

Sommario

editoriale

- 2** IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE
Roberto Romizi

approfondimenti

- 4** LA INTOLLERANZA ALIMENTARE
Roberto Ronchetti, Francesco Ronchetti
- 12** LA PREVENZIONE DELL'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)
Mauro Sasdelli
- 17** DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
A. Pennacchioni, D. Cesaroni, G. Apazzi

epidemiologia

- 22** GIOCO D'AZZARDO TRA DIVERTIMENTO E DIPENDENZA
V. Cocci, C. Biagianni, D. Capacci, M.L. Cucinelli,
A.M. Marioli, M.P. Severi, P.E. Dimauro

tossicologia

- 25** DIOSSINA E TUMORI
Patrizia Gentilini

comunicazione medico-paziente

- 29** LA COMUNICAZIONE IN MEDICINA GENERALE
Giovanni Caruso
- 34** INDIVIDUI, RELAZIONI, CONTESTI IN MEDICINA
Pietro Mario Martellucci
- 38** LE CRITICITÀ PER IL MEDICO DEL TERRITORIO
Lorenzo Droandi
- 41** CRITICITÀ PER IL MEDICO SPECIALISTA
Giampiero Cesari

medicina e società

- 47** CONSIDERAZIONI CRITICHE RELATIVE ALLA SALUTE
Antonio Faggioli

leggi decreti documenti fnomceo e enpam

- 51** ETICA E DEONTOLOGIA DI INIZIO VITA

IL CESALPINO

*Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo*

Dicembre 2008
anno 7 - numero 20

**Comitato editoriale
e redazione**
Consiglio provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile
Roberto Romizi

In redazione
Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Mauro Sasdelli

Coordinatore redazionale
Cesare Maggi

Segreteria redazionale
Marco Cerofolini
c/o Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
mail: chirurgi@omceoar.it
www.omceoar.it

**Impaginazione
progetto grafico e stampa**
L.P. Grafiche s.n.c.
Via Fabio Filzi, 28
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 907425
fax (+39) 0575 941526
mail: info@lpgrafiche.it
www.lpgrafiche.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa
n° 522/2001

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha 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.

In copertina:

ANDREA CESALPINO
(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico, medico di Papa Clemente VII; importantissime furono le sue osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

TORRE CAMPANARIA
Veduta parziale della Torre Campanaria della Cattedrale di San Donato di Arezzo, costruita tra il 1857 e il 1937 e recentemente restaurata.

DEDITORIALE

Il rapporto Medico-Paziente

Il medico deve essere l'interprete globale della personalità del paziente e deve tenere conto delle sue capacità di comprensione come previsto peraltro anche nel Codice di Deontologia Medica.

Bisogna infatti tener presente che la comunicazione è efficace solo se autentica, se il linguaggio è adeguato, se c'è empatia e capacità di ascolto. Si tratta sì di raccogliere le informazioni ed educare il paziente, ma anche di costruire una relazione. La chiave per comunicare con successo sta infatti nella capacità di stabilire, mantenere ed incrementare fiducia e credibilità.

È dimostrato che il miglioramento della comunicazione col paziente esalta gli indicatori di prognosi, il grado di soddisfazione dei pazienti e dei medici, fa diminuire i reclami e i conflitti di vario tipo, induce un aumento delle competenze tecniche dei medici, stimolati a una forma diversa di dialogo col paziente.

Il rapporto medico-paziente è però un rapporto asimmetrico. Se pensiamo per esempio alla comunicazione in corso di malattia per il medico si tratta di considerare diagnosi, prognosi e terapia, mentre il paziente si chiede: cosa mi sta succedendo? Cosa sarà di me? Cosa faranno per curarmi? Il paziente vuole sapere che cosa l'aspetta.

Negli studi che hanno indagato il desiderio dei malati di conoscere la propria diagnosi è emerso che sette pazienti su dieci desideravano conoscerla. Questo dato non è molto diverso con la preferenza espressa da intervistati in condizioni di completa salute.

Differente è invece la disponibilità a prendere parte attiva nella scelta di un trattamento. Tre malati su dieci desiderano essere protagonisti in questa scelta. La maggioranza esprime la necessità che sia il medico con la sua competenza ad effettuarla.

Questo dato è molto diverso dalla preferenza espressa in condizione di piena salute nella quale la maggioranza degli intervistati dichiara di voler essere lui ad avere la prima e l'ultima parola.

Dall'altro lato, altri studi hanno riportato l'elevata disponibilità dei pazienti, molto più delle persone sane, ad accettare un numero elevato di effetti collaterali in cambio di piccoli benefici.

Alcuni anni fa su JAMA, il giornale dell'associazione medica americana, sono stati discussi i pro e i contro di quattro modelli di relazione medico-paziente: paternalistico, informativo, interpretativo e deliberativo, suggerendo quest'ultimo come il più corretto.

Il modello paternalistico, anche se potrebbe essere auspicato da molti per le sue capacità di "prendere in mano la situazione" e di predisporre tutto il percorso della cura, dà per scontato quale è il bene del paziente, considerandolo un'entità oggettiva.

Nel modello informativo la comunicazione non fa trasparire le emozioni; sembra essere quella di un venditore di lavatrici che descrive distaccatamente i vantaggi e gli svantaggi nella scelta di un elettrodomestico chiedendo alla fine al consumatore di esprimere una scelta.

Nel modello interpretativo è indispensabile che il medico, in modo simile ad uno psicanalista, conosca tutti i valori messi in gioco dal paziente approfondendo con lui la sua storia.

La scelta del modello ideale di comunicazione medico-paziente cade alla fine sul mo-

dello deliberativo nel quale il medico, come un insegnante amico, approfondisce con il paziente solo i valori connessi al suo stato di malattia e lo guida nella scelta finale della cura.

La cura può diventare un progetto comune, condiviso nei significati e negli sviluppi potenziali, solo se la scoperta di una malattia è seguita dall'instaurarsi di una relazione all'interno della quale il paziente diventa partecipante-attivo ed il medico ascoltatore-guida, entrambi consapevoli dell'esperienza che stanno vivendo insieme.

Se si riconosce che la disponibilità emotiva del medico è un elemento importante per il successo delle relazioni terapeutiche e pensiamo che essa consista nell'essere preparati in modo attivo e ricettivo alla comprensione empatica, allora la consapevolezza del proprio "essere" nei confronti della professione di medico e poi del proprio "essere" nei confronti del malato assume un ruolo molto importante.

La vita emotiva, presente nella relazione, non è un'esperienza esclusiva del paziente; anche nel momento più tecnico ed asettico del rapporto, il medico può vivere forti emozioni così come quelle del paziente, può sentire la paura di perdere il controllo della situazione, può sentire la paura di dover affrontare tematiche psicologiche che non si sente in grado di gestire, può trovarsi ad ascoltare aspetti del paziente che gli evocano eventi dolorosi personali o può sentire la sua paura di ammalarsi della stessa malattia. Motivazioni, valori e caratteristiche personali del medico entrano, inevitabilmente, nella sua esperienza di cura e possono diventare causa di comportamenti difensivi come quello di essere eccessivamente intimidatori, critici, distanti e svalutanti. Oppure causa di un eccessivo coinvolgimento emotivo, soprattutto quando nell'atto terapeutico sono convogliate tutte le aspettative, quando la guarigione del paziente realizza tutte le aspirazioni personali e professionali del medico determinando un frustrante senso di fallimento quando la guarigione non è possibile. Ricordarsi che il medico è una persona significa accettare la sua fatica, il suo fallimento terapeutico e la sua paura.

Quella che altera drammaticamente e negativamente le prospettive future del paziente è la cattiva notizia. L'informazione su prognosi infauste o gravi deve essere fornita con prudenza usando terminologie non traumatizzanti senza escludere elementi di speranza. Il consenso totalmente informato può essere inutilmente crudele.

Alcune attuali criticità nel rapporto medico-paziente derivano dal fatto che molti pazienti cercano informazioni mediche su Internet, che le fonti di dati, anche scientifiche, sono spesso inficiate dal business correlato, che sempre più sta prendendo piede una medicina difensiva.

Roberto Romizi

*Consigliere Ordine dei Medici di Arezzo
Direttore responsabile*

A INTOLLERANZA ALIMENTARE

Roberto Ronchetti*, Francesco Ronchetti**

*Professore Emerito di Pediatria - Università "La Sapienza" di Roma

**Dirigente Medico 1° livello - UOC Otorinolaringoiatria

Ospedale Sant'Andrea - Università "La Sapienza" di Roma

Premesse

Enorme sviluppo si è verificato nell'ultimo decennio nella comprensione del sistema immunologico delle mucose, delle proprietà strutturali degli allergeni e della immunopatogenesi dei disordini da intolleranza alimentare. Fattori genetici, la flora intestinale, la dose degli antigeni assunti con gli alimenti, i processi digestivi e molti altri fattori influenzano il modo con cui le "antigen presenting cells" (principalmente le cellule dendritiche e le cellule dell'epitelio intestinale) processano gli antigeni e li presentano alle cellule T. Alla fine di questi processi gli antigeni alimentari vengono classificati come innocui nutrienti dietetici verso cui viene consentita una tolleranza immunologica o come antigeni potenzialmente dannosi contro cui invece viene innescato un processo infiammatorio finalizzato a difendere l'ospite: in questo caso l'individuo va incontro a disordini infiammatori dell'intestino ed all'intolleranza alimentare¹.

Poichè esiste una stretta relazione del sistema immune delle mucose con vari organi target ed una forte integrazione di esso col sistema neurologico, il tutto sostenuto da un intenso traffico cellulare, nel caso di ingestione di alimenti non tollerati una risposta sintomatologica a livello di organi numerosi e distanti non deve apparire inattesa (ad esempio anafilassi)¹.

L'uso intenso del "challenge alimentare in doppio cieco controllato con placebo" (introdotto 32 anni orsono da May)² ha dimostrato che la produzione da parte di numero-

si pazienti di IgE specifiche verso la maggior parte dei membri di una certa famiglia botanica o animale di cibi spesso non si traduce in sintomi clinici³; questo "paradosso" non è stato spiegato nemmeno dopo la identificazione ed il sequenziamento aminoacidico di oltre 100 allergeni alimentari. Questi studi hanno dimostrato che sebbene gli allergeni alimentari possano essere alla fine classificati in 4-5 famiglie, ciascuna con specifiche proprietà strutturali e funzionali, è tuttavia la struttura tridimensionale delle molecole che correla più strettamente con la sua allergenicità in vivo⁴. Questa struttura tridimensionale e altre variabili, ad esempio i legami inter o intra molecolari, sono ampiamente modificabili da eventi come la cottura, i procedimenti industriali per la produzione dei cibi (ad esempio la emulsione per produrre burro da noccioline americane)⁵, dai metodi per indurre la maturazione e la conservazione delle derrate alimentari, ecc.⁶.

Tutto ciò ha confermato la obsolescenza delle strategie terapeutiche delle intolleranze alimentari basate sulla eliminazione di singole famiglie botaniche o di specie animali¹. Anche la nozione che un singolo cibo sia responsabile di uno specifico sintomo, riproducibile in tutte le occasioni in cui viene assunto, viene messa in discussione da queste moderne nozioni e va ritenuta passibile di un numero alto di eccezioni⁶.

La definizione vigente dei vari tipi di intolleranza alimentare⁷:

- allergia alimentare IgE mediata;
- allergia alimentare causata da

meccanismi immunologici ma diversi da quelli IgE mediati;

- intolleranze alimentari non immunologicamente mediate.

Alla luce della documentata enorme variabilità del processo patologico potenzialmente in essere nelle intolleranze alimentari, appare alquanto pre-supponente, teorica ed in definitiva semplicistica. Soprattutto questa classificazione non è utile sul piano clinico perchè il medico curante non è, nella stragrande maggioranza dei casi, in grado di assegnare un paziente alle tre diverse categorie; ed anche quando ciò fosse possibile, nulla da ciò egli trarrebbe di utile per il modo di trattare il paziente.

È essenziale tenere presente che secondo la più qualificata letteratura ci troviamo di fronte a due fatti ben documentati:

- la prevalenza delle intolleranze alimentari è in aumento, specie nei paesi a più alto livello di industrializzazione⁵;
- esiste una profonda discrepanza fra la prevalenza di intolleranza alimentare riportata nelle pubblicazioni scientifiche più qualificate (1-4%) e la prevalenza di persone che nel corso di indagini epidemiologiche dichiarano di essere affette da disturbi causati dall'assunzione di cibi (12-20%)⁹. Senza escludere che molte persone possano erroneamente attribuire i loro sintomi ai cibi, questi due fatti considerati insieme suggeriscono che le nostre conoscenze sulle cause delle intolleranze alimentari e sui metodi attualmente in uso per diagnosticarle e classificarle possano essere non adeguate.

Di fronte a cause di intolleranza alimentare prima inesistenti (come altro spiegare il loro aumento) ed al dubbio ragionevole che rispondere con una secca negazione ad un grande numero di persone che ha ragioni per ritenersi intollerante ai cibi sia inappropriato, noi riteniamo necessario:

- a) usare una definizione di intolleranza alimentare dotata di grande sensibilità piuttosto che di

grande specificità (la definizione deve permettere di includere tutti i soggetti affetti anche se molti soggetti che rientrano nella definizione alla fine risulteranno essere sani);

- b) mettere a punto un *procedimento semplice, fondamentale clinico, da applicare da parte dei medici curanti*, alla fine del quale si possa dare una risposta statisticamente valida alla domanda se esiste o meno l'intolleranza alimentare.

Nei casi in cui questa risposta risultasse positiva, dovrà iniziare un lavoro mirato e prolungato nel tempo che, a ragione, potrà giovare oltre che dell'opera integrata della famiglia e del medico curante anche della consulenza dello Specialista. ■

Definizione clinica dell'intolleranza alimentare

Quando porre il sospetto di esistenza di intolleranza alimentare

Noi riteniamo che in una fase iniziale la definizione di intolleranza alimentare debba essere esclusivamente clinica: l'uso di esami di laboratorio nulla aggiunge al dato clinico, essendo ciascuno di essi o costoso e difficile da eseguire o dotato di eccessiva sensibilità (il 5-10 % della popolazione ha IgE specifiche nella cute o nel sangue dirette contro gli alimenti ma certo non tutti i positivi sono intolleranti alimentari).

Fondate speranze di un supporto sperimentale alla diagnosi di intolleranza alimentare pareva si potessero riporre nel *"Atopy patch test"*, procedura che consiste nell'applicare per 48 ore un antigene alimentare sulla cute dei pazienti e che deriva da pratiche da tempo in uso in dermatologia. Il test fornisce risultati assai interessanti sul piano concettuale (perché in certi soggetti ma non in altri il cibo a contatto prolungato con la pelle provoca un pomfo evidente?). Tuttavia al momento attuale il test è di scarso e non chiaro significato clinico: basti dire che con lo stesso allergene alimentare

posto su due punti simmetrici del dorso, nel 50% dei casi in cui uno dei due test è positivo, la positività da un lato, si accompagna alla negatività dall'altro. Viceversa il "patch test" con allergeni inalanti (acari, pollini), dà positività costantemente riproducibile sui due lati^{10,11,12}.

Molti degli esami offerti in questo ambito dai laboratori di analisi o certi procedimenti in vivo sono privi di validità scientifica.

Characteristics of food allergy

Persistent or reproducible symptoms
Symptoms related to food intake
Allergic predisposition
Often two or more different symptoms
Often symptoms in two or more different organs

Ida "Muraro and coll. - J"¹³

Meditando sulla definizione riportata nella tabella e tratta da una nota ed autorevole "position paper" si nota che essa può contemporaneamente essere valida per due diverse definizioni di intolleranza alimentare che possono essere poste alle due estremità di uno spettro.

A) Forme pronte:

Sintomi che si verificano in modo riproducibile entro due ore dall'assunzione di un determinato cibo in soggetti con predisposizione allergica.

I cibi in causa di solito sono pochi, spesso ben determinabili in base all'anamnesi.

I sintomi sono pochi ma possono assumere carattere di gravità.

I test per la presenza di IgE specifiche sono spesso positivi e convalidano la diagnosi.

Il "challenge" in doppio cieco è di solito chiaramente positivo.

B) Forme ritardate:

Presenza di sintomi cronici o frequentemente recidivanti in un arco temporale ampio (mesi).

I sintomi colpiscono contemporaneamente più organi ed apparati e sono caratterizzati da una certa variabilità.

L'eziologia alimentare di questa sin-



drome è spesso solo vagamente sospettata o addirittura energicamente esclusa dai pazienti o dai suoi familiari.

Le IgE specifiche verso i cibi sono scarse o assenti.

I "challenge" in doppio cieco sono spesso di dubbio risultato o completamente negativi nell'arco delle due ore dalla somministrazione del cibo sospettato.

L'esistenza di questo secondo tipo di intolleranza alimentare comporta che non si giudichino aprioristicamente false tutte o alcune delle seguenti proposizioni:

a) *Uno stesso cibo può causare sintomi o essere tollerato in circostanze differenti.*

Ad esempio, l'asma da sforzo, la tosse o i reflussi gastro-esofagei possono verificarsi dopo aver assunto un cibo non tollerato solo se si compie un congruo esercizio fisico, se si respira aria inquinata, ad esempio fumo passivo, nella stagione pollinica in soggetti sensibilizzati, in corso di una virosi, ecc.

b) *Uno stesso sintomo può essere causato da cibi differenti.*

Come sopra riportato, spesso più cibi sono contemporaneamente in causa e la assunzione di ciascun cibo non tollerato è equivalente alla assunzione degli altri

c) *Il rapporto temporale fra l'assunzione dell(i) cibo(i) offendent(e) ed i sintomi conseguenti è variabile.*

Ciò dipende dalla qualità e dalla quantità dei cibi non tollerati che viene assunta, nonché dalla presenza o meno di circostanze ambientali favorevoli.

d) *Raramente questa intolleranza verso uno o più cibi si manifesta con un solo sintomo (ad es. cefalea o rinite o diarrea, ecc).*

Assai spesso è presente una "sindrome" da intolleranza alimentare costituita da sintomi cronici o recidivanti a livello di vari organi od apparati.

Sebbene il quadro clinico possa variare ampiamente nel corso dell'anno (tipica la sua attenuazione nel periodo estivo), apparire assai diver-

so da caso a caso e comprendere a volte sintomi assai peculiari, in generale in questo tipo di intolleranza alimentare sono presenti quattro gruppi di *sintomi*:

a) *dell'apparato respiratorio:*

naso chiuso, secrezioni e prurito nasale, starnuti, tosse (diurna, notturna, a crisi, da sforzo), sibili;

b) *dell'apparato oro-gastro-intestinale:*

afte o altre lesioni del cavo orale e della lingua, alitosi, reflussi gastro-esofagei e bruciori retro-sternali, vomito, dolori o gonfiori addominali, stipsi o diarrea, proctite;

c) *della cute:*

cute secca, pruriti, eritemi, orticaria, eczema;

d) *di carattere generale:*

scarso appetito, basso tono generale, cattivo umore, stanchezza, iperattività, scarso equilibrio psichico, insonnia o cattiva qualità del sonno, scarso rendimento scolastico. Cefalea.

Spesso il paziente o i suoi genitori non sospettano o negano decisamente il rapporto fra questa congerie di sintomi e l'assunzione di certi cibi. Spesso nei pazienti affetti è presente una storia di abitudini alimentari peculiari come il rifiuto di certi cibi, assunzione di certi cibi, ad esempio il latte, solo nel biberon o mescolato con altri alimenti che ne modificano il sapore, ecc.). Spesso disturbi causati dall'alimentazione sono presenti nella anamnesi dei genitori o fratelli. ■

Conclusioni

La situazione clinica in cui occorre porre il sospetto dell'esistenza di intolleranza alimentare deve includere:

a) i casi in cui sintomi clinici sono provocati a breve termine dall'assunzione di un cibo;

b) i casi in cui sono presenti sintomi cronici o recidivanti a carico di più organi od apparati, anche quando la etiologia alimentare non è sospettata o viene negata dagli interessati.

È assai utile che la storia clinica del caso sospettato di intolleranza alimentare venga concretizzata attraverso un diario protratto per un tempo congruo che riguardi sia il verificarsi dei diversi sintomi che l'assunzione dei vari cibi¹³. ■

Diagnosi

Dimostrazione dell'esistenza di intolleranza alimentare

I casi nei quali si è posto il sospetto dell'esistenza di una intolleranza alimentare, responsabile di un certo insieme di sintomi clinici, debbono essere sottoposti a manipolazioni dietetiche in grado di confermare o escludere il sospetto diagnostico. Sebbene la naturale variabilità clinica faccia sì che si osservino casi con caratteristiche intermedie, è importante che ciascun singolo caso venga, almeno provvisoriamente, assegnato alla forma *pronta* o alla forma *ritardata* perché le procedure per giungere alla diagnosi sono in una certa misura diverse nei due casi.

A) Intolleranza alimentare pronta:

In queste forme il quadro clinico è caratterizzato dal fatto che l'assunzione di uno o di un ristrettissimo gruppo di cibi provoca in tempi brevi sintomi assai riproducibili.

In questi soggetti la diagnosi di certezza viene ottenuta, dopo un periodo di eliminazione dalla dieta del cibo o dei cibi sospetti, con la esecuzione di un "challenge" che inequivocabilmente dimostri che il cibo sospettato (ed in quale dose) è in grado di scatenare i sintomi.

Fondamentalmente il "challenge" consiste nella somministrazione di dosi progressivamente crescenti del cibo sospettato fino a raggiungere una dose equivalente ad una normale porzione, osservando l'eventuale comparsa di sintomi nelle successive due ore. Questo test può essere condotto in "aperto", in "cieco semplice", in "doppio cieco" e in "doppio cieco controllato con placebo" in un crescendo di accuratezza diagnostica ma anche di difficoltà di esecuzione specie in età pediatrica. Esso si basa sul concetto

che una certa, limitata, quantità di un singolo cibo sia uno stimolo sufficiente a riprodurre i sintomi clinici lamentati dal paziente.

Occorre sapere che il "challenge" non è esente da critiche, prima fra queste la sua scarsa sensibilità. Anche se si rimane nell'ambito dei casi più chiari (quelli con anamnesi documentata e prick test positivi), ciò è vero solo nel 50% dei casi (scarsa sensibilità)¹⁴. Quindi nel rimanente 50% di questi soggetti e in tutti quelli con una storia meno chiara o con prick negativi, la probabilità di documentare un'intolleranza alimentare con il doppio cieco è assai più limitata.

A nostro avviso ciò avviene per due motivi:

- 1) L'esperienza clinica e parecchie pubblicazioni specialistiche indicano che la qualità e l'intensità dei sintomi eventualmente scatenati dall'assunzione di un cibo dipendono da una serie di condizioni che il classico "challenge" non prende in considerazione: quantità del cibo assunto, numero di somministrazioni, assunzione contemporanea o nei periodi immediatamente precedenti di altri cibi verso cui il paziente è intollerante, condizioni cliniche del paziente, condizioni ambientali, ecc.. Inoltre i sintomi possono manifestarsi in forma più o meno larvata nelle 24-48 ore successive alla somministrazione del cibo, e cioè ben oltre le 2 ore che il test prevede come periodo di osservazione¹⁵;
- 2) L'esistenza delle "cross reattività". Questo problema, che comincia ad emergere dalla letteratura nella sua enorme complessità, suggerisce che un alimento vegetale può essere causa di sintomi patologici solo se ed in quanto contiene degli allergeni che il vegetale stesso è in grado di produrre ma soltanto quando sono presenti stimoli ambientali stressanti. Facciamo riferimento alle 14 classi di "pathogenesis related proteins", sostanze che hanno funzione di difesa nel mondo vege-

tale e che ciascuna pianta può produrre solo se e quando sottoposta a stimoli infettivi, tossici o fisici^{16,17}. Ciò non solo toglie concretezza all'ipotesi che se un alimento, ad esempio il pomodoro, ha documentatamente generato sintomi in un certo paziente, lo stesso paziente deve necessariamente presentare gli stessi sintomi in occasione di una successiva assunzione di una successiva assunzione di pomodoro: ciò potrebbe non avvenire se egli assume un prodotto allevato e conservato in modo ottimale. Questi concetti tolgono anche certezza al fatto che un determinato alimento che ha provocato sintomi importanti sia la sola causa della patologia del soggetto, in quanto, a causa della presenza trasversale nel mondo vegetale di identiche sostanze in prodotti agricoli largamente in uso ma distanti sul piano filogenetico, può accadere che i sintomi una volta generati da un vegetale, ad esempio la banana, siano successivamente generati da uno di una larga schiera di frutti o vegetali come, l'avocado, la castagna, il kiwi, la papaia, la pesca, l'uva, l'albicocca, l'ananas, la patata, il pomodoro in una lista che va sempre più ampliandosi (stiamo qui facendo riferimento alla "Oral Allergy Sindrome")¹⁶.

Concetti simili possono essere sviluppati per gli alimenti di origine animale dove le cross-reattività appaiono assai più complesse e il tipo di alimentazione fornito agli animali in allevamento è certo parte importante nel determinare la loro non tollerabilità da parte degli umani. In pratica nei casi in cui il "challenge" è positivo la diagnosi viene posta in modo apodittico (spesso l'evidenza anamnestica è tale che può apparire superfluo praticare tale procedura). Viceversa se il "challenge" è negativo, di fronte ad una evidenza clinico anamnestica di un certo rilievo, è opportuno proseguire l'iter diagnostico adottando le stesse procedure diagnostiche suggerite per i casi di intolleranza alimentare ritardata.

B) Intolleranza alimentare ritardata:

In queste forme il quadro clinico che si sospetta dipendere dall'assunzione di alimenti non precisati e probabilmente multipli, è costituito da una congerie numerosa di sintomi cronici o recidivanti a livello respiratorio, gastrointestinale, cutaneo o di carattere generale.

La dimostrazione dell'eziologia alimentare di questo quadro clinico si basa sulla sua scomparsa quando si attua una *dieta oligoantigenica*.

La procedura si attua in due fasi, una a dieta libera, l'altra a dieta oligoantigenica, ciascuna della durata di 7-10 giorni, nel corso delle quali si registra la presenza dei vari sintomi per mezzo di un semplice diario compilato dal paziente o dai genitori.

a) La prima di queste due fasi, che deve costruire la "baseline" necessaria per il confronto con la fase due, deve essere integrata e/o parzialmente sostituita da una accurata raccolta anamnestica che di ciascuno dei numerosi sintomi elencati nel diario descriva l'abituale frequenza, gravità, variabilità, circostanze favorevoli, ecc. Difatti, una volta entrati nel procedimento diagnostico, anche nella fase uno a dieta libera, motivazioni psicologiche possono influire sui ricordi aumentando o diminuendo l'importanza di ciascun sintomo a seconda dei casi. L'elenco dei sintomi riportati nel diario è volutamente lungo ed include elementi vaghi o che raramente un medico od un pediatra attribuirebbero all'assunzione dei cibi. Va a tal riguardo chiarito che in questa fase non si vuole aprioristicamente attribuire sintomi a cause. Si tratta di documentare al meglio la situazione esistente che "sperimentalmente" si tenterà di modificare con un procedimento dietetico. L'esperienza dice che alcune idee correnti sono ampiamente "preconcepite" e che le sorprese non mancano in quanto sintomi come il peso, la stipsi, l'alitosi, la lingua impatinata, le occhiaie, certe forme di depressione, ecc.. vengono non raramente assai influenzate dalla dieta oligoallergenica.



b) *La fase due*, 7-10 giorni con dieta ipoallergenica, si basa sull'ipotesi che se venissero eliminati dalla dieta di questo soggetto tutti o la maggioranza dei cibi offendenti, il quadro clinico prima esistente verrebbe profondamente modificato, fino a scomparire.

Nell'impossibilità di stabilire a priori quali sono i cibi offendenti e nella fondata ipotesi che questi cibi sono sempre più di uno, si debbono ipotizzare dei dettati di dieta che prendendo in considerazione i cibi che l'esperienza suggerisce essere frequentemente in causa, vengano tutti eliminati per un periodo breve ma sufficiente ad indurre un miglioramento.

Si parte quindi dall'osservazione che esistono sintomi a livello di diversi organi od apparati che tendono a recidivare e di cui non si conosce l'eziologia. La situazione esistente nel momento in cui si entra nella fase empirica sperimentale che consentirà di affermare o negare l'esistenza di una eziologia da cibi per questi sintomi, deve essere quanto mai precisamente e puntigliosamente descritta. Non si deve tener conto della probabilità che un sintomo sia, oppure no, attribuibile ad una intolleranza alimentare: si deve semplicemente descrivere il caso clinico con tutte le connotazioni che è possibile mettere in evidenza. Si va dai sintomi più facilmente attribuibili all'intolleranza alimentare, come ad es. l'orticaria, il prurito, la diarrea ecc., fino ai sintomi più aspecifici come pallore, occhiaie, alito cattivo, incapacità di concentrazione, irrequietezza, facile affaticamento, lingua impatinata, cute secca, disturbi del sonno, passando per i sintomi importanti ma non classicamente attribuibili in prima battuta all'intolleranza alimentare, come cefalea, reflussi gastroesofagei, stipsi, scolo del naso o naso chiuso, tosse con o senza catarro, ecc.

Esistono diari clinici abbastanza dettagliati, (**allegato**) che vanno discussi con il paziente o con i suoi genitori, al fine di ricostruire prima dell'intervento dietetico, il quadro clinico come si presenta nel pa-

ziente, la frequenza e la gravità di ciascuna manifestazione clinica nel periodo precedente o immediatamente precedente l'inizio della dieta. Nell'affrontare una tale procedura, emergeranno certo dei sintomi principali, perché costantemente presenti in quel singolo caso, invalidanti per la qualità della vita, e a cui il paziente ha dedicato sempre un'attenzione principale. Ma basarsi solo su questi sintomi per giudicare l'effetto dell'intervento dietetico, toglierebbe molto alla sensibilità della procedura, poiché tanto più il quadro è complesso dal punto di vista clinico, tanto più facile sarà mettere in evidenza, spesso con sorpresa del paziente o dei genitori del bambino, che sintomi ritenuti di scarsa importanza o causati da motivi di natura genetica o da cause sconosciute, fanno invece parte del quadro clinico e sono di notevole aiuto nel procedimento diagnostico.

La dieta ipoallergenica

Regola 1: *escludere sempre latte uovo e pomodoro*

L'esperienza suggerisce, e ciò specie nei bambini, che nel nostro paese tre alimenti, latte, uovo e pomodoro, sono spesso, si potrebbe dire "di regola", coinvolti nel generare intolleranza alimentare. Sia ben chiaro che nell'affermare che questi alimenti provocano frequentemente sintomi nei soggetti predisposti non si vuole affermare che di per sé l'alimento con le sue componenti, specialmente le proteiche, sia in grado di provocare reazioni patologiche, ad esempio IgE mediate: è assai probabile l'ipotesi, che questi alimenti di per sé tollerati, contengano sostanze nocive che sono state immesse nell'alimento attraverso l'alimentazione degli animali produttori o con i metodi di coltivazione e maturazione. Sta di fatto che in base all'esperienza acquisita si deve porre l'ipotesi che una parte più o meno importante dei sintomi cronici o recidivanti del soggetto derivi dall'assunzione di latte, uovo e pomodoro e di tutti i cibi che contengono tali alimenti.

Regola 2: *escludere accuratamente*

tutti i cibi che il paziente in qualche modo non gradisce

Dati sperimentali riportati da gruppi scientifici autorevoli^{18,19}, documentano come sintomi clinici importanti, ad esempio l'asma, sono meno frequenti nei soggetti che assumono più frequentemente un determinato alimento, ad esempio latte o pomodoro. Le conclusioni della letteratura a fronte di tali dati sperimentali, è sempre stata che questi alimenti contenessero sostanze, (lipidi essenziali, vitamine, ecc.) in grado di esercitare una funzione protettiva. I dati della nostra esperienza epidemiologica, viceversa, suggeriscono un'altra interpretazione, e cioè che i soggetti in cui esiste la predisposizione alle malattie allergiche o da intolleranza, tendono di per sé a rifiutare cibi che sono concausa delle loro malattie. In base a queste considerazioni, il principio numero due da applicare nella dieta è che non si debbono mai somministrare cibi che non sono graditi ai pazienti, siano essi latte, uovo e pomodoro o particolari vegetali o particolari frutti o particolari tipi di carne, pesce, ecc.

Si ammette in definitiva che il soggetto sviluppi una sua personale sensibilità che nell'adulto spesso si trasforma in abitudini alimentari negative, per cui un cibo che di fatto nelle ore successive all'assunzione genera fastidi, malessere o sintomi importanti, finisce per essere in qualche modo individuato dal paziente, che più o meno consciamente ne evita o ne riduce l'assunzione.

Quindi nella dieta dovranno essere presenti solo cibi che dichiaratamente sono piacevoli per il paziente, se assunti nella loro forma semplice ed in modo diretto. Così ha importanza per la diagnosi se il latte è assunto volentieri non da solo, ma con un poco di cioccolata o altro, se una bevanda viene assunta volentieri in un biberon chiuso, ma non in modo semplice in un bicchiere come si fa con l'acqua, se una verdura viene assunta volentieri in un minestrone, ma non da sola ecc.

Regola 3: *escludere alimenti pro-*



sintomi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
presenza di occhiaie																															
cefalee																															
alitosi																															
irritabilità																															
inappetenza																															
dolori articolari																															
sonnolenza, stanchezza diurna																															
naso chiuso																															
secrezioni nasali																															
starnuti																															
prurito nasale																															
tosse diurna																															
tosse da sforzo																															
sibili																															
tosse notturna laringea a crisi improvvisa																															
prurito																															
riaccensione/comparsa di eczema																															
sintomi orticarioidi																															
manifestazioni di edema (gonfiore cutaneo)																															
altre manifestazioni cutanee (secchezza)																															
sonno agitato																															
risvegli notturni																															
urla, incubi nel sonno																															
digignamento dei denti nel sonno																															
enuresi																															
nel sonno respira a bocca aperta																															
russo																															
ha pause nella respirazione notturna (apnea)																															
afte, prurito, edema della bocca																															
dolori addominali																															
vomito																															
bruciore retrosternale																															
diarrea																															

Ogni giorno si deve assegnare un punteggio ad ogni sintomo X = assente ○ = presente ma lieve ■ = presente intenso

Allegato



dotti dal commercio, con additivi vari, fast foods, condimenti inusuali, ecc.

Corollario della precedente regola, è che la dieta deve contenere solo cibi semplici, non manipolati nella preparazione culinaria, con l'aggiunta di spezie, condimenti ecc. nè tanto meno manipolata con additivi, coloranti, conservanti ecc. nella produzione e confezione commerciale dell'alimento. Ciò esclude dalla dieta tutto quello che non può essere preparato semplicemente in cucina, usando sempre solo alimenti graditi al paziente e sempre escludendo latte, uovo, pomodoro ed i loro derivati.

La dieta oligoallergenica in pratica

La dieta che proponiamo vuole essere estremamente semplice. Essa può essere ulteriormente semplificata nei casi più difficili. Tenendo conto che si tratta di un'alimentazione da praticare per pochi giorni con un fine dichiaratamente diagnostico.

Nella grande maggioranza dei casi del nostro paese, può valere la regola del 1,3,3,3:

- 1 cereale, il grano; ovviamente nelle confezioni in cui esso compare da solo, come pasta, pane, grissini, fette biscottate, pizza bianca, ecc. Alternativamente si può utilizzare il riso.
- 3 tipi di carne; queste di solito vanno scelte prendendo in considerazione gli animali meno intensivamente allevati, come l'agnello, il cavallo, il coniglio. A queste 3 carni si può di solito aggiungere il maiale, che pur intensivamente allevato, deve di fatto essere venduto come carne cruda (prosciutto), ed impone probabilmente agli allevatori regole che giocano a favore delle intolleranze alimentari. Si prescriverà pertanto una, due o tre carni delle sopracitate, sempre attenti al gusto del paziente e alle sue preferenze.
- 3 verdure, scelte esclusivamente in base al gusto del paziente. Sono di solito totalmente tollerate patate e carote, alle quali

si deve aggiungere una verdura scelta tra spinaci, cicoria, bietola, lattuga, finocchi esclusivamente in base alle preferenze del paziente.

- 3 frutti, che dovrebbero essere per quanto possibile non stagionali e caratterizzati da una lunga permanenza sulla pianta prima di essere colti, come pere, mele, banane; a queste in alternativa si può preferire un altro frutto, come arance, uva, ecc. in caso di documentata innocuità e frequenza di assunzione spontanea da parte del paziente.

A questo complesso dell'1,3,3,3 si può a volte preferire un dieta ancora più ristretta, perché per dieci giorni si può benissimo tollerare di somministrare solo 1,2 carni, 1,2 vegetali, 1,2 frutti.

A questa dieta si deve ovviamente aggiungere, e questo a volontà, acqua, sale, zucchero, olio.

Con questa dieta sperimentale si può condurre una fase di attenta osservazione di 7-10 giorni per decidere se l'ipotesi dell'esistenza di un'intolleranza alimentare è sostenibile oppure no.

L'esperienza suggerisce che la situazione può dimostrarsi complessa non per difficoltà tecniche, ma per la difficoltà da parte delle persone interessate, specie genitori, parenti, medici ad accettare il concetto che tale esperimento è razionale, è giustificato e facile. Così spesso la dieta viene vissuta come un ingiustificato e pesante intervento nelle abitudini alimentari del paziente, in grado di sconvolgere la sua qualità di vita e quella dei suoi familiari.

Nella maggioranza dei casi, è questa la nostra esperienza, se le premesse sono giustificate ed i dettami dietetici sono abbastanza scrupolosamente seguiti, si ottiene in 7-10 giorni un mutamento del quadro clinico di tale entità che l'ipotesi dell'esistenza di un'intolleranza alimentare nei confronti dei cibi che sono stati esclusi dalla dieta risulta chiaramente dimostrata.

Quando si ottiene la documentazione che la totalità o una larga parte dei sintomi riportati nell'anamnesi

dei precedenti mesi, spesso anni, è di fatto rimuovibile con un procedimento dietetico di esclusione di alcuni cibi si ottengono conseguenze mediche estremamente importanti, che si possono così riassumere:

Il paziente ha la possibilità di rimuovere i sintomi ogni volta che essi si ripresenteranno in futuro.

Il paziente è in grado di sperimentare, con l'aiuto del medico e con osservazioni personali, la qualità e la quantità dei cibi offendenti, in modo tale che egli può giungere ad un equilibrio nell'assunzione dei cibi senza rinunce inutili e con una buona qualità di vita.

L'aver appreso che esiste una tale eziologia per una larga fetta dei propri malesseri evita infruttuose, frustranti e costose ricerche e terapie che spesso portano il paziente fuori dall'albero della medicina scientifica.

Ciò avviene quando in base ad osservazioni brevi e con metodiche insensibili viene esclusa l'eziologia dell'intolleranza alimentare, e si suggerisce che in qualche modo il paziente accusa sintomi che attingono al campo dell'immaginazione. ■

Il futuro del paziente con intolleranza alimentare

Una volta che si sia dimostrata l'esistenza di una intolleranza alimentare clinicamente rilevante i problemi da affrontare sono in qualche misura diversi a seconda che ci si trovi di fronte ad una forma di intolleranza pronta o ritardata.

A) Intolleranza alimentare pronta:

Quando in un paziente, attraverso un'accurata ricostruzione anamnestica e/o un test di "challenge" si è riusciti ad individuare un cibo che ogni volta che viene assunto provoca sintomi clinici più o meno importanti, l'unica condotta terapeutica è quella della eliminazione di quel cibo dalla dieta.

Ci sono tre punti a cui comunque va posta attenzione perché in grado di diminuire l'efficacia della eliminazione del cibo incriminato:

- il cibo offendente individuato

to può non essere unico. Altri cibi, ed è un caso assai frequente, forse con diverso livello di espressione clinica e pertanto non chiaramente avvertita, possono a loro volta provocare sintomi rilevanti;

- il cibo incriminato appartiene ad una famiglia botanica o animale di alimenti i quali, in una certa misura sono, dal punto di vista allergologico, intercambiabili. In tal caso è necessario eliminare o ridurre l'assunzione di tutti gli alimenti di quella famiglia;
- il cibo offendentente è in grado di provocare sintomi solo quando e se contiene qualche sostanza derivante da condizioni di allevamento o trattamento o conservazione delle derrate. Tra i numerosissimi esempi che si potrebbero citare basti quello del contenuto di chitinasia reperibile nei pomodori fatti maturare a scopo commerciale con la loro esposizione al gas etilene. Questo tipo di situazioni fa sì che non sempre il cibo dimostrato non tollerato con il "challenge" debba causare sintomi di una determinata gravità. Peraltro cibi che contengono una delle sostanze cross-reattive possono surrogare gli effetti del cibo individuato dal "challenge".

B) Intolleranza alimentare ritardata:

Una volta reso cosciente della possibile eziologia di disturbi e segni clinici, il paziente con un procedimento sereno e logico, può giungere a definire i limiti qualitativi e quantitativi di una dieta appropriata per lui. È incluso in questo concetto la condotta adottata da molti adulti, i quali spontaneamente hanno in passato deciso di eliminare alcuni cibi dalla loro dieta, o ne hanno ridotto fortemente l'uso, spesso senza rendersi chiaramente conto di essere affetti da forme più o meno lievi di intolleranza alimentare. A tal riguardo un problema si pone per i bambini, i quali non decidendo la propria dieta, debbono sottostare a criteri che non hanno scelto spontaneamente

e che rispondono a concetti del tutto giustificati di nutrizione e puericultura, ma che forse non si attagliano alla loro specifica situazione clinica. Occorre pertanto, soprattutto nel bambino, ma anche nell'adulto, che ciascun soggetto sia libero di scegliere i cibi che vuole inserire nella dieta. Ben inteso, ciò deve avvenire all'interno di un regime dietetico che preveda un'adeguata e scientifica distribuzione dell'apporto alimentare tra proteine, carboidrati e lipidi e integratori della dieta, come la scienza nutrizionista insegna. Ma il gusto deve essere mantenuto come un indicatore specifico che un alimento non deve essere somministrato o deve essere fortemente ridotto. È chiaro poi che non vale il principio inverso, secondo cui si deve somministrare solo ciò che piace; ad esempio una dieta esclusivamente a base di cioccolato, farebbe forse felici i nostri bambini, ma non sarebbe proficua.

La dieta futura dei soggetti con questo tipo di intolleranza alimentare deve rappresentare un equilibrio, certamente difficile da raggiungere e da mantenere, tra il benessere che la dieta oligoantigenica ha dimostrato essere obiettivo possibile ed il comprensibilissimo desiderio del paziente di introdurre con la rapidità possibile la maggior parte dei cibi che erano abituali e desiderati prima dell'esperimento dietetico. In questa fase occorre pazienza, osservazione attenta e continua, mentre ad intervalli di cinque sei giorni si reintroducono nella dieta gli alimenti desiderati dal paziente. Un gran numero di alimenti risulteranno assolutamente essere tollerati e privi di conseguenze mentre altri, di solito pochi, appariranno chiaramente essere causa di recidiva clinica e dovranno essere esclusi dalla dieta. Esiste sempre una classe intermedia di alimenti che sono tollerati solo se assunti modicamente ed a distanza di più giorni.

Non c'è dubbio che la situazione che si viene a creare ha di regola un impatto psicologico negativo ed implicazioni sfavorevoli nella vita sociale e all'interno della famiglia. Il contributo di esperienza di uno Speciali-

sta è quanto mai opportuno specie nelle fasi iniziali e nei bambini. I casi in cui si riesce ad evitare di ipertrofizzare i disagi che si debbono affrontare per il benessere totale del paziente trovano, dopo un breve periodo, un equilibrio del tutto accettabile. ■

La desensibilizzazione all'intolleranza dei cibi

La nuova frontiera in tema di intolleranza alimentare è rappresentata dalla possibilità, ben documentata da alcuni gruppi di ricercatori italiani (Longo, Patriarca) che è possibile, con un procedimento di "mitridizzazione" o se si vuole con un procedimento simile alla somministrazione di vaccini desensibilizzanti usati in allergologia, somministrando dosi progressivamente crescenti di un alimento, ottenere una tolleranza verso cibi che il paziente non poteva inizialmente tollerare.

Lo stato attuale delle conoscenze suggerisce che una tale procedura, per quanto indaginosa e impegnativa (nei casi più eclatanti essa deve iniziare in ambiente ospedaliero), può dare risultati clinici buoni o ottimali. Mentre le casistiche si accrescono, appare al momento evidente che la maggiore indicazione della desensibilizzazione è quella non tanto di consentire ad un soggetto di assumere liberamente un cibo prima proibito (ma può succedere anche questo) quanto piuttosto di far sì che soggetti che non tollerano nemmeno piccolissime quantità di un qualsiasi cibo (latte, noccioline, uovo, ecc.) perdano in larga misura la loro ipersensibilità cosicché in occasione di esposizioni accidentali all'alimento incriminato essi non corrono rischi seri di anafilassi.

Si ha l'impressione che una volta raggiunto un certo grado di desensibilizzazione, occorra proseguire con l'assunzione della quantità del cibo a cui si è diventati tolleranti, per un periodo indefinito di tempo, affinché il risultato venga mantenuto. ■

■ Bibliografia

1. Sampson HA- Food allergy: When mucosal immunity goes wrong. J. Allergy Clin



- Immunol 2005;115:139-41.
2. May CD. Objective clinical and laboratory studies of immediate hypersensitivity reactions to food in asthmatic children. *J. Allergy Clin Immunol* 1976;58:500-15.
 3. Sicherer SH. Clinical implications of cross reactive food allergens. *J. Allergy Clin Immunol* 1992; 89: 730-7;
 4. Jenkins JA, Griffiths-Jones S, Shewry PR, et al- Structural relatedness of plant food allergens with specific reference to cross-reactive allergens: An in silico analysis. *J. Allergy Clin Immunol* 2005;115:163-70
 5. Maleki SJ, Chung SY, Champagne ET, Raufman JP. The effects of roasting on the allergenic properties of peanut proteins. *J. Allergy Clin Immunol* 2000;106:763-8.
 6. Breiteneder H, Ebner C. Molecular and biochemical classification of plant-derived food allergens. *J. All Clin Immunol*. 2000; 106: 27-36
 7. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, et al. A revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of World Allergy Organization, October 2003. *J. Allergy Clin Immunol* 2004; 113:832-6.
 8. Sicherer SH, Munoz-Furlong A, Sampson HA. Prevalence of peanut and tree nut allergy in the United States determined by means of a random digit dial telephone survey: a 5-year follow-up study. *J. Allergy Clin Immunol* 2003;112:1203-7
 9. Schafer T, Bohler E, Ruhdorfer S et al. Epidemiology of food allergy/food intolerance in adults: associations with other manifestations of atopy. *J. Allergy* 2001; 56: 1172-9.
 10. Ronchetti R, Jesenak M, Barberi S, Ronchetti F, Rennerova Z, Trubacova D, Villa MP. Reproducibility of atopy patch tests with food and inhalant allergens. *J. Biol Regul Homeost Agents*. 2008; 22:27-33.
 11. Ronchetti R, Jesenak M, Trubacova D, Pohanka V, Villa MP. Epidemiology of atopy patch tests with food and inhalant allergens in an unselected population of children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008; 19:599-604
 12. Jesenak M, Banovcin P, Rennerova Z, Havlicekova Z, Jakusova L, Ronchetti R. Side effects of food atopy patch tests. *Clin Pediatr*, 2008 47:602-3.
 13. Muraro A, Dreborg S, Halken S, Høst A, Niggemann B, Aalberse R, Arshad SH, von Berg A, Carlsen KH, Dusch K, Eigenmann P, Hill D, Jones C, Mellon M, Oldewig G, Oranje A, Pascual C, Prescott S, Sampson H, Svartengren M, Vandenplas Y, Wahn U, Warner JA, Warner JO, Wickman M and Zeiger RS Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part II: Evaluation of methods in allergy prevention studies and sensitization markers. Definitions and diagnostic criteria of allergic diseases* *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15: 196-205
 14. Jones SM, Mangolfi CF, Cooke SK et al. Immunologic cross reactivity among cereals grains and grasses in children with food hypersensitivity. *J. All Clin Immunol* 1995;96:341-51
 15. Caffarelli C., Petroccione T. False-negative food challenges in children with suspected food allergy. *Lancet*. 2001; 1:358:1871-2.
 16. Ronchetti R, Kaczmarek MG, Hałuszka J, Jesenak M, Villa MP. Food allergies, cross-reactions and agroalimentary biotechnologies. *Adv Med Sci*. 2007;52:98-103. ■

L A PREVENZIONE DELL'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)

Mauro Saldelli

Direttore Dipartimento di Nefrologia, ASL di Arezzo

Definizione di IRC

L'IRC è una malattia definita da un danno renale > 3 mesi caratterizzato da anomalie strutturali e funzionali dei reni con riduzione del filtrato glomerulare (FG) < 60 ml/min. ■

Il Filtrato Glomerulare (FG)

Per valutare il FG vi sono vari metodi anche con radioisotopi, ma il più semplice e comune è la determinazione della creatinina che è il prodotto di conversione non en-

zimatica della creatina e fosfocreatina dei muscoli. La generazione di creatinina è in condizioni basali, costante (circa il 2% della creatina muscolare viene trasformato) ed è proporzionale alla massa muscolare. Per questo motivo la creatininemia è più elevata nei maschi e nei giovani; nel tempo nello stesso soggetto varia in rapporto alle modificazioni della massa muscolare. In condizione di malnutrizione, distruzione muscolare o epatopatia, la generazione di creatinina si riduce.

I valori normali sono < 1.2 mg%. Va ricordato che tali valori possono essere aumentati dopo un allenamento intenso o un'abbondante introduzione di carne cotta. La creatininemia si correla con il filtrato glomerulare, ma la correlazione non è lineare. Si possono trovare valori normali in soggetti con danno renale.

Poiché la creatininemia non è un indice sicuro di danno renale, occorre calcolare la clearance (Cl). La creatinina è una sostanza a basso peso



molecolare che viene tutta filtrata dai reni. Questa proprietà permette di calcolare la sua clearance che equivale alla quantità di sangue che passa nei reni in minuto, utilizzando la formula $U \times V / P$ dove U= creatinina nelle urine; P= creatinina plasmatica; V= quantità di urina emessa in un minuto: urina di 24 ore in ml: 1440 (minuti in 24 ore). Tuttavia anche la CI Creatinina ha dei margini di errore grossolani:

- 1) La creatinina viene filtrata, ma anche secreta dai tubuli (10%). Questo significa che la CI è maggiore del FG reale, specie nell'IRC.
- 2) La raccolta delle urine delle 24 ore è spesso imprecisa
- 3) La creatinina dipende dalle masse muscolari.

Visti questi limiti, negli ultimi anni sono state sviluppate delle formule matematiche che partono dalla creatininemia ed eliminano quella delle urine, tenendo conto di parametri antropometrici come età, peso, sesso (**Tab. 1**). La formula MDRD viene ritenuta attualmente la più affidabile (**Tab. 2**). Il nostro laboratorio ha inserito questa formula nel computer e basta richiedere la creatininemia ed il filtrato glomerulare che viene calcolato automaticamente. ■

Epidemiologia dell'IRC

Nel 2003 è stato pubblicato uno studio¹ americano dove è stato determinato il FG in circa 200 milioni di persone di età > 20 anni. Un deficit del danno renale, calcolato con la formula MDRD, è stato riscontrato nel 15 % della popolazione. Il dato è sorprendente perché nessuno si aspettava un'incidenza così elevata.

E ancora più preoccupante è l'incremento della prevalenza dell'IRC². In 20 anni è aumentata di 4 volte e le previsioni sono di un continuo incremento perché aumenta l'incidenza delle patologie che più frequentemente provocano l'IRC: il diabete e l'ipertensione arteriosa (**Fig. 1**).

In Italia il registro dell'uremia conferma tali dati, mostrando che le cause più frequenti che portano alla

- Viste le limitazioni nell' utilizzare la creatinina plasmatica come indicatore del VFG, specie nell'anziano, nei soggetti malnutriti, nelle donne,
- Visti i limiti della clearance della creatinina

È preferibile ricorrere ad equazioni di calcolo, che partono dalla creatinina plasmatica e tengono conto di parametri antropometrici, come età, peso e sesso:

$$1) \text{ Cockcroft-Gault (maschi)} \frac{(140 - \text{età}) \times \text{p.c (Kg)}}{\text{p.creat} \times 72} \times 1.73 / \text{sup. corp.}$$

$$2) \text{ Cockcroft-Gault (femmine)} \frac{(140 - \text{età}) \times \text{p.c (Kg)}}{\text{p.creat} \times 72} \times 1.73 / \text{sup. corp.}$$

Tabella 1
Formule di Cockcroft-Gault

FORMULE MDRD

$$1) (170 \times (\text{S Creat mg/dl})^{-0.999}) \times (\text{età})^{-0.176} \times (\text{S Urea mg/dl})^{-0.170} \times (\text{Albuminemia g/dl})^{-0.318} \times (0.762 \text{ se femmina})$$

$$2) 186 \times \text{S Creat}^{-1.154} \times \text{età}^{-0.283} \times (0.742 \text{ se femmina})$$

Queste formule presentano un buon grado di correlazione con il VFG, calcolato con la clearance di radioisotopi. La formula MDRD viene considerata la più affidabile.

Tabella 2
Formule MDRD

ESRD incident counts & adjusted rates, by primary diagnosis

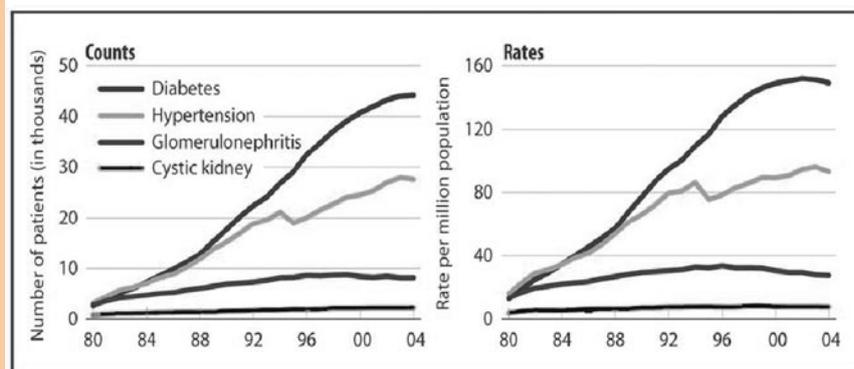


Figura 1
Incidenza di varie nefropatie dal 1980 al 2004 come causa di IRC



dialisi sono la nefroangiosclerosi e il diabete. ■

L'IRC come fattore di rischio di mortalità

L'IRC è un fattore importante di rischio per la vita della popolazione in generale e aumenta la mortalità cardiovascolare. Lo studio Prevent³ ha studiato i fattori di rischio per la mortalità cardiovascolare e l'IRC è il secondo fattore in ordine di importanza dopo l'età.

Se suddividiamo la popolazione in base ai valori di FG (**Fig. 2**), vediamo che il rischio di eventi cardiovascolari aumenta di ben del 240% se il FG scende a meno di 15 ml/min rispetto a chi ha un FG > 60 ml/min⁴ ■

I fattori di rischio di comparsa ed aggravamento dell'IRC

L'ipertensione

Questa complicanza è presente nella quasi totalità delle malattie renali e la sua frequenza aumenta con il ridursi del FG.

La comparsa di IRC si correla direttamente con l'entità dei valori pressori (**Tab. 3**): chi ha valori di PA elevati (stadio 3 o 4 della classificazione JNC) ha un rischio di IRC > 8,8 rispetto a chi la PA normale; il diabete porta ad un rischio > 7,5 in con-

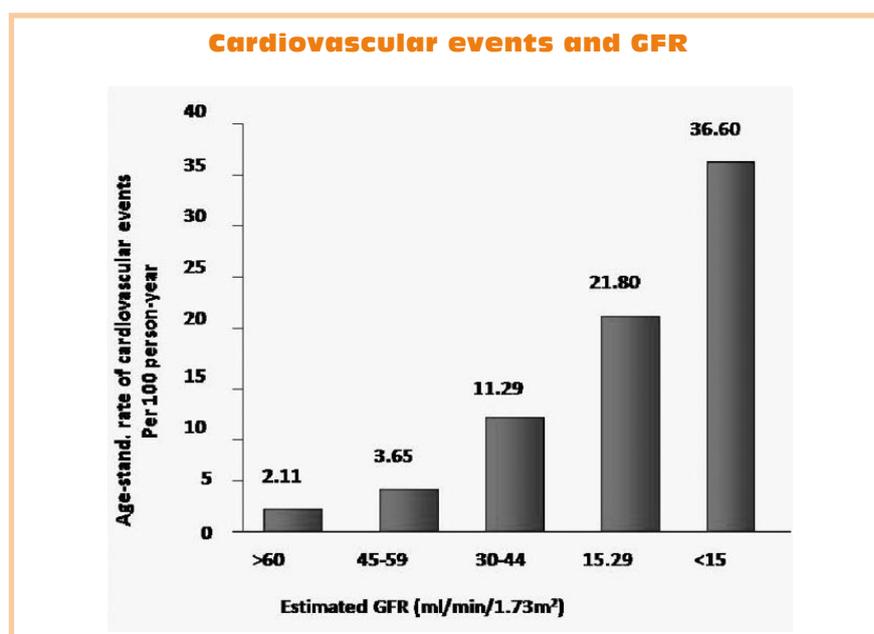


Figura 2
Eventi cardiovascolari in rapporto al filtrato glomerulare

fronto a chi non ha diabete; il fumo di 2,6 rispetto a chi non fuma⁵. ■

La micro e macroalbuminuria

La **Tab. 4** riporta i criteri per definire la microalbuminuria che è un marker precoce della nefropatia diabetica, ma anche un predittore di mortalità cardiovascolare nella popolazione generale: chi

ha microalbuminuria ha un rischio di morte aumentato del 100-150%⁶. Il rischio aumenta con l'aumentare dell'albuminuria quando da micro passa a macro (**Fig. 3**). ■

L'iperlipemia

Vi è una correlazione diretta tra valori di colesterolo e creatinemia⁷. Inoltre la dislipidemia, oltre che causa, è anche una conseguen-

RISCHIO DI IRC IN 23.534 PERSONE SEGUITI PER 10 ANNI

Adjusted relative hazard of CKD* in total population and stratified by gender in 23.534 participants in the CLUE Study, followed from 1974 to 1994

Baseline Risk Factor	Men relative hazard (95% CI)	Women relative hazard (95% CI)	Total population relative hazard (95% CI)	Adjusted relative risk from men in MRFIT (95% CI)
JNC-VI BP category				
Optimal	1.0	1.0	1.0	1.0
Normal	1.4 (0.2-12.1)	2.5 (0.5-12.0)	1.8 (0.5-6.5)	1.2 (0.8-1.7)
High-normal	3.3 (0.4-25.6)	3.0 (0.6-14.4)	3.0 (0.9-10.3)	1.9 (1.4-2.7)
Stage 1 hypertension	3.0 (0.4-22.2)	3.8 (0.8-17.2)	3.2 (1.0-10.4)	3.1 (2.3-4.3)
Stage 2 hypertension	5.7 (0.8-43.0)	6.3 (1.3-29.0)	5.7 (1.7-18.9)	6.0 (4.3-8.4)
Stage 3 or 4 hypertension	9.7 (1.2-75.6)	8.8 (1.8-43.0)	8.8 (2.6-30.3)	stage 3: 11.2 (7.7-16.2) stage 4: 22.1 (14.2-34.3)
Treated diabetes, yes versus no	5.0 (3-10)	10.7 (6-19)	7.5 (4.8-11.7)	
Current cigarette smoker, yes versus no	2.4 (1.5-4)	2.9 (1.7-5)	2.6 (1.8-3.7)	
Gender, female versus male			0.6 (0.4-0.8)	

*CKD defined as treated ESRD or death with kidney disease noted on the death certificate and confirmed as chronic kidney disease on medical chart review

Tabella 3
Incidenza di IRC in rapporto ai fattori di rischio

La microalbuminuria definizione	
Urine di 24 ore	30-300 mg/die
Urine del mattino albumina/creatinina	2.5-30 mg/mmol
Urine di 4 ore	20-200 µg/min
Urine del mattino	20-200 mg/l

Tabella 4
Definizione di microalbuminuria

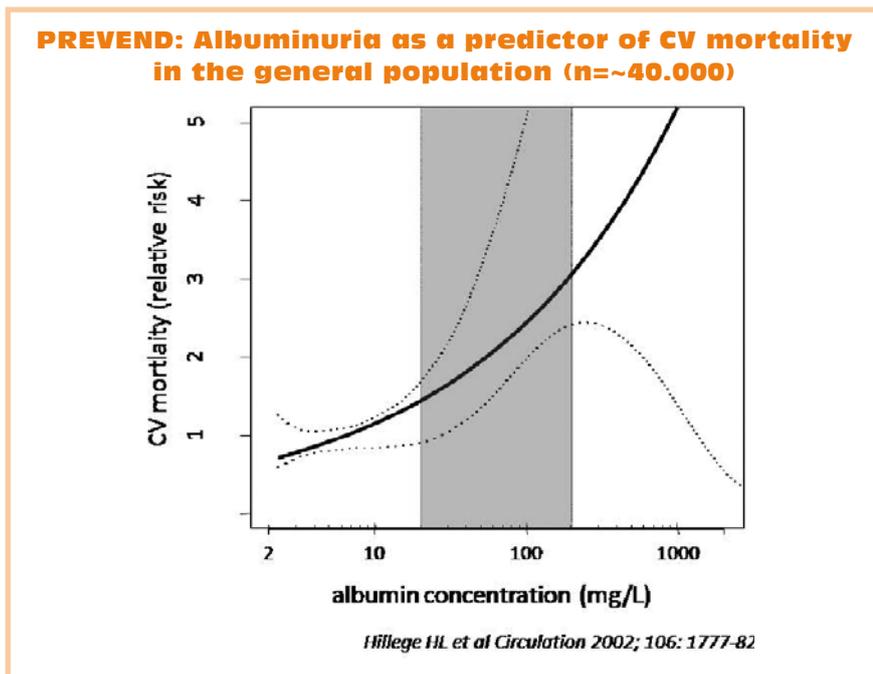


Figura 3
Rapporto tra albuminuria e mortalità cardiovascolare

za dell'IRC che provoca aumento dei trigliceridi, riduzione delle HDL, aumento delle LDL e lipoproteine A. Queste alterazioni spiegano perché l'IRC provoca un arteriosclerosi precoce. ■

La Sindrome Metabolica

È chiaro che questa sindrome caratterizzata da obesità, dislipidemia, diabete ed ipertensione aumenta il rischio di comparsa di IRC e ne aggrava il decorso. L'IRC si correla con il numero di complicanze. Quando sono tutte presenti, il rischio aumenta notevolmente⁹. ■

Le alterazioni del metabolismo del calcio e fosforo e dell'uricemia

L'iperparatiroidismo secondario è una conseguenza del danno re-

nale e si manifesta con iperfosforemia, ipocalcemia, aumento Fosfatasi alcaline.

Dal punto di vista clinico determina riassorbimento osseo con decalcificazioni lacunari diffuse, deformazioni ossee, rischio di fratture e calcificazioni dei tessuti molli e dei vasi. Se tale patologia non viene corretta, è un fattore di morbilità e mortalità dirompente.

Anche l'iperuricemia è un fattore di aggravamento della IRC⁹. ■

L'anemia

Anche in questo caso abbiamo una patologia che determina IRC e viene causata a sua volta dall'IRC per la ridotta produzione di Eritropoietina da parte dei reni. È un fattore di rischio di aumento della mortalità, se non viene corretta. ■

La prevenzione dell'IRC

Parlare di prevenzione delle malattie renali, è difficile perché spesso i meccanismi etiopatogenetici sono poco chiari e la terapia non esiste o è scarsamente efficace. Però occorre affrontare il problema, perché il costo sociale di tali malattie è elevatissimo come il rischio di morte.

Come sempre in medicina, una diagnosi precoce è fondamentale. L'IRC si combatte all'inizio quando la creatinemia è < a 2 mg%. Dopo, la progressione è inevitabile e si può solo rallentare. Purtroppo le malattie renali sono quasi sempre asintomatiche e la diagnosi è laboratoristica. Un controllo dell'esame urine è indispensabile come il dosaggio della creatinemia e soprattutto del FC. Non esistono criteri per consigliare quando farli e con che frequenza, ma vanno fatti in un programma di screening generale nella popolazione. È chiaro che tali esami vanno fatti almeno una volta all'anno in coloro che hanno fattori di rischio: ipertesi, diabetici, dislipidemic, anemici, nei lavoratori che utilizzano metalli, nelle persone con patologie delle vie urinarie o con malformazioni o con pregresse nefropatie.

Per una prevenzione primaria occorre:

1. Evitare l'uso di farmaci nefrotossici (FANS, Aminoglicosidi, Fenacetina, Chemioterapici ecc) e in caso di necessità ridurre il tempo o le dosi.
2. Prevenire le malattie da lavoro, evitare o riducendo l'esposizione prolungata a metalli: Piombo, Cadmio, Mercurio ed altri.
3. Evitare l'uso di droghe: nefropatia da cocaina e altre sostanze.
4. Smettere di fumare
5. Evitare la disidratazione: bambini, anziani, sportivi.
6. Trattare al meglio diabete, ipertensione, anemia, dislipidemia, iperuricemia, infezioni focali (tonsilliti, granulomi, infezioni urinarie, calcolosi renale, ipertrofia prostatica).

Quando è presente un danno renale, occorre rallentare od arrestare la



Azioni volte a ritardare la progressione delle nefropatie e delle condizioni co-morbide

Malattia renale

- Farmaci antiipertensivi
 - ACEI
 - Calcio antagonisti
 - All - AR
- Restrizione proteica
- Calcio-fosforo controllo
- (anti - dislipidemic)

Condizioni co-morbide

Trattamento

- acidosi
- dislipidemia
- anemia (EPO)
- alterazioni del metabolismo minerale
- Farmaci antiipertensivi
- Antiossidanti (?)

Tabella 5

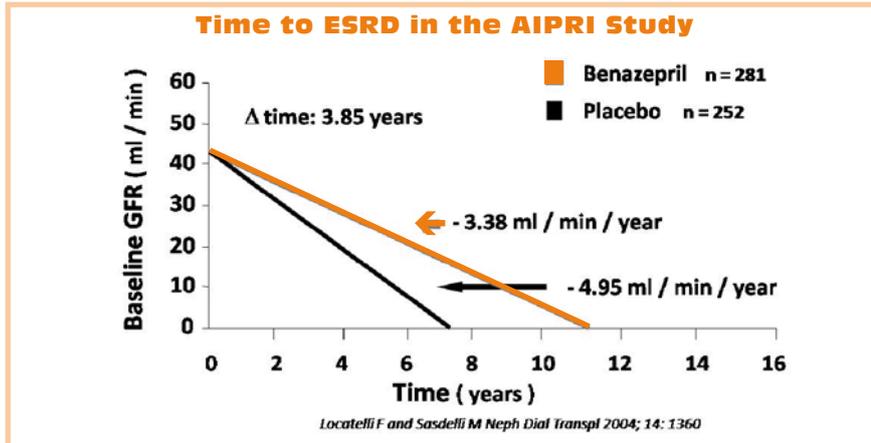


Figura 4

Il Benazepril rallenta la progressione dell'IRC

progressione dell'IRC (Tab. 5).

Numerosi studi hanno dimostrato che l'utilizzo degli ACE-Inibitori (ACE-I) e/o degli inibitori del sistema renina-angiotensina (All-AR) permette di ottenere effetti favorevoli, ancora maggiori se è presente una proteinuria elevata¹⁰ (Fig. 4). L'effetto positivo sembra migliorare con l'associazione dei due farmaci. Una meta-analisi su 11.065 pazienti ipertesi con IRC ha mostrato che con questi farmaci si ottiene una riduzione del rischio di IRC del 13% nella popolazione in toto e dell'11% nei diabetici rispetto ad altri antiipertensivi¹¹.

A questi farmaci va associata una dieta ipoproteica da iniziare quando il filtrato scende a valori inferiori a 60 ml/min. Questa non impedisce la progressione del danno renale, ma lo rallenta, riducendo le complicanze come l'acidosi, l'iperfosforemia, la nausea ed il vomito. Poi vanno trattate le comorbidità tra cui quelle provocate dal danno renale quali l'anemia, le alterazioni del me-

tabolismo calcio-fosforo, l'acidosi, l'iperuricemia. Anche l'uso delle statine ha un effetto favorevole. Una meta-analisi di 246 pazienti con microalbuminuria o proteinuria ha evidenziato una riduzione di queste alterazioni del 25% e del 10% del declino del FG in quelli trattati con statine¹². Gli omega3 sembrano dotati di effetti favorevoli mediati da una riduzione della proteinuria e del danno renale a livello sperimentale. Gli obiettivi da raggiungere per sperare un buon risultato sono elencati nella Tab. 6¹³ ■

Programma di prevenzione ad Arezzo

Non esistono dati sull'incidenza delle malattie renali nella nostra provincia. Trasferendo i dati americani nella nostra realtà, potremmo presumere che ci siano circa 21-22.000 persone con IRC (Tab. 7). Il dato è impressionante perché sapendo che la malattia è evolutiva, dovremmo aspettarci una valanga di dializzati. Sappiamo che questo non avverrà perché la maggior parte di loro morirà prima per accidenti cardiovascolari e questo sarà un prezzo molto alto da pagare se non riusciremo ad intervenire con un programma di prevenzione.

Per impostare questo programma, occorre la collaborazione tra lo specialista nefrologo ed il medico di medicina generale. Quando viene riscontrato un danno renale (creatininemia >1.5 mg% nelle femmine e 2 mg% nei maschi, filtrato glomerulare < 60 ml/min) il paziente deve

TARGET PER LA REMISSIONE CLINICA	
PA	< 120/80
Proteinuria	< 0,3g/die
LDL	< 100mg/ dl
HbA1c (diabetici)	< 7,5%

Tabella 6

Ruggenenti Lancet 2001

Incidenza presunta di nefropatie nella provincia di Arezzo			
STADIO	DANNO RENALE	FILTRATO GLOMERULARE ml/min	N. PAZIENTI
1	Nefropatia con funzione renale normale	> 90	9350
2	Danno lieve	60-89	8500
3	Danno medio	30-59	12200
4	Danno grave	15-29	560
Totale	Stadio 2-3-4	15-89	21260
5	Danno terminale	< 15	285
Totale	Stadio 1-2-3-4-5		30895

Tabella 7

essere inviato al nefrologo per una valutazione. Se si conferma una insufficienza renale dovrà entrare in programma di follow-up congiunto tra nefrologo e medico di medicina generale. I compiti del medico di medicina generale sono:

1. individuare i soggetti a rischio in cui eseguire uno screening mirato: ipertesi e vasculopatici, diabetici, età > 60 a, familiarità per malattie renali, infezioni urinarie, calcolosi renale, frequente uso di FANS o analgesici, lavoratori con contatto con metalli pesanti
 2. collaborare agli aspetti educazionali per agire sui fattori modificabili: stile di vita, fumo, attento controllo dei valori pressori, glicemici e del peso corporeo
 3. gestire la terapia antipertensiva e antidiabetica secondo protocolli condivisi
 4. sorvegliare che vengano effettuati le visite di follow-up
- I compiti dello specialista nefrolo-

go sono:

1. porre una diagnosi di malattia
2. impostare la terapia e la dieta
3. consigliare sull'uso dei farmaci, la durata e i dosaggi

Da questa collaborazione, già in atto in altre regioni, verrà la possibilità di individuare precocemente le malattie renali, avere un dato sulla loro incidenza, gestire l'IRC per portarla alla fase terminale con il minor numero di complicanze in modo da affrontare la dialisi o il trapianto renale in buone condizioni. ■

■ Bibliografia

1. St Peter WL et al Chronic kidney disease: issues and establishing programs and clinics for improved patient outcomes. *Am J Kidney Dis.* 2003 May;41(5):903-24.
2. Hillege HL et al Urinary albumin excretion predicts cardiovascular and noncardiovascular mortality in general population. *Circulation.* 2002 Oct 1;106(14):1777-82.
3. GO AS et al Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004 Sep 23;351(13):1296-305.
4. Klag MJ et al Blood pressure and end-stage renal disease in men. *N Engl J Med.*

1996 Jan 4;334(1):13-8.

5. Mogensen CE et al Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. *N Engl J Med.* 1984 Feb 9;310(6):356-60.
6. Shaeffner ES et al. Cholesterol and the risk of renal dysfunction in apparently healthy men. *J Am Soc Nephrol.* 2003 Aug; 14(8): 2084-91
7. Chen J et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Ann Intern Med.* 2004 Feb 3;140(3):167-74.
8. Iseki K et al Significance of hyperuricemia as a risk factor for developing ESRD in screened cohort *Am J Kidney Dis* 2004; 44: 642
9. Locatelli F et al Clinical benefits of slowing the progression of renal failure. *Kidney Int Suppl.* 2005 Dec;(99):S152-6. Review.
10. Casas JP et al Effect of inhibitors of the renin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2005 Dec 10;366(9502):2026-33.
11. Fried LF et al Effect of lipid reduction on the progression of renal disease: a meta-analysis. *Kidney Int.* 2001 Jan;59(1):260-9
12. Ruggenenti P et al Progression, remission, regression of chronic renal diseases. *Lancet.* 2001 May 19;357 (9268): 1601-8. ■

DISTURBI DEL COMPORTEMENTO ALIMENTARE: *dalla terapia ambulatoriale al trattamento riabilitativo intensivo in day hospital*

A. Pennacchioni*, D. Cesaroni, ***G. Apazzi**

*Psichiatra, Responsabile Centro Ambulatoriale DCA AUSL8 Arezzo

**Dietista, Centro Auryon Istituto di Riabilitazione "Madre Divina Provvidenza" Agazzi (Ar)

***Psichiatra, Responsabile Centro Auryon Istituto di Riabilitazione "Madre Divina Provvidenza" Agazzi (Ar)

Per corrispondenza:

Giorgio Apazzi, c/o Istituto di Riabilitazione "Madre della Divina Provvidenza",
Località Agazzi, n° 47 - 52100 AREZZO Tel. 0575 91511

gapazzi@istitutoagazzi.it

Premessa

Quando si parla di DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) intendiamo "una sindrome caratterizzata da un'alterazione persistente del comportamento alimentare e delle condotte connesse con il cibo che

diano luogo, come risultato finale, ad una inadeguata assunzione e/o assorbimento degli alimenti. Tale disturbo, non direttamente causato da patologie internistiche o da altri disturbi psichici, può compromettere in modo significativo il funzionamento psico-sociale e il benes-

sere fisico del paziente" (Fairburn & Walsh¹). Le diagnosi a cui ci riferiamo riguardano Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), altre forme di DCA non altrimenti specificate (DCANAS). Queste ultime sono caratterizzate dalla presenza parziale dei sintomi, ma di altrettanta gra-



vità per l'andamento subacuto della malattia, come il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)².

La valutazione diagnostica e l'intervento terapeutico nei Disturbi del Comportamento Alimentare sono articolati e complessi e necessitano del coinvolgimento congiunto di interventi dell'area psicologica, psichiatrica, medico internistica e dietistica.

Tale requisito di intervento richiede, pertanto, la condivisione in un team pluriprofessionale.

L'interessamento clinico congiunto dell'area somatica e di quella psichica, prevede che i più accreditati programmi di cura si avvalgano di un team di specialisti di formazione differente (internista, psichiatra, psicologo, medico nutrizionista e dietista) capaci di predisporre piani terapeutico - riabilitativi complessi, mettendo in sequenza cure per grado di intensità che garantiscano la continuità assistenziale per l'intero processo terapeutico.

L'American Psychiatric Association (APA 2006)³ ha di recente pubblicato le Linee Guida per la terapia dei DCA (Practice guideline for treatment of patient with eating disorders) e in Italia la Commissione Ministeriale di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia nel 1998 ha elaborato un progetto obiettivo finalizzato ad incrementare l'efficacia e la precocità delle cure, contrastando la tendenza alla cronicità e alla recidiva. Più recentemente la Regione Toscana ha emanato in allegato al PSR le "Linee di Indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare nella regione Toscana", (Delibera 18 aprile 2006, n° 279, confermate nell'attuale PSR 2008-2010)⁴.

Tuttavia, ad oggi, l'offerta sanitaria non sempre risponde a requisiti di scientificità e di efficacia, sia per quanto riguarda le caratteristiche di interdisciplinarietà dell'equipe sia per livelli assistenziali disponibili nel territorio nazionale (Ambulatorio, DH, Residenza, Ospedale). ■

Epidemiologia

I DCA sono in costante aumento dagli anni '70. In Italia, nella fascia di popolazione a maggior rischio, cioè donne di età compresa tra i 12 e i 25 anni, tra l'8 e il 10% soffrono di un DCA, e sono in aumento le forme prepuberali e le forme cronicizzate.

A livello internazionale gli studi di prevalenza hanno indicato valori compresi tra 0.2 e 0.8% per l'anoressia nervosa e tra 0.5 e 1.5% per la bulimia nervosa. Tali indici di prevalenza si riferiscono a popolazioni di sesso femminile: il rapporto maschi/femmine è stato stimato pari a circa 1 caso ogni 10 soggetti. L'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi anni appare stabilizzata intorno a 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa risulta essere in aumento ed è valutata in 9-12 nuovi casi l'anno. Per quanto riguarda l'anoressia, la mortalità per suicidio o complicanze somatiche è del 10% a 10 anni dall'esordio: questo tasso risente di un significativo miglioramento quando vengono instaurati precocemente adeguati approcci terapeutici.

Un elemento molto importante che deve essere considerato nella valutazione del fenomeno dei DCA è quello relativo all'obesità che è frequentemente associata (nel 30% dei casi) al Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). Le problematiche comportamentali correlate all'obesità e il danno biologico ad esse conseguenti, per quanto non sempre diagnosticabili in disturbi psicopatologici di rilevanza psichiatrica, sono correlate a gravi sofferenze emotive, che da un lato contribuiscono alla genesi della patologia e dall'altro ne rappresentano il fattore di mantenimento e di disabilità psicosociale e fisica.

Attualmente ancora una percentuale relativamente bassa di soggetti con disturbi clinici richiede un trattamento. Peraltro va sottolineato che la prevalenza di queste malattie tende a crescere anche in relazione al fatto che esse si cronicizzano; quest'ultimo fenomeno è in parte legato alle caratteristiche stesse

dello stato morboso ed in parte al fatto che la terapia, se non appropriata, può essere essa stessa fattore di cronicizzazione. Pare, quindi, che nell'aumento del fenomeno debba essere considerato anche il fattore iatrogeno, cioè un intervento terapeutico non corretto ed adeguato. ■

Il progetto d'intervento della ASL8 di Arezzo e del Centro Aurnyn dell'Istituto di Riabilitazione di Agazzi (Arezzo)

Il progetto che la ASL 8 di Arezzo ha avviato nel 1999 privilegia, insieme alla messa a punto di un protocollo diagnostico e terapeutico interdisciplinare e multidimensionale, la continuità e l'appropriatezza delle cure. All'interno del DSM è presente il Centro Ambulatoriale di Attività Specialistica dedicato alla Diagnosi e Cura di tali patologie, che dal 1999 al 2008 ha monitorato un'incidenza di n. 602 nuovi casi (Tab. 1). Negli ultimi anni la carenza di risposte terapeutiche in regime diurno/residenziale presso la USL 8 ha determinato un elevato numero di mobilità passiva verso strutture regionali ed extra regionali specializzate nei trattamenti residenziali dei DCA. La migrazione degli utenti dai percorsi territoriali complessifica all'utente stesso e al sistema curante la risposta assistenziale, riducendo l'efficacia dell'intervento sia nella fase acuta della malattia, per la difficoltà a rientrare nella rete dei servizi, sia nel monitoraggio dei casi ad alto rischio di cronicità.

Al fine, quindi, di garantire la necessaria continuità assistenziale attraverso differenti livelli d'intervento terapeutico (ambulatoriale, diurno, ospedaliero) e in ottemperanza alle linee di indirizzo del Piano Sanitario Regionale della Toscana 2005/2007, l'AUSL8 di Arezzo e l'Istituto di Riabilitazione "Madre della Divina Provvidenza" dei Passionisti di Agazzi hanno promosso la progettazione del Centro Diurno Aurnyn, Centro interdisciplinare per il trattamento dei Disturbi Alimentari e dell'Obesità. Dal 2006 al 2007 in collaborazione con l'Ente formativo Didasco

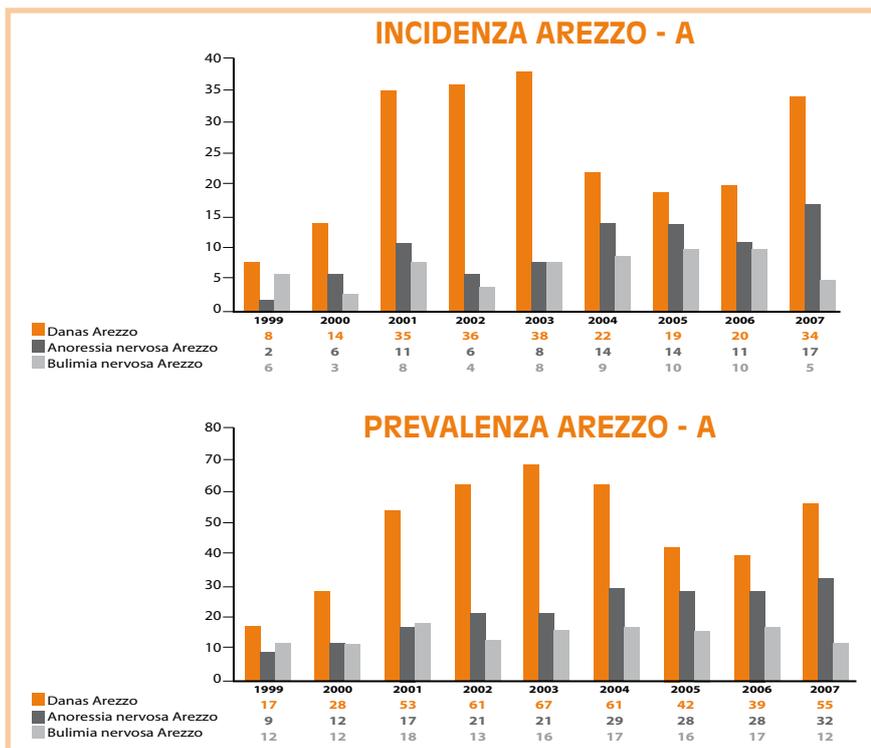


Tabella 1

Andamento delle diagnosi di Disturbi Alimentari, con fruizione delle cure presso il Centro Ambulatoriale della AUSL8 Arezzo nel periodo 1.01.1999 – 31.12.2007, riferita ad una popolazione di età dai 15 ai 55 anni.

(Prof. B.Bauer e Dr.ssa M.M.R. Ventura) l'Istituto di Riabilitazione di Agazzi, in concertazione con il CentroDCA della ASL 8, ha operato una selezione del personale per la definizione del team interdisciplinare del Centro Aurnyn e ha svolto una formazione specifica, per la condivisione del modello di intervento, rivolto alla riabilitazione psiconutrizionale di pazienti con DCA e obesità in regime semiresidenziale. Dal mese di ottobre 2007 l'attività clinica in regime semiresidenziale è diventata operativa e sono state accolte le prime 5 pazienti con DCA. Nel periodo compreso tra ottobre 2007 e ottobre 2008 sono stati attivati 51 piani di trattamento per persone affette da AN, BN e Obesità con disturbo da Alimentazione Incontrollata. Il programma implementato presso il Centro Aurnyn di Agazzi si colloca all'interno del percorso assistenziale per il trattamento dei DCA, integrandosi con le cure ambulatoriali disponibili all'interno della AUSL e rappresenta una valida alternati-

va, per circa il 20% della popolazione clinica.

Tale gruppo di utenza non risponde sufficientemente alla terapia ambulatoriale, ma necessita di trattamento intensivo con caratteristiche differenti a quelle offerte in regime ospedaliero o residenziale.

Ad oggi nel territorio della AUSL 8 dunque sono presenti 3 livelli di intervento terapeutico assistenziale: 1) ambulatoriale, 2) Day Hospital e 3) ricovero medico ospedaliero presso il PO (Presidio Ospedaliero) di Arezzo.

Il livello di cure in regime Residenziale è in fase di progettazione e non ancora disponibile. Le cure in regime residenzialità di lungo periodo secondo la letteratura più recente, sembrano efficaci a breve termine, mentre nel lungo termine, in particolare quando non venga garantita la necessaria continuità assistenziale presso servizi territoriali ad alta specificità, mostrano risultati controversi (efficacia da dimostrare). Elemento chiave nel governo clinico tra i differenti livelli assistenzia-

li è garantito da incontri programmati tra l'equipe del centro Aurnyn e l'equipe del Centro Ambulatoriale della ASL 8, per le indicazioni specifiche di trattamento negli ambiti di cure previsti dal protocollo della ASL 8 per i DCA, di monitoraggio clinico della casistica presente, nonché un costante aggiornamento sull'andamento clinico della stessa al MMG e/o PLS.

Il tipo d'intervento scelto dipende principalmente dai seguenti indicatori:

- 1 gravità delle condizioni fisiche (BMI < 15) e rapidità della perdita ponderale (> 1 kg a settimana);
- 2 presenza o assenza di gravi complicanze internistiche (es. ipopotassiemia) o psicologiche (depressione grave, idee suicidarie) o di comorbilità psichiatrica (multi-impulsività);
- 3 durata della malattia ed esito dei trattamenti pregressi;
- 4 ambiente familiare (ostile o collaborativo).

La terapia ambulatoriale è il trattamento di scelta nella maggior parte dei casi, mentre i programmi residenziali sono da riservarsi a circa il 10% della popolazione clinica, in cui il fallimento di precedenti tentativi terapeutici ambulatoriali, la precarietà delle condizioni cliniche, l'intensità del decremento ponderale, la presenza di idee suicidarie, la famiglia non collaborante, fanno porre indicazione al ricovero, o in ambito medico, o in ambito psichiatrico e in Strutture Residenziali extraospedaliere per i DCA.

L'ospedalizzazione medica si pone, in casi di estrema gravità somatica, come ricovero "salvavita": l'intake nutrizionale ha già gravemente compromesso lo stato di salute della paziente, richiedendo, nei casi specifici, un intervento di rialimentazione per SNG in condizione di assistenza ospedaliera.

Questa tipologia di ricovero per diagnosi di malnutrizione grave in DCA in ambito medico (in particolare per AN in grave defedamento organico) necessita di una efficace integrazione multidisciplinare in cui, all'attenzione e alla gestione delle condizioni cliniche, si associa una



tempestiva valutazione della paziente e della sua famiglia dal punto di vista psicologico. L'intero team di cura, in ambito di ricovero medico, richiede una costante supervisione da parte del case manager, per l'impatto drammatico che queste pazienti suscitano negli operatori che si trovano ad assisterle intensivamente, spesso combattendo contro una insufficiente adesione alle cure stesse. ■

Centro Ambulatoriale AUSL 8 ubicato nel PO S DONATO

È accessibile con la richiesta del medico di MG, tramite prenotazione telefonica. È organizzato secondo il modello di team interdisciplinare con la compresenza nei giorni di attività (lunedì, martedì, giovedì e venerdì dalle 9 alle 20) di medici psichiatri, neuropsichiatra infantile (per le fasce di età pre-puberi), psicologi e dietista. Si avvale della consulenza e del supporto assistenziale per le degenze ospedaliere del UO di Medicina Generale del PO di Arezzo. Interagisce con i MMC e PLS per l'avvio dei piani terapeutici e il monitoraggio dei casi, restituendo al MMC e PLS il follow up dei casi che vengono dimessi in remissione stabile. La valutazione diagnostica e l'intervento terapeutico si orientano ad un approccio cognitivo-comportamentale, individuale e di gruppo, come indicato nelle LG per la cura dei DCA. L'integrazione di professionisti con specifiche competenze nel trattamento dei DCA garantisce la continuità delle cure, l'appropriatezza di tutti gli interventi proposti e lo sviluppo di una adesione informata alle terapie, requisito essenziale per il cambiamento. L'attività dell'Ambulatorio consente il monitoraggio dell'andamento clinico e la tempestività nella disposizione di livelli di cure a maggiore intensità, disponendo nello stesso percorso assistenziale del trattamento in semiresidenzialità. ■

Centro Diurno Auryn (Istituto di Riabilitazione di Agazzi)

Il DH cerca di massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi

del ricovero globale. Il ricovero in Dh trova indicazione nei casi in cui un programma articolato e intensivo di riabilitazione psiconutrizionale s'impone come trattamento di scelta, ma i pazienti sono in condizioni psico-fisiche tali da consentire gli spostamenti, da non richiedere la sorveglianza o assistenza continue o l'allontanamento dal proprio ambiente, o vivono ad una distanza non eccessiva dalla sede del Dh.

I potenziali vantaggi, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista clinico, sono i seguenti:

- fornire l'opportunità di fare una pratica immediata rispetto all'organizzazione e al consumo dei pasti attraverso il Training di Familiarizzazione con il Cibo (TFC) guidato e supervisionato costantemente da dietiste esperte nella Riabilitazione Nutrizionale Psicobiologica. Nei TFC si affrontano in progressione le situazioni ad alto impatto emotivo rispetto al cibo con esposizioni guidate in luoghi pubblici (ristorante, pizzeria, supermercato) al fine di ridurre il rischio di ricadute alla fine del trattamento;
- limita la regressione e la dipendenza del paziente;
- consente di confrontarsi anche con le problematiche non specifiche dei DCA, come le difficoltà relazionali, la gestione dell'impulsività, l'organizzazione dei propri impegni (formativi, professionali, familiari) nel rispetto della propria salute psico-fisica e allo stesso tempo di affrontare i sintomi specifici;
- riduce l'oppositività e favorisce la percezione della cura come empatica e non centrata sul rigido controllo dell'equipe curante (focus of control esterno);
- riduce al minimo la frattura psicosociale e mantiene l'utente nel proprio ambiente familiare, che indirettamente acquisisce competenze e strategie comportamentali in sinergia con il processo di cura.

Il trattamento in Dh prevede 5 giorni di assistenza la settimana (10 ore al giorno per 4 settimane) che com-

prende: TFC, gruppi terapeutici con Dietiste e Psicologhe, nonché valutazioni mediche individuali. Attenzione particolare viene dedicata anche ai familiari, che durante il percorso di cura partecipano a gruppi di psicoeducazione.

Il Dh è un programma efficace per pazienti con DCA di gravità da moderata a severa e per quella parte di casistica che non risponde con significativi miglioramenti sintomatici entro 12-16 settimane di terapia ambulatoriale.

Il percorso terapeutico convenzionato prevede tre fasi di intervento:

- Fase 1: assessment e monitoraggio medico, psichiatrico, psicologico, e pietistico; trattamento di motivazione al training di riabilitazione nutrizionale.
- Fase 2: trattamento intensivo di Riabilitazione Nutrizionale con interventi di Training di Familiarizzazione col cibo 5gg la settimana per 4 settimane h9-19.
- Fase 3: trattamento semintensivo di consolidamento riabilitativo (2 giornate in diurno 4h per 8 settimane). (Tab. 2) ■

Formazione continua

Già nel 2000 il Dipartimento di Salute Mentale ha istituito un corso di formazione per il "tratta-

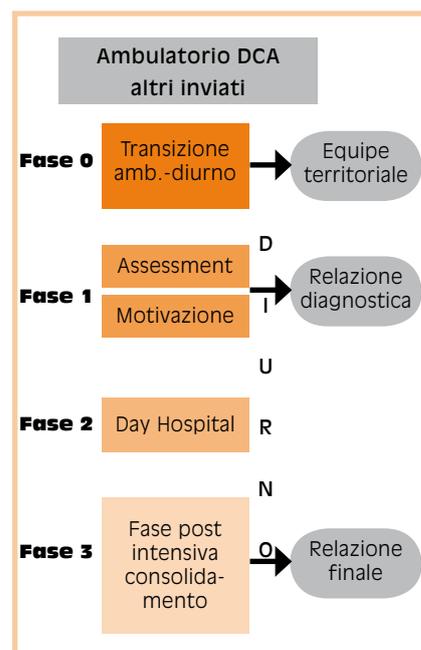


Tabella 2
Schema riassuntivo Fasi di intervento Centro Auryn

mento integrato per il disturbo del comportamento alimentare” in cui parteciparono 15 operatori appartenenti al DSM, alla Uo di Medicina Interna e al Servizio Dietetico della USL8.

L’obiettivo è stato quello di formare operatori in grado di sviluppare un modello di lavoro interdisciplinare secondo l’orientamento cognitivo-comportamentale. Nel 2001 sono stati effettuati due corsi di aggiornamento per 60 medici di medicina generale e pediatri, finalizzati alla definizione congiunta di linee guida per la individuazione precoce dei casi, il corretto invio e la presa in carica presso il centro DCA. L’obiettivo era quello di favorire la prevenzione secondaria e la collaborazione tra medicina di base e attività specialistica.

La formazione del 2007, promossa all’interno del Centro Auryn dall’Istituto Madre della Divina Provvidenza e rivolta esclusivamente al team di professionisti selezionati per il DH aveva l’obiettivo di formare operatori in grado di sviluppare un modello di lavoro interdisciplinare intensivo in regime di Dh secondo l’orientamento cognitivo-comportamentale, dove le competenze mediche, psichiatriche, psicologiche e di Riabilitazione Nutrizionale fossero in grado di integrarsi in funzione della complessità che la diagnosi e la cura dei DCA richiedono. Per l’anno 2008 sono stati promossi dallo stesso Istituto tre moduli, per un totale di 6 giornate di formazione avanzata, rivolti agli specialisti dell’Area Vasta Sud Est (Arezzo, Siena e Grosseto) coinvolti nel tratta-

mento dei DCA. L’obiettivo è quello di poter integrare conoscenze, competenze e risorse allo scopo di costruire percorsi terapeutici assistenziali come paradigma di efficacia e appropriatezza terapeutica nel trattamento dei DCA. ■

■ Bibliografia

1. Fairburn CG, Walsh BT “Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook” 1995.
2. American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 4 TR).
3. American Psychiatric Association (APA 2006): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition.
4. Deliberazione giunta regionale Toscana n°279 del 18/04/2006. Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n°19 del 10/05/2006. ■



GIOCO D'AZZARDO: TRA DIVERTIMENTO E DIPENDENZA

un'indagine conoscitiva sui comportamenti di gioco tra i visitatori dello stand del Dipartimento delle Dipendenze della A-Usl 8 alle Giornate della Salute del 6 e 7 giugno 2008

V. Cocci, C. Biagianti, D. Capacci, M.L. Cucinelli,
A.M. Marioli, M.P. Severi, P.E. Dimauro

Gruppo G.A.N.D. SerT Zona Aretina
Dip.to Dipendenze Azienda Usl 8 Arezzo¹

Introduzione

Nel 2007 l'Italia ha raggiunto il primato mondiale per spesa pro-capite all'anno nel gioco lecito (ca. 500 euro a testa). Negli ultimi sette anni la spesa degli Italiani per il gioco lecito è passata dai 14,3 miliardi di Euro del 2000 ai 44 miliardi di Euro nel 2007; nel 2008 si stima che la spesa raggiunga addirittura i 50 miliardi di Euro. Il mercato dei giochi leciti nel nostro Paese è in continua espansione ed è tra i più fiorenti al mondo: i motori del settore sono le lotterie tradizionali e istantanee (tipo gratta-e-vinci) la cui raccolta è cresciuta del 193,2%, le scommesse sportive a quota fissa con un aumento del 55,1% ed il Bingo con un incremento del 24,1% (Rapporto Eurispes, 2007).

Se, da una parte, si possono calcolare i benefici economici per lo Stato sottoforma di introiti fiscali, con difficoltà si stimano i costi sociali e sanitari di chi sviluppa una dipendenza dal gioco¹.

A livello epidemiologico, si stima

che circa l'80% degli italiani sia un giocatore sociale e che dall'1 al 3% della popolazione sia interessato alla sua deriva patologica con danni notevoli sul piano psicologico, familiare, sociale, professionale e finanziario. Ma le problematiche del gioco d'azzardo patologico non interessano soltanto il giocatore e la sua famiglia: esso coinvolge anche la comunità locale con un forte impatto socio-economico (ricorso all'usura, microilleciti, perdita del posto di lavoro, impoverimento, ecc.).

Allo scopo di conoscere meglio il fenomeno del gioco d'azzardo nella realtà aretina, abbiamo promosso un'indagine conoscitiva tra i visitatori presenti alle Giornate della Salute del 6 e 7 giugno 2008. L'indagine riguarda sia il tipo di gioco praticato che la qualità del legame con il gioco: più legato alla socializzazione e al divertimento nel giocatore "sociale", caratterizzato da una perdita di controllo nel denaro e nel tempo speso nel gioco nel giocatore "problematico". ■

1. Il gioco d'azzardo patologico (in inglese, gambling) nel DSM IV è classificato tra i "Disturbi del controllo degli impulsi".

Obiettivi

Due gli obiettivi di questa indagine:

- 1 conoscere alcuni comportamenti di gioco (tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco e spesa media a giocata);
- 2 analizzare la prevalenza del gioco "sociale" e del gioco "problematico" all'interno di un campione casuale di visitatori presentatisi allo stand del Dipartimento delle Dipendenze nel corso delle Giornate della Salute, iniziativa promossa dall'Azienda Usl 8 il 6 e 7 giugno 2008.

Le Giornate della Salute si sono tenute al Parco Pertini (zona centrale della città); gli stand erano aperti alla popolazione. ■

Metodo e strumenti

Lo strumento utilizzato è un questionario anonimo autosomministrato dal soggetto.

Il questionario, elaborato dal Gruppo G.A.N.D.² del SerT Zona Aretina della A-usl 8, si compone di due parti: nella prima parte, viene riportato un elenco di giochi rispetto a cui si chiede di indicare i tipi di gioco praticati nel corso della vita, la frequenza e la spesa media delle giocate; nella seconda parte, viene presentato il "Lie/BET Questionnaire" di Johnson et al. (1997). Quest'ultimo test è uno strumento di screening utilizzato in contesti non clinici e permette in maniera agile di discriminare tra gioco "sociale" e gioco "problematico".

Il test si compone di due domande: una è relativa alla tendenza ad aumentare la quantità di denaro spesa nel gioco e l'altra riguarda l'abitudine a tenere nascosta l'entità del gioco ai familiari. La risposta affermativa ad almeno una delle due domande indica un legame problematico con il gioco. ■

Risultati

Il questionario è stato somministrato a N. 98 soggetti; N. 97 sono i questionari compilati che costituiscono il campione su cui abbiamo fatto le analisi statistiche; 1 questionario è stato restituito in bianco e viene considerato un rifiuto.

Di questi 97 soggetti "arruolati", N. 32 soggetti (33% del nostro campione) dichiarano di non aver mai praticato alcun gioco nel corso della loro vita; N. 60 soggetti (62%) risultano giocatori "occasionalni" o sociali, cioè hanno praticato uno o più giochi nel corso della loro vita ma non sembrano avere un rapporto problematico con il gioco (le loro risposte alle due domande del "Lie/Bet Questionnaire" sono entrambe negative); N° 5 soggetti (5%) risultano giocatori "problematici" in quanto, oltre a praticare uno o più giochi, hanno risposto positivamente ad una domanda (2 soggetti) o a entrambe le domande (3 soggetti) del test Lie/Bet.

Una nota a parte merita la colonna del questionario in cui si chiede la "spesa media a giocata" che è stata compilata soltanto da una piccola percentuale di persone 28% che, peraltro, hanno invece compilato le altre parti del questionario. I risultati rispetto alla voce "spesa media a giocata" sono pertanto espressione di un sottocampione rispetto ai 97 soggetti arruolati.

Giocatori sociali

Per quanto riguarda i giochi praticati dai giocatori "sociali" (N. 60 soggetti), troviamo in ordine di interesse decrescente³:

- il gratta e vinci è praticato da N. 41 soggetti (68, 3% del campione di giocatori sociali): di questi, N. 31 soggetti (76% dei giocatori di gratta e vinci) gioca meno di una volta a settimana, N. 8 (19,5%) gioca una volta a settimana e N. 2 soggetti (4,5%) gioca più volte a

settimana. La spesa media a giocata è di 3,5 Euro;

- il lotto/superenalotto è tra i giochi preferiti da N. 26 soggetti (43,3% del campione di giocatori sociali): di questi, N. 23 soggetti (88,5% dei giocatori occasionali di lotto) gioca meno di una volta a settimana e N. 3 (11,5%) gioca più volte a settimana. La giocata media è di 3 Euro;
- il gioco delle carte a soldi è praticato da N. 22 soggetti (37% del campione di giocatori sociali): di questo sottocampione, N. 17 (77, 3% di giocatori occasionali di carte) gioca meno di una volta a settimana e N. 5 soggetti (22, 7%) gioca una volta a settimana. La spesa media a giocata dichiarata è di 11, 2 Euro;
- il bingo è praticato da N. 15 soggetti (25% del campione di giocatori sociali): di questi, N. 11 (73, 3% dei giocatori di bingo) gioca meno di una volta a settimana e N. 4 (26,7%) una volta a settimana. La spesa media a giocata dichiarata è di 3 Euro;
- le slotmachine costituiscono il gioco praticato da N. 12 giocatori occasionali (corrisponde al 20% di questo sottocampione): di questi, N. 9 soggetti (75% dei giocatori sociali di slot) gioca meno di una volta a settimana, N. 2 soggetti (16,7%) gioca una volta a settimana e N. 1 soggetto (8,3%) gioca più volte a settimana. La spesa media a giocata è di 5,5 Euro;
- il gioco del totocalcio viene effettuato da N. 10 soggetti (16,6% del campione di giocatori sociali): di questi, tutti dichiarano di giocare meno di una volta a settimana con una spesa media di 2 Euro;
- le scommesse sportive e sui cavalli (sale SNAI) sono effettuate da N. 8 soggetti (13,3% del campione di giocatori sociali): di questi, N. 6 (75% del sottocampione giocatori di scommesse sportive) dichiara

2. Il Gruppo G.A.N.D. è l'èquipe clinica per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze che, dal 2004, all'interno del SerT Zona Aretina del Dipartimento delle Dipendenze si occupa di dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, dipendenza da internet, ecc.). Per ulteriori informazioni, si veda Cocci et al. (2007).

3. Ogni soggetto poteva dare più di una risposta riguardo al tipo di gioco praticato nel corso della vita.



ra di giocare meno di una volta a settimana e N. 2 (25%) una volta a settimana. La spesa media a giocata è di 7 Euro;

- scelgono il casinò N. 6 soggetti (10% del campione di giocatori sociali): di questo sottocampione, N. 5 (83, 3% di giocatori sociali di casinò) gioca meno di una volta a settimana e N. 1 soggetto (16,6%) gioca più volte a settimana. La spesa media a giocata dichiarata è di 56,7 Euro;
- dichiarano di scommettere agli ippodromi N. 3 soggetti (5% del campione di giocatori sociali): di questi, tutti riferiscono di giocare meno di una volta a settimana con una spesa media a giocata di 8 Euro;
- nessun giocatore occasionale dichiara di giocare alle corse Trip e Totip.

Giocatori problematici

N. 5 soggetti (5% del campione generale) risultano dalla nostra indagine giocatori "problematici". Analizziamo più in particolare i profili di questi soggetti:

- N. 2 soggetti dichiarano di aver già sentito l'impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori (Lie/Bet test): un soggetto lo riferisce al *totocalcio*, un secondo soggetto lo riferisce sia al *gratta e vinci* che al *computer* più volte a settimana. Rispetto a questo soggetto, la dicitura "computer" nella riga "Altro" del questionario non permette di capire se il rapporto problematico dichiarato dal soggetto è con il gioco on line, con internet o con i videogiochi.
- N. 3 soggetti hanno risposto affermativamente a entrambe le domande del Lie/Bet, cioè dichiarano sia di aver già sentito l'impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori sia di essersi già sentiti in dovere di nascondere l'entità del loro giocare a chi sta loro più vicino. Rispetto ai gio-

chi praticati, uno dei tre soggetti riferisce una perdita di controllo rispetto alle *slotmachine*; un altro soggetto dichiara di giocare raramente a *lotto/superenalotto*, *tris/totip*, *totocalcio*, *scommesse sportive e sui cavalli*, *ippodromi e gratta e vinci* mentre sembra riferire la perdita di controllo al *gioco in borsa* (in inglese, trading on line) rispetto a cui dichiara di aver già subito perdite alte; il terzo soggetto riferisce di giocare meno di una volta a settimana al *totocalcio*, al *bingo e alle carte a soldi* e di giocare più volte a settimana al *lotto/superenalotto* e al *gratta e vinci*. ■

Conclusioni

Questa indagine conoscitiva, pur con i limiti dati, tra gli altri, dall'esiguità del campione, permette di aprire alcuni spunti di riflessione:

1. l'alta percentuale di giocatori di gratta e vinci (68,3% dei giocatori "sociali") e la presenza di questo gioco tra i giocatori "problematici" sembra confermare la correlazione tra maggior offerta di un certo tipo di giochi e maggior probabilità di intercettare fasce ampie di popolazione. Aumentando le offerte di gioco, è prevedibile che aumentino i giocatori e, di conseguenza, i giocatori problematici. Inoltre, le lotterie istantanee, per le loro caratteristiche legate alla "velocità", "facilità" e "diffusione" nei contesti quotidiani (supermercati, bar, tabacchi, ecc.), fanno parte dei cosiddetti "giochi hard", cioè a più rischio di creare un legame di dipendenza, e maggiormente capaci di intercettare fasce di popolazione finora più estranee al gioco d'azzardo (bambini, casalinghe, anziani, famiglie);
2. la percentuale di giocatori "problematici" individuata nel 5% del nostro campione sembra leggermente superiore rispetto

ai dati epidemiologici nazionali e internazionali che stimano che il gioco d'azzardo patologico interessi dall'1 al 3% di una popolazione;

3. dallo studio sembra anche emergere il rischio elevato che nasce dall'offerta, non solo di giochi "semplici" e "veloci", ma anche delle nuove tecnologie (il computer e internet) che aprono spazio sia a nuove forme di intrattenimento, come il gioco on line, che a nuove forme di introito, come il gioco in borsa, tutte attività che vengono incentivate spesso senza essere accompagnate da una corretta informazione sui rischi ad esse connessi;
4. in un'ottica del gioco d'azzardo come questione di salute pubblica, emerge sempre più la necessità urgente di una specifica legislazione nazionale (ma perché no anche comunale) che si orienti verso una *politica di promozione della salute* attraverso:
 - a) una corretta *informazione*⁴ sulle reali possibilità di vincita dei diversi tipi di gioco, sui rischi connessi al gioco d'azzardo lecito (slotmachine, gratta e vinci, bingo, ecc.) e sui centri di cura a cui è possibile chiedere aiuto;
 - b) specifiche azioni di *prevenzione* per le dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, internet, ecc.). ■

■ Bibliografia

- APA (1980), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM IV, Masson, Milano.
- Rapporto Eurispes, 2007
- Cocci V., Benci S., Biagianni C., Cucinelli M. L., Frullano D., Marioli A., Sangalli M., Dimauro P. E. (2007), "Le nuove dipendenze e la salute pubblica. L'Ambulatorio per il gioco d'azzardo del Dipartimento delle Dipendenze della A-Usl 8 di Arezzo dopo due anni di attività", Il Cesalpino n.16 aprile 2007. ■

4. Tutti ricorderanno le pubblicità promosse dai Monopoli di Stato del tipo "Ti piace vincere facile?" piuttosto che "Se giochi legale giochi sicuro" che, attraverso messaggi ingannevoli, hanno contribuito ad una rappresentazione sociale del gioco lecito come un'attività dal guadagno facile e che protegge da derive problematiche o patologiche.

DIOSSINA E TUMORI **sunto della relazione presentata nel corso della sessione Ambiente e Tumori, (11 ottobre 2008) in occasione del X Congresso Nazionale AIOM**

Patrizia Gentilini

Oncoematologia Forlì

Premessa

Parlare di diossina (TCDD o "diossina di Seveso") oggi significa parlare di un inquinante che è diventato ormai il simbolo dell'inquinamento del nostro pianeta e dalla cui contaminazione nessuno può ritenersi esente¹. Un editoriale recentemente comparso su Nature², riferito a nuovi meccanismi d'azione della TCDD indipendenti dal legame con il recettore AhR e che comportano la formazione di enzimi atipici, alteranti la fisiologica degradazione dei recettori steroidei, conclude con questa frase: *"il nostro ecosistema è ormai un esperimento chimico-biologico su larga scala, in cui siamo contemporaneamente coloro che sperimentano e coloro che lo subiscono, speriamo che tutto vada a buon fine, ma solo il tempo lo dirà"*.

Un primo fondamentale concetto è quindi che, di fronte ad una contaminazione di cui nessuno può ipotizzare compiutamente effetti e conseguenze, dovrebbe essere assunto un atteggiamento di massima precauzione, evitando il più possibile l'immissione nell'ambiente di inquinanti pericolosissimi e persistenti quali la diossina. D'altra parte di fronte alla crescente incidenza di patologie cronico/degenerative

che comportano enormi costi sociali, umani ed economici anche di recente è stata ribadita l'importanza di un approccio "sistemico" alla salute umana, che non può più contemplare solo il versante terapeutico ma deve riscoprire il ruolo della Prevenzione Primaria.³ ■

Diossina: caratteristiche, tossicità, meccanismi d'azione e fonti.

La tossicità della diossina (TCDD) e dei suoi congeneri è correlata al livello di affinità per il recettore AhR (aryl-idrocarbon receptor) e per quanto la letteratura sulla TCDD e soprattutto sulle funzioni del recettore AhR sia crescente⁴, ancora oggi si è alla ricerca dei fisiologici ligandi dell'AhR⁵. L'AhR è ampiamente conservato nella filogenesi ed ha certamente un ruolo determinante nell'ontogenesi come studi su animali transgenici hanno dimostrato; in particolare l'AhR sembra avere un ruolo chiave per il normale sviluppo dei sistemi immunitario, vascolare, emopoietico, endocrino ed è coinvolto nelle più disparate funzioni cellulari (proliferazione, differenziazione, apoptosi) fino alla regolazione del ritmo circadiano.

Ma non essendo ancor oggi del tutto noti i fisiologici ligandi e quin-

TOSSIKOLOGIA



di le funzioni esplicate, non è possibile conoscere compiutamente le alterazioni provocate da molecole agoniste, quali la TCDD. A maggior ragione inoltre un atteggiamento prudenziale dovrebbe essere dettato dalle caratteristiche di questa molecola e dei suoi congeneri: persistenza (emivita della TCDD nell'uomo da 7 a 11 anni, nel sottosuolo fino a 100 anni), assunzione per via alimentare, bioaccumulo, biomagnificazione ed eliminazione attraverso il latte materno.

Dai dati di letteratura la contaminazione da parte di diossina e similari nel latte materno varia dai 3.2 ai 15.2 pg/g di grasso ed in un recente campione di latte di donna bresciana, al 3° mese di allattamento, sono stati ritrovati ben 30 pg/g di grasso. Giova ricordare che la normativa in ambito alimentare su queste molecole per prodotti lattiero-caseari prevede un massimo di 3 pg/g di grasso⁶. Nel 1997 la TCDD è stata classificata dalla IARC come cancerogeno certo per l'uomo (1A), ad azione multiorgano e rientra inoltre fra i 12 POP's (persistent organic pollutant's) di cui nel 2001 è stato vietato produzione, uso e rilascio dalla conferenza di Stoccolma, sottoscritta da 120 paesi fra cui l'Italia. Le principali fonti di produzione di queste molecole sono i processi di combustione a determinate T ed in presenza Cloro; secondo l'ultima edizione dell'inventario europeo delle diossine⁷ per l'Italia essi sono rappresentati in ordine decrescente da: combustione rifiuti (64.4%), acciaierie, incendi e traffico stradale (1.1%). Dal punto di vista tossicologico la TCDD rientra fra gli "endocrine disruptor" e le molteplici azioni sulla salute umana di questi agenti sono state anche di recente passate in rassegna^{1,8}. Inoltre si stanno accumulando sempre più evidenze sulla possibilità di un danno transgenerazionale di questi agenti^{9,10}.

Di recente ciò è stato confermato anche sull'uomo con i danni tiroidei nei bambini nati nella popolazione esposta a TCDD per l'incidente di Seveso¹¹.

Un secondo concetto, altrettanto importante, è che di fronte a mo-

lecole come la TCDD, la cui tossicità -ricordiamo- si misura in miliardesimi di milligrammi (picogrammi), non possiamo comunque pensare che valga ancora quanto affermato da Parcelso e cioè che "la dose fa il veleno"; in questo caso infatti, come sempre più sta emergendo dalla letteratura internazionale^{12, 13, 14} non è la dose, ma il momento in cui la sostanza agisce che ne determina gli effetti ed il periodo dello sviluppo fetale e della prima fase della vita extra uterina appaiono cruciali per determinare lo stato complessivo di salute da adulti e non solo per quanto riguarda la cancerogenesi¹⁵. ■

Diossina: cancerogenicità

Dal punto di vista cancerogeno la diossina non è un mutageno¹⁶ ma agisce come promotore o, meglio ancora, il suo meccanismo di azione è correlato a modificazioni dell'assetto epigenetico, modificazioni che assumono un ruolo di sempre maggior rilievo nel processo della cancerogenesi¹⁷. Evidenze di laboratorio su cavie hanno dimostrato ad esempio come l'esposizione in determinate "finestre espositive" (15° giorno dal concepimento) di cavie a TCDD e l'esposizione a cancerogeno certo (dimetil dibenzolo antracene DMBA) al 50° giorno dalla nascita, abbia comportato un numero nettamente più elevato di tumori mammari rispetto al gruppo esposto al solo cancerogeno certo dopo la nascita¹⁸. Questi lavori, come numerosi altri^{19,20} aprono pertanto scenari assolutamente nuovi rispetto a neoplasie in netto aumento come i tumori mammari e mettono in discussione la visione stessa della cancerogenesi. Questa potrebbe non essere più vista come il risultato di una mutazione somatica (SMT), con l'acquisizione di vantaggi del clone neoplastico, attraverso step successivi, ma come il risultato di una alterata programmazione tissutale (TOFT) che avverrebbe nel corso della vita fetale o comunque nel corso di determinate "finestre espositive"²¹.

Per tornare alle evidenze epidemiologiche, è stata indagata²² l'insor-

genza di cancro mammario nella popolazione femminile di età inferiore a 40 anni al momento dell'incidente di Seveso, dosando la TCDD a livello ematico e si è evidenziato come la comparsa di cancro mammario sia correlata all'incremento di TCDD nel sangue. Ancora un'altra azione della diossina è la sua associazione con la traslocazione 14;18. La traslocazione (14;18) rappresenta un evento cruciale nella linfomagenesi e la si ritrova in oltre il 70% dei linfomi NH centrofollicolari e con minor frequenza in altri istotipi. Essa, comunque, non può ritenersi patognomonica di malattia, in quanto presente anche nei linfociti circolanti di individui in buona salute.

Proprio da studi su popolazione in apparente buona salute esposta all'incidente di Seveso e su cui è stato effettuato il dosaggio ematico di TCDD, risulta che, mentre la prevalenza di individui portatori di linfociti con la traslocazione in oggetto è la medesima indipendentemente dal livello di TCDD presente nel sangue, la frequenza di linfociti "traslocati" circolanti è quasi 10 volte più alta nel gruppo con maggior dosaggio di TCDD, quasi che la maggior presenza di diossina comportasse una sorta di "facilitazione" all'espansione del clone traslocato²³.

La correlazione fra esposizione a TCDD e patologie emolinfopoietiche è ben documentata dai dati recentemente pubblicati sulla mortalità a 25 anni dall'incidente di Seveso²⁴: il Rischio Relativo di morte per patologie del sistema emolinfopoietico è infatti a distanza di 20 o più anni dall'incidente nell'area più inquinata (zona A) pari a 5.38 (CI 95% 2-14.49).

Le patologie più coinvolte, in modo statisticamente significativo, sono: LNH (RR= 3.35) Mieloma Multiplo (RR=4.34), Leucemie acute (RR=1.73). Non va dimenticato inoltre che anche il RR di morte per tutti i tumori è risultato nella popolazione della zona A statisticamente significativo e pari a 1.65 e ben sappiamo che la mortalità è un indicatore molto approssimativo dello stato di salute complessivo di una

popolazione.

Se questi sono i risultati di un'esposizione elevata e concentrata nel tempo, quale quella che si è registrata per Seveso, non possiamo però trascurare il rischio correlato ad esposizioni relativamente basse ma prolungate nel tempo a diossine emesse da impianti di incenerimento.

I dati epidemiologici non mancano ed in particolare si documenta l'associazione con linfomi Non Hodgkin²⁵⁻²⁸ con Rischio Relativo per incidenza fino a 2.3²⁵⁻²⁶ e con tasso standardizzato di mortalità (SMR) variabile da 111 a 184.2²⁷⁻²⁸. Oltre ai linfomi NH vanno ricordati anche i sarcomi che vengono ritenuti patologie "sentinella" del multiforme inquinamento prodotto da impianti di incenerimento e sono stati correlati in particolare all'esposizione a diossine²⁹⁻³⁰. Di grandissimo interesse, a questo proposito, risulta il recente studio³¹ sui sarcomi in provincia di Venezia che ha dimostrato un rischio di sviluppare la malattia 3.3 volte più alto fra i soggetti con più lungo periodo e più alto livello di esposizione ed ha evidenziato inoltre come il massimo rischio sia correlato, in ordine decrescente, alle emissioni provenienti rispettivamente da rifiuti urbani, ospedalieri ed industriali.

Inoltre, il 2 aprile 2008³² sono stati resi noti i risultati della ricerca condotta da La Veille Sanitarie in Francia nella popolazione adulta residente in prossimità di impianti di incenerimento. I risultati preliminari erano stati presentati nel novembre 2006 ed avevano riguardato 135.567 casi di cancro insorti nel periodo 1990-1999 su una popolazione residente in prossimità di 16 inceneritori di rifiuti urbani attivi tra il 1972 ed il 1990. Lo studio aveva considerato l'esposizione a diossine valutate in diversi percentili ed i risultati preliminari, si sono ulteriormente rafforzate davanti a quelli conteggiati a marzo 2008 e non ancora definitivi. Si evidenziano infatti i seguenti incrementi: sarcomi: + 22%, linfomi non Hodgkin: + 12% in entrambi i sessi + 18% nelle femmine, cancro al fegato: +16%, mieloma multiplo:

+16% in entrambi i sessi e + 23% nei maschi e tutti i cancri nelle donne: +6%. Ricordiamo che anche lo studio condotto sulla popolazione di un quartiere di Forlì (Coriano)³³ esposta a due impianti di incenerimento (rifiuti urbani e ospedalieri) aveva evidenziato gravi danni per la salute specie nel sesso femminile con aumento statisticamente significativo del rischio di morte per tutte le cause e soprattutto per tutti i tumori, rischio crescente e coerente con il crescere dei livelli esposizione a metalli pesanti: dal +17% al +26% al +54%²⁵. In particolare è risultato aumentato e statisticamente significativo il rischio di morte per cancro alla mammella (RR= 2.16), al colon (RR=2.47), allo stomaco (RR=2.56). Infine degni di nota sono gli studi di Knox in Gran Bretagna che anche di recente³⁴ ha confermato che il più importante fattore di rischio di morte per cancro in età infantile è rappresentato dalla prossimità dell'abitazione a fonti emissive di agenti quali: particolato, IPA, benzene, diossine ed altro. ■

Conclusioni

In definitiva, la diossina è un cancerogeno IA IARC multiorgano, non mutageno, persistente con azione di promotore che agisce con verosimili meccanismi epigenetici che aprono la strada a traslocazioni e risulta coinvolta in neoplasie la cui incidenza sta drammaticamente aumentando quali il cancro alla mammella ed i linfomi.

A fronte di dati epidemiologici inquietanti che vedono in Italia un incremento complessivo di incidenza di cancro nelle donne, indipendentemente dall'età, dell'1% annuo³⁵ e di cancro nell'infanzia del 2% annuo³⁶, esattamente doppio di quanto si registra in Europa³⁷, ci vengono in mente le parole di A. Einstein: "un uomo intelligente risolve un problema, un uomo saggio lo evita" e queste parole ci sembrano particolarmente azzeccate se pensiamo a ciò che comporta la crescente pratica dell'incenerimento dei rifiuti.

È stato calcolato che con le previsioni di incenerimento previste complessivamente in Europa³⁸ si an-

dranno ad immettere, utilizzando le migliori tecnologie disponibili (BAT) e nel rispetto dei limiti di legge, quantità assolutamente non trascurabili di inquinanti: ben 500 gr ad es. di diossina e composti dioxin like.

Si pensi che solo in Emilia Romagna, situata all'interno della Pianura Padana, in una delle 5 aree più inquinate del pianeta ed in cui si registra la più alta incidenza di cancro nelle donne, dalle circa 480.000 ton/anno attualmente combuste si andrà ad incenerire oltre un milione di ton/anno di rifiuti.

Dal momento che sono disponibili ben altre soluzioni per lo smaltimento dei materiali post-consumo ben più rispettose dell'ambiente e della salute, persistere su questa strada è semplicemente una follia. Si ricordino a questo proposito le parole che Lorenzo Tomatis pronunciò per una audizione pubblica al Comune di Forlì sulla questione dell'incenerimento dei rifiuti: *"le generazioni a venire non ci perdoneranno i danni che noi stiamo loro facendo"*. ■

■ Bibliografia

1. A. Schecter et al. Dioxin: an Overview Environmental Research 101 (2006) 419-428.
2. J. W. Harper A degrading solution to pollution Nature 446 29 March (2007).
3. J. M. Golk The Forest for the trees: a systemic approach to human health research Envir. Health Persp 115: 1261-1263 (2007).
4. A. B. Okey An aryl hydrocarbon receptor odyssey to the shores of toxicology: the Deichmann lecture, international congress of toxicology-XI Tox. Sciences 98(1), 5-38 (2007).
5. L. P. Nguyen The search for endogenous activators of the aryl hydrocarbon receptor CHEM. RES.TOXICOL.(2008) 21, 102-116.
6. L. T. Baldassarri PCDD/F and PCB in human serum of differently exposed population of an italian city Chemosphere 73 (2008) 5228-34.
7. http://ec.europa.eu/environment/dioxin/pdf/stage2/volume_3.pdf.
8. M.S. Wolff Endocrine disruptors: challenges for environmental research in the 21st century Ann. N.Y. Acad. Sci. (2006) Sep, 1076: 228-38
9. M. K. Skinner Endocrine disruptor and epigenetic transgenerational disease etiology Pediatric Research (2007) 61; 1-2
10. T. Nomura Transgenerational effects



- from exposure to environmental toxic substances *Mutat. Res* (2008) July –August 659 (1-2): 185-193
11. A. Baccarelli Neonatal Thyroid function in Seveso 25 years after maternal exposure to dioxin *PLoS Medicine* (2008) www.plosmedicine.org 1133-1142
 12. P.D. Gluckman Effect in utero and early – life conditions on adult health and disease *N Engl. J Med* (2008); 359:61-73
 13. L.S. Birnbaum Cancer and developmental exposure to endocrine disruptor *Envir Health Persp.*(2003) 111: 389-394
 14. M. Soffritti Consequences of exposure to carcinogens beginning during developmental life *Basic&Clinical Pharmacology&Toxicology* (2008) 102; 118-124
 15. T. M. Edwards Environmental exposure and gene regulation in disease etiology *Envir Health Persp.*(2007) 115: 1264-1270
 16. D. Belpomme The multitude and diversity of environmental carcinogens *Environmental Research* (2007) 105: 414-429
 17. C. Sawan Epigenetic drivers and genetic passengers on the road to cancer *Mutation Research* (2008) 642; 1-13
 18. S. Jenkins Prenatal TCDD exposure predisposes for mammary cancer in rats *Reprod. Toxicol.* (2007); 23(3) 391-396
 19. J.G. Brody Environmental Pollutants and breast cancer *Cancer Supplement* June 15, (2007) vol 109 number 12
 20. A.M. Soto Does breast cancer start in the womb? *Basic&Clinical Pharmacology&Toxicology* (2008) 102; 125-133
 21. C. Sonnenschein Theories of carcinogenesis: an emerging perspective *Seminars in Cancer biology* 18 (2008) 372-377
 22. M. Warner Serum concentrations and breast cancer risk in the Seveso Women's health study *Environ Health Perspec.* (2002) vol 110 n7
 23. A. Baccarelli T(14;18) in lymphocytes of healthy dioxin-exposed individuals from Seveso, Italy *Carcinogenesis* vol 27 no 10(2006) 2001-07
 24. D. Consonni Mortality in a population exposed to dioxin after the Seveso, Italy, accident in 1976: 25 years of follow-up *Am. J. Epidemiol.* (2008); 167: 847-858
 25. Floret N Dioxin emissions from a solid waste incinerator and risk of non Hodgkin lymphoma *Epidemiology* (2003); 14 (4): 392-98
 26. Floret N. A municipal solid waste incinerator as the single dominant point source of PCDD/Fs in an area of increased non – Hodgkin's lymphoma incidence *Chemosphere* (2007); 8: 1419-262)
 27. Biggeri A. Mortality for non Hodgkin lymphoma and soft-tissue sarcoma in the surrounding area of an urban waste incinerator. *Campi Bisenzio (Tuscany, Italy) 1981-2001* *Epidem Prev* (2005); 29: 156-9
 27. Minichilli F. A study on mortality around six municipal solid wastelandfills in Tuscany Region *Epidemiol Prev* (2005); 29:53-6
 28. Bianchi F. Mortalità for non Hodgkin lymphoma in the period 1981-2000 in 25 Italian municipalities with urban solid waste incinerators *Epidemiol Prev* (2006);30:80-1.
 29. Viel JF. Soft-tissue sarcoma and Non Hodgkin's Lymphoma clusters around a municipal solid waste incinerator with high dioxin emission levels *Am. J. Epidemiol.* 2000; 152:13-9.
 30. Comba P. Risk of soft tissue sarcomas and residence in the neighbourhood of an incinerator of industrial wastes *Occup. Environ. Med* (2003); 60: 680-683
 31. Zambon, P. Sarcoma risk and dioxin emissions from incinerators and industrial plants: a population based case-control study (Italy) *Environmental Health* (2007); 16;6:19+
 32. Fabre P. Etude d'incidence des cancers a proximité des usines d'incineration d'ordures menageres http://www.cniid.org/espace_mailing/cp_2008_0402.htm.
 33. Report finale Progetto Europeo "Enhance Health" Interreg IIIC East Program www.arpa.emr.it/monitor
 34. Knox EG Childhood cancers and atmospheric carcinogens *Jour. of Epidemiology and Community Health* (2005); 59: 101-105
 35. I tumori nelle donne italiane Rapporto AIRTUM (2008)
 36. I tumori infantili in Italia 1988-2002 Rapporto AIRTUM (2008)
 37. S. Foucher Geographic patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970 (the ACCIS project): an epidemiological study- (*The Lancet* (2004);364:2097-105)
 38. M. Bolognini Critiche a documento OMS E&P anno 32 (2) Marzo-Aprile 2008 pag. 79 ■



Ordine Medici Arezzo



Servizio Sanitario della Toscana

COMUNICAZIONE MEDICO E PAZIENTE: REALTÀ E PROSPETTIVE

27 settembre 2008 - Hotel Minerva, Arezzo

Corso di aggiornamento obbligatorio per MMG esteso a tutti i medici della ASL 8. Promosso da Ordine dei Medici di Arezzo e Asl 8 in collaborazione con il Centro "Francesco Redi" e FIMMG

La comunicazione in medicina generale Aspetti normativi e deontologici

Giovanni Caruso

Medico Legale

Consigliere Ordine Medici e Chirurghi ed Odontoiatri di Arezzo

Nell'affrontare aspetti inerenti la comunicazione tra medico e paziente, non si potranno ignorare i profondi cambiamenti che detto rapporto professionale ha subito in questi ultimi anni; se immaginiamo, infatti, un percorso che dall'anno 1967 (anno in cui la Corte di Cassazione si è pronunciata in merito all'obbligo d'informazione medica) ci conduca ai giorni nostri, facilmente potremo apprezzare questo processo di trasformazione che si configura nel passaggio dalla medicina paternalistica alla medicina condivisa.

Nell'arco degli ultimi 30 anni la medicina "etico-paternalistica" (etica poichè rispondeva al principio di

scienza e coscienza e paternalistica poichè deteneva il "privilegio" terapeutico) si è gradualmente dissolta per essere sostituita da una medicina "etico-giuridica", nella quale, fatto salvo il principio Ippocratico dell'agire in scienza e coscienza, il "privilegio" terapeutico si è mutato in "dovere" terapeutico, ovvero in un principio giuridico subordinato alla volontà del paziente, per cui primario è il diritto del paziente a sottoporsi alle cure, secondario il dovere di cura, all'interno del quale l'aspetto giuridico si configura nel contratto, ovvero in un atto che potrà essere considerato legittimabile soltanto qualora la volontà liberamente espressa dal paziente



preceda e condizioni l'atto medico, nel rispetto dei principi fondamentali ratificati dalla Costituzione della Repubblica.

Nella medicina paternalistica di tradizione ippocratica, era sufficiente che il medico agisse in scienza e coscienza per legittimare l'atto medico; il paziente non era ancora pienamente consapevole dei propri diritti in tema di autonomia decisionale, per cui egli si affidava passivamente ai trattamenti terapeutici decisi dal medico-sacerdote.

Nella più moderna medicina etico-giuridica, la legittimazione dell'atto medico non è più automatica né può essere ritenuta scontata, ma è necessario che il paziente condivida quanto il medico gli propone, è dunque in questo contesto che si realizza un rapporto medico-paziente di tipo contrattuale.

A questo punto sorge spontanea una domanda: come rendere efficace la comunicazione medico-paziente? La risposta potrebbe essere questa: instaurando un rapporto empatico, ovvero un'alleanza terapeutica, una condivisione di programma in ambito terapeutico. Tutto ciò appare irrinunciabile se finalizzato a rendere più agevole e sicuro il percorso diagnostico-terapeutico onde evitare eventi avversi, nonché al fine di stemperare eventuali contrasti e disaccordi con il paziente. ■

Le parole come strumento

Maxwel nel 2002 ha pubblicato un lavoro sulla comunicazione medico-paziente, in detto articolo egli, dopo aver espresso un giudizio critico sull'eccessivo ricorso alla "medicina difensiva", arriva a sostenere che il medico italiano, seppur all'avanguardia in ambito diagnostico-terapeutico, è pur tuttavia carente in ambito comunicativo, stante il troppo frequente ricorso all'uso di un linguaggio arcaico o eccessivamente tecnico; a tale proposito l'Autore per illustrare il suo pensiero ricorre ad una immagine suggestiva arrivando ad affermare che il medico italiano nel rapporto comunicativo è come se indossasse i calzari di Alessandro il grande, la tunica

di Giulio Cesare..... ed il camice... In realtà ogni frase che il medico pronuncia nel corso di una consulenza medica, inconsapevolmente può contenere "aloni", ovvero significati diversi, a volte controversi, che aleggiando intorno alla frase fanno sì che ogni espressione linguistica pronunciata con l'intento di trasmettere uno specifico ed univoco messaggio, a causa di varie motivazioni (pause, circostanze ambientali, modalità di espressione verbale-non verbale, spunti emotivi, aspettative ecc.) finisce per essere recepita con un significato diverso, addirittura opposto, quantomeno ambiguo. Su questa ambiguità giocavano anticamente gli oracoli traendone vantaggi. A tale proposito si narra di un soldato dell'antica Roma, il quale, prima della sua partenza per la guerra decide di recarsi dalla Sibilla per consultarla, egli non è interessato alle sorti della battaglia, non vuole conoscere l'esito della guerra, in realtà vuole soltanto conoscere il proprio destino, vuole sapere se tornerà in Patria o se morirà in guerra. Come ogni uomo è più predisposto alle buone notizie e molto meno incline a quelle nefaste. La Sibilla così si pronuncia.

"Ibis, redibis,..... non morieris in bello"

Il soldato versa una ricompensa in danaro e parte per la guerra del tutto rincuorato da quanto gli è stato predetto. Il giorno stesso egli viene ferito in battaglia e muore. I familiari del soldato si recano, allora, dalla Sibilla e protestando per la falsa predizione richiedono la restituzione di quanto pagato dal soldato. La Sibilla a questo punto replica sostenendo che il suo vaticinio era del tutto rispondente alla realtà e così nuovamente si pronuncia.

"Ibis, redibis non,..... morieris in bello"

Non ci è dato sapere se la Sibilla sia stata o no in buona fede, ma certo il messaggio induce facilmente ad una confusione interpretativa. La metafora è evidente noi medici siamo la moderna Sibilla, la guerra è la malattia, il soldato è il paziente, il

quale non chiede un parere clinico ma pretende affermazioni lapidarie e pragmatiche, comunque rispondenti alle proprie aspettative e non accetta di buon grado percentuali statistiche di beneficio e sopravvivenza, in realtà egli vuole sapere se guarirà, se sopravviverà alla malattia. Il paziente che affronta la propria malattia è estremamente timoroso e maggiormente predisposto alla prognosi buona che non a quella infausta, egli si affida al proprio medico per conoscere il suo destino, un destino che spesso il medico non può definire con assoluta certezza, pur tuttavia deve prospettare. ■

Informazione per il Consenso

Il messaggio proposto dal medico deve essere compreso elaborato e memorizzato dal paziente, tutto ciò è ratificato dal diritto positivo e dal codice di deontologia medica, in termini di consenso informato.

I moderni studi sulla comunicazione hanno focalizzato l'analisi sulla circolarità del rapporto emittente-ricevente introducendo il concetto di feedback, cioè di retroazione quale risposta del ricevente che consente all'emittente di capire se il proprio messaggio è stato recepito e/o se è necessario apportarvi delle modifiche per renderlo più comunicativo. Questa prospettiva, interattiva, è paragonabile ad una "partita a tennis" giocata con regole verbali e non verbali, in cui, i messaggi vanno avanti e indietro tra le parti interagenti. I sistemi interpersonali (coppie, famiglie, gruppi, ecc.) possono essere considerati circuiti di retroazione, poiché il comportamento di ogni persona influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altra persona. Secondo modelli più recenti si assume che gli interlocutori siano contemporaneamente (e non in momenti diversi) emittenti e riceventi durante l'interazione, diventa pertanto difficile isolare un singolo atto di comunicazione da ciò che lo precede e che lo segue. In altri termini la comunicazione può essere vista come il risultato di un complesso intreccio di



scambi verbali e non verbali tra due o più soggetti che, interagendo, costruiscono congiuntamente il senso delle proprie azioni, sulla base di una disponibilità alla comunicazione e di un bagaglio di conoscenze comuni o comunque oggetto di negoziazione; questa metodologia è costantemente presente nel rapporto medico-paziente. ■

Consenso informato la storia

"...tieni all'oscuro il paziente circa ogni evento futuro...."

Scuola Ippocratica 410 AC "Prognostico".

Il Consenso ha radici antiche, la Scuola Ippocratica aveva posto molta attenzione alla "alleanza terapeutica" ed all'accanimento terapeutico, pur tuttavia propugnava il consenso senza informazione. Occorre brevemente premettere che l'origine del consenso informato, ove il consenso è subordinato all'informazione, è nella storia dell'evoluzione di un principio etico traslato a modello giuridico, è questo che in definitiva ha segnato il passaggio dalla medicina paternalistica alla medicina condivisa.

Il concetto giuridico di consenso informato ("informazione per il consenso") si è sviluppato e gradualmente maturato nella seconda metà del 1700, negli Stati Uniti. Gli USA possono dunque essere considerati, a buon diritto, come il Paese di origine del consenso informato. La pietra miliare, sotto il profilo storico, è considerato il "caso Slater" (1767) (gamba fratturata che trattata con immobilizzazione inefficiente, fu rifratturata senza l'esplicito consenso del paziente... e senza informazione "assenza d'informazione"). A questo caso giuridico ne è seguito un'altro, il "caso Carpenter" (1871) (lussazione di gomito trattata con tecnica non accreditata e con insuccesso... tecnica sulla quale fu fornita una informazione e fu raccolto il consenso, ma l'informativa risultò inesatta fuorviante ed incompleta. Il primo caso configura: **"VIZIO D'INFORMAZIONE"**, il secondo caso rappresenta un esempio di: **"VIZIO DI CONSENSO"**.

In realtà il concetto di consenso informato si rifà ad un termine inglese

se mal tradotto in italiano, la locuzione consenso informato è stata translitterata, più propriamente andrebbe tradotta "informazione per il consenso", così come esso è stato più chiaramente definito nel corso del processo di Norimberga (dicembre 1946 – ottobre 1947) quando i criminali di guerra furono tutti processati da giudici scelti dalle 4 nazioni vincitrici, diversamente i medici nazisti imputati per crimini di guerra furono tutti processati a Norimberga da una corte militare esclusivamente statunitense, la quale, al termine del processo con le sentenze di condanna emanò il Codice di Norimberga, al fine di regolamentare la sperimentazione medica sull'uomo e di ratificare che l'uomo non può essere oggetto di sperimentazione se non previo esplicito e consapevole consenso e nei termini stabiliti dalla Legge. In realtà in Germania già nel 1931 era stato emanato, da parte del Ministero degli Interni, un documento inteso a regolamentare la sperimentazione terapeutica; in detto documento si distingueva la ricerca scientifica finalizzata alla cura, dalla ricerca scientifica esclusivamente finalizzata a fini sperimentali, in entrambi i casi si prevedeva il consenso. Nel corso del processo di Norimberga i giudici militari non tennero conto di questi precedenti legislativi promulgati dalla Germania nazista, in segno di disprezzo nei confronti di un regime dittatoriale che aveva dissertato su dette problematiche ma poi ne aveva tradito i principi ispiratori. Solo successivamente il consenso informato dal campo della sperimentazione si è esteso ad ogni pratica medica. L'Italia recependo i contenuti del codice di Norimberga in epoca post-bellica ha promulgato l'art. 13 e l'art. 32 della Costituzione Italiana che sancisce il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art. 13).

Negli anni '90, sulla spinta emotiva prodotta dal caso Massimo (chirurgo fiorentino condannato per omicidio preterintenzionale, a seguito di un intervento operatorio eseguito prevaricando i termini del consenso informato che la paziente

aveva sottoscritto) per quanto non esplicitamente previsto dal codice penale e civile, ha assunto i caratteri di obbligatorietà nel campo della pratica medica. La materia è ancora in evoluzione e non sono completamente definite le norme giuridiche per le modalità applicative del "consenso informato" che pur tuttavia, se correttamente esercitato, rappresenta l'espressione più qualificante di un corretto rapporto medico-paziente.

C'è pure da considerare che "il consenso", oltre che legittimare l'intervento sanitario costituisce, sotto altro profilo, uno degli elementi del contratto tra il paziente ed il professionista (art. 1325 c.c.), avente ad oggetto la prestazione professionale, sicché l'obbligo di informazione deriva anche dal comportamento secondo buona fede cui si è tenuti nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto (art. 1337 c.c.). (Cassazione Civile Sent. n. 10014 del 25-11-1994)

Comunque, la qualificazione della responsabilità (contrattuale o meno) sembra non rivestire fondamentale importanza perché, aggiunge la Corte: *"qualora l'informazione sia mancata, in tutto o in parte, si avrà una responsabilità del sanitario colpevole dell'omissione, detta responsabilità sarà di natura extracontrattuale (precisamente: precontrattuale ex art. 1337 c.c.), a seconda che si ritenga che il difetto d'informazione rilevi sul piano dell'inadempimento di un contratto già pienamente perfezionato, o su quello, semplicemente, delle trattative"*. (Cassazione Civile Sent. n. 7027 del 23-05-2001). ■

Natura della responsabilità per omessa informazione

Sulla necessità di chiedere il beneplacito del paziente per particolari operazioni ed anche di informarlo sulle conseguenze, si sono pronunciati per primi, come è ovvio, i giudici di merito. Il principio individuato dalla locuzione "consenso informato" si è gradualmente affermato soprattutto dopo che anche i giudici



di legittimità nel lontano 1967 ebbero a stabilire che *“fuori dei casi di intervento necessario il medico nell’esercizio della professione non può, senza valido consenso del paziente, sottoporre costui ad alcun trattamento medico-chirurgico suscettibile di porre in grave pericolo la vita e l’incolumità fisica”* (Cassazione sezione III 25 luglio 1967 n. 1945). La Cassazione, in sostanza, venne a stabilire e confermare che era necessario acquisire il consenso e che per essere considerato *“valido”* doveva essere preceduto dalle informazioni circa le potenziali cause d’inefficacia della operazione chirurgica.

“Soltanto il libero consenso del paziente, quale manifestazione di volontà di disporre del proprio corpo, può escludere in concreto l’antigiuridicità della lesione procurata mediante trattamento medico-chirurgico. ...” (Cass. Pen. Sez. V, 21/4/1992, Massimo in Cass. Pen. 1993, 63).

“Il consenso, oltre che a legittimare l’intervento sanitario costituisce, sotto altro profilo, uno degli elementi del contratto tra il paziente ed il professionista (art. 1325 c.c.), avente ad oggetto la prestazione professionale, sicché l’obbligo di comunicazione mediante informazione deriva anche dal comportamento secondo buona fede cui si è tenuti nella formazione del contratto (art. 1337 c.c.)”. (Cassazione Civile Sent. n. 10014 del 25-11-1994).

Concordemente la giurisprudenza ha ritenuto l’informazione del paziente *“condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, senza del quale l’intervento sarebbe impedito al chirurgo tanto dall’art. 32 comma 2 della Costituzione, a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, quanto dall’art. 13 cost., che garantisce l’inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica, e dall’art. 33 della l. 23 dicembre 1978 n. 833, che*

esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità (art. 54 c.p.)”. (Cass. civ. Sez.III 25-11-1994, n. 10014)

Gli stessi concetti sono bene espressi anche in una più recente massima della Cassazione penale: *“il consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto delle proprie integrità corporee, le quali sono tutte profili della libertà personale proclamata inviolabile dall’art. 13 cost.”* (Cass. pen. Sez.IV 11-07-2001, n. 1572).

Diretta conseguenza di tale principio, aggiunge, è che al medico non si può attribuire *“un generale diritto di curare, a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell’ammalato che si troverebbe in una posizione di ‘soggezione su cui il medico potrebbe ‘ad libitum’ intervenire, con il solo limite della propria coscienza”*.

Quindi, i giudici chiariscono che l’abilitazione all’esercizio della professione sanitaria conferisce al medico la facoltà o la potestà di curare, ma per aderire ai principi dell’ordinamento è necessario il consenso della persona che deve sottoporsi al trattamento sanitario. Il diritto all’autodeterminazione, che consente al malato di sottoporsi facoltativamente a trattamenti sanitari e di decidere, non può trovare piena applicazione soltanto nel caso degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori che, nel rispetto della dignità della persona, la legge può prevedere nell’interesse della collettività. Uniche eccezioni a tale criterio generale, aggiunge infatti la stessa decisione *“sono configurabili solo nel caso di trattamenti obbligatori ‘ex lege’, ovvero nel caso in cui il paziente non sia in condizione di prestare il proprio consenso o si rifiuti di prestarlo e d’altra parte, l’intervento medico risulti urgente ed indifferibile al fine di salvarlo dalla morte o da un grave pregiudizio alla salute”*.

“Per il resto”, viene ancora precisato, *“la mancanza del consenso (opportunamente ‘informato’) del malato o la sua invalidità per altre ragioni determina l’arbitrarietà del trattamento medico chirurgico e, la sua rilevanza penale, in quanto posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo”*. ■

Casi di esclusione dall’obbligo del consenso

Vi sono delle situazioni particolari in cui risulta impossibile (comunque difficile) acquisire il consenso.

Si può dire che generalmente si considerano i seguenti tre casi:

1. *quando il paziente è affetto da malattia mentale;*
2. *nelle situazioni di emergenza in pronto soccorso;*
3. *quando il paziente è minore d’età.*

a) paziente con malattia mentale

Nel caso di malattia mentale, la quale implichi un trattamento sanitario obbligatorio, ai sensi della Legge 13 maggio 1978 nr. 180, il medico deve *“svolgere iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi è obbligato”* e quindi acquisire il consenso del tutore (ove ci sia) altrimenti si ritiene possa attuare la terapia. Il Trattamento sanitario obbligatorio, come specifica l’articolo 1 della legge 180/78 si configura come un’eccezione espressamente prevista e disciplinata dal legislatore (nel pieno rispetto della riserva di legge sancita nel 2° comma dell’art. 32 della Costituzione). Deve dunque considerarsi come un’eventualità del tutto eccezionale, una deroga espressamente autorizzata - e disciplinata nei minimi dettagli - dalla legge, (art. 2 della 180 e art. 34 della 833) al principio del necessario consenso. La regola rimane quella della volontarietà del trattamento, mentre l’intervento obbligatorio o coattivo deve considerarsi l’eccezione.

Questo il senso della disposizione,

contenuta nel comma 5 dell'articolo 1, in base alla quale: *"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato"*.

Quindi, prima di intervenire in via coercitiva deve farsi qualsiasi tentativo possibile che possa ritenersi concretamente utile per ottenere il consenso.

Il fatto che i trattamenti sanitari prestati in via coercitiva non devono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana e della sua dignità, implica la fissazione di un criterio generale di valutazione del comportamento posto in essere dal medico e dai suoi collaboratori.

b) situazione di emergenza

Nel caso si prospetti una situazione di emergenza tale, per cui l'ammalato non sia in grado di esprimere il consenso, il medico può agire con una cura adeguata (indipendentemente dalla volontà di eventuali parenti), giustificato dallo stato di necessità. Può essere fatta (eventualmente) valere, in tal caso, l'esimente dello stato di necessità prevista dall'articolo 54 del Codice penale in base al quale *"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"*. Ciò configura il principio della LEGITTIMA DIFESA.

La regola che impone di acquisire il consenso potrebbe essere violata in quanto, stando alla giurisprudenza, si configurerebbe *"la concreta immanenza di una situazione di grave pericolo alle persone, caratterizzata dall'indilazionabilità e dalla cogenza, tali da non lasciare all'agente altra alternativa che quella di violare la legge"* (Cass. pen. Sez. I, sent. n. 11083 del 22-11-1985).

La Cassazione penale, con una decisione che ha fatto molto discutere, ha pure stabilito come in presenza di un effettivo "stato di necessità" non sia neppure necessario fare

riferimento alle cause di giustificazione codificate: *"Malgrado l'assenza di un consenso informato del paziente e sempre che non sussista un dissenso espresso dello stesso al trattamento terapeutico prospettato, deve escludersi che il medico sia penalmente responsabile delle lesioni alla vita o all'intangibilità fisica e psichica del paziente sul quale ha operato in osservanza delle leges artis, poiché l'attività terapeutica, essendo strumentale alla garanzia del diritto alla salute previsto dall'art. 32 Cost, e autorizzata dall'ordinamento ed è quindi scriminatura da uno "stato di necessità" ontologicamente intrinseco, senza che sia necessario fare riferimento alle cause di giustificazione codificate"*. (Cass. pen. sez. I 29-05-2002, n. 528)

c) trattamenti sanitari su minori

Per quanto riguarda i trattamenti sanitari sui minori, non è possibile affrontare l'argomento senza far prima cenno all'ampio dibattito relativo all'autodeterminazione e all'autonomia del paziente minore nelle questioni biomediche. È un discorso troppo vasto per essere "sacrificato" in qualche riga dove si può solo dire che il principio "tendenziale" (come criterio di orientamento) individuato dalla magistratura minorile, nella risoluzione di contese, dissidi e divergenze, in ordine al diritto alla salute del minore e dei trattamenti sanitari che lo riguardano, è quello dell'autodeterminazione dei minorenni.

Si può aggiungere che il conflitto ed il bilanciamento tra il cosiddetto "principio di beneficenza" ed il correlato "principio di autonomia" dove si confrontano esigenze di protezione ad istanze di autonomia, costituisce il nucleo principale della questione biomedica. In realtà, nel caso di interventi su minori, dando praticità e maggiore comprensibilità al discorso, si può dire che il consenso va richiesto ad entrambi i genitori in quanto esercenti la patria potestà e ove ci sia stata separazione il consenso va richiesto al coniuge affidatario. Nel caso in cui i genitori siano stati privati della patria

potestà o siano già morti il consenso dovrebbe esprimerlo il tutore.

Tuttavia, in coerenza con il principio secondo cui il diritto alla salute è personalissimo e la sua tutela non può essere affidata ad altri, se, malgrado la minore età, il paziente dimostra di essere "emancipato", critico e volitivo è necessario anche il suo consenso e se c'è un contrasto con quanto decidono i genitori, deve essere fatta prevalere la volontà del minore, previo parere del giudice tutelare.

Lo spazio più o meno ampio di autonomia si ricollega ovviamente al grado di maturità ed equilibrio raggiunti che non sempre dipende esclusivamente e rigidamente dall'età anagrafica, anche se generalmente e indicativamente vengono distinte tre fasce di età.

Per una diversificazione del discorso etico-giuridico in relazione all'età del minore non ancora quattordicenne, almeno fino al recente passato, si è ritenuto che il minore non fosse in grado (salvo eccezioni e situazioni particolari) di comprendere pienamente i significati e le problematiche sottese ad un delicato intervento medico.

Nella fascia di età compresa tra i quattordici e i sedici anni, per il fatto che il minore acquisisce una individuale capacità di agire, alla consapevole volontà espressa dal minore non è possibile non riconoscere rilevanza soprattutto nel caso di esplicito e fermo dissenso. A maggior ragione dopo il compimento dei sedici anni e fino alla maggiore età, quando la volontà del minore, fondata sull'accentuato sviluppo delle capacità fisiche e psichiche, assume una rilevanza quasi completa.

Sta di fatto che il diritto-dovere dei genitori (o del rappresentante legale) di curare il minore non può collidere con la sua libertà di decidere della sua salute. Ovviamente, nel caso di pareri contrastanti, la risoluzione del caso non risulta mai facile e immediata in quanto per la piena liceità dell'intervento non basta il solo consenso del minore, né tanto meno quello dei soli genitori, ma ci vorrebbe il pieno assenso di tutti. Come è stato osservato, ci si vie-



ne a trovare in una situazione in cui la volontà del minore risulta importante, anzi, molto importante, ma purtroppo non decisiva.

Si rende necessario, pertanto, citare l'articolo 6 della Convenzione sui diritti dell'uomo (Oviedo-1997), che contiene una specifica disposizione riguardante i trattamenti sanitari rivolti ai minorenni: *"Il parere del minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità"*. Alla suddetta disposizione fa da corollario l'analoga previsione del Codice deontologico dei medici il quale prevede il consenso del legale rap-

presentante (*"fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante"*), ma anche l'obbligo di informare il minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione.

Soltanto nel caso di "trattamento necessario ed indifferibile", l'opposizione del minore non viene considerata e se il legale rappresentante si oppone, il medico è tenuto ad informare l'autorità giudiziaria (art. 33).

Si può concludere dicendo che, a parte i casi di esclusione sopra individuati ed altri casi eccezionali, l'attività medica richiede per la sua

validità e concreta liceità, la manifestazione del consenso del paziente, che costituisce un presupposto di liceità del trattamento medico-chirurgico. ■

Forma ed aspetti del documento

Nell'avviarsi alla parte conclusiva, è bene sottolineare ancora una volta come l'acquisizione del consenso informato non sia una semplice convenzionalità, ma la condizione normativa irrinunciabile per trasformare un atto normalmente non permesso (la violazione dell'integrità psicofisica) in un atto consentito. ■

Individui, relazioni, contesti in Medicina

Pietro Mario Martellucci

Psicologo dirigente Az. USL 7 di Siena

Le metodologie biomediche, che guidano attualmente strumentalità e tecnologie sofisticate e potenti, influenzano un'intera cultura sanitaria, definendo un modo di vedere e di comprendere le malattie ed i pazienti, ancorato al versante biologico delle diagnosi e delle cure. Si crea quindi una distanza dalla convinzione epistemologica di unità e di integrazione del livello psichico e del livello somatico dei propri pazienti. Eppure il cosiddetto modello biopsicosociale dell'individuo (Engel, 1977), riconosciuto da F. Capra (1984) come segnale di un "punto di svolta", richiama all'importanza di un approccio olistico, unitario, integrato, all'individuo malato ed alla sua sofferenza: una visione interpretativa considerata gradual-

mente imprescindibile, l'espressione della connessione naturale tra patologie umane e processi psichici, (Onnis, 1989). Matthias Wehring, medico tedesco (1818) raccomandava al medico di avvicinarsi al suo paziente con attenzione, come se questo atteggiamento risultasse di per sé pieno di prospettive. L'attenzione che viene richiesta oggi allo sguardo del medico, deve però tener conto della rivoluzione culturale che ha investito la medicina sul versante tecnologico, socio-economico, organizzativo, psicologico, antropologico ed etico. Alcune dimensioni di questo vasto processo si rendono facilmente evidenti:

- la pervasiva presenza di tecnologie sanitarie e strumentali sembra produrre risultati tal-

volta eclatanti a testimonianza di un progresso e di una evoluzione tecnologica ed informatica, inimmaginabile solo pochi anni fa. Fattori che producono talvolta risultati "spettacolari", enfatizzati dai mass media. I pazienti ed i loro familiari lamentano però condizioni di depersonalizzazione e di disumanizzazione progressiva dei sistemi di cura. G. Cosmacini (2000) ricorda come già nel 1955, Frugoni scrivesse: "Tra la coscienza e la sensibilità del medico e quella del malato si interpone il fattore inanimato di innumerevoli strumenti che, mentre sono di immensa utilità pratica, diminuiscono fatalmente i contatti tra curanti e



pazienti”.

E. B. Lown (1997) più recentemente osserva come: “banali procedure tecnologiche prendono il sopravvento sull’arte di ascoltare... per molti medici la tecnologia è diventata un sostituto sufficiente al colloquio con il paziente”;

- un numero crescente di persone si dichiarano insoddisfatte delle cure ricevute, alzano sempre più il giudizio critico e ritengono un grave limite dei processi terapeutici, la scarsa disponibilità percepita ed un ascolto distratto o assente da parte dei medici, pur a fronte di risposte tecniche efficaci. D’altra parte, sembra affermarsi una sorta di medicalizzazione generalizzata della vita delle persone, come fossero esposte con sempre maggiore frequenza ad ammalarsi, oppure inconsapevoli di vivere percorsi di rischio personali, stili di vita pericolosi per la salute, comportamenti certamente dannosi per sé e pericolosi per gli altri. Una particolare enfasi viene quindi posta sulla necessità di “curare la salute”, quella quindi degli individui ancora sani, con i quali avviare processi di consapevolezza per un’autodeterminazione e responsabilità nei confronti della loro vita (Gensini; Rizzini; Trabucchi; Vanara, 2008), educandoli a prendersi cura di se stessi: sollecitando la motivazione e sostenendo il processo del Self-empowerment (Martellucci, 2005);
- la denuncia frequente di situazioni di “cattiva sanità” sembra, inoltre, incrinare il rapporto di fiducia incondizionata della quale i medici hanno goduto per tanto tempo. Di conseguenza, molti sono i medici che ricorrono ad un atteggiamento difensivo per cui, pur impegnandosi a salvaguardare la salute dei pazienti, ritengono comunque utile tutelare il medico stesso da danni giudiziari, come conseguenza di pratiche incaute o errate;

- la difficoltà di personalizzare ed umanizzare sufficientemente la pratica professionale nasce sovente, da ostacoli strutturali e burocratici che limitano il tempo dedicato ai pazienti, in particolare i pazienti più “esigenti” e “difficili”. La presenza di alcuni di questi, per le caratteristiche di malattia o di personalità, nell’ambulatorio del MMG, assorbe la maggior parte delle risorse personali e professionali disponibili, esponendo il medico stesso ad un elevato rischio di *burn out*;
- sembra in espansione un bisogno progressivo di ascolto e di considerazione da parte di molti individui che si rivolgono al proprio medico. Problematiche emozionali, psicosomatiche, interpersonali, costituiscono il principale motivo di consultazione del proprio medico. Spesso si tratta di pazienti informati, sensibilizzati dai mass media su questioni di salute. Sono quelli che affollano gli ambulatori e, nell’ipotesi migliore, la relazione con il medico assume il valore di un placebo: “sto molto meglio ora che ho parlato con lei...!”; diventa relazione-comunicazione terapeutica di per sé. Questa condizione crea nel medico la necessità di comprendere alcuni aspetti del proprio Sé, rendendolo capace di accogliere quanto il paziente comunica e di partecipare empaticamente alla sua sofferenza. È noto come un numero crescente di soggetti si rivolga alle medicine complementari ed alle terapie non convenzionali (Capra, 1984), principalmente per la soddisfazione derivata da un approccio olistico, anche se la medicina “ufficiale” si mostra scettica sui risultati, spesso ostile;
- infine, si assiste alla crescita vertiginosa delle spese sanitarie, per un maggior costo della medicina “efficace” e per l’aumento numerico degli anziani assistiti e soggetti affetti da patologie croniche e degenera-

tive. Eppure si ritiene che non basti aumentare i finanziamenti per risolvere questi problemi, ma sia piuttosto necessario riconoscere nella malattia significati più profondi e nella salute le strategie sostenibili per conservarla.

Nella Medicina Generale, in particolare, la continuità di relazione costituisce la particolare trama di eventi che uniscono un incontro all’altro, con contatti telefonici, via E-Mail, SMS, attivando una sorta di rete di protezione nei confronti di una sempre possibile domanda, anche solo una richiesta burocratica, un’informazione, un consiglio, una spiegazione, una rassicurazione. Evidenti possibilità che i pazienti hanno di poter accedere ad una consulenza “immediata”, su un problema reale da inviare a visita ma, talvolta, anche solo per chiarirsi un dubbio di salute, scaturito dalla lettura di un giornale o dall’aver assistito ad un intervento televisivo su una particolare patologia.

Mentre aiuta i pazienti ad accettare ed a comprendere se stessi nel proprio mondo della vita (*lebenswelt*), il medico può sentirsi talvolta come “aggredito” nel ruolo, sacrificando un livello specifico di “terapeuticità”. Spesso la domanda che i pazienti pongono attraverso i sintomi offerti al medico è una domanda di attenzione, di conforto, di riparazione, di riconoscimento, alla quale il medico risponde: “ci sono!”.

Sempre più pazienti si rendono conto che la conoscenza della malattia non è legata al sapere sulle malattie, ma alla possibilità di condurre il proprio stato di dis-equilibrio e di sofferenza, all’interno di una relazione empatica e di ascolto. La teoria che li guida, si ispira ad una “scienza romantica”, la quale pur seguendo il sentiero dell’analisi attenta degli elementi che compongono una teoria clinica, cerca comunque di non perdere mai di vista e di comunicare una totalità concreta, vicina il più possibile all’esperienza vissuta dal suo oggetto di studio, anche a costo di sacrificare in tutto o in parte, il controllo statistico dei suoi



dati, come risulta ben presente negli scritti di A. Luria, O. Sacks, A. Damasio (Liotti, 2005). ■

Relazione medico-paziente e comunicazione terapeutica

Il dialogo su come uno sta può essere espresso solo in termini umani, in termini familiari, che vengono facilmente e naturalmente a tutti noi; e può svolgersi solo se vi è un confronto umano diretto, una relazione io-tu, fra il mondo di discorso dei medici e quello dei malati.

O. Sacks, (2000)

Sovente i linguaggi dei sintomi si fanno sofisticati e complicano le diagnosi. È comunque il corpo vissuto, il corpo-*leib* ad irrompere nella relazione medico-paziente, non riconducibile ai frammenti elementari di un corpo-*korper* o ad un mosaico di organi malati. Sono i vissuti di malattia, le credenze del paziente, colte all'interno di un ordine simbolico ed una cultura specifica, che generano le convinzioni personali sul proprio essere malato ed anche su ciò che potrà curarlo. Gran parte dei medici, in particolare della Medicina Generale, accettano e riconoscono che il paziente porta con sé svariati linguaggi, come espressione della sofferenza e delle fragilità del proprio esistere. Una volta che gli esami sono stati eseguiti, viene chiesto al medico di conoscere ancor meglio il paziente come persona. Per giungere a "comprendere il paziente in quanto persona che soffre", il medico ha bisogno di identificarsi con lui (Schneider, 1972). È già comunicazione terapeutica. Essa comprende la gestione dei fattori psicologici ed emotivi della malattia, dei processi comunicativi dell'*insight*, del livello di fiducia e di empatia possibili. Non sono questioni che, nel rapporto medico-paziente, si definiscono da sole, ma necessitano di attenzione, di riconoscimento, di approfondimento e richiamano alla presenza nel medico di specifiche competenze. Se il sapere del medico era considerato fuori discussione, fino a pochi anni fa, e gli veniva per questo ricono-

sciuto un potere quasi illimitato di autorità e di saggezza nei confronti delle malattie, questa condizione si pone attualmente in modo diverso. Ci si richiama al fatto che "si riconosca scientificità ai metodi ma non alla pratica del medico" (Cosmacini, 2008). Inoltre, le fonti di informazione vengono quasi sistematicamente consultate dal paziente, prima dell'incontro con il medico, attingendovi pienamente, magari confusamente, ma certo sottraendo alla medicina ed ai medici, gran parte di quell'alone di mistero e di verità che ne connotava il potere-sapere (Sapir, 1984). Sembra sempre più incerto inoltre l'impianto paradigmatico della medicina volto a separare il malato dal sano, ed anche la malattia dalla guarigione. Il paziente, per quanto oggettivato dalle manovre tecnologiche, rimanda ad un "corpo che parla", con un eco talvolta roboante di soggettività, rivelatore di un'umanità nascosta dentro al sintomo e che mal tollera il silenzio. Sono le parole del corpo che richiamano, ed a volte trascinano, nella intersoggettività, proprio laddove il medico non vorrebbe avventurarsi, ovvero coinvolgersi, farsi parte attiva della cura usando se stesso. È sufficientemente condiviso che la presenza intenzionale del medico, non solo nella Medicina Generale, possa equivalere ad un vero e proprio farmaco, nell'incontro con i pazienti. È ben noto il particolare effetto che in un reparto Ospedaliero, il medico in visita, purché dotato di carisma, produce nei propri pazienti allettati, anche gravemente ammalati... Il modo in cui questo può avvenire è spiegato dalle neuroscienze, attraverso i dati delle ricerche, volte a dimostrare, ad esplorare e ad illustrare, le dimensioni neurofisiologiche della relazione, andando alla scoperta delle basi neurobiologiche dell'empatia (Rizzolatti - Sinigaglia 2006).

Anche se il medico non è uno psicoterapeuta, nel senso che diamo alla qualificazione professionale dello psicoterapeuta, se non ha acquisito una specifica formazione, occupa tuttavia un posto privilegiato, nel dare senso e *setting* all'ascolto dei

pazienti e nel cercare una risposta non superficiale alle loro aspettative. Si ritiene che una buona comunicazione sia di per sé terapeutica, contribuisca a determinare l'alleanza del paziente e permetta che questi si riconosca capace di lavorare, con maggiore autonomia, sui fattori determinanti la propria salute. L'acquisizione dell'attitudine terapeutica, sembra implicare inevitabilmente una modificazione, anche limitata, della personalità del medico (M.Balint, 1961). Attraverso un approccio formativo potrà imparare a riconoscere quanto si distanziano i comportamenti reali ed i modi abituali di reagire, in parte inconsapevoli, dall'utilizzo delle proprie intenzioni e convinzioni. Sostiene H. Atlan (1995) come la relazione terapeutica sia troppo indeterminata a causa della quantità incalcolabile dei parametri coinvolti (cit. in: Donghi - Preta 1995). Il cambiamento culturale che ha investito i pazienti ha precise ripercussioni, in gran parte inconsce, nell'atteggiamento e nei vissuti del medico nei confronti dell'essere medico e nella pratica della professione. Nel rapporto col paziente risulta determinante, il valore che il medico conferisce al proprio lavoro, in ordine all'immagine sociale ed agli adattamenti richiesti alla sua personalità professionale. Una condizione non certo neutra e non isolabile dal contesto culturale e socio-politico dove si concretizza. Occorre soffermarsi sull'aspetto istituzionale dei nuovi rapporti interpersonali, sia di status sia di ruolo, che si creano tra medico e paziente. I nuovi modelli organizzativi delle cure primarie, ad esempio, implicano una modificazione significativa del contesto più generale, dove il rapporto medico-paziente si concretizza. ■

Contesti della medicina

L'introduzione del soggetto nella medicina, della soggettività del malato al pari di quella del medico, in quanto fattori di conoscenza e di azione, trasforma il significato conoscitivo di tutte le porzioni che vertono sui significati patologici.

von Weizsacker, 1990



Comunicare ed intendersi nella relazione medico-paziente, implica una particolare sintonizzazione, a partire dai contenuti espliciti del colloquio, fino a cogliere il senso delle tacite procedure che lo guidano, all'interno di un contesto della scoperta, nel senso della *serendipity*. Lo spessore della relazione si rende più consistente, i contenuti che circolano nella relazione più densi di significati esistenziali, i vissuti ed i comportamenti di malattia parte integrante di ciò che si va a considerare clinicamente ed a trattare. La dimensione relazionale diviene l'indispensabile ponte per una comprensione del paziente, più propriamente dell'essere malati, ma anche del divenire malati e del continuare ad essere cronicamente malati – tutti bisognosi di cure – compresi i curanti. Dimensione che implica un passaggio di livello in termini di consapevolezza, di responsabilità personale, di motivazione ed attenzione ai fattori comportamentali della propria vita quotidiana, trasferendo ai fattori del coping personale e della resilienza, la relazione circolare con il medico. Così medico e paziente si collocano entrambi all'interno di un processo di salute, partecipi di un'alleanza che non ha solo una valenza "terapeutica" bensì, potremmo definirla, una valenza "filosofica". Ad esempio, la scelta di controllare la quantità e la qualità dei cibi e quindi contenere efficacemente il rischio di obesità, presuppone che il soggetto si ponga nella condizione di riconoscere cosa è meglio per lui e, forse, di perseguirlo, connotando di una prospettiva autenticamente "filosofica" le "raccomandazioni" del medico. Il medico ha ben chiaro che, a fronte di una estensione della multiproblematicità di sintomi e della sempre maggiore cronicità delle malattie, è necessario che il paziente si renda attivo protagonista dei suoi processi di salute. Scrive Th. Mc Keown (1979), citato da J. Le Fanu (2005):

"La valutazione di alcuni dei più importanti progressi della medicina lascia pochi dubbi sul fatto che i loro effetti sono stati più modesti di quanto generalmente si cre-

de. Ha dato l'illusione di conoscere i fondamenti dei processi morbosi, mentre in realtà ne ha trascurato le origini che in realtà contano più della natura dei processi morbosi, così come i bisogni dei malati contano più della diagnosi dei loro mali. La finalità è dunque il futuro della medicina sarà quella di prevenire le malattie e la morte prematura, curare i malati e gli invalidi. In questo compito saranno sempre più impegnati professionisti che non saranno necessariamente medici, che porteranno la medicina a potenziare o recuperare, accanto alla ragion d'essere tecnologica, la vocazione antropologica che da sempre le appartiene".

Costituisce quindi un essenziale fattore di conoscenza e di azione, l'introduzione del soggetto nella pratica della Medicina. In essa, alla dimensione clinica dell'approccio, si va ad aggiungere, talvolta a sostituire quindi, una dimensione maggiormente psicologica, sociale, aperta sull'ambiente di vita e sull'esistenza delle persone.

Modelli relazionali, variabili e caratteristiche della relazione interpersonale: empatia, atteggiamento del medico e del paziente, problemi comunicativi nel rapporto medico-paziente, aspetti psicologici della personalità, appaiono sempre più orientati verso una Medicina "portatrice di idee e di valori propri, primariamente impegnata a derivare da essi i propri modi di pensare e di agire, non delegante ad altre forme di sapere una concezione globale dell'uomo e del mondo" (Cosmacini, 1995). La natura epistemologica e filosofica di questa prospettiva richiama ad esigenze formative per il medico, sempre più orientate sulle abilità: nella gestione dei pazienti sul piano tecnologico-informatico; nell'essere sempre più ricercatore e sempre più in rete con i propri colleghi e con le strutture sanitarie specialistiche di riferimento.

Nell'incontro col paziente diventa però altrettanto necessario, avvalersi di modalità comunicative che considerino appieno i processi psicologici della relazione, affinché l'esercizio delle abilità tecnico-professionali "tradizionali", possa risultare pienamente efficace. ■

Considerazioni

I fattori della comunicazione e della relazione con i propri pazienti e con i loro familiari, sembrano assumere una rilevante importanza, anche se la cultura tecnologica tende a pervadere la clinica e la pratica medica in generale. La domanda del paziente va a disporsi su livelli progressivi di complessità, talvolta indistinguibili chiaramente, nelle componenti costitutive: somatiche, psicologiche, relazionali, ambientali. Così, per la conoscenza del paziente, non sarà sufficiente raccogliere i dati anamnestici tradizionali ma, attraverso il breve spazio dei colloqui e delle visite, sarà utile apprezzare alcuni fattori antropologico-culturali relativi allo "stile di vita", il livello di autostima, la modalità di *problem solving* applicata alla vita quotidiana, il senso di autoefficacia, il grado di motivazione a prendersi cura della propria salute globalmente intesa, le modalità di fronteggiare lo stress.

Nel breve spazio dell'osservazione e dell'ascolto, cogliere: l'andamento del tono dell'umore, le semplici ma apprezzabili dissonanze cognitive, gli aspetti della personalità che prevedano una preventiva considerazione o un invio di *liaison* psicologico-psichiatrica. Utopia? Certamente no. Piuttosto esigenza di formazione. Di certo, alcuni concetti di psicologia medica, diventano importanti supporti nell'incontro col paziente. Inoltre confrontarsi con i processi della comunicazione che, più o meno consapevolmente, investono la pratica professionale, ad esempio attraverso la partecipazione ai Gruppi Balint (Balint, 1961), rendono il medico, la persona del medico, un affidabile strumento diagnostico e terapeutico di per sé. Il medico pratico deve imparare ad usare la propria personalità, "il proprio senso della vita come uno strumento diagnostico e terapeutico" sostengono B. Luban Plozza e W. Poldinger (1978).

Il medico di Medicina Generale in particolare, si trova oggi come non mai di *fronte* al suo paziente, consapevole di comunicare, soprattutto nei gesti e nel linguaggio corporeo,



elementi legati alle sue esperienze personali, ai suoi convincimenti ed atteggiamenti. Inoltre è riconosciuto un ruolo sempre più importante, alla funzione che svolge la personalità del medico nella pratica professionale e la sua influenza sulle modalità comportamentali che si sviluppano all'interno della relazione col paziente. Proprio i fattori in larga parte "inconsci" ed i fattori emotivi che caratterizzano la relazione, divengono autentici strumenti, di una "tecnologia del sé" (Foucault, 1992) volti ad accompagnare il paziente negli anni e sopportare la maggiore incertezza dell'efficienza. ■

■ Bibliografia

- Atlan H., (1995), Razionalità scientifica e razionalità del mito, In: P. Donghi, L. Preta, In principio era la cura, Sagittari Laterza, Bari
- Balint M. (1961), Medico, paziente e malattia, Feltrinelli, Milano
- Capra F., (1984), Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente, Feltrinelli, Milano
- Cosmacini G., (1995), La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina. Laterza, Bari
- Cosmacini G. (2000), Il mestiere di medico. Storia di una professione, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Cosmacini G., 2008, La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base, Cortina Editore, Milano
- Donghi P., Preta L., (a cura di), (1995), In principio era la cura, Sagittari Laterza, Bari
- Engel G.L., (1977), The need for a new medical model, a challenge for biomedicine, Science, 196, pag. 129-136
- Foucault M., (1988), Tecnologie del sé, Bollati Boringhieri, Torino
- Gensini G.F.; Rizzini P.; Trabucchi M.; Vanara F., (2008), Rapporto Sanità 2008, Il Mulino, Bologna
- Le Fanu J. (2005), Ascesa e declino della medicina moderna, Vita e Pensiero Editore Milano
- Liotti A., Il pensiero narrativo è quello che caratterizza la scienza romantica, Newsletter SITCC, maggio-agosto 2005
- Lown B. (1997), L'arte perduta di guarire. I consigli di un grande medico per un ritorno ad una medicina più umana, Garzanti Editore, Milano
- Luban-Plozza B.; Poldinger W., (1978), Il malato psicosomatico, Cappelli Editore, Bologna
- Martellucci P. M., (2005) Il counseling per il self-empowerment, In: A. Di Fabio, S. Sirigatti, (a cura di), Counseling, Prospettive e applicazioni, Ponte alle Grazie, Firenze
- Onnis L., (1989), Psicosomatica. Salute e malattia nella società tecnologica, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Rizzolatti G., Sinigaglia C., (2006), So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio, Cortina Editore, Milano
- Sapir M., (1984), Medico-paziente: un corpo a corpo, Liguori Editore, Napoli
- Sacks O. (2000), Risvegli, Adelphi Edizioni, Milano
- Schneider P.B., (1972), Psicologia medica, Feltrinelli Editore, Milano
- Weizsacker V. von, (1990), Filosofia della medicina, Guerini e Associati, Milano. ■

Le criticità per il medico del territorio

Per parlare delle criticità nel rapporto medico-paziente, si deve prima comprendere che le variabili in gioco sono diverse e quasi tutte in continuo divenire.

In primo luogo il rapporto stesso, la relazione medico-paziente che è in attiva trasformazione da un modello ippocratico e paternalistico ad un modello definibile di alleanza terapeutica, situazione di equilibrio rispetto al terzo modello possibile ma non auspicabile in cui sia il pa-

ziente ad essere la maggiore parte attiva.

In secondo luogo, sta cambiando il mondo nel suo complesso. Sta cambiando il paziente, la cultura del paziente, la sua sempre maggiore richiesta di autodeterminazione (procreazione responsabile, etica di fine vita e direttive anticipate, eutanasia), il suo desiderio di conoscere e di essere informato in modo corretto; ma sta cambiando anche il mondo economico e sociale, i *me-*

dia, l'industria e tutto il resto.

In terzo luogo sta cambiando la scienza, sta cambiando la medicina, stanno emergendo nuove malattie, nuove cronicità, la popolazione sta invecchiando, si parla di fragilità, aumenta la domanda di salute e di benessere complessivo; mentre le risorse si riducono drasticamente. E quindi cambiano sia la medicina territoriale che quella ospedaliera, ciò che comporta ulteriori criticità.

Allora è esattamente in questi ambi-

Lorenzo Droandi

Medico di Medicina Generale
Vice Presidente Ordine dei Medici di Arezzo



ti e nelle loro interconnessioni nelle quali dobbiamo ricercare le criticità nella comunicazione tra medico e paziente, criticità che a loro volta devono necessariamente essere risolte per la tutela di tutti, dei pazienti ma anche dei medici.

L'argomento è piuttosto ampio, e sarebbe facile parlare del consenso informato, o di altri argomenti collegati a recenti fatti di cronaca e per questo inflazionati. Pertanto, preferisco limitare il mio intervento a poche cose, attraverso le quali trasmettere provocazioni e stimoli alla discussione.

Attualmente il modello cui dobbiamo tendere nella relazione tra medico e paziente è quello dell'alleanza terapeutica. Si tratta di un modello nel quale il medico non ordina ma informa in maniera accurata, partecipando alla responsabilizzazione del paziente, cercando di orientarlo e di persuaderlo verso una decisione realmente condivisa.

Ed è quel modello in cui è davvero fondamentale la capacità comunicativa del medico, quella attraverso la quale il medico deve essere in grado di ascoltare e di farsi comprendere, ma anche di considerare tutti gli elementi della comunicazione non verbale che l'American Journal of Medicine ha efficacemente compendiato nell'acronimo PEARLS: partnership (alleanza), empathy (empatia), apology (tutela), respect (rispetto), legitimation (legittimazione), self-efficacy (efficacia) [Am J Med 2001; 111-9B: 31S-35S].

Ed ecco la prima criticità: identificare il paziente il quale sia veramente aperto e disponibile a questo approccio relazionale, rispetto a quello che è rimasto ancorato al vecchio modello paternalistico e che invariabilmente mi risponderà *"il dottore è lei mi dica quel che devo fare, se ero dottore non venivo da lei"*; ma anche rispetto a quel paziente che vorrebbe instaurare una relazione asimmetrica a suo vantaggio secondo un principio assoluto ed intoccabile di autodeterminazione.

Ed è qui che interviene la corretta relazione, laddove il medico deve essere in grado di farsi comprendere in maniera veramente esaustiva,

per iniziare il processo che porterà all'alleanza terapeutica, in nome dei principi di giustizia e beneficiabilità.

Di giustizia perché la corretta informazione deve essere idonea al livello socio-culturale di ognuno, tempestiva, esauriente e completa e deve quindi evitare ogni discriminazione rispetto alla capacità di comprendere del singolo paziente;

Di beneficiabilità perché finalizzata a trasmettere al singolo paziente la capacità libera e consapevole di scegliere la cura migliore, necessaria per garantire il diritto alla autodeterminazione, e quindi a realizzare il massimo bene possibile per quel paziente.

Allora non esiste momento in cui il medico può abbassare la guardia, non esiste momento in cui il medico possa permettersi di non gestire al meglio la comunicazione.

Non esiste nel momento dell'accoglienza, non esiste nel momento in cui cerca di capire quale atteggiamento terrà la persona che ha davanti; e non esiste nel momento in cui, identificato il paziente ancorato al modello paternalistico (che delega e rifiuta di assumere le proprie responsabilità), ovvero quello che vuole autodeterminarsi senza concorso di altri, tenta di coinvolgerlo in una vera alleanza terapeutica.

Questa è la sfida vera, quotidiana: sviluppare e costruire, ovviamente nel tempo, l'alleanza terapeutica con il paziente, unica strada –a mio avviso– per rispettare i diritti di tutti.

Rispetto che non è concetto obsoleto e superato ma assolutamente attuale, che compendia stima, considerazione, diligenza, riguardo per le persone, le cose e le istituzioni; ed ancora reciprocità, partecipazione e disponibilità non formali ma sostanziali, atteggiamento non giudicante.

Esso da parte nostra è dovuto al paziente, ma il paziente deve anche a noi, all'interno di una vera relazione, di una vera alleanza paritaria, nella quale siano previsti e rispettati diritti e doveri di ciascuno degli attori e nella quale sia finalmente previsto che il medico stesso possa non essere d'accordo con le de-

cisioni del paziente e quindi passare la mano.

Il secondo aspetto su cui vorrei soffermarmi, è quello legato alla malattia cancro. Non mi riferisco tanto alla trasmissione della notizia diagnostica quanto piuttosto alla gestione della malattia nel tempo.

Tutti noi sappiamo ormai che anche la malattia cancro si è modificata nel tempo, essendosi trasformata da malattia acuta a prognosi ineluttabilmente infausta in malattia frequentemente con buone probabilità di guarigione o eccellenti probabilità di sopravvivenza a lungo termine; in altre parole, oggi siamo di fronte ad una nuova malattia cronica, che prevede una serie di opzioni terapeutiche e molte altre (penso per esempio agli anticorpi monoclonali) ne prevederà in futuro.

Ma se noi medici di questo siamo consapevoli, perché abbiamo visto e vissuto professionalmente questa mutazione, il cittadino non ne ha piena coscienza, per cui la criticità che incontriamo quotidianamente è quella di affrontare e far affrontare la malattia cancro in maniera diversa rispetto a qualche anno fa.

Su questo dovremo lavorare con attenzione, all'interno di una relazione valida, che preveda una informazione precisa, puntuale, chiara, comprensibile, e soprattutto in evoluzione continua rispetto alla continua evoluzione della malattia, al fine di eliminare se possibile o comunque ridurre l'impatto emotivo che la diagnosi iniziale ed il confronto continuo con la malattia cancro comporta, al fine di rendere meno pesante dal punto di vista psichico la necessaria –per così dire– "cronicizzazione" dei periodici accertamenti.

La trasformazione cui dobbiamo tendere è dunque quella di modificare il senso comune del cancro, che oggi non è più malattia a prognosi ineluttabilmente infausta ma piuttosto una malattia cronica suscettibile di terapie e di iter diagnostici precisi e puntuali, né più né meno di molte altre malattie croniche quali l'ipertensione, il diabe-



te, l'ictus, la cardiopatia ischemica e altre. E noi medici ben sappiamo che malattie quali la cardiopatia ischemica possono prevedere complicanze quali la morte improvvisa; che il diabete può prevedere arteriopatie, neuropatie, ictus, infarti, ecc.; ebbene, a mio avviso il cancro deve essere portato a status di malattia cronica, come le altre affezioni classicamente croniche, nel decorso della quale sono previste ricadute, recidive e complicanze. Senza per questo escludere il malato dal mondo del lavoro e dalla quotidianità della vita.

Proprio la cardiopatia ischemica può rappresentare un utile termine di paragone, perché ha subito simili trasformazioni. L'avvento della cardiocirurgia prima e della cardiologia interventistica poi hanno radicalmente modificato non solo la prognosi quoad vitam dei malati, ma anche e soprattutto la prognosi quoad valitudinem, restituendo alla vita attiva e lavorativa una infinità di persone che 30 anni fa sarebbero state messe a riposo in attesa degli eventi.

Ebbene, il cancro sta modificandosi ugualmente, laddove poche –fortunatamente- sono ormai le situazioni realmente inguaribili, e anche in quelle la scienza e la medicina tentano di intervenire spesso riuscendo a modificare sia la qualità che la durata della vita del paziente. Ma soprattutto, nella stragrande maggioranza dei casi, si deve affrontare e ci si deve confrontare con la malattia cancro nel corso degli anni, attraverso controlli periodici forieri di stress essi stessi cronici e ripetuti; attraverso ricadute e recidive che spesso possono essere affrontate e risolte.

Il difficile resta cambiare ciò che il senso comune, i retaggi culturali, le vicissitudini vicine o lontane di ciascuno ed il vissuto di ciascuno all'in-

terno della propria famiglia ha e si porta dietro nel momento in cui affronta una delle più temibili malattie che conosciamo.

Ma nessuno di noi potrà esimersi dall'affrontare una simile sfida.

Il terzo aspetto su cui vorrei richiamare l'attenzione è il *disease mongering*, ovvero, etimologicamente, "vendere malattie".

Per *disease mongering*, si intende oggi tutto quel parlare che i *media*, alimentati dalle aziende e dagli operatori del settore sanitario, fanno intorno a presunte malattie trasformando persone sane in pazienti da trattare, sottoponendole inutilmente al rischio di incorrere in effetti collaterali e sprecando risorse preziose.

In altre parole, per *disease mongering* si intende la medicalizzazione di tutta la vita quotidiana, la trasformazione di ogni minimo problema in un problema sanitario da risolvere con i farmaci. Così, la tristezza diventa subito depressione, un episodio di insonnia diventa disturbo del sonno, l'irrequietezza delle gambe diventa la sindrome delle gambe senza riposo, e via dicendo.

È ovvio che gli attori coinvolti nel *disease mongering* sono molti, e che le responsabilità vanno spalmate su molti soggetti, non ultimi anche noi medici. Infatti, intervengono le aziende farmaceutiche (in talune occasioni potremmo chiederci chi è nato prima, se la malattia o il farmaco), le associazioni dei pazienti, le società scientifiche, le associazioni specialistiche, i *media* che offrono ridondanza e pubblicità.

E sulla popolazione, sui cittadini? Sui cittadini grava certamente quanto ho appena detto, ma soprattutto importante è pensare ai possibili effetti collaterali dei farmaci utilizzati per curare queste non sempre esistenti malattie, è importante

rendersi conto che si trasformano delle persone sane in pazienti malati, con tutto il carico psicologico che questo comporta. Certamente non ultimo in ordine di importanza è il consumo di risorse pubbliche che potrebbero e dovrebbero essere impiegate in ben altro modo, soprattutto in queste stagioni di sistema a risorse finite.

A proposito del *disease mongering*, voglio lanciare un'ultima provocazione: quanto concorriamo noi medici al *disease mongering* con alcune campagne di prevenzione? Quanti potenziali malati individuiamo e cominciamo a trattare ben prima che la malattia si manifesti?

Concludo, brevemente, riportando alcune frasi che secondo il vicepresidente SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), Ignazio Morgana, potrebbero servire a ridurre l'enfasi e l'impatto di queste situazioni (cfr. *Medicina e Doctor*, anno XV, nr. 22, 18.06.2008).

- "nonostante indagini approfondite non è stata trovata nessuna patologia seria"
- "non sono necessarie altre indagini; comunque, il paziente stia tranquillo perché sarà seguito attentamente anche in futuro"
- "il problema è reale, ma è benigno e ben conosciuto nei suoi meccanismi fisiopatologici"
- "stress, ansia e depressione sono importanti per la genesi dei disturbi, ma certo il paziente non è un caso psichiatrico"
- "colloqui frequenti possono aiutare a controllare l'emotività; antidepressivi meglio dei tranquillanti, assicurando che non ci sarà assuefazione"
- "una vera guarigione è improbabile, ma certamente i disturbi possono essere dominati e la qualità di vita migliorata". ■

Criticità per il medico specialista

Giampiero Cesari

Psichiatra, Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti
Zona Distretto di Arezzo
Dipartimento della Salute Mentale Azienda U.S.L. 8

Per Corrispondenza:
Via Guido Monaco, 13 - 52100 Arezzo Tel. 0575 255921

g.cesari@usl8.to.it

■ Riassunto

Si può ritenere che le criticità che lo specialista psichiatra incontra nella comunicazione con la persona sofferente non siano sovrapponibili a quelle di altri specialisti. Tuttavia anche da un esame sommario delle problematiche della comunicazione tra vari specialisti e le persone che si rivolgono a loro, emergono problematiche molto simili a quelle che riguardano gli psichiatri. L'esigenza che molti specialisti pongono nel rendere più efficace la comunicazione con i pazienti è caratterizzata soprattutto dall'attenzione ad aumentare il livello di comprensibilità, ma anche dal dare maggiore attenzione ai messaggi, soprattutto non verbali, che il paziente invia. Questo non tanto perché ciò sia consigliato da psichiatri, psicologi o esperti della comunicazione, ma proprio perché deriva dalle esperienze dirette degli specialisti. Molti sottolineano come l'aumentata attenzione alla comunicazione possa favorire una maggiore adesione al trattamento e quindi esiti migliori dal punto di vista clinico, ma anche una riduzione del contenzioso tra medici e pazienti, problema in evidente e problematica espansione. Un possibile percorso comune, ovviamente da non prendere in modo riduttivo ed esclusivo, è l'attenzione allo sviluppo di interventi educazionali, sorto in modo autonomo, ma significativamente simile, nei diversi ambiti specialistici.

■ Parole chiave

Comunicazione, Medico specialista, Criticità, Comprensibilità, Comunicazione non verbale, Interventi psicoeducativi

Premessa

All'inizio ho avuto delle perplessità per l'ampiezza dell'argomento, sul quale sono stato invitato a preparare una relazione: come

specialista psichiatra non mi sentivo di rappresentare le problematiche specialistiche nel loro insieme. Sono stato tentato di parlare delle specifiche criticità riguardanti la mia disciplina. Tuttavia una ricognizione di studi e articoli riguardanti le criticità nelle comunicazioni da parte di altri specialisti, mi ha permesso di apprendere che le problematiche delle altre specialità non sono così diverse da quelle psichiatriche.

Ricordando che **la comunicazione efficace è quella che viene compresa dall'interlocutore**, ho tentato di fare un possibile parallelo tra percorsi simili che possono riguardare sia la psichiatria sia altre discipline specialistiche nell'affrontare specifiche criticità nella relazione con il paziente.

Ovviamente, non si tratta dell'unico percorso possibile (certamente ne esistono anche di diversi e di totalmente divergenti), tuttavia mi è sembrato interessante proporlo. ■

Rapido Excursus su letteratura ed esperienze

Mi ha incuriosito che anche in ambito radiologico, che potrebbe sembrare a chi non ne fa parte uno di quelli in cui la competenza tecnica è di assoluta preminenza rispetto ad altri aspetti, viene scritto che "la maggior parte dei problemi che accadono nei dipartimenti di radiologia non sono correlati a scarse capacità tecniche; piuttosto sono comunemente correlati a problemi di comunicazione"¹.

Medical Care riporta uno studio che ha coinvolto 30 medici specialisti (soprattutto internisti) e oltre 300

pazienti. Tramite questionari sono state raccolte informazioni sulla soddisfazione degli assistiti rispetto alla visita e, a distanza di due settimane, sull'adesione ai trattamenti e sullo stato di salute autoriferito; è stata valutata anche la capacità del medico di mettere a proprio agio il paziente e di farlo partecipare attivamente all'incontro. Il comportamento dello specialista è risultato correlato positivamente soprattutto con lo stato di soddisfazione del paziente².

Ricordo brevemente che, con il superamento della concezione paternalistica della medicina, l'autonomia del paziente su ogni scelta che riguarda la propria salute è diventata centrale. Il principio etico dell'autodeterminazione del paziente si sostanzia nel consenso che egli deve dare per ogni atto sanitario.

Il consenso deve essere il frutto di una scelta consapevole e questo può derivare solo da una corretta informazione (per l'appunto è definito "informato"), che il paziente deve ricevere riguardo al suo stato di salute e alle possibilità terapeutiche. ■

La relazione tra medico e paziente

Esiste molta letteratura relativa alla relazione che s'instaura tra medico e paziente: tale relazione è complessa di per sé e vi influiscono diversi fattori: da una parte un linguaggio a volte tecnico e quindi in genere poco comprensibile usato dal medico e dall'altra una situazione psicologica di vulnerabilità, preoccupazione, ansia e paura



vissute dal paziente che limitano la possibilità di comunicare.

In questa situazione, comunicazione ed informazione assumono una rilevanza decisiva nel migliorare la qualità dei servizi sanitari, nel rafforzare il concetto d'autonomia e d'autodeterminazione della persona, nel superare il clima di diffidenza che può instaurarsi nei cittadini non informati. Sinteticamente i tre elementi che dobbiamo prendere in considerazione nella relazione di aiuto sono: la condizione del paziente, la condizione del medico e l'empatia³. Senza addentrarci nei vari aspetti, ricordo brevemente un'esperienza comune a tutti i medici: un giorno sembra che non ci riesca nulla, magari ci sentiamo stanchi o irritabili. Forse fare attenzione a questo aspetto e soffermarci anche brevemente è la cosa più importante per modificarlo: a volte è sufficiente una breve pausa, "fare mente locale", per poi potere ricominciare correndo meno il rischio di potere essere di danno alla persona che si affida alle nostre cure, più che di utilità per la stessa. L'empatia è certamente un concetto molto conosciuto: mi piace ricordare una definizione che ho appreso partecipando a un gruppo di auto-aiuto supportato: uno dei partecipanti la definì "come entrare nei panni di un altro, per poi ritornare nei nostri". Mi è sembrata una buona definizione. Per quanti sforzi possiamo fare, non saremo mai completamente nella mente dell'altro, ma fare attenzione a ciò che l'altro ci suscita, ci può aiutare molto ad avere dentro di noi una buona costruzione mentale di ciò che l'altro può provare, con la consapevolezza che ciò che viviamo interiormente è qualcosa che è nato nell'interazione con l'altro e ci aiuta a capire meglio l'altro, senza il rischio onnipotente di considerarlo come una versione "oggettiva" di ciò che l'altro prova. Tra i tanti aspetti della comunicazione, che per motivi di spazio ovviamente non posso trattare in questa sede, mi piace però sottolinearne un paio: la comunicazione è uno scambio, una negoziazione, quindi all'interlocutore è necessario "dare

qualcosa in cambio"³, altrimenti avremmo un monologo, che rafforzerebbe la sensazione di freddezza e di tecnicismo che l'interlocutore correrebbe seriamente il rischio di vivere. Inoltre un altro aspetto fondamentale della comunicazione tra specialista e paziente è quello di non comunicare "niente che non sia vero"³. Può sembrare un richiamo ovvio, ma la pratica ci dice che non è così. Molte volte sono stato consultato da colleghi per chiedere consigli su che cosa dire a una persona con disturbi psichici. Il che è cosa non molto difficile: bisogna comunque dire non un'astratta verità, ma "niente che non sia vero". Come dirlo è forse più difficile, costituisce il vero problema della comunicazione. ■

Le esperienze di alcuni specialisti: un ginecologo

Come accennato all'inizio, mi ha colpito di avere riscontrato in varie testimonianze di altri specialisti problematiche comuni al lavoro dello psichiatra: per un esempio, un ginecologo afferma:

"Nella capacità di adattare il proprio modo di parlare, di muoversi e di agire alla peculiare esperienza di ciascun paziente c'è la chiave della costruzione di un'intesa che porti a un'efficacia di risultati nei processi di recupero della salute. Acquisire strumenti per un dialogo chiaro e diretto con i propri pazienti è tutt'altro che un'esigenza di secondaria importanza: la comunicazione anche emotiva del paziente e la sua collaborazione giocano un ruolo importante sia nelle fasi di indagine diagnostica, sia nel corso dei trattamenti terapeutici da somministrare. Riuscire a penetrare nella mente di un paziente che non proferisce parola e quindi collabora poco, perché attende il "risponso" del medico sulle sue condizioni di salute, è un'abilità che di rado viene insegnata all'università, ma che il medico accorto sa di dover padroneggiare e coltivare. Allo stesso modo, deve saper estrapolare le informazio-

ni utili dal fiume di parole di un paziente che non tace neanche un minuto, dall'inizio alla fine della visita"⁴. ■

Cosa dicono gli oncologi

Ho potuto leggere molte testimonianze di oncologi, inerenti la comunicazione con il paziente. Il gran numero di articoli testimonianza dell'importanza dell'approccio psicologico al paziente oncologico e ciò è testimoniato dai numerosi programmi di "Psico-Oncologia" attivati, come avviene anche nella nostra Azienda USL. Noi sappiamo che il malato ha diritto di essere informato sulla propria condizione di salute, tuttavia proprio il rispetto dell'autonomia decisionale del paziente pone alcune problematiche, tra cui quella costituita dalla domanda se davvero desidera conoscere la propria diagnosi e la relativa prognosi. Da indagini un po' datate effettuate nei paesi a più alto tenore di vita, la volontà dell'ammalato di conoscere la propria diagnosi, anche se relativa ad una malattia grave, risultava molto elevata, oscillando tra il 70% e il 90%. Per quanto riguarda la volontà di conoscere la prognosi, anche se infausta, i dati apparivano più contrastanti, oscillando dal 30% all'80%⁵.

La comunicazione è molto influenzata dalla cultura e dalle esperienze personali e familiari, ma anche dall'ambiente in cui vengono ad interagire il medico ed il paziente (struttura ospedaliera, ambulatorio, domicilio, day-hospital, etc.) ed un ruolo rilevante viene assunto anche da tutto il personale coinvolto nell'assistenza del malato. I reparti e le strutture di assistenza medico/oncologica ad elevato livello tecnologico sono spesso fortemente orientati alla rapidità ed alla produttività, lasciando sempre meno tempo all'équipe curante per condividere ed elaborare gli aspetti emotivi e le responsabilità deontologiche⁵. Inoltre può essere effettivamente difficile spiegare in termini semplici condizioni cliniche complesse. Anche per questo motivo, **l'informazione non può essere una "pratica" da espletarsi in pochi minuti, ma**



rappresenta invece un processo graduale che può richiedere ripetuti contatti fra medico e paziente: il medico potrebbe avvalersi di specifici programmi di informazione⁵. D'altra parte forse l'insegnamento più significativo della vicenda Di Bella probabilmente era che le persone tendevano a fidarsi di chi dedicava loro attenzione, pur proponendo interventi scientificamente non utili. È ovvio che è molto meglio proporre cure scientificamente appropriate, unite con una capacità comunicativa adeguata.

Negli ultimi anni studi clinici controllati su pazienti con diversi tipi di tumore ed in diverse fasi di malattia hanno dimostrato **che i programmi di informazione hanno effetti positivi sull'impatto emozionale causato dalla diagnosi, sui livelli di ansia e depressione, sui rapporti con le figure sanitarie e sull'aderenza** del paziente alle indicazioni terapeutiche. In altre parole, forniscono un significativo contributo al miglioramento della qualità di vita⁵.

Un problema specifico della comunicazione in campo oncologico (anche questo con singolari somiglianze con la psichiatria) è che spesso un'informazione chiara e sincera può incontrare un ostacolo nel contesto familiare del paziente. Se nella maggioranza dei casi il malato desidera conoscere la diagnosi, la stragrande maggioranza dei familiari vuole che questa gli venga accuratamente occultata. Però non dobbiamo dimenticare che la persona titolare del diritto all'informazione è in primo luogo chi ha la malattia e pertanto l'insistenza del familiare non deve interferire sulla possibilità che tra medico e paziente si costituisca una franca ed aperta comunicazione⁶. Senza dimenticare che l'alleanza terapeutica funziona molto meglio se riesce a includere positivamente anche i familiari. Se la persona esprime chiaramente il desiderio di non voler conoscere approfonditamente diagnosi, prognosi e terapia, deve comunque indicare al medico a chi tali aspetti devono essere comunicati.

Il medico dovrebbe, proprio in que-

ste situazioni, aiutare i familiari a comprendere quali potrebbero essere i vantaggi di un rapporto che si basa sulla chiarezza e sulla verità e quali, al contrario, potrebbero essere gli svantaggi di un rapporto insincero, motivato da malintesa pietà. Per superare questo ostacolo, una corretta formazione psicologica, unitamente alla disponibilità di adeguati programmi di informazione, potrebbe agevolare il difficile compito del personale curante⁶.

L'esigenza di sostenere da un punto di vista "globale" i pazienti nel loro cammino attraverso la malattia, è enunciata da Conte, che propone che la cura dei pazienti con leucemia acuta sia realmente una "care", cioè un "prendersi cura dei pazienti": in altre parole, **la competenza scientifica dei medici specialisti nella diagnosi e nel trattamento della leucemia si deve profondamente integrare con una sempre maggiore preparazione e competenza nella comunicazione con il paziente**⁷. Questa capacità forse è anche una dote innata del medico, ma deve essere continuamente "allenata", aggiornata e affinata non solo dall'esperienza personale del quotidiano contatto con il malato, ma soprattutto dalla condivisione e dal confronto delle proprie esperienze, sia con quelle di altri specialisti del proprio campo, sia con quelle di specialisti di branche diverse della medicina, quali ad esempio quelle della psicologia e dell'etica⁷. Mi sembra ancora utile citare ancora Cognetti e Conte, i quali hanno rilevato che investire nella relazione medico-paziente può aiutare a ridurre i costi oncologici. Potrebbe sembrare un'esagerazione, ma i dati della letteratura internazionale e di un progetto pilota italiano dimostrano che **una comunicazione efficace aumenta la soddisfazione e la compliance del malato oncologico, migliora la soddisfazione del medico, aiuta a prevenirne il "burn-out" e a ridurre le controversie medico legali**⁷. In altre parole, **la buona comunicazione è una risorsa per il sistema sanitario**.

Un'esperienza che mi è parsa significativa e che riporto con le parole dell'autore è quella di Umberto Veronesi, che afferma:

"Quello che noi abbiamo sempre osservato è che (in ospedale) il paziente viene curato bene, anche molto bene o meno bene, coccolato e assistito durante il ricovero ma dopo la dimissione, di fatto, la struttura ospedaliera se ne occupa poco. La paziente torna a casa, se ha qualche problema tenta di mettersi in rapporto col medico che l'ha curata o operata con mille difficoltà. Insomma c'è un momento di disagio che si materializza in quello che noi chiamiamo la "sindrome da abbandono". Come un bambino abbandonato dalla mamma, la stessa paziente si sente abbandonata dalla struttura ospedaliera...

Allora abbiamo deciso di capovolgere la situazione: invece che aspettare che siano loro a venire da noi a chiedere suggerimenti, le chiamiamo noi. Scriviamo una lettera una volta all'anno, per invitarle ad un'unica grande assemblea in cui loro hanno la possibilità di raccontarci come hanno vissuto la malattia, cosa abbiamo fatto di buono, dove abbiamo sbagliato, le difficoltà che hanno nel rapporto con noi, ma anche dei loro problemi: come si sono inserite nella famiglia, il rapporto con i figli, con il mondo del lavoro, con le amicizie. **Per noi è fondamentale conoscere l'aspetto e i riflessi psicologici di una paziente quando ha superato una prova difficile** come quella di avere avuto un tumore al seno. Abbiamo avuto una risposta stravolgente: **pensavamo che ci tenessero alla larga, invece erano tutte entusiaste**. Abbiamo dovuto fermare l'afflusso perché altrimenti avremmo avuto diecimila donne. Questo ci ha fatto molto piacere perché **c'è bisogno di comunicare, ansia di partecipare**. Poi è utile sentirsi in un grande gruppo dove pos-



sano anche parlare tra di loro, scambiarsi delle opinioni, creare nuove amicizie e legami. È una grande forza per superare l'impatto di una malattia grave. Dico che è una novità perché è la prima volta che in Italia un ospedale fa questa operazione di richiamo globale⁸.

In fondo si tratta di un'operazione di follow-up, non è una novità nella pratica medica (meno che mai in quella psichiatrica), ma il tipo di realizzazione così su larga scala, è certamente tale da poter far dire a Veronesi che si tratta di una novità per l'Italia. E colpisce la sottolineatura sul desiderio di comunicare anche aspetti intimi di sé, che hanno una ripercussione importante sulla malattia fisica. ■

Un'esperienza in reumatologia e internistica

Marcolongo e Rigoli hanno affermato che, per curare efficacemente un malato cronico, oggi non è più sufficiente limitarsi alla corretta interpretazione dei segni e sintomi clinici della sua malattia e/o alla prescrizione di farmaci o di altri rimedi. Un approccio terapeutico completo implica che tra curante e paziente si stabilisca una vera e propria **alleanza terapeutica**. Per i curanti, la necessità di creare solide **relazioni umane** nasce dai costanti rapporti che il loro lavoro li obbliga ad intrattenere non solo con i pazienti e le loro famiglie, ma anche con tutte le altre figure, professionali e non, che gravitano loro intorno⁹. E, procedendo in questa direzione, affermano che, per affrontare al meglio la malattia, il paziente può avvantaggiarsi di specifici interventi educativi, stabilendo un'importante differenza tra **interventi educativi e informative**. Questa fa parte del dialogo tra curante e malato, e stabilisce una chiara gerarchia tra i due, lasciando in un ruolo prevalentemente passivo chi la riceve. L'educazione ("education"), invece è un **processo interattivo incentrato su colui che apprende**. Si può pertanto considerare una pratica più complessa fi-

nalizzata a far sì che la persona sofferente diventi in grado di:

- *Conoscere* la propria malattia (*sapere = conoscenza*)
- *Gestire* la terapia in modo *competente* (*saper fare = autogestire*)
- *Prevenire* le complicanze evitabili (*saper essere = comportamento*)⁹ ■

E la psichiatria?

Molte delle considerazioni che ho appena citato (in particolare quelle evidenziate in grassetto) fanno parte pienamente del bagaglio professionale dello psichiatra e mi sembrano particolarmente significative proprio perché non sono il suggerimento esterno dello psichiatra agli specialisti delle varie branche mediche, ma nascono dall'esperienza diretta degli stessi, sarei tentato di dire da alcune tra le migliori esperienze professionali nei vari campi specialistici.

Anche le considerazioni sull'informazione e l'educazione terapeutica sembrano molto simili a quanto è avvenuto nella psichiatria. Ricordo che, secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità, "l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita"**. Questo è il processo centrale che forse accomuna i diversi ambiti di intervento specialistico (e non solo) negli ultimi decenni. Molto sinteticamente, si può affermare che nella psichiatria questo cambiamento culturale, ha avuto delle difficoltà di percorso: la diffidenza verso l'informazione ai pazienti era fortemente sostenuta qualche anno fa almeno da due motivi: il timore di un possibile aspetto stigmatizzante del giudizio diagnostico e la preoccupazione che conoscere meglio i propri sintomi psichici li avrebbe resi ancora più subdoli e pericolosi, anziché ridurli. Queste motivazioni hanno naturalmente un senso, ma non devono essere assolute. L'esperienza ha infatti

ampiamente mostrato che i rischi suddetti sono legati soprattutto al modo con cui l'informazione e la **"psicoeducazione"** sono presentate alle persone con disturbi psichici e ai loro familiari. D'altra parte, anche se con aspetti problematici, il consenso informato e l'autonomia decisionale valgono anche per le persone con disturbi psichici. Ciò è all'origine del grande sviluppo degli interventi psicoeducativi nella cura della salute mentale: questa linea di tendenza è a livello mondiale, anche se in Italia non ha ancora la piena diffusione che ha avuto soprattutto nei paesi anglosassoni. Senza entrare nel merito della descrizione degli interventi psicoeducativi, riporterò alcune caratteristiche generali, che appaiono molto simili alle necessità illustrate da altri specialisti di cui si è parlato in precedenza. Tra gli aspetti principali degli interventi psicoeducativi ci sono¹⁰:

- Informazione su disturbo, trattamento e prevenzione delle ricadute;
- Sviluppo delle abilità di comunicazione;
- Sviluppo delle abilità di soluzione di problemi e definizione di obiettivi.

Per ciò che riguarda l'informazione sul disturbo, che è solo una componente dell'aspetto educativo, non credo sia necessario aggiungere nulla a quanto già citato da Marcolongo e Rigoli. Le abilità di comunicazione sono importanti, perché l'incapacità di esprimere le proprie opinioni in modo chiaro e non offensivo può portare a equivoci, litigi, comportamenti aggressivi, o a non riuscire a esporre i propri problemi e/o obiettivi. Ma questo non vale necessariamente solo per le famiglie dei pazienti psichiatrici. Lo scopo principale dell'insegnamento delle abilità di comunicazione è quello di rendere i membri del gruppo capaci di avere discussioni costruttive per la soluzione di problemi individuali e collettivi¹¹. ■

Segnali non verbali

In fine, per ciò che riguarda la comunicazione tra specialista e persona sofferente, un'interessante



revisione della letteratura da parte di Rainer Bec, Rebecca Daughtridge e Philip Stoane¹² evidenzia che uno specialista che tenga conto, assieme alla valutazione dei sintomi e delle analisi, anche dei **segnali non verbali**, può cogliere indizi di reazioni emotive, reticenze e anche menzogne, che potrebbero risultare molto utili nella determinazione del trattamento e nell'approfondimento del colloquio. In effetti la sensibilità del medico nei confronti del linguaggio del corpo dell'assistito si traduce in una relazione più positiva con quest'ultimo e rende il medico più apprezzato e stimato. I tre autori hanno distinto gli aspetti verbali e non verbali del rapporto comunicativo e hanno rilevato che esistono atteggiamenti che incidono in modo positivo o negativo sulla comunicazione e sul rapporto. In questo modo, come detto prima, influenzano positivamente o negativamente il rapporto medico-paziente e, di conseguenza, la prognosi e la qualità di vita del secondo. Un medico attento riesce ad ascoltare ciò di cui il paziente si lamenta e gli mostra di aver compreso a fondo il problema, per esempio ricapitolando ciò che ha detto, oppure usando le stesse parole che la persona ha utilizzato. Inoltre è importante incoraggiare il paziente a fare domande, ad esprimere i propri dubbi ed a rivelare le proprie paure. È importante cogliere il desiderio della persona di prendere la parola (di solito in questo caso, si schiudono le labbra, si solleva la mano o l'avambraccio, ci si sposta in avanti e si guarda direttamente l'interlocutore) e non frustrare il suo desiderio. Nelle tabelle successive (**Tab. 1 e Tab. 2**) sono riportati alcuni degli atteggiamenti che facilitano il rapporto e altri che invece lo rendono difficile. Altri studi hanno messo in luce che **i pazienti considerano la capacità di comunicare come una delle prime tre qualità che un medico dovrebbe possedere**¹².

Anche un dialogo più profondo e aperto va a vantaggio di questo rapporto e dell'efficacia della cura: **se i pazienti sono informati e coinvolti nelle decisioni riguardo ai**

provvedimenti da prendere, si rivelano più aderenti alle prescrizioni e più collaborativi; inoltre diventa più possibile che accettino di modificare stili di vita dannosi a vantaggio di altri più salutari. Molti studi sottolineano l'importanza della **capacità empatica** (cui si è già accennato). Sfortunatamente sembra che tale aspetto, considerato importante dai pazienti, riceva poco attenzione dai professionisti¹². ■

Conclusioni

Ricordando il passaggio dal paradigma paternalistico a quello dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente, è evidente l'importanza della comunicazione tra medico specialista e paziente. L'informazione è una componente della educazione terapeutica (psicoeducazione in campo psichiatrico), che costituisce ormai un terreno condiviso in molte branche della medicina. Purtroppo la comunica-

QUALI ATTEGGIAMENTI DELLO SPECIALISTA FACILITANO IL RAPPORTO CON IL PAZIENTE?

- Assumere un atteggiamento amichevole, gentile, parlare al livello culturale del paziente e chiarire le informazioni date
- Lasciare che il paziente possa esternare i propri commenti sulla situazione prima di terminare l'incontro
- La visita si dovrebbe concludere con una definizione di obiettivi (esami, stili di vita da modificare)
- Sostenere le iniziative del paziente, approvarlo e dimostrargli fiducia e stima
- Sdrammatizzare in modo congruo (cioè tenendo conto della condizione emotiva del paziente) una situazione di tensione
- Estendere il discorso alla vita del paziente, chiedergli delle sue emozioni, accertarsi su come vanno i suoi rapporti personali e la sua vita in generale
- Fare domande e dare consigli di carattere psicologico
- Dedicare un po' di tempo all'educazione alla salute
- Condividere osservazioni e conclusioni su esami e accertamenti con il paziente
- Discutere sugli effetti del trattamento

Tabella 1

Atteggiamenti dello specialista che facilitano il rapporto con il paziente: tratto da Bec, Daughtridge, Stoane¹², mod.

QUALI ATTEGGIAMENTI DELLO SPECIALISTA RENDONO PIÙ DIFFICILE IL RAPPORTO CON IL PAZIENTE?

- Dedicare poco tempo
- Accoglienza fredda
- Mostrarsi saccenti e autoritari
- Mostrarsi eccessivamente formali
- Contrastare in modo troppo netto e perentorio le affermazioni del paziente
- Non prestargli attenzione
- Squalificare il paziente come interlocutore (non rispondere alle domande, usare un linguaggio troppo tecnico, interrompere eccessivamente)
- Mancanza di tatto (mostrarsi critici, scettici o colpevolizzanti sull'esperienza del paziente o fargli domande molto personali, specie se in modo brutale, o anche interrogarlo su questioni non legate al motivo della visita)
- Non dire niente o borbottare commenti e opinioni durante l'esame
- Tendere la mano in orizzontale, non per una stretta franca, ma quasi come se ci si aspettasse che la persona la possa baciare.

Tabella 2

Atteggiamenti dello specialista che rendono più difficile il rapporto con il paziente: tratto da Bec, Daughtridge, Stoane¹², mod.



zione è imprescindibile, ma anche difficile, per cui necessiterebbe di una maggiore attenzione formativa, a partire dall'Università. Anche se ha verosimilmente una base di abilità personale quasi innata, è possibile migliorarla con pratiche formative adeguate. L'esperienza di molti specialisti, anche non psichiatri, è che l'attenzione alla comunicazione migliora il rapporto con il paziente, la sua qualità di vita e la prognosi e in questo modo può contribuire anche a ridurre il contenzioso medico-legale.

Nell'ambito della comunicazione, bisogna ricordare l'importanza anche di quella non verbale. ■

■ Bibliografia

1. Donnelly LF, Strife JL: Establishing a Program to Promote Professionalism and Effective Communication in Radiology. *Radiology* 2006; 238:773-779, © RSNA, 2006
2. Zandbelt LC et al.: *Medical Care* 2007; 45: 330
3. Ardis S, Marcucci M, Beani S, Betti M, Corrieri Puliti L, Di Quirico G, Fulvio MO: *Comunicare bene per curare meglio*. Format Idea Comunicazione e Cultura, Roma, 2005
4. Giorlandino C.: Introduzione a: Roberti A, Belotti C, Caterino L: *Comunicazione Medico-Paziente*. NLP Italy, Milano, 2006
5. D'Aiuto M: La comunicazione tra medico e paziente oncologico. <http://guide.supereva.it/oncologia/interventi/>; 15.04.2003
6. Proia A: *Recenti Progressi in Medicina*, Vol. 93, n. 2. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, Febbraio 2002
7. Cognetti F, Conte P. Pazienti e Oncologi soddisfatti, l'assistenza costa meno. www.ifo.it/AspOne.aspx?990010466; 13.03.2008
8. Veronesi U. Il rapporto medico paziente. 08.07.2008, www.abmedica.it/2008/07/il_prof_veronesi_e_il_rapporto.html
9. Marcolongo R, Rigoli A: *Educazione Terapeutica per Pazienti*. Icaro, 28, Nov. 1999
10. Dixon LB, Lehman AF: Family Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21: 4: 631-643
11. Falloon IRH et al.: *L'intervento psicoeducativo familiare integrato*. Erickson, Trento, 1993, 2ª ed
12. Pacori M: Tutto meno che ER: medici e pazienti proprio non si intendono. <http://bioeticapsicologia.forumcommunity.net/>; 04.04.2005 ■



CONSIDERAZIONI CRITICHE RELATIVE ALLA SALUTE

il Libro Verde sul futuro del modello sociale, presentato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 25 Luglio 2008.

“LA VITA BUONA NELLA SOCIETÀ ATTIVA”

Antonio Faggioli

Libero Docente Igiene Università di Bologna

Per corrispondenza:
Prof. Antonio Faggioli
Via Volterra, 9
40135 Bologna

antoniofaggioli@tiscali.it

IL LIBRO VERDE sul futuro del modello sociale, presentato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è l'oggetto delle considerazioni critiche che il Prof. Antonio Faggioli sviluppa nell'articolo che segue.

Questa redazione, lieta di accogliere valutazioni e rilievi che ne emergono, ritiene nel contempo utile e doveroso consigliare i lettori (i quali per maggiore propria conoscenza volessero prendere visione in dettaglio e nell'interesse dei contenuti del Libro Verde in questione) di visitare il sito di quest'Ordine: www.omceoar.it ove, per evidenti motivi di spazio tipografico è rimandata la collocazione del documento.

Il 25 Luglio 2008 il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha presentato il Libro Verde sul futuro del modello sociale.

Il documento è stato proposto alla consultazione pubblica, che si concluderà il 25 Ottobre, dopo la quale saranno sintetizzate in un Libro Bianco le principali opzioni politiche che il Ministero intende perseguire relativamente al mercato del lavoro, alla previdenza e alla sanità. Il Libro Bianco sarà la base delle proposte che il Governo formulerà per l'intera legislatura.

Dopo le prime due pagine (titolo e

indice), le due successive riportano la prefazione firmata dal Ministro Sacconi e le successive venti pagine sintetizzano le principali tematiche, con domande cui viene chiesto di dare risposta.

Prefazione

Il Ministro promuove “un dibattito pubblico sul futuro del sistema del Welfare in Italia”, per giungere a soluzioni “quanto più condivise dagli attori istituzionali, politici e sociali”.

La considerazione di partenza è costituita dallo stretto legame tra salute e prosperità economica, eviden-



ziato dal Libro Bianco sulla Salute della Commissione Europea¹.

La sfida viene posta sul piano economico e il nuovo sistema si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri.

Gli strumenti per conseguire tali obiettivi sono individuati nelle funzioni pubbliche e nella sussidiarietà della famiglia, dei corpi intermedi e delle funzioni professionali che concorrono a fare comunità.

Nella prospettiva della "vita buona nella società attiva", si promuove il confronto con le componenti sociali sulle seguenti tematiche illustrate nelle pagine successive:

- disfunzioni e sprechi nell'attuale modello;
- transizione verso un nuovo modello;
- una governance caratterizzata da sostenibilità finanziaria, da un livello centrale di governo con compiti di regia e indirizzo;
- affidamento alle istituzioni locali e ai corpi intermedi, secondo il principio di sussidiarietà, responsabilità e differenziazione, della erogazione dei servizi in funzione di standard qualitativi e livelli essenziali delle prestazioni;
- definizione di obiettivi strategici tramite l'esercizio di benchmarking con le migliori esperienze internazionali e in coerenza con le linee guida comunitarie;
- adozione di linee guida che siano i pilastri del nuovo sistema e di grandi programmi in materia di natalità, famiglia, formazione e occupabilità, prevenzione per la salute.

Si ritengono di massima condivisibili principi e obiettivi, mentre le strategie relative alla salute sono discutibili.

1) Il legame tra economia e salute, non significa che sviluppo economico sia garanzia di salute, come dimostrano le nuove patologie proprie dei Paesi sviluppati che hanno sostituito quel-

le del sottosviluppo. Pertanto la sfida per "una buona vita" non può limitarsi alla "prosperità economica", senza tenere conto dei determinanti di salute ambientali, degli stili di vita individuali e collettivi e dell'appropriatezza assistenziale.

- 2) Lo sviluppo umano, sostenibile anche sul piano della salute oltre che economico, sociale e ambientale, non si identifica necessariamente con la crescita economica, ma piuttosto con una vita lunga e sana, con elevati livelli di istruzione e con standard di vita adeguati a soddisfare le esigenze fisiologiche fisiche, psichiche e sociali². Le differenze tra sviluppo e crescita sono le stesse che caratterizzano sviluppo e crescita dell'organismo umano.
- 3) "La prevenzione per la salute" sembra assumere un ruolo secondario rispetto alla strategia di "un radicale cambiamento dell'economia".
- 4) Il rafforzamento della "continua autosufficienza della persona", tramite stili di vita responsabili, pur necessari, sembra attribuire le maggiori responsabilità della salute al singolo, rispetto a quelle politiche e istituzionali. Si vanifica la prevenzione primaria di molte malattie se la prevenzione si limita ai fattori di rischio individuale, quelli più facilmente individuabili e alcuni ritenuti eradicabili tramite l'educazione del singolo e si ignorano da parte della politica e delle istituzioni i fattori di rischio collettivo, soprattutto di origine ambientale, allo scopo di privilegiare interessi economici³.
- 5) Nessun accenno si riscontra nella Prefazione alla "promozione della salute" di cui alla Carta di Ottawa 1986 e posta dal Libro Bianco sulla salute della Commissione Europea. La promozione della salute è lo strumento con cui gli organi di governo mettono la comunità in grado di controllare i determinanti di salute per migliorarla e di partecipare alle relative politiche.

6) Non sembra che le strategie previste siano adeguate per il conseguimento dei seguenti obiettivi posti dal Libro Bianco sulla salute della CE:

- la priorità della sanità pubblica;
- la prevenzione delle nuove minacce per la salute;
- la riduzione delle disparità in materia di salute;
- la partecipazione della comunità alle politiche della salute.

7) Infine non è previsto alcun coordinamento tra politiche sanitarie e politiche ambientali, pur prescritto dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992. ■

Perché un Libro Verde?

• Le disfunzioni (La spesa sanitaria).

La spesa per la sanità è il 24% della spesa complessiva per la protezione sociale. La percentuale sul PIL nel 2005 era pari al 6,7% ed è stato stimato che salirà all'8,6% nel 2050, in linea con la spesa dell'UE. Sembra eccessiva la preoccupazione espressa dal documento per tale spesa e le sue tendenze, attribuita, tra le altre cause, "alla crescente domanda qualitativa e quantitativa"; in ogni caso non viene evidenziato che la spesa per la prevenzione non raggiunge il 5% del fondo sanitario nazionale. La crescente domanda, soprattutto qualitativa, non deve essere vista negativamente, in quanto espressione della crescente sensibilità dei cittadini nei riguardi della salute e della giusta richiesta di qualità delle prestazioni volte a tutelarla. Inoltre è noto che la così detta "medicina difensiva" induce i medici a maggiori richieste di prestazioni, soprattutto diagnostiche, per tutelarsi della responsabilità di "malpractice". Anche le nuove tecnologie diagnostiche, particolarmente costose al loro avvio, comportano oneri non indifferenti. Le Regioni e le Aziende sanitarie si sono poste l'obiettivo della riduzione dei costi, che ciò nonostante in certi casi sono aumentati, senza tentare la strategia alternativa: quella dell'efficienza della spesa, ottenendo di più in termini di salute con gli stessi investimenti, ovviamente attivando rigorosi sistemi

di valutazione. La maggiore produzione di salute comporta maggiori impegni, anche con riconversioni della spesa, sul versante della promozione della salute e della prevenzione specialmente primaria delle malattie.

- **La visione: la vita buona nella società attiva.**

Viene definita "vita buona" quella in cui "la dimensione personale e la dimensione sociale sono simultaneamente perseguite" considerando salute, lavoro, affetti e riposo. Il compito del Governo è indicato in un riequilibrio complessivo per l'insieme delle spese, anche migliorando il rapporto costi-benefici. La strategia prevista è ancora una volta quella dello sviluppo economico. Un riferimento alla salute si ha con il sollecito a nuovi stili di vita, alla prevenzione delle malattie, alla promozione di ambienti sicuri e agli investimenti nella ricerca biomedica: la salute quindi non come fine, ma come mezzo "per generare ricchezza".

Giusto il rilievo dato con uno specifico box alla ricerca biomedica, con una serie di domande poste alla consultazione. Non va dimenticato, infatti, che la ricerca è il primo dei determinanti della salute individuati dall'OMS nel 1977 con il progetto "La salute per tutti entro il 2000" (34 obiettivi di salute) e con quello successivo del 1998 "La salute per tutti nel XXI secolo" (21 obiettivi di salute).

Analogo rilievo avrebbero dovuto avere anche gli altri determinanti, tra cui in particolare l'ambiente salubre, il cui cambiamento costituisce per l'OMS una delle strategie per la salute.

- **Gli obiettivi quantificabili.**

Giustamente si rileva che un nuovo Welfare deve avvalersi di un approccio per obiettivi e di un costante monitoraggio dei risultati. Sono pertanto auspicati indicatori e un sistema condiviso di monitoraggio e valutazione. Purtroppo tra i fenomeni da monitorare in materia di salute si citano l'aspettativa di vita, gli infortuni sul lavoro, stradali e do-

mestici e il livello di diffusione degli screening (prevenzione secondaria), dimenticando anche a questo proposito la prevenzione primaria. ■

Il nuovo Welfare

Le prime righe del capitolo sono dedicate alla salute, auspicando "una compiuta definizione del benessere" e "la capacità di individuare i nuovi fattori di rischio e di governare le nuove patologie".

Un box del capitolo è dedicato a "I servizi di cura per l'infanzia", che tuttavia non affronta i bisogni sanitari dell'età evolutiva ma essenzialmente i pure importanti bisogni socio-educativi per la prima infanzia e la famiglia. Anche a questo proposito si ignora l'esigenza della promozione della salute, della prevenzione della malattia e soprattutto del controllo dell'accrescimento somatico e dello sviluppo particolarmente intellettuale e senso percettivo in soggetti ancora in precario equilibrio biologico e suscettibili a molteplici fattori di pericolo e di rischio.

Un successivo box è dedicato alla "Assistenza primaria e medicina generale". Giustamente si evidenzia il bisogno di una forte risposta al bisogno di assistenza primaria, tramite integrazione della parte sanitaria, che compiutamente viene ricordata come promozione della salute, prevenzione delle patologie e loro cura, con la parte sociale; altrettanto giustamente viene rilevata la necessità di valorizzare il ruolo e la dignità professionale del medico. Purtroppo si fa riferimento al solo "medico di medicina generale", ignorando i medici di sanità pubblica che hanno fatto della promozione della salute e della prevenzione delle malattie la loro missione professionale. Non si dovrebbe dimenticare che l'azione interdisciplinare è oggi più che mai necessaria, non solo per superare i limiti delle specializzazioni ma soprattutto per affrontare con efficacia la complessità dei fattori da cui dipende la salute e l'insorgenza di malattia. Il tema è oggetto di una delle domande poste nel box, allorché si chiede come sia possibile integrare l'azione del medico di medicina generale "con gli altri segmenti

del SSN", in modo tale "da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini (ossia alla loro possibilità di controllare i determinanti di salute) e alla loro responsabilizzazione".

La domanda è pertinente e costituisce uno dei punti focali del documento in materia di salute, al quale si dovrà dare una puntuale ed esauriente risposta delineando il ruolo dei medici di sanità pubblica e i loro rapporti con gli organi di governo di tutti i livelli, con le istituzioni in generale e con la comunità. ■

La sostenibilità

Ai fini della sostenibilità del nuovo modello di Welfare, vista soprattutto sul versante economico, è previsto "l'allargamento della base dei contribuenti, cioè di coloro che, attraverso la partecipazione al mercato del lavoro regolare, concorrono a sostenere il modello sociale". L'obiettivo di riferimento è la Strategia di Lisbona: tasso di occupazione 70%, con 60% di occupazione femminile e 50% di occupazione degli over 50.

Anche questo obiettivo è correttamente messo in relazione alla "promozione della salute lungo tutto l'arco della vita, lavorando su tutti i fattori che la determinano", ma ancora una volta la salute è vista come un mezzo e non quale fine prioritario.

Sembra necessario evidenziare che nel rapporto sostenibilità della spesa-salute si inseriscono tutte le attuali criticità sanitarie: entità della spesa, livelli essenziali di assistenza, nuove tecnologie, ricerca biomedica, equità. ■

La governance

Ipresupposti dichiarati per la governance sono il federalismo fiscale e la riforma del Titolo V parte seconda della Costituzione.

Gli strumenti indicati, comunque condivisibili al di là di quello che potrà essere un nuovo quadro costituzionale, sono:

- la gestione coordinata dei livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi;



- il monitoraggio della qualità delle prestazioni e della spesa;
- percorsi straordinari di razionalizzazione della spesa.

Quello che non appare chiaro è il rapporto tra “un pilotaggio centralizzato di regia e indirizzo” e le competenze attribuite alle Regioni in materia di salute dal vigente Titolo V della Costituzione; a ciò si aggiunge l’incognita delle eventuali modifiche che si intendono apportare al Titolo V.

Viene proposto di rivedere il ruolo dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, in modo che il “pilotaggio centralizzato” si avvalga dell’Agenzia per il controllo coordinato da un lato della gestione finanziaria e contabile e dall’altro degli eventuali scostamenti dagli obiettivi di qualità. Tutto ciò non solo non chiarisce il rapporto Stato – Regioni in materia di salute, ma rende fondato il timore di una riduzione delle autonome competenze regionali. Questi aspetti hanno rilevanza non solo politica, ma anche al fine di chiarire la loro influenza sulla salute della comunità. ■

Conclusioni

Le presenti osservazioni sono limitate, come già detto, alle problematiche della salute, pur strettamente connesse a quelle sociali. In particolare si riferiscono alle strategie per la salute, considerando di massima condivisibili principi e obiettivi.

Le considerazioni sono state espresse sommariamente, ma dovranno essere sviluppate e documentate per sostenere le proposte che dovranno seguire e che si auspica siano prese in considerazione dal Libro Bianco.

Le considerazioni critiche sono rela-

tive ai seguenti aspetti:

- Lo sviluppo umano non si identifica necessariamente con la crescita economica.
- La strategia di una “prosperità economica” non è sufficiente a garantire salute.
- La salute non può essere solo un mezzo per la prosperità economica, ma piuttosto un fine prioritario.
- La strategia per affrontare il problema della spesa sta in una maggiore efficienza che produca più salute con gli stessi investimenti.
- Le strategie per il miglioramento della salute e la difesa dalle malattie vanno individuate nella promozione della salute e nella prevenzione primaria, anche con riconversione della spesa.
- La promozione della salute deve costituire la strategia che orienta le politiche sociali nel loro complesso, come pure quelle della pianificazione e gestione del territorio.
- Promozione della salute e prevenzione della malattia debbono essere oggetto di monitoraggio e valutazione, alla pari delle altre strategie.
- La medicina generale non può contribuire utilmente alla promozione della salute e alla prevenzione primaria delle malattie, senza il coordinamento dei servizi di sanità pubblica.
- Va definito il ruolo dei professionisti di sanità pubblica, come pure il loro rapporto con gli organi di governo e con la comunità.
- L’importanza della ricerca biomedica tra i determinanti di salute, non riduce quella degli altri determinati, tra cui la salubrità

ambientale, dal cui cambiamento dipendono sviluppo e protezione della salute collettiva.

- Le politiche per la salute devono essere coordinate in particolare con quelle dell’ambiente.
- L’autosufficienza della persona in materia di salute non può essere alibi di un carente impegno politico e istituzionale.
- La sanità privata, se deve avere pari dignità con quella pubblica dovendo svolgere gli stessi compiti, deve essere disciplinata dalle stesse regole e sottostare agli stessi controlli e valutazioni.
- Il “pilotaggio centralizzato” deve essere rispettoso dell’autonomia regionale in materia di salute.

Si rilevano infine le seguenti carenze:

- non appare la “sanità pubblica”, la cui missione è lo sviluppo e la tutela della “salute collettiva”, diversa per determinanti e rischi dalla “salute individuale”;
- nelle cure per l’infanzia non vengono considerate le funzioni sanitarie che l’età evolutiva richiede;
- accanto agli incidenti sul lavoro, appena accennati, non si considerano le malattie professionali. ■

■ Bibliografia

1. Commissione Europea. *Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell’UE per il periodo 2008-2013*. Bruxelles, 23 Ottobre 2007.
2. Donella e Dennis Meadows, Jorgen Randers. *I nuovi limiti dello sviluppo. La salute del pianeta nel terzo millennio*. Ed. Mondadori Oscar Saggi. Milano Settembre 2006.
3. OMS. *La Carta Europea Ambiente e Salute*. Francoforte 1989. ■

ETICA E DEONTOLOGIA DI INIZIO VITA

**documento del Consiglio Nazionale FNOMCeO
approvato a Ferrara il 25 ottobre 2008**

PREMESSA

Lo sviluppo tumultuoso della scienza e di una tecnologia sanitaria che si è mostrata capace di modificare l'evoluzione della vita dalla nascita alla morte, ha aperto nuovi spazi alla normazione deontologica che, pur non essendo fonte primaria di diritto, è tutt'altro che indifferente alla sua interpretazione e applicazione, nel quadro dell'irrinunciabile autonomia del medico e della tutela della salute del cittadino.

A fronte di ciò il diritto, laddove si esprime, tende a non essere "mite", intervenendo in maniera sempre più dettagliata, nelle decisioni mediche, provocando reazioni di rigetto in coloro che non ne condividono i contenuti e creando contrasti tra leggi, deontologia e scienza.

Questa è la ragione che ha indotto la FNOMCeO a proporre una piattaforma di confronto e a promuovere un'ampia consultazione delle associazioni mediche confessionali e laiche, delle associazioni dei cittadini e delle società scientifiche, in vista di un convegno dedicato alle problematiche etiche di inizio vita.

Negli ultimi tempi è aumentata nella società e nel confronto politico l'attenzione sulle problematiche che si riferiscono alla contraccezione, alla PMA (procreazione medicalmente assistita), all'interruzione farmacologica di gravidanza e ai comportamenti da assumere verso feti vitali in età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) nati da parti prematuri o da aborti terapeutici.

Queste tematiche coinvolgono i medici secondo più profili: quello tecnico professionale, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e quello etico-deontologico che attiene ai principi deontologici sia comuni a tutta la professione sia individuali, propri cioè dei singoli statuti morali.

Tra questi profili, il medico esercita ed interpreta il suo ruolo civile e sociale di servizio alla persona ed alla collettività, contribuendo alla piena attuazione di diritti costituzionalmente sanciti. Per quanto attiene al primo profilo, è opportuno ricordare che le evidenze disponibili sulle varie materie consentono orientamenti e/o linee guida elaborati dalle società scientifiche, di varia "forza" e comunque tali da rappresentare mere raccomandazioni cliniche, sulle quali e per le quali viene garantita l'autonomia al medico.

Relativamente al secondo profilo, i fondamenti morali del nostro Codice di Deontologia Medica e cioè i principi di giustizia, di beneficiabilità e di rispetto dell'autonomia del cittadino, costituiscono un prezioso e insostituibile presidio etico. Essi fanno sì che la professione medica sia legittimata se totalmente svolta al servizio dell'uomo, dei suoi bisogni, dei suoi diritti e delle sue libertà, se ogni innovazione delle conoscenze e delle tecniche, equa ed accessibile, sia in grado di risolvere e aiutare a tutelare la salute e la vita delle persone e a limitarne la sofferenza.

Il medico deve, dunque, considerare ogni relazione di cura come unica ed irripetibile e valorizzare la propria autonomia e la propria responsabilità agendo sempre secondo scienza e coscienza, documentando le ragioni della sua scelta.

Nel merito delle questioni riteniamo che:

LA PRESCRIZIONE DEL LEVONORGESTREL

Nel riaffermare il diritto del medico alla clausola di coscienza che trova il suo fondamento nell'art. 22 del Codice di Deontologia Medica, va ricordato il dovere per il medico di "...fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".



In altre parole, l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di scienza e coscienza e quello della donna alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare, nei termini suddetti, l'accesso alla prescrizione nei tempi appropriati. Spetta alle Autorità Sanitarie porre in essere ogni iniziativa che consenta la corretta organizzazione del servizio. L'eventuale abolizione dell'obbligo di prescrizione per la "pillola del giorno dopo" presuppone una valutazione tecnico scientifica che compete alle Istituzioni allo scopo preposte. In questa prospettiva e più in generale occorre invece rilevare l'insufficienza delle politiche di educazione alla procreazione e alla sessualità responsabile da realizzare anche attraverso una corretta informazione e diffusione dei mezzi contraccettivi al fine di ulteriormente ridurre il tasso di gravidanze indesiderate e di diminuire l'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale.

QUESTIONI INERENTI LA PMA

Su alcune questioni della PMA, in particolare i vincoli previsti dalle prime linee guida alle diagnosi preimpianto sull'embrione alle sole tecniche osservazionali escludendo quindi quelle genetiche limitatamente a malattie di cui sono noti i meccanismi di trasmissione e le devastanti espressività fenotipiche *quoad vitam et valetudinem*, all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni prodotti (fino a tre), la Federazione degli Ordini si era già pronunciata negativamente prima e dopo l'approvazione della L. 40/2004.

Oggi, anche alla luce di alcune autorevoli sentenze della Magistratura, sulla scorta di dati su consistenti fenomeni di "mobilità procreativa", considerate le incertezze determinatesi successivamente alla revisione delle linee guida (abolizione della previsione della diagnosi osservazionale pre-impianto) emergono nuove problematiche rispetto alle quali confermiamo il valore delle disposizioni dell'art. 44 "*Fecondazione assistita*" del Codice di Deontologia Medica.

Rispetto a queste riteniamo che le linee guida non possano né debbano intervenire nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulle quali non è consentito alla donna esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene delle pazienti. Ancora una volta, sul piano etico e civile, vogliamo ribadire che l'equilibrio tra i tanti valori in campo, tutti meritevoli di tutele, va ricercato in una relazione di cura forte perché fondata sulla fiducia reciproca, consapevole perché basata sull'informazione puntuale, responsabile perché orientata al pieno rispetto dei diritti e doveri della libertà e autonomia dei soggetti. Un incontro unico ed irripetibile che, in questi termini, contiene tutti gli elementi per operare, in quelle circostanze, le scelte giuste.

L'ATTUAZIONE DELLA 194/78

L'ultima relazione del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della L. 194/78, pur ponendo in evidenza luci e ombre sul suo stato di applicazione quali ad esempio l'insoddisfacente attività consultoriale, la carenza di provvedimenti di aiuto alla maternità responsabile, le difficoltà organizzative, rileva non solo la sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino, piaga sociale a cui non si deve correre alcun rischio di ritornare, ma anche la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza: risultati di grande significato civile e sociale.

Con questa premessa, riteniamo che vadano più efficacemente concretizzati gli obiettivi enunciati nella L. 194/78 rilanciando l'attività dei consultori con l'adeguamento di risorse umane e finanziarie volte a realizzare più efficaci attività di:

1. educazione alla procreazione responsabile;
2. supporto alla gestazione e alla maternità;
3. iniziative educative e sociali nelle aree a rischio IVG (extracomunitarie e minorenni)

Qualora le Autorità Sanitarie dovessero disporre l'introduzione in Italia della RU 486 (Mifepristone) – associato o no col Misoprostolo (quest'ultimo in uso presso donne extracomunitarie come abortivo clandestino) si stabilisca che questo avvenga nel più rigoroso rispetto dei criteri e delle procedure previste dalla L. 194/78.

PROBLEMATICHE NEONATOLOGICHE IN ETÀ GESTAZIONALE BASSA

I progressi della neonatologia hanno sollevato con forza delicate questioni bioetiche relative all'assistenza ai neonati vitali di età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) da parti prematuri e nuovi vincoli agli aborti terapeutici, anche in ragione di espresse previsioni della stessa L.194/78.

Riteniamo che la complessa materia possa trovare orientamenti condivisi all'interno delle seguenti previsioni:

- gli articoli 6 e 7 della L.194/78, che regolano l'aborto terapeutico, dettano norme di comportamento per il medico assai chiare, in particolare il comma 3 dell'art.7 che espressamente prevede che "*Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto... il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto*";
- in particolare nei casi di interruzione terapeutica di gravidanza di cui all'art. 6 comma b) della legge 194/78 occorre un'attenta valutazione della possibile vitalità del feto alla luce sia della specifica disposizione legislativa sia dei progressi della neonatologia e delle evidenze scientifiche per evitare il ricorso a successive manovre rianimatorie che possano configurare

forme di accanimento terapeutico;

- gli interventi di rianimazione fetale, soprattutto se condotti nelle età gestazionali nelle quali le più aggiornate evidenze scientifiche disponibili riportano tassi di mortalità elevatissimi in relazione a gravi ed irrecuperabili insufficienze di sviluppo di organi e/o apparati o in presenza di gravi malformazioni incompatibili con la sopravvivenza del neonato, devono considerare quanto previsto dall'art. 16 del Codice di Deontologia Medica in materia di accanimento terapeutico. Il medico, come sempre, deve ispirare il proprio comportamento a tali norme, caso per caso e secondo una appropriata, autonoma e responsabile valutazione clinica fondata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- le disposizioni degli articoli 33, 35, 37 e 38 del Codice di Deontologia Medica confermano inequivocabilmente la necessità, anche in questi casi, di informare i rappresentanti legali (i genitori) e di acquisirne il consenso o di gestirne il dissenso secondo le disposizioni dell'art. 37 "*Consenso del legale rappresentante*" del Codice di Deontologia Medica sui trattamenti messi in atto ed alle scelte da compiere, garantendo alla madre ed alla famiglia la necessaria assistenza sul piano umano, psicologico e sociale e al feto, quale che ne sia il destino, attenzioni e cure rispettose della dignità umana;
- è necessario che il servizio sanitario si attrezzi per prevenire e gestire al meglio queste evenienze che, sebbene relativamente rare (1-2/1000 parti), richiedono sforzi organizzativi, competenze professionali e strutture dedicate rilevanti.

Si ritiene infine che questioni così delicate, che si riferiscono a quanto di più intimo e personale coinvolga la donna, la coppia e la società meritino grande rispetto ed un confronto sociale e politico meno strumentale, meno ideologico, più attento al grande bagaglio di sofferenze che sempre accompagna questi tormentati cammini e che ricadono sulle donne, spesso lasciate sole in queste drammatiche circostanze. Al servizio di questa tutela, l'autonomia e la responsabilità della nostra professione si pongano come garanti di un'alleanza terapeutica fondata sul rispetto dei reciproci valori, diritti e doveri.





CERTIFICATO DI MALATTIA

AVVERTENZE per gli assicurati Inps (operai di tutte le categorie produttive del settore privato e impiegati del commercio)

A CHI DEVE ESSERE INVIATO: il certificato di malattia deve essere compilato e firmato. Una copia deve essere consegnata alle Sedi Inps di residenza del lavoratore o spedito con raccomandata, l'altra copia (senza la diagnosi) deve essere inoltrata al proprio datore di lavoro.

ALL'INPS OCCORRE comunicare sempre:

- **codice fiscale** e **dati anagrafici**;
- **indirizzo di residenza** e di reperibilità (se diverso da quello di residenza);
- **dati dell'azienda**, il numero di **matricola** o di posizione Inps (indicati sulla busta paga);
- nei casi di **fratture, traumi** o altro (es. incidenti stradali provocati da altri), occorre fornire i dati delle **persone coinvolte** e della **Compagnia di assicurazione**, compilando apposito modello (As1).

AL DATORE DI LAVORO OCCORRE comunicare sempre :

- **indirizzo di reperibilità** (se diverso da quello di residenza).

In caso di **liquidazione diretta** dell'indennità di malattia da parte dell'Inps, i lavoratori **agricoli, i disoccupati, i sospesi** ecc., devono sempre barrare sul retro del certificato la casella corrispondente alla propria situazione lavorativa.

QUANDO DEVE ESSERE INVIATO IL CERTIFICATO:

- **entro due giorni** dalla data del rilascio: se l'ultimo giorno è festivo, entro il primo giorno successivo lavorativo;
- **il sabato** con raccomandata se è stato rilasciato il **giovedì** e non è stato ancora consegnato o spedito;
- deve essere inoltrato anche se la malattia è di un solo giorno;
- deve essere inoltrato alla Sede **Inps competente per residenza del lavoratore**.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITA'

- dalle **10.00** alle **12.00** e dalle **17.00** alle **19.00** (compresa la domenica e i giorni festivi);
- l'Inps **non può accettare segnalazioni preventive** di allontanamento dal proprio domicilio.

ASSENZA ALLA VISITA DI CONTROLLO DOMICILIARE

- in caso di visita presso l'**ambulatorio del medico curante** durante le fasce orarie di reperibilità, l'assenza dal domicilio può essere giustificata solo se l'orario di ambulatorio coincide con tali fasce OPPURE se viene documentata l'**urgenza** della visita;
- in tutti i casi il medico dovrà rilasciare, contestualmente o al massimo entro il giorno successivo, un'**attestazione** con indicato il **giorno, l'ora** e il **motivo della visita**;
- **il giorno successivo** occorre comunque **sottoporsi a visita medica** presso l'ambulatorio indicato nella lettera rilasciata dal medico di controllo, a meno che non si riprenda l'attività lavorativa.

CERTIFICATI NEI GIORNI FESTIVI E PREFESTIVI

Per una malattia fino a 3 giorni devono essere rilasciati dai Medici di Continuità Assistenziale (ex **Guardia medica**).

CERTIFICATI DEL PRONTO SOCCORSO E DI MEDICI DIVERSI DA QUELLI DI LIBERA SCELTA

Sono validi a condizione che siano completi di tutti i dati richiesti per gli altri certificati (diagnosi, prognosi e dati anagrafici del lavoratore) e vanno presentati all'Inps e al datore di lavoro.

NOTA: le seguenti categorie di lavoratori NON devono inviare il certificato all'Inps ma farsi rilasciare il certificato su carta intestata del medico e spedirlo solo al proprio datore di lavoro: dipendenti pubblici e impiegati dell'industria e dell'artigianato.

A cura della Direzione regionale per la Toscana



CERTIFICATI MEDICI

Per evitare attese, prima di consegnare il certificato si assicuri che sia compilato in ogni sua parte:

La copia del certificato senza la diagnosi va consegnata al datore di lavoro, quella con la diagnosi all'Inps

Scriva chiaramente il suo indirizzo di residenza ed un numero di telefono

Riporti i dati relativi al suo datore di lavoro, indicando il n. di matricola che lo identifica e che trova nella busta paga

dove abiterà durante la malattia? Se l'indirizzo è diverso dalla residenza lo indichi in questo riquadro. Indichi il nome che è scritto sul citofono! Ricordi che per la legge è suo dovere agevolare il medico fiscale in caso di visita di controllo

compili con i suoi dati anagrafici questo quadro scrivendo anche il codice fiscale

Questa è una parte molto importante da compilare perché in base a ciò che lei ci indicherà la sua indennità potrà variare. Indichi con cura che lavoro fa: operaio? Impiegato? Nell'industria? Nell'agricoltura? Nello spettacolo?

Se la sua malattia è stata causata da terze persone o da infortunio sul lavoro lo indichi in questo riquadro e lo faccia presente allo sportello per gli ulteriori adempimenti

Si ricordi di firmare il consenso al trattamento dei dati sensibili

In caso di certificati non correttamente compilati, il rischio è quello di non vedersi riconosciuto il pagamento dell'indennità di malattia.

Le elezioni Ordinistiche

A seguito delle assemblee elettorali, tenutesi presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Arezzo nei giorni 15-16-17 novembre 2008 e delle attribuzioni delle cariche del Consiglio dei Revisori dei Conti riunitisi il 24 novembre 2008, gli Organi Istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Arezzo sono così composti:

Presidente: dott. Raffaele Festa
Vice Presidente: dott. Lorenzo Droandi
Segretario: dott. Marcello Bordiga
Tesoriere: dott. Vittorio Caloni

Consiglieri: dott. Armando Bonelli, dott. Giovanni Caruso, dott. Raul De Sanctis, dott. Angiolo Agnolucci, dott. Cesare Maggi, dott. Giuliano Magi, dott. Gianfranco Moncini, dott. Amedeo Bianchi, dott. Roberto Romizi, dott. Silvana Saullo, dott. Giovacchino Raspini (Rappr. Odontoiatri), dott. Alberto Cinelli (Rappr. Odontoiatri).

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi Presidente: dott. Luigi Maria Fatucchi, dott. Franco Barbagli, dott. Donatella Menchetti
Supplente: dott. Giuseppe Rongione

Commissione Odontoiatri

Presidente: dott. Giovacchino Raspini
Componenti: dott. Alberto Cinelli, dott. Paolo Dasciani, dott. Leo Imperio, dott. Piero Pieri



*Il Consiglio
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi ed Odontoiatri,
il Direttore della rivista e
l'equipe redazionale porgono
alle lettrici, ai lettori,
ed ai rispettivi familiari,
i migliori auguri per le
imminenti Festività
ed in particolare auspicano
per tutti un sereno e prospero
Anno Nuovo.*