

Sommario

editoriale

- 3** QUALE MEDICINA PER IL FUTURO? **Raffaele Festa**

medicina e salute pubblica

- 4** LE PROFESSIONI SANITARIE NEL XXI SECOLO E IL RAPPORTO FRENK SULLA MEDICINA DI COMUNITÀ **Bruno Pavcagnella**
- 7** DA MEDICUS SAPIENS A MEDICUS VIDENS. CONSUMISMO E CULTURA VISUALE: COME CAMBIA LA MEDICINA DOMINATA DAI MONITOR **Mario Dimonte**
- 10** L'INTERVENTO PRECOCE NELLE PSICOSI **Alessandra Paionni, Lorenza Guidelli, Sabrina Santini**

violenza di genere

- 15** VIOLENZA DI GENERE ABUSI, MALTRATTAMENTI PROGRAMMA
- 16** IL RUOLO DELLA PROVINCIA NELLA RETE ANTIVIOLENZA **Alessandra Nocciolini**
- 17** VIOLENZA DI GENERE ABUSI MALTRATTAMENTI **Silvana Saullo**
- 17** VIOLENZA E SALUTE DELLA DONNA **Lucia Bagnoni**
- 18** ACCOGLIENZA VITTIME DI ABUSO **Patrizia Petruccioli**
- 19** LA RILEVAZIONE E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NEI CASI DI VIOLENZA DI GENERE **Elisa Serafini**

medicina pratica

- 21** INTOLLERANZE ALIMENTARI **Capaccioli S., Greco M.C., Castelli A.**

diagnostica clinica

- 24** ISTEROSALPINGOGRAFIA **Ario Joghtapour, Alberto Zingarelli**

approfondimenti specialistici

- 28** DEFINIZIONE ED ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DELLA FARMACORESISTENZA NELLE EPILESSIE **Amedeo Bianchi, Chiara Maddaloni, Annalisa Bianchi**

formazione in medicina

- 32** HOUSTON ABBIAMO UN PROBLEMA: LA SIMULAZIONE IN MEDICINA PER IL MIGLIORAMENTO DEL RISCHIO CLINICO E DEL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE **Ennio Duranti, Diletta Duranti**

esperienze dal territorio

- 36** LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE **Silvana Saullo**
- 38** OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE ONCOLOGICA NELL'ASREM UN ESEMPIO DI BUONA SANITÀ DA EMULARE **Vanna Antonelli, Vincenzo Tolone**

ambiente e salute

- 40** I TUMORI DELLA TIROIDE: L'INFLUENZA DEGLI XENOBIOTICI **Mariano Cherubini**

approfondimenti

- 44** LA POLITICA CRIMINALE IN ITALIA NEL QUADRO DELLA LOTTA CONTRO LA CRIMINALITÀ AMBIENTALE **Carlo M. Grillo**

rischio clinico

- 51** GESTIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE IN MEDICINA GENERALE **dott. Damiano Parretti**
- 55** LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN TOSCANA: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE **Gino Parca**

farmacovigilanza

- 59** L'IMPORTANZA SOCIALE DELLA FARMACOVIGILANZA **Chiara Bozzano, Roberta Mastroforti, Stefano Meini, Saffi Giustini**

recensione

- 62** IL MEDICO CONDOTTO **Cesare Maggi**

IL CESALPINO

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

Dicembre 2011
anno 10 - numero 29

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile
Roberto Romizi

In redazione
Beccastrini Stefano,
Bianchi Amedeo, Bonelli Armando,
Cinelli Alberto, Dasciani Paolo,
De Napoli Isabella, Lenti Salvatore,
Pieri Piero, Ralli Luciano,
Saselli Mauro, Saullo Silvana.

Coordinatore redazionale
Cesare Maggi

Segreteria redazionale
Michela Bonet - 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:

NICCHIA VECCHIA FACCIATA DUOMO
Fotografia di Gianni Brunacci® riproduzione vietata.

DEDITORIALE

QUALE MEDICINA PER IL FUTURO?

Alcune considerazioni ed il mio saluto.

Raffaele Festa

Presidente Ordine dei Medici di Arezzo

Mentre mi accingo a lasciare il mio impegno ordinistico, credo sia mio dovere sottolineare le criticità che affliggono il nostro sistema sanitario. Lo faccio perché spero che quelli che prenderanno il mio posto, continueranno nella linea di dirittura etico - morale e abnegazione per la difesa della professione. Lo devono a quei medici che manifestano sempre più diffusi segni di insoddisfazione e di disagio professionale ed una crescente, preoccupante disaffezione verso le istituzioni sanitarie pubbliche. Si sentono accerchiati e condizionati da una burocrazia sempre più asfissiante, attenta più alla spesa che alla qualità. Una condizione che sta creando segnali preoccupanti di sfiducia dei cittadini nei confronti di una sanità pubblica che dà chiari segni di sfaldamento, che provoca anche risentimenti ed, a volte, conflittualità nei confronti dei medici, essi stessi vittime di un sistema mal gestito e sempre più oneroso per chi ha la sfortuna di ammalarsi. Urge di conseguenza una necessaria inversione di rotta. In questo tempo di crisi, occorre un forte progetto di seria politica sanitaria, capace di ridare fiducia e consapevolezza ai medici nel loro operare e sul loro futuro. Bisogna aiutarli a recuperare quella fiducia dei cittadini che è l'elemento fondante di quella alleanza terapeutica che è stato il pilastro su cui ha retto finora il S.S.N. Non è assolutamente ammissibile che un medico sia confinato nel rango di un anonimo prestatore d'opera in una sanità sempre più complessa, limitato dai difficili rapporti con le ASL e con le Regioni, ossessionato soltanto dalla quadratura dei bilanci. Bisogna creare le condizioni per una incisiva e realistica rinegoziazione delle problematiche di una moderna sanità facendo comprendere ai cittadini che i bisogni di salute sono cosa ben diversa da desideri ed aspettative che in questo tempo, sono irrealizzabili. Nel connubio di una nuova alleanza sociale, fondata sul rispetto dei ruoli e di un fondamentale rigore etico, con piena assunzione di responsabilità e completa autonomia professionale, potranno essere recuperate quella dignità e quelle certezze senza le quali la sanità è condannata allo sbandò. In tale prospettiva, si impone, oltre al miglioramento urgente del presente, l'obbligo di costruire il futuro

della professione, tutelando soprattutto i giovani medici, dando loro delle certezze. I giovani, allo stato attuale non possono costruirsi un progetto per il loro avvenire vivendo in una condizione di precarietà intollerabile e non hanno nemmeno certezze per il loro futuro previdenziale che appare particolarmente preoccupante. Specifica attenzione va poi posta nei confronti dei ruoli e dei profili professionali, minacciati sempre più dalla concorrenza, spesso illegittima, di altre categorie sanitarie, privilegiate dalla politica soltanto per i minori costi, con conseguente appiattimento dei livelli professionali verso il basso. In ultima analisi, nell'interesse degli operatori tutti e degli utenti, un buon governo della medicina futura dovrà coniugare a tutti i livelli, una domanda appropriata, ed una risposta adeguata, capace di soddisfare i bisogni. Per tutto quanto sopra esposto, è doveroso un richiamo ai giovani medici per una maggiore partecipazione alla vita ed alle attività degli Ordini. Pensare di risolvere i propri problemi professionali fuori dall'alveo ordinistico, è riduttivo e perdente nei confronti di una classe politica che ha sempre approfittato delle divisioni e dei conflitti intercategoriale per raggiungere scopi e risultati non sempre in linea con gli interessi della salute e della professione.

Nel lungo arco della mia carriera ordinistica ho cercato con le mie modeste capacità, di tener fede a questi principi, almeno nel nostro territorio. Sono trascorsi ben quarantacinque anni dalla mia prima elezione nell'Ordine, quasi una vita spesa al servizio della professione, che ho amato e vissuta con impegno costante e dedizione assoluta, stimolato dalla fiducia che mi è stata sempre accordata senza alcun condizionamento. Certamente non sarò stato perfetto ed avrò commesso errori: è nelle umane vicende, soprattutto per chi dirige. Ho però la certezza della mia assoluta buona fede e della mia lealtà verso una categoria che tanto mi ha dato a tutti i livelli, provinciale, regionale e nazionale. Altrettanto ho avuto sul piano della stima personale e su quello affettivo.

Di tutto questo vi ringrazio e vi stringo in un collegiale abbraccio.



LE PROFESSIONI SANITARIE NEL XXI SECOLO E IL RAPPORTO FRENK SULLA MEDICINA DI COMUNITA'.

Prof. Bruno Paccagnella

già ordinario di Medicina di Comunità Università di Padova

Nel 1910 fu pubblicato il famoso "Rapporto Flexner" dedicato alla formazione dei medici negli Stati Uniti e nel Canada, con le proposte dell'autore di standardizzare i criteri di qualità delle Scuole di Medicina che esistevano allora nei due paesi del Nord America, dove le scuole si erano sviluppate al di fuori di ogni controllo.

Sulla base di quel Rapporto furono standardizzati i criteri di ammissione degli studenti alle Scuole di Medicina, i curricula di studio e i loro riconoscimenti ufficiali, la durata degli studi, i rapporti con i professori e la assunzione di questi a tempo pieno, la qualità dei laboratori, le relazioni con gli ospedali di insegnamento, ecc.

Fu sostenuta l'importanza dello studio delle scienze di base (chimica, fisica, biologia, fisiologia) per la formazione dei medici; fu decisa la chiusura delle scuole mediche private e l'assorbimento di tutte le scuole nelle Università, l'accreditamento dei titoli di studio e vari altri aspetti che hanno caratterizzato le Scuole di Medicina come noi oggi le conosciamo.

Infatti l'applicazione pratica delle proposte di A. Flexner avvenne assai rapidamente, nonostante l'entità dei cambiamenti che rivoluzionarono in pieno la situazione delle circa 500 scuole mediche esistenti allora nel Nord America, le quali si erano sviluppate, come anzidetto, al di fuori di ogni controllo.

Allora, le Fondazioni statunitensi Carnegie e Rockefeller diedero notevoli contributi promozionali allo sviluppo

delle scuole di Medicina secondo i criteri di Flexner, non soltanto nel Nord America, ma anche, negli anni immediatamente successivi, in vari altri paesi dell'Europa, anche in Italia.

In particolare, tra i punti importanti da ricordare, sta la integrazione delle scienze moderne di base (chimica, fisica, biologia, fisiologia) nei curricula delle scuole universitarie di Medicina e questi, unitamente agli altri miglioramenti proposti, arricchirono notevolmente le conoscenze dei professionisti della sanità. Quella impostazione formativa dei professionisti medici è rimasta quasi stabile nel corso del XX° secolo rispetto ai grandi cambiamenti che, invece, sono avvenuti nel campo sociale, economico, demografico, tecnologico, sanitario e culturale.

Infatti, durante il secolo scorso – dal 1910 al 2010 – il panorama sanitario del mondo è cambiato profondamente per il prolungamento della vita media e l'invecchiamento delle popolazioni, per la transizione epidemiologica avvenuta dalle malattie acute verso le malattie cronico-degenerative, curabili ma non guaribili, per le nuove infezioni e i nuovi rischi ambientali e comportamentali, per le importanti evoluzioni avvenute nella concezione della salute e nelle concezioni sociali, per lo sviluppo delle tecnologie varie e per l'impatto della industrializzazione, per i cambiamenti introdotti nei sistemi di servizi sanitari e così via, mentre la formazione dei medici non è cambiata e non si è avvalsa, per



lo più, delle opportunità fornite dalla interdipendenza globale crescente tra i paesi, dovuta alla accelerazione dei flussi di conoscenze, di tecnologie, di finanziamenti e delle migrazioni di studenti, di professionisti e di pazienti.

Per questi motivi fu avvertita la necessità di riconsiderare la formazione dei professionisti sanitari del mondo all'inizio del nuovo XXI° secolo, ricordando che sono passati cento anni dalla pubblicazione del Rapporto Flexner. A questo scopo fu organizzata – (con il contributo della Fondazione Rockefeller, della Fondazione Bill e Melinda Gates e del China Medical Board) - una rete mondiale di 130 istituzioni ed esperti nel campo della formazione del personale sanitario allo scopo di avviare un programma di consultazioni a distanza mediante Internet, con il metodo Delphi e, nel gennaio del 2010 - fu costituita una Commissione –(che chiameremo Commissione Frenk dal nome del primo componente: prof. Julio Frenk, direttore della Harvard School of Public Health, Boston, USA) - formata da venti leaders di scuole mediche universitarie di diversi paesi (USA, Pakistan, Inghilterra, Perù, Cina, Sud Africa, Canada, India, Uganda, Libano). La Commissione sviluppò il programma di studio con la rete anzidetta dei 130 esperti e pubblicò alla fine un ampio rapporto con il titolo: "Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World" ("Professionisti sanitari per un nuovo secolo: trasformazione della educazione per irrobustire i sistemi sanitari in un mondo interdipendente")¹.

Lo scopo dichiarato di questo grande studio fu "di sviluppare una visione nuova con raccomandazioni pratiche di azioni specifiche che possano accelerare i passi per la trasformazione della educazione professionale dei sanitari in tutti i paesi del mondo, sia ricchi che poveri".

La Commissione Frenk si propose di adottare una visione globale dei problemi e di identificare una strategia comune per la formazione dei professionisti della Medicina, della Assistenza Infermieristica e della Sanità Pubblica guardando al di sopra dei confini del-

le singole nazioni e al di là dei bagagli culturali delle singole professioni sanitarie attualmente esistenti, adottando cioè una visione globalizzata, una prospettiva multi-professionale, un approccio sistemico molto ampio e tenendo logicamente conto delle connessioni che esistono in questo campo tra la educazione dei professionisti, i sistemi di servizi sanitari esistenti nei vari paesi e i mercati del lavoro. Ora abbiamo tentato una sintesi molto breve e parziale dell'ampio rapporto². Attualmente esistono nel mondo 2420 Scuole mediche, 467 Dipartimenti o Scuole di Sanità Pubblica e un numero indeterminato di istituzioni educative, pubbliche e private, per l'insegnamento della Assistenza Infermieristica. Nell'insieme, tutte queste scuole preparano ogni anno circa un milione di nuovi medici, infermieri, ostetriche e operatori di Sanità Pubblica, che appaiono male distribuiti tra i paesi ed entro i paesi se si considera, per esempio, che solo quattro paesi (Cina, India, Brasile e USA) hanno ciascuno più di 150 scuole mediche, mentre esistono 36 altri paesi che non ne hanno nemmeno una.

E' scaturita così la prima mappatura delle istituzioni esistenti al mondo per la preparazione del personale sanitario - medici, infermieri e operatori di Sanità Pubblica - con una ampia e approfondita analisi delle evoluzioni sinora avvenute o in corso sia per quanto riguarda i concetti scientifici e sociali, le metodologie didattiche, le istituzioni e le organizzazioni educative nei vari paesi e sia delle interazioni esistenti tra queste, i sistemi sanitari e i mercati del lavoro.

Secondo il Rapporto Frenk si sono susseguite, nel corso del secolo passato, tre generazioni di riforme educative per la formazione, in particolare, dei medici:

la prima, all'inizio del secolo, quando i percorsi formativi furono basati sulle scienze;

la seconda, intorno alla metà del secolo, quando furono introdotte innovazioni pedagogiche orientate su problemi e discipline;

la terza riforma, che ora sembra proprio necessario fare, orientata sui sistemi di servizi sanitari per migliorarne i rendimenti.

Le competenze dei professionisti - il sapere, saper fare e saper essere - dovrebbero essere adattate agli specifici contesti e alle conoscenze globali mediante adeguate riforme sia della istruzione che delle istituzioni per la educazione allo scopo di consentire un apprendimento trasformativo da parte degli studenti e una interdipendenza nella formazione.

Secondo il Rapporto Frenk:

l'apprendimento informativo si propone di formare esperti;

l'apprendimento formativo si propone di socializzare gli studenti intorno a valori con lo scopo di produrre professionisti;

l'apprendimento trasformativo, che viene sempre più auspicato, si propone di sviluppare gli attributi della leadership allo scopo di produrre professionisti sanitari in grado di agire come "agenti di cambiamento".

L'ultimo criterio comporta tre fondamentali cambiamenti del processo di formazione: dalla memorizzazione di fatti alla ricerca, analisi e sintesi dell'informazione, fino alla scelta, cioè alla decisione.

L'interdipendenza è elemento chiave nell'approccio sistemico trasformativo perché delinea e sottolinea le vie lungo le quali le varie componenti dei sistemi sanitari interagiscono fra di loro. Quindi l'apprendimento trasformativo potrà risultare da riforme che riguardano il settore della istruzione, mentre la interdipendenza nella educazione potrà risultare da riforme istituzionali. Simili riforme per una educazione professionale trasformativa incontreranno molte barriere e resistenze nel prossimo futuro, ma il risultato sarà un sistema di servizi più giusti e con migliori rendimenti.

L'assistenza sanitaria coordinata nel tempo e nello spazio abbisogna ormai di lavori di gruppo, il che non ha precedenti, ma i professionisti sanitari non hanno acquisito finora le competenze appropriate per un effettivo lavoro di gruppo e non sanno come esercitare la loro leadership effettiva per modificare, quando è necessario, i sistemi dei servizi sanitari.

Attualmente, la stima fatta dalla Commissione per la formazione dei medici è di 122.000 dollari in media per



laureato in Medicina e di 50.000 dollari per diplomato in Assistenza Infermieristica. Una curiosa constatazione, riportata nel Rapporto Frenk, è che l'investimento americano nella formazione dei professionisti sanitari è relativamente basso se viene confrontato con la spesa di 34 miliardi di dollari per la formazione di operatori nelle tecniche yoga, dei massaggi, della meditazione e di 23 miliardi di dollari per la formazione in dietetica e prescrizione di supplementi vitaminici.

Tutti i popoli e i paesi vivono oggi in uno spazio sanitario globalizzato; la globalizzazione è il fenomeno per cui il mondo viene a presentarsi come una singola unità di attività interconnesse, non ostacolate dai confini locali, quindi in modo sempre più interdipendente e la educazione professionale deve riflettere questa interdipendenza. L'imperativo consiste, secondo la Commissione Frenk, nel mettere insieme le esperienze per formare "gruppi sanitari di lavoro centrati sul paziente e basati sulla popolazione", più appropriato sarebbe dire basati sulla comunità locale.

La Commissione Frenk pensa dunque ad una nuova era di educazione professionale che porta verso l'apprendimento trasformativo e consolida la forza della interdipendenza nella educazione. Il futuro sarà contrassegnato dall'adattamento delle competenze professionali dei medici e di tutto il personale sanitario ai contesti locali specifici, quali deriveranno dalla influenza che eserciteranno i flussi globali delle informazioni e delle conoscenze, cioè dalla globalizzazione. Questa visione della Commissione è rafforzata dalle seguenti dieci indicazioni per le riforme:

- 1 - adozione di percorsi per i nuovi professionisti in formazione, basati sulle competenze affinché essi sappiano rispondere alle necessità che cambiano rapidamente piuttosto che rimanere dominati da percorsi statici. Competenze che siano adatte alle realtà dei contesti locali.
- 2 - sviluppo di una educazione interprofessionale e trans-professionale che sviluppi a sua volta le relazioni di collaborazione e non le relazioni gerarchiche nei gruppi di lavoro.
- 3 - utilizzazione delle potenzialità di

Internet per lo sviluppo delle capacità sia di raccolta e analisi dei dati, di simulazioni e dei tests, sia dei collegamenti collaborativi e di gestione delle nuove conoscenze.

- 4 - adattamento alle situazioni locali, unendo globalmente le risorse in modo da consentire di affrontare le nuove realtà locali in modo flessibile, utilizzando le conoscenze complessive, le esperienze e lo scambio di risorse delle facoltà di Medicina, dei percorsi formativi, dei materiali didattici, dei rapporti internazionali tra studenti, dello scambio di programmi.
- 5 - aumento delle risorse educative dato che le facoltà, i libri, i materiali didattici e le infrastrutture sono strumenti necessari per raggiungere le competenze.
- 6 - promozione di un nuovo professionismo (o professionalismo) che utilizzi le competenze professionali come criterio obiettivo per la classificazione dei professionisti sanitari, modificando gli attuali bagagli o silos di competenze convenzionali proprie delle singole professioni. Ciò richiede riforme istituzionali.
- 7 - avviamento di meccanismi congiunti di programmazione in ogni paese che coinvolgano gli enti interessati, i ministeri della educazione e della sanità, le associazioni, le comunità accademiche, al fine di superare le frammentazioni delle situazioni nazionali, per fissare le priorità politiche e per armonizzare la fornitura e la domanda di professionisti sanitari adeguati per soddisfare i bisogni delle popolazioni. Dato che la proporzione di donne aumenta anche nel campo sanitario bisognerà fornire a queste adeguate e uguali opportunità di vita e di lavoro.
- 8 - ampliamento degli attuali centri accademici verso sistemi accademici, estendendo la tradizionale educazione, basata su ricerca e assistenza nelle scuole di medicina e negli ospedali, verso i luoghi di assistenza sanitaria primaria e di comunità e avviando collaborazioni esterne come parti del sistema educativo.
- 9 - collegamento mediante reti, alleanze, consorzi, sia delle istituzioni su scala mondiale, sia delle associa-

zioni sociali e anche di affari, sia dei mezzi utili in particolare per superare le limitazioni dei paesi più poveri, utilizzando le tecnologie di informazione e di comunicazione.

- 10 - sviluppo della cultura di indagine critica come funzione centrale delle Università e di altre istituzioni di alta istruzione, che sono di fondamentale importanza per mobilitare le conoscenze scientifiche, le scelte etiche, i ragionamenti e i dibattiti pubblici che generano illuminate trasformazioni sociali.

Negli anni 1970-1980, quando i servizi sanitari italiani furono riformati, sorsero in Italia alcuni movimenti culturali, tra i quali quello degli ex-medici condotti (o medici di Medicina Generale) che portò alla introduzione della nuova "Specializzazione in Medicina di Comunità" nell'area della Medicina Interna, attivata nel 1977 nell'Università di Padova e successivamente in varie altre Università italiane. Ora si può dire che questa specializzazione medica si inquadra perfettamente nella visione della Commissione Frenk, la quale auspica, come si è visto, che la formazione dei professionisti sanitari del XXI° secolo sia sviluppata con l'obiettivo di favorire il lavoro di gruppo, sia focalizzata sulle persone (malate e sane) e sia basata sulla popolazione locale o, meglio, sulle comunità locali. Secondo la Norma istitutiva, la Scuola di Specializzazione italiana in Medicina di Comunità "ha lo scopo di formare medici specialisti nel settore professionale della Medicina di Famiglia e di Comunità, idonei a ricoprire ruoli dirigenziali nell'area della Assistenza Sanitaria Primaria", in piena coerenza con la visione formulata dalla Commissione Frenk, cui fa riferimento questa nota ³. ■

■ Bibliografia

1. The Lancet, vol.376, n 9756, 29 November 2010, pp. 1923-1958 (bibliografia)
2. B.Paccagnella, "Le professioni sanitarie nel XXI° secolo: il rapporto Frenk sulla Medicina di Comunità in Italia" in Pace e Diritti Umani, n.1, 2011, pp. 121-138. (bibliografia)
3. B.Paccagnella: "Salute globale e Medicina di Comunità in Italia" in Pace Diritti umani, n.3. 2010, pp.117-135 (bibliografia) ■



D **A MEDICUS SAPIENS A MEDICUS VIDENS.** **CONSUMISMO E CULTURA VISUALE:** **come cambia la medicina dominata dai monitor.**

Mariano Dimonte

Radiologo, Medico Nucleare, Sociologo.
Servizio di Radiologia Ospedale di Maglie-Scorrano-Poggiardo,
ASL Lecce
Corrispondenza:
Servizio di Radiologia, Ospedale "M. Tamborino",
via N. Ferramosca 73024 Maglie (Le); tel/fax 0836. 420275;
mariano.dimonte@libero.it

■ Riassunto

Dappertutto nel mondo si registra un continuo aumento della spesa sanitaria, a cui contribuisce la prescrizione di costosi test diagnostici, in buona parte inutili.

L'abuso di imaging che utilizza radiazioni ionizzanti, cancerogene e mutagene, pone quindi la questione della sostenibilità economica e biologica della moderna medicina tecnologica.

Questo contributo propone una lettura culturale e provocatoria del fenomeno dell'abuso e dello spreco di imaging, emblema di risorsa tecnologica ad alto costo e rischiosa, individuando nella sinergia tra cultura consumistica e dominio della comunicazione visuale una possibile spiegazione. ■

■ Parole chiave

Cancro radioindotto; inappropriata diagnostica; sostenibilità ■

"La visione senza astrazione è cieca, l'astrazione senza visione è vuota".
Arnheim R, Il pensiero visivo; 1974:223

"E' vero che una immagine può valere più di mille parole. Ma è ancor più vero che un milione di immagini non danno un solo concetto."

Sartori G. Homo videns; 2006:149

Premessa

In tutti i Paesi aderenti all'OCSE la spesa sanitaria è in forte crescita. In Italia, nel 2007, è stata pari a 8,7% del PIL, il 20,83% in più rispetto al 2002 (1).

Le tecnologie biomediche e diagnostiche contribuiscono pesantemente alla crescita della spesa per l'assistenza sanitaria (2), e l'imaging nella misura del 10% (3).

Basti pensare che nei Paesi del centro-nord Europa si eseguono mediamente 7,3 esami di tomografia computerizzata (TC) ogni cento abitanti (4).

L'innovazione tecnologica comporta un progressivo aumento dei costi della sanità a causa sia degli ingenti investimenti industriali nella ricerca e nel marketing dei nuovi prodotti, sia per la maggiore domanda di prestazioni

che l'offerta induce (5).

La questione della sostenibilità economica di una medicina che rincorre freneticamente l'innovazione merita quindi una certa attenzione, specie se si considera che i reali benefici clinici sono sempre più marginali, a fronte di un uso in buona parte ingiustificato dei test strumentali (6).

In sostanza la nostra sanità, riprendendo il titolo di un libro di Eugenio Picano, Direttore dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ideatore del progetto Stop Useless Imaging Tests (SUIT), è "malata di spreco".

L'aspetto forse che caratterizza maggiormente il saper fare medicina è praticare interventi dopo aver attentamente valutato che il beneficio clinico per il paziente supera di gran lunga costi economici e effetti collaterali nocivi.

L'esagerato uso dell'imaging nella pratica medica non sembra affatto risultare una buona pratica, anzi.

Negli USA sono stati eseguiti nel 2006 circa 85 milioni di esami tra TC, PET e scintigrafie; così rispetto al 1980



l'esposizione della popolazione generale alle radiazioni ionizzanti (agenti mutageni e cancerogeni della 1° classe IARC), è aumentata del 700%.

Complessivamente negli ultimi venti anni nei paesi industrializzati l'esposizione della popolazione alle radiazioni erogate dall'imaging è aumentata del 600% (7-10).

Poiché in pratica l'imaging raddoppia il livello di esposizione annuale della popolazione alle radiazioni, contribuendo così all'epidemiologia del cancro e degli altri effetti genotossici, considerata l'inappropriatezza di una elevata percentuale di test, il problema dell'"inquinamento da raggi" non è più trascurabile.

La presente riflessione allude ai gravi condizionamenti della medicina da parte del business, dei media, del progresso tecnologico, che la stanno rapidamente trasformando, cioè riducendo, in una semplice pratica "imaging-oriented", quindi, a mio avviso, fondamentalmente legata all'apparenza e alla superficialità delle cose.

Nell'ottica, poi, della "de-crescita" come possibile soluzione all'insostenibilità del sistema sociale basato sull'economia di mercato, sarebbe necessario invertire questa tendenza e tornare ad una medicina più sobria, essenziale, e soprattutto centrata sulla relazione umana. ■

1. Salute e mercato.

La medicina, intesa come insieme di teorie, idee, strumenti e pratiche, riproduce i modi collettivi di pensare, sentire e comportarsi, oltre che la filosofia che ispira il modello di sviluppo della società in cui opera.

Paradigma scientifico deterministico e riduzionistico, logica economica basata sulla crescita, valori culturali dominanti orientano dunque il funzionamento della sanità dei Paesi occidentali.

La crescita continua della spesa sanitaria è legata a mio avviso a questi fattori, piuttosto che al semplice invecchiamento demografico (in realtà anche denatalità, cronicizzazione delle malattie e accanimento terapeutico incidono sull'invecchiamento statistico della popolazione, ma l'attenzione pubblica su queste condizioni viene ad arte distratta, anzi viene esal-

tato il ruolo del progresso tecnologico nel determinare quello che viene spacciato come il segno del benessere sociale diffuso).

L'exasperazione del valore individualistico porta a distorcere il concetto di diritto all'assistenza sanitaria. Si crede cioè di aver diritto a tutto, subito, e possibilmente gratis; anzi si esigono prestazioni mediche anche se si persevera in condotte irresponsabili o si tratta di problemi extra-sanitari.

All'estremizzazione dei valori materialistici si deve invece l'ossessione per la cura del look e del corpo (la gratificazione proveniente dal consumo in sé; l'identità sociale basata sull'esibizione di loghi, marchi e manipolazioni del corpo; il boom dei reality e talk show: tutte espressioni dell'intreccio tra dipendenza dalle merci e voglia di affermarsi apparendo).

La salute è un target molto appetitoso per il business, che così inonda di pubblicità i luoghi medici, li trasforma in centri commerciali, punta a medicalizzare la vita quotidiana.

Più subdolamente il sistema agisce sull'immaginario collettivo inculcando fin da bambini l'idea che la vita richiede in ogni momento e per ogni problema un preciso controllo medico, come se la vita fosse, per l'appunto una malattia da curare (12).

Il progresso medico radica nella cultura popolare i miti dell'immortalità, dell'eterna giovinezza, dell'infallibilità dei farmaci e dei test, il valore supremo della bellezza estetica e della potenza fisica, l'idea della legittimità della manipolazione genetica, della possibilità di risolvere chimicamente i disagi esistenziali.

Non a caso per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la definizione di salute implica una condizione di benessere psicofisico e perfino la realizzazione del progetto di vita, lasciando così intendere che nessuno può ritenersi completamente sano e che in qualunque momento può affiorare un disturbo curabile farmacologicamente. La ricerca biomedica restringe continuamente i parametri della normalità, ampliando così il ventaglio delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche. In particolare l'aumento delle "premalattie" (prediabete, preipertensione, preosteoporosi, la esuberante vi-

vacità infantile trasformata in "Hypersensitivity disorder", ecc.) attrae nel sistema sanitario una massa di soggetti "quasi-patologici", ovvero "a rischio di essere a rischio" per dirla con Goodle (13), convinti della efficacia delle visite periodiche e dei test di screening. Tutta una macchina viene azionata per convertire in patologia condizioni in cui l'intervento medico può dimostrarsi superfluo, ingiustificato, inutile, e convincere che prevenzione e diagnosi precoce sono praticamente dei sinonimi (14).

Neppure tra quantità di prestazioni erogate e beneficio per la salute pubblica sussiste proporzionalità; anzi la qualità dell'assistenza dipende molto dal numero di test e interventi che si riescono ad evitare (15), e per Ivan Illich l'ipertrofia della organizzazione sanitaria, a causa della maggiore burocratizzazione e complessità funzionale, aumenta perfino le probabilità di errori medici e disservizi (16).

Il business sfrutta inoltre il martellamento mediatico e la spettacolarizzazione della medicina.

Le reti televisive si sincronizzano nel trasmettere storie di pazienti, interviste a dottori, operazioni dal vivo, fiction in ambienti medici, pubblicizzazioni di rivoluzionarie novità, proposizione di collette per le più disparate associazioni in nome della ricerca.

Sul versante scientifico la pubblicistica è fortemente inquinata dai conflitti d'interesse degli autori. I lavori sono costruiti ad hoc, in modo cioè da raggiungere a priori l'obiettivo prefissato; i risultati vengono sistematicamente depurati dai dati scomodi per il lancio commerciale delle novità (17).

E' come se il sistema, basato sull'ideologia consumistica, ponesse la massima cura più ad oscurare che a divulgare la verità (18). ■

2. Il potere antropogenico dei monitor

La variabile della colonizzazione culturale di matrice consumistica si intreccia con gli effetti sociocognitivi della pervasività dei media visivi, per spiegare a mio avviso l'abuso di imaging.

Le tecnologie della informazione e della comunicazione (ICT) hanno cambiato radicalmente sia la natura del vi-



vere sociale che la pratica medica (non a caso agli inventori della TC e della Risonanza Magnetica è stato conferito il Nobel).

La medicina è oggi diventata una questione di procedure computerizzate e visuali mentre il rapporto con l'utenza o gli ammalati è generalmente mediato da un monitor.

Secondo il politologo Sartori il regresso intellettuale e culturale di questa società è legata al bombardamento mediatico e al dominio della comunicazione visuale (19).

Con il progresso tecnologico la medicina riduzionistica non si preoccupa più della persona umana e del contesto ambientale in cui vive ma si limita a studiare i singoli organi, o meglio, si affida alle loro rappresentazioni grafiche.

Il medico tecnologico è dunque fondamentalmente un medico imaging-dipendente, che confonde realtà (clinica) e rappresentazioni (imaging), scarsamente capace di comunicare verbalmente e riflettere criticamente sulle dinamiche che condizionano il proprio lavoro.

Di fatto l'apprendimento e lo sviluppo intellettuale sono profondamente ancorati alla percezione visiva e la comunicazione iconica risulta accattivante perchè coinvolgente e gratificante (20).

In altri termini le immagini permettono di cogliere immediatamente significati e comunicano emozioni.

La coincidenza tra visione e pensiero, come spiegato dalla sociologia visuale, porterebbe a confondere quindi la realtà con la soggettività.

Come a dire che, per evitare che le immagini (imaging), in quanto restituzione artificiale di una realtà fisica, riflettano prevalentemente il significato soggettivo di chi comunica, è necessario per gli interlocutori (medici) conoscere il contesto socioculturale della comunicazione iconica (biografia, ambiente di vita, clinica, apparecchiature, ecc.).

Diversamente l'attività diagnostica "alla cieca" è aleatoria - i diagnostici amano definire "operatore-dipendenti" i limiti di particolari metodiche mentre la soggettività è intrinseca al processo di interpretazione iconografica - anzi può perfino pericolosamente

te allontanare dalla realtà.

Il potere fascinatore di monitor e immagini digitali muterebbe dunque l'homo sapiens in homo videns, per il quale la conoscenza della realtà si realizza semplicemente guardando delle immagini.

Inoltre, scrive la sociologa Belloni: " lo zapping TV e la navigazione nel web, mettendo insieme, in un ordine del tutto casuale e contingente, frammenti di informazione e di comunicazione, indurrebbero a forme di pensiero non sequenziale, provocando la distruzione del fondamento stesso del pensiero occidentale, la logica argomentativa e l'articolazione del discorso secondo il procedimento della narrazione" (21).

La conoscenza viene dunque sempre più frammentata dalla inflazione di informazione; l'orientamento spaziotemporale è messo in crisi dalla istantaneità e dalla decontestualizzazione delle comunicazioni; si ha una dispercezione della realtà per il continuo apporto di simulazioni.

La aspatialità e la atemporalità delle nuove modalità comunicative conducono "ad un inevitabile processo di separazione delle conoscenze dalle esperienze, e il loro fondarsi più sulla fiducia che non sulla sperimentazione. Dissociare spazio e tempo significa anche perdere la possibilità di tenere unite esperienza e conoscenza e fondare sempre più la conoscenza sull'informazione che non sulla verifica pratica".

Il dominio della visualità e la perdita delle capacità di esperire la realtà in modo diretto rischierebbero così di riportare il pensiero umano ad una fase arcaica, di indebolire le capacità di critica e la volontà di impegnarsi nella lettura, nello studio e nella libera ricerca. ■

Note conclusive

Per evitare che questa nuova generazione di medici videntes emerga è dunque necessario ritornare a valorizzare l'approccio umano, il colloquio, l'esame obiettivo, la partecipazione empatica, fattori di per sè determinanti per la guarigione del paziente ma da tempo trascurati nella formazione impartita dalle "McUniversity" finanziate dall'industria, che pre-

diligono puntare ai software di autoriconoscimento delle lesioni e ricostruzione virtuale del corpo umano.

Verso questa tendenza la raffinata logica clinica insegnata da Fiedespil (22) sembra perfino impotente.

In buona sostanza l'imaging non sostenuto dal ragionamento clinico è un vero spreco, oltre che nocivo per la salute pubblica e l'ambiente.

Operare per una società, e quindi per una medicina più sostenibile, significa opporsi a questa deriva culturale collegata ai principi ispiratori dell'economia di mercato e in particolare disaccoppiare i concetti di benessere e felicità sociale e ricchezza economica e materiale. ■

Bibliografia

1. de Waure C. Spesa sanitaria dei Paesi OCSE: trend e riflessioni. www.saluteinternazionale.inf
2. Annessi Pessina E, Cantù E (a cura). Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Pag. 22 http://portale.unibocconi.it/wps/alligatiCTP/capitolo3_oasi2002.pdf
3. Rink P. Radiology must regain initiative in research. *Diagnostic Imaging* 2005; www.diagnosticimaging.com/display/article/113619/1201627
4. European Commission. Radiation Protection n° 154; 2008. Annex 1 - DD Report 1
5. Baker L, Birnbaum H, Gepper J, Mishol D, Moyneur E. The relationship between technology availability and health care spending. *Health Affairs on-line*; 5 novembre 2003
6. Cornaglia P, Picano E. *Malati di spreco*. Bari, Laterza, 2004
7. NCRP. Medical radiation exposure of the US population greatly increased since the early 1980s. Press release 3.3.2009
8. Food and Drug Administration (FDA). Initiative to reduce unnecessary radiation exposure from medical imaging. 9 nov. 2010. www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/RadiationSafety/RadiationDoseReduction/
10. Brenner DJ. Should we be concerned about the rapid increasing of Computer Tomography usage? *Rev Environ Health* 2010; 25; 63-68
11. Fazel R, Krumholz HM, Wang Y, et al. Exposure to low-dose ionizing radiation from medical imaging procedures. *N Engl J Med* 2009; 361; 849-857
12. Conrad P. The medicalization of society: the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, John Hopkins U.P., 2007



13. Godlee F. Are we at risk of being at risk? *BMJ* 2010; 341; c4766
14. Kaunitz AM. Mammography revisited: does screening lower breast cancer related mortality? *Journal Watch* 2010; 30(19)
15. Grady D, Redberg RF. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med* 2010;170; 749-750
16. Illich I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute.* Milano, Boroli, 2005
17. Tibaldi G. La polvere del marketing. *Dialogo sui farmaci* 2010; 1; 22-23
18. Levi-Strauss C. *La via delle maschere.* Einaudi: Torino 1985; citato in: Doyle McCarthy E. *La conoscenza come cultura.* Roma, Meltemi, 2004
19. Sartori G. *Homo videns.* Bari, Laterza, 2006
20. Faccioli P, Losacco G. *Manuale di sociologia visuale.* Milano, Franco Angeli, 2003
21. Belloni MC. *La comunicazione mediata.* Roma, Carocci, 2002
22. Fidelspil G. *Logica clinica. I principi del metodo in medicina.* Milano, McGraw-Hill, 2004 ■

L'INTERVENTO PRECOCE NELLE PSICOSI

Progetto di collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale

**Alessandra Paionni*, Lorenza Guidelli*,
Sabrina Santini***

(*Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 8, Arezzo)
(s.santini@usl8.toscana.it)

■ Riassunto

Pur nella complessità e problematicità, l'intervento precoce nelle psicosi rappresenta oggi la direzione più promettente nella quale si muovono gli sforzi della ricerca, della pratica clinica e delle politiche socio-sanitarie. L'obiettivo dell'intervento precoce è rappresentato dalla necessità di individuare e trattare le fasi iniziali della psicosi. Possiamo considerare momenti focali dell'intervento precoce: il periodo prodromico o a rischio, il primo episodio psicotico, il periodo critico. L'intervento nel periodo a rischio si articola in tre fasi principali: la sensibilizzazione e informazione; la valutazione e il monitoraggio delle situazioni problematiche emerse; il trattamento del problema emerso. Nella fase di sensibilizzazione e informazione, i destinatari dell'intervento sono soprattutto i medici di medicina generale. Il medico di medicina generale può, infatti, con adeguata formazione diventare un importante filtro in grado di selezionare i casi a rischio.

Parole chiave:

intervento precoce, schizofrenia, prevenzione, disagio adolescenziale ■

Introduzione

È riconosciuto che la schizofrenia è una delle più gravi patologie psichiatriche a causa sia della precocità dell'esordio, sia del suo carattere destrutturante, sia della cronicità del suo andamento. Pur non essendo una patologia frequente (la sua incidenza è circa 0,8/10000 e la sua prevalenza è circa 0,6/100), la schizofrenia è al terzo posto tra le cause di invalidità. A questo riguardo, è importante sapere che il riconoscimento della malattia nelle sue fasi iniziali ed il suo precoce trattamento rappresentano uno dei fattori determinanti l'esito del disturbo.

Nella storia naturale della patologia schizofrenica si individuano infatti varie fasi: una fase premorbosa, che può

presentarsi con anomalie dello sviluppo psicomotorio e modesti deficit cognitivi e sociali nell'infanzia e prima adolescenza; una fase prodromica, che si caratterizza fundamentalmente per la presenza di un corredo di sintomi aspecifici quali labilità emotiva, disturbi attentivi, sintomi psicotici attenuati e transitori; una fase attiva con la comparsa dei sintomi psicotici positivi e negativi; una fase di stabilità della malattia in cui si possono verificare eventuali ricadute acute.

L'inizio reale della schizofrenia va collocato nell'adolescenza o prima giovinezza e va fatto coincidere con l'inizio di un "cambiamento" rispetto allo stato di funzionamento precedente. Caso esemplare può essere considerato quello dell'adolescente che comincia a presentare: difficoltà di inserimento e di integrazione nel gruppo dei coetanei; problemi di rendimento scolastico; comportamenti oppo-



sitivi nei confronti dei genitori; difficoltà di rapporto con l'altro sesso; cambiamento di interessi; deterioramento del rendimento; tendenza all'isolamento; preoccupazioni somatiche immotivate; interruzione degli studi; abulia; comportamenti impulsivi ed eventualmente alcune evidenti, anche se non gravi, bizzarrie comportamentali.

Se è ormai da tempo che è diventato dovere prioritario per i servizi di salute mentale fornire un trattamento appropriato e tempestivo in occasione del primo episodio psicotico, si deve oggi considerare maggiormente il ruolo cruciale che le fasi prodromiche della malattia ricoprono nell'andamento della schizofrenia e delle sindromi ad essa correlate.

Negli anni '90 studi retrospettivi condotti in Paesi con servizi di salute mentale ben organizzati (1; 2), hanno mostrato che il primo episodio psicopatologico è preceduto da una fase prodromica di durata pluriennale e preannunciato più a breve termine dall'emergenza di manifesti sintomi psicotici da almeno un anno. In questi studi il dato preoccupante era rappresentato dalla constatazione che la maggior parte delle conseguenze psicosociali della schizofrenia tendeva ad apparire durante la fase patologica che precedeva il trattamento. Ciò significa che i pazienti schizofrenici venivano sottoposti a terapia e trattamenti riabilitativi soltanto dopo che il declino o la disintegrazione dei loro rapporti sociali erano diventate realtà ormai difficilmente reversibili, con serie e inevitabili conseguenze per la situazione esistenziale e per la qualità della loro vita. Vari studi effettuati agli inizi dell'ultimo decennio (3; 4) hanno mostrato, invece, che un intervento precoce attivato durante le fasi iniziali della patologia ne influenza favorevolmente il decorso (rispetto, ad esempio, alla percentuale di casi che si trasformano in psicosi) e migliora la situazione sociale del paziente.

Da quanto emerge da questi studi si conclude che un intervento precoce, programmato in modo ottimale e contestualizzato all'interno di una rete di servizi per la salute mentale adeguatamente ricca e coordinata, può sensibilmente migliorare la qua-

lità della vita del soggetto affetto da psicosi e ridurre al contempo gli elevati costi materiali che la malattia comporta, sia per le famiglie, sia per la società nel suo insieme. Quindi, anche nei confronti del disagio psichico è ormai evidente che la best practice deve essere rappresentata da trattamenti fase-specifici, che colgano il malessempio appena possibile, e vi intervengano dispiegando tutte le risorse e gli strumenti attualmente disponibili, compreso un atteggiamento di fiduciosa disponibilità al cambiamento.

Pur nella complessità e problematicità, l'intervento precoce nelle psicosi rappresenta oggi la direzione più promettente nella quale si muovono gli sforzi della ricerca, della pratica clinica e delle politiche sociosanitarie. Il concetto di intervento precoce, comune in realtà a tutti i campi e i problemi della salute, incontra tuttavia ancora notevoli resistenze in ambito psichiatrico. I principali argomenti a favore dell'opposizione all'individuazione e al trattamento delle persone a rischio di psicosi sono la difficoltà di distinguere i sintomi da una normale esperienza adolescenziale, la non specificità dei segnali precoci e quindi la loro scarsa accuratezza diagnostica, la conseguente possibilità di falsi positivi, la stigmatizzazione che può derivare da una precoce immissione in un circuito psichiatrico. Va tenuto conto, comunque, che intervenire precocemente non significa intervenire prima del tempo, o prematuramente, come secondo alcune critiche è stato interpretato soprattutto qualche anno fa, ma significa intervenire "a tempo", prima di quanto sia usuale intervenire. È necessaria quindi una trasformazione, un cambiamento di atteggiamenti e di pratiche, per ricercare ed applicare strategie specifiche ed efficaci, il più possibile fondate sulle evidenze, che permettano di affrontare le fasi iniziali delle psicosi. ■

Modelli di riferimento per l'intervento precoce nella schizofrenia

Nel Mondo vi sono 200 centri che fanno Intervento Precoce nella Psicosi. In Italia solo uno strutturato, anche se sono in corso vari progetti: si tratta del Programma 2000, in atto

dal 1999 presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano (5). Tuttavia il modello di assistenza italiano, quello previsto dal Progetto Obiettivo Nazionale (2001), costituisce, sotto il profilo dell'organizzazione dei servizi, una base avanzata rispetto a molte realtà estere in quanto prevede condizioni tempestive ed articolate di presa in carico del malato ed il coinvolgimento attivo del suo contesto familiare e sociale. In altre parole in Italia si è sviluppato un modello di assistenza community based cioè "territoriale", che si configura quale strumento forte di contenimento di gran parte dei fattori di rischio, trascurati dai modelli hospital based (6).

L'obiettivo dell'intervento precoce è rappresentato dalla necessità di individuare e trattare le fasi iniziali della psicosi. Con tale espressione ci si riferisce non solo al momento dell'esordio riconoscibile e al periodo che lo segue, ma, con una accentuazione della prospettiva preventiva, anche al periodo che lo precede, definibile retrospettivamente come "prodromico" o, prospetticamente, come "periodo a rischio" (7; 8). Nell'intervento precoce si individuano tre momenti focali: il periodo prodromico o a rischio, il primo episodio psicotico, il periodo critico. ■

Intervento precoce nel periodo a rischio

Il periodo prodromico viene definito come il tempo che intercorre tra il manifestarsi evidente di segnali di disagio e l'emergere riconoscibile della patologia psicotica. È anche il tempo che, qualora non venga individuato come destinatario di opportuna attenzione o iniziativa terapeutica, definisce la DUI, vale a dire la duration of untreated illness, la durata della malattia non trattata. È noto dalla letteratura (9) che circa i 2/3 di quanti svilupperanno in seguito una psicosi presentano nei due-tre anni che precedono l'esordio, ma alcuni fino a cinque anni prima, dei segnali e sintomi precoci. La identificazione tempestiva di questa fase e l'intervento in essa con fattori di protezione e di sostegno è accertato che rappresenta la migliore e ad oggi più perseguibile opportunità



di "prevenzione indicata". L'intervento nel periodo considerato a rischio si rivolge a persone sintomatiche con diminuito funzionamento sociale e previene i danni al normale sviluppo personale e sociale, in quanto alza la soglia della vulnerabilità e in caso di transizione alla psicosi, minimizza i costi umani ed economici dell'esordio. L'obiettivo dell'intervento precoce in questa fase è l'identificazione dei soggetti che presentano quelle caratteristiche personali e familiari che si ritiene costituiscano un alto rischio per lo sviluppo della patologia più grave e il loro eventuale trattamento. L'intervento nel periodo a rischio si articola in tre fasi principali: la sensibilizzazione e informazione; la valutazione e il monitoraggio delle situazioni problematiche emerse; il trattamento del problema emerso.

I programmi di sensibilizzazione e informazione, si rivolgono primariamente ai medici di medicina generale e alle agenzie pubbliche e private coinvolte con il mondo giovanile (scuola, soprattutto). In questi contesti è indispensabile fornire strumenti per una conoscenza dei segnali di rischio, accanto ad una visione più ottimistica e meno stigmatizzante della schizofrenia.

Nella fase successiva occorre effettuare una attenta valutazione delle situazioni di disagio e dei fattori di vulnerabilità emersi. Ciò si ottiene tramite dei colloqui strutturati con il giovane, la somministrazione di strumenti standardizzati di valutazione, la raccolta di informazioni dall'ambiente di riferimento, in particolare la famiglia. Sebbene molti dei segnali evidenziati, oltre che essere letti come precursori di psicosi, possano appartenere ad altri disagi o ad un particolare momento di crescita e di adattamento adolescenziale, ad essi si deve dare comunque una risposta adeguata e specifica che prevede, a seconda dei casi, attenzione, sostegno o cura. Tuttavia l'identificazione di una costellazione di essi (difficoltà di concentrazione e di attenzione, disturbi attenuati del pensiero, marcato ritiro sociale, difficoltà scolastiche o lavorative, ansia, depressione) soprattutto se accompagnati da alcuni aspetti di vulnerabilità, come familiarità psichiatrica

e presenza di complicanze perinatali, suggerisce un approccio più direttamente preventivo e specifico. Concretamente esso si realizza attraverso una serie di interventi mirati psicologici, sociali e, se necessario, anche farmacologici. ■

Intervento precoce nel primo episodio psicotico

Un altro momento chiave dell'intervento precoce è il manifestarsi evidente della psicosi, vale a dire il primo episodio che può essere riconosciuto come psicotico per la comparsa in modo appariscente di sintomi positivi (allucinazioni, deliri, comportamento disorganizzato o catatonico). Si tratta di un episodio drammatico, quasi sempre angosciante, che appare senza causa, senza significato, improvvisamente e sconvolge la persona e il suo senso di sé, oltre all'ambiente intorno, in particolare la famiglia. Nonostante questo impatto drammatico e dirompente, esiste spesso un ritardo tra la comparsa dei gravi sintomi e la richiesta di aiuto clinico con conseguente entrata in trattamento. Questo ritardo va in genere da 1 a 2 anni e misura la DUP, vale a dire la duration of untreated psychosis, durata della psicosi non trattata. La DUP insieme alla DUI e alla qualità dei trattamenti, rappresentano le variabili manipolabili di esito nella psicosi. Vari studi (9; 10) indicano un chiaro legame tra una DUP più lunga (in genere superiore ai sei mesi) e i tempi e il livello della remissione, la frequenza delle ricadute, la resistenza al trattamento.

Anche l'individuazione precoce dei casi all'esordio, così come di quelli in situazione di rischio, ha come premessa operazioni di sensibilizzazione e di informazione per accrescere le conoscenze sulla malattia e sulle modalità e possibilità di cura, rivolte sia alla comunità in generale, ma soprattutto agli educatori (scuola) e operatori della salute (MMG). Un trattamento mirato del primo episodio rappresenta nella maggior parte dei casi la più decisiva opportunità per stabilire un aggancio duraturo ed efficace e si caratterizza come il primo passo di una presa in carico visibile, accessibile, competente, specifica.

Il trattamento del primo episodio psi-

cotico deve fornire un trattamento farmacologico secondo linee guida mirate, strategie di trattamento psicologico e psicosociale che aiutino il ragazzo a dare un senso all'esperienza vissuta, proteggendo il senso di sé e l'autostima, e trasmettendo fiducia e speranza. Va sottolineata l'importanza di trattare adeguatamente il primo episodio psicotico in quanto i dati di letteratura suggeriscono che la percentuale di soggetti al primo episodio che risponde al trattamento è superiore rispetto a quanto si verifica nei soggetti schizofrenici con una storia di cronicità. Un elemento determinante riguardo a questo aspetto è la compliance farmacologica che costituisce un problema rilevante nella gestione del paziente schizofrenico: tra i fattori che influenzano l'adesione al trattamento vanno annoverati la tollerabilità e l'efficacia del trattamento, le aspettative e il vissuto soggettivo del paziente nei confronti della farmacoterapia e il livello di insight. Una terapia ottimale dovrebbe essere efficace sulla sintomatologia positiva, negativa e cognitiva, ben tollerata ed anche attiva sulla prevenzione delle ricadute. Con l'introduzione nella pratica clinica degli antipsicotici atipici, che hanno dimostrato avere un profilo di efficacia e di tollerabilità superiore rispetto agli antipsicotici tipici, molti autori (11; 12) hanno proposto che tali farmaci possano essere utilizzati per il trattamento dei soggetti al primo episodio e le linee guida dell'American Psychiatric Association prevedono l'uso degli antipsicotici di seconda generazione come prima scelta nel trattamento del paziente schizofrenico al primo episodio di malattia.

Intervento precoce nel periodo critico

Come già constatato da Lieberman (13) i tassi di remissione del primo episodio sono molto buoni, spesso anche in assenza di trattamento, soprattutto per quanto riguarda la sintomatologia positiva. Ma se anche i sintomi sono stati trattati o si sono fortemente attenuati, la vulnerabilità resta la caratteristica degli anni che seguono l'esordio. Birchwood (14) ha introdotto a questo proposito l'espressione "periodo critico". Si tratta di un

periodo in cui la psicosi può continuare i suoi danni biologici e psicosociali. Ma è anche un periodo ancora plastico ed è per questo che i dati esistenti sembrano indicare la necessità di una presa in carico, seppure di diversa intensità, per un periodo di almeno cinque anni (15).

Gli obiettivi specifici del trattamento nel periodo critico sono rappresentati dal mantenimento del trattamento farmacologico, dal fornire strumenti per il riconoscimento dei segnali di ricaduta, dal trattamento dei sintomi persistenti, dallo sviluppo del funzionamento sociale, dal rafforzamento dell'autostima e superamento dello stigma, dal trattamento degli aspetti di comorbidità, dal coinvolgimento e partecipazione attiva delle famiglie. Tali obiettivi vengono perseguiti con trattamenti multimodali, in cui si utilizzano competenze farmacologiche, psicoterapeutiche, psicoeducazionali, riabilitative, condotte possibilmente in contesti ad hoc non stigmatizzanti. ■

Il progetto di collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale di Arezzo e MMG

Alla luce di queste premesse teoriche, ci proponiamo di attivare un progetto di collaborazione fra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Medici di Medicina Generale (MMG), con particolare riferimento alla Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) di Arezzo. Si tratta, in realtà, di applicare il modello che abbiamo descritto e che è già operativo in altri Dipartimenti di Salute Mentale italiani.

Lo scopo del progetto è quello di aprire nuovi canali di comunicazione e collaborazione che consentano ai medici di Medicina Generale di inviare al Servizio di Salute Mentale soggetti non ancora in fase conclamata di malattia. Come primo intervento abbiamo organizzato una giornata di aggiornamento che si è svolta l'8 Ottobre 2011 presso l'Ordine dei Medici di Arezzo. L'obiettivo è stato sia quello di sensibilizzare sul tema delle psicosi fornendo delle informazioni scientificamente fondate e aggiornate, sia di presentare uno strumento di assessment veloce e affidabile, utilizzabile nella fase di screening dal medico di Medicina

Generale. Si tratta della Checklist ERIraos (Intervista per l'individuazione del disagio psichico giovanile): l'intervista fa parte degli strumenti ERIraos, elaborati dall'Unità di ricerca sulla Schizofrenia di Mannheim (Germania), diretta dal Prof. Hafner (16), che comprendono inoltre la Symptom-list e Moduli e Strumenti associati entrambi di utilizzo specialistico. La Checklist ERIraos permette l'individuazione di soggetti a rischio di psicosi. Lo strumento è rivolto a diverse figure professionali che possono entrare in contatto con i segnali prodromici di malattia e in tal senso la figura privilegiata è senza dubbio quella del MMG. Essendo una scala ad alta sensibilità ma bassa specificità, con l'inclusione, quindi, anche di casi dubbi, e quindi di falsi positivi, è necessario poi un approfondito assessment psichiatrico dei casi segnalati. La Checklist ERIraos è un'intervista semi-strutturata costituita da 17 items ognuno dei quali corrisponde ad un sintomo; i sintomi indagati si distinguono in sintomi aspecifici, sintomi di base e indicatori di psicosi (Tab 1).

SINTOMI DELLA CHECK-LIST ERIraos

1. Ritiro sociale
2. Timidezza/riservatezza
3. Umore depresso
4. Disturbo delle funzioni corporee
5. Sensazione di rallentamento
6. Comportamento/interesse nel lavoro/studio
7. Trascuratezza di sé
8. Tensione/nervosismo/agitazione
9. Irritabilità
10. Affollamento delle idee/fuga delle idee
11. Sospettosità/diffidenza
12. Idee di riferimento
13. Derealizzazione
14. Cambiamenti della percezione
15. Interferenza del pensiero
16. Ideazione paranoide
17. Allucinazioni

Tab.1

Per ciascun item la valutazione è stata deliberatamente disposta in modo semplice: non c'è valutazione del grado di severità né della durata; per ogni items sono previste tre possibili risposte: SI, NO, ? (impossibile va-

lutare con certezza). Separate dagli items che indagano i sintomi, si trovano tre domande conclusive che valutano la presenza di complicanze avvenute durante la gestazione e il parto e l'eventuale presenza di familiarità psichiatrica. Il cut-off dell'intervista è rappresentato da un punteggio uguale o superiore a 12, tuttavia può essere utile includere anche soggetti con soglia bassa, uguale o superiore ad un punteggio di 6, se presenti fattori di rischio che abbiamo elencato nella tabella seguente. (Tab 2).

FATTORI DI RISCHIO CHE ASSOCIATI AD UNA ERIraos BASSA (punteggio 6) POSSONO GIUSTIFICARE UN INVIO PER UNA VALUTAZIONE

- Presenza di disturbi del sonno
- Basso livello di scolarità
- Difficoltà di concentrazione, memoria insorte nell'ultimo anno senza causa apparente
- Idee bizzarre
- Familiarità per disturbi psicotici
- Declino funzionale
- Uso continuo di cannabis
- Scarsa rete sociale

Tab.2

Il progetto prevede la individuazione dei soggetti a rischio di psicosi, in una fascia di età compresa fra i 14 e i 35 anni, attraverso la somministrazione della Checklist ERIraos da parte dei MMG. I casi selezionati saranno successivamente inviati alla équipe dedicata della UFSMA, dove verrà effettuato un assessment approfondito attraverso valutazioni cliniche e la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati. Nel caso in cui vengano confermate le ipotesi di rischio psicotico o di esordio psicotico si attuerà una presa in carico da parte della UFSMA della persona attraverso una strategia di intervento terapeutico-riabilitativa multimodale. ■

Conclusioni

Attualmente, disponiamo di una significativa quantità di evidenze cliniche che ci consentono di considerare la psicosi sotto un profilo diverso che non in passato. Ciò che sappiamo



ci permette di individuare nelle fasi iniziali della psicosi un "periodo critico" in cui possono avvenire le compromissioni più decisive, ma in cui la situazione psicopatologica e relazionale del soggetto è ancora molto plastica e malleabile al trattamento. L'identificazione precoce e l'intervento tempestivo ed appropriato sono obiettivi cruciali della ricerca e delle pratiche cliniche e di organizzazione dei servizi. Naturalmente molti segnali, potenziali fattori di rischio, come difficoltà di attenzione e di concentrazione, ritiro sociale e problematiche scolastiche, possono non essere precursori di un'evoluzione psicotica, ma essere attribuiti ad altri disturbi o a una particolare fase del processo di crescita adolescenziale. In ogni caso, la pericolosità per il futuro sviluppo personale e relazionale dell'individuo e le possibili gravi ricadute sull'ambiente necessitano di accurate valutazioni della situazione e di eventuali risposte protettive, adeguate e specifiche. Con il nostro progetto di collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale e medici di Medicina Generale, ci proponiamo di provare a modificare i paradigmi della pratica clinica, tentando di abbandonare la rassegnazione della cura e della riabilitazione e accettare la sfida della prevenzione. ■

■ Bibliografia

1. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M., Malyerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R., Duration of psychosis and outcome in first episode of schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 1183-8.

2. McGlashan T.H. & Johannessen J.O., Early detection and intervention with schizophrenia: rationale, *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22, 201-22.
3. Schaffner K.F. & McGorry P.D., Preventing severe mental illnesses – new prospects and ethical challenges, *Schizophrenia Research*, 2001, 51, 3-15.
4. Larsen T.K., Friis S., Haar U., Joa I., Johannessen J.O., Melle I., Opjorsmoen S., Sionsen E. and Vaglum P., Early detection and intervention in first episode schizophrenia: a critical review, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103, 323-34.
5. Cocchi A. & Meneghelli A., Programma 2000. Programma sperimentale di individuazione e intervento precoce all'esordio di patologie mentali. Secondo rapporto annuale ad uso interno, Milano: Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, 2001.
6. Cocchi A. & Meneghelli A., Obiettivi e sviluppi di una esperienza pilota di intervento precoce nelle psicosi, *Psichiatria di Comunità*, 2002, 1-2, 57-67.
7. Hafner H., Loeffler W., Maurer K., Riecher-Rössler A., Nowtmy B., Onset and early course of schizophrenia. In *Search of the Courses of Schizophrenia*, vol. III. Eds. H. Hafner & W.F. Gattaz. Dormstadt: Steinkopff Verlag, 1995.
8. McGorry P.D., Secondary Prevention of mental disorders. In *Textbook of Community Psychiatry*, eds. G. Thornicroft & G. Szmeukrl. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. Klosterkotter J., Predicting the onset of Schizophrenia. In *Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Towards a conceptual model of the Disease Process*, eds. H. Hafner & W.F. Gattaz. Dormstadt: Steinkopff Verlag, 2002.
10. McGlashan T.H., Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research, *British Journal of Psychiatry*, 1999, 172 (Suppl.33), 3-6.
11. McEvoy J.P., Hogarty G.E. and Steingard S., Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia. A controlled study of the neuroleptic threshold and higher haloperidol dose, *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48 (8), 739-45.
12. National Institute for Clinical Excellence (NICE), Guidance on the use of newer (atypical) Antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia, *Nice Technology Appraisal*, 2002, 43.
13. Lieberman J.A., Prediction of outcome in first episode schizophrenia, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993, 54 (Suppl. 3), 13-7.
14. Birchwood M., McGorry P.D. and Jackson H., Early intervention in Schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, 2-5.
15. Linszen D., Lenior M., de Haan L., Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172 (Suppl. 33), 84-9.
16. Hafner H., Riecher-Rössler A. & Hambrecht M., Iraos: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 1992, 6, 209-23. ■



*Corso di aggiornamento obbligatorio per Medici di Medicina Generale,
accreditato per Medici Specialisti Ospedalieri e Medici iscritti all'Ordine
dei Medici di Arezzo*

VIOLENZA DI GENERE, ABUSI, MALTRATTAMENTI

Conoscere, diagnosticare, prevenire, informare

Sabato 14 maggio 2011 – Hotel Minerva, Via Fiorentina 4, Arezzo

*promosso dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Arezzo
in collaborazione con ASL 8 di Arezzo, SIMG Arezzo,
FIMMG Arezzo, Centro Francesco Redi*

- ore 8.30 Registrazione dei partecipanti
- ore 8.45 **Saluti**
Dr.ssa Branka Vujovic, Direttore Sanitario ASL 8 Arezzo
Dr. Lorenzo Droandi, Vice Presidente Ordine dei Medici di Arezzo
- ore 9.00 **Il ruolo della Provincia nella rete anti violenza**
Alessandra Nocciolini, Resp. Centro Pari Opportunità Arezzo
- ore 9.30 **Il MMG e il PLS: un fenomeno nascosto?**
Dr.ssa Silvana Saullo, MMG ASL 8 e Coord. Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Arezzo
Dr.ssa Angela Laganà, PLS ASL 8
- ore 10.00 **Violenza e salute delle donne**
Dr.ssa Lucia Bagnoli, ginecologa ASL 8 e Resp. UF Consultorio Valdichiana
- ore 10.30 **Accoglienza alle vittime di violenza/abuso; il percorso organizzativo della ASL 8**
Dr.ssa Patrizia Petruccioli, Dir. UO Ostetricia Professionale ASL 8
- ore 11.00 **Riconoscere la violenza di genere: valutazione e rilevazione del rischio**
Dr.ssa Elisa Serafini, psicologa Associazione Pronto Donna
- ore 11.30 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti moderato da un coordinatore**
- ore 13.00 **Conclusioni**
- ore 13.15 Questionario di valutazione
- ore 13.30 Fine dei lavori

Animatori:
Dario Grisillo
Roberto Romizi



Il tema della violenza di genere è stato oggetto di un Convegno tenutosi in Arezzo il 14.5.2011. Conoscere, diagnosticare, prevenire, informare sono stati i punti sui quali si sono incentrati gli interventi delle relazioni sul tema. L'incontro è stato promosso dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ord-

ine dei Medici di Arezzo in collaborazione con ASL 8 di Ar, SIMG di Ar, Fimmg di Ar e Centro Francesco Redi, anch'esso di Ar.

Pubblichiamo, in sequenza, gli abstracts relativi agli argomenti trattati. ■

IL RUOLO DELLA PROVINCIA NELLA RETE ANTIVIOLENZA

Alessandra Noccolini

Responsabile centro pari opportunità Provincia di Arezzo

La violenza di genere è la violenza perpetrata contro donne e minori, basata sul genere ed è ritenuta una violazione dei diritti umani.

Parlare di violenza di genere in relazione alla diffusa violenza su donne e minori significa rilevare come il fenomeno sia la manifestazione di un rapporto tra uomini e donne storicamente diseguale in cui il maschio tende a dominare e a discriminare la femmina

Nell'introduzione della Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne del 1993 all'art.1, si descrive la violenza contro le donne come «Qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata».

Purtroppo il fenomeno della violenza di genere è diventato tema di dibattito pubblico soltanto da pochi anni.

Da più di 15 anni, invece, le Amministrazioni che si sono susseguite nella Provincia di Arezzo si sono impegnate per prevenire, contrastare e curare i danni provocati dalle diverse forme di violenza di genere.

I nostri progetti di ieri oggi sono divenuti servizi ed abbiamo istituito presidi di prima accoglienza e protezione, per poter favorire quelle donne che vogliono uscire dalle violenze o che vogliono sottrarsi al "mercato" della prostituzione coatta.

E' da sottolineare il percorso scelto per queste azioni progettuali, che prevede sempre la totale condivisione delle finalità con gli Enti Pubblici (Comuni, Conferenze dei Sindaci,...), le Istituzioni (Forze dell'Ordine, Prefettura, ecc...), la ASL, le Associazioni di Volontariato.

Con l'Associazione Pronto Donna - Centro antivio-

lenza - la Provincia di Arezzo ha iniziato ciò che nel 1996 sarebbe potuto sembrare un sogno, ma che poi si è concretizzato nella costruzione di una rete di soggetti pubblici e privati che operano tutti con lo stesso fine, per il sostegno delle donne e dei loro figli lungo tutto il percorso di uscita dalla violenza, nella ricerca della casa e del lavoro e per la promozione della cultura della non violenza. Tale lungo processo è culminato - a seguito dell'emanazione della Legge Regionale 59 del 2007 "Norme contro la violenza di genere" - nel 2009, quando è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa per la costituzione della "Rete provinciale contro la violenza di genere".

Dopo l'attivazione nel 2002 presso il Centro Pari Opportunità dello sportello della Provincia, gestito dall'Associazione Pronto Donna, collegato ai servizi di accoglienza abitativa, oggi punto di riferimento territoriale per donne con problemi di disagio ma anche di violenze e servizio a bassa soglia al quale accedono moltissime utenti, sono stati quindi istituiti nel 2009 altri sportelli provinciali (in Casentino, Valtiberina, ValdiChiana) e un prossimo sarà aperto in Valdarno.

L'aver costruito un sistema a contrasto della violenza di genere, con soggetti istituzionali e coinvolgendo attivamente il privato sociale, si è rivelata ad oggi la migliore scelta per garantire un servizio tempestivo e protetto che ha favorito la creazione di un modello di rete inclusiva. Questo potrà essere perfezionato con l'adesione di nuovi soggetti che con le loro competenze renderanno più efficiente e più adeguato il funzionamento della rete. In questo modo sarà inoltre possibile implementare l'apposita sezione dell'Osservatorio in ambito provinciale per la raccolta, elaborazione e analisi dei dati sulla violenza di genere (Linee guida LR 59/07, e art.40 comma 3 LR 41/05). ■

VIOLENZA DI GENERE ABUSI MALTRATTAMENTI

Dr. Silvana Saullo

Medico Medicina Generale USL 8 Arezzo.

Gli operatori sanitari anche se nella loro attività professionale hanno incontrato persone che hanno subito violenza, maltrattamenti fisici e psicologici non sempre hanno gli strumenti formativi e culturali necessari per riconoscerle.

Questo incontro organizzato dall'Ordine dei Medici di Arezzo si propone di portare un contributo a tutti i medici che sono interessati al riconoscimento precoce, adeguata accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza, maltrattamenti e abusi.

OMS cita testualmente che la violenza contro le donne ha gravi conseguenze sulla loro salute mentale, fisica e sessuale.

Il fenomeno Violenza è sempre in crescita;

nella maggioranza dei casi le violenze non sono denunciate, il sommerso arriva oltre il 90 %, evidenziando che il silenzio avvolge la violenza e che ci

vuole un sistema integrato di gestione e di cure per rompere una pericolosa spirale che può generare altre violenze e abusi intrafamiliari fino alle generazioni future.

Le donne subiscono più tipi di violenza e più episodi di violenza da diversi autori;

oltre il 50 % non ne parla con nessuno! I dati sulla violenza sono quelli che derivano dal numero di accessi alle strutture di emergenza, ma le donne che afferiscono al Pronto Soccorso, raramente esplicitano la loro condizione di disagio.

Da vari studi e inchieste emerge una forte difficoltà delle vittime a relazionarsi con fiducia con gli operatori sanitari, una scarsa aspettativa sulla capacità di risposta degli stessi e una costante difficoltà dei servizi territoriali a decodificare la richiesta di aiuto. Ancora più difficoltoso è indagare il fenomeno violenza domestica, dove

la donna assume un atteggiamento di paura e di difesa e dove ci vuole molto tempo per maturare la decisione di uscire dalla violenza.

Le vittime di violenza si rivolgono al proprio medico di base 3 volte in più rispetto alle altre donne e quindi il medico rappresenta per esse una forte aspettativa.

Oggi discutiamo di quanto ognuno di noi può fare:

MMG -ASL- TERRITORIO- CONSULTORIO - ASSOCIAZIONI- ISTITUZIONI

Non basta saper ascoltare, compatire, accogliere le donne che arrivano nei nostri ambulatori;

la presa in carico prevede una integrazione tra medici, infermieri, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, istituzioni, etc, un team, una rete capace di offrire aiuto e sostegno alla donna rispettandone le decisioni e i tempi. ■

VIOLENZA E SALUTE DELLA DONNA

Dott.ssa Lucia Bagnoli

Ginecologa Asl e Resp. UF Consultorio Valdichiana

Le statistiche comunitarie rilevano, in base ad indagini realizzate sui dati inerenti i reati negli stati membri, che in Europa la violenza rappresenta la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni e nel nostro paese si ritiene che ogni

tre morti violente, una riguarda donne uccise da un marito, un convivente o un fidanzato.

Una donna su 4 ha subito una qualche forma di violenza nella sua vita, in famiglia o nell'ambiente di lavoro.

È quindi un problema diffuso, serio,

sottostimato, che necessita di maggiore attenzione da parte della rete dei servizi sanitari.

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo centrale nello screening della violenza, in particolare di quella domestica, che ha l'incidenza maggiore



ed è spesso perpetrata dai padri verso le madri e i figli. La maggior parte delle volte si tratta di violenza fisica o di maltrattamenti, che sono reati perseguibili d'ufficio: questo comporta anche degli obblighi di responsabilità professionale con conseguenti ricadute anche giuridiche sul MMG.

Imparare a raccogliere un'accurata anamnesi, cercando di accogliere le donne che ricorrono al MMG con frequenza maggiore delle altre, non trascurare il dubbio che qualcosa non va, questo è il compito del MMG.

Il 90% delle donne ritiene che il medico potrebbe aiutarle verso i problemi che hanno a causa della violenza che stanno subendo. Le vittime riferiscono che, sebbene sia difficile parlarne inizialmente, sarebbero disposte a farlo, in privato, con un medico che faccia loro domande sulla violenza all'in-

terno di un contesto di cure e non valutativo.

La realtà è che la maggioranza di queste donne hanno atteso per molto tempo che qualcuno chiedesse loro della violenza presente nella loro vita.

E' una violenza di genere: è una violenza che si annida nello squilibrio relazionale tra i sessi e nel desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul femminile.

Ha a che fare molto più col potere che con la sessualità.

Danneggia la salute fisica (traumi, ferite, fratture), ma ancor più quella psichica, riducendo la fiducia in se stessa della donna e causando ansia e disturbi psichici.

Danneggia i bambini e la famiglia. I bambini che assistono alla violenza sviluppano disturbo da stress cronico, con riduzione dell'autosti-

ma e disturbi comportamentali e dell'alimentazione.

Le donne presentano traumi frequenti in zone coperte del corpo: il seno, il torace, la schiena. Spesso affermano di essere cadute. Oppure presentano mal di testa cronico, disturbi gastrointestinali ricorrenti, dolore pelvico cronico, infezioni genitali recidivanti o malattie sessualmente trasmesse.

Ad Arezzo esiste una procedura aziendale che riguarda l'accoglienza delle vittime di violenza, di abusi e maltrattamenti che attiva i servizi e coinvolge anche i MMG: il Consultorio lavora in collegamento per la presa in carico dei casi non acuti, il Pronto Soccorso si attiva per i casi acuti dove sia necessario reperire e trasmettere campioni biologici all'Autorità Giudiziaria ai fini probatori. ■

A

CCOGLIENZA VITTIME DI ABUSO

Dott.ssa Patrizia Petruccioli

Dir. U.O. ostetricia Professionale Asl 8

Nonostante i recenti sforzi normativi, ancora oggi il fenomeno della violenza e/o dell'abuso si presenta come un problema sommerso, vissuto da chi lo subisce con paura e vergogna.

La Struttura Sanitaria è chiamata a dare sostegno e solidarietà competente alle persone vittime di maltrattamento e di abuso, utilizzando strumenti di aiuto relazionali e clinici utili a tutelare queste persone e a individuare correttamente i responsabili di tale reato. A garanzia del proprio ruolo sociale e sanitario l'AUSL 8 ha articolato un percorso organizzativo ad hoc che prevede i momenti fondamentali della corretta presa in carico della vittima di abuso, ad iniziare dal suo arrivo alle Strutture organizzative ospedaliere o territoriali.

Il momento dell'accoglienza è, quindi,

il momento fondamentale della presa in carico della paziente, ha finalità di cura ma anche di raccolta prove al fine di tutelare i diritti della vittima. Dalla necessità di migliorare l'intervento a sostegno delle vittime di violenza è nata la volontà di creare delle alleanze tra gli attori ospedalieri e territoriali che si occupano del problema. Fra le associazioni che collaborano attivamente con i Servizi Sociali e con le forze dell'ordine per interventi di tutela e sostegno a favore di donne in situazione di disagio, l'Associazione Pronto Donna è un punto di riferimento all'interno del nostro territorio. Per tale motivo si è sviluppata una collaborazione importante tra questa Associazione e l'AUSL8 che, a seguito degli altri interventi già in essere (es. Punto d'Ascolto Pronto Donna) ha condotto alla stesura di questa

procedura aziendale, finalizzata a dare una risposta globale al bisogno di aiuto espresso dalla vittima di abuso.

Il percorso aziendale è riferibile a tutti gli utenti vittime di violenza che afferiscono all'area sanitaria nelle seguenti modalità:

- accesso tramite il 118: prevede l'articolazione di un proprio momento organizzativo finalizzato all'individuazione del bisogno d'aiuto, del livello di pericolosità in cui si trova la vittima e della valutazione del setting in cui è avvenuto l'abuso; le informazioni raccolte vengono trasmesse al Pronto Soccorso di riferimento ed inserite nella specifica cartella clinica per abuso insieme a copia del referto, per procedere alle ulteriori valutazioni diagnostico/terapeutiche.

- accesso diretto ai PP.SS. della rete ospedaliera aziendale, distinguendo percorsi che si esauriscono all'interno dello stesso stabilimento (Arezzo e Montevarchi) e percorsi per i quali la risposta è garantita in "rete" (Sansepolcro, Bibbiena, Cortona) in cui si provvede ad una prima valutazione e refertazione, poi la vittima viene inviata presso la UO specialistica (Ostetricia, Pediatria, Chirurgia) dei PPOO di Arezzo o del Valdarno.
- accesso diretto al Consultorio Familiare o a completamento del percorso avviato al Pronto Soccorso.

La procedura, inoltre, definisce:

- i passaggi organizzativo-assistenziali mirati ad accogliere la vittima di abuso;
- l'effettuazione di una valutazione clinica coerente con il sesso e l'età della vittima (la cartella clinica è differente tra la donna >di 14 anni e il minore maschio-femmina < di 14 anni);
- gli accertamenti diagnostici e terapeutici più idonei ad ogni caso vengono effettuati dagli specialisti di riferimento: Pediatra (minori < 14 anni), Ginecologo (donna >14 anni), Chirurgo (uomo >14 anni); Infettivologo per l'individuazione di profilassi anti-HIV e valutazione MST; Psicologo-Psichiatra per il supporto com-

petente riferito a tutte le tipologie di vittime.

- Individuazione di un apposito Kit per l'abuso sessuale contenente il materiale necessario alla valutazione diagnostica (esami emato-chimici e prelievi destinati all'autorità giudiziaria, muniti di apposita distinta d'accompagnamento per la catena di custodia), i farmaci per la profilassi alle MST, i farmaci per l'eventuale contraccezione d'emergenza. Tale materiale è anche riportato in un elenco scritto con le indicazioni operative che comprendono anche l'attivazione dell'Infettivologo.

L'intervento clinico d'emergenza è supportato dallo specialista psicologo/psichiatra e la presa in carico viene trasferita successivamente alle strutture territoriali competenti (consultorio familiare, ass. sociale, associazionismo, forze dell'ordine, ecc.), garantendo la continuità assistenziale durante tutto il percorso assistenziale. Si elencano alcune variabili:

Se il clinico verifica la presenza di fattori di rischio "letali" imminenti, viene attivata l'Associazione Pronto Donna e la vittima viene accompagnata immediatamente dalle Forze dell'Ordine alla sede dell'Associazione al fine di tutelarne l'incolumità e la sicurezza mediante accoglienza nella "casa rifugio". Nelle situazioni che non richiedono in-

tervento immediato, ma che sono comunque ritenute potenzialmente pericolose per la vittima, la presa in carico territoriale è a cura del Consultorio Familiare che, nelle figure dell'Assistente Sociale e dello Psicologo, provvede ad attivare la rete delle strutture più idonee ad ogni singolo caso.

In ogni caso di violenza su minori (diretta o assistita), a prescindere dalla gravità della situazione, viene attivata l'autorità giudiziaria mediante comunicazione al Tribunale dei Minorenni di riferimento.

L'aspetto relazionale ha un ruolo fondamentale nei confronti di ogni persona vittima di abuso/violenza. L'impegno del singolo professionista nel presentarsi, nel presentare il percorso assistenziale di specifica competenza e nel chiedere il consenso alle prestazioni prima della loro effettuazione, permette di restituire alla persona, dal punto di vista simbolico, psicologico ed emotivo, il controllo di quanto succede, al fine di porre quei limiti e confini che la violenza ha annullato.

Il colloquio consente, inoltre, di comprendere l'intenzione della vittima nei confronti di eventuale querela di parte e permette al professionista di chiarire la propria posizione in relazione al segreto d'ufficio ma, anche, nei confronti dell'obbligo di denuncia, nei casi individuati dalla normativa di riferimento. ■

L A RILEVAZIONE E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NEI CASI DI VIOLENZA DI GENERE

Dott.ssa Elisa Seralini

Psicologa associazione Pronto Donna

Secondo l'ultima indagine sul femminicidio in Italia le donne uccise per mano di uomini (loro mariti, ex compagni, parenti o sconosciuti) sono nel 2010 127, 8 in più dell'anno precedente e 15 in più del 2008. Da questi dati emerge come il femminicidio si possa considerare un evento consue-

to: non passano 3 giorni da un episodio al successivo. Quello che emerge dall'analisi delle ricercatrici non è solo l'aumento del fenomeno negli anni ma anche il ripetersi di alcune caratteristiche di intimità: nel 70% dei casi la donna viene uccisa in casa (nella propria o in quella del partner o del cono-

sciente), nel 54% dei casi la donna trova la morte all'interno della relazioni di coppia (AAVV, 2011). (1)

Molto spesso però quando si parla di violenza di genere, anche dei casi che non sfociano in omicidi, si pensa che siano atti rari e imprevedibili. Il fenomeno della violenza di genere è av-



volto in un alone di miti e credenze che contribuiscono al perpetuarsi di concetti sbagliati come quello legato all'imprevedibilità della violenza o quello che sia la vittima a causare l'aggressione. Alcuni di questi miti servono per proteggere dall'imbarazzo, altri per proteggere i soccorritori dal proprio scoraggiamento e dal proprio senso di impotenza. Purtroppo riconoscere i "segnali" della violenza di genere non è facile, il riconoscimento può essere ostacolato dalla presenza di stereotipi di genere e credenze distorte che circondano le donne maltrattate e/o dai comportamenti delle donne stesse. Superati tali ostacoli è possibile riconoscere il fenomeno attraverso l'individuazione e l'analisi di alcuni indicatori:

- Comportamentali (ritardo agli appuntamenti, fretta eccessiva durante le visite mediche ...)
- Fisici (Lesioni bilaterali, lesioni alle

parti intime, ...)

- Psicologici (ansia, eccessivo imbarazzo ...)

Solo con uno sguardo scevro da stereotipi di genere è possibile riconoscere questo specifico tipo di violenza e individuare indicatori comportamentali che possono orientare ogni professionista nella valutazione del rischio di recidiva, processo essenziale per pianificare efficaci programmi di protezione delle vittime, siano esse donne o minori. La valutazione del rischio è necessaria per individuare chi fra i maltrattanti reitererà tali condotte violente e capire cosa distingue un maltrattante da un altro che non metterà in atto la recidiva. "Il principio su cui si basa la valutazione del rischio è che la violenza è una "scelta" influenzata da una serie di fattori personali, sociali ed ambientali: in questo caso si tratta di capire le motivazioni, ovvero i fattori di rischio, che hanno spinto quel sog-

getto a mettere in atto un comportamento violento, cercando di superare l'approccio deterministico del comportamento umano." (Baldry, 2006, pg 65). (2)

Se si riconosce una situazione di violenza di genere è bene successivamente valutare il rischio che la donna corre, processo che deve essere svolto con il coinvolgimento della donna. Una corretta valutazione del rischio è un processo complesso che non avviene meccanicamente. Durante l'intervento verranno illustrati alcuni predittori e indicatori. ■

■ Bibliografia

- (1) AAVV. (2011). "Il costo di essere donna. Indagine sul femminicidio in Italia. I dati del 2010", Casa delle Donne per non subire più violenza, Bologna
- (2) Baldry A.C. (2006). "Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio", F. Angeli, Torino ■

Sportelli provinciali ASCOLTO DONNA

AREZZO	VALDARNO	VALDICHIANA	CASENTINO	VALTIBERINA
SPORTELLO ASCOLTO DONNA	SPORTELLO ASCOLTO DONNA	SPORTELLO ASCOLTO DONNA	SPORTELLO ASCOLTO DONNA	SPORTELLO ASCOLTO DONNA
c/o Centro Pari Opportunità della Provincia Piazzetta delle Logge del Grano Arezzo	c/o Distretto Socio Sanitario Via 3 Novembre, 18 San Giovanni Valdarno	c/o Consulorio Familiare "Casa della Salute" Via Madonna del Rivaio Castiglion Fiorentino	c/o Consulorio Familiare Via Colombaia Bibbiena	c/o Centro per l'Integrazione Via Santa Croce, 3 - Sansepolcro
Telefono 0575 301828 rete.donne@provincia.arezzo.it	Cell. 366 4397639 rete.donne@provincia.arezzo.it	Cell.366 4397639 rete.donne@provincia.arezzo.it	Cell.366 4397639 rete.donne@provincia.arezzo.it	Cell. 366 4397639 rete.donne@provincia.arezzo.it
Martedì- Mercoledì - Giovedì 9, 30-12,30	Martedì 9.00-12.00	Lunedì 10:00-13:00	Venerdì 10.30-13.30	Mercoledì 10:00-13:00



INTOLLERANZE ALIMENTARI

Capaccioli S., Greco M.C., Castelli A.

U.O. Dermatologia- USL 8 Arezzo

Introduzione

E' opinione estremamente diffusa che molte patologie o disturbi siano provocati da una allergia o intolleranza verso determinati alimenti. Infatti non è raro nella pratica medica incontrare pazienti che lamentano disturbi o patologie quali prurito orticaria, cefalea o altro che attribuiscono alla assunzione di alimenti. Studi epidemiologici hanno dimostrato che il numero di allergie e/o intolleranze coinvolge solo l'1% della popolazione mentre più del 20% ritiene di esserne affetto. E' difficile spiegare questo atteggiamento. E' ipotizzabile che diversi fattori abbiano contribuito ad una così radicata convinzione. Tutti sono a conoscenza che alimenti comuni come frutti, legumi, piante aromatiche ect contengono sostanze che possono avere sia una azione farmacologica medicamentosa che tossicologica; basti pensare all'aglio comune che contiene antibiotici e a certi funghi che sappiamo essere velenosi; inoltre un tempo non erano infrequenti le tossi-infezioni alimentari causate dalla cattiva conservazione dei cibi dove si potevano sviluppare tossine, batteri o funghi anche letali. Questo potrebbe essere uno dei meccanismi che ci ha fatto vedere il cibo sia come una necessità e un mezzo di piacere ma anche con un certo sospetto, come strumento subdolo che può provocare danno. A questo si aggiungono anche luoghi comuni che ci fanno dire che uccide più la tavola che la spada; oppure il cibo visto come esca o strumento di seduzione o di veleno nascosto in bevande o cibo. Ma al di là dell'immaginario collettivo oggi esiste anche il problema reale che a fronte di un miglioramento igienico sanitario degli alimenti l'industria determina spesso un peggioramento organolettico dello stesso aggiungendo sostanze chimiche quali additivi, conservanti ed altro che sono estranei all'alimento ma in grado di scatenare reazioni nell'organismo. Pertanto il medico deve necessariamente comprendere le ansie del paziente e gui-

darlo in maniera rigorosa e scientifica nell'approccio diagnostico ad una eventuale intolleranza alimentare (1).

Classificazione Delle Intolleranze e Allergie

La corretta classificazione patogenetica delle reazioni da alimenti è il punto cardine per una corretta gestione diagnostico terapeutica. Le reazioni si dividono in tossiche e non tossiche; alle prime appartengono tutte le intossicazioni ad es. da funghi o da tossine batteriche alle seconde tutte le altre. Occupiamoci allora delle reazioni non tossiche, queste a loro volta possono essere immunomediate o non immunomediate. Le prime sono le allergie, le seconde le intolleranze. Quindi le intolleranze sono reazioni non tossiche e non immunomediate, anche se oggi si tende ad essere meno categorici includendo nelle intolleranze alimentari, reazioni che possono coinvolgere il sistema immunitario. Le intolleranze si dividono a loro volta in: enzimatiche, farmacologiche, indefinite. ■

Intolleranze enzimatiche

Reazione ad alimenti o additivi alimentari, conseguente ad un difetto enzimatico. Numerosi deficit enzimatici hanno origine da errori congeniti del metabolismo e presentano sintomatologia differente a seconda dell'enzima mancante: ad esempio nel favismo si ha anemia emolitica, nella galattosemia si hanno cataratta, alterazioni epatiche e renali. Le intolleranze alimentari da deficit enzimatici accertati, riguardano essenzialmente gli enzimi lattasi, sucralasi-isomaltasi e trealasi. Si tratta cioè per la maggior parte di alterazioni di un singolo enzima del brush border degli enterociti, indispensabile per l'assorbimento intestinale dei carboidrati lattosio, sucrosio e trealosio. Tra queste l'intolleranza al lattosio è la più frequente. La sintomatologia clinica dell'intolleranza ai carboi-



drati spesso si sovrappongono e si confonde con il più complesso quadro clinico della sindrome dell'intestino irritabile. Nel caso del deficit di lattasi, la prevalenza del deficit primitivo acquisito raggiunge quasi il 90% in Orientali, Neri e Indiani d'America, mentre nella maggior parte dei Caucasi Europei bianchi la lattasi persiste anche nella vita adulta. Deficit acquisito di lattasi si può avere anche in malattie intestinali infiammatorie, celiachia, alcolismo cronico, situazioni nelle quali c'è un danneggiamento dei villi intestinali. Spesso gli effetti clinici in quest'ultimo caso, sono correlati alla dose, con un'ampia variabilità individuale e la sintomatologia è rappresentata da diarrea, distensione addominale, dolori addominali, flatulenza. ■

Intolleranze farmacologiche

Sono correlate all'effetto farmacologico di alcune sostanze presenti negli alimenti che, assunte in dosi elevate, possono provocare sintomi in alcuni individui intolleranti, per esempio cibi contenenti l'istamina (uova, crostacei, pomodori etc..) in pazienti con deficit delle diaminossidasi, l'alcool (deficit aldeidideidrogenasi, intolleranza ai solfiti o all'acido benzoico), l'avvelenamento da sgombroidi o formaggi fermentati, sempre legato alla presenza di istamina ad alte concentrazioni.

I meccanismi patogenetici proposti sono i seguenti:

- diminuita soglia alla suscettibilità all'istamina (diminuzione diaminossidasi)

- effetti anomali delle amine biogeniche, che derivano dalla decomposizione degli aminoacidi (istidina e tirosina), contenuti nei cibi.

- alcuni alimenti vengono considerati istamino-liberatori (uovo, crostacei, fragole, pomodori, pesce, cioccolato, carne di maiale, ananas e papaya).

I sintomi vanno da reazioni dermatologiche tipo orticaria/angioedema fino alle più rare reazioni anafilattiche, mentre a carico dell'apparato digerente si possono avere dispepsia, dolori addominali, diarrea. Si può anche avere emicrania legata essenzialmente alla presenza di tiramina o feniletilamina. ■

Intolleranze indefinite

Rientrano in questo gruppo, le intolleranze non diagnosticate con test specifici scientificamente riconosciuti, ma piuttosto correlati a disturbi dell'apparato digerente (diverticolosi lieve per es.), o legati ad una somatizzazione di disturbi della sfera emotiva (ansia, depressione, stress etc), che si ripercuotono immancabilmente nella digestione dei cibi. Non a caso molti "intolleranti" riferiscono che alcune volte riescono a "digerire" un certo alimento e altre volte no. Ancora, possono essere legate ad uno scorretto stile di vita, cattiva alimentazione, sedentarietà, che portano ad una cattiva digestione dei cibi.

L'allergia alimentare invece, è una sindrome clinica, con manifestazioni pluriorganiche, conseguente all'introduzione per via orale di allergeni contenuti nei cibi e nel cui determinismo sono coinvolti meccanismi di tipo immunologico Ig-E mediato e non Ig-E mediato. Infatti vi è un'alterazione immunitaria in cui una sostanza normalmente innocua, viene invece recepita dai soggetti allergici come pericolosa, cioè come un allergene da cui difendersi. In una reazione allergica il nostro corpo, tramite i linfociti B, produce anticorpi specifici, le Ig-E, che reagiscono con l'allergene andando a scatenare la reazione dei leucociti basofili, richiamati dal circolo sanguigno, e dei mastociti, che rilasciano varie sostanze come l'eparina, l'istamina, i leucotrieni e le prostaglandine, che provocano i segni e i sintomi immediati (da 5 a 30 minuti) tipici della reazione allergica fino alla manifestazione estrema dello shock anafilattico. I sintomi possono essere di tipo respiratorio (asma, tosse), cutaneo (gonfiore labbra, lingua, prurito, orticaria), gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito) ed infine di tipo sistemico, cioè lo shock anafilattico (ipotensione, arresto respiratorio e cardiaco). Tra le reazioni immunologiche non IgE mediate, la più famosa è la celiachia (2). ■

Diagnosi

I test per le allergie alimentari sono rappresentati da: RAST (ricerca IgE

specifiche nel sangue), PRICK (ricerca IgE specifiche a livello cutaneo), entrambi eseguibili in qualsiasi ospedale, vi sono poi alcuni test introdotti più recentemente ed eseguibili solo in alcuni laboratori specializzati:

Test per il rilascio di istamina dai basofili: mescolando tutte le sostanze possibili con i basofili del paziente è possibile misurare il rilascio di istamina e in base ad essa la positività della sostanza

Il test CAST (Cellular Allergen Stimulation Test): misura altri mediatori dell'allergia noti come sulfide-leucotrieni, che promuovono le reazioni allergiche non IgE mediate, particolarmente valido nel caso di farmaci, api, vespe, additivi e coloranti alimentari.

Test LTT (Antigen Induced T-cell Proliferation & Lymphocyte Transformation Test): studia le reazioni da ipersensibilità ritardata. Le cellule T del soggetto vengono incubate con l'allergene per 5 gg, poi si misurano le citochine.

Per quanto concerne la celiachia:

- Test per la celiachia (Ab anti-endomiosio, anti-transglutaminasi, anti-gliadina) e biopsia digiunale, eseguibili presso qualsiasi ospedale.

I test per le intolleranze alimentari sono:

- Breath test all'idrogeno (la quantità di idrogeno che viene espirata è maggiore in un paziente intollerante al lattosio) eseguito in ospedale,

- Dieta di eliminazione (consiste nell'eliminare le sostanze potenzialmente in grado di generare un'intolleranza e reintrodurre una alla volta) (3-4).

Poi vi sono in circolazione falsi test per le intolleranze alimentari (sono una truffa), eseguibili solo al di fuori dell'ospedale, in quanto non riconosciuti, tra questi quelli più di moda sono:

- il Vega test

- il DRIA test

- il citotest

- il test del capello. ■

Terapia

Attualmente non esiste una terapia specifica per l'allergia alimentare, la gestione del paziente si articola su prevenzione e predisposizione di una terapia d'emergenza in caso di neces-

sità (adrenalina autoiniezzabile, anti-staminici e corticosteroidi).

Per quanto riguarda la prevenzione, una volta eseguita la diagnosi, consiste nell'eliminazione dalla dieta dell'alimento al quale si è intolleranti o allergici. Per quanto attiene alle prospettive future in alcuni casi possiamo eseguire terapia di desensibilizzazione all'allergene in questione o al cibo cui si è intolleranti (vaccino), metodica questa attualmente, se pur promettente, in corso di sperimentazione clinica e talvolta pericolosa (5). ■

Conclusioni

Da quanto finora enunciato si capisce che le intolleranze sono reazioni avverse agli alimenti che hanno i seguenti caratteri:

sono dose dipendenti, ovvero la gravità dei sintomi aumenta all'aumentare della quantità di sostanza assunta può coinvolgere o meno il sistema immunitario

può avere un effetto ritardato, ovvero l'ingestione della sostanza a cui si è intolleranti può scatenare una reazione anche a distanza di ore dall'assunzione può avere una soglia di tolleranza, ovvero può esistere una soglia quantita-

tiva al di sotto della quale la molecola incriminata non causa alcun sintomo. Chiariamo questi punti. Siamo tutti intolleranti verso gli alimenti ma con soglia diversa. Alcune persone come abbiamo visto hanno soglia di tolleranza zero, vale a dire che particelle minime di glutine, fruttosio o lattosio scatenano i disturbi della intolleranza. Altre persone hanno invece una soglia variabile a ciascun alimento che varia nel tempo in dipendenza di vari fattori quali dieta, flora microbica etc. Sappiamo inoltre che i sintomi causati da intolleranze alimentari possono essere intestinali, dermatologici, neurologici e altro, pertanto molte persone che hanno patologie diverse, ma presentano questi sintomi sono portati a pensare di avere una qualche intolleranza. Allora è utile, per non creare confusione, ritenere pochi concetti:

1) evitare di eseguire i test non scientificamente riconosciuti per le intolleranze alimentari: sono una truffa.

2) eliminare dalla dieta l'alimento sospetto per almeno 3 settimane e valutare i sintomi

3) il medico di base deve avere il paziente sotto stretta osservazione per controllare i sintomi e porre le corret-

te diagnosi differenziali.

Concludiamo con alcune considerazioni. Oggi molti pazienti cercano su internet risposte alle loro problematiche, ovviamente si trova di tutto, e le risposte non sempre hanno valore scientifico. Quindi dobbiamo vigilare per evitare che cialtroneria, ignoranza, interesse e passatemi il termine ...stregoneria si nascondano dietro false etichette di scienza, seppure non ufficiale. ■

■ BIBLIOGRAFIA

- 1) Bindslev-Jensen C, Skov PS, et al. Food allergy and food intolerance- what is the difference? *Ann Allergy* 1994; 72:317.
- 2) De Weck AL. Pathophysiologic mechanisms of allergic and pseudoallergic reactions to food, food additives and drugs. *Ann Allergy* 53:583.
- 3) Patriarca G, Schiavino D, Pecora V et al. Food allergy and food intolerance: diagnosis and treatment. *Intern Emerg Med*. 2009 Feb; 4(1): 11-24.
- 4) Sampson HA. Improving in vitro tests for the diagnosis of food hypersensitivity. *Curr Opin in Allergy Clin Immunol* 2002;2:257-61
- 5) Xiu Min Li, Sampson HA. Novel approaches for the treatment of food allergy. *Curr Opin in Allergy Clin Immunol* 2002;2:273-78 ■



I STEROSALPINGOGRAFIA (ISG)

1 Dott. Ario Joghtapour, 2 Alberto Zingarelli

1) Specialista in Ginecologia ed Ostetricia Fisiopatologia della Riproduzione Umana – Master Universitario in Chirurgia Mininvasiva Chirurgia Robotica ginecologica – Dirigente ASL 8

2) Specialista in Radiologia – Dirigente ASL 8 Arezzo

Introduzione

In occasione della prima visita di infertilità di una coppia, bisogna porre l'attenzione su una diagnosi accurata delle condizioni che possono impedire il concepimento. Vari esami verranno prescritti, uno di questi di fondamentale importanza è la Isterosalpingografia (ISG).

Dal 2001 ad oggi abbiamo eseguito 1021 ISG, la percentuale di complicazioni (complicazioni minori) nella nostra esperienza è stato <0.5% ed abbiamo eseguito l'esame nel 100% dei casi, nessuna preparazione farmacologica per il dolore.

Definizione: l'isterosalpingografia è una metodica di indagine radiologica per lo studio dell'apparato genitale interno femminile, che permette di valutare la posizione, la forma delle strutture anatomiche (canale cervicale, istmo, cavità uterina e salpinge) e la loro pervietà^{1,2,3,4} particolarmente la pervietà tubarica; è un esame che permette lo studio morfologico ma non funzionale (non viene valutata la loro integrità fisiologica). Relativamente alla pervietà tubarica bisogna sottolineare la possibilità di falsi positivi, poiché la mancata opacizzazione della salpinge potrebbe essere dovuta ad uno spasmo muscolare transitorio. Nei casi dubbi, viene proposta la ripetizione dell'esame oppure il ricorso ad altre metodiche diagnostiche chirurgiche come per esempio la laparoscopia.

Indicazione: attualmente la principale indicazione all'esecuzione dell'ISG è rappresentata dalla condizione di infertilità^{1,2,3,4} (pervietà delle salpingi) ma la ISG può trovare indicazione anche nella valutazione delle condizioni dell'apparato genitale interno nei seguenti casi:

- . Storia di salpingiti e malattia infiammatoria pelvica (PID)
- . Positività all'esame colturale per Chlamydia
- . Storia di appendicite con peritonite 5
- . Pregressa gravidanza ectopica
- . Pregressi interventi chirurgici a carico della pelvi
- . Pregressa isterosalpingografia patologica

Altre indicazioni:

- . Patologie uterine (miomi, polipi, sinechie intrauterine, fistole); nel caso di riscontro di tali alterazioni opportuna valutazione isteroscopica
- . Anomalie congenite dell'utero (utero bicornuto, unicornuto, ipoplasico,...); in tali condizioni è necessaria l'integrazione con indagini ecografiche e di risonanza magnetica
- . Controllo dopo la sterilizzazione tubarica

Controindicazioni:

- . perdite ematiche in atto,
- . infezioni
- . gravidanza, lo studio di Goldberg segnala scarsa pericolosità per l'embrione⁷
- . allergie al mezzo di contrasto

Preparazione:

profilassi antibiotica nei giorni precedenti all'esame ed una lavanda vaginale disinfettante la mattina dell'esame al fine di evitare complicanze di tipo infettivo^{8,9}.

Non digiuno né preparazione intestinale o somministrazione di antispastici.

Molto importante la preparazione psicologica della paziente attraverso una corretta informazione circa le modalità di esecuzione della procedura ed un corretto approccio da parte dell'equipe medica (ginecologo e radiologo) ed infermieristica

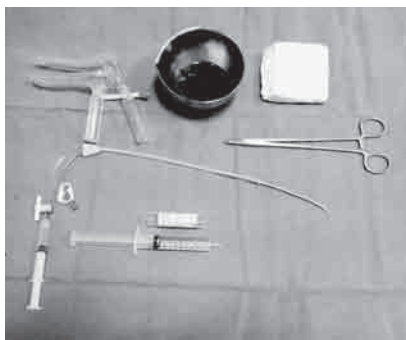
Tecnica:

la ISG andrebbe eseguita nella fase follicolare, dopo la scomparsa totale del flusso ematico e prima dell'ovulazione

- . Posizionamento della paziente sul tavolo radiologico: utilizziamo un apparecchio telecomandato digitale (GMM), che consente la registrazione diretta della dose di esposizione (Dose Per Area). La centratura della regione di interesse avviene senza utilizzo di scopia ma tramite centratore luminoso ed utilizzo di una piccola telecamera collegata al tubo radiogeno
- . Approntamento di accesso venoso tramite can-

nula di piccolo calibro (solo in casi selezionati)

- Introduzione dello speculum in vagina con la paziente in posizione litotomica. Viene visualizzata la cervice uterina
- Detersione della cervice con soluzione antisettica
- Inserimento di catetere monouso sterile del calibro di 5 F a dop-



Catetere monouso, mezzo di contrasto, speculum, disinfettante, garze e pinza porta garze

pia via (per la introduzione del mezzo di contrasto e la distensione del palloncino, che consente di stabilizzare il catetere in cavità ed evitare il reflusso in vagina del mezzo di contrasto); suo collegamento ad una si-



Introduzione dello speculum in vagina ed inserimento di catetere monouso sterile

ringa da 10 ml contenente il mezzo di contrasto. Noi utilizziamo esclusivamente mezzi di contrasto idrosolubili non ionici alla concentrazione di 30 mg/kl (Iopamiro 300 fl 10 ml BRACCO IMAGING ITALIA Srl) riscaldato a temperatura corporea; il lume del catetere viene riempito con mezzo di contrasto preliminarmente al suo posizionamento, al fine di evitare l'introduzione di aria all'interno della cavità uterina. Il collo uterino non dovrebbe essere pinzato poiché non utile e provoca molto dolore, (potrebbe essere necessario in <0.2% dei casi)

- Valutazione preliminare in modalità fluoroscopica (al fine di ridurre l'esposizione delle gonadi utilizzando scopia pulsata) dello scavo pelvico con adeguato campo di vista allo scopo di rilevare eventuali anomalie scheletriche del piccolo bacino, presenza di calcificazioni patologiche dello scavo pelvico ed il corretto posizionamento del catetere

endocavitario

- Introduzione di 2-3 ml di mezzo di contrasto in modo lento e continuo (normalmente sono sufficienti da 4 -5 ml fino ad un massimo 10 ml di mezzo di contrasto per l'esecuzione dell'esame) ed effettuazione di un radiogramma precoce per valutare la cavità uterina a piccolo riempimento

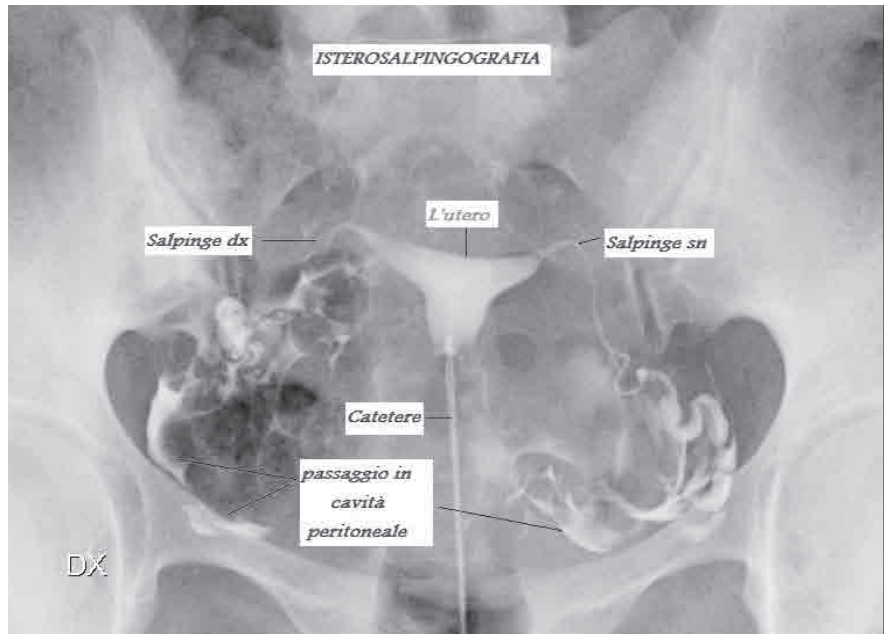
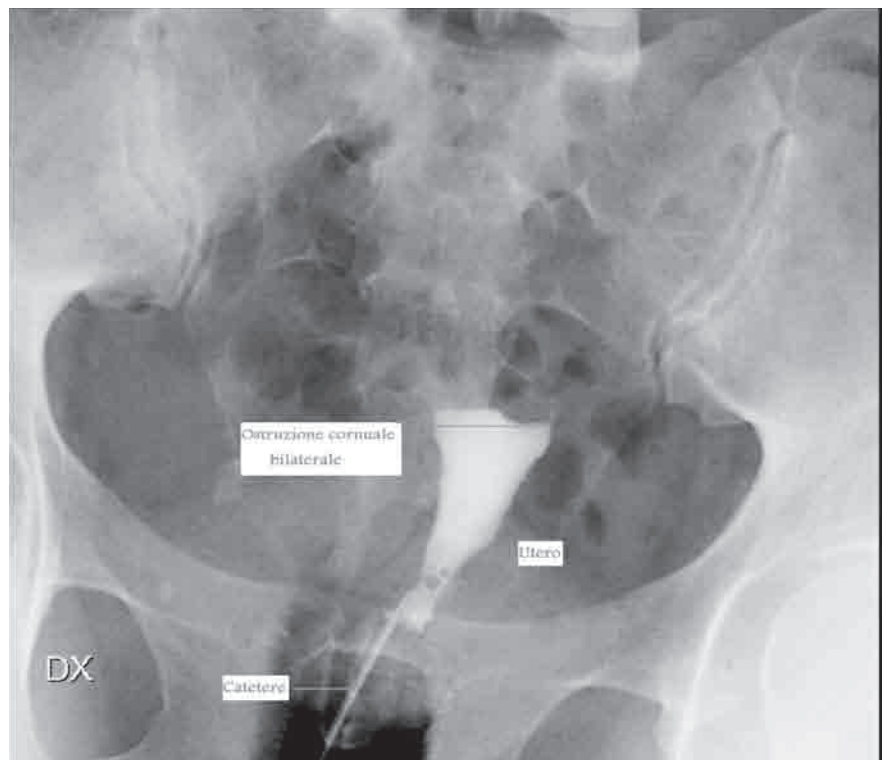
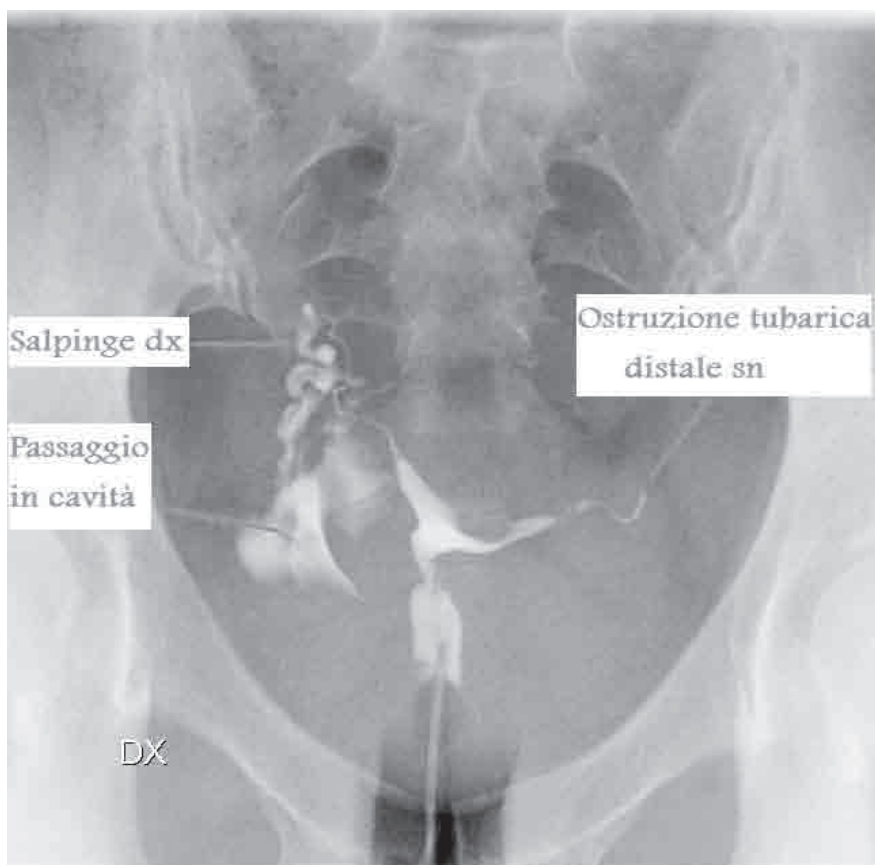


Immagine di un radiogramma di ISG normale, normale riempimento della cavità uterina, normale spandimento del mezzo di contrasto nelle Salpingi, normale passaggio nella cavità addominale

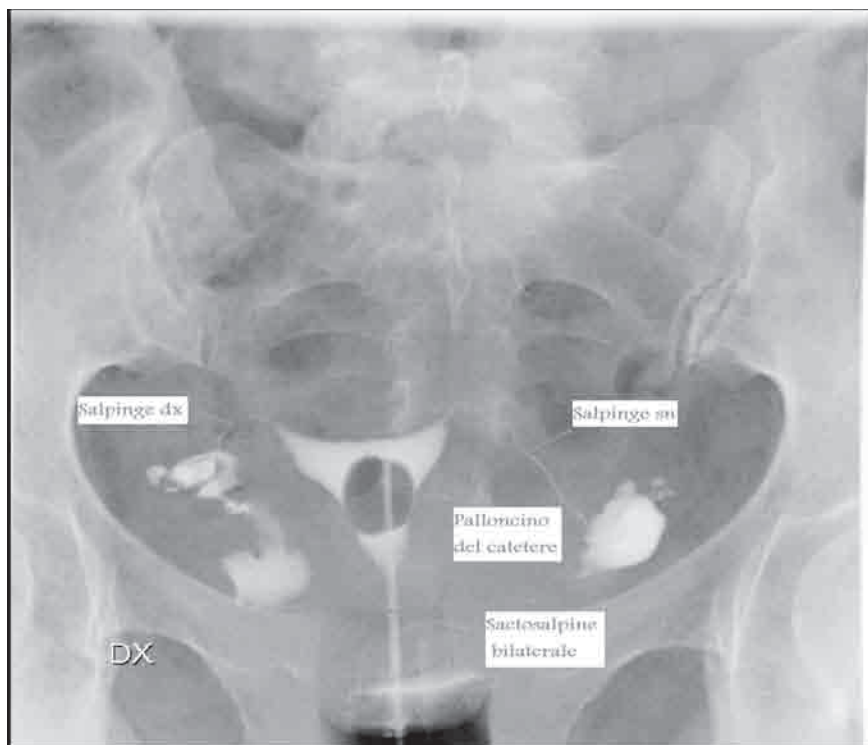


Ostruzione cornuale bilaterale





Ostruzione distale sn



idrosalpinge bilaterale

Continuando l'iniezione del mezzo di contrasto, effettuiamo radiografie successive, al fine di documentare la completa pervietà tubarica, testimoniata dal regolare spandimen-

to del mezzo di contrasto in cavità peritoneale, utilizzando proiezioni frontali ed eventualmente oblique, così da facilitare la completa valutazione della porzione istmica o la sua

opacizzane nel caso di mancata visualizzazione monolaterale

La durata dell'esame:

normalmente la durata dell'esame è circa 5-10 minuti.

Consenso informato:

viene fatto preliminarmente firmare il consenso informato alla esecuzione della procedura relativamente alla conoscenza delle possibili complicanze correlate con la somministrazione del mezzo di contrasto ed alla assenza di gravidanza in atto

Le possibili complicanze:

- . Dolore
 - Molto variabile la prevalenza e l'intensità del dolore associato alla tecnica stessa, in particolare influenzato dalle condizioni psicologiche della paziente ed anatomiche, con necessità di utilizzo di pinza di Martin o sovradistensione del palloncino, e largamente dipendente dalla manualità dell'operatore¹⁰. In aggiunta a tale fattore, sembra esservi una componente del dolore legata all'effetto irritante del mezzo di contrasto. Normalmente può essere presente un modesto fastidio-dolore simil mestruale, che generalmente scompare in pochi minuti.
- . Reazione vagale (sudorazione, bradicardia, lipotimia nausea, vomito) può verificarsi in 2-5% dei casi (nella nostra esperienza solo in forma molto lieve in percentuale <1%)
- . Reazioni allergiche al mezzo di contrasto
- . Stravasi linfatici e/o venosi
- . Embolizzazione, essenzialmente legata ad utilizzo di mezzi di contrasto liposolubili
- . Perforazioni (in caso d'uso di isterometro ed Hegar)
- . In rari casi, l'esame non risulta eseguibile
- . Possibili complicanze tardive: sanguinamento, febbre, annessite, PID

Dopo l'esame: la paziente viene tenuta sotto osservazione per circa 15, 20 minuti nell'ambiente radiologico, periodo dopo il quale può riprendere la sua normale attività quotidiana. In caso di dolore si consiglia di assumere i farmaci antidolorifici normalmen-

te assunti.

Nel caso di persistenza di algie pelviche o comparsa di febbre¹¹ necessario il riferimento allo specialista ginecologo e comunicazione al Servizio di Radiologia. ■

■ Bibliografia:

1. American Fertility Society: The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 49: 944-956,1988.
2. Mol BVJ, Swart P, Bossuit BMM, van der veen F: Is Hysterosalpingography an important tool in prediction fertility outcome? *Fertil Steril* 67:663-669, 1997.
3. Gutmann JN: Imaging in the evaluation of the femal infertility. *J Reprod Med* 37:54-61, 1991
4. Yonder IC: Hysterosalpingography and pelvic ultrasound: imaging in infertility and gynecology. Little Brown. Boston, pag. 23-28, 133-193,1988.
5. Mueller, BA, Daling, JR, Moore, DE, et al.: Appendectomy and the 133. risk of tubal infertility. *N. Engl. J. Med.* 315:1506-1508, 1986.
6. Mueller, BA, Daling, JR, Moore, DE, et al.: Appendectomy and the 133. risk of tubal infertility. *N. Engl. J. Med.* 315:1506-1508, 1986.
7. Goldenberg RL, White R, Magendantz HG. Pregnancy during the hysteroqram cycle. *Fertil Steril.* 1976 Nov;27(11):1274-6
8. Royal college of Obstetricians and Gynecologist: The initial investigation and management of the infertile couple. RCOG press. London 1998.
9. Moore, D.E., Foy, H.M., Daling, J.R. et al. Increased frequency of serum antibodies to chlamydia trachomatis in infertility due to tubal disease. *Lancet* 1982, 3:574-577.
10. Dunphy B, Taenzer P, Bultz B, Ingleson B, Hartman D, Dodd C: A comparison of pain experienced during hysterosalpingography and i-office falloscopy. *Fertil. Sterii* 62:67-70,1994
11. Stumpf PG, March CM: febrile morbidity following hysterosalpingography: identification of risk factors and recommendations prophylaxis. *Fertil. Sterii* 33:487-492,1980 ■



DEFINIZIONE ED ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DELLA FARMACORESISTENZA NELLE EPILESSIE

Amedeo Bianchi, Chiara Maddaloni, Annalisa Bianchi

Centro Epilessia – U.O. Neurologia – Ospedale San Donato – Arezzo

Ippocrate (460-375 a.C) riteneva che le crisi epilettiche persistessero nel tempo fino alla morte e dopo oltre 20 secoli WR Gowers (1881) confermava lo stesso concetto evidenziando che la cessazione delle crisi è un evento così raro nell'epilessia da non essere prevedibile in nessun caso (1).

La possibilità dal secolo scorso di poter utilizzare farmaci antiepilettici attivi ha sicuramente modificato la prognosi delle epilessie con remissione delle crisi in circa il 70 % dei casi, ma va tuttavia segnalato che il recente inserimento di sempre nuove molecole, anche con diversi meccanismi di azione, non ha determinato un ulteriore miglioramento della prognosi e circa un terzo dei pazienti continua a presentare un parziale controllo delle crisi evidenziando una resistenza ai farmaci (o farmacoresistenza o refrattarietà).

La farmacoresistenza rappresenta il problema clinico-gestionale più importante per l'epilettologo ed infatti la presenza di crisi intrattabili si accompagna alla necessità di utilizzare alte posologie di farmaci, spesso in associazione, con possibilità di maggiori effetti tossici indesiderati, talora a declino cognitivo, a necessità di dipendenza da altri, a riduzione del proprio stile di vita sociale, ad insorgenza di disturbi psicologici e psichiatrici e ad aumento della morbilità per altre patologie. Inoltre si rileva costantemente in tutti gli studi un aumento ulteriore della mortalità improvvisa (SUDEP), già come noto più elevata nei soggetti con epilessia rispetto alla popolazione generale.

Nel complesso per un paziente vivere con una forma di epilessia farmacoresistente determina un significativo abbassamento della propria qualità di vita. ■

La 'pseudoresistenza' farmacologica

Prima di considerare un soggetto resistente ai farmaci è necessario valutare attentamente se non ci troviamo di fronte ad una situazione di pseudoresistenza o falsa resistenza.

Tale condizione può essere sinteticamente riconducibile a quattro aspetti :

- Non corretta definizione diagnostica della sindrome e di conseguenza utilizzo di farmaci non appropriati, come ad esempio somministrare Carbamazepina in caso di epilessia mioclonica giovanile o Etosuccimide in caso di epilessia con crisi parziali.
- Presenza di pseudocrisi di natura non epilettica, in prevalenza di tipo psicogeno. La presenza di crisi non epilettiche isolate o in associazione con crisi epilettiche è un problema clinico da non sottovalutare, considerando che nelle varie casistiche viene segnalata una prevalenza di questa condizione nel 5-10 % dei casi. Una attenta analisi della storia clinica, la registrazione Video-EEG degli episodi e la eventuale applicazione di test placebo di induzione, può rilevare questa condizione.
- Inappropriata somministrazione dei farmaci. La assunzione di farmaci anche di prima scelta ma a bassa posologia e con frequenza di somministrazione giornaliera inappropriata può determinare uno scarso controllo delle crisi. Il dosaggio plasmatico dei farmaci può aiutare a rilevare questo aspetto.
- Una scarsa compliance da parte del paziente con ripetuti errori e dimenticanze farmacologiche può comportare l'insorgenza di crisi, non espressione di reale intrattabilità. Inoltre il controllo farmacologico può dipendere anche dallo stile di vita del soggetto ed infatti l'assunzione di alcool o di altre sostanze tossiche può favorire il verificarsi di episodi critici ■

Definizione di Farmacoresistenza

Non vi è in letteratura una definizione univoca di farmacoresistenza. Questo è sicuramente motivato dai diversi criteri clinici utilizzati, ma non dobbiamo dimenticare che la resistenza ai farmaci non rappresenta una condizione statica ed immutabile ed anzi nel singolo paziente si caratterizza

Grado	Definizione	Probabilità di assenza di crisi %
I	Resistenza al 1 farmaco	< 30-50 %
II	Resistenza a 2 farmaci usati in sequenza (IIA) o in associazione (IIB)	< 15-20 %
III	Resistenza a 3 farmaci usati in sequenza (IIIA) o in associazione (IIIB)	< 5 %

Tabella 1 Scala graduata della Epilessia Farmacoresistente (da E Perucca 1998)

za come processo dinamico nell'arco di tutta la vita.

WA Hauser (1992) estremizza queste obiettive difficoltà sostenendo che " questo termine è elusivo e di fatto può essere applicabile a tutte le forme di epilessia se consideriamo che l'azione dei farmaci è solo palliativa, prevenendo la espressione clinica delle crisi, senza avere alcun effetto sulla sottostante fisiopatologia causale " (2).

Anche la qualità della vita secondo SC Schachter (1993) dovrebbe essere considerata nella definizione di resistenza farmacologica e pertanto è farmacoresistente un soggetto " incapace di condurre uno stile di vita adeguato alle proprie capacità a causa della persistenza delle crisi, degli effetti collaterali dei farmaci e dei relativi problemi psicosociali " (3).

Più frequentemente la definizione di farmacoresistenza fa riferimento a tre aspetti specifici: il numero dei farmaci utilizzati, il numero delle crisi ed il tempo di osservazione. Questi parametri utilizzati hanno una estrema variabilità nei diversi lavori e trial farmacologici : si va da un solo farmaco a dosi ottimali a tre o più farmaci somministrati in sequenza o in associazione, ad una frequenza delle crisi da una volta l'anno a 4 episodi al mese e l'osservazione nel tempo da un anno fino a trenta anni di follow-up.

E Perucca (4) ha cercato di definire la resistenza proponendo una scala graduata in relazione ai farmaci utilizzati. Si va dal grado I dopo il fallimento di 1 farmaco, al grado II dopo il fallimento di 2 farmaci in sequenza in monoterapia (2A) o in combinazione (2B) e al grado III dopo il fallimento di 3 farmaci dati in sequenza (3A) o in associazione (3B). **(Tabella 1)**

Recentemente una Task Force dalla Lega Internazionale contro l'Epilessia (ILAE) ha proposto un Consenso relativo alla definizione della epilessia resistente ai farmaci (5).

La definizione proposta è così formulata: " Una epilessia farmacoresistente può essere definita dopo un fallimento di una adeguata prova di 2 farmaci antiepilettici tollerati, scelti appropriatamente ed usati (sia in monoterapia che in combinazione) tra quelli capaci di ottenere una prolungata libertà dalle crisi ".

La Task Force ha inoltre proposto una definizione anche per l'epilessia responsiva ai farmaci o epilessia farmacoresistente e questo è importante considerando che anche per questa condizione non vi è un parere univoco in letteratura. Può essere definita " Epilessia responsiva ai farmaci l'epilessia nella quale il paziente, assumendo il proprio regime di farmaci antiepilettici, è stato libero da crisi per un tempo minimo di tre volte rispetto al più lungo intervallo tra le crisi prima dell'inizio della terapia o se maggiore per un tempo di dodici mesi ".

Inoltre è stata anche considerata la definizione di "Risposta ai farmaci non determinata nel caso in cui non vi siano sufficienti informazioni sul tempo di follow-up necessario per valutare la reale risposta o su eventuali effetti avversi dei farmaci". **(Tabella 2)**

Da queste definizioni deriva una categorizzazione dei risultati di un intervento farmacologico suddiviso in tre gruppi in relazione al controllo delle crisi (libero da crisi, fallimento farmacologico, non determinato) e all'occorrenza di eventi avversi (sì, no, non determinato). ■

Epidemiologia della farmacoresistenza

A distanza di 40 anni gli studi della scuola epidemiologica di Rochester sulla remissione delle crisi e sulla farmacoresistenza mantengono la loro valida attualità. JF Annegers et al.(6) dopo un follow-up di 20 anni di 457 casi e con definizione di remissione come libertà da crisi per 5 anni, hanno rilevato che dopo 10 anni vi è una remissione nel 65% dei casi e dopo 20 anni nel 76% dei casi. La remissione al netto di eventuali ricadute insorte nonostante un benessere di 5 anni è stata del 61% dopo 10 anni e del 70% dopo 20 anni. Inoltre tra questi soggetti in remissione circa il 50% rimane libero da crisi anche dopo la sospensione della terapia antiepilettica.

I risultati dello studio permettono di sottolineare due ulteriori aspetti che sono espressione della variabilità nel tempo della risposta ai farmaci : si evidenzia che in circa il 10% dei casi la remissione delle crisi si realizza successivamente nel tempo aumentando l'osservazione del follow-up a 20 anni, ma anche al contrario che in circa il 5% dei pazienti liberi da crisi da oltre 5 anni si possono determinare recidive degli episodi critici.

I numerosi lavori sull'argomento (7) pur considerando l'estrema variabilità dei parametri analizzati relativamente al tipo di studio (prospettivo o retrospettivo), alla popolazione studiata, alla diversa definizione di epilessia farmacoresistente, ai tempi di follow-up ed agli anni liberi da crisi per considerare la remissione (da 1 a 5 anni), confermano sostanzialmente i dati sopraesposti con una percentuale di remissione /liberi da crisi) nei diversi studi



Epilessia Farmacoresistente : Una epilessia può essere definita farmacoresistente dopo il fallimento di una adeguata prova di 2 farmaci antiepilettici tollerati, scelti appropriatamente ed usati (sia in monoterapia che in associazione) tra quelli capaci di ottenere una prolungata libertà dalle crisi.

Epilessia Responsiva ai farmaci : Epilessia nella quale il paziente, assumendo il proprio regime terapeutico, è stato libero da crisi per un tempo minimo di tre volte rispetto al più lungo intervallo tra le crisi prima dell'inizio della terapia o se più lungo per un tempo di dodici mesi.

Epilessia con risposta ai farmaci non determinata : Epilessia nella quale non vi sono sufficienti informazioni sul tempo di follow-up necessario per valutare la reale risposta o su eventuali effetti avversi dei farmaci

Tabella 2 Definizioni dal Consenso della Task Force della ILAE (2010)

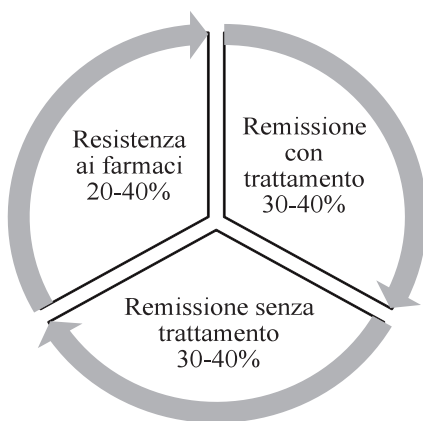


Figura 1 Storia naturale della risposta ai farmaci antiepilettici (da P Kwan 2004, mod.)

dal 58% all'80% e quindi con prevalenza dei casi resistenti ai farmaci dal 20 al 40%. (**Figura 1**)

Tra i diversi studi va sicuramente posta l'attenzione su due lavori di tipo prospettico in una popolazione numericamente adeguata e seguita per un tempo prolungato da 20 a 30 anni: M Sillanpää seguendo per 30 anni una coorte di 245 pazienti con inizio dell'epilessia in età pediatrica ha riscontrato nei 178 sopravvissuti nello studio una remissione delle crisi superiore a 3 anni nel 76% e superiore a 5 anni nel 71% dei casi (8).

Nella popolazione infantile ed adulta di 525 casi seguita per 20 anni da P. Kwan e M.J. Brodie (9) troviamo una percentuale del 64% con assenza di crisi. In particolare va sottolineato il dato che la risposta al primo farmaco antiepilettico è stata nel 47% dei casi, l'inserimento di una seconda monoterapia ha portato ad una positiva risposta nel 13% e solo un ulteriore 4% è rimasto libero da crisi con l'aggiun-

ta di un terzo farmaco in monoterapia o con l'uso combinato dei farmaci.

(**Tabella 3**) ■

Tipologia della Farmacoresistenza

La resistenza ai farmaci antiepilettici non si caratterizza in modo omogeneo e costante nei diversi pazienti e può sinteticamente essere differenziata in tre modalità di manifestazione:

- Farmacoresistenza de novo. Alcuni pazienti, soprattutto in relazione alla sindrome epilettica della quale sono affetti, manifestano fin dall'inizio della patologia un alto numero di crisi e successivamente una scarsa risposta ai farmaci usati sia in monoterapia che in associazione che persiste inalterata nel tempo.
- Farmacoresistenza insorta dopo un periodo di controllo delle crisi. Questa modalità clinica è frequentemente osservata nei pazienti con epilessia sintomatica temporale mesiale con sclerosi dell'ippocampo dove dopo un periodo variabile di controllo delle crisi inizia successivamente a svilupparsi una resistenza ai farmaci correlata patologicamente con lo sviluppo dell'atrofia.
- Farmacoresistenza ad andamento intermittente-remittente. La resistenza ai farmaci è sicuramente un processo dinamico nel singolo paziente e si possono osservare fasi di controllo delle crisi anche per alcuni anni alternati a prolungati periodi di non controllo farmacologico. Nel determinismo di questa tipologia può contribuire il lieve progressivo spontaneo miglior controllo delle crisi negli anni come è stato osservato negli studi prospettici con

prolungato follow-up, sia anche per l'inserimento nella terapia di nuove molecole farmacologiche che, anche se in misura ridotta, possono determinare in alcuni casi un completo controllo delle crisi.(10) ■

Fattori prognostici della farmacoresistenza

Diversi studi hanno cercato di individuare quali sono i fattori prognostici negativi che possono essere rilevati precocemente nel determinismo di una epilessia resistente ai farmaci.

Sinteticamente i fattori prognostici di maggiore rilevanza predittivi di farmacoresistenza sono:

- Presenza di un alto numero di crisi prima dell'inizio della terapia.
- Assenza di risposta clinica al trattamento farmacologico iniziale.
- Epilessie focali sintomatiche o criptogeniche ed Encefalopatie epilettiche. Al contrario si segnala come dato omogeneo in letteratura che le Epilessie idiopatiche generalizzate o focali hanno una netta maggiore probabilità di remissione.
- Presenza come fattore eziopatogenico di Sclerosi dell'ippocampo e di Malformazioni corticali
- Presenza di patologie psichiatriche associate o di disturbi nella sfera psico-sociale.
- Vanno inoltre considerati, anche se i risultati non appaiono concordi nei diversi studi, la presenza nella storia personale di crisi febbrili e la presenza di familiarità per epilessia.

La identificazione iniziale di soggetti resistenti ai farmaci è clinicamente molto importante sia per poter precocemente ricorrere a terapie al-

Assenza di crisi dopo il primo farmaco	222 - 47 %
Assenza di crisi dopo il secondo farmaco In monoterapia	61 - 13 %
Assenza di crisi dopo il terzo farmaco in monoterapia	6 - 1 %
Assenza di crisi con due farmaci associati	12 - 4 %
Totale casi responsivi ai farmaci	301 - 64 %

Tabella 3 Risposta positiva ai farmaci antiepilettici in 470 pazienti non precedentemente trattati (da P Kwan e MJ Brodie 2000)

ternative ai farmaci quali la chirurgia dell'epilessia, la stimolazione vagale, la dieta chetogena o altro, sia per realizzare altrettanto precocemente una presa in carico precoce socio-sanitaria che possa attenuare nei casi più gravi gli aspetti negativi sulla qualità della vita.

Questi fattori prognostici predittivi sono l'espressione delle caratteristiche biologiche individuali delle sindromi epilettiche e dei meccanismi di base che sostengono la farmacoresistenza. Al momento due sono le ipotesi principali che possono spiegare la refrattarietà ai farmaci: l'ipotesi del bersaglio che è relativa a modificazioni congenite o acquisite dei recettori per gli antiepilettici o dei canali ionici e l'altra ipotesi è quella di una alterazione anch'essa congenita o acquisita del meccanismo di trasporto dei farmaci con conseguente riduzione della con-

centrazione del farmaco a livello del focus epilettico (10). ■

■ Bibliografia

1. WR Gowers
Epilepsy and other chronic convulsive diseases London: Churchill, 1881
2. WA Hauser
The natural history of drug resistant epilepsy epidemiologic considerations *Epilepsy Res Suppl* 5 : 25-28, 1992
3. SS Schachter
Advances in the assessment of refractory epilepsy *Epilepsia* 34(Suppl 5) : S24-S30, 1993
4. E. Perucca
Pharmacoresistance in epilepsy. How should it be defined? *CNS Drugs*, 10 : 171-179, 1998
5. P Kwan, A. Arzimanoglou, AT Berg et al
Definition of drug resistant epilepsy : Consensus proposal by the ad hoc Task force of the ILAE Commission on Therapeutic

Strategies
6. *Epilepsia*, 51 : 1069-1077, 2010

- JF Annegers, WA Hauser and LR Elveback
Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy *Epilepsia*, 20: 729-737, 1979
7. P. Kwan, JW Sander
The natural history of epilepsy : an epidemiological view *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75 : 1376-1381, 2004
8. M. Sillampaa
Remission of seizures and predictors of intractability in long-term follow-up *Epilepsia*, 34 :930-936, 1993
9. P Kwan and MJ Brodie
Early identification of refractory epilepsy *N Engl J Med*, 342 : 314-319, 2000
10. D. Schmidt and W Loscher
Drug resistance in epilepsy : putative neurobiology and clinical mechanisms *Epilepsia*, 46 : 858-877, 2005 ■



HOUSTON ABBIAMO UN PROBLEMA: la simulazione in medicina per il miglioramento del rischio clinico e del contenzioso medico-legale

Ennio Duranti , Diletta Duranti

UOS Nefrologia e Dialisi USL 8 Arezzo

La missione Apollo 13 un esempio paradigmatico

Dopo 55 ore dal lancio della missione Apollo 13, venne trasmesso il sottovalutato messaggio radiofonico dell'equipaggio al Mission Control, che concretamente fu "OK, Houston, abbiamo avuto un problema" (1). A 321.860 chilometri dalla Terra, il rimescolamento di uno dei quattro serbatoi dell'ossigeno del Modulo di Comando e Servizio (CSM), che doveva per l'appunto essere azionato in tale occasione, esplose. L'unica soluzione per l'equipaggio fu quella di annullare l'allungamento, girare attorno alla Luna e prendere la spinta necessaria per tornare sulla Terra. Poiché il Modulo di Servizio era rimasto seriamente danneggiato dall'esplosione, i tre astronauti furono costretti a trasferirsi nel Modulo Lunare "Aquarius", utilizzandolo come navicella per il ritorno anziché come mezzo per atterrare sulla Luna. Il ritorno, durato quattro giorni, fu freddo, scomodo e teso. Il 17 aprile 1970 dopo una lunga ansia a causa della prolungata interruzione del contatto via radio durante la fase di rientro (di norma tale fase non superava i 3 minuti - per l'Apollo 13 durò oltre 6 minuti), alle ore 13:07, l'Apollo 13 ammarò sano e salvo nelle acque dell'Oceano Pacifico. Ma la missione Apollo 13 è servita per dimostrare la capacità del programma di affrontare situazioni di crisi ed errori imprevedibili, portando in salvo tutto l'equipaggio. ■

Gli Errori Medici, il contenzioso medico - legale

Al contrario di questa paradigmatica storia a lieto fine gli errori medici balzano continuamente agli onori della cronaca. Le vertenze giudiziarie contro personale medico e istituzioni sanitarie si mantengono a livelli allarmanti e la sicurezza del paziente è una priorità chiave per i governi di tutto il mondo.

La crescente attenzione internazionale sulla sicurezza del paziente, accelerata dal dirompente rapporto del 1999 'To Err is Human' (2) che ha segnalato 98.000 morti all'anno negli Stati Uniti in conseguenza di errori medici evitabili, ha dato vita ad un flusso di rapporti internazionali, case study e articoli relativi a situazioni simili in molti sistemi sanitari indipendentemente dalle diversità delle economie nazionali, politiche sanitarie e fondi per la sanità. Un tema comune a molti di questi documenti è che il 70% degli errori medici sono il risultato diretto di 'Fattori Umani'. In Europa nel 2008 il rapporto della Hospitals for Europe's Working Party sulla qualità dell'assistenza negli ospedali (HOPE: European Hospital and Healthcare Federation) ha stimato che un paziente su dieci negli ospedali europei subisce danni prevenibili (3, 4). Lo studio prospettico condotto da ENEIS (Etude nazionale sur les evenements indesirables lies aux soins) in Francia ha stimato che l'incidenza di eventi avversi era di 6,6 su 1000 giorni di ospedalizzazione, il 35% dei quali potevano essere prevenuti (5). Lo studio condotto da ENEAS (Estudio Nacional sobre Eventos Adversos) in Spagna ha confermato che il 9,3% dei pazienti ospedalizzati subisce eventi dannosi (6).

Per quanto queste statistiche possano essere convincenti in se stesse e rappresentare quindi una ragione sufficiente a fare della sicurezza del paziente una priorità dei servizi sanitari, altre argomentazioni di supporto sono rappresentate dall'elevato numero di procedimenti giudiziari e richieste di indennizzo anche tenendo soltanto conto dell'ultimo rapporto di ADN Kronos del marzo 2011 (fig 1) che i contenziosi per sinistri negli ospedali italiani sono passati, da poco più di 1000 nel 2004 a quasi 5000 nel 2009 (7). L'analisi delle motivazioni che hanno spinto ad avanzare la richiesta di risarcimento, vede al primo posto le lesioni (74,88%) seguite dai danni alla proprietà (11,30%),



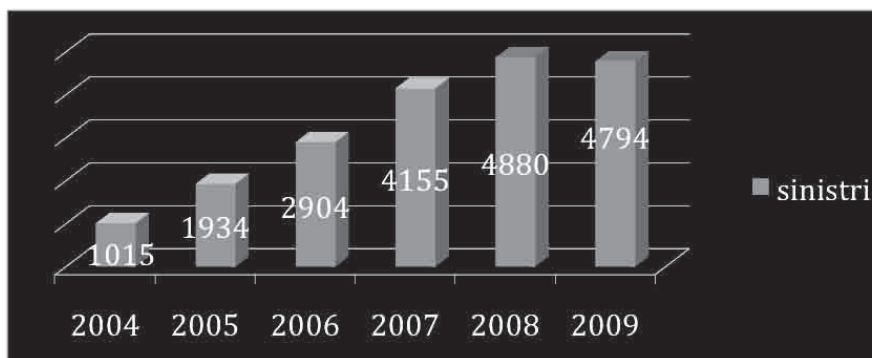


Fig 1 Aumento delle denunce di sinistri dal 2004 al 2009 in Italia

decessi 7,60% e danni economici (circa 1%). Le principali tipologie di errori denunciati sono chirurgici (25%), diagnostici (16%) e terapeutici (13%), cadute di pazienti e visitatori (11%), danneggiamenti a cose (7%), smarrimenti e furti (5%). L'aumento del numero delle richieste danni comporta parallelamente anche la crescita dei costi assicurativi. Un aspetto, questo, che sta mettendo in fuga le compagnie assicuratrici. A livello nazionale il valore assicurativo di un posto letto ospedaliero è stimato intorno a 2.235 euro, un singolo ricovero intorno a 60 euro, un medico 3.690 euro e un'infermiera 1.630 euro. Nel dettaglio, la specialità di ortopedia ha un costo di 3.690 euro per posto letto e circa 89 euro per ricovero, l'ostetricia e la ginecologia più di 5.310 euro per posto letto e 86 euro per singolo ricovero. ■

Caratteristiche dell'assistenza sanitaria moderna: i processi decisionali

In termini generali l'assistenza sanitaria moderna è un processo ad alta complessità con numerose variabili, dinamiche e pressioni identificate che pongono molteplici sfide alla fornitura di un'assistenza sanitaria continua e con un alto livello qualitativo. Non ultimo da questo punto di vista è il numero sproporzionatamente alto di decisioni che i professionisti della sanità sono chiamati a prendere nel corso del proprio lavoro rispetto a molte altre professioni. Tali decisioni includono la diagnosi iniziale, le opzioni di trattamento, cura, assistenza post-ospedaliera proseguimento della cura e riabilitazione, decisioni cliniche alcune delle quali forse banali, ma comunque importanti per il paziente, mentre altre riguardano que-

stioni di vita o di morte. Tutto ciò legato in modo cruciale alle capacità tecniche e alle competenze del personale medico e infermieristico. ■

La formazione Medica: la necessità del cambiamento metodologico

L'approccio didattico per gli studenti di Medicina basato sul modello dell'apprendistato ha rappresentato, per molto tempo, il metodo tradizionale per la formazione dei professionisti nel settore sanitario sia a livello universitario che ospedaliero. Questo processo è stato soprannominato 'see one, do one, teach one.' I guarda, esegui, insegna. Le istituzioni mediche si stanno rendendo conto in generale che l'affidarsi a questo modello di formazione per creare medici professionisti non è più un metodo adeguato al ventunesimo secolo. Questo non significa che il modello dell'apprendistato dovrebbe diventare obsoleto, ha certamente molti valori inimitabili, non ultimo quello del mentore (il maestro che rappresenta il modello da seguire e da imitare) per il personale più giovane in un ambiente di lavoro sottoposto a pressioni uniche. Il primo prelievo ematico, il primo intervento chirurgico, la prima biopsia, la prima gastroscopia ecc sono tutti atti che, nella medicina e nell'apprendistato tradizionali, sono necessariamente eseguiti su pazienti (ovvero su esseri umani) che nell'occasione sono vere e proprie "cavie". Al contrario in altre realtà lavorative e altrettanto complesse e di alta responsabilità, ad esempio nell'aviazione civile e militare, l'addestramento con simulazione per i piloti ha offerto e offre vantaggi logici che abbattano la paura della "prima volta" e chiunque è in

grado di capirne l'importanza e la portata. Tale conoscenza e consapevolezza generale sono fattori che contribuiscono ad un'elevata fiducia del pubblico nella sicurezza degli aerei e un basso tasso di incidenti rinforza questo livello di fiducia. In modo simile, la valutazione e la misurazione delle competenze sia cliniche che manuali del professionista in ambito medico-sanitario, attraverso la simulazione di condizioni e di patologie più vicine possibili alla realtà, non solo sostiene gli sforzi per migliorare la sicurezza del paziente, ma aiuta anche a rassicurare il pubblico che la competenza fra gli operatori sanitari viene monitorata ed è di elevata qualità. Su questa linea di pensiero anche le facoltà di medicina dovrebbero utilizzare sempre di più la simulazione per l'apprendimento delle competenze di base, ma questa pratica non è standardizzata a livello istituzionale e pertanto la possibilità di fruizione per gli studenti di medicina rimane casuale. Problema che coinvolge anche i giovani medici ed infermieri che lavorano in ambito ospedaliero, per i quali l'addestramento continuerebbe ad essere necessario per la costruzione e creazione di esperienza e competenze. ■

Caratteristiche della simulazione

Oggi i progressi e le innovazioni tecnologiche hanno fatto nascere possibilità nella formazione degli operatori sanitari finora impensabili e non disponibili. Non ultimo fra questi progressi è il grado con cui i simulatori di pazienti possono replicare risposte fisiologiche e patologiche realistiche ad un numero sempre maggiore di interventi clinici definiti. Gli istruttori possono creare, controllare e deviare da scenari clinici tramite software sofisticati e quindi ottimizzare le opportunità di formazione, ma forse l'elemento più importante è che la simulazione offre gli strumenti per stabilire uno standard per la cura dei pazienti coerente e universalmente concordato, in base al quale tutte le prestazioni possono essere misurate e standardizzate.

I simulatori di pazienti consentono di ottenere molto di più di una semplice acquisizione di tecniche procedu-





Fig 2 Manichino e ambiente ricostruiti per la simulazione di un intervento al Pronto Soccorso

rali. Inserirle in un ambiente simulato (**fig 2**) che riflette i fattori esterni e le pressioni che costituiscono il vero ambiente di lavoro, (che a sua volta può compromettere negativamente la qualità della prestazione) tali procedure oggi possono essere praticate e perfezionate nel 'mondo reale'. Questa opportunità consente ai medici e agli infermieri di essere preparati più adeguatamente e in grado di offrire un'assistenza di qualità superiore fin dall'inizio della propria carriera piuttosto che aspettare che l'esperienza si costruisca 'sul campo' (8 - 10). ■

La formazione del gruppo

Anche situazioni complesse che investono più persone contemporaneamente richiedono l'addestramento di gruppo . Fino ad oggi non era previsto un addestramento specifico per valutare l'efficacia del gruppo (**fig 3**). Non è scontato che riunire un'equipe di esperti sia sufficiente a garantire una prestazione di gruppo di buona qualità. La simulazione affronta questi requisiti della formazione in un modo che risulta impossibile per altre metodologie di addestramento. Eventi rari ma critici con una forte pressione temporale possono essere ricreati in una procedura di simulazione, in modo da stabilire specifici protocolli e identificare i problemi di comunicazione e migliorarli (non technical skills e problems solving). I casi di risultati negativi sui pazienti, possono essere inseriti in uno scena-

rio simulato, ri-esaminati, valutati con il così detto "debriefing" e inseriti in un programma di esercitazione per un miglioramento continuo (8). ■

La simulazione della realtà e la realtà della simulazione

La simulazione medica è in grado di cogliere o rappresentare un'ampia gamma di problemi dei pazienti in modo più immediato per il tirocinante piuttosto che dovere aspettare la situazione reale. Tali simulazioni offriranno ai tirocinanti la possibilità di vedere e fare esperienza su problemi rari o che implicano rischio di morte, con una frequenza bassa, ma un'elevata posta in gioco . Il vantag-



Fig . 3 Simulazioni di gruppo

gio per l'istruttore è rappresentato dal fatto che l'addestramento può essere di ampia portata; introdotto in modo

controllato si possono stabilire piani di studio uniformi e standardizzare le performance.

L'opportunità, per chi sta imparando, di avere esperienze educative riproducibili e standardizzate nelle quali partecipare attivamente e non come osservatore passivo, è una qualità importante delle simulazioni mediche ad alta fedeltà. Le esperienze di apprendimento possono essere profonde e possono essere inoltre adattate alle necessità uniche di apprendimento di ciascun individuo. Suddividendo complesse attività cliniche in piccoli componenti, l'acquisizione delle competenze può essere sviluppata e perfezionata al passo dello studente. In questo modo e grazie alla disponibilità della simulazione, gli studenti possono assumersi la responsabilità dei propri progressi educativi all'interno del piano di studi. Per l'educatore, è possibile raggiungere comunque i risultati educativi soddisfacendo allo stesso tempo le variazioni nelle necessità degli studenti.

In un ambiente simulato controllato, gli studenti hanno la possibilità di fare e correggere i propri errori clinici senza nessuna conseguenza negativa, mentre gli istruttori possono dare tutta la propria attenzione agli studenti senza doversi preoccupare dei pazienti. La qualità dell'insegnamento in seguito alle distrazioni che si verificano nel contesto reale dell'assisten-

za al paziente viene diluita in momenti di perdita di acquisizioni che quindi compromettono le opportunità di apprendimento.

Una caratteristica fondamentale della simulazione ad alta fedeltà è l'opportunità per gli studenti di lavorare 'sul campo' e fare una costante pratica per il miglioramento delle proprie capacità (technical skills). La ripetizione delle competenze in sessioni pratiche offre agli studenti l'opportunità di correggere gli errori, perfezionare la propria prestazione e rende la dimostrazione delle competenze più automatica e coerente. I risultati della pratica ripetitiva comprendono l'acquisizione delle competenze in periodi più brevi rispetto all'esposizione al lavoro di routine dei reparti e ad un trasferimento delle competenze dall'ambiente simulato all'assistenza reale al paziente .

La correlazione fra lo svolgimento di regolari esercitazioni e la modifica comportamentale delle figure professionali coinvolte in un'eventuale risposta reale non è dimostrata da alcuna evidenza scientifica. Un corretto processo di sviluppo delle esercitazioni, che va dalla concettualizzazione delle stesse alla loro realizzazione e all'analisi critica delle azioni svolte, con l'utilizzo di una metodologia di valutazione ben codificata, che consenta l'articolarsi di un valido e prestrutturato debriefing, rappresenta il requisito indispensabile affinché la simulazione / esercitazione abbia un impatto tale da cambiare il comportamento

e quindi migliorare l'efficacia della risposta (8 – 10) .

Conclusioni

Benchè praticata in altri ambiti da più di 30 anni , nel campo della Medicina la simulazione sta partendo soltanto in questo ultimo decennio. La ricchezza di dati a sostegno degli aspetti positivi della simulazione in campo sanitario è in crescita, tuttavia la sua disponibilità per gli studenti di Medicina rimane ancora frammentaria e dipendente dalla natura sperimentale di alcuni individui / reparti . Uno dei limiti della simulazione consiste nel fatto che non è dimostrabile che la prestazione dei partecipanti su simulatore rifletta le loro azioni nella realtà clinica: anche se tutti dichiarano che l'esperienza acquisita li ha cambiati, non è stato dimostrato l'impatto della formazione con simulazione nella pratica reale di tutti i giorni. Tuttavia professionisti che ogni giorno si sentono dire dai pazienti "la mia vita è nelle sue mani" non dovrebbero aspettare ulteriori prove. ■

■ Bibliografia

1. NASA. (EN) 30th Anniversary of Apollo 11, Manned Apollo Missions. 1999. URL consultato il 25 agosto 2010.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS (eds) (2000) To err is human: building a safer health system. National Academy Press,

Washington

3. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. By Leape LL, Brennan TA, Laird, N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Herbert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H
4. Committee of the EU. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
5. The 2005 National French Adverse Event Study: ENEIS
6. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. [en línea] 2006 [fecha de acceso 20 de agosto de 2006].
7. Roma, 11 mar. (Adnkronos Salute)
8. The future vision of simulation in healthcare - D M Gaba Qual.Saf.Health Care 2004; 13;12-i 1 0.doi: 11 36/qshc.2004.009878
9. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning : a BEME systematic review – S. Barry Issenberg, William C McGaghie, Emil R. Petrusa, David Lee Gordon & Ross J. Scalese – Medical Teacher, Vol. 27, No. 1, 2005, pp 10-28
10. Simulation and Practice Learning Project : Outcome of a pilot study to test principles of auditing simulated practice learning environments in the preregistration nursing programme. Final Report December 2007 – The NMC and Council of Deans (UK) ■



LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Dr. Silvana Saullo

Medico Medicina Generale USL 8 Arezzo.

Per dolore – secondo l'International Association for the Study of Pain (IASP) – s'intende: "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tessutale attuale o potenziale o descritto come tale".

Nella nostra attività quotidiana è facile incontrare persone con dolore, un sintomo descritto soggettivamente con le forme e le sensazioni più varie, che soprattutto altera la qualità di vita di chi lo esprime. Artificiosamente suddiviso in dolore acuto e cronico diverso è il percorso terapeutico se la causa nota è verosimilmente guaribile, altro se la causa non è conosciuta oppure deriva da m. oncologica, m. cronico degenerativa e/o infiammatoria.

Che cosa s'intende per dolore cronico?

Per dolore cronico s'intende "un dolore che persiste più a lungo del corso naturale della guarigione che si associa a un particolare tipo di danno o malattia".

Secondo altri studiosi, il dolore cronico è un dolore che persiste per un periodo maggiore di tre mesi. Il dolore cronico ha una prevalenza nei paesi sviluppati che va dal 10 al 40%.

Pensare al dolore cronico significa pensare ad un malato terminale, ma in realtà sono più spesso mal si schiena, emicrania, nevralgie a rendere la vita impossibile a oltre 12 milioni di italiani.

Secondo una indagine svolta dalla Associazione Vivere Senza Dolore, soffre di dolore cronico non oncologico un cittadino su quattro e tra gli over 65 la percentuale arriva oltre il 40%, specialmente nel sesso femminile.

La variabilità di questi numeri deriva da molti bias metodologici dell'indagine non ultimo la definizione stessa del "dolore" che molti anni fa era considerato sintomo di un processo patologico, men-

tre oggi si definisce indicatore fondamentale di una malattia se non malattia stessa, con ampie diversità di fattori psicologici e culturali che modulano l'intensità con cui si vive il dolore stesso.

Oggi il dolore cronico sta assumendo rilevanze enormi sul piano sanitario e sociale in quanto sono a tutti note le conseguenze di un dolore non adeguatamente curato; secondo un'indagine Istat, nel 2007 si sono spesi per prestazioni e terapia oltre 3 milioni di euro e all'economia nazionale il dolore cronico ha causato la perdita di oltre 3 milioni di ore lavorative.

Il dolore cronico dopo un anno di cure rimane invariato nel 95% dei soggetti e in alcuni casi peggiora; questo è il sondaggio "Pain story" presentato al Congresso ISAP di Lisbona nel 2009, a conferma che una gran parte di pazienti soffre di dolore non controllato. (1)

La medicina generale (MG) come sua caratteristica è destinata a farsi carico della gran parte della gestione di questa problematica, come unica figura capace di interfacciarsi con la storia clinica del soggetto, delle sue relazioni familiari, sociali.

Spesso al dolore si associano disturbi depressivi e insonnia e pazienti con depressione lamentano dolore in oltre 65% dei casi. (2)

Una recente ricerca condotta nell'ambito della MG: studio IPSE (Italian Pain Research 2006) ha evidenziato alcune criticità nella gestione del paziente con dolore: (3)

- Mancata valutazione complessiva del dolore
- Confusa identificazione di alcuni tipi di dolore
- Scarso e inappropriato utilizzo di oppioidi
- Eccessiva propensione alla prescrizione di fans

Questo panorama è dovuto anche al fatto che la classe medica non ha avuto nel suo iter di studio universitario una formazione esaustiva sulla gestione del dolore se non come trattamento

sintomatico parallelamente alla terapia eziologica; non esistono linee guida e dati epidemiologici relativi al setting della medicina generale (specie in Italia).

Di fronte a un paziente con un dolore che persiste nel tempo, come si deve comportare la MG? Quali sono le cose da fare, in quale ordine e con quale scopo? Quale risposta dare a tante voci di associazioni di malati cronici che chiedono di non soffrire, di combattere il "dolore inutile", il dolore "non necessario"?

Le competenze specifiche richieste non sono così diffuse e spesso troviamo pratiche basate su facili scorciatoie: fans, oppioidi, maggiori o minori, terapie fisiche, agopuntura etc. senza alcun risultato utile per il soggetto. I medici di Medicina Generale (e non solo) sono ancora poco formati su come aiutare i loro pazienti colpiti da dolore cronico. Secondo una ricerca condotta dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), presentata ad un seminario della Fondazione ISAL (Associazione Ricerca sul Dolore) il 55% dei pazienti con dolore viene trattato con normali farmaci anti-infiammatori, mentre il 28% non viene curato con alcun farmaco.

Eppure piccoli miglioramenti ci sono come confermato dal rapporto OSMED 2010: il consumo di farmaci antidolorifici è passato da 0,9 dosi x 1000 abitanti del 2001 all'attuale 4,2 pur rimanendo una media bassa rispetto ad altri paesi europei.

La nuova legge 38 sulle cure palliative e terapia del dolore approvata nel Marzo 2010 permette di realizzare una vera e propria rivoluzione nella gestione del dolore, perché coinvolge tutti i livelli assistenziali e le diverse professionalità sanitarie.

L'approccio integrato e condiviso tra cure primarie e specialistica realizza una rete territoriale di strutture sanitarie e di assistenza domiciliare per garantire ai cittadini le cure palliative e la terapia del dolore.

Con questo sistema viene attribuito un ruolo fondamentale ai Medici di Medicina Generale, che, in base alla zona di loro competenza, si stanno organizzando in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). I MMG presteranno le cure antalgiche direttamente alla maggior parte dei propri assistiti, mentre i casi più gravi verranno indirizzati al Centro di Terapia del Dolore (HUB) che sarà attivo sul territorio, oppure negli Ambulatori di Terapia Antalgica (SPOKE).

L'articolo n.2 della legge cita espressamente che la terapia del dolore è un insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, psicologiche e riabilitative tra loro integrate... per la soppressione e il controllo del dolore.

Il successo della realizzazione di questo progetto dipende soprattutto dalla motivazione dei vari professionisti coinvolti.

La MG si trova di fronte al problema della gestione del dolore cronico che cresce con l'età in una popolazione che sta invecchiando. La sofferenza dei pazienti con dolore cronico e gli altri costi economici impegnano ogni giorno i medici di famiglia: le scelte terapeutiche proposte devono essere valutate sia per rischi potenziali che per i costi; il risparmio stimato per i servizi sanitari per un paziente ben trattato è rilevante, senza voler considerare il miglioramento della sua qualità di vita (4).

Per la MG, le grandi società scientifiche e sindacali sono impegnate a predisporre corsi di formazione su tutto l'ambito territoriale in linea con le progettualità ministeriali.

L'ultimo congresso IMPACT (Interdisciplinary Multi Task Pain Coop Tutorial) che ha visto a confronto più di 250 operatori sanitari esperti del dolore, politici e associazioni svoltosi a Firenze 1-2 Luglio 2011, dopo aver sottolineato ancora quanto lavoro c'è da fare per realizzare una vera alleanza di cura medico-paziente, rivolge un pressante invito alle istituzioni per mettere in atto, pur considerando la riduzione delle risorse economiche, tutti gli interventi e le iniziative per la lotta al dolore.

<http://www.impact2011.it/rassegna-stampa/archive/2011>

C'è bisogno di un cambiamento culturale, c'è bisogno di interdisciplinarietà: la presa in carico di persone che soffrono si può affrontare solo con un lavoro di squadra e una collaborazione tra professionisti. ■

■ Bibliografia:

1. Congresso della Federazione Europea dei Circoli IASP Lisbona
2. Arch Intern Med.. 2003 Nov 10; 163(20):2433-45
3. IPSE: Rivista SIMG 2009 n.3
4. BMJ 2008; 336: 954-955 ■

Il dolore non necessario
Prospettive medico-sanitarie e culturali di Giofrè Domenico 2004 Editrice Bollati-Boringhieri, Collana "Temi"

Dolore cronico in Medicina Generale (Ministero della salute) 2010
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf ■





SPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE ONCOLOGICA NELL'ASREM UN ESEMPIO DI BUONA SANITÀ DA EMULARE

1 Vanna Antonelli, 2 Vincenzo Tolone

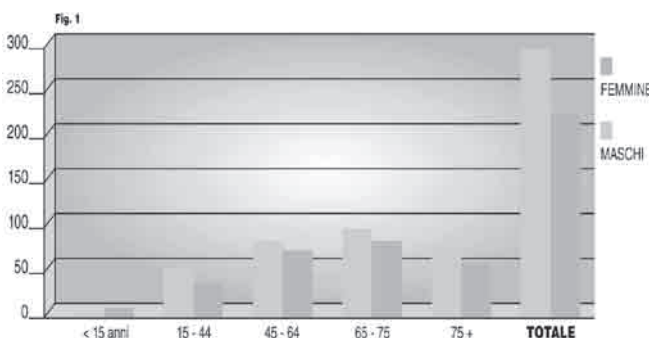
1) Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) - Distretto Sanitario di Isernia, vanna.antonelli@gmail.com
2) Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) - Distretto Sanitario di Isernia, tolonge51@yahoo.it

Introduzione.

La diffusione di forme di assistenza domiciliare, che rientra tra le iniziative finalizzate al miglioramento della qualità di vita del paziente, favorendo il concorso delle famiglie e della rete sociale, rappresenta uno degli interventi prioritari per contrastare le principali patologie e in particolare i tumori. Il Molise nel 2001, facendo seguito a quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 98-2000, ha approvato le linee direttive per la realizzazione dell'Ospedale Domiciliare Oncologico (ODO) con Delibera di Giunta Regionale n. 1062 del 30 ottobre 2001. L'obiettivo posto era di ottimizzare il livello di assistenza ai pazienti affetti da neoplasia, garantendo loro l'effettuazione a domicilio di interventi multidisciplinari ad elevato contenuto sanitario e l'intervento assistenziale per l'intero arco delle 24 ore. ■

Obiettivi

L'ospedalizzazione Domiciliare Oncologica consiste in una proiezione dell'ospedale nella casa del malato, la ricerca effettuata vuole dimostrare che tale forma di assistenza risponde sia agli obiettivi di efficacia e continuità di cure ai malati oncologici, che ai requisiti di razionalizzazione della spesa sanitaria. ■



Metodi

L'oggetto dello studio è sia l'attività dell'ODO, coordinata dall'Unità di Valutazione Oncologica Multidisciplinare (U.V.O.M.), con sede presso il Distretto Sanitario di Isernia e presieduta dal direttore della locale Unità Operativa Oncologia, che le principali caratteristiche dei pazienti assistiti a domicilio, dal gennaio 2003 in cui è diventata operativa (Provvedimento Direttore Generale n. 2 del 7/01/2003) al 31 dicembre 2009. L'area di studio è la provincia di Isernia, che ha una popolazione di 88.789 abitanti residenti in 52 comuni, una densità abitativa pari a 58,61 per km² e in cui sono presenti tre Distretti Sanitari e tre Stabilimenti Ospedalieri (Isernia, Venafro, Agnone). ■

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE ONCOLOGICA (ODO) PROVINCIA DI ISERNIA 2003-2009

Tab. 1

ANNO	PAZIENTI	RICOVERI	GIORNATE RICOVERO	COSTO MEDIO RICOVERO
2003	60	62	1.248	€ 1.842,26
2004	58	67	1.603	€ 2.118,37
2005	75	78	1.669	€ 1.897,42
2006	83	91	2.362	€ 2.235,16
2007	81	84	1.608	€ 1.748,00
2008	77	83	2.225	€ 1.942,87
2009	60	83	1.606	€ 2.331,39
TOTALE	494	528	12.321	€ 2.016,50

Risultati

Sono stati ospedalizzati nell'arco dei sette anni n. 494 pazienti (n. 552 domande), 213 donne e 281 uomini, con un'età media di 67 anni (min = 5 max = 92), sono stati effettuati 528 ricoveri, in media 75 l'anno (range 62-91)



per un totale di 12.321 giornate di degenza. Da un'ulteriore analisi risulta che la spesa complessiva è stata di 1.058.872,53, escludendo la farmaceutica e la protesica, mentre quella media annuale è pari a 151.268,42 per una spesa in media di 2.016,57 per ricovero e di 86,66 per una singola giornata di ospedalizzazione domiciliare. Dall'anno 2003 al 2009 sono state effettuate n. 41.147 prestazioni sanitarie. ■

I dati emersi dal presente studio confermano che i ricoveri a domicilio hanno un costo per il Servizio Sanitario Nazionale di gran lunga inferiore rispetto alle degenze in strutture ospedaliere, oltremodo importante in un momento di massima attenzione ai costi dei servizi erogati e ai vincoli dei Piani di rientro regionali.

Il bilancio del servizio svolto nei sette anni è senza alcun dubbio molto positivo e sprona l'Azienda a continuare in questa direzione. al fine di miglio-

Provvedimento Direttore Generale ASReM n. 256 del 18/04/2007 "Atto di indirizzo per le Cure Domiciliari"

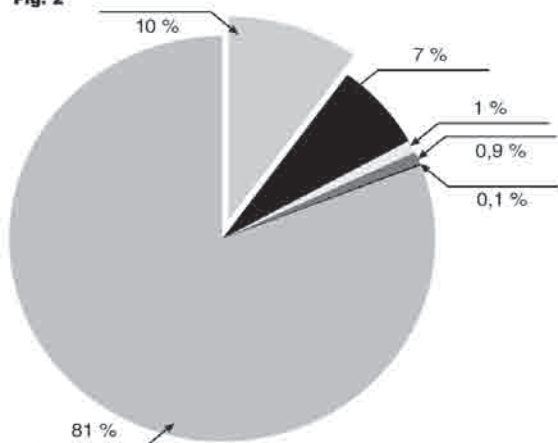
Provvedimento Direttore Generale ASL n. 2 "Pentria" Isernia n. 2 del 7/01/2003 "Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica: provvedimenti"

Delibera Giunta Regione Molise n. 1062 del 30 ottobre 2001

Provvedimento 8 marzo 2001 - Ac-

ODO - PRESTAZIONE SANITARIE (2003 - 2009)

Fig. 2



TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	NUMERO	%
Infermieristiche	33.602	81
Accessi domiciliari specialisti ospedalieri	4.017	10
Varie (assistente sociale, caposala, amministrativo)	2.830	7
Fisioterapiche	399	1
Accessi domiciliari medici medicina generale	308	0,9
Accessi psicologi	41	0,1

Successivamente è stata valutata la qualità del servizio svolto tramite la rilevazione di alcuni indicatori di attività, performance, quali il numero dei pazienti presi in carico rispetto alle domande pervenute (89%), la percentuale dei ricoverati che ha assunto stupefacenti (52%), in media n. 15 pezzi per assistito per un totale di 3.915, la percentuale dei decessi a domicilio rispetto a quelli verificatisi in altre strutture ospedaliere che è risultata dell'84% (413), si sottolinea che quest'ultimo valore è significativamente più alto del dato nazionale pari a 78%. Tali risultati pongono la ASReM, grazie in particolare all' Unità Operativa Oncologia e al Distretto Sanitario di Isernia, tra le Aziende Sanitarie che utilizzano in maniera più congrua ed efficace questo istituto.

rare ulteriormente l'attività erogata e poter assicurare al malato oncologico tutte le cure e il sostegno necessari nella fase più critica della malattia. ■

Riferimenti DGR:

Provvedimento Dirigenziale ASReM n. 2 del 26/01/2009 "Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica: provvedimenti"

Provvedimento Direttore Generale ASReM n. 420 del 28/06/2008 "Piano Aziendale per le Cure Domiciliari"

Delibera Giunta Regione Molise n. 101 del 4/02/2008 - Obiettivi 8.2 e 9.1

Delibera Giunta Regione Molise n. 556 del 04/05/2007 art. 7.1.b. "Piano regionale e Linee guida per il sistema delle Cure Domiciliari"

cordo tra Ministero della Sanità, Regioni, Province autonome -Obiettivo 2: "Cure extraospedaliere alle persone affette da patologia neoplastica"

Delibera Giunta Regione Molise n. 159 del 14/02/2000

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: Obiettivo II

Delibera CIPE 6 agosto 1999 - G.U. n. 241 del 13/10/1999

Legge n. 39/99 art.1 comma 6

Commissione Oncologica Nazionale "Linee guida per l'assistenza domiciliare oncologica" - G.U. n. 127 del 1/06/1996 ■



I TUMORI DELLA TIROIDE: L'INFLUENZA DEGLI XENOBIOTICI

Mariano Cherubini

Università di Trieste
mario.cherubini@teletu.it

Introduzione

Enewold [1] segnala un aumento del carcinoma tiroideo negli USA, dai dati del programma SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) del National Cancer Institute. L'incremento risulta consistente per il carcinoma papillare, che rappresenta l'80% dei tumori considerati, specie di piccole dimensioni (il 30% è di 1-2 cm) e per il sesso femminile.

Davies [2] dà peso, per spiegare l'incremento dell'incidenza dei tumori tiroidei, al riscontro della malattia subclinica, piuttosto che alla progressione di casi clinici. Per Brown [3] c'è correlazione con un aumento di esami anatomico-patologici dei campioni tiroidei. Kent [4] sostiene che il fattore promotore sarebbe il medical imaging. How [5] aggiunge l'uso della TC e Fazel [6] anche del nuclear imaging a chiarimento dell'evoluzione dei tumori tiroidei.

In Italia, Dal Maso [7] indica in entrambi i sessi un aumento dell'incidenza dei tumori tiroidei nel periodo 2001-2005, rispetto al 1991-1995 e al quinquennio successivo.

Guarino [8] collega la presenza di carcinomi ben differenziati a malattie infiammatorie auto-immuni, come la tiroidite di Hashimoto.

Pelizzo [9] e La Vecchia [10] segnalano la presenza di una prognosi favorevole della lesione neoplastica e una mortalità in decremento negli anni, dopo trattamento.

Spinti da queste problematiche, considerato l'incremento della patologia e la predilezione per il sesso femminile, constatato che la lesione presenta comunque una bassa mortalità dopo trattamento adeguato, abbiamo voluto verificare se esista chiarezza sui fattori di rischio della malattia neoplastica e se vi siano spazi per una prevenzione primaria più accurata.

Tali considerazioni partono anche dalle conclusioni sottoindicate:

- Pellegriti [11]: "We found no dose-response association between elements in the water and cancer incidence...this failure may indicate that other unidentified factors may be associated with thyroid cancer incidence";
- Enewold [1]: "Medical surveillance and more

sensitive diagnostic procedures cannot completely explain the observed increases in papillary thyroid cancer rates. Thus other possible explanations should be explored". ■

Materiali e metodi

Lo studio proposto si basa su esami effettuati in articoli, riviste e trattati sui temi indicati, usando MEDLINE.

In particolare sono stati ricercati:

- i dati relativi al sistema SEER e quelli ricavati dal National Vital Statistics System;
- la monografia della International Agency for Research on Cancer (IARC) e World Health Organization (WHO) sulla valutazione e classificazione dei rischi carcinogenetici umani [12];
- dati riportati nei rapporti AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) 2006 e 2010, sulle stime e prevalenza dei tumori in Italia [13];
- elementi ricavati dalla WHO e dai Registri Tumori in Italia.

Si comparano inoltre i dati (Rapporto E&P 2010) [13] riferiti all'incidenza dei tumori tiroidei, relativi a 3 aree omogenee, con la medesima prevalenza, riferita all'1.1.2006, una collocata nel Nord (Friuli Venezia Giulia, FVG), una seconda nel Centro (area iscritta nella Toscana: Firenze e Prato), una terza nel Sud (provincia di Salerno). Le aree sono state scelte per la presenza della medesima percentuale di tumori tiroidei (0,13%) rispetto alla popolazione. Si esaminano le curve relative alla mortalità e sopravvivenza in Italia (Rapporto E&P, 2006), come effetto della diagnosi precoce, del trattamento, della terapia complementare e del follow-up. ■

Risultati

Le cause tradizionali degli aumenti dei tumori tiroidei sono riportate in **Tabella 1**.

Controversie istopatologiche: Ghossein [14] cita il canadese Masson: "No classification is more difficult to establish than that of thyroid carcinomas. Their pleomorphism is almost the rule; very few are adapted to a precise classification".

Istologia: carcinoma papillare, carcinoma follicolare, carcinoma anaplastico, carcinoma midollare, linfoma maligno. La galectina-3 è marker frequen-



te di tumori maligni tiroidei (ITCSG). La calcitonina è marker dei tumori tiroidei provenienti dalle cellule C. E&P (2006): adenocarcinoma (ADC) papillare 46%, carcinoma papillare (11%), ADC follicolare NOS (10%), carcinoma papillare NOS (8%), tumore maligno NOS (7%), carcinoma midollare. ■

Gli xenobiotici, parte di tali composti, definiti come molecole naturali e sintetiche, estranee al sistema biologico, sono schematizzati in **Tabella 2**; la loro localizzazione è descritta in **Tabella 3**.

Per quanto riguarda la comparazione, relativa a 3 aree, omogenee, del Nord (Friuli Venezia Giulia), Centro (area di

5 anni, dopo la diagnosi, del 90%. ■

Conclusioni

Il tumore della tiroide è in incremento in questi ultimi 20 anni, è maggiormente rappresentato nel sesso F (4/5), contro 1/5 nei M, nelle nostre aree. È ascrivibile a cause che implicano la conoscenza delle motivazioni tradizionali descritte, ma anche, alla luce della letteratura corrente e dello sviluppo industriale, ai perturbatori endocrini. Parte di essi agiscono con vari meccanismi di azione sulla tiroide, come risulta dall'elenco proposto, in tutte le età. Ciò spiega, con la diffusione di xenobiotici e metalli pesanti, l'aumento della frequenza dei tumori ormono-dipendenti, dei quali il tumore tiroideo rappresenta una componente significativa in progressione. A maggior rinforzo di questa tesi, Autori come Donato [17], fanno presente che tra le sostanze xenobiotiche rientrano agenti chimici e fisici, questi ultimi qui riportati già tra le cause eziologiche principali (Tabella 1). L'azione sulla tiroide deriva dagli effetti descritti nella Tabella 2, l'azione carcinogenetica dal riscontro di alcuni prodotti chimici tra i cancerogeni della IARC. Sono collegati meccanismi di modificazioni genetiche e immunodepressione, correlabili alla durata dell'esposizione [18, 19] o comunque antecedenti alle situazioni neoplastiche [20]. Ciò chiarisce quel supplemento di cause supposte, ma poco note di tale patologia, ipotizzate da diversi Autori, nella parte introduttiva. Le origini degli xenobiotici sono riportate nella Tabella 3. Gli andamenti riscontrati nella Tabella 4 indicano come esista un allineamento territoriale, una maggior frequenza femminile delle lesioni e una variazione di incidenza probabilmente correlabile alle diverse esposizioni loco regionali. La terapia chirurgica e la terapia complementare hanno ottenuto dei buoni risultati, per la riduzione della mortalità complessiva e per la progressione della sopravvivenza. L'estensione del concetto della prevenzione primaria e del principio di precauzione, possono conseguire buone risposte, diminuendo e limitando il contatto tra carcinogeni e organismo, prospettando una riduzione delle modificazioni genetiche e immunitarie, allo sco-

Radiazioni ionizzanti ¹³¹I (ad esempio, area atomica in Giappone), radiazioni terapeutiche, radon
 Modificazioni genetiche (ad esempio, Chernobyl)
 Predisposizioni genetiche (RET) per la MEN 2A e B e il carcinoma midollare
 Fattori esogeni da interazioni genetico-ambientali
 Trattamenti radianti e radioterapia (nei tumori della testa, collo)
 Deficienze di J (specie nell'infanzia)
 Storia clinica di adenomi, gozzo
 Contraccettivi orali, menarca e gravidanze tardive
 Aree vulcaniche e urbane, con elevati livelli nelle acque di boro, Fe, manganese, vanadio [11]
 Immunodepressione
 Alimentazione (pesca) proveniente da aree marine incontrollate
 Elevato BMI (Body Mass Index)
 Overtreatment e overdiagnosis [7]

Tabella 1 Cause tradizionali degli aumenti di tumori tiroidei

Aspetti innovativi. I perturbatori endocrini

Molti prodotti chimici e industriali presenti nell'ambiente urbano odierno interferiscono con la funzione tiroidea e competono con la sintesi di ormoni tiroidei, agendo su rilascio, trasporto ematico, metabolismo e clearance ormonale [15].

Andrebbe detto innanzitutto che uno scarso apporto di J alimentare induce la formazione del gozzo.

L'esposizione fetale a fattori esogeni, durante periodi critici, può spiegare riscontri negativi negli adulti e contribuisce all'incremento del trend dell'incidenza dei tumori [16].

I perturbatori endocrini, stimolando cronicamente vari target dell'organismo, inducono la cancerogenesi. Vi sarebbero 2 meccanismi di induzione neoplastica:

- 1 una prolungata interferenza con l'asse ipofisi-tiroide;
- 2 blocco della perossidasi tiroidea e inibizione della deiodinasi.

Firenze Prato), Sud Italia (Salerno), si riscontrano i dati riportati nella **Tabella 4**. I soggetti prevalenti, per il periodo considerato risultano corrispondenti nelle aree esaminate, dimostrando una maggiore incidenza nel sesso femminile (F), per un rapporto 4/5; nel sesso maschile (M), per un rapporto 1/5. Nell'area Toscana vi è minor percentuale del tumore nel gruppo F (oltre il 3%) e maggiore in quello M. Confrontando le curve proposte da Dal Maso [7], la lesione risulta in incremento dal 1991, sia nei gruppi F che M. Il range di età più coinvolto risulta tra 30 e 80 anni, con crescita più decisa e plateau orizzontale tra 40 e 70 anni nel gruppo F. Nel gruppo M si riscontra incremento graduale, minore e progressivo, fino a un massimo intorno a 70 anni d'età. La mortalità compresa inizialmente (1975) tra 0,5 e 1,4, cala a 0,5 nel 2005. Analogamente il trend relativo alla sopravvivenza, proposto dal Rapporto E&P (2006), dimostra una sopravvivenza a



Azione degli xenobiotici sulle funzioni tiroidee (A)	Effetti ormonali	Esempi chimici
Agonisti-antagonisti tiroidei	Alterazioni TSH <T3 <apporto J	BPA (3), TBBPA (tetrabromo-bisfenoli, 3), ftalati (3)
Inibizione di captazione e trasporto di J	<T3 e T4 blocco NIS effetto gozzigeno	perclorati, tiocianati (fumo), isotiocianati, nitrati (2A)
Inibitori TPOs	<T4 e blocco T3 Morbo di Hashimoto	mercurio (2B), flavonoidi, isoflavoni (soia), glutine, tiouracile (PTU)(2B)
Inibitori della sintesi ormonale	<T3, T4	metimazolo (3), tiouracile (PTU)(2B), isoflavoni (= fitoestrogeni, soia), DDT(2B), malathion (3), diossina-sim. (1)
Interruzione del trasporto ormonale	< T3, T4	pentaclorofenolo (2B), UV filtri
>Trasporto cellulare >Catabolismo epatico	>eliminazione T3, T4	TCDD (1), rifampicina (3), benzene (1), fenobarbital (2B), PCBs (2A)
Via enzimatica: sulfotransferasi	<THs	pentaclorofenolo (2B), PFOS (ac.perfluoro- octane sulfonico)
Via enzimatica: deiodinasi	<T3, T4	PCBs (poli-cloro-bifenili, 2A), furani (2B), Cd (1)
Via transtiretina	interferenza con T4	PBDES (eteri difenilpolibrominati)
Stimolatori ormonali t.	>T3, T4	clofentezime, fenbuconazole, Pb (2B) PCNB (pentacloro-nitro-benzene, 1)
Inibitori rilascio di ormoni tiroidei	effetto gozzigeno	litio
Legami con le globuline	>TBC >TSH (possibile)	xenoestrogeni

Tabella 2 Elenco di alcuni xenobiotici con indicazione dell'azione definita sulla funzione tiroidea e, allo stesso tempo, dell'effetto carcinogenetico, quest'ultimo come indicato dalla IARC e, cioè, Gruppo 1: agenti carcinogenetici; Gruppo 2A: agenti probabilmente carcinogenetici; Gruppo 2B: agenti possibilmente carcinogenetici; Gruppo 3: agenti non carcinogenetici, per limitata sperimentazione; Gruppo 4: agenti probabilmente non carcinogenetici

Perclorati: presenti in acque contaminate, latte, vegetali
 Tiocianati: presenti nelle sigarette, vegetali
 Ftalati: presenti nel materiale plastico, oggetti regalo per bambini, cosmetici, detersivi, solventi
 BPA: presenti nelle bottiglie, adesivi, paste otturatorie dentali, ritardanti di fiamma (TBBPA)
 Mercurio: presente nelle amalgame dentarie, agricoltura, pesce
 PCBs: presenti in plastiche, vernici
 Isotiocianati: presenti in vegetali (broccoli, cavoli)
 Diossine, furani, pesticidi, POPs (Persistent Organohalogenated Pollutants): presenti in agricoltura, provenienti da inceneritori
 Isoflavoni (fitoestrogeni): presenti nella proteina della soia
 Metalli pesanti: diffusi in aree inquinate, terrestri, marine, aeree

po di migliorare la salute dei cittadini, diminuire l'incidenza dei tumori tiroidei, limitare l'ospedalizzazione e ridurre i costi sanitari. "Primary prevention through lifestyle and environmental interventions remains the main way to reduce the burden of cancers" [21]. Su tali punti le organizzazioni sanitarie e istituzionali dovrebbero essere informate. ■

Tabella 3 Localizzazioni degli xenobiotici

FVG	soggetti prevalenti tot.	1.666	M. 320 (19.2%)	F. 1.346 (80.7%)
Fi,Prato	"	"	M. 385 (23.2%)	F. 1.270 (76.7%)
Salerno	"	"	M. 289 (19.6%)	F. 1.179 (80.3%)

Tabella 4 Confronto tra 3 aree iscritte nel Nord, Centro e Sud Italia, omogenee per prevalenza, con tumore tiroideo

■ Bibliografia

1. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Enewold%20L%22%5BAuthor%5D" Enewold L, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Zhu%20K%22%5BAuthor%5D" Zhu K, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ron%20E%22%5BAuthor%5D" Ron E et al (2009) Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics, 1980-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 18:784-791
2. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Davies%20L%22%5BAuthor%5D" Davies L, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Welch%20HG%22%5BAuthor%5D" Welch HG (2006) Increasing incidence of thyroid cancer in the USA, 1973-2002. *JAMA* 295:2164-2167
3. Brown G.S.: Increasing incidence of thyroid cancer is due to increased pathologic detection. *Surgery* 2008;144(6):1038-43
4. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA et al (2007) Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease. *CMAJ* 177:1357-1361
5. How JH, Tabah R (2007) Explaining the increasing incidence of differentiated thyroid cancer. *CMAJ* 177:1383-1384
6. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Fazel%20R%22%5BAuthor%5D" Fazel R, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Krumholz%20HM%22%5BAuthor%5D" Krumholz HM, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Wang%20Y%22%5BAuthor%5D" Wang Y (2009) Exposure to low-dose ionizing radiation from medical imaging procedures. *N Engl J Med* 2009;361(10):849-857
7. Dal Maso L et al (2010) Incidence of thyroid cancer in Italy. *Ann Oncol* 2010, pp 1-7 doi:10.1093/annonc/mdq467 CE4
8. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Guarino%20V%22%5BAuthor%5D" Guarino V, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Castellone%20MD%22%5BAuthor%5D" Castellone MD, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Avilla%20E%22%5BAuthor%5D" Avilla E, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Melillo%20RM%22%5BAuthor%5D" Melillo RM Thyroid cancer and inflammation. HYPERLINK "javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Mol%20Cell%20Endocrinol.');" *Mol Cell Endocrinol.* 2010;321 (1):94-102
9. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pelizzo%20MR%22%5BAuthor%5D" Pelizzo MR, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Merante%20Boschin%20I%22%5BAuthor%5D" Merante Boschin I, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Toniato%20A%22%5BAuthor%5D" Toniato A et al Diagnosis, treatment, prognostic factors and long-term outcome in papillary thyroid carcinoma. *Minerva Endocrinol* 2008, 33:359-379
10. La Vecchia C, et al Cancer mortality in Europe, 2000-2004. *Ann Oncol* 2009, doi: 10.1093/annonc/mdp530
11. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pellegriti%20G%22%5BAuthor%5D" Pellegriti G, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22De%20Vathaire%20F%22%5BAuthor%5D" De Vathaire F, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Scollo%20C%22%5BAuthor%5D" Scollo C et al Papillary thyroid cancer incidence in the volcanic area of Sicily. *J Natl Cancer Inst* 2009,101:1575-1583
12. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. IARC WHO, Vol 1-99, Last update: 30 Aug 2010, Lyon, France
13. AIRTUM Banca Dati Tumori in Italia, Rapporto 2009. E&P 2009, anno 33(4-5), Suppl 1
14. Gosselin R Problems and controversies in the histopathology of thyroid carcinomas of follicular cell origin. *Arch Pathol Lab Med* 2009,133:683-691
15. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Diamanti-Kandarakis%20E%22%5BAuthor%5D" Diamanti-Kandarakis E, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Bourguignon%20JP%22%5BAuthor%5D" Bourguignon JP, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Giudice%20LC%22%5BAuthor%5D" Giudice LC et al Endocrine-disrupting chemicals: an Endocrine Society scientific statement. *Endocr Rev* 2009, 30:293-342
16. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Belpomme%20D%22%5BAuthor%5D" Belpomme D, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Irigaray%20P%22%5BAuthor%5D" Irigaray P, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Hardell%20L%22%5BAuthor%5D" Hardell L et al The multitude and diversity of environmental carcinogens. *Environ Res* 2007,105:414-429
17. Donato F (2008) La ricerca scientifica in igiene ambientale. Corso 2008. HYPERLINK "http://www.sitonazionale.com/2710doc/14358" www.sitonazionale.com/2710doc/14358all1.pdf.
18. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Sturchio%20E%22%5BAuthor%5D" Sturchio E, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ficociello%20B%22%5BAuthor%5D" Ficociello B, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Minoia%20C%22%5BAuthor%5D" Minoia C et al Gene expression and environmental exposure to xenobiotics: overview and applications. *G Ital Med Lav Erg* 2008,30:101-114
19. Maranghi F.: citato da F. Sturchio
20. Cherubini M. et al Is immune response to curative colo-rectal cancer surgery modifiable? *Coloproctology* 1995,17(1):31-35
21. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Danaei%20G%22%5BAuthor%5D" Danaei G, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Vander%20Hoorn%20S%22%5BAuthor%5D" Vander Hoorn S, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Lopez%20AD%22%5BAuthor%5D" Lopez AD et al Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 2005, 366:1784-1793 ■



LA POLITICA CRIMINALE IN ITALIA NEL QUADRO DELLA LOTTA CONTRO LA CRIMINALITA' AMBIENTALE

Carlo M. Grillo

Presidente del Tribunale di Cremona

(Estratto della relazione presentata in occasione della 4ª giornata in memoria di Lorenzo Tomatis "LA TUTELA DELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO: L'ATTIVITA' DI CONSULENZA PER LE AUTORITA'" del 23 Settembre 2010 promossa da Ordine dei Medici di Arezzo, ASL 8 Arezzo e Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia, con il patrocinio di FNOMCeO e Associazione Nazionale Magistrati)

Tutela dell'ambiente: disposizioni normative nazionali e panorama sanzionatorio

Per delineare il terreno in cui il giurista ambientale italiano è tenuto a muoversi, va evidenziato che le molteplici disposizioni normative nazionali 'speciali', protettive dell'ambiente in senso lato, non trovano sede nel codice penale, il cui originario corpo risale al 1930, ma sono tuttora al di fuori di esso, nonostante recenti disegni di legge, evidentemente naufragati.

Fino a pochi anni fa, i fenomeni di inquinamento dell'aria, del suolo, delle acque, elettromagnetico, acustico, nonché la tutela del paesaggio, della flora e vegetazione, dei beni culturali, delle aree protette, dell'assetto edilizio ed urbanistico erano disciplinati da autonome leggi, risalenti a tempi e Governi diversi, non armonizzate e coordinate tra loro e talvolta addirittura in parte incompatibili, tanto che non era infrequente il caso di conflitto di norme regolanti la medesima fattispecie, che doveva essere dunque risolto dal giudice.

Nel 2006 finalmente ha visto la luce il Testo Unico Ambientale (decreto legislativo n. 152), col quale il Governo, in forza di un'ampia delega confe-

ritagli due anni prima dal Parlamento e recependo ben otto direttive comunitarie ancora inattuata, ha cercato di riordinare, semplificare, razionalizzare e coordinare buona parte della materia: accorpando disposizioni concernenti settori omogenei di disciplina in modo da ridurre le ripetizioni; integrando, aggiornando e coordinando previsioni disseminate in testi eterogenei in modo da limitare la stratificazione normativa prodottasi nel corso degli anni; abrogando espressamente oltre trenta disposizioni tra leggi, decreti legislativi, decreti presidenziali e ministeriali.

Il Testo Unico raggruppa la normativa: a) sulle procedure per la valutazione ambientale strategica (VAS), la valutazione di impatto ambientale (VIA), l'autorizzazione ambientale integrata (IPPC); b) sulla difesa del suolo, lotta alla desertificazione, tutela delle acque dall'inquinamento e gestione delle risorse idriche; c) sulla gestione dei rifiuti e sulle bonifiche; d) sulla tutela dell'aria e sulla riduzione delle emissioni in atmosfera; e) sul danno ambientale. Non comprende invece - pur senza voler ridimensionare l'innegabile merito del legislatore delegato che è riuscito a vararlo - tante altre materie riguardanti l'ambiente, come quelle dell'inquinamento elettromagnetico ed acustico, della tutela dei beni culturali e del paesaggio, delle aree protette, della flora e della fauna selvatica, dell'edilizia ed urbanistica, delle sostanze che riducono lo stato di ozono stratosferico, delle radiazioni ionizzanti, ecc., per le quali ancora si deve fare riferimento a molteplici leggi complementari disseminate nell'ordinamento nazionale.

Il Testo Unico Ambientale del 2006, proprio per l'esigenza di continuo perfezionamento, aggiornamento ed adeguamento agli indirizzi comuni-

tari, ha subito finora una quarantina di 'aggiustamenti', di cui cinque correttivi sostanziali (decreti legislativi nn. 284/2006, 4/2008, 128/2010, 205/2010, 219/2010) in attuazione di espresse deleghe parlamentari, che hanno completamente rimodellato l'assetto originario.

Dal punto di vista sanzionatorio deve purtroppo rilevarsi che quasi tutti i reati in materia ambientale sono: a) di natura contravvenzionale; b) configurati come 'reati di pericolo presunto'. Richiamato quanto detto prima a proposito dei delitti e delle contravvenzioni, si osserva come l'illecito contravvenzionale, se da una parte è più agevolmente accertabile (essendo sufficiente, per la sua configurabilità, la prova della condotta colposa dell'agente), dall'altra comporta soprattutto la minore gravità della pena irrogabile ed un periodo più breve per la prescrizione del reato, per cui in concreto buona parte delle contravvenzioni ambientali non sopravvivono ai tre gradi di giudizio previsti dall'ordinamento italiano.

Per quanto concerne la natura di 'reato di pericolo presunto', si osserva che il legislatore nazionale continua a prediligere forme di anticipazione dell'intervento penale, sanzionando la semplice violazione di obblighi di natura strumentale o prodromica alla eventuale commissione di reati, per cui, trattandosi di illeciti di mera disobbedienza, per il principio di ragionevolezza, non possono che comportare punizioni blande.

Nell'intero panorama dei reati ambientali il modello delittuoso era riservato, prima della direttiva 2008/99/CE, a due isolate ipotesi: 1) trasporto di rifiuti pericolosi senza il formulario o con formulario incompleto o inesatto (art. 258, comma 4, TUA); 2) attività organizzata per il traffico illecito di rifiuti (art. 260 TUA).

Con l'ultimo correttivo apportato al Testo Unico Ambientale (decreto legislativo n. 205/2010, attuativo della menzionata direttiva comunitaria) è stato modificato il primo dei due delitti, il cui ambito sanzionatorio viene ridotto potendosi configurare adesso nei confronti di 'chi, nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti, fornisce false indicazioni sulla natu-

ra, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti e chi fa uso di un certificato falso durante il trasporto'; rimane inalterato il secondo reato e, con l'art. 260 bis riguardante il SISTRI (Sistema informatico di controllo della tracciabilità dei rifiuti), sono state introdotte tre nuove fattispecie delittuose, tutte concernenti la mancanza o falsificazione di certificati di analisi utilizzati nell'ambito del detto sistema informatico, la cui disciplina però non è immediatamente operativa, come stabilito dall'art. 39, comma 1 (I termini sono stati ulteriormente prorogati con DM Ambiente 26 maggio 2011 in G.U. 30 maggio 2011). Quindi cinque soli delitti prevede il Testo Unico Ambientale e tutti si riferiscono alla normativa sui rifiuti; gli altri reati sono di natura contravvenzionale e, tranne qualche eccezione, prevedono generalmente la pena alternativa (ammenda o arresto). Completano il quadro punitivo, basato sul sistema del c.d. doppio binario, una miriade di sanzioni amministrative pecuniarie sempre più incisive nonché, in determinate ipotesi, sanzioni accessorie, come il fermo amministrativo del veicolo utilizzato per l'attività di trasporto di rifiuti, o la misura di sicurezza penale della confisca obbligatoria del veicolo.

Un'altra fattispecie delittuosa riferibile in senso lato all'ambiente, anche se originariamente prevista a tutela dell'economia pubblica, può ritenersi la vecchia disposizione del codice penale (art. 500), che punisce chi cagiona la diffusione di una malattia delle piante o degli animali mettendo in pericolo l'economia rurale/forestale o il patrimonio zootecnico della nazione. Si segnala, comunque, che nonostante la molteplicità delle normative settoriali di tutela dell'ambiente, ciascuna dotata di autonomo sistema sanzionatorio, la giustizia italiana, in relazione ad alcuni fenomeni di inquinamento (acustico, atmosferico, elettromagnetico), continua a fare ricorso a due contravvenzioni previste dal codice penale (artt. 659 e 674), evidentemente tendenti, secondo l'intento del legislatore del 1930, alla tutela di altri beni giuridici.

La prima, dettata a difesa dell'ordine pubblico e della tranquillità pubblica,

e più specificamente delle occupazioni e del riposo delle persone, viene ancora utilizzata nel campo dell'inquinamento acustico, ritenendosi che anche emissioni rumorose contenute nei limiti di accettabilità previsti dalla normativa speciale possono arrecare disturbo alla pubblica quiete, e quindi integrare la contravvenzione in questione, essendo differente il bene giuridico protetto. La prevalente giurisprudenza, però, sebbene limitatamente alle attività o mestieri rumorosi, propende, per il principio di specialità, per l'inapplicabilità della norma in esame all'inquinamento acustico, essendo sanzionati come semplici violazioni amministrative - dalla Legge quadro sull'inquinamento acustico del 1995 - i superamenti dei valori limite tabellari.

Anche la contravvenzione prevista dall'art. 674, dettata originariamente a difesa dell'incolumità pubblica e quindi delle persone, continua ad essere utilizzata in materia ambientale per la tutela dall'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico, sostenendosi concordemente - dalla giurisprudenza - che, quando vengono superati gli standards di emissione fissati dalle normative di settore, si risponde anche del reato codicistico. Permane ancora qualche contrasto invece nel caso in cui risultino rispettati i valori limite, ritenendo parte della giurisprudenza (pur minoritaria) che il reato sussista in quanto anche delle emissioni autorizzate possono procurare molestie alle persone, perché il reato mira a tutelare la salute e l'incolumità delle persone indipendentemente dall'osservanza o meno degli standards fissati per prevenire l'inquinamento.

Dal punto di vista del rigore sanzionatorio, deve poi segnalarsi - a fini meramente informativi, essendone cessata l'efficacia - una normativa di carattere eccezionale (decreto-legge n. 172/2008, convertito in legge n. 210/2008), espressamente adottata per fronteggiare l'emergenza nel settore dello smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania, di cui la Comunità europea è a conoscenza, avendo avuto ampio risalto nei media la disastrosa situazione di Napoli e dintorni. Peraltro è del 3/2/2011 la Risoluzione del



Parlamento europeo sull'emergenza rifiuti in Campania, con la quale viene ribadito il blocco dei fondi strutturali UE destinati a detta Regione, censurandosi gravemente l'operato del nostro Paese in questa gestione emergenziale prolungata, in deroga alle principali norme di tutela ambientale, con totale mancanza di trasparenza e conseguente rischio di infiltrazione da parte della criminalità organizzata.

Ebbene è innegabile che la richiamata normativa eccezionale - a parte i rilievi sollevati dalla dottrina in ordine alla sua legittimità costituzionale in quanto avente efficacia territorialmente limitata, anche se per un periodo circoscritto (si consideri però che lo stato di emergenza rifiuti in Campania è stato dichiarato la prima volta nel 1994 ed è 'normativamente' cessato solo il 31/12/2009!) - sia molto severa, prevedendo, oltre a contravvenzioni e illeciti amministrativi, ben otto delitti, per il più grave dei quali veniva comminata la reclusione da due a sette anni. Certamente questo eccesso sanzionatorio, pur giustificato dalla eccezionalità della situazione, sottoponeva a forte tensione il principio di ragionevolezza/proporzione tra gravità dei fatti e misura della pena.

Cosa ben diversa era il disegno di legge delega per la riforma dei reati in materia ambientale, approvato dal Consiglio dei Ministri italiano nell'aprile 2007, che sostanzialmente anticipava la direttiva 2008/99/CE. Infatti, allineandosi ad altri Paesi europei come la Spagna, l'Austria o la Germania, che hanno da tempo introdotto la materia ambientale nei rispettivi codici penali, con questa legge l'Italia si proponeva di inserire nel vecchio codice penale del 1930 il Titolo (VI bis) "Dei delitti contro l'ambiente", comprendente una decina di ipotesi delittuose punite con pene detentive anche severe, come per esempio nel caso dei reati di 'disastro ambientale' o 'associazione a delinquere per commettere reati contro l'ambiente'.

Deve considerarsi, infatti, che il reato di associazione a delinquere attualmente previsto dal nostro codice è ipotizzabile solo con riferimento ai delitti e non anche alle contravvenzioni, per cui non può quasi mai configurarsi in relazione alle violazioni di

natura ambientale, a meno che reato-fine sia uno dei cinque delitti sopra menzionati. Eppure il fenomeno delle c.d. ecomafie, sorto alla fine degli anni '80 quando la criminalità organizzata decide di passare dai delitti 'strutturali' (omicidi, estorsioni, usura, traffico di droga, sfruttamento della prostituzione, ecc.) a quelli 'silenziosi', è una realtà incontestabile nell'Italia di oggi, tanto che viene valutato - come risulta dall'ultimo rapporto annuale di 'Legambiente' - in circa venti miliardi di euro il business da esse gestito, con riferimento soprattutto al ciclo dei rifiuti e del cemento (abusivismo edilizio).

Il rimpianto disegno di legge prevedeva anche la responsabilità delle persone giuridiche, da punire ovviamente con sanzioni amministrative pecuniarie di consistente importo e con sanzioni interdittive.

I tempi sembravano maturi per un cambio di rotta nella politica sanzionatoria in materia ambientale, elevando a rango di delitti le condotte maggiormente dannose o pericolose, da contenere comunque in numero ristretto, e degradando nell'ambito degli illeciti amministrativi una serie di contravvenzioni di mera disobbedienza a prescrizioni formali. Ma poi purtroppo tutto è naufragato per ... ragioni di Stato e, invece di 'giocare di anticipo' nei confronti della Comunità europea, sotto il profilo normativo, abbiamo continuato ad inseguire, conservando, nella materia in questione, un sistema sanzionatorio scarsamente efficiente. ■

Europa e ambiente: la direttiva 2008/99/CE e il "diritto penale europeo"

Per quanto concerne la tutela penale dell'ambiente a livello comunitario, ne ricordiamo le tappe salienti, a partire dalla Convenzione del Consiglio di Europa del 1998 che, com'è noto, non è mai entrata in vigore per il ridotto numero di ratifiche intervenute.

Successivamente, mentre la Commissione europea stava elaborando una proposta di direttiva in materia, veniva emessa - ex artt. 31 e 34 n. 2 lett. b) del Trattato UE - la famosa decisione quadro della UE (n. 80/2003/GAI) sulla

protezione dell'ambiente mediante il diritto penale, probabilmente ritenendo il Consiglio che una direttiva in tale materia travalicasse le proprie competenze in quanto, avendo efficacia diretta (a certe condizioni) negli ordinamenti nazionali, avrebbe comportato una procedura di infrazione in caso di inottemperanza. A seguito del ricorso da parte della Commissione, che sollevava conflitto di competenza interistituzionale, però, nel settembre 2005 la Corte di Giustizia, riunita in Grande Sezione, annullava del tutto la decisione quadro, affermando sostanzialmente che la materia ambientale, da considerarsi comunitaria in senso stretto e quindi rientrando nel c.d. primo pilastro, avrebbe dovuto essere disciplinata con direttiva, e non con decisione, tipica del c.d. terzo pilastro quale strumento di coordinamento e di ravvicinamento delle disposizioni nazionali. Per quanto concerne in particolare il diritto penale sostanziale e processuale, la Corte, pur riconoscendo che la materia rientra nella sovranità degli Stati membri, affermava la competenza della Comunità ad adottare provvedimenti "in relazione al diritto penale degli Stati membri" se necessari in funzione strumentale di garanzia per l'effettiva tutela dell'ambiente, aprendo quindi in generale alla possibilità (strumentale) di 'criminalizzazione comunitaria' di determinate condotte e inaugurando così una nuova fase del processo di integrazione europea.

Si è giunti finalmente alla direttiva 2008/99/CE del 19 novembre 2008 (sulla tutela penale dell'ambiente) del Parlamento europeo e del Consiglio che, muovendo dal rilievo che i reati ambientali spesso si estendono oltre i confini degli Stati ove vengono commessi per cui le risposte degli ordinamenti nazionali devono essere almeno in parte condivise, impone ai legislatori nazionali di prevedere, in materia ambientale, entro il 26 dicembre 2010 - sia per le persone fisiche che giuridiche (con alcune eccezioni) - sanzioni "efficaci, proporzionali e dissuasive". Naturalmente per le persone fisiche dette sanzioni sono qualificate 'penali', mentre non lo sono per le persone giuridiche, in considerazione della circostanza che non tutti gli

Stati membri (come ad es. l'Italia) contemplano la responsabilità penale degli enti.

Secondo la direttiva, nove condotte 'illicite' devono necessariamente essere previste come reati (di 'danno' o di 'pericolo concreto'), sempre che siano poste in essere intenzionalmente o per grave negligenza, ed anche nei confronti dell'intenzionale favoreggiatore e istigatore. Le condotte illicite riguardano: i rifiuti, le sostanze o radiazioni ionizzanti, gli impianti in cui si svolgono attività pericolose, i materiali nucleari o altre sostanze radioattive pericolose, le sostanze che riducono lo strato di ozono, le specie animali o vegetali selvatiche, i siti protetti.

Naturalmente si tratta di norme minimali, nel senso che gli Stati membri ben possono adottare misure più severe per assicurare un'efficace tutela dell'ambiente, purché compatibili col Trattato CE. Tale disposizione in effetti anticipa l'art. 193 TFUE, che inoltre prevede la notifica alla Commissione europea dei provvedimenti nazionali di 'maggiore protezione'.

Da un esame delle condotte illicite elencate dalla direttiva, anche se detta elencazione non ha mancato di suscitare qualche perplessità, si evince che la rilevanza penale rimane circoscritta ai comportamenti concretamente pericolosi o dannosi per la risorsa ambientale o per l'integrità fisica dell'uomo, mentre alle violazioni formali (o burocratiche) deve essere riservata evidentemente l'area dell'illecito amministrativo.

Questa direttiva, intervenuta prima dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, ha riproposto il tema dell'esistenza di un 'diritto penale europeo', di cui gli studiosi già discettevano, pur consapevoli dei limiti fissati in materia dalla Comunità. E' innegabile, infatti, che molte decisioni quadro riguardano il diritto penale sostanziale, individuando fattispecie criminose da perseguire; così, ad esempio, la 2002/457/GAI in materia di terrorismo, la n. 2002/626/GAI sulla tratta di esseri umani, la 2003/568/GAI in tema di corruzione, la 2004/68/GAI su sfruttamento sessuale di minori e pornografia infantile; ed altre ancora. In definitiva, in linea con alcune importanti

decisioni della CGCE (si ricorda in proposito anche: CGCE, Grande Sezione, 23 ottobre 2007, C 5440/05, in tema di tutela penale dell'ambiente marino dall'inquinamento navale), si è prevalentemente ammesso, pur non trovando questa posizione compromissoria valido aggancio normativo, che le direttive possono descrivere le fattispecie e richiedere che siano sanzionati penalmente i fatti da esse descritti, ma non spingersi fino ad indicare la tipologia e l'entità delle pene, anche se ne possono valutare la congruità. Infatti l'influenza del diritto comunitario sul diritto penale interno ha cominciato a manifestarsi incidendo sugli elementi costitutivi della fattispecie penale, come è avvenuto - ad esempio - in materia ambientale, con riferimento alla nozione di 'rifiuto', per poi passare al riconoscimento della possibilità di sindacare le scelte penalistiche dei singoli Stati, valutando se le sanzioni, comminate a protezione di determinati beni giuridici, siano "efficaci, proporzionali e dissuasive".

A proposito dell'influenza del diritto comunitario sul diritto penale nazionale, tutti concordano nel ritenere immediatamente efficaci le norme europee "in bonam partem", che quindi prevalgono, comportando la disapplicazione, ad opera del giudice interno, della norma nazionale incompatibile. Più complesso è il problema delle norme comunitarie "in malam partem", quelle cioè che determinerebbero un aggravamento della posizione dell'imputato o conseguenze per lui più sfavorevoli. Il principio della riserva di legge, di cui prima si è parlato, preclude infatti in tal caso la possibilità di immediata esecutività di esse, essendo indispensabile una norma interna ricettizia; tuttavia la disposizione comunitaria non può ritenersi priva di efficacia indiretta e, in caso di contrasto con la normativa interna, certamente la influenza, per cui il giudice è obbligato o ad effettuare un'interpretazione della norma interna 'conforme' a costituzione, soluzione da privilegiare per evitare il vizio di incostituzionalità della stessa; o a sollevare questione pregiudiziale dinanzi alla Corte di Giustizia (ex art. 234 TCE, ora art. 267 TFUE), rimessione obbligatoria per il giudice di ultima istanza; o, infine, a

proporre questione di legittimità costituzionale per contrasto con gli artt. 11 e 117 della Costituzione, quale integrato dalla norma comunitaria.

Naturalmente devono sempre essere tenute presenti le diverse tipologie di provvedimenti a disposizione degli organi comunitari per l'assolvimento dei propri compiti (regolamento, direttiva, decisione, raccomandazione o parere) e il loro grado di incidenza negli ordinamenti degli Stati membri.

Si ricorda che mentre il regolamento ha portata generale, è obbligatorio in tutti i suoi elementi ed è direttamente applicabile in ciascuno degli Stati membri, la direttiva vincola lo Stato cui è rivolta limitatamente al risultato, ma lascia agli organi nazionali la scelta della forma e dei mezzi per raggiungerlo (a meno che non sia self executing); la decisione è obbligatoria in tutti i suoi elementi per i destinatari (individui o Stati); le raccomandazioni ed i pareri non sono vincolanti. Categoria leggermente diversa quella delle decisioni quadro, molto vicine alle direttive (ma prive di efficacia diretta) perché anch'esse vincolanti quanto al risultato ma libere riguardo a forma e mezzi, da definire dagli organi interni. La situazione è notevolmente cambiata dal 1° dicembre 2009 con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona e con il relativo nuovo Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) che, aldilà di varie denominazioni ormai familiari e della numerazione degli articoli, ha profondamente innovato anche il contesto normativo, realizzando una sostanziale armonizzazione delle procedure e degli atti giuridici dell'Unione (ex Comunità europea), con la demolizione della vecchia struttura fondata sui tre pilastri (Comunità europee; politica estera e di sicurezza comune; cooperazione di polizia e giudiziaria in materia penale), ciascuno con procedure e strumenti giuridici propri. Conseguentemente i molteplici atti prima riferiti al terzo pilastro (posizioni comuni, decisioni, decisioni quadro, convenzioni) vengono sostituiti da leggi e da leggi quadro adottate mediante procedura legislativa ordinaria (potere comune del Parlamento e del Consiglio europeo e controllo da parte della Corte di Giustizia, ora CGUE). Il concetto di atto le-



giudiziale fa così il suo ingresso nel diritto comunitario.

Nell'ambito della Cooperazione giudiziaria in materia penale (Titolo V, Capo IV del TFUE), è specificamente prevista l'adozione di norme minime sia in materia procedurale, sia con riguardo proprio al diritto penale sostanziale. Per quanto concerne questo, l'art. 83 riconosce la possibilità al Parlamento europeo e al Consiglio di definire reati e sanzioni in determinate sfere di criminalità particolarmente grave e di dimensione transnazionale. Dieci i settori presi in considerazione: terrorismo; tratta degli esseri umani; sfruttamento sessuale delle donne e dei minori; traffico illecito di stupefacenti; traffico illecito di armi; riciclaggio di denaro; corruzione; contraffazione di mezzi di pagamento; criminalità informatica; criminalità organizzata.

La disposizione - che ritengo di estremo interesse, potendo in futuro toccare anche la materia ambientale - consente inoltre al Consiglio europeo (all'unanimità e previa approvazione del Parlamento), 'in funzione dell'evoluzione della criminalità', di individuare ulteriori settori di intervento. E' prevista poi, se appare indispensabile il ravvicinamento degli ordinamenti per garantire l'efficace attuazione di una politica dell'EU in un campo già oggetto di misure di armonizzazione, la possibilità di adottare, tramite direttive, 'norme minime relative alla definizione dei reati e delle sanzioni nel settore in questione'.

Completa il quadro l'art. 84 del Trattato, che riconosce al Parlamento e al Consiglio, a prescindere da qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari, la facoltà di stabilire misure per incentivare e sostenere l'azione degli Stati membri nel campo della prevenzione della criminalità.

Alla luce di quanto precede, ritengo che ormai si possa legittimamente e a ragione parlare di un <diritto penale europeo>, nonostante gli argini costituzionali degli Stati membri. ■

Attuazione della direttiva 2008/99/CE: problemi italiani

Alla direttiva in questione, come si è detto, gli Stati membri doveva-

no dare attuazione entro il 26 dicembre 2010, termine ormai abbondantemente decorso. L'Italia può considerarsi adempiente? A mio parere no, per le ragioni che seguono.

Tre dei cinque correttivi sostanziali del Testo unico ambientale del 2006 (decreti legislativi 128/2010, 205/2010, 219/2010), essendo successivi alla direttiva 99/2008, avrebbero dovuto necessariamente tenerne conto, ma non ritengo che lo abbiano fatto in maniera adeguata; al di fuori di essi, poi, nessun'altra importante normativa generale è stata adottata in materia a livello nazionale. Pertanto, anche dopo il triplice intervento legislativo del 2010 (anzi quadruplice, se si considera la l. n. 36/2010, relativa alla disciplina sanzionatoria dello scarico di acque reflue), restano sempre e comunque solo cinque i 'delitti' ambientali previsti dal nostro ordinamento e tutti si riferiscono ai rifiuti. Nessuna delle ulteriori condotte illecite indicate dalla direttiva - riguardanti radiazioni ionizzanti, impianti per attività pericolose, materiali nucleari e sostanze radioattive, sostanze che riducono lo stato di ozono, specie animali e vegetali selvatiche, siti protetti - risulta essere stata disciplinata ex novo in ottemperanza alla stessa.

Attualmente, lo si ripete, tutte le altre violazioni previste dalla normativa ambientale nazionale, sia nel TUA che nelle varie leggi speciali, hanno natura contravvenzionale o semplicemente amministrativa. Si può allora affermare che l'ordinamento italiano preveda, nei settori di intervento indicati dalla direttiva, sanzioni "efficaci, proporzionali e dissuasive"? E che siano egualmente perseguite le condotte degli intenzionali favoreggiatori e istigatori, nonché delle persone giuridiche?

Per quanto concerne le condotte di favoreggiamento o istigazione, il diritto penale interno è attrezzato; infatti prevede il favoreggiamento reale (art. 379) e l'istigazione a delinquere (art. 414) come autonomi delitti, in relazione a qualsiasi reato, quindi anche contravvenzionale, per cui non crea difficoltà la loro configurazione in relazione ai reati ambientali. Così pure completa disciplina hanno tutte le ipotesi di concorso o compartecipazione criminosa (art. 110 e seguenti).

Qualche problema sorgerebbe, invece, in ordine alla responsabilità delle persone giuridiche se la si volesse considerare di natura penale, per il ricordato principio costituzionale della 'personalità della responsabilità penale'. Invece la responsabilità dell'ente prevista dalla direttiva 'ecocrimine' non è qualificata come penale, anche se può solo scaturire dalla commissione di un reato ambientale da parte di 'chi detenga una posizione preminente in seno alla persona giuridica' e nell'interesse della stessa; si tratta, infatti, di una responsabilità diversa da quella penale, che comporta sanzioni amministrative e presuppone l'azione penale nei confronti delle persone fisiche direttamente responsabili, come stabilisce l'art. 6 della direttiva. In proposito si ricorda, però, che la normativa nazionale sulla responsabilità degli enti (legge n. 231/2001) non include ancora purtroppo, tra i 'reati presupposti', quelli in materia ambientale, per cui - per dare adeguata esecuzione sul punto alla direttiva in trattazione - si dovrebbe innanzitutto modificare la detta disciplina interna, come in effetti prescrive l'art. 19 della 'Legge comunitaria 2009' con cui è stata delegato al Governo il recepimento della direttiva stessa.

Il rigorismo sanzionatorio cui è finalizzata questa direttiva - anche se resta ancora da dimostrare l'assioma secondo cui il mero inasprimento delle pene determini una maggiore efficacia del precetto - dovrebbe comportare, come si è detto, una previsione più numerosa di delitti giacché le contravvenzioni, per le caratteristiche sopra ricordate, difficilmente possono far fronte alle esigenze di un elevato livello di tutela dell'ambiente, cui la politica comunitaria deve mirare.

Sotto tale profilo si può affermare, senza tema di smentita, che la politica criminale italiana non è ancora in linea con i dettami europei, prevedendo tuttora sanzioni abbastanza blande, conseguenza della natura contravvenzionale di quasi tutti i reati ambientali.

S'impone però a questo proposito una riflessione, pur non intendendo criticare l'indirizzo comunitario. I delitti indicati dalla direttiva 99/2008 (per la commissione dei quali si richiede in-

fatti dolo o colpa grave dell'agente) sono configurati come reati di danno (o di pericolo concreto) e quindi esigono un'effettiva compromissione (o minaccia) delle risorse ambientali o dell'integrità fisica delle persone, mentre le contravvenzioni previste dall'ordinamento interno sanzionano generalmente violazioni formali, norme comportamentali (quali, ad esempio, il superamento di valori limite per determinate emissioni o l'esercizio di un'attività senza autorizzazione) sovente sganciate da un danno e anche solo dal pericolo, poste dall'ordinamento proprio per evitare eventi dannosi. E' evidente allora che sia molto più ardua per la giustizia inquirente la dimostrazione della sussistenza dei delitti ambientali, così come configurati dalla direttiva, dovendo sempre essere provato il nesso causale tra la condotta dell'agente e l'evento, e quindi, ad esempio, tra un determinato sversamento o abbandono di rifiuti ed un 'rilevante' vulnus per l'ambiente. Soprattutto perché l'offesa ad alcuni beni si realizza per effetto di condotte ripetute nel tempo e non di un singolo comportamento, che potrebbe in ipotesi anche non essere dannoso o pericoloso.

In definitiva si potrebbe correre il rischio di sentirsi più armati, disponendo di un sistema sanzionatorio più rigoroso, ma di essere in concreto meno efficaci, e dunque meno dissuasivi, potendosi accertare più difficilmente la colpevolezza dei trasgressori ed affermarne la penale responsabilità.

Un altro ostacolo che incontra la direttiva "ecocrime" a livello nazionale è il principio di legalità sotto lo specifico profilo della tassatività/determinatezza dell'illecito penale. Bisogna osservare che già il legislatore italiano in materia di ambiente non è mai stato tanto rispettoso del detto principio, facendo ricorso a locuzioni vaghe e generiche, quali "scarichi potenzialmente pericolosi", "rischio inaccettabile per la salute pubblica", "ingente quantitativo", "conoscenze acquisite in base al progresso tecnico", e numerose altre che rendono indispensabile (e non sempre agevole) l'opera di mediazione del giudice. Con la direttiva in esame, che peraltro prescrive sanzioni

molto più severe, i problemi di indeterminatezza non vengono risolti ma forse aggravati, facendosi riferimento a "danni rilevanti" per le risorse ambientali, a "deterioramento significativo" delle stesse ovvero di un habitat, a "quantità non trascurabili" di rifiuti o a "quantità trascurabili" di esemplari di specie animali o vegetali. Si resta dunque nel campo del vago, pur consci che, quanto più le norme sono caratterizzate da indeterminatezza, tanto maggiore è il margine di discrezionalità che deve riconoscersi all'interprete, con il conseguente prevedibile rischio di oscillazioni ermeneutiche non trascurabili, incidenti sull'esigenza di certezza dei cittadini, per cui - alla fine - è l'intero sistema repressivo in materia ambientale che risulterà indebolito da questa crisi di legalità.

A ben guardare, però, esiste il rimedio giuridico per sopperire, da parte dell'interprete, a tale indeterminatezza del precetto: integrarlo in ogni caso col relativo disposto delle 61 direttive e degli 8 regolamenti indicati nell' Allegato A (alla direttiva 2008/99/CE in questione), contenente la lista della legislazione comunitaria da cui desumere le violazioni costituenti 'atti illeciti' ai sensi dell'art. 2 della direttiva stessa.

Comunque l'Italia non può considerarsi finora adempiente alla direttiva 99/2008. Ed infatti - come rilevato nella citata risoluzione del Parlamento europeo del 3 febbraio 2011 sull'emergenza rifiuti in Campania - non ha ancora notificato all'UE la trasposizione della direttiva nei termini indicati, prescrizione evidentemente finalizzata alla valutazione degli effetti da parte della Comunità e all'eventuale intervento della stessa in base al principio di sussidiarietà.

Ovviamente è troppo presto per parlare di procedura d'infrazione (art. 258 TFUE, ex art. 226 TCE) o di sanzioni pecuniarie (art. 260 TFUE, ex art. 228), che peraltro non ritengo efficaci rimedi in caso di inottemperanza di uno Stato, avendo essi più rilievo politico che giuridico.

Né si può escludere, anzi appare probabile, che, quantunque in ritardo, l'Italia provvederà a dare attuazione alla direttiva 2008/99/CE sulla tutela penale dell'ambiente. Infatti, con la

legge n. 96/2010 ('Legge Comunitaria 2009'), il Governo è stato delegato - tra l'altro - a recepire detta direttiva entro il 9 aprile 2011, termine comunque di molto successivo a quello imposto dall'Unione europea (26 dicembre 2010). Il Consiglio dei Ministri, però, soltanto due giorni prima dell'indicata scadenza (il 7 aprile) ha approvato (in via preliminare) uno schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva stessa, con riserva di acquisire i pareri prescritti, per cui non può prevedersi quando l'iter sarà effettivamente concluso.

Ad ogni buon conto, queste le novità. Lo schema introduce nel codice penale due nuove fattispecie incriminatrici (gli artt. 727 bis e 733 bis), sempre di natura contravvenzionale, riferite - la prima - all'uccisione, distruzione, prelievo o possesso di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette, e - la seconda - al danneggiamento di habitat all'interno di un sito protetto. Inoltre introduce, nel menzionato decreto legislativo n. 231/2001, l'art. 25 decies che estende la responsabilità amministrativa degli enti, oltre che in relazione alle due nuove contravvenzioni codicistiche, a numerose altre fattispecie di reati ambientali, previste sia dal TUA (Testo Unico Ambientale) che da varie normative speciali, comminando sanzioni pecuniarie amministrative (quantificate in quote) nonché sanzioni interdittive temporanee (di durata non superiore a sei mesi), fino alla interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività per le aziende utilizzate in maniera stabile ('scopo unico o prevalente') per infrangere le norme sul traffico dei rifiuti. Si ricorda che l'importo di una quota, sempre secondo il decreto legislativo 231/2001, va da 258,00 a 1.549,00 (per cui verrebbe lasciato all'autorità giudiziaria un buon margine di discrezionalità nell'adeguare la pena alla reale gravità del fatto) e che la sanzione pecuniaria massima arriva ad ottocento quote, pari dunque a 1.239.200,00. Vedremo se, come e quando il decreto legislativo arriverà in porto! ¹

A conclusione di questo mio contributo, finalizzato soprattutto a far conoscere l'attuale politica criminale italiana in materia di ambiente, con le sue peculiari problematiche, e senza vo-



ler sminuire gli effetti di un'organica ed adeguata politica criminale europea, esprimo piena condivisione con quanti ritengono che - nella materia in questione - qualunque intervento esclusivamente repressivo svolgerà sempre un ruolo marginale e perdente se non interverrà una "conversione delle coscienze" nell'ottica di una maggiore disponibilità a odierne rinunce per assicurare un'esistenza più accettabile alle future generazioni. Occorre comunque un approccio in-

terdisciplinare: il diritto penale, senza l'ausilio di altri settori, non può risolvere un problema che vede coinvolti molteplici interessi spesso collidenti, aspetti politici, sociali, economici, modelli capitalistici ed economie in via di sviluppo, globalizzazione dei mercati e della produzione.

Come è stato incisivamente rilevato, "solo in un'alleanza planetaria e in un nuovo costituzionalismo internazionale è possibile costruire le condizioni di un'economia politica che abbia il

suo principio di esistenza e di funzionamento nella soggettività umana e nel valore della natura". ■

■ Nota

1. Nelle more della pubblicazione di questo studio ha visto la luce il decreto legislativo 7 luglio 2011 n. 121, attuativo della direttiva 2008/99/CE, in parte innovativo rispetto allo Schema deliberato il 7 aprile 2011 dal Consiglio dei Ministri ■

GESTIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE IN MEDICINA GENERALE

Dott. Damiano Parretti

Medico di Medicina Generale, Perugia
Responsabile nazionale Incident Reporting SIMG
Membro del Gruppo di Lavoro per la Sicurezza
negli ambulatori MMG e PLS, Ministero della Salute
parretti.damiano@simg.it

■ Riassunto

L'articolo vuole evidenziare le caratteristiche di un buon management del rischio clinico in medicina generale quale presupposto fondamentale per la costruzione di percorsi atti a migliorare la qualità dell'assistenza, delle strutture e degli aspetti organizzativi.

Vengono analizzate le cause più frequenti di rischio clinico che sono i fattori umani, i fattori esterni e i fattori strutturali; vengono riportati i metodi e gli strumenti per la prevenzione del rischio.

La conoscenza del rischio clinico, degli errori medici e dei loro fattori causali o contribuenti, delle lacune latenti del sistema, delle misure rivolte alla prevenzione di errori ed eventi avversi devono essere oggetto di formazione di base e continua per tutti gli operatori sanitari, perché attraverso questi percorsi formativi si raggiunge un miglioramento dell'assistenza e della salute della popolazione. Lo sviluppo di reti di segnalazione di eventi avversi e l'utilizzo dei dati derivanti da database che censiscano gli errori è essenziale al fine di garantire la sicurezza dei pazienti. ■

■ Parole chiave

Gestione del rischio, sicurezza dei pazienti. ☞

Introduzione

La medicina generale è caratterizzata da una elevata complessità gestionale per la trasversalità degli ambiti di interesse e di intervento, con compiti in progressiva espansione.

Nella popolazione assistita c'è un'alta prevalenza di comorbilità con necessità di un management di follow up clinici, strumentali, di verifica della congruità della terapia, della tollerabilità dei farmaci, delle interferenze farmacologiche, dell'aderenza e continuità terapeutiche.

Il medico di medicina generale, in questo sistema complesso, è il primario e principale riferimento per la salute delle persone, ed ha il compito di trovare tutte le risorse, le energie e le competenze

necessarie per rispondere a questa domanda; ciò presuppone vasta cultura e grandi capacità, che necessitano di una costante verifica e formazione continua.

Un indicatore di bisogni formativi e culturali è rappresentato dalla conoscenza e consapevolezza dei "punti deboli" che possono essere selezionati conoscendo le distorsioni dei percorsi assistenziali provocati dagli errori gestionali e professionali.

Per tale motivo occorre prendere in considerazione il rischio clinico insito nella attività professionale, gli errori medici e gli eventi avversi che possono verificarsi, così da correggere i percorsi ed i comportamenti responsabili di danni evitabili al paziente.

Al fine di uniformare i termini ed il linguaggio in tema di rischio clinico, il Ministero della Salute ha inserito nel proprio sito un glossario di utile consultazione (1). Riportiamo qui alcune definizioni pertinenti agli argomenti trattati in questo articolo.

Errore. Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Errori attivi. Azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate.

Errori latenti. Condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

Evento (Incident). Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno

RISCHIO CLINICO



non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso (Adverse Event). Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento evitato (Near Miss). Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. ■

L'inevitabile esposizione al rischio clinico

Il rischio è una componente inevitabile in ogni atto dell'uomo. Nello specifico, in sanità non è possibile pensare ad una completa sua eliminazione.

Ogni decisione, accertare o non accertare, trattare o non trattare, prevede l'accettazione di un rischio che viene meglio tollerato se è possibile definire il rapporto rischio-beneficio in base alla Evidence Based Medicine, alla buona pratica clinica o all'esperienza. Purtroppo però accade spesso che alcune situazioni cliniche siano così particolari, complesse o non sufficientemente valutate o conosciute che stabilire il rapporto rischio-beneficio di un percorso o di un trattamento è particolarmente difficile, se non impossibile. Pensiamo ad esempio alle comorbidità presenti in molti pazienti anziani, in cui una determinata terapia è indicata in una condizione, ma è controindicata in un'altra. Un paziente con comorbidità che deve assumere secondo linee guida 10 o più compresse al giorno, ha un rapporto rischio-beneficio legato al politrattamento favorevole o sfavorevole?

È questa la complessità con cui tutti i giorni il medico di medicina generale deve misurarsi, e su cui deve dare risposte adeguate. ■

La medicina difensiva

Di fronte alla consapevolezza che non è possibile fare i medici escludendo ed allontanando i rischi, si pone il problema di gestire al meglio la professione caricandosi di respon-

sabilità e prendendo decisioni, quando possibile in base a criteri scientifici, ma sempre in base a considerazioni etiche.

Purtroppo però assistiamo ad una progressiva espansione della "medicina difensiva".

Di fronte al timore di rivendicazioni, rinvase, ricusazione o denunce da parte dell'assistito, molti medici assumono atteggiamenti atti a coprirsi le spalle ed eludere responsabilità.

E così si moltiplicano visite specialistiche e ricoveri impropri, esami inutili, non considerando che l'esposizione raggi X o ad accertamenti contrastografici, quando non indicati, accrescono il rischio per il paziente senza alcun beneficio atteso.

Per quanto concerne la terapia, pensiamo a quanti farmaci inutili vengono assegnati in terapia, senza considerare che ogni farmaco può provocare una ADR (antibiotici prescritti nelle sindromi influenzali non complicate, FANS prescritti per manifestazioni dolorose "minori" o in caso di artrosi, aspirina prescritta in prevenzione cardiovascolare primaria senza indicazione specifica...)

Medicina difensiva è anche l'astenersi da atti che competono direttamente, delegandoli ad altri, ritenendo che il "rischio sanitario" del paziente possa trasformarsi in "rischio giuridico" per il medico: tutto ciò è costoso, pericoloso, e improponibile dal punto di vista etico.

La conclusione è che anche praticando la medicina difensiva non si elimina il rischio, ma al contrario si accentua. ■

Rischio ed errore.

Definendo il rischio clinico, in accordo al glossario del Ministero della Salute, come "possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un peggioramento delle condizioni di salute o la morte", dobbiamo considerare il danno come evento avverso, che può essere imprevedibile o prevedibile, non prevenibile o prevenibile. Un evento avverso prevenibile configura quindi un errore in medicina.

L'errore è una componente insidiosa ma difficilmente eludibile nell'atti-

vità professionale (2), pericolosa per il paziente e temuta dal medico, sia per motivi etici e professionali, che per motivi di autotutela di fronte a rivendicazioni, ritorsioni o denunce che in una normativa sfavorevole come quella italiana ricorrono con grande frequenza.

Per questo ultimo motivo la nostra cultura tende a nascondere l'errore per evitare sia l'esposizione mediatica che le sanzioni che possono derivare dagli eventi avversi che producono danni al paziente. Questo tuttavia non facilita il miglioramento professionale e la rimozione delle criticità.

Nell'ambito di una corretta gestione del rischio clinico, l'errore deve invece essere conosciuto ed analizzato ai fini di miglioramento della qualità, per la sicurezza del paziente.

"Quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso".

Partendo da questa affermazione di Karl Popper, non possiamo che ribadire che l'errore medico è un evento possibile, che può e deve essere conosciuto e segnalato: ciò permette processi di valutazione, analisi e verifica, quindi permette di costruire percorsi mirati di formazione continua.

La conoscenza e consapevolezza di alcuni "punti deboli" della pratica professionale, che portano a distorsioni dei percorsi assistenziali con conseguenti errori gestionali e professionali è quindi un indicatore di bisogni formativi e culturali.

La conoscenza deve portare poi alla possibilità di operare in senso preventivo (3).

Il processo che permette di realizzare questo percorso prevede le seguenti fasi:

- 1) individuazione delle possibili cause di rischio clinico;
- 2) analisi degli eventi, e successiva ricerca di criticità ed errori;
- 3) adozione delle adeguate misure di prevenzione, e proposta di raccomandazioni. ■

Individuazione delle possibili cause di errore

Per semplicità descrittiva, possiamo attribuire la responsabilità degli errori medici ad uno tra fattori umani, fattori esterni, fattori strutturali e tecnologici, fattori organizzativi e gestionali, come risulta dalla **tabella 1**. ■

approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo. La finalità dei metodi proattivi di analisi dei rischi è di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un even-

Sistemi di segnalazione (reporting).

Sono reti di raccolta, catalogazione e analisi di eventi avversi e/o di quasi eventi (near miss) che si verificano in un determinato contesto. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità. I sistemi di segnalazioni di eventi avversi o quasi eventi (Incident Reporting) possono essere strutturati in modo da permettere la costituzione di una rete di segnalazione anonima, che supera la difficoltà che possono avere alcuni medici nella "dichiarazione dell'errore".

Il ricorso a sistemi di Incident Reporting è maggiormente sviluppato in molti Paesi esteri, rispetto all'Italia, sia per normative che altrove sono meno penalizzanti, che per una diversa percezione culturale del problema errore, che da noi è vissuto come realtà da nascondere e non come criticità da condividere a fini formativi.

Nella **tabella 2** vengono presi in considerazione quattro sistemi di Reporting europei nell'ambito della medicina generale: sono riportati le modali-

Fattori umani	Difetto di competenza Difetto di comunicazione Difetto di registrazione di dati Inadeguata organizzazione, integrazione e formazione del team Problemi legati all'utenza
Fattori esterni	Normativa, vincoli finanziari, messaggi distorti
Fattori strutturali e tecnologici	Impiantistica, logistica, strumentazioni

tabella 1

Metodi e strumenti per la gestione del rischio. L'analisi degli eventi.

Nel corso degli ultimi anni si sono sviluppati molti metodi e strumenti rivolti ad analizzare e gestire il rischio. I metodi possono prevedere un approccio proattivo o un approccio reattivo.

L'approccio proattivo consiste nella revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo

to avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Nell'approccio reattivo si parte da un evento avverso e si ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che lo hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

Tra tutti i metodi per l'identificazione del rischio ne segnaliamo alcuni, sicuramente applicabili per la individuazione di errori e criticità nella medicina del territorio ed in particolare nel setting della medicina generale. ■

Comparazione tra le caratteristiche tra diversi Incident Reporting				
	Identificazione dei segnalatori	Accesso al sito web	Feed back	segnalaz. / x mesi
NRLS	Anonimo + confidenziale	Aperto, staff National Health Service (NHS)	Pubblicazioni di bollettini sulla sicurezza, o diretto se segnalazione confidenziale	438/17
JFZ	Anonimo	Aperto	Pubblicazioni di bollettini sulla sicurezza, o diretto se segnalazione confidenziale	199/17
CIRS Medical Germania	Anonimo	Aperto	Pubblicazioni di reports, con commenti	29/7
CIRS Medical GP	Anonimo	Aperto alla Swiss Medical Association	Pubblicazioni di reports, con commenti	19/18

Tabella 2

- 1) National Reporting and Learning Service, Inghilterra e Galles
- 2) Jeder Fehler Zaehlt, Germania, Austria e Cantoni svizzeri di lingua tedesca
- 3) Critical Incident Reporting System, Germania
- 4) Critical Incident Reporting System Medical GP, Svizzera



tà di identificazione dei medici che segnalano, il tipo di accesso al sito web, le caratteristiche del feed back messo a disposizione dagli esperti, il numero di segnalazioni pervenute al sistema (4).

In tutti è prevista la segnalazione anonima, e solo nel caso del National Reporting and Learning Service (Inghilterra e Galles), possono essere trasmesse segnalazioni confidenziali ai responsabili della rete.

L'accesso ai siti web di Incident Reporting è aperto allo staff del National Health Center (NHC) per il National Reporting and Learning Service, è completamente di libero accesso per lo Jeder Fehler Zaehl (paesi europei di lingua tedesca) e per il Critical Incident Reporting System, Germania, è aperto alla Swiss Medical Association per il Critical Incident Reporting System Medical GP, Svizzera.

I feed back utilizzano come mezzo di diffusione bollettini sulla sicurezza, pubblicazione di reports e nel caso delle segnalazioni confidenziali del NRLS, comunicazioni dirette ai singoli segnalatori.

Incident Reporting SIMG. In una situazione non favorevole per difficoltà normative/legislative, e per un conseguente diffuso atteggiamento di tipo difensivistico nella pratica della professione medica, la SIMG è impegnata nel promuovere un cambiamento di percezione del problema-errore che rappresenti una evoluzione culturale consistente nel cambiamento della percezione dei medici riguardo al "problema errore", che dovrebbe trasformarsi da realtà da nascondere e tacere a criticità da condividere per migliorare attraverso apprendimento e formazione continua.

L'Incident Reporting in Medicina Generale è una rete di segnalazione anonima di eventi avversi o quasi eventi (near miss) in medicina generale finalizzata alla loro classificazione e alla successiva analisi delle loro cause.

Il sistema si basa sulla segnalazione spontanea e anonima di un evento (Incident) inteso come accadimento connesso a un insuccesso e prevede:

- una scheda per la segnalazione spontanea di un Incident; questa deve essere compilata e inviata via internet utilizzando il sito [veniamoilrischio.it ;](http://www.pre-

</div>
<div data-bbox=)

- attribuzione di un codice, analisi della segnalazione e classificazione dell'errore / evento o near miss da parte del Team di analisi SIMG;

- una classificazione degli eventi e delle loro cause al fine di catalogare e organizzare le informazioni e utiliz-

bella tassonomica che comprende diverse tipologie di errore con le relative specifiche, viene identificato l'errore determinante l'evento, secondo un criterio di tipo temporale, e gli errori concausali, vengono identificate le aree a rischio e viene inserito un commento sulle azioni preventive neces-

Le tipologie di errore

Errore legato alla gestione del Front Office nei rapporti con il pubblico

Errore legato alla tenuta/gestione dei dati

Errore legato a problemi di comunicazione tra gli attori coinvolti nell'evento

Errore legato all'operatività del medico

Errore legato all'operatività dell'infermiere

Errore legato all'operatività di altri operatori (care giver)

Errore legato ad iniziative del paziente

Errore medico nel porre diagnosi

Errore medico che ha determinato un ritardo diagnostico

Errore nell'esecuzione di un compito amministrativo

Errore nella prescrizione farmacologica

Errore nella ricettazione

Altri errori (...)

Evento avverso non prevenibile, e quindi non riconducibile ad errore

Tabella 3

zarle a fini formativi e di miglioramento organizzativo;

- un feed back per il medico segnalatore, attraverso un canale codificato anonimo, in una sezione specifica del sito, in cui viene riportata la sintesi dell'analisi del caso (errori prevalenti e concausali, aree critiche e azioni preventive); grazie al codice anonimo attribuito dal sistema, il medico segnalatore può rintracciare facilmente il caso segnalato.

La segnalazione viene compilata e spedita online utilizzando una scheda a campi liberi per permettere la descrizione delle circostanze e degli eventi. Viene richiesto di riportare: le caratteristiche del paziente e del suo contesto, la descrizione dell'evento, gli operatori coinvolti, le cause determinanti e favorevoli l'evento. Non viene inserito il nome del segnalatore, né alcun riferimento che possa farlo identificare, per l'assoluta anonimità della segnalazione.

Alla spedizione viene creato un codice di segnalazione che permette di identificare il caso segnalato all'atto dell'inserimento in rete della sua analisi.

La segnalazione viene analizzata da un gruppo di esperti che costituiscono il team di analisi. Utilizzando una ta-

sarie. L'analisi effettuata e la segnalazione vengono messe in rete, dove sono riconoscibile attraverso il codice dal medico segnalatore. Le principali tipologie di errore sono riportate nella **tabella 3**.

Briefing sulla sicurezza. Questo metodo trova applicabilità in strutture complesse di medicina generale, come ad esempio l'organizzazione in medicina di gruppo. Il briefing consiste nella effettuazione di una breve riunione da effettuare quotidianamente, durante la quale i partecipanti evidenziano i rischi potenziali per i pazienti e definiscono le modalità di monitoraggio e prevenzione, nonché gli accorgimenti da adottare.

Debriefing. A fine giornata o a fine settimana può essere effettuato il debriefing, una breve riunione il cui scopo è analizzare quanto effettivamente accaduto in relazione ai fattori ed alle misure preventive adottate. Lo scopo è verificare se le azioni previste e concordate siano state implementate e se siano sopraggiunte eventuali problematiche, al fine di condividere ulteriori misure da intraprendere.

Audit clinico. L'audit è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei ser-

vizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, e per attuare le opportunità di cambiamento individuate ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte. ■

Prevenzione e raccomandazioni

Una volta conosciuto e analizzato il rischio e gli eventi ad esso correlati, occorre individuare ed attuare tutte le misure possibili per la sua prevenzione, attraverso la produzione di raccomandazioni specifiche individuate sulla base delle criticità registrate. ■

Conclusione

La conoscenza del rischio clinico, degli errori medici e dei loro fattori causali o contribuenti, è presupposto fondamentale per la costruzione di percorsi atti a migliorare la qualità dell'assistenza, delle strutture e degli aspetti organizzativi. Le misure rivolte alla prevenzione di errori ed eventi avversi devono essere proposte a tutti gli operatori sanitari: non si può tuttavia prescindere dalla consapevolezza della necessità di conoscere ed uti-



Tabella – gestione del rischio e sicurezza

lizzare i dati derivanti da database che censiscano gli errori, al fine di individuare indicazioni utili ad implementare la sicurezza dei pazienti (v. figura) ■

■ Bibliografia

- 1) Ministero della Salute. Glossario per la sicurezza dei pazienti, 2006, <http://www.ministerosalute.it/qualità/paginaInternaQualità.jsp?id=314&menu=sicurezza>
- 2) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is

human: building a safer health system. 1999; National Academy Press; Washington, D.C.

- 3) Reason J. Human error: model and management. *BMJ* 2000;320:768-770
- 4) B Hoffmann, M Beyer, J Rohe, J Gensichen and F M Gerlach. "Every error counts": a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Qual. Saf. Health Care* 2008;17:307-312 ■

L A GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN TOSCANA: STATO DELL' ARTE E PROSPETTIVE

Dr. Gino Parca

Dirig. Medico UO Medicina Interna Ospedale S. Donato
 Responsabile Gestione Rischio Clinico ASL 8 Arezzo
 Specialista in Medicina Interna – Geriatria e Gerontologia
 Specializzato in "Clinical Risk Management"
 (Corso di Alta Formazione Scuola Superiore S. Anna PISA)

■ Riassunto

Il tema della sicurezza sta assumendo una importanza sempre crescente in sanità: l' autore descrive brevemente come si sia sviluppata la tematica della gestione del rischio clinico in questi ultimi anni, con particolare riferimento all' esperienza toscana. In particolare vengono ricordati gli assunti teorici da cui muove il risk management, gli aspetti organizzativi e gli strumenti e metodi di lavoro, per concludere con un cenno ai possibili sviluppi futuri. ■

■ Parole chiave

Eventi avversi, errore medico, audit, comunicazione ■

Lo studio degli EVENTI AVVERSI (intesi come condizioni di danno o disagio al paziente, procurate non dalla sua malattia ma dalla gestione sanitaria della stessa) è tema di interesse centrale nell' ambito del Risk Management, disci-



plina che si occupa appunto di identificare – valutare – contenere le condizioni di rischio.

Fu il rapporto dell' Institute of Medicine statunitense, dieci anni fa (1), a mettere a nudo il problema degli eventi avversi, mostrando quanto essi fossero numerosi e gravi. I dati di quel rapporto, accolti in un primo momento con perplessità e scetticismo, sono stati poi confermati da altri studi effettuati in varie parti del mondo: ed attualmente si sta concludendo anche il primo studio nazionale italiano sull' incidenza degli eventi avversi, uno studio retrospettivo coordinato proprio dal nostro Centro Regionale Gestione Rischio Clinico (GRC) e realizzato con la revisione di oltre 15.000 cartelle cliniche.

Ma perché – oggi piu' di ieri – è importante occuparsi del tema della sicurezza ?

Il tema ci interessa (2) innanzitutto per i costi umani (si stimano solo a livello nazionale decine di morti evitabili ogni giorno!), poi per i costi professionali (grave è il danno anche per gli operatori coinvolti , che spesso finiscono per essere una sorta di SECONDA VITTIMA) (3), per i costi economici (e pensiamo non solo all' aspetto dei risarcimenti, ma anche ai costi dovuti alla cosiddetta medicina difensiva, pessima e dispendiosa medicina in cui il professionista sanitario si svilisce mettendo al centro del suo interesse non piu' la salute del paziente ma la propria, ipotetica auto-tutela) ed infine costi politici (con ciò intendendo la perdita di immagine del sistema, e la perdita di fiducia da parte del cittadino).

In questo contesto, dal 2004 sono partite in Toscana delle iniziative per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, ed il nostro Centro Regionale ha cominciato a muovere i suoi primi passi: talora con difficoltà ed ostacoli, ma comunque riuscendo a raggiungere degli obiettivi anche significativi, se è vero – come è vero - che oggi già si parla di un MODELLO TOSCANO per la gestione del rischio clinico.

In breve diremo qualcosa della filosofia, cioè dei principi ispiratori, dei pre-

supposti teorici che hanno guidato i nostri primi passi; dell' organizzazione che ci siamo dati e che ci stiamo dando tuttora; degli strumenti principali da noi utilizzati.

Dal punto di vista della FILOSOFIA, due gli assunti fondamentali: da un lato, quello di proporre una VISIONE PARTECIPATA della sicurezza, che si contrappone ad una visione normativa (fatta di strumenti proposti dalla leadership, distanti dalla prima linea): in questa ottica si ritiene che l' assunzione diretta di responsabilità ed impegno da parte degli operatori, la condivisione del metodo, il coinvolgimento di tutti, la contestualizzazione delle soluzioni proposte e la continua valutazione del loro impatto organizzativo siano condizioni fondamentali per portare avanti con successo iniziative volte a migliorare la sicurezza.

Dall' altro lato, in riferimento al tema dell' errore medico (4), il messaggio fondamentale è quello di dover imparare a convivere con gli errori, lasciando da parte il mito dell' infallibilità e considerando invece – come ci insegna James Reason, uno dei massimi esperti del risk management mondiale – che l' errore è un qualcosa di “socialmente organizzato e sistematicamente prodotto”, quindi in una certa misura non eliminabile, rispetto al quale non ha alcun valore di rimedio puntare il dito e cercare un **capro espiatorio**: al contrario noi vorremo cercare di far emergere l' errore (e ben si capisce quanto questo aspet-

to sia delicato), e considerare l' errore stesso come un punto debole, una caduta delle difese del sistema, come tale una occasione di apprendimento che ci può permettere di riprogettare e costruire un sistema piu' sicuro.

Per quanto riguarda invece l' ORGANIZZAZIONE, è stato creato un sistema in rete che vede, in ogni azienda sanitaria toscana , la presenza di un CRM, di uno staff che collabora con lui, e di una rete di operatori formati alle problematiche della sicurezza (i cosiddetti “facilitatori del rischio clinico”), che rappresentano le proiezioni periferiche, capillari del sistema all' interno delle varie realtà operative.

Il gruppo di lavoro elabora annualmente un programma di formazione ed un piano aziendale GRC, e collabora strettamente ed in modo continuo con il CENTRO REGIONALE, che ha una funzione di supervisione, di coordinamento e di indirizzo.

Infine, un cenno su STRUMENTI E METODI DI LAVORO: schematicamente sono da ricordare l' Audit Clinico, le Buone pratiche e le Campagne per la sicurezza, lo sviluppo di Sistemi Informativi che ci consentono di creare dei data base.

Gli audit clinici e le rassegne di mortalità e morbilità - M&M Review – rappresentano i due strumenti principali per la discussione ed analisi di eventi avversi e di casi clinici con esiti inattesi (5). Nella preparazione e nello svolgimento di tali incontri, raccomandiamo

Audit clinico

Iniziativa condotta dai clinici ,

che cerca di migliorare la qualità e gli outcomes dell' assistenza

attraverso una revisione fra pari , strutturata e multidisciplinare

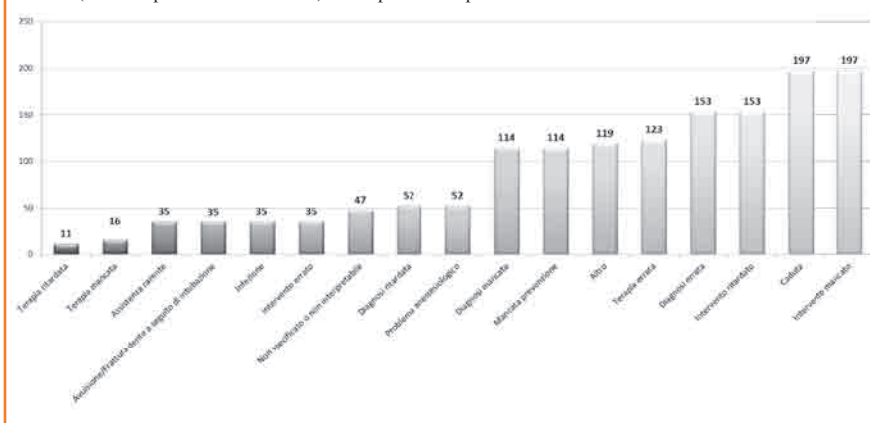
per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività ed i propri risultati in confronto a standard espliciti

e la modificano se necessario

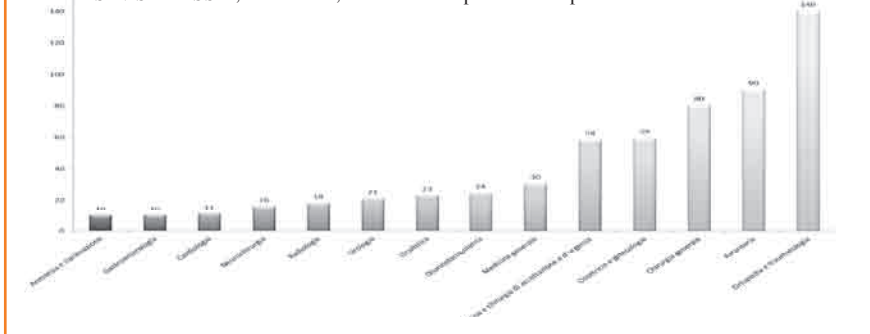
(National Health Service Executive, 1996)



Sinistri (lesioni personali / decessi) : composizione per cause lamentate



SINISTRI SST , anno 2010, distribuzione per aree e reparti



mo sempre di mantenere una stretta confidenzialità su quanto emergerà, e di evitare ogni tipo di atteggiamento accusatorio, persecutorio o sanzionatorio, essendo la logica e la finalità dell'audit, ovviamente, non quella di cercare un colpevole ma di far emergere le criticità presenti, così da poter proporre delle azioni di miglioramento. Nel tempo abbiamo promosso svariate Campagne per la sicurezza del paziente ed introdotto una ventina di Buone Pratiche (corpo organico e consolidato di conoscenze che - all' interno di un determinato contesto, clinico, organizzativo o relazionale - hanno dimostrato di facilitare il raggiungimento degli obiettivi attesi): tali strumenti assolvono al duplice compito di affrontare fattori di rischio noti, problemi circoscritti ma comunque significativi per il miglioramento della sicurezza, e al tempo stesso di essere un volano per la realizzazione del cambiamento culturale precedentemente menzionato. Infine l' apporto che ci viene dai sistemi informativi e dalle tecnologie informatiche: oggi sono a nostra disposizione - in modo informatizzato - un sistema di gestione dei sinistri, un si-

stema di incident reporting (cioè di segnalazione degli eventi avversi), un registro dei traumi; e molte iniziative sono in divenire, per consentire un sempre piu' preciso mappaggio della situazione, per ottenere dati volti sia ad una corretta identificazione delle aree di maggior criticità, sia alla conoscenza della loro evoluzione nel tempo. Ad esempio, dai dati che ci vengono dal DataBase del Sistema Gestione Sinistri, possiamo avere informazioni sulle richieste di risarcimento danni, sulla tipologia del danno lamentato, sullo stato della pratica: ecco, ad esempio, la distribuzione per tipologia di sinistri, e la distribuzione invece per aree e reparti (Fig. 1 e 2). Per concludere, che cosa ci ha facilitato e che cosa invece ostacolato in questi primi anni di attività. Sicuramente ci ha reso le cose piu' facili il fatto che si cominciava da zero, quello che possiamo chiamare il "costruire su un prato verde", così come l' entusiasmo, la grande partecipazione con cui tanti operatori hanno accolto questo messaggio. Fra gli ostacoli, sono da ricordare una scarsa ten-

denza all' autocritica, un forte culto della colpa personale (piu' in linea con il modello culturale imperante) ed in genere l' inerzia che il sistema oppone al cambiamento, la difficoltà a modificare equilibri professionali anche delicati, cristallizzati ormai nelle nostre menti da anni ed anni di consuetudine: non per niente, diceva Tolstoj "Tutti parlano di cambiare il mondo, ma nessuno parla di cambiare se stesso".

Ma di sicuro dei passi importanti sono stati compiuti. Il lavoro per il futuro dovrà essere improntato ad alcune parole d' ordine (6), che sono TRASPARENZA (che deve essere uno dei principi fondamentali nel cambiamento, nella creazione di una nuova alleanza fra operatori sanitari e cittadini), PARTECIPAZIONE (chiamando sempre di piu' il paziente a partecipare alla costruzione del proprio percorso di salute), FORMAZIONE (in quanto il cambiamento va continuamente ripensato e riprogettato, in un contesto che è in continua evoluzione), infine COMUNICAZIONE.

Ed in chiusura proprio un commento particolare su quest' ultimo punto, commento che di fatto vuol essere una critica, anzi una autocritica, rispetto a quello che troppo spesso è ancora oggi l' agire del medico. Di cosa, infatti, i cittadini si lamentano di piu'? Della nostra scarsa disponibilità, delle informazioni insufficienti che diamo loro, di un comportamento spesso distaccato: tutto questo ci parla di un vissuto di disagio, di lontananza, se non proprio di abbandono, che porta poi spesso, troppo spesso, ad essere su fronti contrapposti con il cittadino, quasi sulle barricate. Come facciamo, allora, ad uscire da queste barricate? Senz' altro chiedendo la collaborazione di tutti, anche di quegli avvocati e medici legali che - speriamo sempre in minor numero - incoraggiano spesso i reclami piu' pretestuosi. Ma certo ci vorrà l' impegno "sul campo" di noi medici, che per primi dobbiamo fare - come dicevo - una autocritica, e dobbiamo ricercare quell' atteggiamento empatico spesso assente, ma che invece dovrebbe rappresentare un aspetto fondamentale dell' agire medico (7), una delle due colonne portanti della medi-



cina, assieme alla conoscenza scientifica (come diceva il medico e filosofo Karl Jaspers).

Anche attraverso questa strada passa il miglioramento dei livelli di sicurezza, dell'immagine che diamo di noi, del rapporto di fiducia con i cittadini. ■

■ Bibliografia

- 1) Institute of Medicine: To err is human. Building a safer health system. National Academy Press 2000
- 2) Leape L, Berwick DM: Reducing error in medicine: it's time to take more seriously. *BMJ* 1999, 319:136-7
- 3) Leape L, Berwick DM: Medical error: the second victim. *BMJ* 2000, 320:725-6
- 4) Reason J: Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-70
- 5) Fletcher J: Failure mode and effects analysis (FMEA): an interdisciplinary way to analyse and reduce medication errors. *J Nurs Adm* 1997; 12:19-36
- 6) Vincent CA, Coulter A: Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002; 11:76-80
- 7) Jaspers K: Il medico nell'età della tecnica, Ed. Cortina Milano, 25-26 ■

L'IMPORTANZA SOCIALE DELLA FARMACOVIGILANZA

1 Chiara Bozzano, 1 Roberta Mastriforti,
2 Stefano Meini, 3 Saffi Giustini

1) Medico Geriatra, ASL 8 Arezzo
2) Medico di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, ASL 3 Pistoia
3) Medico di Medicina Generale, ASL 3 Pistoia
Sottocommissione Farmacovigilanza Regione Toscana

Definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "qualsiasi procedura che miri a fornire informazioni sistematiche sulle probabili relazioni di causalità intercorrenti tra farmaci e fenomeni inattesi all'interno di una popolazione", la farmacovigilanza ha l'obiettivo di monitorare e valutare sicurezza ed efficacia dei farmaci in commercio nella fase di post-marketing.

Con **farmacovigilanza** intendiamo l'insieme di attività relative all'individuazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di ogni altro problema legato ai farmaci e ai prodotti erboristici/medicine tradizionali. Si tratta di un concetto ampio che comprende l'intera fase clinica dello sviluppo di un farmaco e la sorveglianza post-marketing sulla sicurezza, inclusi la gestione del rischio e la prevenzione degli errori, la comunicazione delle informazioni sul farmaco, la promozione di un uso razionale e la preparazione ad affrontare i momenti di emergenza.

La necessità di sorvegliare in modo sistematico i farmaci prima e dopo l'immissione sul mercato fu stimolata dal tristemente famoso "disastro della talidomide" che, commercializzata a scopo ipnoinducente nel 1957 e ritirata nel 1961, provocò gravi malformazioni in circa 10.000 bambini nati da donne che avevano assunto il farmaco in gravidanza. Come noto, nelle prime fasi di sperimentazione clinica, possediamo conoscenze limitate sul profilo di sicurezza ed efficacia di un farmaco: esso può essere dispensato esclusivamente dagli ospedali e sui pazienti che partecipano allo studio e solo dopo il superamento della fase III viene ottenuta, da parte del Ministero della Sanità, l'autorizzazione all'immissione in commercio.

In questi primi passi del neonato farmaco, i soggetti di riferimento sono ancora "ideali" e non riflettono le caratteristiche della popolazione reale tipiche della fase IV. Infatti, per quanto vasti siano

gli studi pre-clinici su animali ed uomo, alcuni effetti avversi non possono essere rilevati prima che un numero molto ampio di persone abbia assunto il farmaco.

Al contrario gli assistiti che affollano gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale sono molto diversi rispetto a quelli coinvolti nelle sperimentazioni cliniche. Sono in maggior prevalenza anziani affetti da patologie osteoarticolari, cardiache, metaboliche (...) e, spesso l'applicazione delle linee guida internazionali per la cura di ognuna di esse porta al sommarsi di un numero indefinito di farmaci che rischia *per sé* di sviluppare nuove patologie. A partire dal 1968 è stato istituito il Program on International Drug Monitoring da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con lo scopo di centralizzare i dati mondiali sulle reazioni avverse a farmaci (ADR). A questo progetto l'Italia ha aderito nel 1975 e tutt'oggi la programmazione sanitaria cerca di realizzare procedure di farmacovigilanza: sviluppate a livello internazionale, nazionale e regionale sono un sistema organico e trasversale creato da un lato per la tutela e la salvaguardia del paziente, dall'altro per dotare il personale sanitario di uno strumento di governance della spesa sanitaria rispetto all'over prescription e alle spese da ADR.

Il processo di farmacovigilanza è delicato e complesso e per ottenere i migliori risultati richiede la collaborazione di tutti: pazienti, medici, farmacisti, autorità sanitarie periferiche e centrali, farmacologi, aziende farmaceutiche. Tutti questi soggetti sono protagonisti indispensabili e hanno compiti e responsabilità specifiche.

Attraverso la compilazione della scheda di segnalazione predisposta, le informazioni riguardanti il sospetto di una reazione avversa a farmaco o a prodotti erboristici/medicine tradizionali giungono all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Più precisamente le segnalazioni spontanee di ADR ven-

FARMACOVIGILANZA



Farmaci, anziano e reazioni avverse a farmaci

- ✓ **Anziani (≥ 65 a):** impiegano un numero sproporzionato di farmaci con obbligo di prescrizioni e da banco;
- ✓ *più del 40% assume settimanalmente 5 o più farmaci differenti*
- ✓ *il 12% ne impiega 10 o più.*
- ✓ Una revisione interdisciplinare della terapia farmacologica di pz. anziani ambulatoriali contribuisce a ridurre costo e numero delle prescrizioni
- ✓ **Un anziano, che assume 5 o più farmaci, ha un 35% di probabilità di sperimentare una ADR**

Safran D. et al. *Health Affairs* 2005; Supplemental Web Exclusive: W5-152-W5-166; Kaufman DW et al. *JAMA*. 2002; 287: 337-44; Meet W et al. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:93-8; Lazarou J et al. *JAMA*. 1998; 279: 1200-5.



gono raccolte mediante la Rete nazionale di Farmacovigilanza (RNF), attiva dal Novembre 2001. Questo sistema ha creato un network tra AIFA, le 21 Regioni, 204 Unità Sanitarie Locali, 112 Ospedali, 38 IRCCS (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico) e 561 industrie farmaceutiche (1). Attraverso questo network gli operatori sanitari segnalano all'AIFA le reazioni avverse sospette osservate sul territorio italiano.

Successivamente, a partire da questa segnalazione, si avvia un sistema per la raccolta, il monitoraggio, e lo studio che tiene conto, oltre alle segnalazioni spontanee di ADR, anche di studi scientifici, della letteratura internazionale, dei rapporti inviati da parte delle

industrie farmaceutiche (...).

Un processo così strutturato permette di validare eventuali rapporti causa-effetto tra farmaci ed effetti indesiderati e determinare l'aggiornamento del foglietto illustrativo del farmaco.

Il primario scopo della Farmacovigilanza è quello di generare segnali di allarme, individuare eventi avversi a farmaci che siano ignoti o nuovi in termini di severità e frequenza o aspetti clinici, ma potrebbe più nobilmente essere identificato come la necessità di "imparare dalla esperienza" e condividerla con gli altri al fine di "evitare che lo stesso evento indesiderato si ripeta" (2).

Tuttavia, da un'attenta analisi del sistema-farmacovigilanza, non possia-

mo tralasciare alcune criticità che ne condizionano l'efficacia.

Il primo gap è innanzitutto di tipo culturale, poiché il tema della "patologia da farmaci" deve essere diffuso in modo capillare ed è un problema sociale e sanitario rilevante che può essere affrontato innanzitutto con l'aggiornamento continuo e con gli strumenti propri di educazione sul rischio (es, "Dear Doctor Letter", rilettura periodica delle schede tecniche, strumenti informatici, ecc.).

La dimensione del problema delle reazioni avverse a farmaci, fitoterapici e medicine tradizionali è sovrapponibile a quella di altre patologie ben più note come Diabete, Obesità e Malattia di Alzheimer poiché conta dati di morbilità, mortalità e costi sociali praticamente sovrapponibili.

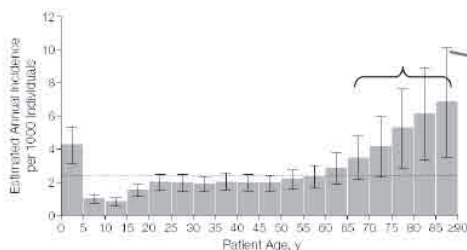
Le stime sono destinate ad aumentare se si pensa che fattori di spicco nel determinare l'incidenza di ADR, come età geriatrica e polifarmacoterapia, hanno incidenza e prevalenza crescente con il passare degli anni (3). Parallelamente al processo "di formazione continua e permanente" è indispensabile anche indirizzare in modo corretto l'aspetto organizzativo, per garantire feed-back a chi ha effettuato la segnalazione di sospetta ADR. Riteniamo utile che il segnalatore ottenga elementi culturali inerenti al rischio di comparsa, modalità d'insorgenza, possibilità di previsione, presenza di trattamenti specifici, e ad eventuali effetti a lungo termine (3).

La regione Toscana, tra le prime per numero di segnalazioni di ADR, sta da tempo favorendo la diffusione capillare del processo di farmacovigilanza. Grazie a un progetto di ricerca finanziato con i fondi dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 2008/09, è ai blocchi di partenza uno studio clinico intitolato "Adverse drug reactions and drug-drug interactions in Elderly patients in geriatric hospital units, primary care and community hospitals: the ANCESTRAL observational study". Tale studio sarà condotto in quattro centri regionali (Pisa, Firenze, Siena, Arezzo), contribuendo a rafforzare il processo di integrazione tra Ospedale e Territorio impostato da alcuni anni dalle direttive nazionali e regionali. L'obiettivo è analizzare la popolazione

Budnitz DS et al.
National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events
JAMA, 296:1858-66; 2006

warfarin, insulina, e digossina, con basso indice terapeutico ed alto rischio di tossicità sono causa di circa 1/3 delle ADE nei pazienti > 65 anni: dato importante per la prevenzione

Figure. Estimated Annual Incidence of Adverse Drug Events Treated in US Emergency Departments



The estimated annual population rate of adverse drug events (dotted line) is 2.4 per 1000 (95% confidence interval, 1.7-3.0). Error bars represent 95% confidence intervals. Data are from the 2004-2005 National Electronic Injury Surveillance System-Cooperative Adverse Drug Event Surveillance project.

anziana politrattata (≥ 5 farmaci) afferente ai reparti per acuti e agli ambulatori di Medicina Generale. La raccolta dati sarà effettuata grazie allo sviluppo di un database elettronico dedicato in cui saranno registrate informazioni anagrafiche, cliniche e terapeutiche dei soggetti che aderiranno allo studio. Per i Medici di Medicina Generale coinvolti, inoltre, sarà effettuata un'indagine conoscitiva sull'appropriatezza prescrittiva prima e dopo un percorso di formazione interattivo sulla farmacovigilanza. Molteplici sono le iniziative nate per

sensibilizzare ognuno di noi al tema della farmacovigilanza e questo sta gradualmente avendo i suoi frutti: nell'ultimo decennio le segnalazioni spontanee si sono più che triplicate e hanno superato il gold standard individuato dall'Oms (4).

Da parte nostra siamo consapevoli che, grazie alla collaborazione di tutti, è indispensabile apprendere, capire e diffondere la cultura della Farmacovigilanza: la valenza di questo processo non è solo sanitaria ma anche sociale, con il coinvolgimento e le ripercussio-

ni positive su tutti i cittadini. ■

■ Bibliografia

- 1) Serravalle E. "Bambini supervaccinati" 2009: cap.2, 27.
- 2) Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857.
- 3) L'informazione di ritorno in farmacovigilanza: esperienze della rete Pharmasearch. SIMGx FV 2002/2003. Pacini Editore, Pisa: 2003
- 4) "Farmaci, boom dei controlli" 24 Ore Sanità, Nov 2011 ■



I L MEDICO CONDOTTO **di Antonio Molfese edito dal c.i.r.m (centro internazionale radiomedico) Due volumi a stampa di Tipografia 3F Arti Grafiche Ciampino – Roma**

dott. Cesare Maggi

Coordinatore redazionale

A lettura conclusa ora posso, e possiamo tutti, sapere senza alibi, infingimenti, disconoscenze e negligenze culturali quel che ha rappresentato per i cittadini la figura del Medico Condotta e l'Istituto della Condotta Medica per la quale ed in seno alla quale Egli agiva. L'opera di Antonio Molfese "Il Medico Condotta", in due volumi, colma quel vuoto di sapere nel merito: è utile, direi necessaria, a tutti noi medici ormai attempati, per il ricordo, ma è doverosa, sostanziale e storica conoscenza per i Colleghi giovani, che non hanno vissuto una certa epoca temporale e possono avere mentalmente collocato il "Condotta" nella vaghezza di un Carneade dei tempi nostri. E' un grande lavoro di ricerca, di documentazione, di storia datata, di decreti statali nati per regolamentarne l'attività e disciplinarne gli obblighi e i doveri etici, psicologici e di rapporto interumano con i malati bisognosi). Questa epica figura nasce, cresce e si sviluppa in parallelo con l'evolversi delle conoscenze mediche e delle loro applicazioni a favore del corpus sociale ed umano, nel tempo. Il Medico Condotta è un dipendente comunale scelto per concorso pubblico (dal 1904) che svolge, oggi diremo nel territorio quale autorità sanitaria, quanto in tema di salute (prevenzione, diagnosi, cura) possa occorrere ai cittadini, all'inizio solo agli indigenti ma più tardi verso tutti. Egli vive in sedi abitative disagiate, spesso in frazioni di montagna con strade inesistenti e pericolose, con eventi meteorologici avversi, esposto fino al letto del malato nei trasferimenti a piedi o a dorso di quadrupede, al vento, pioggia e neve; e con lui la sua famiglia a risiedere in loco, la moglie spesso a coadiuvarne l'opera. Vale a rappresentare e vivere questo quadro, un'elegia di Bepi Santori, che Molfese cita, dedicata al Medico Condotta, elegia che nel ritornello suona così: "arte più misera, arte più rotta non c'è del medico che va in Condotta".

Nel testo a seguire, l'Autore dedica tanto spazio

per illustrare molte figure di Medici Condotti con le loro storie vissute. Sono storie, spesso dolorose, che si riferiscono a malattie particolari quali tracoma, brucellosi, pellagra, tbc, sifilide e via dicendo, affrontate senza l'ausilio disponibile del laboratorio e di altri mezzi diagnostici; sono storie permeate di vissuto emotivamente coinvolgente il lettore che ricordano l'impegno quotidiano verso casistiche cliniche difficili, quasi sempre diagnosticate con il solo uso dei cinque sensi. Egli, quale autorità sanitaria Comunale e successivamente Ufficiale Sanitario (espressione di autorità dello Stato) presta funzioni medico-chirurgiche, di vigilanza igienico-sanitaria sul territorio, di medico scolastico, di medico vaccinatore, di terapeuta delle malattie infettive e parassitarie (malattie veneree, malaria ecc.), di certificante l'idoneità al lavoro, di operatore anche in servizio necroscopico.

E voglio citare, a configurare l'identità di questo Medico, traendola dal lavoro di Molfese, una definizione quasi icastica: "una stirpe a sé che ha sempre vantato il meglio dell'uomo quanto a sacrificio e disponibilità, a competenza ed umanità, intrecciate comunque con una certa dose di vocazione per l'avventura, per una risultante che si chiama missione". Quella di Molfese è opera di grande valore: si spinge a considerare anche il lavoro del medico di bordo delle navi citando casistiche particolari ivi riscontrabili durante la navigazione, agendovi il sanitario, professionalmente in quota CIRM, quale vero e proprio "medico Condotta di mare". Ed è anche ammirevole che la freddezza dei riferimenti legislativi, come il loro rinnovarsi nel tempo, decisamente permeanti e condizionanti l'opera del Medico Condotta, trovino uno stacco espositivo a favore di chi legga, nelle pagine dedicate alle molte immagini-foto delle confezioni dei farmaci, galenici o di sintesi, in uso al sanitario. Ovunque, tra le pagine, traspare tanta ricchezza, tanta memoria in favore del Medico

Condotto, professionista sempre disponibile ad intervenire ovunque occorra; non a caso ha meritato per gratitudine nazionale la dedica del monumento eretto a Serralunga (Piemonte) intitolato al Dr. Armando Sonnati, che

impersona con il generoso atto raffiguratovi, tutta la categoria. Ottimo nesso vi trovo per suggellarne le doti umane ed etico-professionali a celebrazione di quell'attività sempre operativa, che trovò la sua fine, quale Istito,

il 30.9.1980 con la nascita e l'affermazione del S.S.N.

Per tutto ciò che ho modestamente voluto esprimere in questo scritto, l'opera di Molfese va dunque letta ed attentamente meditata.

Allo scadere di quest'anno 2011, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, il Direttore Responsabile della rivista, si associano nel rivolgere il più sentito e sincero augurio di Buone Festività alle lettrici, ai lettori ed ai rispettivi familiari, esprimendo in particolare i Migliori voti beneauguranti per un felice, fruttuoso e sereno 2012



NORME EDITORIALI

- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a:
Redazione "il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo
Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo
Tel 0575/22724 Fax 0575/300758

Oppure via mail a: chirurghi@omceoar.it

- Le relazioni dovranno essere scritte in programma Word con massimo di 4/5 pagine comprese tabelle, grafici e fotografie. Inoltre la stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: **introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni**.

Il lavoro deve iniziare con il seguente ordine:

- **titolo**
- **autore** (nome cognome, titolo accademico e sede di lavoro) indicando, per chi lo ritenesse opportuno, l'indirizzo, mail a cui inviare la corrispondenza
- **riassunto** (breve testo introduttivo circa 10 righe)
- **parole chiave** (non superare le sei parole)
- **testo** (usare font times new roman e comunque caratteri convenzionali in corpo 12). Si precisa che tutte le sigle e acronimi, scritti nel testo, devono riportare la definizione per esteso alla loro prima chiamata.
- **bibliografia** (le citazioni bibliografiche vanno riportate nel testo in apice¹ o tra parentesi⁽¹⁾ con corrispettivo riferimento alla bibliografia scritta in fondo all'articolo, per un massimo di 15 chiamate).

Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. *Pathogenetic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma*. A multicenter italian study. *Hepatology* 1994; 20:1225-1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.

- **tabelle, grafici, fotografie** devono comprendere le relative didascalie e indicazione di inserimento nell'ambito del lavoro. Ove è possibile, inviare le fotografie ad alta definizione.

- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze corrette nel più breve tempo possibile. Le bozze saranno inviate all'autore (INDICARE mail). Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata.

- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a colori.

- I lavori accettati sono pubblicati gratuitamente. Sono, invece a carico degli Autori, la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e la spedizione degli estratti stessi.

La richiesta di estratti va fatta direttamente a:

L. P. Grafiche Via F. Filzi 28/int. 52100 Arezzo.
Tel.0575/907425 info@lpgrafiche.it

- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico.

I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).

- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.

- I lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. È vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.

- È prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.