC** – L'importanza del fattore genetico è ben rappresentata dal caso della febbre mediterranea familiare che si tramanda di padre in figlio, soprattutto per quanto riguarda certe linee provenienti dall'area asiatica (Turchia ed Armenia in particolare) che con le migrazioni si sono estese in vaste aree dell'Europa centrale.

Come diceva giustamente il prof. Galeazzi la clinica riveste ancora oggi una importanza fondamentale in queste situazioni la cui diagnosi viene per lo più raggiunta con ritardi di tempo notevolissimi e la conseguente comparsa di complicazioni anche molto gravi quali ad esempio l'amiloidosi.

**MOSCA** – Anche se la precocità della diagnosi è senza dubbio fattore di importanza capitale, è altrettanto vero che non tutto si può demandare alla componente genetica, come dimostrano le forme ad esordio tardivo. Tra l'altro la diversa penetranza delle alterazioni genetiche rende oggettivamente ancora più difficile la corretta identificazione clinica di molte delle malattie autoinfiammatorie che, voglio anche io sottolineare, devono essere tenute ben distinte da quelle autoimmuni.

**LOMBARDI** – Considerando che alcune malattie autoinfiammatorie sono autosomiche dominanti ed altre autosomiche recessive, che quelle dominanti hanno certamente un gene che si manifesta anche in eterozigosi, mentre nelle forme recessive è necessario avere una doppia eterozigosi, è ovvio che la loro corretta identificazione genetica può ancora oggi risultare di non facilissimo raggiungimento.

**DE FEO** – Negli ultimi anni i pediatri sono andati progressivamente ad interessarsi sempre di più delle febbri periodiche, essendo con relativa frequenza riscontrate nella pratica clinica di tutti i giorni. Io penso che l'aumento delle conoscenze in

questo settore debba necessariamente coinvolgere anche i pediatri, soprattutto quelli di libera scelta i quali, in virtù del rapporto privilegiato che li lega ai pazienti ed alle loro famiglie, hanno occasione di seguire nel tempo l'evoluzione di questi episodi febbrili, raccogliendo di volta in volta anamnesi quanto più esaurienti possibili.

**TOSCANA MEDICA** – *In quali casi di episodi febbrili si può sospettare una malattia autoinfiammatoria e come si arriva a questa diagnosi?*

**GIANI** – In campo pediatrico alla diagnosi di febbre periodica si arriva per lo più in maniera graduale, ad eccezione di quei casi eclatanti che si manifestano già in epoca neonatale. Il primo filtro nel percorso verso la diagnosi viene esercitato infatti dal pediatra di famiglia che, opportunamente formato su queste tematiche, ha il compito di raccogliere un'anamnesi accurata possibilmente supportata da un diario delle febbri tenuto dalla famiglia, e di tenere sotto controllo l'evoluzione della condizione, sia in occasione delle periodiche visite di controllo che durante le fasi di acuzie per valutare le manifestazioni di accompagnamento alla febbre. In questa fase possono essere utili alcuni accertamenti di laboratorio da richiedersi in fase di acuzie quali emocromo, indici di flogosi e dosaggio dell'acido mevalonico urinario. Il passo successivo consiste nell'invio del paziente al Centro di riferimento dove sulla base della clinica relativa non solo alla febbre ma anche alle manifestazioni di accompagnamento quali quelle cutanee, mucosali, articolari, ecc. potrà essere confermato il sospetto diagnostico e valutato il passaggio all'ultimo step del percorso ossia l'indagine genetica.

**GALEAZZI** – Entrando nel campo della patologia dell'adulto, vorrei ricordare che proprio alla Reumatologia di Siena si deve l'identificazione in età adulta delle malattie autoinfiammatorie, la cui insorgenza una volta era relegata esclusivamente all'età pediatrica. Tornando poi alla questione più volte ricordata in precedenza della indagine genetica, al fine di sottolineare la complessità dell'interpretazione e della correlazione genotipo-fenotipo nei pazienti con sospetta malattia autoinfiammatoria vorrei sottolineare che il numero del-

Le febbri periodiche in pediatria rappresentano un problema molto frequente, sia a livello dell'ambulatorio pediatrico che a livello ospedaliero. Data la forte incidenza di infezioni di comunità in età pediatrica, la difficoltà principale è rappresentata dall'estrapolare tra le popolazioni di bambini sani, con febbri benigne legate alla frequenza di comunità infantili, quella piccola percentuale per cui è invece indicato un approfondimento successivo. I criteri clinici solitamente sono sufficienti per distinguere febbre di origine infettiva da quelle di origine immunologica. Inoltre, tra queste ultime dobbiamo distinguere patologie benigne come la PFAPA (ad auto risoluzione spontanea) da quelle propriamente genetiche. L'identificazione di varianti (polimorfismi o mutazioni) è comunque a volte difficile da valutare, pertanto l'esame genetico può essere utile ma anche confondente. Dal punto di vista pediatrico la buona crescita staturoponderale e la asintomaticità durante gli intervalli liberi depongono certamente a favore di febbri benigne. Nel caso invece di una febbre monogenica vera e propria, sarà fondamentale impostare un programma di follow-up adeguato, volto principalmente ad evitare le complicanze e ad instaurare la terapia appropriata. Questa, con l'avvento dei farmaci biologici (specialmente gli anti-citochine), può certamente migliorare la prognosi e garantire una vita normale ai piccoli pazienti.

Rolando Cimaz

<sup>5</sup> Pediatra del Servizio di Reumatologia dell'AOU "Meyer" di Firenze

<sup>6</sup> Medico di medicina generale a Firenze

<sup>7</sup> Ordinario di Reumatologia dell'Università di Firenze

<sup>8</sup> Associato di Reumatologia dell'Università di Pisa

le diverse mutazioni riscontrate a livello planetario è in costante aumento e che, ad esempio, nel caso della febbre mediterranea familiare quelle ad oggi descritte sono già 306 mentre sono 142 nel caso della sindrome TRAPS. La diagnosi, poi, più che di un test genetico eseguito "a tappeto" necessita di un approccio clinico particolarmente approfondito e meticoloso sia per identificare i pazienti che sviluppano una malattia autoinfiammatoria in età pediatrica per poi portarsela in età adulta sia per riconoscere i pazienti con insorgenza in età adulta. Questo ovvierebbe ai dati attuali che indicano come nelle varie casistiche il numero dei pazienti identificati essere portatori di mutazioni non supera il 20% sul totale degli esami genetici eseguiti.

In ogni caso, la presenza di mutazioni a minore penetranza nei pazienti con malattia autoinfiammatoria ad insorgenza tardiva può spiegare la grande variabilità del quadro clinico che può presentarsi nella maniera più ampia possibile potendo manifestarsi con febbre continua piuttosto che con febbre ricorrente della durata di uno-due giorni o anche di 6-7 mesi.

L'approccio diagnostico prevede, quindi, l'esclusione di altre condizioni morbose caratterizzate da sintomatologia febbrile quali quelle infettive, tumorali ed autoimmuni e l'approfondimento diagnostico in situazioni apparentemente assai lontane da quelle autoinfiammatorie. A Siena abbiamo ad esempio dimostrato che il 6% dei pazienti affetti da pericardite cronica recidivante è portatore di una mutazione genetica responsabile della sindrome TRAPS.

**MOSCA** – La clinica applicata al corretto inquadramento diagnostico delle malattie autoinfiammatorie non può e non deve assolutamente essere sottovalutata. Non è infatti difficile osservare pazienti che dopo l'esordio acuto della condizione morbosa in poco tempo si sfebbrano e riescono a condurre una vita del tutto normale prima della comparsa di un eventuale episodio successivo. Non bisogna però dimenticare che lo stato infiammatorio cronico continua ad essere presente con tutto quello che ne può conseguire in termini di futura evoluzione sfavorevole della situazione.

**TOSCANA MEDICA** – *Esistono delle situazioni che possono essere messe in diagnosi differenziale con le malattie autoinfiammatorie?*

**MATUCCI CERINIC** – Un criterio importante può essere rappresentato dall'età del paziente come accade, ad esempio, nella sindrome di Schnitzler che colpisce quasi esclusivamente intorno alla sesta decade di vita. La diagnosi differenziale può inoltre riguardare le malattie che a vario titolo interessano le sierose (pleura, pericardio, peritoneo) come quelle autoimmuni e tutte le situazioni che colpiscono la cute nelle quali il problema diagnostico si pone soprattutto nei confronti dell'orticaria.

Nel bambino molta attenzione deve essere poi riservata al coinvolgimento della faringe e delle sue stazioni linfonodali, per escludere condizioni infettive assai frequenti in queste classi di età.

**DE FEO** – Per confermare quanto detto adesso dal prof. Matucci, ricordo che le più recenti linee guida in tema di infezioni batteriche ed in particolare modo di quelle ad eziologia streptococcica consigliano sempre l'esecuzione del tampone faringeo oltre all'imprescindibile valutazione clinica.

Per quanto riguarda poi la febbre periodica ricorrente, è esperienza comune di molti pediatri di base che i genitori dei bambini colpiti in qualche modo siano in grado di prevederne la comparsa e di capire che non si tratta di più o meno banali episodi infettivi localizzati alle alte vie respiratorie.

Altri criteri diagnostici, per lo più ex adiuvantibus, possono essere la diversa risposta della sintomatologia febbrile alla terapia antibiotica ed a quella cortisonica.

**MATUCCI CERINIC** – Io credo che per raggiungere il prima possibile una corretta diagnosi di malattia autoinfiammatoria un momento di fondamentale importanza sia rappresentato dalla formazione di tutti i medici che potrebbero avere a che fare con questo tipo di problematiche, ancora oggi spesso misconosciute. Tra l'altro la conoscenza di queste tematiche appare ancora più importante in tempi di così eccezionali flussi migratori verso le nostre coste.

**TOSCANA MEDICA** – *Il "passaggio" dal pediatra di libera scelta al medico di medicina generale di soggetti che hanno sofferto da bambini di febbri periodiche ricorrenti può causare qualche problema di presa in carico?*

**LOMBARDI** – Qualche problema effettivamente potrebbe sorgere, dato che il medico di medicina generale per lo più si occupa di pazienti adulti o in età adolescenziale. Nel caso pertanto di una condizione morbosa iniziata molto tempo prima potrebbe essere oggettivamente difficile raccogliere un'anamnesi realmente accurata ed esauriente.

La situazione poi è ulteriormente complicata dal fatto che a livello di medicina generale si incontrano spesso pazienti che presentano delle febbri ricorrenti di difficile inquadramento diagnostico, inquadramento che abbia ovviamente escluso situazioni di natura infettiva, autoimmune o neoplastica. Quando le malattie autoinfiammatorie saranno meglio caratterizzate, anche i numeri relativi alla loro incidenza e prevalenza probabilmente aumenteranno in maniera significativa ed i medici di medicina generale dovranno essere preparati ai molteplici aspetti di questa mutata situazione, perché d'altra parte l'aforisma "riconosciamo ciò che conosciamo" ha un suo fondamento.

**GALEAZZI** – Ad integrazione di quanto detto dal dottor Lombardi, ricordo che le malattie autoinfiammatorie interessano principalmente alcuni organi-bersaglio in particolare la cute, l'apparato locomotore e le sierose. A livello cutaneo le manifestazioni orticarioidi sono di più facile riscontro e possono essere facilmente valutate con l'esame biotico che evidenzia quadri diversi a seconda della malattia in questione.

**TOSCANA MEDICA** – *Quale è l'epidemiologia di queste situazioni e quali ne sono i costi, sia diretti che indiretti?*

**GALEAZZI** – I dati ufficiali oggi disponibili parlano di 1-10 casi per milione di abitanti all'anno, sia in età pediatrica che adulta. In ogni caso, ad oggi non sono stati ancora condotti studi epidemiologici dedicati e la prevalenza resta sottostimata a causa della ancora scarsa conoscenza di queste malattie. In base ai dati oggi disponibili sul sito del registro Toscano delle malattie rare (<http://malattierare.toscana.it/>), la febbre mediterranea familiare rappresenta la più frequente malattia autoinfiammatoria riscontrata con 39 casi segnalati. L'86.8% dei casi è stato identificato nell'area vasta sud-est Toscana e il 58.3% dei pazienti viene da altre regioni d'Italia. La sindrome periodica legata al recettore del TNF (sindrome TRAPS), invece, è stata segnalata in 25 pazienti. Il 92.3% dei casi è stato identificato nell'area vasta sud-est e il 39.5% dei pazienti viene da altre regioni d'Italia. Più rare sono le criopirinopatie, identificate in 20 casi registrati, di cui il 56.8% proviene da altre regioni, e la sindrome della mevalonato kinasi (MKD), identificata in tre pazienti di cui solo uno toscano. Per quanto riguarda i dati personali, aggiornati al marzo 2014, abbiamo valutato 787 pazienti affetti da febbre ricorrente di origine sconosciuta. In totale sono stati complessivamente analizzati 1328 geni, con una media di geni richiesta per singolo paziente pari a 1,69. Tra i pazienti risultati geneticamente positivi, abbiamo identificato 49 soggetti portatori di mutazioni del gene responsabile della FMF, 35 sul gene responsabile della sindrome TRAPS, 40 con mutazioni sul gene responsabile

delle criopirinopatie, 5 portatori di mutazioni responsabili della malattia da mevalonato kinasi, 15 con mutazioni sul gene NLRP12 responsabili di un fenotipo analogo a quello presentato dalle criopirinopatie e 5 sul gene NOD2/CARD15, responsabili della sindrome di Blau. In aggiunta, abbiamo identificato 17 pazienti affetti da FMF geneticamente negativa. In totale, sono stati valutati 586 pazienti adulti (74.4% di tutti i pazienti) e 201 pazienti con meno di 18 anni.

Ad ogni modo, si tratta per lo più di malattie ad andamento non particolarmente aggressivo, a parte alcuni casi di più frequente comparsa in età pediatrica nei quali la terapia deve necessariamente fare ricorso ai farmaci biologici anti-interleuchina-1 ed anti-TNF.

**MATUCCI CERINIC** – Come in molte altre situazioni morbide anche nel campo delle malattie autoinfiammatorie la precocità della diagnosi permette un abbattimento notevole dei costi e del carico complessivo per i pazienti ed i loro familiari.

**GIANI** – Nel bambino il ripetersi delle febbri comporta un turbamento della normale routine con interruzione della regolare frequenza scolastica e delle attività ludico-sportive oltre a un ricorso amplificato a visite mediche, esami e ricoveri ospedalieri nonché a ripetuti trattamenti antibiotici e steroidei. Inoltre la protratta esposizione allo stato infiammatorio espone a varie complicanze tra cui la più temibile è l'amiloidosi. La diagnosi precoce e il trattamento adeguato permettono quindi di ridurre sensibilmente i costi diretti e indiretti legati alle malattie autoinfiammatorie.

**Tabella 1** - Descrizione schematica delle più frequenti malattie autoinfiammatorie monogeniche. Abbreviazioni: FMF: febbre Mediterranea familiare; HIDS: sindrome da iper-IgD; TRAPS: sindrome periodica associata al recettore del tumor necrosis factor; FCAS: sindrome autoinfiammatoria indotta dal freddo; MWS: sindrome di Muckle-Wells; CINCA: sindrome infantile neurologica, cutanea e articolare cronica; NLRP12-ad: disordine autoinfiammatorio associato al gene NLRP12

	Gene Locus	Proteina	Tipo di ereditarietà	Caratteristiche cliniche principali	Evidenze della letteratura
FMF	MEFV 16p13.3	Pirina (o Marenostina)	Autosomica recessiva	Febbre, sierosite, artralgia o artrite, esantema erisipela-like, amiloidosi in pazienti non trattati	Colchicine, anti-IL-1, anti-TNF
HIDS	MVK 12q24	Mevalonato kinasi	Autosomica recessiva	Febbre, rash polimorfo, artralgia, dolore addominale, linfadenopatia, splenomegalia, aftosi	Farmaci anti-infiammatori non steroidei, anti-IL-1 corticosteroidi
TRAPS	TNFRSF1A 12p13	Recettore 1 del tumor necrosis factor	Autosomica dominante	Febbre, coinvolgimento articolare e muscolare migrante, congiuntivite, edema periorbitario, artralgia o artrite, coinvolgimento delle sierose, amiloidosi	Corticosteroidi, anakinra, canakinumab, etanercept
FCAS	NLRP3 1q44	Criopirina	Autosomica dominante	Febbre, rash orticarioide indotto dal freddo, congiuntivite, artralgia	Canakinumab, Anakinra
MWS				Febbre, rash orticarioide, congiuntivite, episclerite, artrite, artralgia, sordità neurosensoriale, amiloidosi	
CINCA				Febbre, rash orticarioide, uveite, papilledema, artrite capace di deformare le grandi articolazioni, meningite cronica asettica, sordità neurosensoriale, amiloidosi	
NLRP12ad	NLRP12 19q13	Monarch-1	Autosomica dominante	Febbre, artralgia rash indotto da freddo	Anakinra

**BIANCO** – I costi legati al trattamento con i farmaci biologici (biotecnologici) sono elevati e non paragonabili ai costi delle terapie con i farmaci di sintesi, quando questi siano indicati. Nei casi di inevitabile ricorso ai farmaci biologici, si deve tener conto del beneficio sanitario complessivo anche in termini di valutazione dei costi per eventi avversi evitati, legati non solo alla patologia, ma anche all'uso prolungato di alcuni farmaci come i corticosteroidi, notoriamente gravati da molteplici effetti collaterali che vanno dall'aumento ponderale e della PA, all'aumento del rischio di fratture, problemi cardiovascolari e infezioni.

**TOSCANA MEDICA** – *In Toscana esistono dei percorsi diagnostico-terapeutici che consentano di integrare gli interventi dei vari professionisti nella gestione dei soggetti adulti e pediatrici affetti da malattie autoinfiammatorie?*

**GALEAZZI** – Quello che al momento esiste nella mia realtà lavorativa, peraltro apprezzabile e ben funzionante, è basato essenzialmente sull'attività spontanea di chi si occupa di queste tematiche,



Tipiche manifestazioni cutanee ponfoidi secondarie ad esposizione generalizzata al freddo in paziente con NLRP12-ad.

senza alcuna caratterizzazione all'interno di un PDTA ben identificato.

**GIANI** – Anche in ambito pediatrico la situazione è sostanzialmente uguale a quella descritta dal prof. Galeazzi. Al "Meyer" abbiamo creato una sorta di percorso intraospedaliero che ci permette di evitare ricoveri ed accertamenti diagnostici di scarsa utilità, tutto ovviamente in stretta correlazione con l'attività dei pediatri che lavorano sul territorio.

**DE FEO** – Per razionalizzare gli interventi dei pediatri di base, tenendo presente la sostenibilità dell'intero sistema di diagnosi e cura di queste condizioni, un utile supporto può venire dal sito [www.printo.it/periodicfever/](http://www.printo.it/periodicfever/) all'interno del quale si trova uno score che, compilato al momento della visita del bambino inserendo i dati richiesti (età, peso, sintomatologia dolorosa, presenza o meno di lesioni aftose o cutanee ecc.), fornisce un'idea relativamente chiara del rischio associato a quel determinato paziente consentendo di pianificare i successivi steps di diagnosi e cura.

In Toscana non dimentichiamo poi che i pediatri di base possono sempre rivolgersi al "Meyer" identificato come Centro di riferimento regionale per le malattie rare.

**TOSCANA MEDICA** – *Affrontiamo adesso la terapia delle malattie autoinfiammatorie. Ad oggi disponiamo di strumenti di cura validati scientificamente oppure ricorriamo a terapie più o meno genericamente empiriche?*

**GIANI** – In linea di massima tutte le malattie autoinfiammatorie riconoscono il loro meccanismo patogenetico di base in uno sbilanciamento geneticamente indotto del sistema immunitario che si traduce in un aumento della produzione di interleuchina 1 e la maggior parte dei farmaci oggi disponibili agiscono bloccando questa citochina. Questi farmaci sono riusciti a modificare sensibilmente la qualità della vita soprattutto in quei soggetti colpiti da forme aggressive.

Nelle situazioni meno gravi, come per esempio la febbre mediterranea familiare, il farmaco di prima scelta rimane ancora la colchicina che, seppure gravata da qualche effetto collaterale, può comunque essere impiegata anche in età pediatrica garantendo un buon controllo della sintomatologia ed un'ottima prevenzione nei confronti del rischio amiloidotico.

Ad oggi appare molto ridotto il ricorso ai farmaci steroidei soprattutto per gli effetti negativi assai importanti che il loro uso protratto può causare nei bambini.

**MOSCA** – Gli steroidi devono essere usati con molta attenzione non solo nel bambino ma anche nell'anziano e per lo più mai in schemi terapeutici di lunga durata, apparendo ancora utili come farmaco di supporto nelle fasi acute di malattia.

**GALEAZZI** – Nei pazienti adulti i farmaci biologici (inibitori dell'interleuchina-1 e 6 o del TNF) appaiono assai efficaci nelle forme autoinfiammato-

rie sia monogeniche che poligeniche multifattoriali con effetti clinici spesso apprezzabili già dopo 48 ore dalla loro somministrazione. Risultati clinici eccellenti si ottengono, ad esempio, nei casi di gotta cronica distruttiva, nel morbo di Behcet oppure in pazienti con artrite reumatoide e diabete di tipo 2 che talvolta riescono persino a migliorare sensibilmente il loro assetto glicemico.

**TOSCANA MEDICA** – *Quali sono gli aspetti pratici dell'impiego dei farmaci biologici nelle forme autoinfiammatorie in termini ad esempio di reazioni avverse ed effetti collaterali? Ed ancora: il loro uso deve essere riservato allo specialista oppure esteso alla medicina generale?*

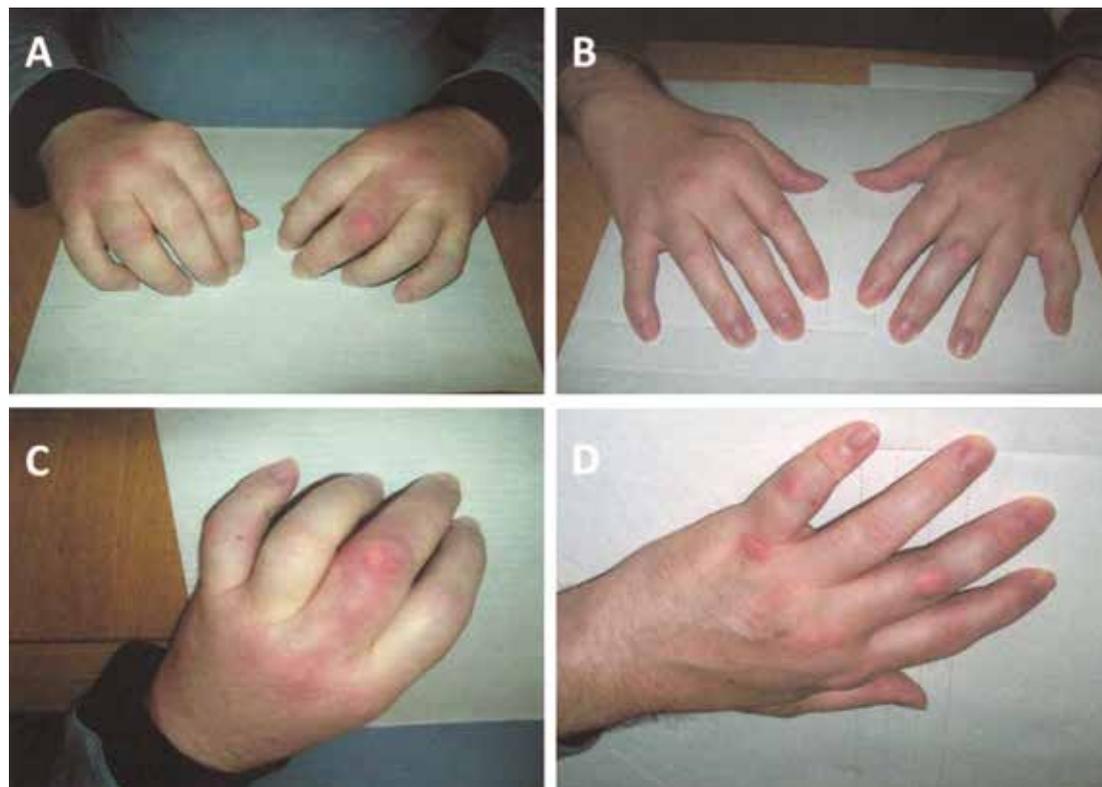
**MATUCCI CERINIC** – I farmaci biologici rappresentano senza dubbio uno strumento di cura di grandissimo interesse nel campo delle malattie autoinfiammatorie anche se il criterio della loro scelta dovrebbe per lo più essere guidato dalla valutazione genetica di ogni singolo caso visto che in alcune situazioni potrebbe essere indicata una molecola ad azione anti - interleuchina 1 piuttosto che 6 oppure anti-TNF. L'approfondimento diagnostico in altre parole permette di "costruire" una terapia il più personalizzata possibile, fattore di fondamentale importanza soprattutto in quei casi la cui evoluzione clinica potrebbe virare verso situazioni potenzialmente assai pericolose.

**BIANCO** – I farmaci biologici sono proteine (citochine o anticorpi) prodotte in modo tale da essere

il più possibile simile alle proteine umane e possiedono caratteristiche diverse dai comuni farmaci, legate a meccanismo d'azione, struttura chimica, metabolismo e immunogenicità; è pertanto necessario nella valutazione delle reazioni avverse (ADR) ricorrere ad un approccio differente rispetto agli altri farmaci che sono normalmente piccoli composti chimici (xenobiotici). È stata di recente proposta una nuova classificazione per gli effetti avversi da agenti biologici per meglio identificare e trattare i pazienti che vanno incontro a tali eventi.

Come accade per i farmaci tradizionali, il profilo di sicurezza delle proteine biologiche terapeutiche non è completamente conosciuto al momento dell'approvazione e richiede un attento monitoraggio post approvazione, con particolare attenzione agli eventi avversi legati alle reazioni di infusione o di iniezione, alla leucopenia e neutropenia e, per gli agenti immunomodulatori, agli effetti collaterali immunomediati che devono prevedere una stretta sorveglianza per le infezioni opportunistiche e i tumori. In questo senso sono utili i registri di monitoraggio che permettono di rilevare gli eventi avversi che si verificano, da mesi ad anni, dopo l'inizio del trattamento, considerato che questi farmaci sono spesso indicati in patologie rare e quindi destinati ad un limitato numero di pazienti.

In considerazione del profilo rischio-beneficio non completamente definito, della forte variabilità individuale dei soggetti riceventi e dei pochi dati disponibili, è stata posta una maggiore attenzione alla sicurezza di tali farmaci a livello nazionale.



*Evidente e drammatica risposta ad inibitore del recettore della interleuchina 1 in paziente con gotta cronica tofacea, riconosciuta come malattia autoinfiammatoria multifattoriale dopo anni di terapia cortisonica e inefficaci terapie immunosoppressive ed immunomodulanti.*

*Le immagini A e C sono state scattate subito prima della somministrazione dell'anti-interleuchina 1, mentre le immagini B e D qualche ora dopo.*

Infatti con il D.M. 30/04/2015, che recepisce la Direttiva Europea 2010/84, vengono definiti i tempi di segnalazione per le sospette reazioni avverse da farmaci biologici a 36 ore dall'osservazione della ADR.

**TOSCANA MEDICA** – *Spieghiamo cosa si intende quando si parla di molecole ad azione anti-interleuchina 1.*

**MATUCCI CERINIC** – Per prima cosa diciamo che di queste molecole esistono tre classi, tutte in grado di bloccare selettivamente i recettori per l'interleuchina 1, sia con meccanismo antagonista sul recettore stesso, sia con caratteristiche di anticorpi monoclonali umanizzati (farmaci biologici).

Questi ultimi devono essere ovviamente utilizzati solo nei Centri di riferimento e non possono certo venir prescritti per l'impiego a livello territoriale. Possono presentare come tutte le molecole attive sul sistema immunitario effetti collaterali sia nel sito di somministrazione che a livello sistemico quali ad esempio un'aumento generico del rischio infettivo. Si tratta comunque di farmaci estremamente efficaci, con rapidità di effetto assai significativa, che possono essere impiegati anche in età pediatrica in quadri relativamente rari però particolarmente aggressivi.

**MOSCA** – Ancora non esistono studi clinici che abbiano definitivamente dimostrato quale delle tre classi di molecole ad azione anti - interleuchina 1 sia più conveniente usare in ogni singolo caso. Per il momento quello che viene ricercato è l'effetto farmacologico finale, vale a dire il blocco recettoriale e non tanto il modo con il quale raggiungere questo obiettivo.

**GIANI** – Volevo ricordare l'importanza dei farmaci ad azione anti-interleuchina 1 nell'artrite idiopatica sistemica giovanile il cui decorso clinico nei bambini affetti ha visto miglioramenti di eccezionale importanza, permettendo loro di liberarsi dalla schiavitù dei cortisonici e di tutti i loro pesantissimi effetti collaterali.

**TOSCANA MEDICA** – *Parlando di appropriatezza terapeutica e di corretta allocazione delle spese, quale è il target di pazienti ai quali somministrare i farmaci anti-interleuchina 1?*

**GALEAZZI** – Secondo la nostra esperienza il migliore criterio terapeutico è quello basato sulla somministrazione in prima istanza dei farmaci convenzionali ad oggi disponibili. In seguito valutiamo con dati oggettivi il risultato ottenuto e, in caso di insoddisfacente risposta, introduciamo una terapia con farmaci biologici, iniziando con quelli a somministrazione quotidiana, gravati peraltro dalla frequente comparsa di effetti collaterali in sede di iniezione che spesso portano all'interruzione della terapia. Il passo successivo è il ricorso alle forme farmaceutiche da somministrare ogni 60 giorni, con evidente aumento della compliance da parte dei pazienti.

**GIANI** – In campo pediatrico è ormai ben codificato l'impiego della colchicina come prima scelta nella febbre mediterranea familiare, con *shift* successivo verso gli anti-interleuchina 1 in caso di risposta insoddisfacente. Queste ultime molecole vengono invece impiegate in prima battuta nelle criopirinopatie e nell'artrite idiopatica sistemica giovanile patologia che, sebbene rientri ancora ufficialmente nell'ambito dell'artrite idiopatica

**Tabella 2** - *Elenco delle più comuni patologie autoinfiammatorie multifattoriali definite sulla base di meccanismi patogenetici sovrapponibili a quelli identificati nelle malattie autoinfiammatorie monogeniche. La tabella descrive anche il pathway patogenetico più probabilmente coinvolto in ciascuna patologia e il tipo di stimolo capace di indurre le manifestazioni cliniche.*

Patologia	Pathway coinvolto	Stimolo patogenetico
Gotta	Interleuchina-1	Urato monosodico
Condrocinosi	Interleuchina-1	Pirofosfato di calcio di-idrato
Malattia di Behçet	Interleuchina-1	Multifattoriale
Diabete Mellito di Tipo 2	Interleuchina-1	Glucosio
Sindrome di Schnitzler	Interleuchina-1	Multifattoriale
Pericardite Idiopatica Recidivante	Interleuchina-1	Multifattoriale
Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis (PFAPA) syndrome	NF-kB, interleuchina-1	Multifattoriale
Malattia di Crohn (forma non genetica)	NF-kB	Muramil-peptide
Uveite idiopatica recidivante	Interleuchina-1	Multifattoriale
Aterosclerosi	Attivazione macrofagica	Colesterolo
Malattie polmonari fibrosanti	Interleuchina-1	Silicati/asbesto
Spondiloartriti non HLA correlate	Alterazioni nella struttura tridimensionale di alcune proteine dell'immunità innata	Multifattoriale
Arterite di Takayasu e gigantocellulare	-	Multifattoriale
Epidermolisi Bollosa Ereditaria	Interleuchina-1	Meccanico
Dermatiti acneiformi	-	-
Degenerazione maculare età-correlata	-	Multifattoriale
Linfoistocitosi emofagocitica secondaria	Attivazione macrofagica	Multifattoriale

giovanile, ha molte affinità con le patologie autoinfiammatorie.

Nelle sindromi da iperproduzione di IgD e nella sindrome TRAPS si possono usare in fase iniziale anche brevi cicli di cortisonici e, soprattutto nella seconda, gli inibitori del TNF.

**BIANCO** – La prescrizione e l'utilizzo dei farmaci biologici è e deve essere riservata a pazienti selezionati secondo i criteri indicati dal Prof. Galeazzi che rispondono a misure di appropriatezza tera-

peutica nel rispetto delle indicazioni registrate e/o a "indicazioni, via o modalità di somministrazione il cui impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale". Solo così si potrà implementare il concetto di corretta allocazione delle risorse, in termini di guadagno di salute misurato in guarigioni o aumento degli anni di vita in buona salute, che dovrebbe tener conto di una certa proporzionalità tra il prezzo di un farmaco e il guadagno di salute che esso determina.

ANTONIO PANTI

## L'autoinfiammazione e l'autocura

Per lo più la febbre è legata a un fenomeno infettivo anche se può esprimere la reazione dell'organismo a una notevole quantità di eventi morbosi. Nel grande gruppo delle febbri ricorrenti si sono isolate da tempo le patologie autoinfiammatorie, cosiddette perché espressione di una turba genetica, che condiziona una predisposizione a una serie di fenomeni patologici su base infiammatoria ma non autoimmune. Queste forme possono essere monogenetiche, cioè legate a un gene mutante secondo le leggi dell'ereditarietà e della familiarità, oppure poligenetiche sulle quali influiscono pesantemente fattori esterni epigenetici. Queste cosiddette "febbri ricorrenti" rappresentano quindi un gruppo notevole di diverse patologie, come si è detto su base autosomica dominante o recessiva, che oltre alla febbre si manifestano con sequele infiammatorie che possono riguardare fondamentalmente la cute, le sierose e le articolazioni.

È evidente la difficoltà per i pediatri di famiglia che per primi si trovano a dover sospettare questa possibilità di fronte a quadri molto sfumati, caratterizzati dal benessere durante i periodi intercritici. Difficoltà ancora maggiori ha il medico di medicina generale quando il quadro non è stato individuato durante l'infanzia. È chiaro che, prima di giungere agli accertamenti diagnostici e ai test genetici, bisogna sospettare l'esistenza di simili quadri patologici. Tutti i nostri esperti hanno convenuto sulla necessità di un forte intervento formativo perché al medico sia fornito il bagaglio conoscitivo necessario per sospettare simili situazioni e individuare il valore euristico delle *red flags*, che inducono al sospetto e portano a riconoscere queste patologie.

Di fronte a quadri febbrili ricorrenti e resistenti agli antibiotici, legati ad una sintomatologia infiammatoria ma purtroppo polimorfa si può sospettare il quadro autoinfiammatorio. Si tratta comunque, secondo i dati più recenti,

di patologie rare, meno di 10 casi ogni milione di abitanti. Tuttavia l'affinamento dei criteri diagnostici porterà sicuramente ad un aumento della casistica riconosciuta. Ad oggi queste patologie sono riconosciute solamente in Toscana come malattie rare e questo è un grosso problema nelle altre regioni perché toglie a questi pazienti diritti che derivano dalla loro condizione oggettiva.

Una volta fatta la diagnosi, occorre spiegare chiaramente la situazione, diversa per ciascuna patologia, ai pazienti e alle loro famiglie onde giungere alla compliance della terapia. La diagnosi precoce ha ovviamente un grande valore perché consente di evitare che alcuni casi sfocino in situazione veramente gravi. Esistono Centri di riferimento, fondamentalmente il Meyer per l'età pediatrica e Siena per l'età adulta, ma ad oggi manca un vero e proprio percorso diagnostico terapeutico assistenziale regionale e l'auspicio è quello di organizzare meglio l'assistenza a questi pazienti.

Tutto ciò è ancora più importante perché di recente sono state introdotte novità terapeutiche che possono essere prescritte solo in Centri ospedalieri ma che consentono un controllo e anche una guarigione dei casi. Fino ad oggi la terapia di base era la colchicina e, successivamente, il cortisone, con tutti i rischi che questo comporta. Da qualche tempo sono disponibili i farmaci biologici antiinterleuchinici, particolarmente la 1, che agiscono in pochissimo tempo sull'inflammosoma con risultati positivi. In realtà esistono 3 farmaci che hanno una diversa azione ma gli stessi risultati, attraverso il blocco del sistema dell'interleuchina 1. Naturalmente, nonostante la scarsa numerosità dei casi, esiste sempre un problema di sostenibilità del servizio, per cui l'uso del farmaco biologico deve essere riservato ai pazienti che non hanno risposto alle altre terapie. **TM**

La pubblicazione del presente articolo è stata realizzata su iniziativa di **Novartis**

FABRIZIO BANDINI, GIOVANNI BANCHI<sup>1</sup>, TIZIANA FARAONI<sup>2</sup>, ANTONIETTA FUMARULO<sup>3</sup>, STEFANO GUIDI<sup>4</sup>, MASSIMO PRINCIPE<sup>4</sup>, DOMENICO ROSSI<sup>3</sup>, STEFANIA PONZALLI<sup>3</sup>, MAURO VANNUCCI<sup>5</sup>, ALFREDO ZUPPIROLI<sup>3</sup>, GIANCARLO LANDINI<sup>7</sup>, PAOLO MORELLO<sup>6</sup>

# Mugello nel Cuore

## Un modello di integrazione ospedale-territorio per la gestione del bisogno di salute per le malattie cardiache



Fabrizio Bandini,  
Cardiologia Mugello -  
Azienda Sanitaria Firenze

“Mugello nel Cuore” è un modello organizzativo per il governo della domanda di salute nel Mugello, nato alla fine del 2008 per dare una risposta concreta e di sistema ai bisogni di salute della popolazione con malattia cardiaca, sfruttando al meglio le risorse disponibili. Per raggiungere questi obiettivi si ispira a tre principi: l'*appropriatezza*, la *presa in carico* e la *centralità delle relazioni*, sia tra i professionisti della salute che tra questi e i pazienti. Il modello è stato elaborato e condiviso con tutti gli attori del sistema sanitario locale, Società della Salute del Mugello, medici di medicina generale, Direzione Aziendale, ed è stato implementato con una serie di azioni mirate ad obiettivi specifici. Come primo intervento sono state chiuse le agende CUP per la prenotazione di visite specialistiche, riservandole alla sola popolazione residente nell'area del Mugello. La **delimitazione dell'area di intervento**, permette di conoscere e controllare le variabili in gioco, e di sfruttare al massimo la sinergia tra tutte le risorse specialistiche presenti nel territorio. Per migliorare l'**interazione con il territorio** si è agito soprattutto sui medici di medicina generale, riconoscendone il ruolo fondamentale di interfaccia tra domanda ed offerta. Le azioni intraprese hanno mirato a: consolidare le relazioni umane e professionali; rafforzare la collaborazione nella gestione dei pazienti; responsabilizzare i medici di medicina generale e promuovere la loro funzione di filtro per l'accesso alle cure di secondo livello secondo i principi di appropriatezza; fornire loro strumenti a supporto delle decisioni cliniche. Al fine di costruire un linguaggio professionale comune nel periodo 2009-2011 sono stati organizzati incontri periodici con i medici sul tema dell'appropriatezza del ricorso alla valutazione cardiologica, confluiti in un documento riassuntivo delle linee guida per patologia e prestazioni cardiologiche.

Per garantire l'appropriatezza anche sul pia-

no temporale, è stato **differenziato l'accesso alla valutazione cardiologica in base alla priorità clinica (Triage diagnostico)**. In concreto, si configurano tre diversi scenari (Figura 1):

1) il paziente si rivolge al medico di medicina generale, questi lo visita e attraverso un numero telefonico dedicato si può consultare, dalle 8.00 alle 20.00, con il cardiologo dell'ospedale (*codice giallo*); se la condizione è ritenuta urgente (indipendentemente dai casi in cui è appropriato l'accesso al DEA) lo specialista valuterà il paziente entro le 24/36 ore successive. La decisione del medico di medicina generale è insindacabile.

2) Il medico di medicina generale giudica il consulto del cardiologo differibile (*codice verde*), richiede e motiva una "consulenza cardiologica" che il paziente prenoterà attraverso un'agenda dedicata del CUP.

3) Il medico di medicina generale visita il paziente e ritiene sufficiente un approfondimento strumentale (ECG/ecocardiogramma color doppler/ECG dinamico sec. Holter) (*codice bianco- Cronic Care Model*): si procede con prenotazione CUP. Nel caso del solo ECG il paziente effettua l'esame il giorno successivo e senza bisogno di prenotazione, in uno dei distretti territoriali, con trasmissione/refertazione entro il pomeriggio da parte del cardiologo ospedaliero attraverso sistema telematico.

La chiave del modello è il contatto tra il medico di medicina generale ed il paziente e fra questi ed il cardiologo, che decide e condivide l'iter più appropriato. Per fornire una risposta specialistica meno frammentata possibile, il cardiologo oltre alla visita offre nella stessa seduta una **valutazione clinico strumentale integrata di I livello** ("Consulenza Cardiologica"), effettuando visita, ECG ed ECOCARDIO COLORDOPPLER e se necessario: Massaggio del seno carotideo, Test ipotensione ortostatica, Test ergometrico ed ECG Holter. Per ogni ap-

<sup>1</sup> AFT Mugello est - ASF

<sup>2</sup> Dir. Sanitaria Osp. Mugello - ASF

<sup>3</sup> Cardiologia Mugello - ASF

<sup>4</sup> SdS Mugello - ASF

<sup>5</sup> PA - Bouturlin Barberino M.Ilo

<sup>6</sup> Dir. Generale ASF

<sup>7</sup> Dip. Medicina e spec. Mediche - ASF

<sup>8</sup> Dottore di ricerca in Scienze Cognitive. Libero professionista c/o la Cardiologia di Borgo San Lorenzo

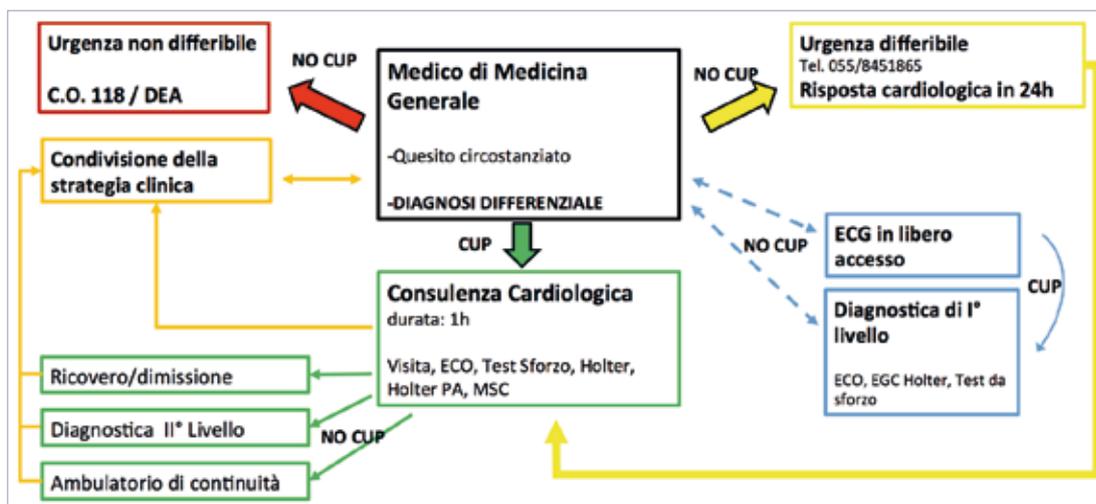


Figura 1 - Organizzazione del triage diagnostico per codici di priorità nel Mugello

puntamento vengono previsti 60 minuti, necessari per l'integrazione di più esami diagnostici e per la comunicazione/relazione professionale (*non-technical skills*) necessarie per gestire il paziente nella sua completezza e nella complessità che lo stato di salute/malattia rappresenta. Durante o al termine della consulenza, se il caso lo richiede, lo specialista si consulta con il medico di medicina generale per approfondire la conoscenza del paziente e per condividere la strategia clinica.

Alla fine di una consulenza se lo specialista ritiene concluso il processo clinico, riaffida il paziente al suo medico di medicina generale. Se non lo ritiene concluso, si effettua la **presa in carico completa**: la Cardiologia Ospedaliera organizza, coordina e prenota ogni intervento di livello superiore, sia all'interno dell'Ospedale che nella rete intra ed inter aziendale; a conclusione del percorso di diagnosi/cura il paziente viene riaffidato al medico di medicina generale o inserito in ambulatori di follow-up rigorosamente strutturati in base ai criteri di appropriatezza.

Un aspetto del tutto peculiare dell'esperienza è l'inclusione nella **rete coordinata della risposta del privato convenzionato** presente nel territorio (PA Bouturlin, Barberino di Mugello), con piena adesione alle modalità di gestione del paziente ed organizzazione del lavoro.

Caratterizzano ancora il modello: il **monitoraggio costante dell'appropriatezza** delle richieste di consulenze (differibili o meno), con *feedback* sui medici di medicina generale e la realizzazione di **iniziative di empowerment** per promuovere il coinvolgimento responsabile dei cittadini nel sistema sanitario costituiscono altri aspetti peculiari.

L'esperienza è nata da un problema oggettivo, una lista di attesa di 5 mesi (anno 2008) per primo contatto specialistico cardiologico; questa constatazione ha portato ad interrogarsi sul senso ultimo di una risposta clinica ritardata e frammentata, la domanda ha condotto ad un **cambio di prospettiva**: tendere al miglioramento del senso ultimo di un processo complesso per ottenere anche, e solo come ef-

Tabella 1 - Tabella riassuntiva degli interventi e delle caratteristiche del modello.

Azioni	Caratteristiche
Delimitazione area intervento	Accesso riservato ai residenti del Mugello
Accesso differenziato per priorità clinica	"Triage diagnostico"
Deframmentazione	Valutazione clinica integrata
Presa in carico	Responsabilizzazione completa sul paziente ed organizzazione dell'iter diagnostico-terapeutico esterno da parte della cardiologia
Adeguamento	Adeguamento degli spazi temporali
Inclusione	Sinergia con le risorse disponibili sul territorio
Contatto diretto fra professionisti	Consulto telefonico/feedback di ritorno
Interazione con la rete	Utilizzo delle risorse di sistema della rete sanitaria
Empowerment	Sensibilizzazione dei cittadini come attori del sistema

fetto secondario, la soluzione di una delle fasi pragmatiche di tutto il processo. Il cambio di prospettiva è l'innovazione principale del modello. È stato l'obiettivo "alto" che da subito ha guidato tutte le decisioni, le azioni successive ed il lavoro condotto, trainando le scelte, obbligando ad una loro costante verifica, richiedendo adattabilità e mutevolezza, e conducendo, come effetto secondario, anche alla drastica riduzione dei tempi di attesa di cui parleremo nel prossimo articolo insieme agli altri risultati ed alle riflessioni conclusive.

Vorremmo infine sottolineare che l'architettura del modello è stata sviluppata nell'ultimo anno dalla ASL di Firenze anche in area metropolitana e nelle restanti zone territoriali adottando i concetti di visita integrata (consulenza cardiologica), ed il criterio della priorità clinica ("fast track", "prioritarie", "differibili") nelle prenotazioni effettuabili attraverso il numero verde della "sanità di iniziativa". **TM**

Info: [fabrband@gmail.com](mailto:fabrband@gmail.com)

GIAMPAOLO COLLECCHIA

## Dal rapporto rischio-beneficio al bilancio danno-beneficio

Una recente *review* della rivista *Prescrire*<sup>1</sup> affronta la tematica del "rapporto rischio/beneficio" e offre spunti interessanti, soprattutto per il medico di medicina generale. Il primo punto ad essere analizzato è il termine stesso di rischio/beneficio, che secondo la *review* non è accurato. Infatti, mentre il concetto di beneficio è implicitamente reale e provato, quello di rischio è percepito come potenziale e ipotetico. Tale differenza semantica crea dunque l'impressione che qualunque intervento sia inevitabilmente di beneficio per tutti i pazienti, pur con vari gradi, mentre i relativi inconvenienti possano occorrere solo occasionalmente. È dunque ritenuta più appropriata l'espressione "danno-beneficio".

Viene poi preso in esame il riferimento principale di ogni decisione clinica, la valutazione dell'efficacia di un intervento in una popolazione. Questo dovrebbe avvenire idealmente attraverso prove robuste, suffragate da *trial* ben condotti, nei quali vengano considerati *end point* clinici. Gli autori peraltro sottolineano che questi non sono sempre rilevanti per tutti i pazienti, spesso portatori di esigenze specifiche, non solo sanitarie ma anche familiari, professionali, economiche o sociali. Di un intervento si deve dunque valutare la rilevanza clinica in generale, ad esempio l'aumento della sopravvivenza,

ma anche la rilevanza per il singolo. Viene fatto l'esempio dell'aspirina a basse dosi, che ha dimostrato di ridurre il rischio di morte e di severe complicanze se iniziata nella fase acuta dell'ictus ischemico, ma solo 13 soggetti su 1000 avranno i benefici del trattamento.

Gli autori della *review* ricordano inoltre che studi metodologicamente ineccepibili possono non rispondere ai quesiti riguardanti i pazienti della pratica quotidiana. Bambini, donne in gravidanza, anziani, nefropatici, politrattati, sono in genere esclusi dai trial, che non tengono in considerazione le caratteristiche specifiche dei pazienti e il loro contesto, elementi che condizionano notevolmente gli esiti di ogni intervento. L'efficienza di un intervento dipende infine anche dall'assistenza sanitaria disponibile, dalla competenza ed esperienza del personale sanitario, dalle personali condizioni e stati d'animo dei professionisti coinvolti. La conoscenza della letteratura in effetti aiuta il medico di medicina generale solo in parte: la trasferibilità della conoscenza prodotta per mezzo dei trial alla realtà della pratica quotidiana è spesso difficilmente realizzabile. La dimostrazione di efficacia di un determinato intervento non comporta automaticamente la decisione di utilizzarlo in qualunque contesto, non implica che esso sia il



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale in Massa (MS). Docente e Tutor di Medicina Generale. Membro ClIPS Lab (Clinical and Professional Skills simulation lab) CSeRMEG. Coordinatore Animatori di Formazione Asl 1 Massa e Carrara. Membro del Comitato Etico Locale. Editorial Reviewer per il British Medical Journal

<sup>1</sup> Determining the harm-benefit balance of an intervention: for each patient. Rev Prescrire 2014; 367: 381-385

migliore nel caso specifico, cioè che sia l'intervento giusto al momento giusto, per la persona giusta, o che intervenire, in un caso specifico, sia meglio di non fare nulla, né se il trattamento teoricamente indicato è riconosciuto tale dal paziente. La conoscenza scientifica viene infatti costruita mediante semplificazioni, "sterilizzando" le variabili individuali e contestuali allo scopo di bilanciarle per ottenerne un'influenza media. I "rumori di fondo" vengono limitati, mentre la pratica clinica si applica su una realtà complessa, *fuzzy*, nella quale lo sfondo è un elemento fondamentale.

Nella *review* viene inoltre ricordato che, in generale, di un intervento medico si conoscono maggiormente i vantaggi rispetto ai possibili danni. I trial infatti non sono disegnati per studiare gli eventi avversi, sia per la limitatezza della popolazione campione, sia per la loro breve durata. Per determinare con sufficiente esattezza il profilo di rischio di un intervento, gli esperti di *Prescrivere* consigliano di effettuare una valutazione complessiva di diverse componenti, in particolare i dati dei trial, le conoscenze di farmacologia, i *report* spontanei, i risultati della farmacovigilanza, gli studi di farmaco epidemiologia. È inoltre indispensabile conoscere le condizioni in grado di aumentare il rischio di eventi avversi, ad esempio le politerapie, i *deficit* cognitivi, l'insufficienza renale per i farmaci eliminati per tale via, l'età avanzata, la gravidanza, i problemi di salute presenti o pregressi, le terapie presenti o passate, la facilità o la difficoltà di somministrazione di un farmaco, la presenza o meno di familiari in grado di fornire assistenza. I tentativi di combinare i dati sull'efficacia di un intervento con i possibili danni mediante modelli matematici, per rendere la valutazione esplicita e il processo decisionale riproducibile, non hanno peraltro convinto. Forniscono infatti spesso l'illusione di scientificità, precisione e irrefutabilità di un processo che è ontologicamente di natura qualitativa e almeno parzialmente soggettivo. Lo stesso termine "rapporto" rischio-beneficio non viene pertanto ritenuto pertinente dagli esperti in quanto parametro di natura matematica o scientifica. Viene rite-

nuta preferibile la parola bilancio, che rimanda alla valutazione, al "peso" dei vantaggi e degli svantaggi di una decisione. In effetti, nella pratica quotidiana, il medico di medicina generale si deve basare anche su fattori non clinici, confrontarsi con le numerose variabili individuali che possono condizionare le scelte, ad esempio la percezione del desiderio talvolta non dichiarato ma implicito del paziente di assumere un farmaco. Si tratta di passare dall'efficacia teorica all'effettività, dai dati oggettivi, preliminari e probabili, ai giudizi soggettivi, condivisi con l'assistito. La cura, "ideale" secondo i dati di letteratura, deve essere giudicata fattibile in quel determinato contesto, le prove pesate su una diversa bilancia, con una taratura differente. Ecco perché è sicuramente condivisibile il termine bilancio nella valutazione dei benefici e dei danni di un intervento.

Per evitare che i sanitari proiettino le loro preferenze e valori e decidano al posto dei pazienti è importante che questi siano informati in modo chiaro ed esaustivo in modo da poter condividere le scelte. Gli autori della *review* propongono alcuni punti di discussione: spiegare la natura del problema, le sue possibili conseguenze; analizzare con il paziente gli obiettivi per lui rilevanti, anche quelli non medici; presentare le varie opzioni, anche quelle di non intervento; descrivere le possibili conseguenze degli interventi, vantaggi e svantaggi, spiegando natura, intensità, decorso, aree di incertezza; indicare come massimizzare i benefici e minimizzare i pericoli; esplorare con il paziente quanto importanti siano per lui tutte le conseguenze descritte.

La percezione del paziente del bilancio danno-beneficio è inoltre dinamica, variabile nei diversi individui e nello stesso nel corso della vita, a causa del trascorrere degli anni, dell'insorgenza di malattie o per cambiamenti di valori e priorità. È quindi fondamentale una periodica rivalutazione che tenga conto del pensiero del paziente, oltre che dei nuovi risultati della ricerca scientifica.

TM

Info: [g.collec@umail.it](mailto:g.collec@umail.it)

## Toscana Medica diventa digitale!

Toscana Medica diventa digitale! Sul sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, nella pagina dedicata a Toscana Medica, sono presenti i numeri del 2015 sia in formato PDF (già disponibili da anni), sia soprattutto nel

nuovo formato sfogliabile, facilmente consultabile sia da computer che da tablet. Nei prossimi mesi Toscana Medica digitale sarà disponibile anche in versione App per smartphone in modo da consentire la massima fruibilità sui vari supporti informatici e il progressivo ab-

bandono della pubblicazione cartacea. Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnalare fin da ora la e-mail sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze: [www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti](http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti). Buona lettura!



GIANCARLO VANNOZZI, NATALIA MANETTI<sup>1</sup>, SIRO BAGNOLI<sup>1</sup>, VITO ANNESE<sup>1</sup>

# L'obesità: il dilemma terapeutico e le diete alternative

## Concetti generali

L'obesità è la condizione clinica che identifica una situazione di eccesso di tessuto adiposo. Associata a un'alterata qualità di vita, l'obesità incrementa il rischio di disordini metabolici e di malattie. La problematica è comune e il trattamento difficile e controverso. La terapia dietetica non è sempre efficace. I risultati della cura dell'obesità sono frequentemente deludenti. Molte strategie terapeutiche sono gravate da risultati negativi, complicanze metaboliche, effetti collaterali, mentre pochi programmi dietetici posseggono solide dimostrazioni scientifiche in grado di affermare che sono veramente vantaggiosi per la salute.

## Epidemiologia dell'obesità

La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute di una popolazione. Un'alimentazione ipercalorica e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerosi problemi invalidanti e malattie, spesso aggravando eventuali altre patologie preesistenti, riducendo la durata della vita o peggiorandone la qualità. L'obesità è considerata un'epidemia globale, una delle emergenze più importanti che interessano la salute pubblica. Cause sicure dell'aumento dell'obesità sono l'assunzione alimentare elevata e la riduzione dell'attività fisica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che a livello globale, circa 3,4 milioni di adulti muoiono all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale e che il 44% dei casi di diabete mellito, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro sono attribuibili all'eccesso di peso. Nel 2014 il 39% della popolazione adulta mondiale è in eccesso ponderale e il 13% sono obesi. L'obesità è purtroppo frequente nei giovani e nei giovanissimi: è stato, infatti, stimato che negli Stati Uniti d'America il 10-15% dei bambini e degli adolescenti sono in sovrappeso. L'incidenza dell'obesità negli USA continuerà ad aumentare nonostante i programmi di educazione alimentare e di attività fisica e nonostante l'incremento notevole dell'attenzione e degli sforzi medico-scientifici. Secondo dati abbastanza recenti emerge che, in Italia, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) risulta in sovrappeso. Sovrappeso e obesità rappresentano il quinto più importante fattore di rischio per mortalità globale.

## Trattamento dell'obesità (il dilemma terapeutico)

La terapia dell'obesità è un vero dilemma terapeutico. Non conosciamo infatti una linea guida o un percorso terapeutico che possa essere considerato sicuramente efficace e privo di reazioni avverse o comunque negative. Molte riflessioni critiche ed esperienze cliniche hanno messo in discussione tutte quelle posizioni chiuse e dogmatiche che consideravano la dieta ipocalorica come unica ed esclusiva soluzione del problema obesità. Lo scopo primario del trattamento dietoterapico è la riduzione del peso ad un livello in cui vi siano un miglioramento dello stato di salute ed una diminuzione del rischio di malattie dipendenti o correlabili al sovrappeso. La dietoterapia tende a migliorare la qualità di vita, riducendo o minimizzando gran parte delle problematiche correlate quali ad esempio i disordini metabolici e/o i disturbi muscolo-scheletrici, emozionali e psicologici. Il trattamento medico dell'obesità prevede modificazioni dietetiche, incremento dell'attività fisica insieme ad interventi sul comportamento psicologico della persona. Le modalità del trattamento devono essere personalizzate, adeguate cioè alla attività lavorativa e fisica della persona. Essenziale è l'informazione. Secondo realistiche convinzioni l'obiettivo principale è far comprendere che la causa fondamentale del problema *obesità* è l'errore nutrizionale. Evitando assurdi comportamenti colpevolizzanti, l'operatore sanitario ha il compito di *educare* il paziente sottolineando quanto appare proponibile (Tabella 1).

La definizione di un adeguato e ragionevole programma dietetico deve scaturire da un accurato esame clinico della persona, necessario per valutare il grado dell'obesità e l'eventuale presenza di malattie concomitanti associate (diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemie, nefropatie, epatopatie, malattie della tiroide, cardiopatie). L'anamnesi oltre a precisare l'età di esordio e l'evoluzione dell'obesità definisce la familiarità per obesità e per malattie metaboliche: essa inoltre ci permette di conoscere il comportamento alimentare, le abitudini dietetiche, il grado di sedentarietà, l'uso di alcuni farmaci, che possono essere una concausa importante dell'obesità, e lo stato psicologico. Le informazioni sulle terapie eseguite per l'obesità, dietetiche e/o farmacologiche sono



Giancarlo Vannozi, specialista in Malattie dell'Apparato Digerente, è dirigente medico in Gastroenterologia AOU Careggi. Si occupa di dietoterapia e malattie con malnutrizione ed è autore di testi di nutrizione clinica.

<sup>1</sup> Gastroenterologia SOD  
2 AOU Careggi, Firenze

**Tabella 1** - *L'obesità: le informazioni basilari*

1. L'obesità è un problema di salute che comporta un rischio aumentato per malattie.
2. L'obesità è la conseguenza di errori nutrizionali, in particolare di un eccesso di alimenti.
3. L'obesità può essere curata.
4. Il trattamento curativo dell'obesità richiede tempi lunghi.
5. Un rapido calo ponderale è pericoloso.
6. L'attività fisica deve essere aumentata.
7. Il problema del trattamento dell'obesità non è quasi mai rappresentato dal calo ponderale, talora raggiungibile, ma piuttosto dal mantenimento nel tempo del peso ottimale raggiunto.

estremamente opportune. Un colloquio attento svela moltissimi dati, soprattutto per quanto concerne le abitudini alimentari, e permette di distinguere i pazienti obesi con disturbi gravi del comportamento alimentare. L'esame obiettivo orienta le indagini diagnostiche allo scopo di chiarire la patogenesi. Una valutazione diagnostica semplice ma mirata, comprendente ad esempio ormoni tiroidei, assetto lipidico, glicemie frazionate, elettroliti sierici, creatinina, uricoemia, transaminasi, deve essere effettuata in molte persone obese. Ricerche ormonali sono quasi sempre scarsamente utili. Una visita medica completa riesce infatti a definire un corretto programma diagnostico di minima, capace di individuare le possibili complicanze dell'obesità stessa. L'eccesso diagnostico *rutinario* e non razionalmente finalizzato può determinare una medicalizzazione della persona obesa, potenziale causa di ansia e/o di depressione.

#### **Indirizzi dietetici tradizionali**

La restrizione energetica è la pietra miliare per la riduzione del peso e le diete bilanciate ipocaloriche sono un approccio terapeutico razionale dell'obesità. L'intervento dietetico può implicare modificazioni della scelta dei cibi e della distribuzione dei pasti e raccomandazioni adattate alla specifica restrizione dietetica. Per ottenere un calo ponderale l'introito calorico deve essere comunque inferiore al dispendio energetico. Il trattamento dell'obesità non può contemplare solo la restrizione quantitativa calorica o di alcuni macronutrienti: un programma idoneo deve comprendere variazioni del comportamento alimentare e dello stile di vita. Lo scopo del trattamento è quello di ottenere una riduzione della massa grassa e conseguentemente dei fattori di rischio cardiovascolare e dismetabolico ad essa correlati. Per ottenere questo è necessario che i risultati ottenuti nella riduzione della massa grassa siano mantenuti nel tempo. Spesso insieme al trattamento dietetico diventa opportuno un cambiamento dell'atteggiamento del paziente nei confronti dell'alimentazione e dell'attività fisica, le due principali e modificabili variabili determinanti il bilancio energetico. Stabilita la quota globale di energia quindi l'apporto in calorie, la dieta dovrà essere equilibrata e bilanciata e comprendere pertanto tutti i nutrienti nelle proporzioni stabilite secondo le regole dell'alimentazione corretta. Mantenendo l'indirizzo di una dieta bilanciata, l'intervento dietetico può talora prevedere modificazioni della scelta dei cibi: diete ipolipidiche e ricche in glucidi complessi, che tendono ad avere più fibre, possono formare la base delle raccomandazioni dietetiche. Deve essere qui sottolineato che oltre alla dietoterapia un trattamento "nutrizionale" in-

tegrato essenziale ritenuto in linea generale teoricamente più idoneo include diete ipocaloriche con netta riduzione dell'introito di grassi, incremento ragionato e progressivo dell'attività fisica e strategie che contribuiscano a modificare lo stile di vita. L'uso di prodotti ricchi o arricchiti di fibra solubile ad alta viscosità può essere consigliato per l'effetto saziante determinato. Gli alimenti *light*, di larga disponibilità sul mercato, possono essere di aiuto nel paziente iperfagico. A tutti questi "alimenti" deve essere dato il significato reale di ausilio nutrizionale, senza un'eccessiva enfaticizzazione del loro potenziale dimagrante e senza illudere la persona obesa con falsi messaggi dietetici. Una corretta distribuzione dei pasti è utile per il controllo dell'apporto calorico del paziente. L'alimentazione dovrà prevedere una ripartizione in tre pasti al giorno, lasciando in taluni casi libertà di consumare solo modeste quantità di frutta nell'intervallo tra i pasti. Per quanto riguarda l'attività fisica, essa determina vantaggi nell'incrementare il consumo calorico e permette di raggiungere più facilmente l'obiettivo programmato di un calo ponderale, ma nelle persone con moderata o grave obesità deve essere eseguita dopo e sotto un preciso ed attento controllo medico.

#### **Trattamento dell'obesità. Le diete speciali o alternative**

Negli ultimi anni è andato gradualmente crescendo l'interesse generale per il trattamento della persona obesa. Nonostante la diffusione dei messaggi televisivi e in genere dei *mass media* relativi a diete miracolose, nonostante la pleora di libri riguardanti le diete dimagranti e i diversificati schemi, alcuni molto semplici, altri nutrizionalmente sofisticati, promettenti tutti il *giusto percorso* per perdere peso in tempi rapidi e senza sforzo, il progressivo incremento dell'epidemia dell'obesità dimostra l'insufficienza ed il fallimento di questi approcci. Sembra comunque giusto delineare le caratteristiche più importanti di queste impostazioni dietetiche alcune delle quali hanno assunto un largo consenso tra la popolazione. La valenza e l'efficacia di alcune di queste diete sono discutibili, ma indubbiamente alcuni regimi alimentari e taluni stili di vita proposti meritano attenzione e rispetto culturale. Molte delle diete alternative sono simili e differiscono per l'enfasi di talune specifiche raccomandazioni.

#### **Diete con cibi speciali (o pasti formula)**

Queste diete sono basate su formulazioni nutrizionali preparate dall'industria, consistenti in pasti-formula a bassa o bassissima densità calorica,

ricchi in fibra. Le formulazioni sono generalmente assunte in sostituzione di un pasto regolare.

### **Diete a basso contenuto di grassi (low-fat diet)**

Le diete a basso o bassissimo contenuto di grassi prevedono un apporto giornaliero di grassi inferiore al 20% (generalmente contengono una quantità pari al 10-15% di grassi totali). Sono diete nate o concepite per prevenire la cardiopatia ischemica. Quelle più conosciute sono il programma di Ornish e il programma Pritikin. Nel programma di Ornish è prevista una dieta vegetariana con un'assunzione estremamente bassa di grassi (< 10%) in associazione con profondi cambiamenti dello stile di vita (attività fisica, cessazione del fumo, supporto di gruppo). La dieta di Pritikin è sovrapponibile alla dieta vegetariana di Ornish ma contempla limitate quantità di proteine animali. Le diete a basso contenuto di grassi sono ricche di carboidrati e di fibra. Per l'alto contenuto glucidico, l'American Heart Association ha espresso parere negativo sull'uso di tali diete per il pericolo di ipertrigliceridemia. Il programma Ornish è ritenuto valido ed apprezzato da molti autori.

### **La dieta di Atkins (dieta a basso contenuto di glucidi, ricca in grassi e proteine)**

Questo approccio dietetico molto diffuso soprattutto negli USA è rappresentato da una dieta marcatamente ipoglucidica. Ha preso il nome di colui che l'ha ideata e fatta conoscere tramite libri divenuti *best-seller* (45 milioni di libri venduti in 40 anni). La dieta consiste in una marcata riduzione dell'apporto glucidico con incremento dell'assunzione lipido-proteica. Il calo ponderale avviene per la riduzione netta del consumo dei carboidrati. Il programma dietetico prevede 4 fasi. La fase 1, che corrisponde al momento della induzione con un apporto di carboidrati limitato a 20 g/die per 2 settimane, induce calo ponderale. La fase di proseguimento o continuazione della perdita di peso prevede l'aggiunta progressiva di 5 g di carboidrati al giorno ogni settimana fino al cosiddetto livello "critico" di assunzione giornaliera glucidica sufficiente per dimagrire. Nella terza fase (fase di pre-mantenimento) si raggiunge un nuovo livello critico di carboidrati aumentandone 10 g la settimana al fine di raggiungere la stabilità ponderale. La quarta fase si chiama fase di mantenimento e consiste nel mantenere l'obiettivo raggiunto assumendo giornalmente il proprio livello critico di carboidrati. Il programma prevede l'integrazione di vitamine e sali minerali oltre ad una regolare e costante attività fisica. La dieta di Atkins rappresenta la dieta più *antimediterranea* esistente. Il principio su cui si basa l'impostazione dietetica di Atkins è una riduzione netta e significativa dell'apporto glucidico e l'obiettivo è quello di raggiungere un peso *normale* e mantenerlo con il minimo livello di carboidrati. Questo inevitabilmente comporta un aumento dell'assunzione di grassi e proteine. La dieta infatti non prevede né una più o meno rigida riduzione calorica né tanto meno una limitazione

lipidica e proteica. Controversi e non sufficientemente chiari sono i meccanismi fisiopatologici tramite i quali si ottiene il calo ponderale. Durante la severa restrizione di carboidrati si determina un'importante deplezione dei depositi di glicogeno con concomitante perdita di acqua corporea. Pertanto sicuramente la prima causa della perdita di peso durante il regime dietetico di Atkins è la perdita di fluidi. Ma probabilmente il calo ponderale che si raggiunge nel tempo è dovuto alla combinazione della restrizione alimentare indotta dalla *monotonia* e semplicità della dieta (solo grassi e proteine e quindi molta carne) con l'aumentata sazietà prodotta per l'alto contenuto proteico.

### **La dieta Weight Watchers**

La dieta Weight Watchers non si propone solo come dieta dimagrante ma come modello di educazione alimentare. Rappresenta probabilmente l'unico approccio nutrizionale organizzato per il trattamento dell'obesità che risulta abbastanza simile alle nostre impostazioni. La dieta fu ideata dalla signora Jean Nidetch negli anni '60. Il programma consiste in una classica dieta ipocalorica di 1200-1300 kcal/die per un minimo di 3 settimane e prevede periodici incontri di gruppo (gruppi di auto-aiuto). Durante le riunioni ognuno esprime le proprie difficoltà, i successi, le strategie personali. Raggiunto il primo obiettivo, ossia un calo ponderale iniziale, la persona controllerà la sua dieta conteggiando le kcal e numerose altre particolarità quali gli spuntini fuori-pasto, l'uso dello zucchero e di dolcificanti, il consumo di grassi. La dieta Weight Watchers attualmente ha perso un po' della notorietà iniziale e non sembra rientrare tra le diete più conosciute e seguite, sebbene rappresenti un approccio realistico e per molti aspetti sostanzialmente corretto. Il fallimento pratico del programma dietetico è la conseguenza della rigida impostazione e delle regole comportamentali che spostano l'attenzione del soggetto unicamente sulla dieta. Il modello di alimentazione è inoltre troppo correlato e dipendente dalle norme della *cucina light* esageratamente attenta alle calorie e poco alla sazietà oltre che fornire indicazioni ormai obsolete come ad esempio la raccomandazione di bere tanta acqua tutti i giorni.

### **La dieta a zona**

La dieta "zona" prevede una restrizione calorica e una forte riduzione del consumo dei carboidrati (riduzione netta dei carboidrati principalmente sotto forma di pane e pasta); contemporaneamente ad ogni pasto o spuntino un corretto bilanciamento tra le tre componenti fondamentali dell'alimentazione: proteine, carboidrati e grassi. La dieta a zona è sicuramente una delle diete più conosciute negli ultimi anni, ma sicuramente una delle più discutibili. Il nome "a zona" si riferisce a un presunto stato di equilibrio ormonale in cui l'insulina si trova ad essere sempre in equilibrio con i suoi ormoni antagonisti (glucagone). Il dottor Barry Sears, biochimico americano e creatore di questa dieta, ha messo a punto uno stile alimentare che si basa su tre punti cardine:

1. In ogni pasto devono essere sempre presenti tutti i macronutrienti.
2. I carboidrati devono derivare soprattutto da frutta e verdura.
3. Bisogna consumare almeno 5 pasti al giorno. La dieta prevede un consumo giornaliero di un 40% di glucidi (da frutta e verdura), un 30% di proteine e un 30% di grassi. Tralasciando alcune modalità per seguire questo tipo di dieta possiamo sintetizzare quanto segue:
  - La giornata in "zona" prevede pasti frequenti e non abbondanti, con tutti e tre i macronutrienti nelle proporzioni già indicate.
  - Lo scopo principale della dieta a zona è quello di modulare il metabolismo attraverso il cibo che induce risposte ormonali diversificate in relazione all'alimento assunto.
  - Armonizzando come indicato i costituenti alimentari ad ogni pasto la dieta controlla la risposta ormonale al cibo, specialmente quella di insulina e glucagone, la cui produzione è stimolata da glucidi e proteine.

Se si raggiunge questo equilibrio ormonale mantenendo il rapporto insulina/glucagone entro determinati limiti, la dieta riesce a modulare positivamente la produzione di altri importanti ormoni con effetti benefici per l'organismo. La dieta a zona ha un razionale scientifico controverso e poco convincente, ma possiede alcune caratteristiche operative positive quali la varietà degli alimenti permessi. Non esistono comunque evidenze che un simile approccio nutrizionale sia vantaggioso per la salute più della dieta libera e variata né che riesca ad indurre un calo ponderale.

### La dieta Dukan

La dieta Dukan popolare soprattutto in Europa propone un programma dietetico da espletare in 4 fasi. Include alimenti ricchi in proteine e poco calorici, che hanno quindi il vantaggio di ridurre l'appetito. La prima fase (fase d'urto) completamente a base di proteine (carne, pesce, latticini) si effettua per 3-10 giorni a seconda dell'obiettivo da raggiungere. Nella seconda fase o alternativa sono aggiunte verdure, con l'esclusione di patate e legumi. Queste due fasi si alternano fino ad ottenere il peso desiderato. La fase 3 o fase di consolidamento consiste in un momento abbastanza lungo di ritorno alla dieta normale, che permette di evitare il famoso "effetto yo-yo" di ripresa del peso. Gli alimenti vietati sono progressivamente reintrodotti. La fase 4 o di mantenimento prevede una dieta normale ma che rispetti i due principi fondamentali ossia un *giorno proteico* alla settimana e assumere 3 cucchiaini di crusca e avena al giorno. La perdita di peso è veloce inizialmente e poi controllata. Nel programma nutrizionale viene indicata la necessità dell'attività fisica quotidiana.

### La dieta paleolitica

Abbastanza recentemente è reclamizzata una nuova alimentazione, chiamata dieta paleolitica. Con questo originale stile dietetico, si intende riproporre quell'ipotetico tipo di alimentazione caratterizzante le popolazioni vissute nel periodo

precedente la scoperta dell'agricoltura, avvenuta circa 10.000 anni fa. Viene quindi suggerita un'alimentazione a base di cibi quanto più possibile vicini allo stato naturale: carne di qualunque tipo, soprattutto selvaggina, pesce, in particolare pesce azzurro, frutti di mare, crostacei, molluschi, oltre a uova, frutta e verdura scelta tra i prodotti di stagione e moderate quantità di frutta secca. I grassi utilizzabili sono l'olio extravergine di oliva, l'olio di noci, l'olio di cocco e l'olio di avocado.

Le percentuali di macronutrienti non vengono fissate in modo preciso, ma viene indicato un range: proteine dal 20% al 35% delle calorie, grassi dal 30% al 60% ma in alcuni soggetti anche 80%, carboidrati dal 20% al 35%. Nella paleodieta non è raccomandato tutto ciò che non era disponibile nel Paleolitico, e quindi cereali, legumi (compresa la soia), latte e i suoi derivati sono proibiti o non consigliati per una completa e corretta adesione. Tra le bevande sono da eliminare quelle contenenti zuccheri aggiunti, coloranti e additivi, mentre sono utilizzabili il tè, gli infusi in genere e i frullati e centrifugati di frutta e verdura. Il vino e l'aceto sebbene non siano alimenti paleo, sono tollerati se assunti in quantità moderate e saltuariamente. È raccomandato di ridurre o eliminare il sale da cucina, sebbene al fine di garantire una aderenza alla dieta sul lungo periodo questa indicazione viene messa in secondo piano rispetto alle linee guida principali.

### Le diete vegetariane

Recentemente viene suggerito che la prescrizione di diete vegetariane o vegane svolge un importante ruolo terapeutico nelle persone in eccesso ponderale o obese inducendo frequentemente risultati positivi in termini di riduzione del peso corporeo. Diversi sembrano essere i meccanismi mediante i quali una dieta vegetariana più o meno stretta può far dimagrire, ma sicuramente l'aumentato effetto termico dei cibi e la ridotta assunzione calorica per il basso contenuto di grassi alimentari rappresentano le cause dell'effetto positivo sull'eccesso ponderale.

Si deve sottolineare che le diete vegetariane e in particolare la dieta vegana non sono codificate come trattamenti per l'eccesso ponderale ma meritano una particolare attenzione in quanto frequentemente sono raccomandate per ottenere un più o meno rapido dimagrimento. Diverse dimostrazioni anche recenti hanno infatti stabilito che le diete vegetariane sono capaci di espletare un'efficacia non trascurabile nel ridurre il peso corporeo delle persone in eccesso ponderale rappresentando una valida strategia terapeutica.

Una dieta vegetariana è scelta per diversificati motivi: per lo più sono considerazioni ecologiche, tendenze religiose, etiche o semplicemente considerazioni salutistiche che spingono le persone a cambiare stili di vita ed affrontare percorsi così diversi ed impegnativi.

In questo caso si desidera perdere peso, contrastare l'obesità e ridurre il rischio di determinate malattie. È stato dimostrato che le diete vegetariane correttamente applicate sono le strade più effi-

caci nel ridurre il BMI, modificare l'assetto lipidico e ridurre l'incidenza di ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, stroke, sindrome metabolica e arteriosclerosi.

### Le diete vegane

Le diete vegane sono diete vegetariane. Il modello nutrizionale è caratterizzato da rigorose scelte alimentari consistenti nell'esclusione della carne e di tutti i prodotti animali. Il veganismo è un movimento filosofico basato su uno stile di vita fondato sul rifiuto di ogni forma di sfruttamento degli animali. Il termine è un'italianizzazione del termine *veganism* derivante da *vegan*, neologismo ideato nel 1944 da Donald Watson. L'esclusione alimentare riguarda la carne di tutti gli animali compreso pesce, molluschi e crostacei. La dieta vegana non comprende né il consumo di latte né di uova né di formaggi, così come è escluso il consumo di miele. Lo stile di vita vegano prevede un'alimentazione biologica. Viene raccomandata l'esclusione o la forte limitazione di tutti i prodotti idrogenati, l'uso di oli vegetali spremuti a freddo, dadi senza glutammato, l'uso di prodotti integrali. Per una corretta alimentazione si indica un consumo di verdure crude o l'utilizzo di quelle modalità di cottura in grado di lasciare abbastanza integra la verdura consumata. Sullo specifico della dieta vegana, la *American Dietetic Association* (ADA) ha emesso precise informazioni di rilevante importanza pratica: la dieta vegana se non corretta e bilanciata, comporta un rischio non trascurabile di carenze nutritive soprattutto di micronutrienti essenziali, quali calcio, zinco e vitamine.

### Diete vegetariane vegane: considerazioni

Una prima considerazione possibile e relativamente ragionevole è la seguente: le diete vegetariane e le vegane se correttamente seguite sono giuste dal punto di vista nutrizionale e possono conferire benefici per la salute. Le diete vegetariane sono definite *diete appropriate* per tutti, comprese le donne in gravidanza e in allattamento, così come nella prima e seconda infanzia e nell'adolescenza. Una dieta vegetariana è capace di soddisfare le raccomandazioni più importanti per gran parte dei nutrienti. In alcuni casi, viene raccomandato l'uso di cibi fortificati o di integratori per una prudente integrazione nutrizionale. Riportiamo in sintesi le osservazioni ritenute più rilevanti.

1. Le diete vegane rispetto ad altre diete cosiddette alternative sono usualmente più ricche in fibra alimentare, magnesio, acido folico, vitamina C e vitamina E, ma hanno quantità inferiori di grassi saturi e di colesterolo così come bassi sono i livelli di acidi grassi omega-3, di vitamina D, di vitamina B<sub>12</sub>, di calcio e di zinco.
2. Le diete vegetariane che tendono ad avere un contenuto di grassi saturi e di colesterolo ridotti sono associate ad indiscutibili vantaggi per la salute: i vegetariani hanno infatti un rischio ridotto per cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, diabete mellito. Oltre alla ridotta assunzione di acidi grassi saturi e di colesterolo, le caratteristiche più importanti di una dieta

vegetariana in grado di ridurre il rischio di malattie croniche sono le più elevate assunzioni di frutta, verdura, cereali integrali, frutta secca, prodotti della soia, fibre alimentari.

3. Molte osservazioni confermano che la dieta vegana è utile nell'aumentare l'assunzione di nutrienti protettivi e di minimizzare l'introito di quei fattori dietetici implicati nella genesi di molte malattie croniche.

### Diete vegane e rischi nutrizionali

Riguardo le diete vegetariane la principale preoccupazione è il significativo rischio di carenze nutrizionali. Queste includono carenza di Vitamina B<sub>12</sub>, ferro, proteine, acidi grassi in particolare omega-3, zinco, calcio, vitamina D.

#### 1. Vitamina B<sub>12</sub>

La deficienza di vitamina B<sub>12</sub> è il problema più importante per i vegani. Le persone che seguono una dieta vegana hanno tipicamente livelli plasmatici di B<sub>12</sub> più bassi della norma. Lo stato della vitamina B<sub>12</sub> dei vegetariani è infatti inferiore a quello raccomandato per l'irregolare consumo di fonti affidabili di vitamina B<sub>12</sub>. I latte-ovo-vegetariani assumono invece la B<sub>12</sub> con i latticini e le uova. Per i vegani, la B<sub>12</sub> deve essere ottenuta dall'utilizzo regolare di cibi fortificati con B<sub>12</sub>, come le bevande fortificate di soia (latte vegetali) e di riso e alcuni cereali sempre fortificati con B<sub>12</sub>.

Chi sceglie una dieta vegana deve essere informato che la deficienza di B<sub>12</sub> produce disturbi neurologici che vanno dall'atassia alle parestesie e alla difficoltà di concentrazione fino a quadri di demenza e psicosi, neuropatie ed anemia macrocitica anche grave. Nell'adulto la quantità di vitamina B<sub>12</sub> (cobalamina) è presente nel fegato come riserva. Il fatto poi che la vitamina subisca un ricircolo enteroepatico permette di minimizzare o misconoscere un'eventuale carenza alimentare anche per alcuni anni, prima che compaia una sintomatologia conclamata. I bambini invece, che hanno riserve inferiori, sono decisamente più esposti agli effetti della carenza alimentare di B<sub>12</sub>. L'eliminazione dalla dieta di carne e di latticini come si verifica appunto in chi segue una dieta vegana durante l'infanzia fino a 6 anni è stata associata nell'adolescenza a deficit di vitamina B<sub>12</sub>. Abbiamo affermato che i latte-ovo-vegetariani possono assicurarsi quantità adeguate di B<sub>12</sub> assumendo latticini ed uova. ma secondo alcune evidenze queste fonti alimentari possono non essere adeguate per il fabbisogno di B<sub>12</sub>, pertanto viene consigliato l'uso di cibi arricchiti e supplementi anche per i latte-ovo-vegetariani. La frequenza con cui sono consumati uova e latticini è comunque determinante per stabilire se la quantità di B<sub>12</sub> assunta è appropriata. Un uso frequente di questi prodotti dovrebbe assicurare livelli ottimali della vitamina mentre un'assunzione modesta o sporadica espone la persona a tutti i rischi della deficienza vitaminica con una elevata possibilità di sviluppare patologie neurologiche o anemia franca. Le diete vegetariane contemplano tipicamente un contenuto di acido folico elevato;

questa condizione può mascherare i segni ematologici della carenza di B<sub>12</sub>, al punto che alcune situazioni di carenza restano non diagnosticate fino alla comparsa dei segni e sintomi neurologici. Durante la gravidanza e l'allattamento è fondamentale che l'alimentazione delle madri vegane contenga B<sub>12</sub> in quantità ottimali (cibi fortificati e/o integratori), in quanto durante queste fasi della vita la B<sub>12</sub> immagazzinata nell'organismo della donna è poco disponibile per il bambino. La mancata assunzione di cibi fortificati e/o integratori di B<sub>12</sub> da parte della madre durante la gravidanza e l'allattamento può determinare anomalie gravi a carico del bambino quali arresto o regressione della crescita, ipotonia, atrofia cerebrale, anemia megaloblastica, riduzione delle capacità motorie e difetti neurologici permanenti. I bambini allattati al seno, le cui madri non abbiano un'assunzione adeguata di B<sub>12</sub>, devono dunque assumere integratori di B<sub>12</sub>. Lo stato della vitamina B<sub>12</sub> può essere monitorato attraverso esami ematici in grado di diagnosticare una carenza. Per quanto riguarda l'allattamento, si precisa che il latte delle madri vegetariane è simile per composizione a quello delle non-vegetariane ed è nutrizionalmente adeguato. Le formule commerciali a base di soia sono le uniche possibilità per i lattanti vegani non allattati al seno o se svezzati prima dell'anno di età.

In sintesi un'alimentazione senza fonti affidabili di B<sub>12</sub> prolungata per lungo tempo in una dieta vegetariana è potenzialmente pericolosa e può condurre ad una carenza veramente grave di questa vitamina con la comparsa di anemia megaloblastica e alterazioni neurologiche fino allo sviluppo di danni irreversibili a carico del sistema nervoso.

## 2. Ferro

Il ferro nei cibi vegetali è esclusivamente ferro non-eme, che è sensibile alle situazioni che inibiscono o facilitano l'assorbimento del ferro. Le sostanze che inibiscono l'assorbimento del ferro sono i fitati, il calcio, i polifenoli presenti nel tè, o nel caffè, nelle tisane e nel cacao. L'incidenza dell'anemia da carenza di ferro tra i vegetariani è comunque simile a quella dimostrata tra i non-vegetariani. Sebbene gli adulti vegetariani presentino più bassi depositi di ferro rispetto ai non-vegetariani, i loro livelli sierici di ferritina si collocano nel range di normalità. I vegani inoltre consumano grandi quantità di alimenti particolarmente ricchi in vitamina C che migliora in modo marcato l'assorbimento di ferro non-eme.

## 3. Proteine

A condizione che vengano consumati gli alimenti vegetali in modo variato e che venga soddisfatto il fabbisogno energetico, le proteine vegetali possono soddisfare i fabbisogni nutrizionali proteici. La dieta vegana se accuratamente variata nella scelta dei diversificati cibi vegetali assunti nel corso della giornata fornisce tutti gli aminoacidi essenziali e assicura in modo adeguato l'assunzione e l'utilizzo di azoto nelle persone in buona salute.

## 4. Acidi grassi

Le diete vegetariane risultano generalmente ricche di acidi grassi omega-6, ma possono contenere quantità insufficienti di acidi grassi omega-3. Pertanto, i vegetariani dovrebbero includere fonti di omega-3 nella loro alimentazione utilizzando per esempio noci e soia. I soggetti con aumentate richieste di omega-3, come le donne in gravidanza o in allattamento, possono trarre vantaggio dall'assunzione di microalghe ricche di acido docosaesaenoico (DHA). L'uso di microalghe costituisce un'interessante fonte di DHA. Tra la frutta si segnala che l'avocado è ricco di omega-3 e di monoinsaturi.

## 5. Zinco

I vegetariani sono spesso considerati a rischio di deficienza di zinco. La biodisponibilità di zinco a partire da una dieta vegetariana può infatti essere ridotta rispetto a una dieta non-vegetariana, soprattutto per l'elevato contenuto di fitati nelle diete vegetariane. Si ricorda che l'acido fitico è la principale forma di deposito di fosforo in molti tessuti vegetali, specialmente nella crusca, nei semi e nella frutta secca in particolare noci e mandorle. L'acido fitico e i fitati non sono digeribili, hanno potere chelante e rendono non-assorbibili importanti micronutrienti come zinco e ferro, e in misura minore anche macroelementi come calcio e magnesio. Per l'effetto chelante i fitati sono considerati antinutrizionali. Il fabbisogno di zinco per alcuni vegetariani che seguono diete composte principalmente da cereali integrali e legumi ricchi di fitati può essere superiore a quello indicato dalle Raccomandazioni Dietetiche. Gli introiti di zinco dei vegetariani sono peraltro variabili; alcuni studi hanno rilevato assunzioni di zinco in sintonia con i livelli raccomandati, mentre altre osservazioni hanno delineato un'assunzione di zinco insufficiente. Non c'è quindi una certezza sulla presenza di una deficienza di zinco nei vegetariani. Per questa difficoltà di valutazione dello stato dello zinco, non è possibile determinare gli effetti potenziali di un ridotto assorbimento di zinco a partire da una dieta vegetariana. Comunque molte segnalazioni di letteratura confermano che le diete vegetariane quando pianificate forniscono giuste quantità di zinco in tutte le età. Importanti fonti di zinco sono i cereali integrali, i legumi, i prodotti della soia, le noci.

## 6. Calcio

Gli introiti di calcio dei latte-ovo-vegetariani sono comparabili o addirittura superiori a quelli dei non-vegetariani, mentre gli introiti dei vegani tendono a essere più bassi dei due gruppi precedenti e possono collocarsi al di sotto delle assunzioni raccomandate. Le verdure verdi a basso contenuto di ossalati e i succhi di frutta fortificati con calcio citrato e malato sono buone fonti di calcio a elevata biodisponibilità (dal 50 al 60% , e dal 40 al 50%, rispettivamente), mentre il tofu ottenuto con il solfato di calcio e il latte vaccino hanno una buona biodisponibilità di calcio (circa 30-35%); i semi di sesamo, le mandorle e i fagioli secchi hanno una biodisponibilità inferiore (tra 21

e il 27%). La biodisponibilità del calcio a partire dal latte di soia fortificato con calcio carbonato risulta sovrapponibile a quella del latte vaccino, sebbene un limitato numero di studi abbia trovato che la biodisponibilità di calcio si riduce in misura sostanziale quando è utilizzato il fosfato tricalcico per fortificare le bevande a base di soia. I cibi fortificati con calcio come succhi di frutta, latte di soia, latte di riso e cereali per colazione possono fornire quantità significative di calcio alla dieta dei vegani. Gli ossalati presenti in alcuni cibi, come gli spinaci e la bietta, possono ridurre sensibilmente l'assorbimento del calcio, rendendo questa verdura una fonte mediocre di calcio utilizzabile.

## 7. Vitamina D

L'esposizione al sole e l'assunzione di cibi fortificati con vitamina D o di integratori condizionano i livelli ematici di vitamina D nell'organismo. L'entità della produzione cutanea di vitamina D per l'esposizione alla luce solare è variabile e dipende da diversi fattori tra cui i tempi della esposizione, la stagione, la latitudine geografica, l'utilizzo di filtri solari, l'età. Basse assunzioni di vitamina D, bassi livelli ematici di 25-idrossivitamina D e una riduzione della massa ossea sono segnalati in persone vegane che non utilizzano integratori o cibi fortificati con vitamina D. Questi cibi fortificati includono alcune marche di latte di soia, di latte di riso e di succhi di frutta, alcuni cereali per colazione. Nella preparazione di integratori e di cibi fortificati sono utilizzate sia la vitamina D<sub>2</sub> che la vitamina D<sub>3</sub>. La vitamina D<sub>3</sub> (colecalciferolo) è di derivazione animale. La vitamina D<sub>2</sub> (ergocalciferolo) è prodotta invece dall'ergosterolo derivato dal lievito, ed è una forma accettabile per i vegani. Sebbene alcuni studi suggeriscono che la vitamina D<sub>2</sub> possa essere meno efficace della vitamina D<sub>3</sub> nel mantenimento dei livelli ematici di 25-idrossivitamina D, altri studi trovano che l'efficacia della D<sub>2</sub> e della D<sub>3</sub> sia sovrapponibile.

### Le diete alternative: il vero e il falso, l'irragionevole e le certezze.

Nella disamina delle diete alternative indicate per la correzione dell'obesità, bisogna ricordare che queste linee guida nutrizionali sono quasi tutte espressione e pratica di uno stile di vita nuovo. La dieta intesa appunto nella sua autentica accezione di stile di vita, insieme di comportamenti, tendenze e scelte nutrizionali, diventa così una delle categorie più importanti della *filosofia della vita*. I sostenitori della dieta vegana sono artefici di una nuova scelta di vita, nello specifico contro lo sfruttamento e l'uccisione degli animali, contro ogni tipo di violenza nei confronti degli animali, contro qualsiasi forma di oppressione degli animali. La dieta vegana e più in generale ogni tipo di dieta vegetariana rappresentano meglio di altre diete pur famose la volontà di una **nuova filosofia della vita in tutte le sue manifestazioni**. Le diete cosiddette alternative raccomandate quale stile di vita allo scopo di correggere l'obesità sono diventate scelte dietetiche diffuse in tutto il mondo, oggetto di ampia e talora accesa discus-

sione tra nutrizionisti, medici, esperti in dietetica. Una confusione tra le molteplici diete è emersa recentemente, dato che si sono sviluppate numerose derivazioni dal programma originale, specifiche distorsioni dalle linee guida ufficiali, o peggio complesse e pericolose combinazioni tra i diversi tipi di diete. Un esasperato e dilagante fiorire di commenti, linee guida, segnalazioni, messaggi promozionali, ha peraltro reso quanto mai difficile una lettura analitica consapevole e razionale dei vari programmi nutrizionali tale da consentire operazioni professionali e socio-sanitarie adeguate e proporzionali alla rilevanza delle problematiche. Un frequente fenomeno inoltre che ha determinato la formazione di convinzioni semplicistiche o luoghi comuni o falsi miti o credenze del tutto irrazionali è la *nuova cultura dell'approssimazione, del sentito dire, del passa-parola*, che lentamente ma in modo incisivo e oculato è emersa negli ultimi anni in grado di rovinare o falsare le più avanzate e le più intelligenti preziosità di alcune impostazioni nutrizionali che, se non sempre efficaci per esempio nel correggere i diversi eccessi ponderali, sono sicuramente meritevoli di grande attenzione o anche di adesione. Una sintesi dettagliata ragionata sulle diete alternative succintamente analizzate può essere espressa con le seguenti conclusioni:

1. Nonostante la diffusione di programmi di educazione alimentare che hanno lo scopo di ridurre l'indice di massa corporea, di rappresentare quindi una corretta strategia terapeutica nei confronti dell'epidemia obesità, in tutto il mondo non esiste ancora una sicura ed affidabile terapia nutrizionale in grado di garantire *sempre* il raggiungimento dei due obiettivi fondamentali ossia il calo ponderale e il suo mantenimento nel tempo. Una riflessione comunque che può essere senza alcun dubbio espressa è la seguente: tutte le diete più famose propagandate, sia la dieta Atkins sia la dieta di Dukan sono riconosciute indurre sensibile riduzione del peso corporeo ed in tempi anche rapidi.
2. Diete ricche in proteine possono influenzare l'equilibrio energetico aumentando la sazietà post-prandiale ed incrementando il dispendio energetico. Diete ricche in proteine possono indurre aumenti del dispendio energetico anche aumentando la termogenesi.
3. Durante una dieta povera di carboidrati, gli acidi grassi liberi sono metabolizzati a produrre chetoni. Lo stato di chetosi è un importante fattore che inibisce l'appetito. Nei primi giorni di applicazione di una dieta povera in carboidrati avvengono vari processi che portano a perdita di acqua, così come la mobilizzazione di glicogeno dai muscoli e dal fegato.
4. Molte diete esaminate sono definibili diete iperproteiche ed alcune chetogenetiche cioè in grado di indurre incremento di chetoni. La popolarità delle diete ad alto contenuto proteico è dovuta alla loro efficacia nell'indurre un rapido calo ponderale e al fatto che non ci sono limiti su quanto gli alimenti ricchi in proteine devono essere consumati. Queste diete ricche

in proteine in combinazione ad un basso e talora bassissimo introito di carboidrati inducono una rapida perdita di peso.

5. Altre diete tendono a modificare marcatamente l'equilibrio nutrizionale qualitativo e quindi il rapporto tra i macronutrienti, quasi demonizzando ora il contenuto dei glucidi ora le sostanze grasse alimentari ora le proteine. Si tratta quasi sempre di impostazioni che hanno un razionale teorico biochimico e/o fisiologico apparentemente impeccabile e quasi convincente, ma che in realtà mancano di sostanziale conferma in termini di risultati clinici, di obiettivi raggiunti, di assenza di effetti collaterali o di reazioni avverse.
6. Le diete vegetariane rappresentano una valida strategia alternativa nutrizionale sia quale trattamento diverso della "problematica eccesso ponderale" sia quale *nuovo stile di vita*, nuovo programma in grado di modificare se non il peso corporeo certamente molte variabili dimostrate essere pericolose in tema di salute. Le diete vegane in particolare oggetto di tanta riflessione culturale critica, ma probabilmente anche nuova occasione per **invertire il nostro stile di vita verso orizzonti di benessere**, è una nuova possibile alternativa ai vecchi schemi dietetici risultati o dannosi o privi di opzioni salutistiche.

In questa sede non si può non fare un riferimento alla **dieta mediterranea**. La dieta mediterranea, se rivisitata e soprattutto se valorizzata nei suoi autentici caratteri originari, potrebbe di per sé portare diversi vantaggi nutrizionali anche nelle persone in eccesso ponderale, tali da consentire uno stile di vita igienicamente migliore. Sicuramente il modello dietetico della dieta mediterranea, ormai antico e validato da ricerche epidemiologiche, da studi di popolazione, ma soprattutto dalla storia epocale delle esperienze umane, del vissuto storico di tutte le popolazioni del mediterraneo, ha le *carte giuste* per superare molte delle più enfatizzate diete oggi in larga diffusione sia in Europa che negli Stati Uniti d'America.

### La dietoterapia dell'obesità: riflessioni e perplessità

Tutte le volte che una persona in eccesso ponderale richiede un intervento medico o dietetico, l'assioma operativo, poco elaborato e talora non scritto, si traduce in generici suggerimenti, oppure le raccomandazioni si concretizzano in una sola frase: "si metta a dieta". Il messaggio diventa una ricetta non redatta rivolta ad una persona con un'importante problematica sentita frequentemente con ansia e/o depressione. Lo smarrimento avvertito può indurre ulteriori ansie. Sulla base delle proprie storiche e radicate convinzioni il paziente forse non comprenderà appieno il significato di tale messaggio, anche se genericamente giusto, oppure inizierà un percorso fatto di restrizioni qualitative senza effetti positivi sul peso. Oppure tenterà di improvvisare *costruendosi* una dieta ipocalorica "fai da te".

Il trattamento dietetico ed operativo dell'obe-

sità richiede una diversa consapevolezza della difficoltà del problema, un ripensamento critico da parte di medici e dietisti ed un'attenzione particolare e costante nel tempo ai bisogni riferiti dal paziente. Se infatti la prima e più diffusa impressione sembra suggerire che il controllo e la terapia dell'obesità siano semplici ed agevoli per tutti, la realtà ci dimostra invece che il trattamento dell'eccesso ponderale moderato o grave è problematico e talora fallimentare. Per molti pazienti obesi perdere peso è difficile così come il mantenimento dell'eventuale peso desiderabile raggiunto.

Sarà allora opportuno **ripensare** la strategia curativa della persona obesa in altri termini culturali e operativi. Se la dieta nella sua accezione più larga ed i relativi accorgimenti nutrizionali sembrano tutto sommato ancora oggi il pilastro di ogni comportamento operativo nei confronti dell'obesità, occorre riconsiderare il trattamento dietetico nella sua globalità di intervento nutrizionale, capace di modificare abitudini alimentari, stili di vita, informazioni più o meno giuste, certezze ritenute come sicuramente vere.

Dato che non tutti gli obesi sono uguali e che probabilmente esistono variegata forme di obesità con altrettanto diverse motivazioni patogenetiche e psicopatologiche, la personalizzazione della dieta può essere un primo obiettivo pratico di grande importanza, soprattutto quando l'anamnesi ha permesso di analizzare le innumerevoli *sfumature* del comportamento alimentare del paziente in eccesso ponderale. Questo modo di intervenire sul problema *obesità* deve diventare quanto più possibile un grande e coinvolgente impegno. La famiglia è chiamata a collaborare con il medico e il dietista, senza allarmismi e senza pessimismo.

L'approccio dietoterapico deve essere semplice, concretamente ragionato e redatto insieme al paziente, *pensato in termini di scelta degli alimenti e del loro gradimento*. Partendo dalla considerazione che nella maggioranza dei casi l'obesità è un disordine dell'alimentazione, comunque espresso, e che i complessi meccanismi che hanno determinato l'obesità non si risolvono limitando semplicemente l'assunzione di cibo o imponendo le tradizionali misure dietetiche ipocaloriche, bisognerebbe assolutamente evitare di consegnare ricette già compilate. Quello che si deve auspicare è la costruzione di un rapporto di fiducia con la persona obesa, tappa iniziale essenziale per traguardi più ambiziosi. Sulla base di molte esperienze e riflessioni accurate, l'orientamento terapeutico attuale sottolinea l'importanza di strategie e di programmi educativi tendenti a modificare stabilmente le abitudini alimentari del *paziente* obeso. Nell'ambito del trattamento o come talora si afferma "gestione" della persona obesa, occorre avere a mente alcune considerazioni riportate in Tabella 2.

### Trattamento della persona obesa o trattamento della popolazione obesa?

L'obesità è malattia globale ed epidemica, una nuova ed inquietante emergenza che è diventata ormai da anni *malattia* mondiale. Sebbene le vie metaboliche e molecolari che regolano il bilan-

**Tabella 2** - *Trattamento della persona obesa: considerazioni generali*

- La persona obesa chiede un nostro parere e ha bisogno di raggiungere un obiettivo, ossia quello di sentirsi meglio con il calo ponderale.
- Chiede aiuto perché sta male *fisicamente* e perché vuole avere un'altra qualità di vita.
- Quasi sempre è venuta spontaneamente, per scelta personale, quindi molto motivata, responsabile ed orientata a programmare un calo ponderale.
- La mancanza di una forte motivazione a intraprendere un programma dietetico è un ostacolo all'inizio del trattamento.
- Tutto quello che verrà stabilito deve essere conseguenza di un rapporto professionale eccellente.
- La persona obesa deve conoscere il programma e prenderne coscienza.

cio energetico siano quasi del tutto conosciute, le cause dell'obesità sono tuttora poco chiare, il che riflette probabilmente il fatto che l'obesità come malattia rappresenti un gruppo eterogeneo di alterazioni biologiche e metaboliche. Una complessa interazione di fattori genetici con specifiche variabili ambientali è sicuramente responsabile di molti quadri di obesità. La problematica più rilevante e discussa è rappresentata dal trattamento.

Questo oggi significa porsi alcuni semplici interrogativi: qual è il trattamento più idoneo, il più efficace e ovviamente il più corretto? Quali linee-guida operative dobbiamo seguire per far dimagrire una persona obesa? Le domande sono banali solo apparentemente.

La dietoterapia è la pietra miliare del trattamento dell'obesità. Sappiamo (e numerose sono le esperienze che si sono accumulate negli ultimi 10-15 anni) che la dieta ipocalorica da sola non è sufficiente e che è necessaria un'attività fisica costante e quando possibile intensa. Ma la centralità del trattamento dell'obesità rimane comunque la dieta, intesa sostanzialmente come riduzione calorica. Una dieta comunque efficace e l'esercizio fisico costante producono però in molti pazienti solo una modesta perdita di peso. La realtà dei risultati raggiunti rileva quindi che l'approccio curativo finora seguito deve essere criticamente rivisitato.

Nonostante alcune perplessità, che inducono a ritenere ancora discutibili specifici approcci nutrizionali quali soprattutto le diete tendenzialmente iperproteiche, non c'è dubbio che queste diete variamente articolate e quando correttamente personalizzate possono offrire un valido aiuto nella pratica clinica soprattutto là dove si devono ottenere rapidi risultati in particolarissime situazioni cliniche.

Se la sola dieta non cura la persona obesa allora vuol dire che non "cura" l'obesità nel senso almeno del raggiungimento del peso ideale o desiderabile. Contrariamente a quanto avviene per altre problematiche e malattie, la letteratura medica sempre più attenta al problema, lo scambio di informazioni e numerose nuove conoscenze non hanno offerto finora le basi per modellare un programma nutrizionale in grado seriamente di *curare* al meglio le persone obese né di arginare l'epidemia dell'obesità. Quello che infatti sorprende è che nonostante lo sviluppo delle conoscenze, l'attenzione culturale e talora anche politica al problema obesità e nonostante l'impiego di enormi risorse spese nella terapia e prevenzione dell'obesità, la maggior parte delle persone obese non riesce a raggiungere ed a mantenere stabilmente il calo ponderale. In sintesi possiamo affermare che non solo le persone obese continuano a rimanere obe-

se ma che l'obesità è in aumento. Sembra dunque ragionevole essere realistici informando queste persone che sia gli interventi sullo stile di vita sia la dieta in senso stretto che i farmaci utilizzati per dimagrire hanno in generale un'efficacia limitata.

Allora ci si chiede se sia da accettare pienamente la tendenza avanzata da alcuni autori secondo cui è necessario invertire l'attenzione dalla persona obesa alla popolazione obesa, focalizzando gli sforzi quindi sulla salute pubblica per arginare davvero l'epidemia dell'obesità.

### Prevenzione dell'obesità. Conclusioni

L'obesità è un'alterazione dello stato di nutrizione con altissimo rischio di indurre e sviluppare nel tempo malattie croniche e degenerative. L'eccesso ponderale ha acquisito caratteristiche epidemiche e necessita di semplici e urgenti norme di prevenzione. Nessun clinico o ricercatore minimizza la strategia della prevenzione dell'obesità, ma in realtà la prevenzione dell'eccedenza ponderale rimane un traguardo difficile da raggiungere, forse ambizioso ma non impossibile. Le ragioni risiedono probabilmente nel fatto che l'obesità è un disordine eterogeneo e plurifattoriale a etiologia complessa e non completamente conosciuta. La prevenzione dell'obesità deve diventare invece la strategia fondamentale per limitarne l'epidemia. Ogni sforzo deve concentrarsi su questa problematica avendo come obiettivo una trasformazione profonda, sociale, culturale ed ecologica della nostra società, del vivere insieme, elaborando fin da subito molteplici interventi pubblici ed azioni politiche che siano in grado di essere operativi e combattere su tutti i fronti l'obesità come se questa fosse una malattia infettiva altamente contagiosa.

L'epidemia di obesità è davvero reversibile. Bisogna essere tutti convinti che è possibile invertire l'andamento e controllare l'epidemia. Bisogna allora creare una società in cui gli stili di vita salutari per dieta e per attività fisica siano la norma e dove gli obiettivi culturali, sociali, di salute ed economici siano allineati e le scelte salutari siano facilitate e rese accessibili per tutti. Migliorare la dieta e l'attività fisica avrà un sostanziale impatto sulla salute pubblica a seguito dei benefici derivanti dalla riduzione del sovrappeso e dell'obesità. Bisogna trovare un punto di equilibrio tra le responsabilità degli individui e quelle dei governi e della società. Non è accettabile lasciare che gli individui siano i soli responsabili per la loro obesità. In questa sfida tutti i settori di governo dovrebbero giocare un ruolo così come le autorità locali, la società civile, i *media*, il settore privato. **TM**

**Info:** [gian.vannozi@alice.it](mailto:gian.vannozi@alice.it)



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

MARIA PARRILLI

# La Farmacovigilanza in Toscana alla luce della nuova normativa

La Farmacovigilanza, intesa nel suo insieme, comprende tutte le attività volte a produrre e divulgare le migliori informazioni possibili sulla sicurezza dei farmaci sia nella fase premarketing, che nella fase postmarketing (ovvero dopo l'immissione in commercio, una volta completati tutti gli studi preclinici e clinici di efficacia e sicurezza), in modo da assicurare la presenza sul mercato di molecole con un rapporto beneficio/rischio il più possibile favorevole per i cittadini. In termini pratici si possono ricondurre alla Farmacovigilanza tutte quelle iniziative che hanno il fine di promuovere il "buon uso del farmaco" nella pratica clinica quotidiana.

In questa ottica, con il recepimento della normativa europea (direttiva 2010/84/UE e 2012/26/UE) in tema di farmacovigilanza, successivamente pubblicata in Gazzetta Ufficiale (D.M. 30.04.2015, GU n. 143 del 23/06/2015), si sta consolidando la sensibilizzazione alla segnalazione spontanea, soprattutto a livello degli operatori sanitari, con l'obbligo di segnalare qualsiasi tipo di reazione avversa sia (grave, non grave, nota, non nota). Importante novità, è l'allargamento della definizione di Reazione Avversa a Farmaco (ADR): effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale, conformemente alle indicazioni contenute nell'AIC, interazioni, errore terapeutico, usi non conformi alle indicazioni contenute nell'AIC (sovradosaggio, uso improprio e abuso del Medicinale), nonché associato all'esposizione per motivi professionali.

L'allargamento di tale definizione, inizialmente ha creato non pochi problemi di interpretazione da parte degli operatori sanitari, ma l'attenta informazione e formazione da parte del Sistema Regionale di Farmacovigi-

lanza ha prodotto dei notevoli risultati con il conseguente incremento della segnalazione.

Il decreto introduce inoltre una tempistica ben precisa per la segnalazione delle ADRs: il segnalatore ha l'obbligo di trasmettere le schede entro 36 ore, nel caso di farmaci biologici vaccini inclusi, ed entro 48 ore per tutti gli altri farmaci, al fine di garantire tempestivamente una individuazione dei segnali di sicurezza, dal momento che il Responsabile della farmacovigilanza di appartenenza, provvederà entro 7 giorni all'inserimento in RNF (Rete Nazionale di Farmacovigilanza), rendendoli così disponibili a livello nazionale.

## I dati della segnalazione in Regione Toscana

La Regione Toscana, dall'anno di istituzione del Centro Regionale di Farmacovigilanza 2004 ha registrato un continuo e costante incremento delle segnalazioni: partendo nel 2004 con 423 segnalazioni inserite nella RNF con tasso di segnalazione 120, al di sotto del Gold Standard dell'OMS (300 segnalazioni per milione di abitante), arrivando nel 2014 ad inserire 5.084 segnalazioni in RNF, con tasso di segnalazione 1376, raggiungendo e superando il Gold Standard richiesto. Prendendo in considerazione il primo semestre del 2015 verso lo stesso del 2014, vediamo che la differenza assoluta tra le reazioni inserite nel 2014 (2.308) e quelle nel 2015 (2729) è 421 con una variazione percentuale 2015 vs. 2014 del 18.24%, trend positivo, dimostrando che l'incremento delle segnalazioni è ancora in netto aumento, anche rispetto all'andamento di segnalazione a livello nazionale che risulta essere del +10,35% considerando gli stessi periodi 26.424 segnalazioni 2015 vs

23.945 segnalazioni 2014.

Nell'Anno 2014 la Regione Toscana ha inserito un numero complessivo di 5.084 segnalazioni di sospetta reazione avversa con un lieve incremento di 5,39 punti percentuali rispetto all' anno 2013. La Toscana si colloca pertanto al terzo posto tra le regioni italiane per numero assoluto di segnalazioni comprensive dei vaccini. Analizzando il dato in rapporto alla popolazione, la Toscana si pone al terzo posto con un tasso di segnalazione di 1.376,72 segnalazioni, comprensive dei vaccini, inserite nella RNF (Figura 1).

Analizzando le reazioni avverse a farmaco stratificandole per gravità si osserva: 63.6% non gravi (3.233), 34.1% gravi (1.737), 1.7% non definite (87) e 0.5% con decesso (27). Se consideriamo solo le ADRs gravi (1.737) la distribuzione per gravità segue il seguente andamento: 59.81% ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione (1.047),

29.50 altra condizione clinicamente rilevante (492), 4.70% non definito (87), 3.67% pericolo di vita (68), 1.46% decesso (27) e infine 0.86% invalidità grave o permanente (16). Tale risultato supera il rapporto atteso tra reazioni gravi (30%) e non gravi (70%).

Se consideriamo invece l'analisi del totale delle segnalazioni (gravi - non gravi) per esito, noteremo che le reazioni hanno portato: per il 47.90 % a miglioramento (2.432), il 28.61% risoluzione completa della reazione avversa (1456), il 19.29% esito non disponibile (982), il 2.57% paziente non ancora guarito (131), lo 0.75% risoluzione con postumi (38), lo 0.53% decessi (27), lo 0.29% il farmaco può aver contribuito (15) e lo 0.06% dovuto a reazione avversa (3).

Per quanto riguarda la fonte delle segnalazioni, osserviamo che in Toscana il 73,6% delle segnalazioni proviene da medici ospedalieri ri-



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

<b>N. Segnalazioni TOTALI CON VACCINI - PER REGIONE per data di inserimento: VALORI ASSOLUTI escluso Letteratura e AIFA non assegnate a Regioni - ANNO 2014</b>				
<b>REGIONE</b>	<b>ANNO 2013</b>	<b>ANNO 2014</b>	<b>diff. assoluta</b>	<b>var % 2014 vs.2013</b>
LOMBARDIA	13.454	16.191	2.737	<b>20,34%</b>
VENETO	3.390	6.758	3.368	<b>99,35%</b>
<b>TOSCANA</b>	<b>4.824</b>	<b>5.084</b>	<b>260</b>	<b>5,39%</b>
CAMPANIA	4.191	4.839	648	<b>15,46%</b>
SICILIA	1.443	3.936	2.493	<b>172,77%</b>
PIEMONTE	3.914	3.443	- 471	<b>-12,03%</b>
EMILIA ROMAGNA	3.132	3.143	11	<b>0,35%</b>
LAZIO	1.643	1.874	231	<b>14,06%</b>
CALABRIA	1.149	1.122	- 27	<b>-2,35%</b>
LIGURIA	385	915	530	<b>137,66%</b>
FRIULI V. GIULIA	619	750	131	<b>21,16%</b>
PUGLIA	1.052	749	- 303	<b>-28,80%</b>
P.A. TRENTO	116	570	454	<b>391,38%</b>
MARCHE	466	522	56	<b>12,02%</b>
SARDEGNA	369	447	78	<b>21,14%</b>
BASILICATA	288	201	- 87	<b>-30,21%</b>
UMBRIA	145	172	27	<b>18,62%</b>
ABRUZZO	143	168	25	<b>17,48%</b>
P.A. BOLZANO	105	111	6	<b>5,71%</b>
MOLISE	35	109	74	<b>211,43%</b>
VALLE D'AOSTA	27	18	- 9	<b>-33,33%</b>
<b>ITALIA</b>	<b>40.890</b>	<b>51.122</b>	<b>10.232</b>	<b>25,02%</b>

Figura 1



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

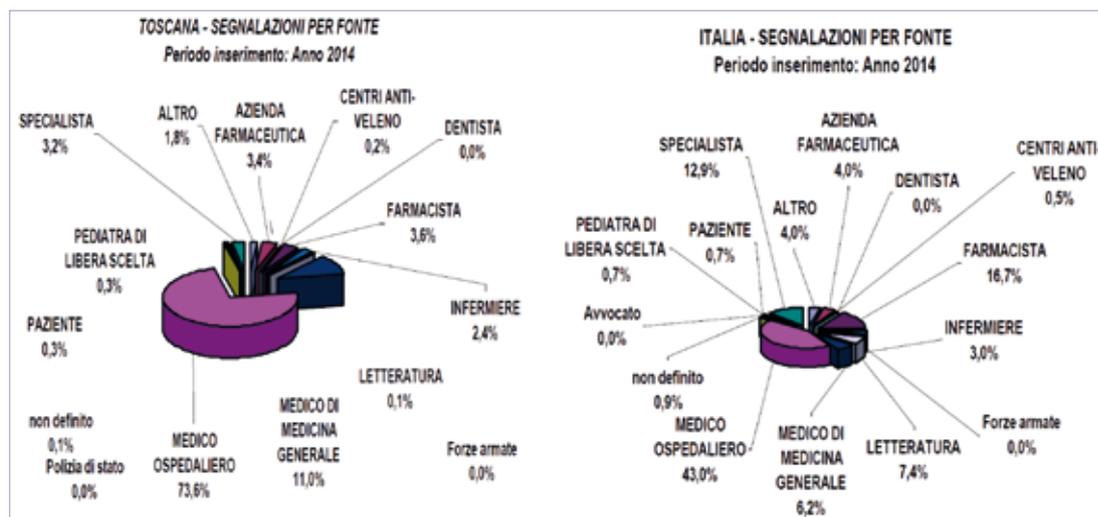


Figura 2

petto al 43,0% del tasso nazionale (segnalazione giustificata essenzialmente dai Progetti di Farmacovigilanza attiva nei DEA degli ospedali Toscani), seguiti dai medici di medicina generale (11,0%), dai farmacisti (3,6%) e dagli infermieri (2,4%). Si nota, in particolare, la maggiore percentuale di segnalazioni provenienti da medici di medicina generale rispetto al dato nazionale (11,0% vs 6.2%). Questo è dovuto essenzialmente alla sensibilizzazione, tramite incontri formativi mirati ai medici di medicina generale, da parte del Sistema di Farmacovigilanza Regionale, che sta portando nel breve periodo ad un ulteriore incremento della segnalazione spontanea da parte di questi operatori sanitari (Figura 2).

A livello toscano, le categorie di farmaci (esclusi i vaccini) che hanno maggiormente determinato ADRs, sono: i farmaci del Sangue ed organi emopoietici (17,60 %), i farmaci del Sistema nervoso (17,58 %), gli Antinfettivi generali per uso sistemico (16,39 %), i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (10,16 %), i farmaci per il Sistema muscolo-scheletrico (8,86 %), i farmaci per il Sistema cardiovascolare (8,72 %), e i farmaci Antineoplastici (8,68%) (Figura 3).

Analizzando le sole ADRs gravi notiamo che le categorie dei farmaci che hanno causato tali reazioni variano: Sangue ed organi emopoietici (43,6%), Sistema muscolo-

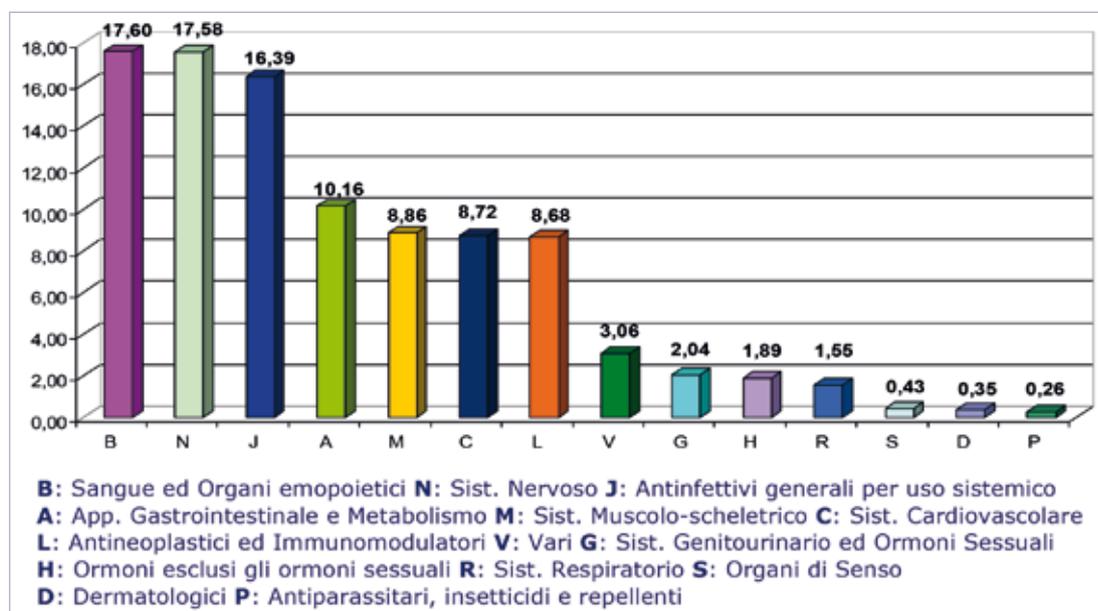


Figura 3 - Toscana: distribuzione % ADRs per classe di farmaci vaccini esclusi Gennaio-Dicembre 2014

scheletrico (43%), Sistema nervoso (40,4%), Sistema respiratorio (39,1%), Apparato gastrointestinale e metabolismo (38,7%), Preparati ormonali sistemici (34,4%), Organi di senso (31,8%), Antiparassitari (30,8%), Sistema cardiovascolare (30,9%), Antineoplastici (30,3%), Antinfettivi generali per uso sistemico (27%), Genito-Urinario (22,1%), farmaci vari (19,9%) e i Dermatologici (16,7%) (Figura 4).

Questo andamento rispecchia la situazione attesa in considerazione del fatto che i farmaci più rappresentativi e più utilizzati dalla popolazione, sono quelli che causano maggiori ADRs. Inoltre possiamo evidenziare che la pericolosità di un medicinale dipende anche dall'uso improprio, non considerato in fase di sperimentazione, ma in largo uso, si evince che il 43% delle reazioni avverse gravi sono date da farmaci del Sistema muscolo-scheletrico (M), che generalmente vengono usati, ormai dalla gran parte della popolazione, senza un vero controllo medico. Il contributo della Regione Toscana e di altre regioni virtuose, alla segnalazione di reazione avverse a livello nazionale e la conseguente trasmissione alla Banca dati Eudravigilance da parte sia di AIFA che dalle ditte titolari dell'AutORIZZAZIONE Immissione in Commercio (AIC),

possono, in un sistema così efficiente, concorrere alla stesura di rapporti periodici sulla sicurezza dei medicinali, che possono anche determinare il mantenimento, la modifica, la sospensione o la revoca dell'AIC, garantendo così l'effettiva sicurezza di un medicinale per la popolazione.

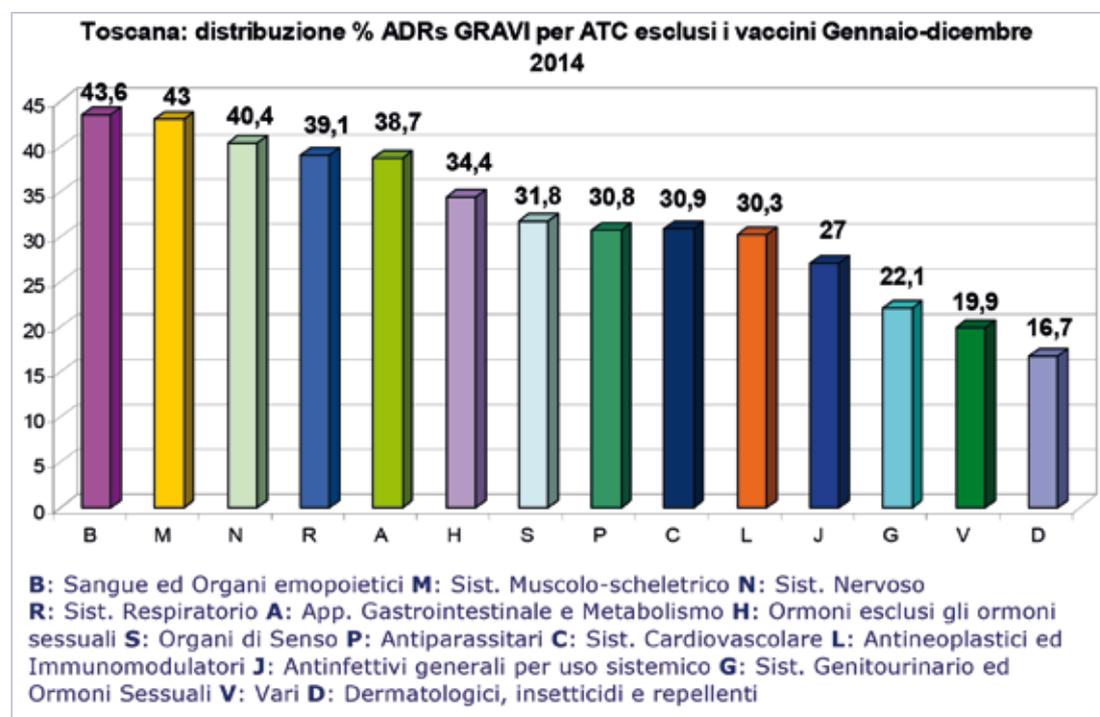
Se consideriamo il dettaglio dei primi cinquanta farmaci e relativo ATC che hanno determinato più reazioni avverse nell'anno 2014 ritroviamo la concordanza con le categorie sopra elencate (Figura 5).

La Regione Toscana, con il mantenimento di un sistema così efficiente e strutturato di Farmacovigilanza, impiegando risorse su tutto il territorio, per mantenere un tasso di segnalazione sempre in crescita, ha contribuito in modo determinante al risultato a livello nazionale. Anche in Toscana la sensibilizzazione alla segnalazione con sistemi informatizzati, sta prendendo sempre più campo, tanto che, in linea con le ultime richieste AIFA, la Toscana aderirà ad un sistema di segnalazione on line.

Tale Sistema di segnalazione, consentirà una maggiore facilità di segnalazione da parte degli operatori sanitari e uno snelli-



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



**Figura 4** - Toscana: distribuzione % ADRs GRAVI per ATC esclusi i vaccini Gennaio-Dicembre 2014



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

	FARMACO	NUMERO	ATC
1	AMOXICILLINA/AC.CLAV	309	J
2	ACIDO ACETISALICILICO	308	B
3	WARFARIN	267	B
4	KETOPROFENE	140	M
5	INSULINA GLARGINE	136	A
6	CODEINA/PARACETAMOLO	114	N
7	LEVOFLOXACINA	110	J
8	INSULINA LISPRO	104	A
9	METFORMINA	99	A
10	DABIGATRAN ETEXILATO	97	B
11	CLOPIDOGREL	93	B
12	DICLOFENAC	81	M
13	PARACETAMOLO	80	N
14	IBUPROFENE	79	M
15	AMOXICILLINA	71	J
16	CEFTRIAZONE	68	J
17	IOMEPROLO	67	V
18	INSULINA ASPART	58	A
19	FUROSEMIDE	57	C
20	RIVAROXABAN	55	B
21	RAMIPRIL	55	C
22	CLARITROMICINA	52	J
23	LORAZEPAM	49	N
24	QUETAPINA	49	N
25	ENOXAPARINA SODICA	46	B
26	INSULINA	44	A
27	TRAMADOLO	42	N
28	CIPROFLOXACINA	37	J
29	ALLOPURINOLO	37	M
30	INSULINA GLULISINA	35	A
31	NIMESULIDE	34	M
32	IOPROMIDE	32	V
33	GLIMEPRIDE	32	A
34	ALPRAZOLAM	32	N
35	REPAGLINIDE	30	A
36	TICLOPIDINA	30	B
37	ACIDO VALPROICO	30	N
38	ACIDO ACETISALICILICO ASS. ESCL. PSIC.	29	N
39	ATORVASTATINA	28	C
40	AMLODIPINA	27	C
41	METILPREDNISOLONE	26	H
42	NOMEGESTROLO	24	G
43	TIOCOLCHICOSIDE	24	M
44	INSULINA DETEMIR	23	A
45	AMIODARONE	23	C
46	SERTRALINA	23	N
47	TRAZODONE	23	N
48	FONDAPARINUX	22	B
49	AZITROMICINA	22	J
50	RIBAVIRINA	22	J

Figura 5

mento delle procedure di inserimento delle Schede di Reazione Avversa a Farmaco in RNF, tanto da consentire ai vari Responsabili di Farmacovigilanza, di poter implementare programmi di sensibilizzazione diretti agli operatori sanitari.

Concludendo, la Regione Toscana insieme a tutte le altre regioni italiane, alla luce della nuova normativa, appena entrata in vigore, concorrerà a posizionare l'Italia al passo degli altri Stati membri della UE, ponendo la sicurezza sull'uso dei medicinali come un'obiettivo prioritario da raggiungere.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

# Biomonitoraggio Umano della Contaminazione da Tallio dell'acqua Potabile a Pietrasanta (LU). Risultati Preliminari

## Progetto Regione Toscana/Azienda ASL12 Versilia

### Introduzione

Il Tallio (Tl; numero atomico 81; peso atomico 204,38) è un metallo pesante ampiamente distribuito a basse concentrazioni nella crosta terrestre (circa 1 g/tonnellata). Si presenta invece in alte concentrazioni in alcuni minerali, come galena, sfalerite e pirite (23-1300 mg/kg). Le principali fonti di inquinamento ambientale sono rappresentate dall'acqua (pozzi e sorgenti, acque superficiali, acque ad uso potabile non controllate in prossimità di siti minerari) e dal suolo, da cui può essere concentrato in alcuni vegetali ad uso alimentare (cavoli, rape, etc.). In alcune situazioni ambientali anche l'aria può essere fonte di inquinamento. Elevati livelli di piogge e alte temperature ambientali possono favorire il passaggio del Tl nelle acque.

Il Tl è tossico per gli organismi animali, uomo compreso, probabilmente attraverso alcuni meccanismi biologici (capacità di sostituirsi a sodio e potassio, alterandone le funzioni; interazione con alcune strutture delle proteine (gruppi tiolici); alterazione dei processi dello stress ossidativo); è inoltre difficilmente individuabile poiché inodore e incolore. La principale fonte di assorbimento è quella intestinale e una volta ingerito viene in pratica totalmente e rapidamente assorbito. Nell'uomo, l'escrezione avviene principalmente per via renale (circa 70%). Altre fonti di eliminazione sono rappresentate dalla deposizione nei capelli e nelle unghie e dalla secrezione in latte, sudore, saliva e lacrime.

Data la sua tossicità, il Tl può provocare forme di *intossicazione acuta*, caratterizzate da un grave corteo sintomatologico a carico di vari organi e apparati (disturbi gastro-intestinali: dolori addominali intensi, nausea, vomito, diarrea sanguinolenta, necrosi epatica; problemi cardiaci: ipotensione e bradicardia, seguite da ipertensione e tachicardia, necrosi miocardica,

aritmie, infarto; alterazioni neurologiche: neuropatie del sistema nervoso periferico, paralisi ascendente, arresto respiratorio; disturbi renali e dermatologici, come perdita dei capelli e presenza di strie ungueali), che può provocare la morte (dose letale nell'adulto 10-15 mg/kg). Più raramente sono riportate forme di *intossicazione cronica*, che usualmente avvengono per esposizione lavorativa (es. cementifici) e per contaminazione di acqua o suolo da parte di residui di lavorazione di alcuni tipi di miniera. Gli effetti a lungo termine sulla salute dell'esposizione cronica a bassi livelli di Tl sono poco conosciuti e pochissimi sono gli studi epidemiologici sugli effetti sanitari nell'uomo in seguito a esposizione accidentale cronica.

Sebbene una contaminazione delle fonti di approvvigionamento idrico rappresenti una modalità di esposizione della popolazione umana, il Tl non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque per la sua rarità in natura.

Nel 2014, si è verificato il riscontro occasionale di livelli di Tl superiori al limite massimo indicato dalle autorità statunitensi (Environmental Protection Agency o EPA) pari 2 µg/l in alcune aree dell'acquedotto idrico del comune di Pietrasanta (LU), a cui è conseguito il divieto di utilizzo dell'acqua potabile per uso alimentare in tali aree.

Per verificare l'entità dell'esposizione negli abitanti e gli eventuali effetti sanitari, è stato organizzato uno studio epidemiologico condiviso tra Regione Toscana e l'Azienda USL 12 Versilia (D.G.R.T. n. 1259 del 22/12/2014). Tale studio, che ha coinvolto un gruppo di lavoro multidisciplinare, prevede un protocollo di indagine suddiviso in tre fasi che hanno l'obiettivo di valutare la percentuale di abitanti contaminati da Tl, il livello di contaminazione e gli eventuali effetti sullo stato di salute di bambini, adolescenti e adulti.

<sup>1</sup> Laboratorio di Sanità Pubblica, Area Vasta Toscana Sud Est (Azienda USL 7 di Siena)

<sup>2</sup> Dipartimento di Prevenzione - Azienda USL 12 Versilia

<sup>3</sup> Sezione Medicina dell'Adolescenza, UO Pediatria Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

<sup>4</sup> Agenzia Regionale Sanità, Regione Toscana



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

In questo lavoro vengono riportati i dati preliminari sulla contaminazione da Tl degli abitanti delle aree interessate.

### Metodi

Entro 2 settimane dall'emissione delle ordinanze comunali di divieto di utilizzo dell'acqua potabile contaminata da Tl per uso alimentare, è stata realizzata una campagna di biomonitoraggio umano, in parte su base spontanea, mediante raccolta di urine nella popolazione interessata (campionamento A). L'86% dei soggetti interessati ha poi ripetuto il campionamento a circa 2 mesi di distanza dalla cessazione dell'esposizione (campionamento B). A questi si è aggiunta un'ulteriore quota di campioni, che non avevano partecipato alla prima fase di raccolta.

I livelli urinari di Tl sono stati determinati con metodo ICP/MS nel Laboratorio di Sanità Pubblica, Area Vasta Toscana Sud Est (Azienda USL 7 di Siena) con metodologia accreditata ACCREDIA. Come range di riferimento per la popolazione generale è stato utilizzato quello della Società Italiana Valori di Riferimento (SIVR: 0,05-0,5  $\mu\text{g/l}$ ).

### Risultati

Nel campionamento A, sono stati esaminati 637 soggetti (età 2-101 anni; maschi 45%) pari a circa il 23% degli abitanti dell'area contaminata. I livelli urinari di Tl sono risultati pari a 0.42  $\mu\text{g/l}$  (media geometrica; min-max: 0.005-8.96  $\mu\text{g/l}$ ). Nel campionamento B (n=700; maschi 44%), eseguito dopo la cessata esposizione al Tl, è stata rilevata una significativa ( $p < 0.001$ ) riduzione dei

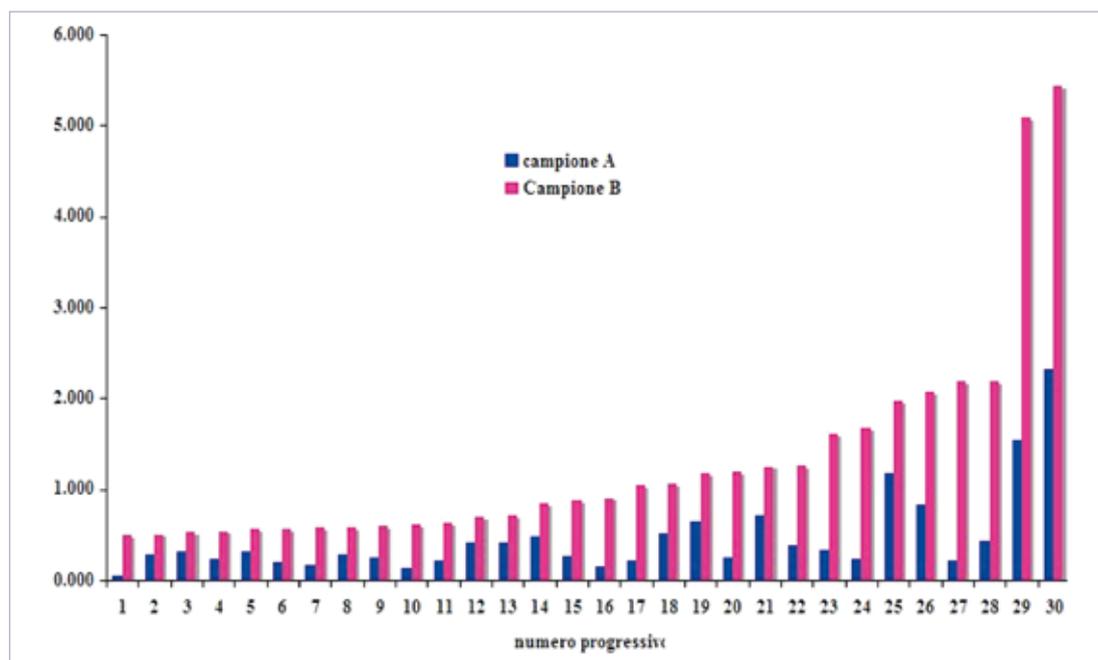
valori urinari del metallo (media geometrica 0.29  $\mu\text{g/l}$ ; min-max: 0.005-5.44  $\mu\text{g/l}$ ).

Nel campionamento A, il 42,5% dei soggetti presentava concentrazioni di Tl maggiori a 0.5  $\mu\text{g/l}$  (95° percentile dei valori di Tl nella popolazione generale; SIVR 2011); tale percentuale si è più che dimezzata nel campionamento B (soggetti con talluria  $> 0.5 \mu\text{g/l}$ : 20,9%). Considerando solo i soggetti con livelli di Tl urinario nel campione B superiori a 0.5  $\mu\text{g/l}$  e tenendo conto della diluizione del campione e dell'incertezza di misura analitica, in 30 persone (4.8%) si è rilevato un incremento dei valori di Tl nelle urine nel secondo campionamento rispetto al primo (Figura 1).

Non sono state rilevate differenze significative in rapporto all'età dei soggetti esaminati in ambedue i campionamenti, seppure i dati nei bambini sembrano tendenzialmente inferiori di quelli di adulti e adolescenti. Analoga situazione è stata rilevata nel confronto tra maschi e femmine con dati leggermente superiori nei maschi, mentre sono stati trovati livelli urinari significativamente più elevati di Tl negli abitanti delle aree con maggiore concentrazioni di Tl nell'acqua potabile (Figura 2).

### Conclusioni

La contaminazione dei sistemi idrici con Tl è una condizione estremamente rara. A Pietrasanta la problematica si è verificata per la presenza di elevati livelli del metallo in una delle sorgenti captate nel sistema di distribuzione dell'acqua potabile probabilmente contaminata dai residui di una vecchia miniera della zona ormai in disuso.



**Figura 1** - Concentrazione urinaria di Tallo nei soggetti per i quali il campione B risultava superiore al valore di riferimento di 0.5  $\mu\text{g/l}$  e al campione A, tenendo conto della diluizione dei campioni e dell'incertezza di misura del metodo di analisi.

Una situazione analoga a quella emersa a Pietrasanta è presente in una piccola area rurale della Cina, ma con più elevati livelli di contaminazione ambientale e maggiore durata dell'esposizione della popolazione documentata nel corso degli anni. Non sono invece noti i livelli di Tl nella rete idrica di Pietrasanta prima del 2011.

L'esposizione al Tl è stata valutata tramite dosaggio su urine, in quanto le concentrazioni urinarie sono ritenute il "gold standard" per tale metallo (US-EPA, 2009). I livelli ematici non sono considerati del tutto affidabili soprattutto per basse dosi. Per quanto riguarda altre matrici biologiche in cui il metallo viene accumulato, un recente lavoro riporta che i capelli non sembrano essere utilizzabili con sicurezza per tracciare la contaminazione da Tl nell'uomo (Curkovic et al, 2013), ma tale conclusione dovrà essere verificata in ulteriori studi su casistiche con maggiore numerosità.

In ambedue i campionamenti esaminati, sono stati rilevati valori urinari di Tl mediamente superiori a quelli di riferimento, ma nettamente inferiori a quelli rilevati nella popolazione cinese contaminata da tale metallo (media 521.9  $\mu\text{g/l}$ ; 95%CI 203.3 - 840.5  $\mu\text{g/l}$ ). Tale differenza può derivare da una minore contaminazione della falda acquifera, e forse, anche di altre possibili fonti di esposizione (ad. es. vegetali coltivati su suoli contaminati con Tl) o minori periodi di contaminazione/esposizione; al momento queste ipotesi necessitano di conferme sulla base di studi geologici e agro-biologici attualmente in corso. Rimangono da meglio definire le cause dell'incremento di Tl nel secondo campionamento in una minoranza di sogget-

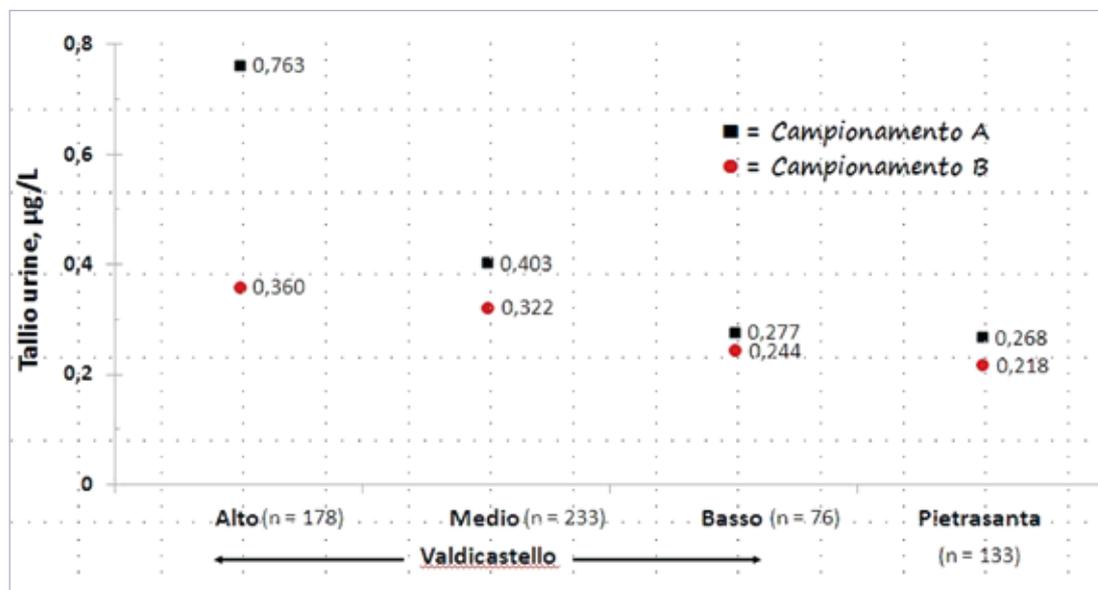
ti, al momento non facilmente spiegabile. Rimane anche da approfondire il minor livello di talluria nei bambini rispetto agli adulti, che non trova supporto in letteratura ma potrebbe essere dovuto a un minor consumo di acqua del rubinetto nei soggetti più piccoli, mentre si conferma la già descritta maggiore escrezione nei maschi rispetto alle femmine (US-NHANES 1999-2002).

Indicazioni internazionali (OMS/IPCS 1996, US-EPA, 2009;) suggeriscono che approssimativamente un incremento maggiore a 15 volte i valori medi dei soggetti non esposti (in Italia circa 1.5  $\mu\text{g/l}$  considerando una media geometrica di 0.1  $\mu\text{g/l}$  indicata dalla SIVR) possono essere associati con possibili effetti negativi sulla salute. È stato inoltre riportato che solo valori urinari maggiori a 5  $\mu\text{g/l}$  siano in grado di determinare effetti sanitari avversi (OMS/IPCS 1996, German Human Biomonitoring Commission, 2011). Nella maggioranza dei soggetti esaminati in questa fase preliminare non sono state pertanto riscontrate concentrazioni urinarie di Tl sicuramente influenti sullo stato di salute. La rarità di studi sul Tl impone comunque la massima cautela (U.S. Environmental Protection Agency, 2009) e un accurato follow-up a lungo termine degli abitanti dell'area interessata all'esposizione risulterà fondamentale per rilevare eventuali e specifiche problematiche di salute in particolare nelle persone con valori superiori a 5  $\mu\text{g/l}$ .

Lo studio epidemiologico voluto dalla Regione Toscana a Pietrasanta potrà pertanto fornire un contributo innovativo sulle conoscenze degli effetti sanitari di esposizioni croniche a basse concentrazioni di Tl.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



**Figura 2** - Concentrazioni urinarie di Tl negli abitanti di Valdicastello e Pietrasanta (media geometrica) suddivisi in rapporto della residenza alla vicinanza con la sorgente inquinata e ai due campionamenti.



Luigi Santoiemma, medico di medicina generale di Bari, Area Nazionale del Farmaco SIMG, Componente Commissione Appropriatezza prescrittiva Regione Puglia

LUIGI SANTOIEEMMA, LORA ACCETTURA<sup>1</sup>, LUCA BUZZERIO<sup>1</sup>, SAFFI GIUSTINI<sup>2</sup>

# La Cassetta dei ferri del medico di medicina generale

## Profilassi del Tromboembolismo Venoso nel paziente non chirurgico

### PREMESSA

La necessità di governare la mole infinita di notizie fornite da lavori scientifici, metanalisi, revisioni sistematiche di letteratura e da questa estrarre informazioni puntuali, centrate sul bisogno espresso dal singolo paziente, ha reso necessario lo sviluppo e il continuo aggiornamento di raccomandazioni cliniche condivise e informate alle migliori evidenze disponibili al momento, ovvero delle Linee Guida.

Altrettanto inevitabilmente i tentativi di adattare alla singola necessità le raccomandazioni fornite dalle Linee Guida hanno reso inevitabile la codifica di numerose scale che, attraverso punteggi, tentano di rendere quantificabile l'elemento clinico di interesse. La stragrande maggioranza di questi strumenti è disponibile in Rete ma, magari, non siamo abilissimi con Google e Pubmed o non abbiamo il tempo di cercarli o abbiamo il paziente seduto di fronte a noi e vorremmo avere lo strumento necessario sulla nostra scrivania.

Per questo abbiamo pensato alla "cassetta dei ferri", un archivio di tabelle, scores, punteggi, da tenere sulla scrivania, in particolare su quelle aree cliniche che potremmo definire "calde" in determinati periodi.

### INTRODUZIONE

In questi ultimi mesi i Nuovi Anticoagulanti Orali e il rischio di tromboembolismo arterioso in corso di Fibrillazione Atriale hanno alimentato la discussione clinica, guadagnandosi le prime pagine di riviste tanto cartacee che elettroniche. Ne abbiamo già parlato nei Magazines e torneremo presto sull'argomento. Questa Cassetta dei Ferri, però, è dedicata ad un argomento che resta comunque attuale e che ancora stenta, complici anche una letteratura di qualità variabile e la complessità dei quadri clinici di interesse, a produrre delle raccomandazioni semplici e facilmente applicabili anche, e soprattutto,

nell'ambito della Assistenza Primaria: **l'individuazione del paziente non chirurgico che necessita di una profilassi antitrombotica mirante alla riduzione del rischio di Tromboembolismo Venoso (TEV).**

### CONTESTO

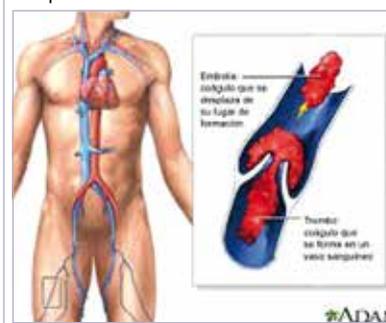
1. L'incidenza del TEV si attesta intorno a 117 casi/100.000 nella popolazione generale e varia con l'età, passando da valori minimi di 11 casi per 100.000 tra i 20 e i 29 anni ai 263 casi per 100.000 tra gli 80 e gli 89 anni.

2. Le donne in gravidanza hanno un rischio di TEV di almeno 4-5 fino a 10 volte maggiore rispetto alle donne non gravide e questa predisposizione è in parte la conseguenza di uno stato di ipercoagulabilità dovuto alla gravidanza e che, presumibilmente, ha l'obiettivo di proteggere le donne da eventi emorragici in occasione del parto. La prevalenza di TEV è stata stimata intorno a 1-2 casi/1000 gravidanze.

3. Il TEV è una complicanza frequente anche nel paziente oncologico: in una recente metanalisi l'incidenza è risultata di 13 casi/1000.

4. L'ospedalizzazione per patologia acuta medica è associata a Rischio Relativo di TEV di circa 8 volte.

Un medico di medicina generale con 1500 pazienti avrà in media ogni anno il fondato sospetto di TVP almeno 6-10 volte.



Fonte sito: [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)

<sup>1</sup> Medico di medicina generale in Formazione Bari

<sup>2</sup> Medico di medicina generale Montale (PT)

5. Non esiste motivo per pensare che la gestione domiciliare, comprese forme di "ospedalizzazione domiciliare" (ADI, ADP), di analoghi problemi e correlata ipo-immobilità, sia associata ad un rischio di TEV minore.

6. Una profilassi antitrombotica riduce drasticamente questo rischio. La profilassi farmacologica con eparina non frazionata o a basso peso molecolare (EBPM) e fondaparinux è raccomandata con evidenza 1-A.

### VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI TEV

Sono state proposte negli ultimi anni moltissime scale per la stratificazione del rischio di TEV nel paziente non chirurgico. Il cosiddetto "Padua Score", condiviso da diverse Società Scientifiche, sembra riassumere in maniera efficace completezza e sintesi. **TM**

*Vobis News Magazine Anno IV - novembre 2014*

**Tabella 1** - Valutazione del rischio di TEV

PADUA PREDICTION SCORE	
FATTORE DI RISCHIO	PUNTEGGIO
Cancro in fase attiva <sup>1</sup>	3
TEV precedente (esclusa trombosi venose superficiali)	3
Ipomobilità <sup>2</sup>	3
Trombofilia già nota <sup>3</sup>	3
Trauma e/o chirurgia recente (< 1 mese)	2
Età > 70 anni	1
Insufficienza cardiaca e/o respiratoria	1
IMA o Ictus ischemico	1
Infezione acuta e/o patologia reumatica	1
Obesità (BMI ≥ 30)	1
Trattamento ormonale in atto	1

PUNTEGGIO TOTALE	
< 4	→ BASSO RISCHIO
≥ 4	→ ALTO RISCHIO

<sup>1</sup> metastasi locali o distanti e/o CHT o RT effettuata negli ultimi 6 mesi.

<sup>2</sup> allettamento o possibilità di accedere solo al bagno (per limitazioni dovute alla patologia o per ordine medico) per almeno 3 giorni.

<sup>3</sup> deficit di AT, Proteina C o S, FV Leiden, Sindrome da Anticorpi Antifosfolipidi, Variante protrombinica G20210A.

ALESSANDRA PETRIOLI, FRANCESCA BROTTINI<sup>1</sup>, ELISA CIANI<sup>2</sup>, ALESSANDRO BUSSOTTI<sup>3</sup>, GIULIO TOCCAFONDI<sup>4</sup>, SILVIA FORNI<sup>5</sup>, MARIA TERESA MECHI<sup>6</sup>, ALESSANDRO MORETTINI<sup>7</sup>

# Revolving door syndrome

## Come arginare le riammissioni in Medicina Interna

### Le riammissioni

La riammissione è il ritorno di un paziente, dimesso da un reparto ospedaliero, alla stessa o ad una diversa divisione, entro 30 giorni dalla dimissione. È una "patologia cronica" (*Revolving Door Syndrome*) degli ospedali con forte impatto sulla qualità dell'assistenza e sui costi sanitari.

La portata del fenomeno è tale (16-20%), che anche una minima riduzione apporterebbe un significativo risparmio per il Sistema Sanitario.

Da tempo il nostro gruppo di lavoro si è concentrato su tale fenomeno e nel 2012 ha realizzato un primo studio volto ad inquadrare la realtà locale.

### La realtà toscana

Nelle divisioni di Medicina Interna toscane il tasso grezzo di riospedalizzazione per ogni causa (numero di riammissioni/numero di dimissioni) è risultato del 14,6% e le due principali diagnosi erano scompenso cardiaco e polmonite.

Nel 2012, nelle divisioni di Medicina Interna della Toscana, il tasso di riammissione a 30 giorni è stato del 18% nei dimessi per scompenso cardiaco e del 15% in quelli con polmonite.

Il rischio di riammissione era significativamente correlato con il numero di ricoveri nei 6 mesi precedenti, il numero di farmaci assunti nell'anno precedente ed il tempo di degenza.

Alcune comorbidità (diabete mellito, neo-



Alessandra Petrioli spec. in Medicina Interna dal Giugno 2015. Ha lavorato nel reparto di Gravi Cerebrolesioni Acquisite (Codici 75) presso la Fondazione Don Gnocchi dal Luglio 2014 al Gennaio 2015, successivamente nel reparto di Medicina Interna 2 dal Gennaio al Maggio 2015. Attualmente assunta come dirigente presso il Pronto Soccorso di Careggi.

plasie, anemia) e procedure (rivascolarizzazione percutanea e posizionamento di cateteri venosi centrali) sono risultate significativamente correlate al rischio di riammissione.

Tale studio ha fotografato il fenomeno delle riammissioni in Medicina Interna nella nostra regione, mostrando la difficoltà di tracciare un profilo “universale” del malato a rischio di riospedalizzazione. I molteplici fattori implicati rendono infatti impossibile individuare un sottogruppo a maggior rischio, su cui incentrare gli sforzi clinico-organizzativi.

### Dallo studio RED allo studio CaRED

Il rischio di riammissione è correlato alle caratteristiche socio-sanitarie del paziente, ma anche al percorso assistenziale intrapreso durante il ricovero, alla dimissione e nel periodo seguente.

Ricercatori del Boston University Hospital hanno suggerito di concentrarsi sulla fase che accomuna i pazienti riospedalizzati: la dimissione. Lo studio RED (Re-Engineer Discharge) parte infatti dall'idea che quest'ultimo processo, in quanto non standardizzato, sia il punto debole del percorso assistenziale e propone una *Check List di Dimissione* composta da 11 obiettivi.

Un successivo studio ha dimostrato che l'utilizzo della *Check List* poteva ridurre le riammissioni.

Nel nostro reparto è emerso che, anche in un piccolo gruppo che collabora da anni con omogeneità di intenti, il processo di dimissione veniva inteso da ognuno in modo diverso. Lo studio RED ci ha quindi ispirato a creare una *Check List di Dimissione* calata sulle esigenze della nostra realtà.

### Protocollo di studio CaRED:

*Check List in cinque punti*

1. *Appuntamenti e Follow up*: produrre un nuovo format di lettera di dimissione con uno spazio dedicato ad appuntamenti e follow-up.

2. *Terapia farmacologica*: illustrare ogni farmaco prescritto, focalizzando sulle modifiche rispetto alla terapia domiciliare. Fornire una tabella riepilogativa semplice e “su misura” per facilitare l'assunzione della terapia.

La relazione di dimissione conterrà una pagina in più, ad uso esclusivo del paziente, con uno schema di terapia in caratteri di grande dimensioni, diviso in fasce orarie (con descrizione del ruolo di ogni farmaco, durata della terapia e modalità di assunzione) ed una tabella riepilogativa dei successivi appuntamenti.

3. *Contatti con il medico curante*: fornire in tempo reale la lettera di dimissione mediante accesso diretto alla cartella informatica.

4. *Contatti con l'ospedale*: fornire nominativi e recapiti dell'equipe di riferimento, in caso di necessità.

5. *Lettera di dimissione dettagliata e standardizzata*.

Il protocollo è adottato come pratica clinica quotidiana nel reparto di Medicina Interna 2 da Settembre 2015. Il progetto, fortemente sostenuto dalla Direzione Sanitaria di Careggi, si avvale della collaborazione del Dr. Dannaoui, creatore della cartella informatizzata Archimed, adattata ai requisiti del progetto CaRED.

L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto della riorganizzazione del processo di dimissione, in termini di riduzione delle riammissioni, e migliorare la qualità del lavoro percepita da operatori, pazienti e familiari.

### La condivisione con i medici curanti

È emersa con forza la necessità di un maggior coinvolgimento del medico curante nel percorso intra-ospedaliero, in quanto protagonista, insieme al malato, della riuscita di un rientro a domicilio in sicurezza.

*Innovazioni del progetto CaRED per il curante:*

- Avviso e-mail in tempo reale della presenza di un proprio assistito in reparto;
- Accesso diretto alla cartella informatica in modalità lettura (username e password personali);
- Possibile interazione con i medici ospedalieri tramite messaggistica in tempo reale;
- Avviso e-mail il giorno della dimissione e consultazione della relazione di degenza in tempo reale.

Questa interazione è altamente innovativa e possibile grazie alla versatilità della cartella elettronica Archimed.

Poiché il coinvolgimento dei medici curanti costituisce il cuore del progetto, il percorso è stato lento ed ampiamente condiviso coinvolgendo i medici curanti dei comuni di Sesto F.no, Campi Bisenzio e Rifredi, “sperimentatori” del progetto.

### Conclusioni

Il momento della dimissione è cruciale per il rientro a domicilio in sicurezza dei pazienti. Lo studio CaRED prevede interventi semplici ma significativi volti a migliorare e standardizzare tale processo, concentrandosi sul ruolo chiave dell'interazione con i medici curanti.

L'auspicio è che questo sia l'inizio di un percorso di integrazione ospedale-territorio, per migliorare l'assistenza e ridurre le riammissioni.

TM

Info: [alessandrapetrioli@gmail.com](mailto:alessandrapetrioli@gmail.com)

<sup>1</sup> Laureanda in Medicina e Chirurgia (Fi)

<sup>2</sup> Specialista in Medicina Interna (Fi)

<sup>3</sup> Dirigente responsabile della Continuità Assistenziale della A.O.U. Careggi (Fi)

<sup>4</sup> Centro per la Gestione Rischio Clinico e la Sicurezza del paziente della Regione Toscana (Fi)

<sup>5</sup> Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (Fi)

<sup>6</sup> Direttore Sanitario della A.O.U. Careggi (Fi)

<sup>7</sup> Direttore della SOD di Medicina Interna 2 della A.O.U. Careggi (Fi)

# Problematiche linguistiche in ambito ospedaliero in condizioni ordinarie e di emergenza

Se parlare lingue diverse e vivere in una società multiculturale costituisce una possibilità di scambio e di apertura, ciò rappresenta talvolta un ostacolo alla comunicazione che, in ambiente ospedaliero, può assumere risvolti particolarmente problematici nel rapporto fra gli operatori sanitari e i pazienti. Le difficoltà linguistiche nel capire e farsi capire possono costituire un forte ostacolo in questo ambito e rischiano di rendere incompleto o inadeguato il trattamento medico. Inoltre, nei casi di emergenza, tale questione assume particolare gravità, poiché il fattore temporale può essere decisivo nel salvare vite umane e una difficoltà di comunicazione può causare un ritardo dai risultati potenzialmente drammatici.

La presenza di varie comunità straniere in Toscana rende la Regione particolarmente sensibile rispetto a questa problematica e molti ospedali, consultori e ambulatori hanno attivato servizi di mediazione culturale, con interpreti specificamente formati ad intervenire per fare da intermediario fra medico e paziente. Il mediatore culturale deve avere una specifica formazione e competenze che comprendono l'ottima padronanza della lingua italiana, quella della lingua per la quale effettua il servizio di mediazione, oltre alla conoscenza di usi, costumi e aspetti religiosi. La conoscenza del *background* linguistico e culturale del paziente permette al mediatore di comprendere la cultura del soggetto che usufruisce della prestazione sanitaria, il che facilita la definizione di terapie e procedure sanitarie compatibili con la cultura di provenienza dell'utente. Sono quindi necessari al mediatore culturale capacità relazionali, di gestione e di risoluzione dei conflitti, nonché una conoscenza approfondita del settore di competenza.

Poiché vi sono lingue per le quali è difficile disporre di un mediatore nei tempi necessari, sono stati ideati altri mezzi da utilizzare in caso di emergenza in ambito ospedaliero. Iniziative di questo tipo sono state realizzate in varie parti d'Italia, ad esempio nei presidi sanitari della

Regione Toscana è stato distribuito il *Questionario Anamnestico Multilinguistico di Emergenza*, costituito da quarantatré domande tradotte in trenta lingue scelte tenendo in considerazione la composizione demografica della regione e le lingue per le quali è più difficile reperire un mediatore in tempi brevi. Lo scopo del questionario è fornire al personale sanitario informazioni basilari per prestare le prime cure al paziente anche in assenza di un mediatore. Un altro mezzo per facilitare la comunicazione fra operatore e paziente è il pronto soccorso multilingue, già attivo presso alcuni ospedali italiani. Si tratta di un servizio di interpretariato telefonico avente lo scopo di risolvere i problemi di comunicazione dovuti alle barriere linguistiche. Il sistema è costituito da due cordless, uno per il medico e uno per il paziente, programmati per la scelta delle lingue, e si basa su un collegamento telefonico con una società specializzata presso la quale opera una squadra di interpreti.

A livello nazionale si registra la tendenza di varie strutture sanitarie a rendere la struttura ospedaliera un luogo di integrazione e di pluralismo culturale. Fra i vari progetti si ricorda *L'Albero della Salute*, progetto interaziendale della Regione Toscana e struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti. Il suo scopo è rendere le strutture sanitarie più facilmente fruibili anche da parte di un'utenza non italiana, garantendo il rispetto delle diverse culture. Il rapporto tra diversità culturali e assistenza sanitaria è oggetto di interesse anche a livello internazionale. Ad esempio, uno studio condotto negli ospedali di Los Angeles nel 2008 ha rilevato come le difficoltà linguistiche incontrate dai residenti stranieri con difficoltà ad esprimersi in inglese o anche a comprendere la lingua possano comportare diagnosi errate e ritardi nell'assistenza medica di urgenza.

Problemi di comunicazione dovuti alle barriere linguistiche possono rivelarsi ancor più critici in condizione di emergenza, il cui scenario appare notevolmente mutato negli ultimi

<sup>1</sup> Assegnista di Ricerca c/o il Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Cultore della materia, Università degli Studi di Firenze

anni, anche a causa dell'immigrazione e della mobilità delle persone. Alcuni esempi di cattiva comunicazione in situazioni di emergenza dimostrano come le barriere linguistiche, non solo possano costituire un ostacolo alla gestione dei soccorsi, ma siano talvolta causa di incidenti. Emblematico appare il caso del disastro ferroviario di Pécrot, avvenuto nel 2001, che fu causato dal problema della diversa lingua delle due principali comunità della zona, fiamminghi di lingua nederlandese e valloni di lingua francese: un ferroviere vallone avvertì del pericolo, in francese, un collega fiammingo, che non comprese il messaggio inviatogli quattro minuti prima dello scontro.

Indagini sulle fonti di errore nella procedura di Triage hanno evidenziato che il passaggio di informazioni scorrette o incomplete fra operatori o fra operatori e pazienti è un potenziale fattore di grave criticità. Particolare cautela è quindi necessaria nella valutazione dei pazienti "difficili", fra cui si annoverano anche coloro che incontrano problemi di comunicazione con l'operatore a causa della lingua.

Al fine di realizzare una corretta gestione delle maxiemergenze in area ospedaliera, dal punto di vista delle problematiche linguistiche, sono auspicabili una serie di provvedimenti, fra cui spicca la diffusione di una cultura dell'emergenza fra la popolazione. È importante la divulgazione delle informazioni sul comportamento

da adottare in caso di emergenza, la diffusione della conoscenza della segnaletica di sicurezza e dei numeri di emergenza. È inoltre necessaria la preparazione delle strutture ospedaliere per accogliere o evacuare pazienti stranieri. A tale scopo è necessario allestire una segnaletica di sicurezza in più lingue, avvalersi dei mediatori culturali e utilizzare questionari multilingue in loro assenza. Fondamentale è la preparazione delle componenti dei soccorsi, da implementare tramite la formazione del personale e dei mediatori culturali.

Poiché in una società sempre più globalizzata aumenta la possibilità che si verifichino disastri che coinvolgono più nazioni, la preparazione dei soccorsi deve prendere in considerazione questa eventualità. Esperienze utili in tale campo possono essere fornite da centri ospedalieri limitrofi a paesi di lingue diverse, organizzazioni internazionali e grandi aeroporti. È possibile inoltre fare ricorso a sistemi computerizzati sia nella fase di preparazione all'emergenza che in fase operativa, come sistemi con interfacce multilingue e traduzione immediata.

Tutto ciò allo scopo di garantire la migliore assistenza a tutti gli utenti, sia italiani che stranieri, sia nelle normali attività, che in caso di emergenza. **TM**

Info: [laura.mugnai@unifi.it](mailto:laura.mugnai@unifi.it)

D. CAPANO, G. LANDI<sup>1</sup>, M. GABBRIELLI<sup>1</sup>

## Responsabilità medica: contrattuale o extra-contrattuale?

### Riflessioni alla luce delle ultime sentenze del tribunale di Milano

*Dalla "Legge Balduzzi" sembra scaturire un nuovo dibattito sulla responsabilità medica. Per la responsabilità penale è stato introdotto il criterio di valutazione della colpa grave mentre per la responsabilità civile è stato ribaltato il consolidato pluridecennale inquadramento giurisprudenziale nell'ambito della responsabilità contrattuale, reintroducendo la responsabilità extracontrattuale, con un pronto recepimento della norma in due recenti sentenze del Tribunale di Milano.*

#### **Responsabilità civile contrattuale ed extracontrattuale: una necessaria premessa**

In ambito civile la responsabilità assume i diversi connotati di extra-contrattuale (ex. 2043 c.c.) e contrattuale (ex art. 1218 c.c.). Nel primo

caso, si tiene conto che il fatto è illecito di per sé (illecito aquiliano) e la dimostrazione sia del danno che del nesso di causa con un comportamento scorretto spetta all'attore con un termine di prescrizione di cinque anni; nel secondo caso, invece, l'attore deve solo dimostrare che



Daniele Capano, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università di Siena

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università di Siena

vi è stato l'inadempimento e la prescrizione è di dieci anni.

È evidente che la contestazione è più difficilmente eludibile in ambito contrattuale, ed è proprio in questo ambito che era costantemente ricondotta la responsabilità del medico fin dal 1999, anno in cui la Cassazione, con la sentenza n. 589 del 22 gennaio, affermò la esistenza di una contrattualità atipica in base alla teoria del "contatto sociale"; in questo caso, per il medico sussistono "obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi che sono emersi ... in occasione del contatto stesso". Tale inquadramento valeva non solo per il medico libero professionista, ma anche per il dipendente.

### **"Legge Balduzzi" (n. 189/2012): evoluzioni interpretative e stato dell'arte**

L'articolo 3 della "Legge Balduzzi" dell'8 novembre 2012 n.189 recita al comma 1: "*l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c.*". Da questo articolo scaturisce anzitutto una riflessione che potrebbe apparire semplicistica, e cioè che se il medico ha rispettato quanto previsto non si vede come possa essergli mossa una contestazione di responsabilità. A prescindere da questa riflessione vien da dire che per la responsabilità civile l'esplicito riferimento all'articolo 2043 c.c., porta all'inquadramento nell'illecito aquiliano, unico ambito che ammette anche una colpa lieve (*in lege aquilia et levissima culpa venit*).

Una prima interpretazione è stata data da una sentenza del Tribunale di Torino del 26/02/2013 nella quale si afferma che la legge Balduzzi smentisce l'intera elaborazione giurisprudenziale precedente e l'art. 2043 c.c. sarebbe ora la norma a cui ricondurre sia la responsabilità del medico pubblico dipendente sia quella della struttura pubblica.

Una successiva interpretazione è stata data dalla sentenza del tribunale di Rovereto del 29/12/2013 secondo la quale, la responsabilità civile del medico andrebbe comunque ricondotta al disposto dell'art. 1218 c.c., per via dell'inadempimento all'obbligazione "legale" gravante anche sul singolo operatore sanitario e che

troverebbe fonte nella legge istitutiva del S.S.N. (L. n. 833 del 1978).

La Corte di Cassazione (Cass. civ., Sez. VI, ord. 17 aprile 2014, n. 8940) ha cercato di apportare dei chiarimenti, specificando che la legge, nel fare riferimento all'art. 2043 c.c., avrebbe voluto soltanto sottolineare che mentre nel penale la colpa lieve non sarebbe più rilevante, nel civile continua a mantenere una propria fattispecie, la quale non può che configurarsi nell'ambito extra-contrattuale: dunque, per la colpa non lieve si manterrebbe l'indirizzo contrattuale.

Su una diversa posizione sono due recentissime sentenze del tribunale di Milano che invece attribuiscono alla legge una grande portata innovativa.

Le sentenze del 17/07/2014 e del 02/12/2014 affermano che la responsabilità del medico dipendente si configura come extra-contrattuale in quanto: "*compito dell'interprete non è quello di svuotare di significato la previsione normativa, bensì di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore*".

### **Conclusioni**

Dall'exkursus giurisprudenziale esaminato (corti di merito e suprema Corte) emerge in modo incontrovertibile una sostanziale contraddittorietà della "Legge Balduzzi", e se questo vale in ambito penale (con l'introduzione della fattispecie della colpa lieve, il cui apprezzamento era stato limitato fino ad ora solo ai fini della gradazione della pena, non assumendo mai un connotato dirimente ai fini del riconoscimento della responsabilità) parimenti non mancano elementi di incertezza anche in ambito civilistico. Certamente sarebbe affrettato sulla base delle sole due sentenze del Tribunale di Milano collocare in modo assoluto la colpa medica nell'ambito dell'extracontrattualità, andando contro la consolidata giurisprudenza della Corte di Cassazione, ma queste due sentenze hanno avuto l'indubbio merito di tenere alto il dibattito sulla questione.

A nostro parere sarebbe auspicabile o una revisione della legge o quantomeno una pronuncia della Corte di Cassazione a Sezioni Unite al fine di apportare elementi di certezza nell'interesse sia dei sanitari che dei pazienti. **TM**

**Info:** [daniele.capano89@tiscali.it](mailto:daniele.capano89@tiscali.it)



Piero Salvadori, medico di comunità presso l'Azienda USL 11 di Empoli dove dirige dal 1999 la UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali. Specializzato in oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13

PIERO SALVADORI

# Il riassetto del Territorio in Regione Toscana

## Riflessioni e proposte

### Introduzione

L'approvazione della proposta di legge 396 (PDL-396) sul riordino del Servizio Sanitario Regionale stimola riflessioni e proposte sul futuro assetto del territorio. È noto infatti che l'80% dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è legato alle malattie croniche e la presa in carico della cronicità è appunto peculiarità del territorio. La risposta a tali bisogni non può che essere trovata in una nuova organizzazione del territorio.

Le attività territoriali si differenziano da quelle ospedaliere, almeno, per:

- minor intensità assistenziale;
- maggiore presenza di bisogni e relativa assistenza sociale;
- maggiore integrazione professionale
- minor costo unitario per singola prestazione.

Pertanto il Territorio dovrà "plasmare" la sua organizzazione su tali peculiarità. Il riassetto dovrà:

- 1) far chiarezza sui livelli e rapporti tra le varie unità organizzative poste al suo interno;

2) rinnovare l'offerta del parco dei Presidi Distrettuali, intesi come edifici nei quali si attua la presa in carico della cronicità e si forniscono le relative prestazioni, attraverso una profonda e rinnovata integrazione professionale.

Per il punto n. 1 il Territorio può schematicamente essere suddiviso in tre diversi livelli con le rispettive responsabilità:

**1° livello - Direzione di Zona - Distretto (Z-D) o Società della Salute (SDS) ove costituita.** Si occupa di valutazione dei bisogni, governo e appropriatezza della domanda e dell'offerta, rapporti con i comuni, elaborazione del piano integrato di salute, integrazione socio-sanitaria e rapporti ospedale territorio. Il Direttore di Zona-Distretto è nominato dal Direttore Generale in accordo con l'articolazione distrettuale della Conferenza dei Sindaci. Il Direttore di Distretto nella sua attività di committenza, si rapporta con la direzione del presidio ospedaliero (anche di azienda ospedaliera) per ogni aspetto riguardante l'appropriatezza dell'offerta e la col-

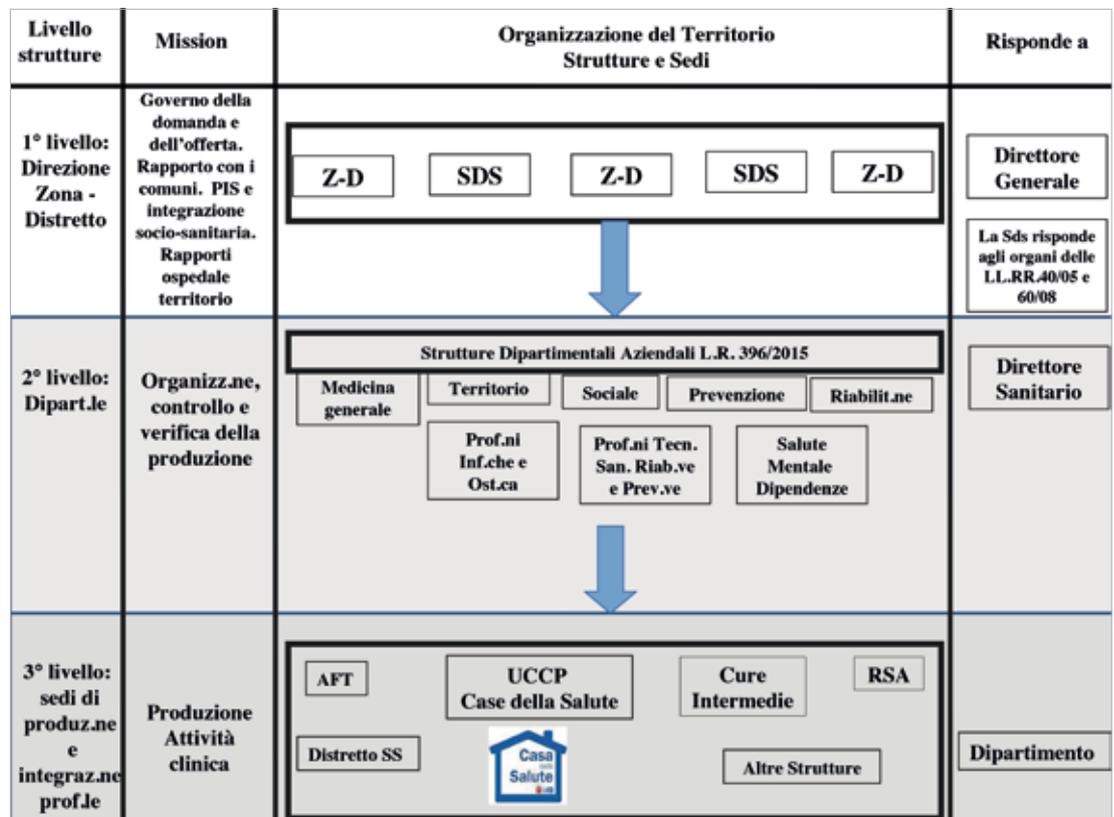


Figura 1

laborazione con il territorio (partecipazione degli specialisti alle UCCP - case della salute, dimissioni programmate, etc.). A questo livello fanno capo i Dipartimenti del territorio, così come citati nella PDL-396.

**2° livello - Direzione di Dipartimento.** Si occupa di organizzazione, controllo e verifica della produzione. I Direttori di dipartimento sono nominati dal Direttore Sanitario e con esso negoziano gli obiettivi di budget, di concerto con il Direttore di Distretto e con gli altri Direttori dei Dipartimenti aziendali di riferimento.

**3° livello - Sedi della produzione e della integrazione professionale.** Sono le sedi fisiche e strutturali che accolgono i professionisti ed erogano le prestazioni ai cittadini secondo l'analisi dei bisogni effettuata dal 1° livello e l'organizzazione data dal 2° livello. In esse la parola d'ordine è appropriatezza, che si interseca con integrazione, oltre ad accoglienza (Figura 1).

In particolare nel 2° livello, al Dipartimento del Territorio faranno capo oltre alle tradizionali attività distrettuali, domiciliari e consultoriali, anche le figure professionali mediche a rapporto convenzionale. Al Dipartimento della Medicina Generale i medici di medicina generale Coordinatori di AFT che si rapporteranno funzionalmente con le altre strutture e dipartimenti. Il Dipartimento della Prevenzione è organicamente inserito all'in-

terno della Z-D e risponde alla Direzione di Z-D.

Per quanto riguarda **il parco dei Presidi Territoriali** come strutture di produzione e integrazione. È possibile focalizzare l'attenzione su alcuni Presidi passando dal più classico il Distretto Socio Sanitario (art. 10 L.833/78) all'ultimo nato in ordine di tempo e cioè la Casa della Salute (CDS-DGRT 117/2015). Questi 2 presidi possono, sulla base della complessità crescente della offerta dei servizi, essere suddivisi in tre livelli crescenti di complessità, così come mostrato nella Tabella 1. Si può notare come, a causa della complessità dei servizi presenti, il 1° livello della CDS corrisponde già al 2° livello di complessità del distretto: segno evidente della evoluzione di maggiore offerta di servizi di questi Presidi.

### Conclusioni

Le norme regionali di riordino pongono nuove sfide. Tutte possono essere accettate ed intraprese. Quanto più l'organizzazione sarà chiara, le strutture forti e l'integrazione professionale profonda, tanto più il Servizio Sanitario e Sociale Toscano sarà capace di reggere ed evolvere al passo con i tempi.

L'alternativa ovviamente è il caos e la perdita di efficacia sulla salute dei nostri cittadini. **TM**

**Info:** [p.salvadori@usl11.toscana.it](mailto:p.salvadori@usl11.toscana.it)

**Tabella 1 - Corrispondenza livelli crescenti di complessità tra Distretto S.S. e Casa della Salute.**

Tipologia dei "Servizi"	Livelli di complessità crescente					
	Distretto S.S.			CDS (DGRT 117/2015)		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare <sup>1</sup> (tra cui prelievi ematici)	X	X	X	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>
Attività amministrative	X	X	X	X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>
Assistenza Primaria: Medicina Generale e Continuità Assistenziale		X	X	X	X	X
Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)		X	X		X	X
Dipartimento Sociale <sup>4</sup>		X	X	X	X	X
Sanità di Iniziativa - CCM		X	X	X	X	X
Dipartimento Riabilitazione		X	X		X	X
Attività di autorizzazione e certificazione sanitaria		X	X			
Consultorio: ostetrico – ginecologico, pediatrico – vaccinazioni, giovani		X	X	X <sup>5</sup>	X	X
Consultorio Immigrati			X			
Assistenza farmaceutica integrativa			X			
Diagnostica per immagini			X			X
Diagnostica 1° livello (ecografia, ECG...)			X	X	X	X
Punto Unico Assistenza Territoriale (PUA)			X <sup>6</sup>			
Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)			X			
Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze: Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA) e Salute Mentale Adulti (SMA) e Servizio Farmaco Tossico dipendenze (Sert)			X			X
Dipartimento Prevenzione			X			
Branche specialistiche			X		X	X
Medicina legale			X			
Medicina sportiva			X			

### Note

<sup>1</sup> L'assistenza distrettuale e/o domiciliare a carattere socio sanitario è svolta da operatori professionali socio sanitari dipendenti AUSL e/o comunali o da cooperative. Essi si coordinano con le professionalità infermieristiche e/o sociali.

<sup>2</sup> Il personale infermieristico può dipendere dalla AUSL, ovvero dai medici di medicina generale o da Cooperative o altre strutture...

<sup>3</sup> Il servizio amministrativo si riferisce alle attività proprie della Azienda USL (appuntamenti CUP, pratiche esenzioni, ausili, invalidità, ecc.) e attività di segreteria per la medicina e/o pediatria di famiglia.

<sup>4</sup> L'Assistenza Sociale può essere in proiezione dal Comune e garantire l'espletamento della UVM.

<sup>5</sup> Solo attività vaccinale svolta dai medici di medicina generale previo accordo ad hoc

<sup>6</sup> Il PUA può posizionarsi anche all'interno del Presidio Ospedaliero come Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio



Paolo Filidei, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, lavora dal 1994 al Dipartimento della Prevenzione dell'ASL 11 di Empoli ed è attualmente responsabile dell'UOS Prevenzione Malattie Trasmissibili.

PAOLO FILIDEI, MARINELLA CHITI<sup>1</sup>, LUCA CHIAPPARINI<sup>2</sup>, GABRIELE MAZZONI<sup>3</sup>

## 2000-2014: Quindici anni di attività del centro di medicina dei viaggi dell'ASL 11 di Empoli

### La storia

Il centro di medicina dei viaggi dell'ASL 11 ha avviato ufficialmente la propria attività nel 2000, nelle due sedi di Empoli e del Valdarno Inferiore (prima a San Romano di Montopoli Valdarno, poi a Castelfranco di Sotto). Nel 2002 la sede di Empoli ha ricevuto l'autorizzazione del Ministero della Salute a praticare la vaccinazione anti febbre gialla e a rilasciare il relativo certificato internazionale; nel 2008 è stata autorizzata anche la sede del Valdarno.

Il centro opera in stretto raccordo con i medici e pediatri di famiglia del territorio, e con le UU.OO. di Malattie infettive per gli accertamenti specialistici nei viaggiatori al rientro.

Negli anni, ha anche rappresentato un importante punto di riferimento per varie emergenze internazionali quali ad esempio la SARS (2003), la pandemia H1N1 (2009), Ebola (2014), e per l'afflusso di profughi (2011-2014).

### L'utenza

Nei 15 anni di attività gli utenti del servizio sono stati complessivamente 7994, con una media annua di 533. Gli accessi effettivi sono superiori perché circa il 20% delle persone soggette è tornata almeno una volta per completare la profilassi vaccinale. Dopo un costante incremento dell'utenza fino al 2008-09, si è avuta una riduzione certamente connessa con la crisi economica (Figura 1).

Alcuni dati rilevati permettono di stilare un "profilo" del viaggiatore che si rivolge al servizio:

- si tratta in genere di persone adulte (40% in età 31-50 anni), ma nel tempo è cresciuta l'età giovanile (25% di minori nell'ultimo triennio), rappresentata in gran parte da figli di immigrati;

- il turismo è il principale motivo del viaggio (50%, ma in progressivo calo), seguito dal rientro al Paese di origine (25%, con trend in crescita), dai viaggi per lavoro (15%) e per volontariato (10%);

- la maggior parte dei viaggi (45%) ha una durata intorno ai quindici giorni, ma è significativa anche la quota dei viaggi più lunghi (20% un mese; 10% due mesi; 6% un anno o più). Rilevanti le differenze tra l'utenza italiana, in cui prevale la classica vacanza di una o due settimane, e gli stranieri che tornano al Paese di origine per periodi più lunghi (mediamente 1-2 mesi) o addirittura definitivamente;

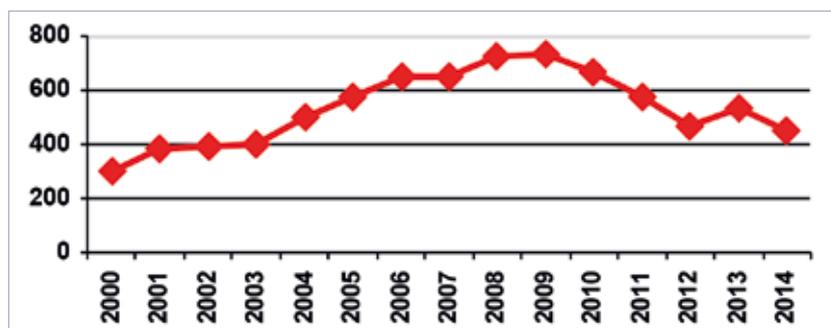
- riguardo alla destinazione del viaggio, prevalgono i Paesi con i maggiori rischi sanitari, in quanto chi si reca in aree considerate (spesso impropriamente) più sicure in genere non ricorre a consulenze sanitarie. La maggior parte dei viaggi (52%) ha come destinazione l'Africa sub sahariana, sia come meta turistica (Kenya, Tanzania), che per rientro al paese di origine (Senegal, Nigeria); seguono l'Asia (22%), l'America meridionale e quella centro-caraibica. Anche le destinazioni turistiche hanno avuto variazioni nel tempo, con cali legati a motivi di sicurezza o ad emergenze sanitarie, e picchi connessi a manifestazioni internazionali quali meeting sportivi o religiosi (Figura 2).

<sup>1</sup> Assistente Sanitario  
Coordinatore ASL 11  
Empoli

<sup>2</sup> UOS Prevenzione  
Malattie Trasmissibili ASL  
11 Empoli

<sup>3</sup> Direttore Dipartimento  
Prevenzione ASL 11  
Empoli

**Figura 1** - Ambulatorio medicina dei viaggi ASL 11 Empoli - Accessi anni 2000-2014



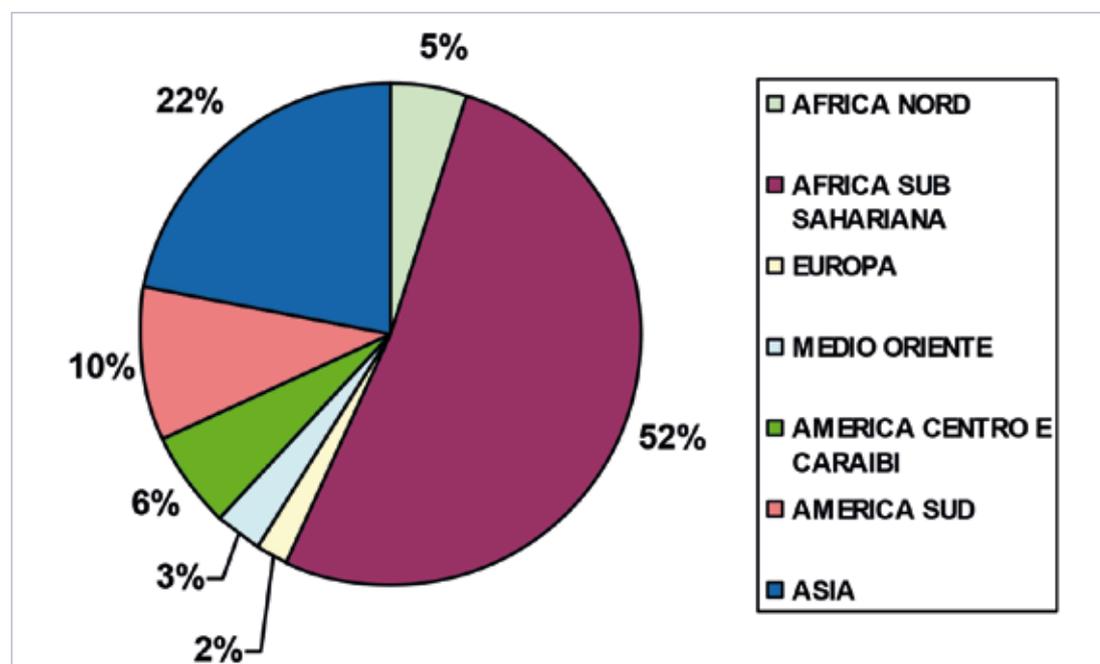


Figura 2 - Ambulatorio medicina dei viaggi ASL 11 Empoli - Destinazioni anni 2000-2014

### L'utenza straniera

L'accesso di cittadini stranieri è in costante aumento, a dimostrazione che il servizio è un utile punto di riferimento per queste persone e per i loro medici curanti, e che vi è maggiore consapevolezza dei rischi legati al rientro al Paese di origine e della necessità di mettere in atto interventi di prevenzione.

In tutte le casistiche internazionali, i cosiddetti VSF ("Visit Friends and Relatives"), ovvero gli immigrati che tornano temporaneamente al proprio Paese, sono i soggetti a maggior rischio, specie se diretti in Africa e se accompagnano bambini piccoli. I figli di immigrati nati in Italia rappresentano un target particolarmente vulnerabile, visto che si possono trovare a viaggiare in tenera età e a soggiornare per periodi anche prolungati in contesti igienico sanitari e ambientali profondamente diversi.

### L'attività

Le prestazioni sanitarie eseguite consistono innanzitutto in un colloquio individuale per la valutazione dei rischi sanitari connessi al viaggio, che dipendono non solo dalla destinazione, ma anche dalla durata, dalle modalità di soggiorno, e dalle condizioni della persona (età, patologie, gravidanza, etc). A cura del personale operante (medici e assistenti sanitari), a tutti i viaggiatori vengono fornite informazioni sui rischi legati al viaggio e sulle norme comportamentali di prevenzione, per poi procedere alla valutazione delle profilassi necessarie.

Nonostante si tenda ad identificare l'ambulatorio con le "vaccinazioni internazionali", ven-

gono sempre ricordate le indicazioni preventive di natura comportamentale, sia riguardo ai rischi non infettivi (altitudine, jet-lag, esposizione al sole, ecc.) che per quelli infettivi (a trasmissione alimentare, ematica-sessuale, da vettori, etc), e solo successivamente si procede a indicare le vaccinazioni raccomandate.

La vaccinazione in assoluto più praticata è quella contro l'epatite A (da sola o associata all'epatite B), seguita da quella contro la febbre gialla, ma sono comunque disponibili tutte le tipologie di vaccino.

Relativamente alla prevenzione della malaria, vengono fornite le indicazioni relative a norme comportamentali, diagnosi precoce, trattamento presuntivo di emergenza, e laddove necessario viene prescritta la profilassi farmacologica.

### Il futuro

Certamente da migliorare il lavoro "in rete" con i centri delle altre ASL toscane, anche mediante l'utilizzo di banche dati e siti web comuni, il raccordo con i vari specialisti e con i medici e pediatri di famiglia, e il continuo aggiornamento degli operatori.

Ancora carenti le informazioni "di ritorno" sulle malattie legate ai viaggi. Nel 2013 in Toscana sono stati segnalati 33 casi di malaria di importazione e 10 casi di dengue, ma restano sottostimate le patologie gastrointestinali, molte parassitosi e le malattie a trasmissione sessuale.

TM

Info: [p.filidei@usl11.toscana.it](mailto:p.filidei@usl11.toscana.it)



Anna Finocchietti,  
Psicologa-psicoterapeuta.  
Didatta SITCC. Libero  
professionista a Firenze;  
attività di didattica,  
ricerca e collaborazioni  
presso la Scuola  
Cognitiva di Firenze.  
SITCC Società Italiana di  
Terapia Comportamentale  
e cognitiva.

ANNA FINOCCHIETTI

# La Terapia Cognitivo-Comportamentale nella Sindrome Fibromialgica

## Quale focus per un intervento?

La Sindrome Fibromialgica (SF) è una malattia reumatica caratterizzata da un insieme di manifestazioni fisiche che procurano sofferenza a chi ne è affetto, pur in assenza di dati di laboratorio (come esami ematici, radiografie ecc.) che mettano in evidenza specifiche anomalie. Ciò rende la malattia spesso di non facile diagnosi e procura alla persona che ne soffre sentimenti di inaiutabilità e incomprendimento da parte di familiari e medici.

La sintomatologia prevalente, sulla cui base dagli Anni Novanta (Wolfe et al., 1990) viene effettuata dai reumatologi la diagnosi, è costituita da dolore muscolare cronico diffuso insieme a rigidità, ma molti altri sono i sintomi che si associano al dolore e che possono variare da individuo a individuo: disturbi del sonno, alterazioni cognitive quali attenzione e concentrazione, cefalea, parestesie, stanchezza cronica, disturbi gastro-intestinali. Inoltre diversi studi hanno rilevato una maggiore sintomatologia ansiosa e depressiva nei pazienti affetti da sindrome fibromialgica rispetto alla popolazione generale; tali sintomi sarebbero tali da mantenere ed alimentare la sintomatologia dolorosa, con conseguenti ricadute sulla qualità della vita dei fibromialgici.

Per comprendere quanto il dolore può compromettere la qualità della vita nella Sindrome Fibromialgica, ricordo che recentemente il dolore fibromialgico è tra i dolori cronici per i quali è prevista la prescrizione di cannabis.

Le cause che intervengono nell'insorgere della malattia sono molteplici, così come quelle che la mantengono (Il modello di riferimento è quello biopsicosociale di Engel). Anche le cure quindi prevedono interventi sia a livello farmacologico che non farmacologico (esercizi fisici, rilassamento, terapie psicologiche).

La ricerca ha evidenziato l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale nel contribuire a migliorare molti aspetti connessi a questa patologia: il dolore riduce infatti la mobilità portando spesso all'evitamento di attività che possono, o si teme che possano, evocar-

o peggiorarlo; inoltre l'intensità del dolore può allarmare, mettere in ansia, alimentare credenze negative sul dolore (catastrofizzazione, helplessness). La terapia cognitivo-comportamentale può pertanto essere efficace nel modificare le credenze disfunzionali così come nel ridurre la sintomatologia ansioso-depressiva.

Gli studi che riportano dati di efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) nella sindrome fibromialgica hanno però protocolli di intervento molto eterogenei e difficilmente comparabili; al momento sembrano non esserci protocolli di intervento mirati su specifici aspetti che caratterizzano il profilo cognitivo dei pazienti fibromialgici, ciò in larga parte sembra dovuto al fatto che le indagini sui profili psicologici di questi pazienti si sono limitate ai disturbi psicologici presenti, come ansia e depressione, molto meno alle variabili cognitive in essi implicate.

Un gruppo di ricerca della Scuola Cognitiva di Firenze, partendo da questi dati, sta da alcuni anni lavorando alla definizione di un profilo cognitivo dei pazienti fibromialgici e sulla base di risultati preliminari sta iniziando esperienze di intervento terapeutico.

Un primo lavoro (Bonini S. et al., 2014) in cui 43 soggetti con fibromialgia sono stati messi a confronto con altrettanti soggetti sani, ha messo in evidenza maggiori livelli di ansia, alessitimia, credenze negative sul dolore e peggiore qualità della vita nei soggetti fibromialgici, insieme a punteggi più elevati nelle variabili rimuginio e bisogno di controllo.

Tra i dati a nostro avviso più interessanti c'è che la catastrofizzazione, insieme all'ansia di stato e di tratto, appaiono le variabili che maggiormente hanno influito sulla qualità della vita. La catastrofizzazione inoltre è risultata mediare anche la relazione tra ansia di tratto e qualità della vita.

Un secondo lavoro (Ricci A., et al., 2014a e 2014b) si è principalmente focalizzato sul ruolo del rimuginio e della ruminazione rabbiosa nella sindrome fibromialgica.

In questa ricerca sono stati messi a confronto 3 gruppi: fibromialgici, soggetti con dolore cronico di altra natura (osteoporosi e artrosi) e soggetti sani (30 soggetti per ciascun gruppo).

I risultati, oltre a confermare dati già esistenti in letteratura e nella nostra precedente ricerca riguardo all'ansia, al rimuginio e alla depressione, hanno evidenziato un dato nuovo: i pazienti fibromialgici risultano riportare punteggi più alti degli altri due gruppi sia nel rimuginio ansioso che nella ruminazione rabbiosa. Un'ipotesi interpretativa di questo dato potrebbe essere che i fibromialgici utilizzino prevalentemente rimuginio e ruminazione come strategie di coping per

la regolazione delle esperienze emotive. Questo potrebbe essere supportato dalla presenza di maggiore alessitimia, come evidenziato dalla letteratura e ritrovato nel nostro primo lavoro.

Ovviamente questi sono dati provvisori, che necessitano di ulteriori conferme e indagini, ma confortano la necessità di approfondire il profilo cognitivo dei pazienti affetti da Sindrome Fibromialgica al fine di poter meglio delineare protocolli di valutazione e scegliere i focus di intervento più significativi ed efficaci. **TM**

Info: [finocchiettianna@gmail.com](mailto:finocchiettianna@gmail.com)

MASSIMO MARTELLONI

## Il medico e la Legge 194

Un gruppo di giovani medici di medicina generale ha posto all'Ordine di Firenze alcuni quesiti, che sono stati girati al Prof. Massimo Martelloni, che ringraziamo per il suo lavoro. Abbiamo deciso di pubblicare queste risposte, perché ci sembrano utili per tutti.

### Quesiti:

1. Quali sono le motivazioni che autorizzano l'interruzione di gravidanza entro il primo trimestre?
2. Quali sono le motivazioni che consentono l'interruzione anche oltre tale termine?
3. Obiezione di coscienza: a chi va presentata la domanda?
4. Obiezione di coscienza: quali sono gli ambiti ai quali la legge sull'obiezione si applica?
5. Obiezione di coscienza si può applicare anche alla prescrizione della contraccezione d'emergenza?
6. Cosa si intende nel testo di legge quando si parla di "casi urgenti" per i quali non vi è la necessità di soprassedere per una settimana?
7. Nella legge è specificato che in caso di paziente minorenni, qualora i genitori non fossero rintracciabili, è necessario ottenere l'autorizzazione dal giudice tutelare. Nella pratica, come si contatta questa figura?

### Risposta ai quesiti:

1) Interruzione di gravidanza entro il primo trimestre:

**Art. 4: "Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza,**

**il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla Regione, o a un medico di sua fiducia".**

Nel primo trimestre di gravidanza le motivazioni della interruzione della stessa riguardano circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero:

- Un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica in relazione:
  - a) allo stato di salute;
  - b) alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari;
  - c) alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento;
  - d) alle previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.

La preoccupazione del legislatore nel 1978 era quella di non lasciare la donna sola di fronte alla pericolosa condizione dell'aborto clan-



Massimo Martelloni,  
Direttore S.C. Medicina  
Legale AUSL 2 Lucca

destino. Pertanto la scelta del chiaro richiamo alle condizioni economiche, sociali o familiari ha dato un ruolo forte e prevalente alla donna nella scelta della interruzione della gravidanza, vissuta dalla stessa come una situazione di serio pericolo fisico e psichico derivante da condizioni socio-economiche, familiari insostenibili.

La stessa situazione è richiamabile per stati di salute compromessi, (esempio: tumori), circostanze del concepimento come per esempio in una violenza carnale, previsione di anomalie o malformazioni del concepito dove il medico deve agire a sostegno della donna perché ne può derivare dalla prosecuzione della gravidanza, del parto o dalla maternità una previsione di pericolo serio per la sua salute fisica o psichica.

Detto pericolo va valutato, infatti, anche con riferimento alla salute psichica della donna e può essere determinato anche dalle rilevanti anomalie o malformazioni del feto, il che significa, ai fini della salute psichica, dalla conoscenza di queste affezioni del feto da parte della donna, assume particolare importanza che il medico, richiesto dalla gestante di essere informata delle risultanze di un'ecografia rivelatrice di gravi malformazioni del feto, adempia esattamente a detto suo obbligo di informazione (Cass. 10.5.2002, n. 6735; Cass. 1.12.1998, n. 12195; Cass. Pen. sez. VI, 18.4.1997, n. 3599).

2) Interruzione della gravidanza oltre il termine del primo trimestre:

**Art. 6: "L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".**

**Art. 7: "I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunica-**

**zione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".**

Risposta

Gli art. 6 e 7 si compenetrano. Il medico interviene nel certificare:

a) che la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna;

b) che sono stati accertati dallo stesso medico certificatore la presenza di processi patologici a carico del nascituro che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Il medico è però previsto dalla norma appartenente al servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento.

Il medico specialista non lavora da solo e può chiedere la collaborazione di altri specialisti che devono obbligatoriamente collaborare, anche se obiettori, per il compimento di tutte le prestazioni non specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione di gravidanza, come può avvenire per gli esami diagnostici (esempio Sentenza Pretore di Ancona 9/10/1979: omissione atti d'ufficio).

Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente, salvo che non sussista imminente pericolo per la vita della donna, fatto per cui prima di tutto lo stesso è tenuto a praticare l'interruzione di gravidanza.

La norma comunque pone un limite all'interruzione di gravidanza quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto. In tal caso l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 ovvero quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, considerandosi in tali casi preminente la tutela della salute fisica o psichica della madre (Cass. 8.7.1994, n. 6464; Cass. 1.12.1998, n. 12195).

Il medico specialista è quindi chiamato solo a certificare le condizioni di grave pericolo per la vita della donna derivanti da gravidanza o parto.

A conferma è intervenuta la pronuncia del 29.7.2004 n. 14488 della Cassazione che ha affermato che l'interruzione volontaria della gravidanza è permessa solo quando **sussista un pericolo per la salute o la vita** della gestante e che dall'ordinamento è tutelato il **diritto a nascere del concepito**, anche se affetto da patologie o malformazioni, poiché le nostre leggi **non consentono l'aborto eugenetico**.

3) Obiezione di coscienza: Domande su:

– presentazione della domanda, ambiti ai quali la legge sull'obiezione si applica e applicabilità alla prescrizione della contraccezione d'emergenza.

**Art. 9: "Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.**

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente".

### Risposte su obiezione di coscienza

La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. Con l'entrata in vigore della riforma sanitaria nel 1978 le funzioni del medico provinciale sono state assorbite dal Servizio di Igiene Pubblica ovvero dal Dipartimento della Prevenzione e pertanto la dichiarazione di obiezione di coscienza, sollevata a norma dell'art. 9 della legge n.194/78, del personale extraospedaliero deve essere comunicata al Direttore del Dipartimento della Prevenzione, mentre per i dipendenti di case di cura o ospedali la dichiarazione deve essere indirizzata ai Direttori sanitari dei presidi. Nella stessa domanda il personale interessato deve scrivere di essere consapevole che, con questa dichiarazione, è esonerato dal compimento delle procedure e dell'attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. In tal senso si ricordano due sentenze. Nel primo caso (Pret. Ancona, 9 ottobre 1979, in *Giur. it.*, 1980, II, 184 ss.) il giudice ha condannato per omissione di atti d'ufficio, con l'attenuante dei motivi di particolare valore morale, un cardiologo che, dichiarandosi obiettore di coscienza, si era rifiutato di effettuare un elettrocardiogramma necessario per poter eseguire un intervento abortivo in anestesia. Nello stabilire se la prestazione rifiutata fosse o meno «specificamente e necessariamente» diretta a determinare l'interruzione della gravidanza ai sensi dell'art. 9, 3° comma, il pretore, sostenuta la necessità di un'interpretazione restrittiva dei limiti oggettivi dell'obiezione di coscienza, ha ritenuto che il requisito in esame comportasse che non potesse essere rifiutata nessuna attività, il cui compimento lasciasse ancora spazio ad una desistenza dalla volontà di effettuare l'intervento abortivo», conseguendone l'opzione interpretativa di considerare rifiutabili soltanto quelle attività «legate in maniera indissolubile, in senso spaziale, cronologico e tecnico, all'intervento abortivo» quali «le attività immediatamente precedenti l'anestesia, l'anestesia vera e propria e l'intervento abortivo». In un seconda pronuncia (Pret. Penne, 6 dicembre 1983, in *Giur. it.*, 1984, II, 314) la condanna per il reato di cui all'art. 328 c.p. ha riguardato due ostetriche che si erano rifiutate di preparare un campo sterile («ossia di approntare su un tavolo il materiale occorrente, lasciandolo ivi»)

per la collocazione di una candeletta di lamina-ria nell'utero della paziente, al fine di ottenere una dilatazione graduale del canale cervicale in vista dell'intervento abortivo programmato per il giorno seguente. Anche in questo caso l'attività rifiutata non è stata ritenuta rientrante fra gli atti specificamente e necessariamente diretti all'interruzione della gravidanza, che vengono individuati dal pretore in quegli atti «non meramente preparatori od accessori, bensì strettamente attinenti al processo chirurgico col quale si determina l'interruzione della gravidanza». In tal senso, dal momento che la *ratio legis* è il «rispetto di diverse, ma limpide opzioni morali», si è ritenuto che fosse necessario ad integrare gli estremi dell'obiezione che «l'atto dovuto [fosse] dotato di una sua intrinseca attitudine a turbare la coscienza dell'obiettore, ciò che può avvenire solo con l'atto direttamente ed astrattamente idoneo a produrre l'evento interruttivo e non certo con attività preparatorie e fungibili, non dotate di rilevanza causale diretta nel processo d'interruzione della gravidanza». Infine è interessante notare come anche la Cassazione Penale abbia ribadito tali concetti recentemente. Infatti la Cassazione penale, con la sentenza n. 14979/2013, ha disposto che un medico che si dichiara obiettore di coscienza non può rifiutarsi di curare la paziente che si è sottoposta ad aborto volontario in ospedale. In particolare la Suprema Corte ha confermato la condanna ad un anno di carcere, per omissione di atti d'ufficio, con interdizione dall'esercizio della professione medica, comminata ad una dottoressa di un presidio ospedaliero in provincia di Pordenone che si era rifiutata di visitare e assistere una donna, la quale era stata sottoposta a interruzione della gravidanza, nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica che temeva un'emorragia. La dottoressa, nemmeno dopo i successivi ordini di servizio impartiti telefonicamente dal primario e dal direttore sanitario l'aveva visitata. Tanto che il primario era dovuto andare in ospedale per intervenire d'urgenza.

In merito anche agli aspetti farmacologici la sezione VI della Cassazione ha inoltre rilevato come la 194/1978 "escluda che l'obiezione possa riferirsi anche all'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, riconoscendo al medico obiettore il diritto di rifiutare solo di determinare l'aborto (chirurgicamente o farmacologicamente), ma non di omettere di prestare assistenza prima o dopo, in quanto il medico deve comunque assicurare la tutela della salute e della vita della donna, anche nel corso dell'intervento di interruzione di gravidanza".

Il dibattito intorno alla capacità abortiva dei farmaci ha trovato una soluzione farmacologica.

Nel 2015 l'AIFA con la DETERMINA del 21

aprile ha inoltre modificato la determina 8 novembre 2011, n. 2703, recante: «Regime di rimborsabilità e prezzo di vendita del medicinale per uso umano ulipristal». (15A03360) (**GU n. 105 del 8-5-2015**).

In tale Determina AIFA ha preso atto del "parere della Commissione tecnico-scientifica nella seduta del 23-25 marzo 2015, che ha ritenuto necessario uniformarsi alla decisione della Commissione europea richiamata, eliminando l'obbligatorietà del test di gravidanza, contestualmente, stabilendo un regime di dispensazione senza obbligo di prescrizione medica (SOP) per le pazienti maggiorenti, mantenendo l'obbligo della prescrizione medica esclusivamente per le pazienti minorenni.

Il principio attivo ulipristal acetato è la cosiddetta pillola dei 5 giorni dopo, il contraccettivo di emergenza, che è stato al centro di un ampio dibattito nel nostro paese negli ultimi mesi. Ora, precisamente dallo scorso 9 maggio, per chi ha oltre 18 anni è possibile acquistarlo in farmacia senza ricetta medica e senza la necessità di eseguire prima un test di gravidanza. Esattamente come in tutti gli altri paesi dell'Unione europea. Ecco le indicazioni e le raccomandazioni su questo farmaco.

Il principio attivo ulipristal acetato funziona come un contraccettivo orale di emergenza. Non è un farmaco abortivo. Tale principio agisce inibendo l'azione del progesterone e ritardando l'ovulazione di alcuni giorni, abbassando così il rischio che si verifichi la fecondazione della cellula uovo da parte dello spermatozoo. La vita media di uno spermatozoo all'interno delle vie genitali femminili, quando riesce a risalire fino alle tube, è infatti di 48-70 ore (molto meno in vagina, pochi minuti nell'ambiente esterno).

Sul *Journal of Obstetrics and Gynecology* si riporta per tale farmaco un'efficacia prossima al 98%. "Se però l'ovulazione è già avvenuta e c'è la condizione biologica adatta, la gravidanza non viene arrestata"(Emilio Arisi, ginecologo e ostetrico, presidente della Società medica italiana per la contraccezione).

È stato istituito un registro, voluto dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema), in cui vengono monitorate tutte le gravidanze avvenute dopo l'assunzione della pillola: a oggi, in tutta Europa, se ne sono verificate diverse centinaia".

**I medici, quindi, anche se obiettori di coscienza, non possono opporsi a rilasciare la ricetta. Lo stesso vale per i farmacisti, che non possono opporsi alla vendita.**

**4) Significato di casi urgenti per i quali non vi è la necessità di soprassedere per una settimana**

**Art. 5: "Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando**

la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate".

### Risposta

La classica condizione per il medico di una procedura d'urgenza si realizza quando ad esempio il sanitario riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento come

nel caso di un grave stato d'ansia perchè prossima la scadenza dei 90 giorni. In tale caso il medico rilascia un certificato attestante quanto sopra e l'urgenza, con il quale la donna non è costretta ad attendere 7 giorni.

5) Paziente minorenne: qualora i genitori non fossero rintracciabili, è necessario ottenere l'autorizzazione dal giudice tutelare?

**Art. 12:** "La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna.

Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela".

### Risposta

Sono in media 1.300 le ragazze minorenni che abortiscono ogni anno, senza che i genitori lo sappiano o siano d'accordo. È quanto emerge dalla relazione 2010 sull'attuazione della legge 194 che il Ministero della Giustizia ha inoltrato al Parlamento. Il rapporto, che prende in esame gli anni compresi tra il 1989 e il

2009, registra un picco di istanze di questo tipo nel 1989, con 1.390 domande inoltrate al giudice tutelare. Lo scorso anno, invece, il numero di queste si è fermato a 1.184.

Il rapporto definisce "preoccupante" il fenomeno degli aborti richiesti dalle under 18. **Molte giovanissime si rivolgono al giudice perché non hanno ottenuto o sanno di non poter ottenere l'assenso da parte dei loro genitori.** Il numero di richieste ha avuto un andamento stazionario a livello nazionale e l'area maggiormente interessata al fenomeno è principalmente il Nord.

Andando più a fondo nell'analisi dei dati raccolti tra il 1995 al 2005 emerge che **a presentare le domande al giudice sono perlopiù ragazze di età compresa tra i 16 (30,3% nel 2005) e i 17 anni (50,2%).** Piuttosto limitato, invece, il numero delle under 14, che rappresenta l'1,2% dei casi. Tuttavia, **l'età delle ragazze che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza è in calo.** Nel 1995 l'età media delle minorenni che si rivolgevano al giudice per ottenere l'assenso ad abortire era di quasi 17 anni, mentre nel 2005 era di 16 anni e 9 mesi.

Le ragazze chiedono di interrompere la gravidanza essenzialmente per **motivi psicologici** (65%) e per **problemi di carattere socio-economico** (33,7%). Poche le richieste per motivi legati alla salute (1,3%). Alcune, si legge nella relazione, dichiarano che **"un figlio avrebbe costituito un serio ostacolo ai propri progetti di vita futura"**.

**Nella maggioranza dei casi (più del 60%), le ragazze non consultano nessuno della famiglia** prima di rivolgersi al giudice, anche se ancora molte (circa il 34%) ne parlano con la madre. Hanno paura di perdere la stima dei genitori, ma in altri casi si tratta di un vero e proprio problema di incomunicabilità familiare. Situazioni come queste avvengono spesso in un quadro familiare desolante, caratterizzato da gravi disagi, come nel caso dei conflitti tra genitori separati.

Dall'analisi della norma si deduce comunque quanto segue:

– Le minori devono ricevere l'autorizzazione del tutore o del giudice tutelare per poter effettuare la IVG.

**(Per l'autorizzazione è necessario telefonare al centralino del Tribunale competente per territorio - ce n'è uno per ogni provincia toscana - e chiedere di parlare con la Cancelleria del Giudice Tutelare, con il quale si concorderanno le modalità di trasmissione della richiesta della minore).**

Ma, al fine di tutelare situazioni particolarmente delicate, la Legge 194 prevede che (art. 12) ... nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

In caso di grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, il medico certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela. **TM**



EDIZIONI TASSINARI

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI  
Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITA!

RILEGATURE  
ARTIGIANALI  
IN CARTONATO



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.



SEBASTIANO GIALONGO

# La terapia nutrizionale nella sclerosi laterale amiotrofica



Sebastiano Gialongo, medico chirurgo, Direttore della S. S. Dipartimentale Nutrizione Clinica dell'Azienda Sanitaria di Firenze, Coord. Didattico della Soc. Ital. di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, Professore a contratto c/o l'Università degli Studi di Firenze

## La malnutrizione in corso di sclerosi laterale amiotrofica

Le malattie neuromuscolari sono un gruppo eterogeneo di affezioni caratterizzate da alterazioni strutturali e funzionali a carico dell'unità motoria, accomunate dal punto di vista clinico da una progressiva debolezza muscolare a cui conseguono facile affaticamento, ridotta mobilità e inabilità.

Nell'ambito di questo gruppo nosologico, la SLA è la malattia in cui maggiormente si manifestano le problematiche legate alla perdita di massa e funzione muscolare che si estende progressivamente a tutti i distretti corporei, determinando una sempre maggiore difficoltà a mantenere la stazione eretta e, successivamente, la posizione seduta, e costringendo infine il paziente a letto.

La malnutrizione calorico-proteica, la sede di esordio del danno (bulbare o spinale) e la gravità della compromissione della funzione respiratoria per la progressiva atrofia del diaframma e dei muscoli intercostali, sono oggi considerati i principali fattori prognostici in grado di condizionare in maniera significativa la sopravvivenza e la qualità di vita.

In particolare, va sottolineato che il grado di malnutrizione è un "indicatore prognostico indipendente di sopravvivenza", non direttamente correlato al livello di compromissione delle funzioni neurologiche, e in grado di incrementare da solo fino a sette volte il "rischio relativo" di morte nelle forme più gravi.

A seconda delle varie casistiche, al momento del primo incontro con il nutrizionista, la malnutrizione per difetto viene riscontrata in una percentuale variabile tra il 20 e il 60%, con picchi nei pazienti in cui la presa in carico nutrizionale avviene dopo un periodo superiore ai tre mesi dalla diagnosi neurologica. In questi ultimi soggetti, in particolare, rispetto al periodo precedente la malattia, si registra un calo ponderale medio compreso tra l'otto e il dieci per cento (indice di "malnutrizione grave") con quadri bioimpedenziometrici che evidenziano una precoce riduzione della "massa magra" e

un'espansione degli spazi extracellulari.

Alcuni pazienti, soprattutto quelli valutati in fasi più avanzate di malattia, presentano invece un eccesso di massa grassa, spesso con le caratteristiche della cosiddetta "obesità sarcopenica", caratterizzata da un'imponente perdita di massa muscolare.

La malnutrizione in corso di sclerosi laterale amiotrofica riconosce una patogenesi multifattoriale su cui incidono in varia misura, a seconda dei casi e della fase evolutiva, l'**ipostenia degli arti superiori** e la difficoltà a mantenere la posizione seduta con conseguente impossibilità ad alimentarsi autonomamente, la **disfagia**, particolarmente precoce nelle forme bulbari, sintomo di esordio nel 30% dei casi e comunque presente nel corso della malattia in oltre l'80% dei pazienti, che condiziona l'eccessivo prolungamento del tempo del pasto, e la **paura della tosse e del soffocamento** che portano ad un progressivo disinteresse nei confronti del cibo.

Nel 60% dei pazienti è inoltre presente una condizione di **ipermetabolismo** causata da un aumento della spesa energetica a riposo, e riconducibile anche all'aumentata necessità di energia indotta dalla fatica respiratoria e dalle fascicolazioni muscolari involontarie; in molti casi, inoltre, il consumo energetico è incrementato anche da uno stato infiammatorio cronico legato all'abnorme produzione leucocitaria di citochine pro-infiammatorie.

## La terapia nutrizionale

Questi dati, uniti alla constatazione che l'esordio e la rapidità di evoluzione del quadro clinico variano sensibilmente da paziente a paziente e nello stesso soggetto nelle varie fasi della malattia, rendono necessaria una presa in carico nutrizionale il più possibile precoce, già al momento della diagnosi e non quando compaiono i segni di malnutrizione, che, peraltro, a causa della peculiarità del quadro metabolico, si instaura in genere molto rapidamente.

L'intervento del nutrizionista dovrà sempre

essere strettamente associato a quello del fonia, a cui compete la valutazione della tipologia, stadio e gravità della disfagia, e del logopedista esperto in "deglutologia", che insegnerà al paziente, ancora in grado di alimentarsi per os, manovre e posture di compenso atte a favorire la deglutizione.

Fin dall'inizio del percorso clinico, per ogni paziente, dovrebbe essere effettuata un'accurata valutazione della composizione corporea attraverso la registrazione dei principali parametri antropometrici, dei dati bioimpedenziometrici e calorimetrici e dovrebbero essere acquisiti i valori degli indicatori ematologici dello stato nutrizionale, in modo da potere elaborare un piano terapeutico personalizzato che potrà comprendere, se necessario, anche i supplementi nutrizionali orali.

A tale proposito assume notevole importanza l'esame accurato del diario alimentare, in quanto il malato di SLA, alimentandosi per os molto lentamente, tende a sopravvalutare i quantitativi assunti.

In questa fase, oltre ad individuare il piano nutrizionale che assicuri apporti in macro e micronutrienti atti a rispondere alle esigenze metaboliche, il nutrizionista dovrà fornire al paziente precise e specifiche indicazioni sulle caratteristiche fisiche (viscosità, volume, temperatura e acidità) che dovranno avere gli alimenti. In base al tipo e alla gravità della disfagia, infatti, i vari cibi dovranno essere "adattati", frullandoli o omogeneizzandoli in modo da renderli soffici, evitando le doppie consistenze; a questo scopo potranno essere utilizzati i cosiddetti addensanti, particolarmente utili, insieme alle bevande gelificate, anche per l'idratazione del paziente, in quanto permettono di trasformare l'acqua, e i liquidi in genere, in fluidi della consistenza di uno sciroppo, di una crema o di un budino, riducendo così il rischio di inalazione nell'albero respiratorio.

Dopo l'iniziale presa in carico, il paziente sarà inserito in un programma di follow-up nutrizionale che prevede un monitoraggio periodico a frequenza programmata, salvo esigenze improvvise legate ad un aggravamento della condizioni cliniche.

Nell'ottica della "presa in carico globale" del paziente, dovrà essere attivato un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare parallelo che coinvolga il neurologo, che potrebbe assumere il ruolo di "case manager", il nutrizionista, il fonia e lo pneumologo.

Dalla valutazione congiunta dello stato nutrizionale, della gravità della disfagia e del rischio di aspirazione ad essa correlato e del grado di compromissione della funzionalità respiratoria, potrà scaturire l'indicazione alla nutrizione enterale.

Trattandosi di un trattamento a medio-lun-

go termine, l'accesso enterale più comunemente utilizzato è la gastrostomia eseguita per via endoscopica (PEG), mentre la digiunostomia endoscopica (PEJ) viene presa in considerazione quando sia già presente una situazione di grave paresi gastrica con ripetuti episodi di reflusso gastro-esofageo e broncopolmoniti ab ingestis.

Una valida alternativa alla PEG è la gastrostomia radiologica (RIG) che presenta il vantaggio di potere essere posizionata in pazienti che abbiano già un significativo grado di compromissione respiratoria, anche se richiede una più attenta gestione domiciliare in relazione al ridotto calibro della cannula gastrica.

In questa fase particolarmente delicata della malattia, molti pazienti tendono comprensibilmente a manifestare resistenze e timori che spesso causano un eccessivo ritardo nel confezionamento della gastrostomia, con conseguenti difficoltà tecniche legate al deficit respiratorio e, soprattutto, l'instaurarsi di una "malnutrizione grave" che rende molto difficile e lento il successivo mantenimento-recupero nutrizionale. La gastrostomia o la digiunostomia vengono infatti viste come una violazione difficilmente tollerabile della propria integrità corporea, un sorta di "accanimento terapeutico" che rappresenterebbe la tappa conclusiva del decorso della malattia.

Fermo restando il rispetto della volontà del paziente, che dovrà esprimere un "consenso informato" al trattamento, è preciso dovere del nutrizionista clinico fornire informazioni chiare e circostanziate, che rendano possibile una scelta realmente consapevole, sottolineando come la nutrizione artificiale enterale sia uno strumento semplice ed efficace per continuare a combattere la propria battaglia contro la malattia, una "terapia salvavita" in grado di evitare le complicanze legate alla disfagia e alla malnutrizione.

### La scelta della miscela enterale

Non di rado i pazienti, soprattutto quelli non seguiti da un centro di riferimento di nutrizione clinica, spinti dal desiderio di mantenere una sorta di alimentazione "naturale", si nutrono attraverso la gastrostomia con cibi frullati o omogeneizzati. L'uso di queste miscele naturali a preparazione estemporanea va decisamente sconsigliato, non solo per la difficoltà di quantificare con precisione la quota di nutrienti somministrata e per l'impossibilità di assicurare nel contesto domiciliare adeguati standard igienici di preparazione, ma anche per il rischio di ostruzione della sonda, che rende necessaria un'eccessiva diluizione, e per l'elevata osmolarità, spesso causa di diarrea osmotica.

Malgrado oggi sia disponibile un'ampia

gamma di diete-formula specifiche per le svariate patologie che rendono necessaria una nutrizione enterale, non esiste attualmente in commercio una miscela bene identificabile in grado di rispondere alle complesse esigenze metabolico-nutrizionali dei pazienti affetti da SLA.

La scelta del nutrizionista cade generalmente sulle miscele polimeriche standard, eventualmente arricchite con fibre solubili e insolubili e frutto-oligosaccaridi nei casi molto frequenti in cui il paziente lamenta stipsi; si tratta di diete che, comunque, non sono sempre del tutto adeguate alle complesse esigenze metaboliche di alcuni pazienti, in quanto permettono di modulare solo gli apporti di carboidrati, proteine, lipidi e, in parte, di micronutrienti.

In linea generale una dieta-formula enterale SLA-specifica dovrebbe essere caratterizzata da un'**elevata densità calorica** per fare fronte all'ipermetabolismo senza dovere incrementare eccessivamente i volumi somministrati, un **elevato contenuto di lipidi e un ridotto contenuto di carboidrati** allo scopo di ridurre la produzione di CO<sub>2</sub>, un **adeguato rapporto omega6/omega3** (non superiore a 2:1) per limitare lo stato infiammatorio sistemico, un **apporto di ferro giornaliero** adattato alla frequente condizione di iperferritinemia che caratterizza questi pazienti, un **elevato contenuto in antiossidanti**.

L'unica miscela attualmente disponibile avente composizione in parte simile a quella precedentemente citata, è quella utilizzata nell'insufficienza respiratoria acuta che contiene composti ad azione antiossidante, come le vitamine C ed E e l'acido gamma-linolenico (GLA) ed eicosapentaenoico (EPA), ed è caratterizzata da un elevato contenuto in energia da lipidi. Una miscela di questo tipo potrebbe teoricamente migliorare la funzionalità respiratoria, ritardando così il ricorso alla ventilazione assistita, e rallentare la progressione della malattia limitando il danno neuronale attraverso la riduzione dello stress ossidativo.

Si tratta comunque di una dieta sbilanciata negli apporti in macronutrienti, che, in una nutrizione enterale di lunga durata, può causare effetti collaterali a livello gastroenterico difficilmente tollerabili.

Peraltro, anche se a livello sperimentale, in modelli murini transgenici, è stata evidenziata l'azione benefica di una dieta ricca di grassi sui parametri evolutivi della malattia, molti dubbi permangono sugli effetti di una miscela di questo tipo sui pazienti-SLA che sono anche particolarmente a rischio per "sindrome metabolica".

## Prospettive future del supporto metabolico-nutrizionale

Una delle ipotesi patogenetiche più accreditate per la SLA riguarda l'accumulo extracellulare di glutammato a livello dello spazio sinaptico e il conseguente fenomeno dell'"eccitotossicità neuronale"; considerato che studi recenti hanno dimostrato che il glutammato assunto con la dieta sembrerebbe correlato positivamente con il rischio di SLA, una nota di cautela va posta sulla quantità assunta attraverso l'alimentazione naturale o somministrata in corso di nutrizione artificiale.

A questo riguardo ulteriori studi sono stati impostati per comprendere se un'eccessiva assunzione di questo aminoacido possa interferire anche con la terapia farmacologica e con la velocità di progressione della malattia.

La teoria della disfunzione mitocondriale, riscontrata non solo nel sistema nervoso, ma anche nel fegato, linfociti e muscoli dei pazienti, ha offerto interessanti spunti per un intervento metabolico-nutrizionale mirato basato sulla somministrazione di creatina, una sorta di navicella intracellulare che fungerebbe da carrier energetico tra i mitocondri e i siti di consumo energetico; questa integrazione nutrizionale è risultata efficace nel migliorare la funzione muscolare e la sopravvivenza nel modello murino, ma non ha apportato benefici evidenti nei pazienti-SLA.

Un altro promettente filone di ricerca parte dalle esperienze condotte su topi transgenici sottoposti a dieta chetogenica mediante infusione di una miscela contenente il 60% di grassi, il 20% di carboidrati e il 20% di proteine; i corpi chetonici generati sono risultati in grado di correggere i deficit mitocondriali, favorendo la respirazione mitocondriale e la produzione di ATP. I topi così trattati hanno una perdita molto limitata di motoneuroni della corda spinale lombare, conservano la performance motoria, e presentano anche un incremento ponderale nella fase presintomatica della malattia e un calo molto più lento nelle fasi più avanzate.

In conclusione, considerato che per la SLA molte ipotesi patogenetiche vengono ricondotte ad alterazioni metaboliche ben definite, è opportuno che la ricerca clinica e sperimentale si orientino verso lo studio di protocolli nutrizionali specifici.

La speranza è che le evidenze scientifiche ottenute sul modello animale possano presto tradursi in studi multicentrici controllati sull'uomo che portino a protocolli nutrizionali in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di rallentare l'evoluzione della malattia, incrementando al contempo la risposta alle poche terapie farmacologiche disponibili. **TM**

Info: [sebastiano.giallongo@asf.toscana.it](mailto:sebastiano.giallongo@asf.toscana.it)



Saffi Giustini, medico di medicina generale, Modulo eCCM Montale (PT) - responsabile dell'Area Nazionale del Farmaco SIMG - Comitato consultivo AIFA Cure Primarie

SAFFI GIUSTINI

# Dis Appropriatezza

## Cose vecchie o antiche ... dal 2003 (\*)

I ricercatori del Dipartimento di gastroenterologia dell'Ospedale Universitario L. Sacco di Milano, hanno condotto uno studio per valutare l'appropriatezza della terapia antisecretoria in un grande ospedale universitario e la ricaduta che questa ha nella pratica della medicina generale. L'uso degli antisecretori è stato controllato per un mese nei pazienti adulti ammessi consecutivamente in qualsiasi reparto ospedaliero. L'appropriatezza di ciascuna prescrizione è stata valutata congiuntamente da due gastroenterologi revisionando le cartelle cliniche.

*Il 46.8% dei 799 pazienti ospedalizzati ha ricevuto una terapia acido soppressiva.*

*La ranitidina era il farmaco più prescritto (44,4%), seguita dal pantoprazolo (31,8%) e dall'omeprazolo (23,0%). La profilassi dell'ulcera da stress e la prevenzione della gastropatia da FANS ha rappresentato il 60,4% delle indicazioni per uso. In generale, il 68% delle prescrizioni non erano appropriate rispetto a quanto stabilito dalle norme e dalle linee guida. Il 56,4% dei pazienti che hanno ricevuto l'inutile trattamento profilattico mentre si trovavano in ospedale sono stati dimessi con la stessa terapia e il 46% ancora la stavano assumendo dopo 3 mesi.*

*Nelle conclusioni gli autori affermano che:*

1. la terapia acido soppressiva è sovra utilizzata nei pazienti ospedalizzati;
2. la maggior parte delle prescrizioni inadeguate in ospedale sono per la profilassi dell'ulcera in pazienti a basso rischio;

3. questo uso inutile induce il consumo inappropriato di farmaci anche nella medicina generale.

## Che fare dunque ... tenendo conto:

Delle aumentate esigenze dei cittadini rispetto al concetto di salute, dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento dei sopravvissuti dopo eventi acuti, dell'aumentato sopravvivenza per patologie neoplastiche, dell'aumento dei costi delle moderne tecnologie sanitarie e dell'immissione in commercio di farmaci ad alto costo, del timore e della conseguente "medicina in difesa".

L'EBM perbacco. La medicina è sempre stata evidence-based. È solo che il significato ed il paradigma della "evidenza" è cambiato nel corso del tempo e da una semplice convinzione o dalle credenze si è approdati all'esperienza convalidata. Ma affidarsi alla evidenza rende meno umana la presa in carico del malato?

Le "definizioni" classiche della EBM considerano i valori e le preferenze dei pazienti e della comunità e sono uno dei tre elementi chiave nella messa a punto sia delle strategie cliniche sia delle politiche sanitarie a livello di comunità.

Infine: non è che "l'eccesso della richiesta di prestazioni" oltre che facilitata dal consumismo sanitario, sia anche un "difetto" nella cultura della medicina di questi anni?

**Absit iniuria verbis**

TM

Info: [drsaffigiustini@gmail.com](mailto:drsaffigiustini@gmail.com)

(\*) Hospital use of acid-suppressive medications and its fall-out on prescribing in general practice: a 1-month survey F. Parente, C. Cucino, S. Gallus, S. Bargiggia, S. Greco, L. Pastore & G. Bianchi Porro Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2003; 17(12):1503-1506).

## LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



**Codice QR** - Rimando Link esterno con cellulare



**URL** - Rimando Link esterno



**Sommarrio** - Rimando pagina interno

**Info:**

**E-mail** - Rimando programma e-mail

GAVINO MACIOCCO

# Come si diventa medici di medicina generale

La nascita della Medicina di famiglia come disciplina accademica (*Family medicine*) avviene negli USA alla fine degli anni 60 del secolo scorso sotto la spinta di un gruppo di medici visionari convinti della necessità di contrapporre un modello bio-psico-sociale al paradigma dominante della medicina ultraspecialistica.

**Nello stesso periodo vengono istituite nel Regno Unito – prima a Edimburgo, poi a Manchester – le prime cattedre di General Practice** (l'equivalente *british* di Family Medicine). Nel 1986 erano già stati istituiti 24 dipartimenti di *General Practice*, frutto della collaborazione e dell'integrazione tra Università e organizzazione dei medici di famiglia (General Practitioners, GPs), raggruppati in associazioni di 4-6 medici (*Practice*), con il supporto "politico" del *Royal College of General Practitioner* e con il supporto finanziario del *National Health Service*. In quell'anno viene pubblicato uno storico documento "**The Mackenzie Report**" che – come commenta il BMJ – "*looks at the past, present, and future of academic general practice in Britain*"<sup>1</sup>.

**Un'integrazione e una collaborazione, quella tra Accademia e GPs tutt'altro che semplice e scontata**, perché, come osserva il Rapporto, "*Academic general practice belongs to two institutions - universities and general medical practice - which are very different in style. The universities are hierarchical organisations, whereas general practice is strongly egalitarian; universities emphasise research and theory, whereas general practice has evolved from experience and instinct*". **L'Università porta in dote la capacità di organizzare l'attività didattica e di stimolare e produrre la ricerca, i GPs contribuiscono con la loro esperienza e la loro organizzazione assistenziale.** Vengono selezionate le *Practice* "migliori" per lo svolgimento dei tirocini sia per gli studenti, che per gli specializzandi, così come vengono selezionati i GP che entreranno a far parte del Dipartimento di *General practice*, in qualità di docenti, inizialmente a tempo parziale potendo così continuare a mantenere un rapporto diretto con la *practice* di origine.

**Il Rapporto indica anche quale deve essere la specificità concettuale della General practice:** "Problemi come la continuità delle cure, la individualità dei pazienti, le conseguenze delle malattie sulle famiglie, l'influenza dei fattori sociali sulla percezione della salute e della malattia, e il contributo di altre agenzie sanitarie e sociali all'assistenza del paziente fanno parte dell'insegnamento di altre materie accademiche. Tuttavia la *General practice* sembra essere la disciplina che meglio consente agli studenti di apprezzare il significato di questi concetti".

Oggi dipartimenti di *General practice* sono presenti in tutte le Facoltà di medicina, il più delle volte il termine *General Practice* è associato a *Primary Care*, come nel caso dell'**Università di Glasgow**, dove nella home page del **Department of General practice and Primary care** si legge: "Il nostro personale, sia clinico che non-clinico, è dedicato a portare avanti attività di ricerca e d'insegnamento che affrontano i problemi posti da bisogni assistenziali complessi e da disuguaglianze, particolarmente in relazione a malattie croniche e multimorbosità, a popolazioni emarginate, come i migranti e come le persone che vivono in aree particolarmente deprivate. Noi abbiamo una forte attenzione ad approcci proattivi e all'implementazione di interventi innovativi e insieme crediamo nel ruolo delle politiche per la salute nel plasmare le esperienze dei pazienti e dei professionisti. Noi portiamo avanti la ricerca interdisciplinare con altri colleghi dell'Università, con il personale del NHS, con organizzazioni e agenzie di volontariato, a livello locale, nazionale e internazionale. Il nostro scopo è quello di promuovere un'assistenza di qualità, centrata sulla persona, con un particolare focus sul ruolo delle cure primarie come veicolo per una assistenza migliore, più continua e più coordinata".

**Nel Regno Unito si diventa medici di famiglia dopo aver frequentato la specializzazione accademica in General practice**, della durata di 5 anni, di cui i primi due (*Foundation years*) comuni a tutte le specializzazioni mediche e i tre successivi (*Specialty registrar*) suddivisi equamente in attività ospedaliera e in attività di medicina di famiglia e cure primarie.



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

<sup>1</sup> Howie GR, Hannay DR, Stevenson SK The Mackenzie report: General practice in the medical schools of the United Kingdom-1986, BMJ 1986; 292:1567-71

Oggi “quasi” ovunque si diventa medici di famiglia attraverso una specializzazione accademica<sup>2</sup>. Wonca Europe (*The European Society of General Practice/Family Medicine*), l’organizzazione che raccoglie i medici di famiglia europei (e che fa parte dell’organizzazione mondiale), ha individuato le competenze fondamentali (*core competencies*) che le università devono fornire ai futuri medici di famiglia (Figura 1).

**Primary care management.** Saper lavorare all’interno di un team multiprofessionale. Svolgere attività di coordinamento e supervisione. Predisporre percorsi appropriati di cura per i propri pazienti. Essere in grado di monitorare e valutare la qualità e l’efficacia dell’attività assistenziale.

**Person-centred Care.** Stabilire una relazione efficace con paziente, nel rispetto della sua autonomia. Promuovere l’empowerment del paziente. Valutare i bisogni del paziente e garantire la continuità dell’assistenza e il coordinamento dei vari interventi.

**Specific problem solving skills.** Coinvolgere il paziente nelle decisioni. Intervenire tempestivamente, e con urgenza quando necessa-

rio. Gestire le situazioni in maniera proattiva. Fare un uso efficace e efficiente delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

**Comprehensive approach.** Gestire simultaneamente molteplici disturbi e patologie, sia acute che croniche. Promuovere la salute e il benessere utilizzando efficaci strategie di prevenzione. Coordinare promozione della salute, prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione e palliazione.

**Community orientation.** Conciliare i bisogni di salute degli individui e i bisogni della comunità in cui essi vivono per rendere equilibrato l’utilizzo delle risorse.

**Holistic approach.** Utilizzare un approccio bio-psico-sociale tenendo conto delle dimensioni culturali e esistenziali del paziente.

A ciò vanno aggiunte tre caratteristiche che devono essere considerate essenziali nell’applicazione delle competenze fondamentali:

**Contextual aspects.** La comprensione del contesto socio-economico e culturale in cui lavora il medico e in cui si trovano i suoi pazienti. La comprensione del sistema sanitario in cui opera il medico, le opportunità e i vincoli.

**Attitudinal aspects.** Essere consapevole

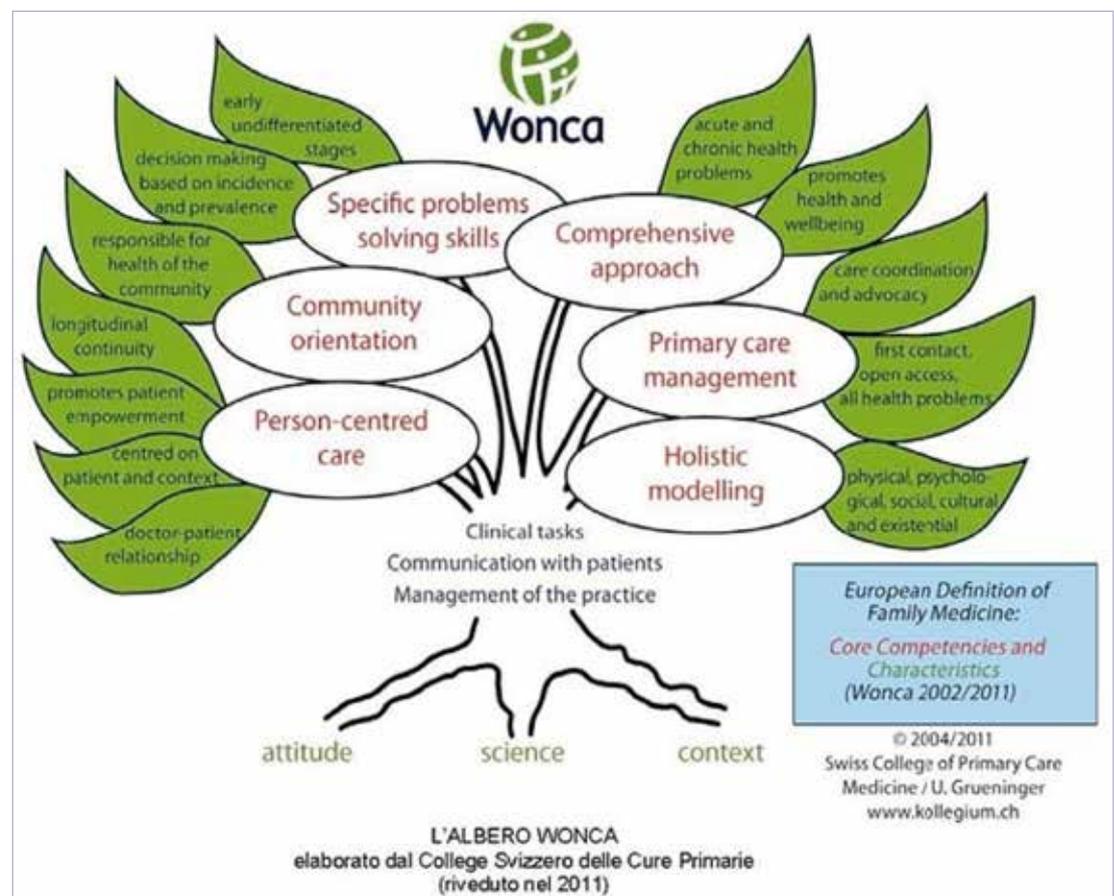


Figura 1

<sup>2</sup> G. Maciocco, GL. Passerini, A. Stefanini, La medicina generale in Europa, in M. Geddes (ed), Rapporto sulla salute in Europa, pp. 137-174, EDIESSE, 1995.

delle proprie capacità e dei propri valori, identificando gli aspetti etici della pratica clinica. Fare chiarezza sulla propria etica personale. Essere consapevole della reciproca interazione tra lavoro e vita privata e ricercare un buon equilibrio tra loro.

**Scientific aspects.** Avere familiarità con i principi generali, i metodi, i concetti della ricerca scientifica e dei fondamentali di statistica (incidenza, prevalenza, valore predittivo, etc). Avere un accesso continuo alla lettura della letteratura medica. Sviluppare e mantenere un apprendimento continuo e un miglioramento della qualità della professione.

### E in Italia?

L'Italia si è adeguata alla direttiva europea del 1986 che obbliga i paesi a istituire un tirocinio vocazionale per i futuri medici di medicina generale, e nel 1999 è stato pubblicato il curriculum della formazione specifica in medicina generale, basato prevalentemente su attività cliniche specialistiche, con un tirocinio di 6 mesi presso un ambulatorio di medicina generale (in Toscana è di 1 anno) e 4 mesi presso una struttura distrettuale (in Toscana 6 mesi).<sup>3</sup> **Il tirocinio vocazionale c'è ma non è una specializzazione accademica**, essendo gestito in proprio dai medici di medicina generale **e non c'è neppure una formazione pre-laurea di medicina generale.**

**Medicina generale e Università non si sono mai parlati.** L'Università ha così rinunciato alla conoscenza di una parte fondamentale della salute della popolazione e del sistema sanitario, la Medicina generale da parte sua ha rinunciato a confrontarsi con il livello accademico della ricerca e della didattica, preferendo rinchiudersi in un comodo, ma sterile, recinto autoreferenziale. È evidente che le responsabilità sono ben bilanciate, ma è del tutto inutile re-

criminare sul passato. **Quel che è certo è che questo sistema non funziona e sta provocando enormi danni al servizio sanitario italiano** che – soprattutto a causa dell'*impasse* nei processi di formazione dei professionisti – non riesce a costruire un sistema di cure primarie e di medicina generale su scala nazionale all'altezza dei bisogni dei cittadini.

**Come uscire dall'impasse lo ha suggerito Maria Angela Becchi**, professore di Medicina di comunità all'Università di Modena e Reggio Emilia: "Si potrebbe iniziare con sperimentazioni regionali per formare nuove generazioni di medici di medicina generale con specializzazione universitaria, basato su accordi fra i Ministeri della Università e della Salute, sentite le Regioni, con l'obiettivo di formare medici di medicina generale con competenze cliniche per accedere alla convenzione, competenze di coordinamento e di governo clinico per garantire appropriatezza delle cure, lavorare in team ed attuare l'associazionismo medico, nonché con competenze di gestione per assumere ruoli di dirigenza nelle UO Complesse di Cure Primarie".

**Aggiungo che tale processo dovrebbe vedere il pieno coinvolgimento della Medicina generale, dei colleghi che sono impegnati a vario titolo nelle attività di formazione**, che dovrebbero rappresentare i partner fondamentali nelle attività didattiche accademiche e di tutoraggio nei tirocini sul campo. È la stessa sfida a cui si aprì con successo la *General practice* britannica negli anni ottanta. Oggi sono innumerevoli i GPs che sono diventati lecturer, senior lecturer, professori e direttori di Dipartimento. Perché no, anche in Italia?

TM

Info: [gavino.maciocco@alice.it](mailto:gavino.maciocco@alice.it)

<sup>3</sup> Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

## CONVEGNO

### PISA STROKE CHALLENGES

I prossimi **11-12 gennaio 2016** la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa organizzerà un Simposio Internazionale dal titolo **"PISA STROKE CHALLENGES"**.

Tale congresso sarà articolato in sessioni dedicate alle più recenti acquisizioni in tema di patogenesi, terapia e telemedicina dell'ictus cerebrale. Interverranno alcuni dei massimi esperti, Nazionali ed Europei, nel campo delle patologie cerebrovascolari. Per favorire la partecipazione dei giovani medici, il corso per gli under 35 è assolutamente gratuito. Con un minimo costo è prevista l'iscrizione dei senior.

Il corso sarà accreditato ECM per Medici Chirurghi (Neurologia, Neuroradiologia, Neurochirurgia, Geriatria, Neuroriabilitazione, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Radiologia, Medicina di Urgenza, Medicina Interna, Medicina Generale); Infermieri; Fisioterapisti; Tecnici di Radiologia; Tecnici di Neurofisiopatologia.

Sul sito web: [http://www.fclassevents.com/site/d\\_News.asp?ID=100&IDCatN=5](http://www.fclassevents.com/site/d_News.asp?ID=100&IDCatN=5) è disponibile il programma aggiornato e la scheda di iscrizione.





Beppe Logi, già  
Primario di Anestesia  
e Rianimazione del  
Presidio Ospedaliero  
di Livorno e Direttore  
del Dipartimento di  
Emergenza Urgenza  
dell'ASL 6.

BEPPE LOGI

# Sedare dolorem: un precetto sempre valido

Caro Direttore,  
leggendo *Toscana Medica* e alcuni spunti storici riportati, mi è venuto in mente che qualche anno fa, ormai in pensione da tempo, stendendo appunti sulla Rianimazione di Livorno (che fu la prima polivalente in Toscana: anni 1960) avevo trovato notizie sulle prime anestesi in Italia.

L'Ospedale Maggiore di Milano vanta che al suo interno sia avvenuta la prima anestesia italiana il 2 febbraio del **1847**, cioè appena 5 anni dopo che negli USA il dott. Crawford Long aveva fatto le sue prime applicazioni con l'etere, pochi mesi dopo le applicazioni di Morton e addirittura 2 mesi e mezzo dopo la sua comunicazione sul *Boston Medical and Surgical Journal*.

Anche Dogliotti, nel suo "Trattato di Anestesia" del 1935, riferisce che a Torino nel **1850**, il chirurgo Lorenzo Bruno usava l'etere, preceduto dalla somministrazione di morfina.

Qualche tempo fa infine ho trovato una interessante notizia a questo proposito, riportata da Giovanni Cipriani nell'articolo "*Roma, Torino e Firenze 1846-1859*" sul n. 1 del 2011 della *Miscellanea Storica della Valdelsa*. L'autore riferisce che l'introduzione a **Firenze** nel **1847** dell'anestesia con etere solforico da parte del "*medico Carlo Ghinozzi, brillante aiuto del massimo clinico del tempo Maurizio Bufalini*" era stata duramente attaccata perché "*la soppressione del dolore in interventi chirurgici fu vista come un insulto a Dio che proprio attraverso tale mezzo poteva operare la purificazione dell'anima del malato*". E lo stesso poeta Giuseppe Giusti com-

pose caustici versi proprio nei confronti del medico. "*La polemica infuriò per qualche tempo sfiorando lo stesso Bufalini, accusato di materialismo*" ... "*ma l'evidente beneficio dell'anestesia placò gradualmente gli animi*".

Quindi anche Firenze si contenderebbe il primato dell'introduzione dell'anestesia in Italia e se ci fosse qualche appassionato di buona volontà potrebbe essere interessante approfondire, se non altro per individuare una data precisa.

Quanto alla "*polemica*" a Firenze di 168 anni or sono, può valer la pena ricordare un altro episodio occorso 110 anni dopo.

Il toscano Piero Mazzoni (che sicuramente hai conosciuto), come segretario dell'Associazione di Anestesiologia, nel IX Congresso della Società tenutosi nel 1956, fu sollecitato da molti colleghi perché chiedesse lumi al Papa Pio XII, su tre quesiti che riguardavano:

- "*l'obbligo morale di rifiutare l'anestesia e di accettare il dolore fisico per spirito di fede*";
- se "*la privazione della coscienza e dell'uso delle facoltà superiori provocata dai narcotici è compatibile con lo spirito del Vangelo*";
- se "*è lecito l'uso dei narcotici per malati in pericolo di morte [...] e se possono venir usati anche se l'attenuazione del dolore [...] si accompagna con l'accorciamento della vita*".

Meno male che il Papa, più intelligente di certi nostri colleghi, nell'udienza del 24 febbraio 1957, rispose con un illuminato discorso. **TM**

Info: [pelo1935@libero.it](mailto:pelo1935@libero.it)

## PIO XII DISCORSI DEL 1957

### Risposte a tre quesiti religiosi e morali concernenti l'analgesia (24 febbraio 1957) Conclusione e risposta al terzo quesito

*Riepilogando, voi Ci chiedevate: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo dei narcotici (quando è richiesta da un'indicazione medica), è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente (anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede che l'uso dei narcotici abbrevierà la vita)?" Si dovrà rispondere: "Se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali: sì".*

*Come abbiamo già spiegato, l'ideale dell'eroismo cristiano non impone, almeno in modo generale, il rifiuto di una narcosi d'altronde giustificata, sia pure all'avvicinarsi della morte; tutto dipende dalle circostanze concrete. La risoluzione più perfetta e più eroica può trovarsi tanto nell'accettazione quanto nel rifiuto.*

## RICORDO

## Il mio ricordo dell'amico Mario Barresi



Mario era un uomo di intelligenza arguta e acuta, un profondo conoscitore degli uomini, una persona di assoluta onestà intellettuale. Ma, fondamentalmente, era generoso e buono. Ricordo anche un carattere spigoloso, ma chi possiede una forte personalità ha sempre un carattere deciso. Tuttavia Mario era sempre pronto alla discussione e tante ne ricordo lunghe e animate quando dovevamo insieme organizzare qualche iniziativa politica o professionale. Mario ha fatto molto per i medici, italiani e toscani, durante la sua lunga militanza sindacale e ordinistica. E per questo merita un posto nella nostra memoria. Questo ricordo affettuoso gli è dovuto, ma per me ciò che importa davvero è la perdita di un vero e sincero amico, che mi è stato sempre vicino anche nei momenti più difficili. Mario era nato in Sicilia in una cittadina vicino a Catania e alla sua terra era sempre rimasto legato da un affetto profondo, quasi viscerale, un amore che lo riportava spesso nella sua terra d'origine di cui parlava continuamente e talora per questo lo prendevamo un po' in giro, quando ci si trovava a cena; infatti era un commensale perfetto, un intrattenitore piacevole, insomma era una persona cui non si poteva non voler bene; si era laureato a Catania e subito dopo era giunto a Firenze dove aveva prestato servizio per un lungo periodo di tempo quale medico nell'arma dei carabinieri e iniziato l'attività di fisiatra come specialista ambulatoriale interno. Presto si era dedicato al sindacalismo medico e alla difesa della categoria, percorrendo tutta la strada all'interno del suo sindacato fino a ricoprire importanti cariche nazionali. Era stato eletto consigliere dell'Ordine di Firenze nel lontano 1984 e ne era divenuto prima segretario e poi vicepresidente. Era stato eletto dalla Assemblea del Consiglio Sanitario Regionale nell'Ufficio di Presidenza ed ha ricoperto questo ruolo dall'istituzione del CSR nel 1999 fino ad oggi, offrendo sempre un importante contributo ai lavori dei gruppi specifici e alle commissioni, alcune delle quali aveva presieduto. Con la sua improvvisa scomparsa perdiamo una forte figura di riferimento nel mondo medico ma più che altro piangiamo la scomparsa di un uomo intelligente e buono, un amico vero.

*Antonio Panti*

## RICORDO

## L'anticonformismo di Elga Dell'Agata



Elga ci ha recentemente lasciato, ed essendo uno dei suoi più vecchi amici, non posso esimermi dal portare su queste pagine un suo pur breve ricordo.

Nata e maturata nel quartiere fiorentino di San Frediano, come una vera e propria "ragazza di San Frediano" non poteva che andare subito contro corrente. In un periodo in cui le donne medico si contavano sulle dita di una sola mano riuscì, affrontando innumerevoli difficoltà, a laurearsi presso la nostra facoltà medica nel 1954, e, come la quasi totalità di noi dovevano fare in quegli anni, iniziò la sua attività come medico di famiglia. Ed è ancora vivo in molti vecchi fiorentini il ricordo di "quella pazza" che correva in "Lambretta" in giù e in su per la città per andare a visitare i suoi pazienti. Ma che razza di donna era per osare non solo di fare il medico, ma addirittura di andare in giro in Lambretta, entrambe attività giudicate a quel tempo poco ma poco consone per una donna...

Ma l'anticonformismo di Elga non finì qui, ed osò addirittura, continuando a fare il medico di famiglia, iscriversi alla scuola di specializzazione in ostetricia e ginecologia, allora rigorosamente riservata agli uomini. E per farla breve, testarda com'era, nel novembre dell'anno di grazia 1959, riuscì a divenire quella che sembra essere stata la prima donna specializzata in ostetricia e ginecologia all'Università di Firenze. Da allora, insieme col marito Giosuè Mursia, anch'egli ostetrico e ginecologo, hanno iniziato una pluriennale collaborazione che ha consentito loro di dare alla luce centinaia e centinaia, forse migliaia, di piccoli fiorentini, incluse le due figlie del sottoscritto, pur continuando sempre a dedicarsi con grande dedizione a molteplici attività di volontariato e di beneficenza per portare aiuto a chiunque ne avesse bisogno, in Italia ed all'estero. E pur impegnatissima nel suo lavoro e nel volontariato ha saputo pure trovare il tempo per dedicarsi con successo alle sue attività artistiche preferite: il disegno e la narrativa.

Mi fermo qui per dirvi solo che se quel Paradiso, nella cui esistenza la sua forte religiosità la portava a credere, esiste veramente, Elga lo ha pienamente meritato. Ma per un agnostico come me, a parte l'esistenza o meno del Paradiso, Elga ha senza alcuna ombra di dubbio meritato il ricordo affettuoso delle migliaia di colleghe, che, sulla strada aperta anche da lei, costituiscono oggi la parte più consistente della famiglia medica.

*Giorgio Spagnolo*

**LETTI PER VOI****PESTE**

MARCO E COSTANZA GEDDES DA FILICAIA

Edizioni Polistampa

**LA GRANDE SCOPE**

La peste, il flagello di Dio, contagio o miasma, il terribile morbo che punisce i peccati del mondo senza guardare in faccia a nessuno, ricchi o poveri, potenti o plebei, peccatori incalliti e fanciulli innocenti, una grande scope che, nei millenni, ha segnato un intreccio inestricabile tra storia della medicina e antropologia del male, tra scienza e magia, precettistica religiosa, miti, credenze, orribili torture contro sprovveduti additati come maligni untori oppure, al contrario, ragionevoli precetti igienici e giudiziosi tentativi di affrontare la diffusione del male. Una storia, lunga come quella della civiltà umana, che vede lo scontro tra superstizioni, processioni, esorcismi e provvedimenti di pubblica utilità. "Fuggi presto, vai lontano e torna più tardi che puoi", questo è per molti, lunghissimi secoli, il miglior consiglio contro la pestilenza. Quando ormai il morbo sembra in declino, e non si capisce bene perché, si scopre il colpevole, la *Yersinia pestis*, poi se ne comprendono i meccanismi epidemici, i ratti e le pulci, e si inventa la terapia, il banale cloranfenicolo; ma la peste è scomparsa del tutto? Probabilmente è recitata e addomesticata anche se non vinta come il vaiolo, ma la natura si vendica e nuove epidemie compaiono e mali inattesi meritano lo stesso stigma. Da tutte queste vicende hanno tratto spunto Marco e Costanza Geddes da Filicaia che ne scrivono in un poderoso e assai bello e documentato libro intitolato appunto "PESTE" (edizioni Polistampa 32 euro) che, introdotto da un ottimo saggio di Enrico Ghidetti, affronta prima la storia delle testimonianze letterarie delle grandi pandemie storicamente note e, successivamente, in un breve ma esaustivo resoconto, descrive il problema medico e sociale che la peste ha rappresentato nell'evoluzione della civiltà. Il libro riporta per intero i brani dedicati alla peste, dalle più celebri e antiche descrizioni di *Tucidide* e *Lucrezio* fino alle relazioni meno conosciute e più recenti, in una sorta di cretostomia di grande valore storico, testimoniale e culturale, corredando i testi con schede assai dettagliate che ne danno la corretta collocazione culturale. Un libro quindi per qualsiasi persona colta, ma che i medici in particolare dovrebbero leggere per riflettere sulle radici della professione e sulle enormi trasformazioni di oggi. Di fronte alle nuove pestilenze si richiede al medico e alla scienza un diverso ruolo che appare più sostenibile quando sconosciuti morbi sembrano incrinare le nostre certezze, Ebola, AIDS, SARS e chi sa cosa ci attende, ma che è più arduo e pone sfide più complesse quando la peste è antropica, discende dal danno che l'uomo opera su se stesso distruggendo la natura. Questo libro ci insegna che la "peste nera" forse non si ripeterà più ma, come ammonisce *Camus*, i sorci sono sempre in agguato "per essere mandati a morire in una città felice".

Antonio Panti

**Corsi ECM online: opportunità da non dimenticare**

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha da poco attivato un nuovo corso ECM online sul tema: "Comunicazione e performance professionale: strumenti e metodi. Primo modulo: elementi teorici della comunicazione" (codice evento 129087). Il corso eroga 12 crediti ECM, sarà online fino al 29 maggio 2016 ed è raggiungibile sul portale della FNOMCeO dedicato alla formazione ECM a distanza:

[www.fadinmed.it](http://www.fadinmed.it). Ovviamente, come tut-

te le iniziative formative promosse dall'Ordine, il corso è gratuito e aperto a tutti i medici e gli odontoiatri italiani. Inoltre tra breve la FNOMCeO attiverà un corso ad hoc per i medici del lavoro sul tema "Rischio nei videoterminalisti" che erogherà 5 crediti ECM.

Sempre a proposito di formazione ECM a distanza, si ricorda che il FORMAS - Laboratorio regionale per la formazione sanitaria offre ai medici dipendenti e con-

venzionati con il Servizio Sanitario Regionale toscano un ampio catalogo di corsi online accessibili previa registrazione sul portale del FORMAS: <http://fad2.formas.toscana.it>. I corsi, tutti valevoli ai fini ECM, riguardano diverse aree tematiche: dalla salute e sicurezza sul lavoro alle linee guida del Consiglio Sanitario Regionale; dalle problematiche in età pediatrica ai percorsi assistenziali.

**Il "Codice Rosa" fa scuola in Italia**

"Il Codice Rosa è davvero un fiore all'occhiello della Toscana, ed è stata e continua ad essere un'esperienza molto importante". Questo il saluto che l'Assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana, Stefania Saccardi, ha inviato ai partecipanti allo workshop formativo "Progetto speciale Codice Rosa Bianca", che si è tenuto nei giorni scorsi a Roma, organizzato dalla FIASO (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere). Con questo workshop parte in tutta Italia la formazione di medici, infermieri e forze dell'ordine: una formazione che "a cascata" coinvolgerà centinaia

di operatori, per garantire sostegno e giustizia ai 3 milioni di donne, anziani, bambini, portatori di handicap, omosessuali, ogni anno vittime di violenza in Italia. "Quando, nel 2010, il Codice Rosa è stato sperimentato per la prima volta a Grosseto - ha affermato l'Assessore - non avremmo certo pensato che nel giro di cinque anni si sarebbe diffuso in tutti i pronto soccorso della Toscana, e anche in molte altre regioni. La forza del Codice Rosa - osserva ancora Stefania Saccardi - è la sinergia tra personale sanitario, Forze dell'ordine, Procure della Repubblica, associazioni di volontariato:

una collaborazione che consente interventi tempestivi, qualificati ed efficaci. In Toscana, dove ormai è presente in tutti i pronto soccorso, il Codice Rosa è riuscito a far emergere tanti casi di violenza che altrimenti sarebbero rimasti sommersi. È questa la strada giusta, i risultati ce lo confermano. E quindi invito tutti i soggetti che lavorano al progetto "Codice Rosa Bianca" a proseguire con sempre maggiore determinazione su questa strada, per esercitare un reale ed efficace contrasto a tutte le forme di violenza sulle fasce deboli della popolazione".

**BACHECA**

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) pagina Servizi online - BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Sostituti medici, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni odontoiatri, Personale offresi, Personale non medico cercasi**. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.



## Prevenzione influenza 2015/2016



È online sul sito internet del Ministero della Salute [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) la circolare contenente le Raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo della stagione influenzale 2015/2016. Il documento, oltre a contenere informazioni sulla sorveglianza epidemiologica e virologica durante la

stagione 2014-2015, fornisce raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza attraverso la vaccinazione e le misure di igiene e protezione individuale. Nella Circolare si ricorda che l'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale è indirizzata prioritariamente alle donne che si trovino

nel 2° e 3° trimestre di gravidanza, a tutti i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse o concomitanti, ai soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti e ad altri soggetti a rischio il cui elenco è contenuto nella Circolare.

## Nuovo Pronto Soccorso a Careggi

È stato inaugurato Il Nuovo Pronto Soccorso di Careggi con un taglio del nastro sulla rampa di accesso delle ambulanze, dal Direttore Generale Monica Calamai, dal Presidente della Toscana Enrico Rossi, dall'Assessore regionale alla Salute Stefania Saccardi e dal Rettore Alberto Tesi. In concomitanza è stato allestito al Nuovo In-

gresso di Careggi il Villaggio dell'emergenza toscana, iniziativa con la partecipazione del 118 e di decine di volontari di ANPAS, Croce Rossa, Misericordie e associazioni di volontariato, per sottolineare la sinergia con il sistema dell'emergenza urgenza che identifica l'Azienda ospedaliero - universitaria Fiorentina come riferimento anche a

livello regionale. Il Nuovo Pronto Soccorso di Careggi, di 3600 metri quadri, è costato circa 5 milioni di euro ed è attivo dal 25 luglio. Da questa data fino al 13 settembre sono stati già registrati 13mila accessi con una percentuale di ricovero dell'11%.

## CONVEGNO

### L'eccellenza nella ricerca sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica a Firenze: progressi e prospettive. Il rispetto della dignità e dei diritti della persona con SLA"

Il convegno si terrà **Sabato 21 Novembre 2015** - Salone Brunelleschi, Istituto degli Innocenti Firenze ed è organizzato dalla Sezione Fiorentina di AISLA (Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica):

"Il secondo convegno sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica, organizzato da AISLA Sezione di Firenze, ha come obiettivo quello di fare il punto sulla ricerca e in particolare evidenziare i Centri fiorentini di eccellenza che agiscono in questo ambito e contribuiscono al raggiungimento tanto auspicato di una cura contro la SLA; e quello di divulgare i nuovi percorsi assistenziali per i malati di SLA e i loro familiari, nel rispetto della loro dignità e dei loro diritti, mantenendo sempre la persona al centro di ogni decisione e intervento sanitario".

Relatori: Mario Melazzini, Pres. ARISLA; Lucia Banci, Sandro Sorbi, Luca Massacesi, Giocondo Santoni. Camillo Borzacchiello, Monica Del Mastio, Valentina Tucci, Piero Morino.

Per INFO: [www.aislafirenze.it](http://www.aislafirenze.it) - [info@aislafirenze.it](mailto:info@aislafirenze.it) - 3481880933 - 3347160938



## ORDINE DI FIRENZE

### E-mail e PEC:

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

### Orario di apertura al pubblico:

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

### Rilascio certificati di iscrizione:

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

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

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

### Consulenze e informazioni:

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

### Newsletter:

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

**Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045**  
**Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)**



Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che i servizi **ENPAM** e **ONAOSI** sono svolti nei giorni di **mercoledì** dalle **ore 15.30** alle **ore 18** e di **giovedì** dalle **ore 9** alle **ore 12** previo appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via e-mail: [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it). Ciò consente una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.



# *Spedra*<sup>®</sup> 100 mg

comprese  
avanafil



# *Spedra*<sup>®</sup> 200 mg

comprese  
avanafil



*Manfredo Fanfani*

## COSMA E DAMIANO



Due medici santi nella storia della medicina  
e della città di Firenze,  
la luminosa immagine immortalata dal Beato Angelico

---

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

***Articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista***

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*