

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



**EDITORIALE**

**TEMI DI APPROFONDIMENTO**

**IL CASO CLINICO**

**MEDICINA E SOCIETÀ**

**MEDICI E SALUTE PUBBLICA**

**LETTERE AL DIRETTORE**

**STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO**

**HANNO DETTO**

# **Il Cesalpino**

Dicembre 2004

Nuova serie · Anno 3° Numero **9**

# SOMMARIO

|  |    |
|--|----|
| <b>EDITORIALE</b>  | 1  |
| <b>TEMI DI APPROFONDIMENTO</b>   |    |
| ▪ UNO STUDIO CORRELATIVO TRA DIAGNOSI PSICOLOGICA ED ESITO DI TRATTAMENTO PSICOTERAPICO DI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI  | 3  |
| ▪ TIROIDE E AMIODARONE   | 7  |
| ▪ INDUZIONE DELL'OVULAZIONE NELLA PCOS   | 11 |
| ▪ L'IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELLA VAL DI CHIANA  | 14 |
| <b>IL CASO CLINICO</b>   |    |
| ▪ ANGIODISPLASIA VASCOLARE DEL COLON: UN CASO CLINICO  | 17 |
| <b>MEDICINA E SOCIETÀ</b>  |    |
| ▪ IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA EDUCAZIONE ALLA DONAZIONE D'ORGANI  | 19 |
| ▪ GLI AEROPORTI NUCCIONO ALLA SALUTE   | 22 |
| ▪ LA SANITÀ VISTA DAGLI ALTRI  | 23 |
| ▪ PET THERAPY  | 28 |
| <b>MEDICI E SALUTE PUBBLICA</b>  |    |
| ▪ MEDICI E SALUTE PUBBLICA: PREMessa   | 31 |
| ▪ LA SALUTE INFANTILE E L'AMBIENTE DOPO BUDAPEST 2004: DATI, IDEE E MODELLI DALLA TOSCANA  | 34 |
| <b>LETTERE AL DIRETTORE</b>  |    |
| ▪ "40 SECONDI PER PAZIENTE!"   | 38 |
| <b>STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO</b>   |    |
| ▪ L'ISTITUTO PEDIATRICO PROVINCIALE E LA PEDIATRIA IN PROVINCIA DI AREZZO DAL '34 AL '38   | 40 |
| <b>HANNO DETTO</b>   |    |
| ▪ INAUGURAZIONE ANNO ACCADEMICO O.N.A.O.S.I 2004/2005  | 43 |
| <b>IL CESALPINO</b>  |    |
| • <b>Comitato Editoriale e Redazionale</b><br>Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.<br>Presidente: Raffaele Festa  |    |
| • <b>Direttore Responsabile</b><br>Roberto Romizi  |    |
| • <b>In Redazione</b><br>Donato Angioli, Alberto Cinelli, Lucia Lenzi, Rossella Nassi,<br>Piero Pieri, Michela Rinaldini<br>Coordinatore Redazionale: Cesare Maggi   |    |
| • <b>Segreteria Redazionale</b><br>Paola Bidini e Marco Cerofolini<br>C/O Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri<br>Viale Giotto, 134 · 52100 Arezzo<br>Tel. 0575 22724 · Fax 0575 300758<br>e-mail: <a href="mailto:chirurghi@omceoar.it">chirurghi@omceoar.it</a><br>sito web: <a href="http://www.omceoar.it">www.omceoar.it</a> |    |

## EDITORIALE

### PROFESSIONE MEDICA E PROBLEMA ECONOMICO

“In genere, i nove decimi della nostra felicità si basano esclusivamente sulla salute. Con questa ogni cosa diventa fonte di godimento.”

Arthur Schopenhauer

Una recente sentenza della quarta sezione penale della Cassazione (7 giugno n. 514/2004), che ha ribadito la responsabilità per omicidio colposo di tre medici di un Reparto di Ostetricia e Ginecologia, mi ha stimolato a scrivere questo editoriale. La sentenza affronta il delicatissimo e sempre più attuale tema dei tempi corretti ed adeguati di degenza dei pazienti ricoverati. Nel caso specifico, a giudizio della Corte, una precoce ed incauta dimissione di una paziente, che presentava una miomatosi uterina con minaccia di aborto, ne aveva provocato la morte per una grave emorragia da distacco della placenta. L'elemento di colpa decisivo era ravvisato proprio nelle “improvvide ed intempestive dimissioni” sia perché un quadro patologico così grave imponeva la continuazione del ricovero, sia perché al verificarsi dell'evento emorragico non era stato possibile un intervento tempestivo e salvifico. Ma ciò che interessa nella sentenza della Cassazione sono le argomentazioni con cui vengono respinte le tesi della difesa che sosteneva l'impossibilità di protrarre il ricovero. Pur affermando che il problema delle ospedalizzazioni compete ai medici e da essi deve essere risolto, subito dopo la Corte chiarisce che essi hanno l'obbligo di contemperare le esigenze terapeutiche con quelle di efficienza ed economicità. È ovvio che per una patologia trattabile adeguatamente a domicilio, il ricovero ospedaliero sarebbe non solo superfluo ma anche antieconomico, ma laddove il trattamento in ambiente ospedaliero consente maggiore sicurezza ed efficacia, si impone un bilanciamento tra la tutela della salute e l'interesse economico che non può, e non deve, prevaricare il diritto del cittadino ad essere curato al meglio. Nella valutazione del rapporto costi – benefici devono essere adeguatamente considerati la gravità della malattia e i rischi per la salute del paziente che va necessariamente privilegiata rispetto all'elemento economico. Conseguentemente, per il medico sussiste l'obbligo di adoperarsi a porre in atto tutte quelle misure e quegli accorgimenti idonei ad una ottimale tutela del bene salute, che è tutelato anche dalla Costituzione.

La citata sentenza, è bene ribadirlo, è una delle tante sentenze susseguitesi sullo stesso tema in varie sedi e livelli giudiziari che hanno visto molto spesso soccombenti i medici. È fuor di dubbio che questi ultimi si trovano in una posizione difficile siano essi medici dipendenti o dell'area convenzionale. È in atto, più o meno larvamente, una manovra di continua compressione, che talvolta arriva anche all'intimidazione, sulle decisioni dei professionisti. Questi sono esposti tra le crescenti richieste di salute (spesso non motivate) dei cittadini, le pressioni di una dirigenza aziendale attentissima ai bilanci economici, ma sovente “distraffa” sui bilanci di efficacia e di efficienza ed una magistratura sempre meno disposta a perdonare. In tale situazione, il medico finisce con l'essere l'anello debole della catena. Sia ben chiaro che nessuno intende avallare sprechi di qualsiasi genere. Nel nostro sistema solidaristico sprecare vuol dire sottrarre risorse a chi ne ha bisogno veramente. In questa ottica, il tema economico assume ad elemento di massima rilevanza per gli aspetti etici fondamentali: basta pensare che un adeguato contenimento delle risorse impiegate per ogni unità di risultato ottenuto, libera risorse per impieghi ulteriori. In tal senso, una sana economia che si affianchi ad una efficiente operatività diviene addirittura un principio di carattere morale. Ma forse non è l'efficienza operativa a tutti i livelli del servizio, la fonte prima del risparmio economico? Tutti dovrebbero fare la propria parte, ognuno per le proprie specifiche competenze, anziché usare la falsa ed ipocrita arma del medico prescrittore fonte di tutti gli sprechi. Ma questo discorso ci porterebbe molto lontano: solo per fare un esempio concreto, si pensi alle decine di miliardi che si perdono per gli errori in medicina tra l'indifferenza generale di politici ed amministratori. Purtroppo, nella situazione attuale, bisogna che i medici si rendano conto che soggiacere a mal compresi principi aziendali ed a indebiti condizionamenti, può creare fattori di quasi sicuro insuccesso del loro intervento, del quale saranno chiamati a rispondere nelle sedi giudiziarie come diretti responsabili. E spesso al contenzioso, si aggiunge il dramma personale di una “persecuzione giudiziaria” che finisce con condizionare pesantemente la vita professionale ma anche quella familiare del professionista, con effetti devastanti.

Si assiste a troppe dimissioni premature, a troppi casi clinici studiati in maniera inadeguata o non valutati con la necessaria completezza, troppe terapie sono incongrue ed insufficienti per soggiacere passivamente ai dettami di una presunta economia che, talvolta, prevarica il diritto alla salute. Se è vero, però, che l'esigenza solidaristica del nostro sistema mal si concilia con la necessità del contenimento degli oneri del

S.S.N., deve essere altrettanto chiaro che ci si trova di fronte ad un problema che ha assoluto bisogno di soluzioni che siano in grado di garantire una migliore e più efficace distribuzione delle risorse tra le varie componenti del sistema, e che in nessun caso si debba prescindere dall'obbligo etico di tutelare la salute dei cittadini. Di questo i medici devono essere ben consci, devono avere il coraggio di riappropriarsi della loro professione e della loro indipendenza decisionale, essendo essi i custodi di un bene irrinunciabile come è costantemente affermato dalle moderne società avanzate. È questa, a mio avviso, la strada per sentirsi veramente medici e perché la salute possa essere fonte di godimento per l'uomo.

**Dr. Raffaele Festa**

Presidente Ordine Medici Arezzo

## UNO STUDIO CORRELATIVO TRA DIAGNOSI PSICOLOGICA ED ESITO DI TRATTAMENTO PSICOTERAPICO DI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Fiorenzo Ranieri\*, Stefano Benci\*\*,  
Paolo E. Dimauro\*\*\*

\*Psicologo dir. 1° liv - Resp. Ce.Do.S.T.Ar., Centro Documentazione SerT Arezzo

\*\*Psicologo Tirocinante

\*\*\*Direttore Dipartimento Dipendenze Az USL 8 Arezzo

Per corrispondenza:

Dr. Fiorenzo Ranieri

Centro Documentazione Ser.T. Arezzo

Via Fonte Veneziana 17 · 52100 Arezzo

Tel. 0575 255 947

E-mail: cedostar@cedostar.it

Sito: www.cedostar.it

### Riassunto

L'articolo presenta una ricerca con tossicodipendenti e confronta la diagnosi psicologica, desunta dal test MMPI2, e l'esito di trattamento psicoterapico individuale. Contrariamente alle attese non c'è una correlazione tra gravità della diagnosi e riuscita del trattamento. Risulta rilevante l'incidenza di Disturbi Post Traumatici da Stress nel gruppo preso in considerazione, un fattore probabilmente in grado di influenzare l'esito della psicoterapia.

### Parole chiave

Tossicodipendenza, psicoterapia, MMPI, Disturbo Post Traumatico da Stress

### INTRODUZIONE

L'Abuso di Sostanze Psicoattive è una delle piaghe più antiche dell'umanità (Dowd, 1999). Il DSM IV definisce l'Abuso di Sostanze come una modalità patologica d'uso di una sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate all'uso ripetuto della stessa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel tentativo di superare le ambiguità dei termini, sin dal 1957 ha differenziato la tossicomania (addiction) dall'abitudine (habituation); la tossicomania è definita pertanto come uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica (Dimauro, Patussi, 1999). Da tempo la tossicodipendenza costituisce un grave problema sanitario, con alti costi sociali, professionali ed economici; la possibilità di rilevare la reale efficacia dei trattamenti è per tale motivo fondamentale (Dowd, 1999). In questo articolo viene proposto l'esito di una ricerca correlativa con tossicodipendenti. Scopo di questa ricerca è stato quello di verificare un'eventuale correlazione fra profilo psicopatologico e esito della terapia psicologica successiva. L'indagine punta anche a correlare l'esito del trattamento psicologico con altre variabili del campione (sesso, trattamento metadonico, disturbi post

traumatici). Il metodo d'indagine utilizzato è stato il confronto tra i risultati al test MMPI-2, test frequentemente utilizzato per lo studio dei tratti di personalità sottostanti la dipendenza da sostanze (Cecchi e al., 2001) e la valutazione clinica del trattamento psicologico. Sono stati analizzati i risultati di 41 MMPI-2 somministrati nel periodo 1997-2003 a pazienti che si sono rivolti o che sono stati inviati presso il Servizio per le tossicodipendenze dell'Azienda U.S.L. 8 Zona Aretina con problematiche relative all'uso di sostanze stupefacenti. L'esito del trattamento psicologico è stato verificato sulla base di dati clinici e anamnestici.

### MATERIALI E METODI

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, versione 2) è un test non proiettivo di personalità e la somministrazione consiste nel sottoporre al soggetto una serie di affermazioni stampate su un questionario relative ai suoi vissuti, condizioni fisiche, abitudini, atteggiamenti e pensieri ricorrenti (Hathaway, 1989).

Diversi sono i motivi che collocano il MMPI 2 come strumento di misura, in una posizione di predominio rispetto agli altri reattivi mentali. Il test:

- permette di esprimere la descrizione clinica globale del paziente attraverso una serie di variabili numeriche (scale cliniche, scale di contenuto, scale speciali);
- è dotato di un elevato potere discriminante tra i tratti normali e patologici della personalità e rappresenta dunque un potente strumento di valutazione diagnostica differenziale;
- permette non solo di individuare e quantificare la presenza o l'andamento di una determinata variabile psicologica, comportamentale o patologica in un campione di pazienti raggruppati in base ad un criterio clinico, ma anche di valutare se una variabile interveniente (es. un farmaco) induce modificazioni significative nel tempo (il test può essere somministrato più volte durante il trattamento, rendendo possibile il controllo di seguito alle terapie praticate);
- è stato sottoposto ad un esteso programma di standardizzazione e la procedura di validazione del questionario è

stata una delle più rigorose nella storia della psicometria;

- il questionario è facile da somministrare: le persone si auto somministrano il test rispondendo semplicemente Vero o Falso agli items proposti. (Boncori, 1993)

La procedura di valutazione delle risposte al questionario genera tre profili composti, il primo da 3 indicatori di validità e 10 Scale Cliniche, il secondo da 6 Scale Supplementari (Alcolismo, Aggressività, Disturbo da stress, ecc.), il terzo da 15 Scale di Contenuto (Ansia, Ossessività, Depressione, Rabbia, Bassa autostima, Problemi familiari, ecc.).

In linee generali, nelle scale dell'MMPI 2, i punteggi alti esprimono caratteristiche psicologiche alterate per la dimensione considerata; i punteggi medi indicano adattamento, i punteggi bassi infine evidenziano la non presenza di patologia<sup>1</sup> (Butcher, 1996).

Nella ricerca in oggetto, per stabilire la gravità nei vari test, è stata fatta un'analisi sulle rispettive scale cliniche, separando i casi meno gravi (area nevrotica), con elevazione delle scale: 1 (ipocondria), 2 (depressione), 3 (isteria); da quelli più gravi (area psicotica), con elevazione delle scale: 6 (paranoia), 7 (psicoastenia), 8 (schizofrenia).

Lo stesso criterio riportato sopra è stato utilizzato per la scala supplementare Pk costruita per la misura del disturbo post traumatico da stress (PTSD), dividendo i punteggi che superano il limite della normalità (65 punti) da quelli nella norma (Sinnert, 1996). Punteggi elevati indicano che la persona è stata probabilmente esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le seguenti caratteristiche:

- 1) la persona si è confrontata con un evento che ha implicato morte, minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;
- 2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore, esito di situazioni ambientali che ricordano l'evento, rimozione<sup>2</sup>.

Tutti i punteggi dei vari questionari sono stati inseriti in un programma di statistica sociale (SPSS) e sono stati analizzati ruotandoli tra loro con riferimento particolare alle variabili :

- Valutazione esiti trattamenti psicologici - gravità dei vari punteggi al test;
- Sesso;
- Uso o Non uso del metadone;
- Pk nella norma - fuori norma

Oltre all'analisi delle varie frequenze, sono state utilizzate due particolari tecniche statistiche il " $\chi^2$ " e l'"Analisi della Varianza". Il " $\chi^2$ " consente di confrontare una distribuzione osservata di frequenze, con la rispettiva distribuzione teorica e quindi consente di stabilire se tra le due distribuzioni ci sta

una differenza significativa oppure no. Nella ricerca il  $\chi^2$  è usato come test non parametrico per calcolare la correlazione tra due variabili misurate su scala nominale.

L'Analisi della Varianza (ANOVA) è una metodologia statistica che permette di confrontare contemporaneamente le medie calcolate su due o più campioni indipendenti e quindi permette di decidere se probabilisticamente i campioni hanno una media uguale o diversa.

Il test statistico usato è la "F" di Fischer ottenuta confrontando la Varianza tra i gruppi (between) e la Varianza nei gruppi (within).<sup>3</sup>

Il risultato del Test è stato confrontato con l'esito del trattamento psicologico distribuito in tre classi: esito negativo (-), il soggetto interrompe il trattamento psicologico; esito incerto (+/-), il soggetto conclude il trattamento senza vantaggi evidenti; esito positivo (+), il soggetto conclude con vantaggio il trattamento.

L'assegnazione dei soggetti a una delle tre classi (+, +/-, -) è stata fatta a posteriori sui dati desunti dalla cartella clinica.

## RISULTATI

Il campione esaminato è costituito da 26 maschi (63%) e 15 femmine (37%), (vedi grafico 1), l'età minima è di 17 anni quella massima di 47. Del campione totale, 16 soggetti nel periodo di somministrazione del test erano in terapia con farmaco sostitutivo (pari al 39% - vedi grafico 2), mentre per quanto riguarda la gravità dei soggetti riferita al livello di nevroticismo o psicoticismo risultante dalle scale cliniche, i risultati individuano un numero di 19 soggetti in area psicotica (46,3%) e 22 soggetti in area nevrotica (53,7 %) (vedi grafico 3).

Per quanto riguarda le differenze di genere, spicca un dato interessante che riguarda l'uso del metadone, con una prevalenza netta del genere maschile (13) pari al 50%. L'analisi della scala supplementare Pk evidenzia una prevalenza del genere femminile pari al 53,3% (livello alto) contro il 34,6% dei maschi. Rispetto all'esito della psicoterapia, il 19% del campione ha avuto un trattamento con esito negativo, il 43% ha avuto esito incerto, il 38% ha avuto esito positivo (vedi grafico 4).

La scala Pk mostra punteggi elevati in 17 soggetti (41,5%), contro una incidenza del 10% nella popolazione generale; i rimanenti 24 (58,5%) hanno dei valori nella norma (vedi grafico 5).

Dall'incrocio delle variabili tramite le procedure statistiche ( $\chi^2$ , ANOVA) emergono alcuni dati interessanti che confermano in parte quanto emerso dall'analisi delle frequenze:

- dal confronto tra gli esiti dei trattamenti psicologici e la gravità emersa dai vari subtest non si rileva nessuna significatività statistica,

cioè non esiste nessun tipo di relazione tra le due variabili;

- dal confronto tra la variabile “sesso” e le altre variabili della ricerca emergono i dati più interessanti; è il genere femminile che presenta un quadro clinico più grave nelle tre scale del test (clinica, supplementare e contenuto). Questo quadro è messo in evidenza da ambedue le procedure statistiche. Nella scala clinica 12 sottoscale di cui 7 con significatività statistica evidenziano una gravità maggiore delle donne. Solo la sottoscala “Sc” (schizofrenia) mostra una gravità maggiore del genere maschile. Tale andamento è confermato sia nelle sottoscale supplementari (in particolare la sottoscala Pk mostra un indice di correlazione elevato sempre con il genere femminile) che nelle sottoscale di contenuto dove su tutte le sottoscale il genere femminile presenta un quadro nettamente più grave (ben 8 sottoscale su 15 risultano altamente correlate con il sesso femminile). Non emergono correlazioni significative tra “sesso” e la variabile uso o non uso del metadone;
- dall’incrocio delle altre variabili con la variabile Pk (nella norma – fuori norma), non si evidenzia alcuna significatività statistica.

## CONCLUSIONI

Dal confronto tra il questionario MMPI-2 con l’esito del trattamento psicologico non emerge nessuna significatività statistica, cioè l’esito del trattamento psicologico prescinde dalla gravità del paziente all’inizio della terapia.

Il confronto tra la variabile Sesso con le Scale del questionario (Clinica, Supplementare e Contenuto), mette in evidenza un quadro clinico più grave per il genere femminile. È il genere femminile che presenta al momento della somministrazione del test una sofferenza psicologica maggiore, legata in particolar modo allo stress, all’ansia, alla preoccupazione per la propria salute e agli atteggiamenti negativi verso i trattamenti di salute mentale.

Dall’incrocio delle altre variabili (uso – non uso del metadone, Pk nella norma – fuori norma) non si evidenziano significatività statistiche.

La sottoscala Pk (misura del Disturbo Post Traumatico da Stress) mostra un indice di correlazione elevato con il genere femminile. Proprio il valore rilevato con la sottoscala Pk sembra indicare il dato maggiormente significativo della ricerca. I valori della sottoscala Pk, confrontati con la popolazione generale, mostrano una significatività statistica elevata, dato che nel campione sono pari al 41,5% contro un valore del 10% stimato mediamente nella popolazione generale (Giannantonio, 2003). Ciò è spiegabile con il particolare stile di vita del tossicomane, esposto a numerosi eventi

traumatici nel corso della sua vita, come overdose, problemi sanitari, problemi familiari gravi (separazioni, rotture traumatiche con la famiglia d’origine, conflitti gravi), problemi legali (arresti e carcerazioni), problemi sociali (esclusione, pregiudizi). Non emerge una relazione statisticamente significativa tra esito del trattamento e presenza di Disturbo Post Traumatico da Stress, sebbene i dati descrittivi sembrano indicare tale tendenza. Infatti su dodici tossicodipendenti trattati con esito positivo ben otto non manifestavano un Disturbo Post Traumatico da Stress. Si tratta di una indicazione che probabilmente dovrebbe essere approfondita con ulteriori ricerche, dato anche il valore clinico: la maggior trattabilità di soggetti con ridotti traumi sarebbe un valido sostegno a politiche d’intervento basate sulla “riduzione del danno”.

## Note

<sup>1</sup> Le scale dell’MMPI 2 sono infatti considerate “unipolari”, fatta però eccezione per le scale Mf e Si

<sup>2</sup> Descrizione tratta dal DSM IV

<sup>3</sup> La Varianza Between misura la differenza tra i gruppi e ci dice quindi quanta parte dell’intera variabilità è dovuta alla differenza tra i gruppi. La Varianza Within ci dice invece quanta parte della variabilità totale è dovuta alla variabilità interna ai gruppi. Maggiore è il rapporto tra Varianza Between e Varianza Within e maggiore sarà la differenza tra i gruppi; cioè riterremo significativa la differenza tra le medie (Ercolani e Areni, 1995).

## Bibliografia

American Psychiatric Association. “DSM-IV – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, edizione italiana”, Masson, Milano, 1994.

Area Tossicodipendenze. L’approccio diagnostico del SERT di Reggio Emilia: organizzazione ed esiti. SERT REGGIO EMILIA 1998.

Boncori L. “Teoria e Tecniche dei Test”, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

Blasin C, Cifelli G, Faccini M, Manzato E. “Valutazione del trattamento riabilitativo integrato della tossicodipendenza da oppiacei. Programma intensivo di disintossicazione e programma a medio-lungo termine di prevenzione della ricaduta”, Ser.T Az ULSS 21 Reg. Veneto Ospedale di Zevio, Verona, tratto da [www.expopoint.it/Optional/federserd/Detox.htm](http://www.expopoint.it/Optional/federserd/Detox.htm) SER.T Az. ULSS 21 – REG. VENETO Osp. di Zevio (Verona).

Cecchi M, Rocco M, Costantino P. Confronto del profilo di personalità MMPI di utenti alcolodipendenti e tossicodipendenti. XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia (SIA) 1996.

De Maria MR. Diagnosi in disintossicazione. Centro di osservazione disintossicazione e diagnosi Luzzi Cooperativa sociale Arca.

Dimauro PE, Patussi V. “Dipendenze. Manuale teorico pratico per operatori”. Carocci Editore, Bologna, 1999.

Dowd ET, Rugle L. “La tossicodipendenza: trattamenti a confronto”, Mc Graw-Hill Libri Italia, Milano, 1999.

Ercolani AP, Areni A. Statistica per la ricerca in Psicologia. Il Mulino, 1995.

Giannantonio M.: “Psicotraumatologia e psicologia dell’emergenza”. Ecomind, Salerno, 2003.

Hathaway SR, McKinley JC. "(MMPI-2) Minnesota Multiphasic Personalità Inventory-2", O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989.

Sinnet ER, Holen MC, Heil MC. Does the MMPI-2 PTSD-Pk scale measure robustness? College of Education, Kansas State University, Manhattan 66506, USA 1996.

Velicogna F, Narbone G, Biancalani F, Checcucci A, Checcucci G, Checcucci M, Toraldo P. Inquadramento diagnostico iniziale nel trattamento dei tossicodipendenti-utilizzo dei test MMPI-2 e WAIS-R. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo anno XXIII, 2000, n°4.

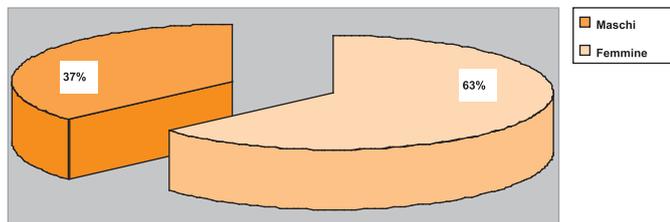


Grafico 1

### Soggetti in trattamento con farmaco sostitutivo

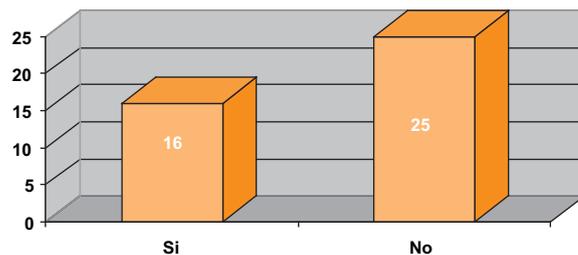


Grafico 2

### Classificazione basata sul test MMPI2

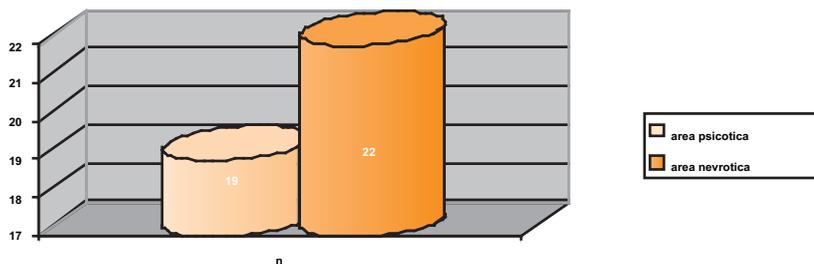


Grafico 3

### Esito psicoterapia

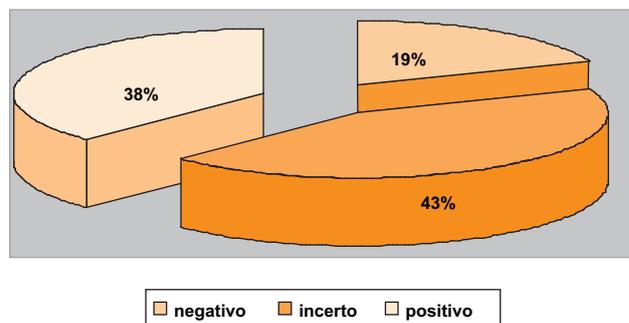


Grafico 4

### Confronto Pk popolazione generale - campione

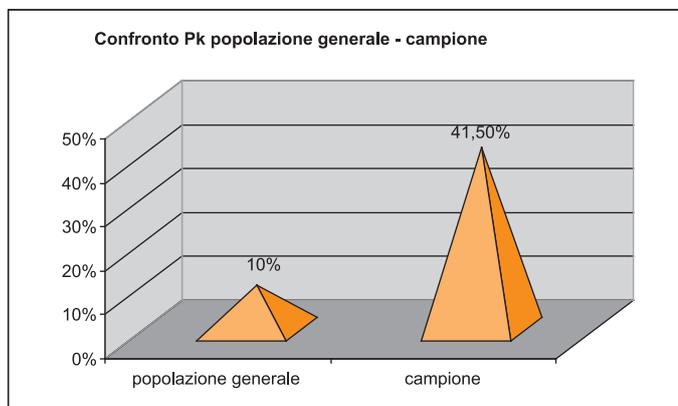


Grafico 5

## TIROIDE E AMIODARONE

Chiara Vezzosi, Rosella Nassi  
Sezione di Endocrinologia, USL 8 Arezzo

### INTRODUZIONE

L'amiodarone è un derivato benzofuranico che contiene due atomi di iodio pari a circa il 75% in peso della molecola. La somministrazione di 200 mg di iodio comporta quindi l'assunzione di 75 mg di iodio di cui circa il 10%, ovvero 10 mg, viene liberato in circolo come ioduro. Poiché la dose di mantenimento nei pazienti in terapia cronica con amiodarone, è di 200-600 mg die, questi soggetti vengono esposti a 7-21 mg di ioduro al giorno che corrispondono a 40-100 volte il fabbisogno quotidiano (150-200 mg die).

Questo carico di iodio si evidenzia precocemente in corso di terapia attraverso l'aumento della ioduria.

Altra importante caratteristica dell'amiodarone e del suo principale metabolita mono-N-desetil-amiodarone (MDEA), è l'elevata liposolubilità, cui consegue l'accumulo a livello del tessuto adiposo, polmonare ed epatico.

L'emivita dell'amiodarone è molto lunga e dipende anche dalla durata del trattamento infatti, dopo la somministrazione di una singola dose orale, risulta compresa tra 7 e 36 ore mentre varia tra i 19 e i 53 giorni dopo sospensione della terapia cronica. L'emivita del MDEA è compresa tra i 54 e i 61 giorni.

### MODIFICAZIONE DELL'ASSETTO ORMONALE INDOTTE DALL'AMIODARONE

L'effetto più importante dell'amiodarone a livello del metabolismo degli ormoni tiroidei è l'inibizione della 5' monodeiodasi di tipo I (a livello epatico e dei tessuti periferici) che rimuove lo iodio in posizione 5' dell'anello fenolico della tiroxina formando la T3 e dall'anello esterno della rT3 per produrre T2. Tale fenomeno può persistere anche diversi mesi dopo la sospensione della terapia e si traduce in un aumento moderato e persistente della concentrazione plasmatica di T4 ed fT4 con contemporanea riduzione lieve ma persistente di T3 ed fT3. In corso di terapia con amiodarone si può osservare inoltre un lieve e transitorio aumento del TSH soprattutto per dosaggi superiori ai 400 mg die. Le variazioni dei livelli di TSH sembrano correlate alla modificazioni degli ormoni tiroidei e alla contemporanea inibizione della deiodasi di tipo II attiva a livello ipofisario. In ogni caso, nei pazienti

eutiroidei in terapia con amiodarone, il valore di TSH rimane nel range della norma, pur mostrando modeste oscillazioni.

Un altro effetto della terapia è l'inibizione dell'ingresso degli ormoni tiroidei con amiodarone a livello dei tessuti periferici; questa sorta di ipotiroidismo tissutale relativo è dovuto anche alla riduzione del numero dei recettori per le catecolamine e al contemporaneo minore effetto della T3 sulla up regulation dei recettori  $\beta$  adrenergici.

Tutte queste modificazioni si osservano dopo circa 3-4 mesi di terapia, un fenomeno che invece può manifestarsi molto precocemente è l'effetto Wolff-Chaikoff ovvero la transitoria riduzione della sintesi di T4 per il fisiologico effetto del carico di iodio. (Tab. 1)

#### MODIFICAZIONE DEGLI ORMONI TIROIDEI INDOTTE DALL'AMIODARONE

↑ fT4 spesso ai limiti superiori o poco al di sopra della norma  
↓ fT3  
TSH nei limiti della norma con possibile transitorio ↑ (soggetto a fluttuazioni in corso di terapia)  
Possibile precoce e transitorio ↓ di fT4 (effetto Wolff-Chaikoff)

Tab. 1 · Modificazioni ormonali in corso di terapia con amiodarone.

Oltre agli effetti sull'attività enzimatica, amiodarone e MDEA svolgono un effetto citotossico sulle cellule tiroidee che sembrerebbe dipendente dalla durata del trattamento.

L'effetto esercitato dall'amiodarone sull'autoimmunità tiroidea è oggetto di controversia: secondo la maggior parte degli autori l'amiodarone sarebbe in grado di precipitare o esacerbare una preesistente autoimmunità organo-specifica, mentre sembra estremamente improbabile che autoanticorpi antitiroide compaiano in soggetti con esami negativi prima del trattamento.

### DISFUNZIONI TIROIDEE INDOTTE DALL'AMIODARONE

Benché la maggior parte dei pazienti in terapia con amiodarone rimanga eutiroidea (secondo la diverse casistiche tra il 63 e l'88%) l'incidenza di ipo e ipertiroidismo risulta aumentata rispetto alla popolazione generale.

Indipendentemente dall'apporto di iodio, le disfunzioni tiroidee indotte da amiodarone variano tra il 2 ed il 24% e più comunemente tra il 14 ed il 18%. I diversi studi pubblicati riportano una incidenza dell'ipertiroidismo variabile tra l'1 ed il 23% e dell'ipotiroidismo tra l'1 ed il 32%.

### IPERTIROIDISMO DA AMIODARONE

L'ipertiroidismo da amiodarone può manifestarsi,

spesso in modo improvviso, precocemente o anni dopo l'inizio della terapia. Alcuni autori hanno osservato un tempo medio dall'inizio del trattamento di circa 3 anni.

Una caratteristica importante dell'ipertiroidismo da amiodarone è la possibilità che si manifesti anche molti mesi dopo la sospensione della terapia, in relazione alla lunga emivita del farmaco e al suo accumulo a livello tissutale.

Non esistono parametri che permettano di prevedere lo sviluppo di questa patologia, è stata comunque riportata una maggiore incidenza nel sesso maschile, con un rapporto M:F di 3:2.

L'apporto alimentare di iodio, valutato in diverse casistiche, non sembra costituire un elemento utile per evidenziare la suscettibilità a sviluppare ipo- o ipertiroidismo.

I meccanismi patogenetici alla base dell'ipertiroidismo da amiodarone sono essenzialmente due: quello metabolico, in cui il carico di iodio induce un aumento della sintesi degli ormoni tiroidei in una ghiandola già alterata (gozzo diffuso o nodulare), e quello citotossico-infiammatorio, in cui amiodarone e MDEA, attraverso un danno follicolare, indurrebbero il rilascio massivo di ormoni tiroidei preformati con un meccanismo di tipo tiroiditico, in una tiroide precedentemente normale.

In sintesi quindi esistono due forme di ipertiroidismo da amiodarone a diversa patogenesi:

il TIPO I dovuto ad una sintesi aumentata secondaria la carico di iodio in una tiroide intrinsecamente alterata;

il TIPO II dovuto ad un processo distruttivo a carico di una ghiandola normale con eccessiva disseminazione in circolo di ormoni preformati.

In diversi studi si è tentato di individuare caratteristiche distintive delle due forme (Tab. 2), nella pra-

simo, anche per la frequente presenza di forme miste.

Da punto di vista clinico, il quadro è spesso dominato dai disturbi cardiaci mentre la restante tipica sintomatologia può essere sfumata, anche per il relativo ipotiroidismo tissutale fisiologicamente presente in corso di terapia con amiodarone.

Il trattamento dell'ipertiroidismo è spesso problematico per la patologia cardiaca di base e la risposta alla terapia farmacologica è di solito inferiore rispetto a quanto avviene nelle forme di ipertiroidismo spontaneo.

La terapia rediometabolica non è praticabile per i bassi livelli di captazione secondari al carico di iodio e per i tempi relativamente lunghi necessari a ripristinare l'eutiroidismo.

Anche le tionamidi (metimazolo, propiltiouracile), risultano di solito meno efficaci che nell'ipotiroidismo spontaneo. L'aggiunta di perclorato di potassio (per bloccare l'ulteriore ingresso di iodio nella tiroide) al dosaggio di 1 gr die è raccomandata in associazione a metimazolo (30-40 mg die) o propiltiouracile (400-800 mg die), per un periodo non superiore ai 30-40 giorni a causa dei possibili effetti collaterali (insufficienza renale, aplasia midollare).

I glucocorticoidi vengono utilizzati in associazione a tionamidi e perclorato di potassio per il loro effetto antiflogistico e per l'inibizione della conversione da T4 a T3. Hanno l'ulteriore vantaggio di sostenere la funzione surrenalica in pazienti che, a causa dell'ipertiroidismo, si trovano in una condizione di iposurrenalismo relativo.

Infine, possono essere aggiunti alla terapia standard (tionamidi, perclorato di potassio, steroidi), i  $\beta$  bloccanti con attività stabilizzante di membrana, come il propranololo, che possiedono la caratteristica aggiuntiva di inibire la deiodasi di tipo I.

In caso di scarsa risposta alla terapia, nelle forme più gravi e persistenti di ipertiroidismo, la tiroidectomia può rappresentare l'unica soluzione, anche se la concomitante cardiopatia può rendere difficile questa scelta terapeutica. (Tab. 3)

## **IPOTIROIDISMO DA AMIODARONE**

L'ipotiroidismo da amiodarone si manifesta in una percentuale di pazienti variabile tra l'1 ed il 32%, insorge

solitamente durante i primi mesi di terapia e quasi sempre nel corso del primo anno. Si presenta con

| TIPO I                                   | TIPO II   |
|--|---|
| Malattia tiroidea sottostante (GMN)      | Non malattia tiroidea sottostante (Ghiandola di volume normale) |
| Captazione scintigrafica aumentata       | Mancata captazione scintigrafica                                |
| Aumentata vascolarizzazione              | Normale vascolarizzazione                                       |
| Eccesso di sintesi per eccesso di I      | Rilascio di Ormoni da danno ghiandolare                         |
| IL6 poco aumentata                       | Netto aumento IL6   |
| Risposta a tionamidi                     | Assente risposta a tionamidi                                    |
| Dubbia risposta a cortisonici            | Ottima risposta a cortisonici                                   |
| Buona risposta al Perclorato             |   |
| Non sviluppo di ipotiroidismo successivo | Possibile sviluppo di ipotiroidismo successivo                  |

Tab. 2 · Caratteristiche delle diverse forme di ipertiroidismo da amiodarone.

tica clinica tuttavia risulta spesso difficile riuscire a determinare l'esatta patogenesi dell'ipertiroidi-

### TERAPIA DELL'IPERTIROIDISMO DA AMIODARONE

|  |  |
|--|--|
| Tionamidi ad alte dosi<br>Con monitoraggio di emocromo e indici di funzionalità epatica  | Metimazolo 30-40 mg die<br>Propiltiouracile 300-400 mg die |
| Perclorato di potassio non oltre 30-40 giorni<br>(per inibire ulteriore uptake di I)<br>Con monitoraggio di emocromo e indici di funzionalità renale | 1 gr die   |
| Steroidi per 7-12 sett   | Prednisone 15-80 mg die<br>Desametasone 3-6 mg die         |

Tab. 3 · Schema terapeutico dell'ipertiroidismo da amiodarone.

una modesta prevalenza nel sesso femminile con un rapporto F:M di 1,5:1, sia in soggetti con preesistenti alterazione tiroidee che con tiroide apparentemente sana.

Contrariamente a quanto avviene nell'ipertiroidismo, esiste per l'ipotiroidismo un chiaro fattore predisponente rappresentato dalla positività autoanticorpale (anticorpi anti tireoparossidasi).

Il meccanismo patogenetico alla base sarebbe l'incapacità, di una tiroide già alterata, di effettuare l'escape dall'effetto Wolff-Chiakoff dopo il carico di iodio, in modo da riprendere una normale sintesi ormonale.

Tale difetto potrebbe essere spiegato con una modesta alterazione dell'orمونogenesis che renderebbe la tiroide particolarmente suscettibile all'effetto inibitorio dello iodio.

Un altro meccanismo ipotizzato è che lo iodio provochi un danno a livello del follicolo tiroideo che, unito alla già presente autoimmunità, accelererebbe la progressione verso l'ipotiroidismo.

Nei pazienti senza alterazioni tiroidee e con anticorpi negativi è stato ipotizzato un difetto dell'organificazione dello iodio e/o della sintesi ormonale.

L'ipotiroidismo da amiodarone è comunque di più facile gestione rispetto all'ipertiroidismo e la sua comparsa non rappresenta una controindicazione alla prosecuzione della terapia antiaritmica. Di solito, alla sospensione del trattamento si osserva il ritorno all'eutiroidismo soprattutto nei soggetti con anticorpi negativi. Nel caso in cui il trattamento non possa essere sospeso è necessario instaurare la terapia sostitutiva con levitiroxina. La posologia deve essere regolata in modo da ripristinare l'eutiroidismo in modo molto graduale in quanto un eccesso di L-T4 può indurre un peggioramento del quadro cardiologico.

#### RACCOMANDAZIONI NEI PAZIENTI IN TERAPIA CON AMIODARONE

È fondamentale valutare i pazienti prima di iniziare la terapia con amiodarone attraverso il dosaggio del TSH, che rappresenta l'indicatore più affidabile della funzionalità tiroidea, e l'esame obiettivo per evidenziare l'eventuale presenza di gozzo.

La presenza già nota di anticorpi anti TPO accresce il rischio di sviluppare ipotiroidismo, deve essere quindi presa in considerazione quando si intraprende la terapia con amiodarone

Il controllo di TSH ed FT4 deve essere ripetuto ogni 3 mesi e comunque non appena si presentino sintomi attribuibili ad un distiroidismo.

Bisogna ricordare che in questi soggetti il valore di FT4 è spesso ai limiti superiori della norma o poco al di sopra, per questo motivo un valore di FT3 anche solo lievemente elevato può essere importante per la diagnosi di ipertiroidismo da amiodarone. In questa ottica è di particolare importanza prendere in considerazione il peggioramento della situazione cardiologica, ad esempio la refrattarietà alla terapia antiaritmica, che in questi pazienti può essere la sola espressione clinica dell'ipertiroidismo.

La presenza di TSH al di sopra della norma rappresenta il migliore indicatore di ipotiroidismo.

Nel caso in cui venga evidenziata una alterazione della funzionalità tiroidea è comunque opportuno effettuare anche una valutazione ecografica della ghiandola.

Dopo la sospensione dell'amiodarone è consigliabile continuare il monitoraggio della funzionalità tiroidea in considerazione della possibilità che l'ipertiroidismo si manifesti anche molti mesi dopo la sospensione della terapia.

#### CONCLUSIONI

Una discreta quota di pazienti (14-18%) sviluppa ipo- o ipertiroidismo in corso di terapia con amiodarone.

L'ipertiroidismo da amiodarone rappresenta una condizione complessa sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico e necessita spesso di una valutazione specialistica.

Le opzioni terapeutiche sono in questo caso rappresentate da tionamidi (da sole o in associazione a perclorato di potassio), glucocorticoidi e tiroidectomia. L'identificazione del tipo di ipertiroidismo e quindi del meccanismo patogenetico fornirebbe la base per un approccio razionale al trattamento: nel tipo I la terapia di scelta è rappresentata dalle tionamidi associate al perclorato di potassio; nel tipo II dai glucocorticoidi. Tuttavia, poiché è spesso difficile distinguere le due forme e per il frequente riscontro di forme miste l'approccio terapeutico che preveda la contemporanea somministrazione di tionamidi, perclorato di potassio e glucocorticoidi è sicuramente il più indicato.

La terapia con amiodarone deve essere sospesa se non indispensabile.

Nei pazienti in cui non si ottenga risposta alla terapia medica va essere considerata la possibilità della tiroidectomia, la terapia radiometabolica non è infatti praticabile data la basse captazione di radioiodio.

La comparsa di ipotiroidismo non rende necessaria la sospensione del farmaco prima di intraprendere la terapia con levotiroxina, nonostante in molti casi si osservi uno spontaneo ripristino dell'eutiroidismo sospendendo l'amiodarone.

In tutti pazienti in terapia con amiodarone è necessaria una valutazione pre-terapia del TSH e periodici controlli della funzionalità tiroidea anche successivamente alla sospensione del farmaco.

#### **Bibliografia**

- Bongiorno MG. Amiodarone e tiroide; Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 5): 478-52S.
- Martino E, Bartalena L, Bogazzi F, Braverman LE. The effects of Amiodarone on the Thyroid; Endocrine Reviews 2001, 22(2): 240-254.
- Rajeswaran C, Shelton RJ, Gilbey G. Management of amiodarone-induced thyrotoxicosis; Swiss Med Wkly 2003; 133: 579-585.
- Alayan O, Arda K, Ozdemir O, Acu B, Soyly M, Demirkan D. Differential diagnosis and clinical course of amiodarone-induced thyroid dysfunction; Med Sci Monit, 2003; 9(9): P1117-122.
- Bartalena L, Wiersinga WM, Tanda ML, Bogazzi F, Piantanida E, Lai A, Martino E. Diagnosis and management of amiodarone-induced thyrotoxicosis in Europe: results of an international survey among members of the European Thyroid Association. Clin Endocrinol (Oxf). 2004 Oct;61(4):494-502.
- Bartalena L, Bogazzi F, Martino E. Amiodarone-induced thyrotoxicosis: a difficult diagnostic and therapeutic challenge. Clin Endocrinol (Oxf). 2002 Jan;56(1):23-4.
- Martin-Du Pan R, Konfino O, Zimmermann M. Treatment of amiodarone-induced hyperthyroidism: corticosteroids or potassium perchlorate? What value do interleukin-6 levels have? Rev Med Suisse Romande. 1997 Oct;117(10):805-10.
- Bogazzi F, Bartalena L, Cosci C, Brogioni S, Dell'Unto E, Grasso L, Aghini-Lombardi F, Rossi G, Pinchera A, Braverman LE, Martino E. Treatment of type II amiodarone-induced thyrotoxicosis by either iopanoic acid or glucocorticoids: a prospective, randomized study. J Clin Endocrinol Metab. 2003 May;88(5):1999-2002.

## INDUZIONE DELL'OVULAZIONE NELLA PCOS

Maria C. Musacchio, Roberto Cazzavacca,  
Giuseppe Morgante, Vincenzo De Leo  
Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della  
Riproduzione  
Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università degli Studi di  
Siena - Centro Sterilità - Policlinico Le Scotte  
V Lotto, piano 0 - Tel. 0577-586639

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è la più frequente endocrinopatia che colpisce le donne in età riproduttiva. È caratterizzata da segni di iperandrogenismo ed infertilità e colpisce una percentuale di donne comprese tra il 5 e il 10%<sup>1</sup>. Il profilo endocrino delle donne con PCOS è caratterizzato da alti livelli di androgeni di origine ovarica e surrenalica, alterato rapporto LH/FSH, ridotti livelli di SHBG e nel 30% delle donne anche moderata iperprolattinemia.

La patogenesi della PCOS non è ancora del tutto chiarita nonostante i numerosi studi presenti in letteratura. Probabilmente la sindrome è il risultato di modificazioni a carico di più sistemi come quello endocrino e metabolico. Per molti anni il momento principale della sindrome è stato ritenuto l'alterata secrezione di gonadotropine ipofisarie<sup>2</sup>.

Tuttavia oggi si ritiene che l'aumento del rapporto LH/FSH può essere secondario allo stato di anovulazione cronica. L'aumentata produzione di androgeni da parte dell'ovaio sembra invece essere la conseguenza di alterate attività enzimatiche delle cellule della teca. Tale alterazione sembra essere genetica e quindi trasmissibile alla prole (il che spiegherebbe la presenza di tale sindrome in vari elementi di una stessa famiglia)<sup>3</sup>.

Un dato classico che solo recentemente è stato valorizzato è la compromissione del metabolismo dell'insulina in alcune donne con PCOS<sup>4</sup>. Circa il 60-70% delle donne con PCOS sono sovrappeso e l'obesità è di solito associata ad insulino-resistenza. Tuttavia l'insulino-resistenza sembra essere presente anche in una percentuale variabile, ma comunque consistente, di pazienti non obese. La patogenesi dell'insulino-resistenza nella PCOS sembra essere multifattoriale. L'obesità ha sicuramente un ruolo centrale. Sono stati tuttavia chiamati in causa difetti del legame dell'insulina al suo

recettore e della trasduzione del segnale. L'iperinsulinemia può aumentare la produzione degli ormoni ovarici e surrenalici, la secrezione ipofisaria di LH e ridurre i livelli di SHBG con conseguente aumento della quota libera degli ormoni steroidei<sup>5</sup> (Fig.1).

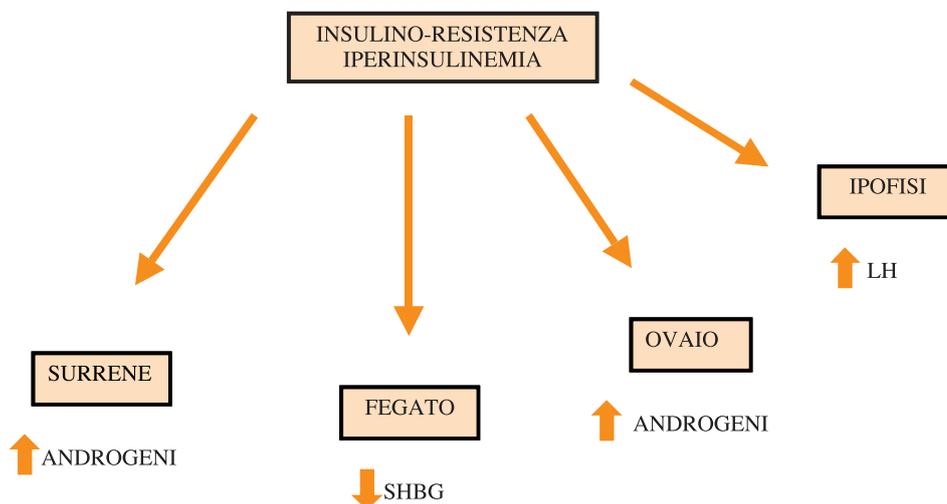


Fig. 1 - Ruolo dell'insulino-resistenza nella patogenesi della PCOS

L'infertilità è nel 40% dei casi il motivo del consulto medico per le donne affette da PCOS. Nell'ultimo anno, da quando il Centro Sterilità è diventato completamente operativo nella Clinica Ostetrica e Ginecologica di Siena, sono state valutate 42 donne affette da PCOS che desideravano una gravidanza. Nell'ambito delle opzioni terapeutiche possibili è stata presa in considerazione innanzitutto la dieta. La perdita di peso corporeo, probabilmente riducendo l'insulino-resistenza, sembra essere associata ad un miglioramento della funzionalità ovarica. In particolare, nelle donne con PCOS la riduzione del peso corporeo del 5-10% sembra essere in grado di indurre cicli ovulatori nel 55-100% delle pazienti nell'arco di 6 mesi. Dal momento che si tratta di una terapia efficace e non costosa la perdita di peso dovrebbe essere considerata come terapia di prima scelta nel trattamento delle pazienti obese con PCOS.

Il clomifene citrato è stato il farmaco maggiormente utilizzato nel trattamento dell'induzione dell'ovulazione nelle donne affette da PCOS. Si tratta di un antiestrogeno il cui principale meccanismo d'azione sembra essere legato all'aumentata produzione di gonadotropine FSH e LH da parte dell'ipofisi. È di solito somministrato alla dose di 50-200 mg nei primi 5-10 giorni del ciclo per 3-6 cicli di trattamento. Generalmente non si superano i 6 cicli di trattamento; in quest'arco di tempo si verificano il 75% delle gravidanze. Il clomifene induce l'ovula-

zione in circa l'80% delle donne affette da PCOS, ma soltanto il 30-40% di queste otterrà la gravidanza. Questa discrepanza sembra essere il risultato dell'effetto antiestrogenico esercitato dal farmaco sull'endometrio e sulla produzione di muco cervicale. Il rimanente 20% delle pazienti che non risponde al clomifene sono per lo più quelle affette da PCOS con più alto Body Mass Index (BMI), più iperandrogeniche ed insulino-resistenti <sup>6</sup>. In tali pazienti è stata effettuata l'associazione di clomifene e metformina. Tale farmaco, infatti, oltre al miglioramento della sensibilità insulinica, determina anche la ripresa della ciclicità ovulatoria. Il ripristino dell'ovulazione sembra essere indipendente dalla durata del trattamento e dalla perdita di peso, mentre è importante la dose che dovrebbe essere compresa tra 1500 e 2000 mg/die. I miglioramenti sono maggiori nei soggetti con elevate concentrazioni basali di androgeni e di insulina <sup>7</sup>. Circa il 90% di tutte le donne affette da PCOS risponde positivamente all'associazione terapeutica con clomifene e metformina. Anche la percentuale di gravidanze sembra essere maggiore con il trattamento combinato <sup>8</sup>. Nei casi in cui non c'è stata risposta al trattamento con clomifene e metformina oppure è stato necessario ricorrere a FIVET/ICSI, è stato utilizzato l'FSH esogeno secondo un protocollo step-up o step-down a seconda dei casi. Il protocollo step-up prevede la somministrazione di FSH a dosi crescenti. Questo protocollo comporta lo sviluppo contemporaneo di più follicoli ed anche un rilevante rischio di provocare una sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS). La sindrome, in alcuni casi particolarmente pericolosa, è definita da un notevole aumento di volume delle ovaie con ascite, idrotorace, emocoagulazione, contrazione della diuresi, ipoprotidemia. Con il protocollo step-up la percentuale di gravidanze è del 30-40% e l'incidenza di OHSS del 4-5%.

Il protocollo step-down è stato elaborato con lo

scopo di "mimare" l'andamento dell'FSH endogeno nella fase follicolare. Si inizia somministrando alte dosi di FSH che vengono poi dimezzate durante il reclutamento ed accrescimento dei follicoli ovarici. Rispetto allo step-up, lo step-down garantisce l'impiego di minori quantità di FSH, una minore durata del trattamento, ed una più bassa incidenza di OHSS.

Recentemente è stato dimostrato che il rischio di sviluppare OHSS in seguito a terapia con FSH esogeno aumenta con l'aumentare dell'insulino-resistenza. Sulla base di questa osservazione la terapia combinata metformina-FSH sembra essere associata ad una risposta dell'ovaio più fisiologica con un minor reclutamento follicolare ed una più bassa incidenza di OHSS <sup>9</sup>. Inoltre, l'impiego combinato FSH-metformina è correlato ad una migliore qualità degli ovociti e degli embrioni nelle donne che si sottopongono a FIVET <sup>10</sup> (Fig.2) (Tab.1 e 2).

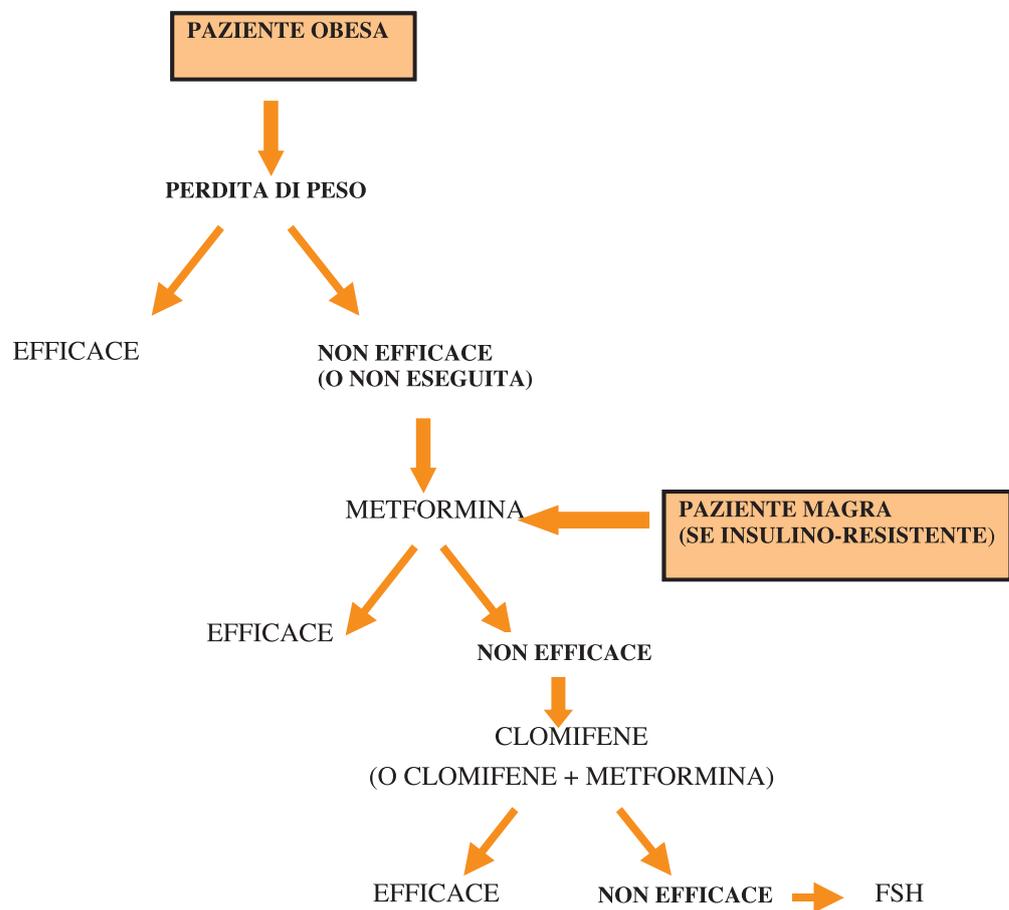


Fig.2 · Algoritmo per l'induzione dell'ovulazione nella PCOS

#### Bibliografia

- <sup>1</sup> Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr Rev.* 1997;18(6):774-800.
- <sup>2</sup> Barnes RB, Rosenfield RL, Burstein S, Ehrmann DA. Pituitary-ovarian responses to nafarelin testing in the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 1989 ;320(9):559-65.

| Sost. farmaceutica | Nome commerciale | Casa farmaceutica  | Tipo di preparazione | Dosaggio                                     |
|--------------------|------------------|--------------------|----------------------|--|
| Clomifene citr.    | Clomid           | Bruno Farmaceut.   | cp                   | 50 mg  |
| Clomifene citr     | Serofene         | Serono             | cp                   | 50 mg  |
| Clomifene citr     | Prolifen         | Effik Italia       | cp                   | 50 mg  |
| Metformina         | Metforal         | Guidotti           | cp                   | 500 mg<br>850 mg                             |
| Metformina         | Glucophage       | Merck Pharma       | cp                   | 500 mg<br>850 mg                             |
| Metformina         | Metbay           | Bayer              | cp                   | 500 mg                                       |
| Metformina         | Metformina Teva  | Teva Pharma Italia | cp                   | 850 mg                                       |
| Follitropina alfa  | Gonal F          | Serono             | s.c.                 | 75 , 150 U.I.<br>fiale 1050 U.I.<br>flacone: |
| Follitropina beta  | Puregon          | Organon Italia     | s.c.<br>i.m.         | 50, 100, 200 U.I.                            |
| Urofollitropina    | Fostimon         | Amsa               | i.m.                 | 75, 150 U.I.                                 |
| Menotropina        | Menogon          | Ferring            | i.m.                 | 75, 150 U.I.                                 |
| Urofollitropina    | Metrodin HP      | Serono             | i.m.<br>s.c.         | 75, 150 U.I.                                 |

**Tab. 1 · Quadro sinottico dei farmaci citati**

|                   |   |
|-------------------|---|
| Clomifene citrato | 50-200 mg dal 5° al 9° giorno del ciclo per 3-6 cicli di trattamento. |
| Metformina        | 1500-2000 mg al giorno per 6 mesi/1 anno                              |
| Gonadotropine     | Da 75 a 300 U.I.al giorno fino all'ovulazione                         |

**Tab. 2 · Schemi terapeutici dell'induzione dell'ovulazione nella PCOS**

<sup>3</sup> Ehrmann DA, Barnes RB, Rosenfield RL. Polycystic ovary syndrome as a form of functional ovarian hyperandrogenism due to dysregulation of androgen secretion. *Endocr Rev* 1995;16:322-53.

<sup>4</sup> Dunaif A, Segal KR, Futterweit W, Dobrjansky A. Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. *Diabetes* 1989; 38:1165-1174.

<sup>5</sup> Poretsky L, Cataldo NA, Rosenwaks Z, Giudice LC. The insulin related ovarian regulatory system in health and disease. *Endocr Rev* 1999; 20: 535-582.

<sup>6</sup> Murakawa H, Hasegawa I, Kurabayashi T, Tanaka K. Polycystic ovary syndrome. Insulin resistance and ovulatory responses to clomiphene citrate. *J Reprod Med* 1999; 104:787-794.

<sup>7</sup> De Leo V, La Marca A, Petraglia F. Insulin-lowering agents in the

management of polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev* 2003; 24:633-67.

<sup>8</sup> Nestler JE, Jakubowicz DJ, Evans WS, Pasquali R. Effects of metformin on spontaneous and clomiphene-induced ovulation in the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338: 1876-1880.

<sup>9</sup> De Leo V, la Marca A, Ditto A, Morgante G, Cianci A. Effects of metformin on gonadotrophin-induced ovulation women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 1999; 72: 282-285.

<sup>10</sup> Stadtmauer LA, Toma SK, Riehl RM, Talbert LM. Metformin treatment of patient with polycystic ovary syndrome undergoing in vitro fertilization improves outcomes and is associated with modulation of the insulin-like growth factors. *Fertil Steril* 2001; 75: 505-509.

# L'IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELLA VAL DI CHIANA

## Uno studio retrospettivo della Cooperativa Etruria Medica (CEM) (\*)

**Roberto Nasorri**

MMG e Socio della CEM

**Paolo Ricciarini**

MMG e Presidente della CEM

**Alfredo Mariangeloni**

MMG e Vicepresidente della CEM

(\*) Elenco dei MMG partecipanti allo Studio in coda al testo.

Per corrispondenza:

Dott. Nasorri Roberto

Largo Trasimeno, 3

52040 TERONTOLA (AR)

L'allungamento della vita media degli ultimi 20 anni nei paesi industrializzati è stato di circa 6 anni di cui 4 anni (il 67%) deve essere attribuito al miglioramento delle cure e della prevenzione in campo cardiovascolare, gli altri 2 anni (il rimanente 33%) è appannaggio del miglioramento delle cure di tutte le altre affezioni morbose ed al miglioramento delle condizioni socio-economiche in senso più generale.

Nel campo della cura delle malattie cardiovascolari in particolare abbiamo assistito, in pochi anni, ad un crescendo di innovazioni culturali e di conoscenze tecnologiche che mai erano state così incalzanti nella storia della Medicina Tradizionale: si pensi per esempio al trattamento della Sindrome Coronaria Acuta che dalla semplice speranza di sopravvivenza di circa 30 anni fa ha ottenuto una netta riduzione della mortalità prima con l'utilizzo dell'Aspirina<sup>1</sup>, poi con l'Eparina<sup>2</sup>, poi con la Trombolisi ed oggi con l'Angioplastica percutanea proposta come trattamento elettivo o posticipata di alcune ore se è stato iniziato un trattamento trombolitico<sup>3</sup>. Il tutto è reso possibile anche da una metodologia diagnostica in continuo divenire che consente diagnosi più precoci sia in fase acuta che cronica.

I Fattori di Rischio Cardiovascolari però sono sempre gli stessi (Fumo, Ipertensione Arteriosa, Ipercolesterolemia, Diabete, Familiarità per IMA, Età, Sesso, ..),<sup>4</sup> anche se non sono più considerati singolarmente: è stato introdotto il concetto di "Rischio Cardiovascolare Globale" in cui i vari fattori di rischio operano in contemporanea l'un l'altro, tale che l'intervento sugli stessi non ha più tanto valore se fatto singolarmente, mentre assume importanza sempre maggiore la tendenza a favorire un intervento "globale" sulla riduzione del Rischio Cardiovascolare Assoluto operando su tutti i fattori di rischio in quel momento presenti, e reintroducendo, se mai ce ne fosse stato bisogno, il concetto del trattamento "olistico" del paziente-

cliente/uomo.

Studi osservazionali hanno anche messo in evidenza che si può ridurre il Rischio Cardiovascolare associando ai trattamenti precedenti un regolare esercizio fisico per almeno 30 minuti al giorno, l'alimentazione ricca di frutta e vegetali, un moderato consumo di vino. I pazienti che mettono in atto questi semplici provvedimenti nel loro stile di vita hanno un rischio relativo ridotto del 80 %<sup>5</sup>. Questi dati sono stati confermati in un ulteriore studio nella popolazione anziana<sup>6</sup>.

Tutto questo, però, appartiene alla letteratura: e anche se vero, rispecchia o no la realtà locale? È possibile proporre un modello di indagine che sia in grado di fornire informazioni sullo stato di salute della popolazione, e chi deve e/o può effettuare un'indagine di questo tipo? Qual è o quale può essere il ruolo del MMG di fronte a questo specifico problema? E lo stesso MMG è in grado di fornire informazioni sullo stato di salute della popolazione in senso generale e/o in particolare per la popolazione da Lui assistita? Domande a cui la Medicina Generale deve dare un'adeguata risposta, sia per quanto riguarda la professionalità del MMG che per quanto riguarda l'etica e la deontologia.

La Medicina Generale della Val di Chiana ha provato a dare una risposta a queste domande, proponendo un'integrazione scientifico/culturale alla normale attività che ogni MMG abitualmente svolge. L'intervento si articola in più punti che andiamo ad elencare singolarmente per poter essere più chiari, ma che si integrano e si amalgamano tutti in quel concerto di attività che è la nostra Cooperativa:

- la Cooperativa Etruria Medica (CEM) è stata la condizione basilare che ci ha consentito di allargare i nostri orizzonti rendendoci partecipi delle esperienze degli altri e facendoci intravedere quale può essere la strada per un rilancio della nostra professionalità

- altro elemento di vitale importanza è stata la "visione informatizzata" che aveva la maggioranza dei colleghi, che è stata la spinta per tutti o quasi ad adeguarsi, anche se con fatica, a digitare con il computer ricette, a copiare i referti, ad annotare i valori di Pressione Arteriosa: in poche parole a riscrivere in maniera digitale tutte le cartelle cliniche dei propri assistiti. Avere in formato digitale una massa di informazioni che riguarda una popolazione composta da più di 44.000 soggetti con età superiore ai 14 anni, e quindi affidati ai MMG, è stato un input alla ideazione di un'estrazione di dati riguardanti il problema delle malattie cardio-

vascolari ed in particolar modo l'Ipertensione Arteriosa.

- l'aver prodotto dati riguardanti un problema significativo come l'Ipertensione Arteriosa ha reso consapevoli i Medici delle loro potenzialità di analisi e di integrazione di informazioni utili ai fini statistici di tutto ciò che riguarda l'aspetto pratico-scientifico del loro intervento sia a livello locale che a livello aziendale, proponendosi come interlocutori essenziali per le pubbliche amministrazioni per la programmazione e/o per la pianificazione di interventi di salute da effettuare direttamente sulla popolazione

- la conoscenza delle strategie di intervento di ogni singolo Medico non può rimanere semplicemente fissata su un lucido o su una diapositiva: sarà indispensabile che il tutto si completi in una sorta di audit interno alla nostra Cooperativa, per affinare/correggere le tipologie di intervento di ogni singolo Medico, senza nessuna rivendicazione/punizione sull'operato di qualcuno

- sarà importante insistere su questa tipologia di intervento, anche perché da più parti si legge che la ricerca, nel setting della Medicina Generale, dovrà essere un'arma propria della Medicina Generale stessa, per poter essere essa stessa propositiva di iniziative di indagini finalizzate ad un suo specifico interesse, solo ed esclusivamente per il miglioramento della salute dei suoi Assistiti e per poter creare anche delle linee guida sue proprie costruite nel suo territorio e con i criteri che governano lo scibile e la pratica della Medicina di Famiglia

- sapere quindi che tutte le varie windows delle nostre cartelle possono fornire una infinità di informazioni utili sia alla gestione del nostro quotidiano, che alla programmazione della nostra attività in senso più ampio del termine, ci deve stimolare ad implementarle ed a colmare quei gap di incompletezza che sono il frutto di un troppo recente utilizzo dell'informatica e della riconversione ad una modernità eccessivamente spinta che non tutti i colleghi possono sposare con la stessa velocità: non è questione di "ram" ma di acquisire un nuovo "modus operandi"

- è cambiato anche il modo di considerare il computer delle nostre scrivanie: proposto all'inizio come quel "cosa" che ci avrebbe detto "cosa fare", abbiamo dimostrato che lo stesso "cosa" può invece dirci "che cosa facciamo": gioco di parole, forse, che però ha un significato ed una portata totalmente diversi.

A queste considerazioni di carattere generale deve seguire un razionale scientifico del nostro studio, basato sulla necessità-convinzione di conoscere il nostro livello di appropriatezza nella gestione-trattamento dell'Ipertensione Arteriosa. In letteratura esistono numerose segnalazioni di "uncontrolled hypertension" con percentuali di "controlled

hypertension" che variano dal 24% al 32%<sup>7</sup>: tutti studi retrospettivi che si basano sulla analisi del comportamento dei Medici ad ogni visita effettuata in ambulatorio a pazienti ipertesi valutando il valore della Pressione Arteriosa a cui seguiva una decisione terapeutica in base al valore della Pressione medesima<sup>8</sup>. L'analisi che poi seguiva era un'analisi molto più completa della nostra, perché basata sulla possibilità di avere informazioni già codificate all'inizio della impostazione della cartella clinica, con dati generali completi: le nostre cartelle cliniche sono solo all'inizio, ed in quanto tali per alcuni aspetti sono incomplete per una analisi del rischio cardiovascolare globale (anche se i colleghi da più tempo informatizzati possono invero fornire una notevole massa di informazioni). Si tratta quindi di "aspettare" i colleghi più "giovani nella informatizzazione" per poter anche noi produrre dati interessanti a tutto tondo la gestione globale del paziente, non solo iperteso! Uno dei limiti del nostro Studio, infatti, è proprio questo: non aver impostato a priori dei criteri di ricerca tali che a distanza di un tempo definito potessero poi essere verificati. Sarebbe stato in questo modo un vero studio epidemiologico con una valenza scientifica che anche una analisi critica avrebbe validato: in questo modo è solo una osservazione retrospettiva del comportamento di 27 Medici di Medicina Generale della Val di Chiana (Vedi elenco alla fine del testo) (\*) che però hanno prodotto dei "numeri" che alla lunga sono veramente interessanti. È stato scelto un intervallo di tempo ben definito: dal 1 Gennaio 2003 al 30 Giugno 2004 considerando solo i pazienti per i quali era "attivo" il problema Ipertensione Arteriosa nella cartella informatica del nostro data base di gestione dell'Ambulatorio. Abbiamo considerato quindi solo i dati inseriti negli ultimi 18 mesi, poiché in questo periodo sono state fatte continue sollecitazioni di codifica e di corretta digitazione degli stessi attraverso contatti diretti e con mini-corsi di aggiornamento. I 27 MMG che hanno partecipato a questa indagine hanno prodotto dati sul 71% della popolazione residente (31244 su 44230 soggetti sopra 14 anni di età). Da questo dato (31244) sono stati estratti i soggetti affetti da Ipertensione Arteriosa che sappiamo essere il fattore di rischio più espresso tra tutti i fattori di rischio nella popolazione generale ed abbiamo visto che in Val di Chiana il 20% circa della popolazione generale viene "curata" perché affetta appunto da Ipertensione Arteriosa. Suddividendo gli ipertesi per fasce d'età abbiamo visto che il 3% degli Ipertesi ha meno di 54 anni, il 4% è compreso nella fascia d'età 55-64 anni e il 13% ha più di 65 anni equamente suddivisi tra maschi e femmine fino a 64 anni (1,5% e 1,5%, 2% e 2% rispettivamente nelle due fasce d'età sopramenzionate) ma a vantaggio delle femmine sopra i 65 anni di ben tre punti percentuali (5% per i maschi e 8% per

le donne) rispetto appunto alla popolazione generale. Il MMG della Val di Chiana, oltre ad archiviare i suoi pazienti Ipertesi fornendo dei dati che sono in linea con quelli nazionali e mondiali (un soggetto su cinque è iperteso!), adotta anche dei trattamenti farmacologici che sono all'avanguardia: utilizza i farmaci che hanno dimostrato chiaramente una riduzione del Danno d'Organo (ACE Inibitori nel 71% degli Ipertesi da soli o in associazione), usa da tempo farmaci che hanno dimostrato oggi di prevenire e di curare lo Scompenso Cardiaco (Beta Bloccanti nel 16% degli Ipertesi, soprattutto nell'adulto e nell'anziano, con un consumo che in percentuale è il doppio del consumo nazionale della stessa classe di molecole), usa Calcio Antagonisti soprattutto nell'iperteso con età maggiore ai 65 anni ed in una percentuale che è esattamente la metà del consumo nazionale (12% rispetto al 25%), usa la giusta dose di Diuretici da soli o in associazione a seconda del Paziente cui ha di fronte, usa in una percentuale di pazienti non comune l'ASPIRINA (UN soggetto su TRE) in quanto unico farmaco che ha dimostrato una riduzione degli eventi cardiovascolari sia in Prevenzione Primaria<sup>9</sup> che soprattutto Secondaria<sup>10</sup>. A tutto questo però dobbiamo aggiungere un altro aspetto importante della nostra ricerca: il controllo della Pressione Arteriosa. Su un totale di circa 24.000 misurazioni della Pressione Arteriosa a tutti i nostri pazienti ipertesi, abbiamo ottenuto una media di coorte di 139 mmHg per la Pressione Massima e di 81 mmHg per la Pressione Minima. Una media di coorte è però un dato non completo per definire il controllo della pressione arteriosa, perché ci sfuggono le percentuali degli "uncontrolled": quindi una ulteriore indagine con dati che hanno interessato il periodo 1 Gennaio 2003-31 Ottobre 2004 ha prodotto informazioni circa la coorte di pazienti ipertesi trattati farmacologicamente che sono a target: il 41% dei nostri pazienti hanno stabilmente una media di pressione arteriosa massima inferiore a 140 mmHg ed addirittura l'84% una pressione minima inferiore a 90 mmHg. Tutti i soggetti con PA Max inferiore a 140 mmHg hanno anche una PA Min inferiore a 90 mmHg con un ulteriore 11% della popolazione Iperlesa che ha una media di PA Max uguale a 140 mmHg. Più del 50% della nostra popolazione di Ipertesi ha quindi una PA Max Minore o Uguale a 140 e una PA Min Inferiore a 90 mmHg, esiste poi un 40% di popolazione che ha valori compresi nella fascia 141 mmHg-159 mmHg, il Grado 1 dell'Iperensione o Iperensione Lieve come dalle ultime Linee Guida 2003 della società Europea di Iperensione<sup>11</sup>. La conclusione del nostro lavoro è semplicemente questa: una indagine nata come una semplice curiosità, si è trasformata in una significativa valutazione retrospettiva dell'operato di 27 MMG che nel produrre questi dati non hanno assolutamente

modificato il loro comportamento di clinici ambulatoriali e tanto meno di medici prescrittori indicando la valenza dell'intervento degli stessi nel territorio dove operano e mostrando una potenzialità di implementazione di tali indagini che possono veramente rappresentare una novità assoluta nel campo della ricerca in Medicina Generale.

(\*) Elenco dei Medici della CEM che hanno partecipato allo Studio:

Angori P., Argirò G., Banelli G.L., Brocchi A., Brocchi D., Burbi M., Calzini F., Calzolari I., Cianti G., Conti M., Cottini R., Faralli U., Franceschini G., Lovari A., Lovrencie G., Mariangeloni A., Melacci A., Nasorri R., Pasquini G., Pasquini M., Pellegrini M., Ricciarini P., Rinchi F., Santeramo I., Santiccioli U., Vanni R.

#### Bibliografia

- 1 Lewis HD, Davis JW, Archibald DG, et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in man with unstable angina. *N Engl J Med* 1983; 309:396-403.
- 2 Holdwright D, Palet D, Cunningham D, et al. Comparison of the effect of heparin and aspirin versus aspirin alone on transient myocardial ischemia and in-hospital prognosis in patients with unstable angina. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24:39-45.
- 3 Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, et al. 1999 Update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 1999; 34:904.
- 4 Fuster V. Epidemic of cardiovascular disease and stroke: The three main challenges. *Circulation* 1999; 99:1132-1137.
- 5 Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, Published online September 3, 2004
- 6 Knoops KF de Groot LC Kromdout D et al: Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *Jama* 2004, Sep 22; 292:1433-1439.
- 7 Dan R. Berlowitz, M.P.H. Arlen S.Ash., Ph.D., Elane C. Hckey, et al: Inadequate management of blood pressure in a Hypertensive Population; *N Engl J Med*, 1998; 339:1957-1963.
- 8 Schreder K., Fahey T., Ebrahim S.: How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomised controlled trials. *Arch Intern Med* 2004; 164:722-732.
- 9 Gruppo Collaborativi del Progetto di Prevenzione Primaria (PPP): Aspirina a basso dosaggio e Vitamina E in soggetti a rischio cardiovascolare: uno studio randomizzato in Medicina Generale. *The Lancet*, 2001; 357:89-95.
- 10 Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;35:1755-1762.
- 11 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289:2560-2571.

## ANGIODISPLASIA VASCOLARE DEL COLON: UN CASO CLINICO

**Laura Mencarini**

Medico Internista Ospedale S. Miniato  
Via XX settembre 6 S. Miniato (Pisa)

Per corrispondenza:

Dott.ssa Laura Mencarini  
Via Vasarri n°12 - 52025 Monteverchi (AR)  
Tel. 055 900 586

### Riassunto

L'Angiodisplasia vascolare del colon è riconosciuta sempre più frequentemente come causa di sanguinamento gastrointestinale occulto nell'età più avanzata. Si tratta di piccole lesioni vascolari sottomucose, definite da alcuni autori come teleangectasie e da altri ectasie vascolari o malformazioni artero-venose. Sembra che l'incidenza di tale patologia, rilevata in corso di colonscopia eseguita per altre ragioni, sia circa del 2-3,5%. Il quadro clinico può essere quello di ectasie coliche asintomatiche, dell'emorragia gastrointestinale acuta e dell'emorragia gastrointestinale cronica. Abbiamo voluto affrontare tale patologia perché spesso sottovalutata e per le difficoltà talora diagnostiche e talora terapeutiche, considerata anche la polipatologia dell'anziano.

### Parole chiave

angiodisplasia vascolare, emorragia gastrointestinale.

### Caso clinico

Uomo di 86 anni con precedenti anamnestici per BPCO. Cinque anni orsono infarto miocardio anteriore, trattato con PTCA primaria ed impianto di pace-maker bicamerale e successivo rilievo di cardiomiopatia dilatativa fibrillante in trattamento dicumarolico. Dal Settembre 2003 alcuni ricoveri per anemizzazione anche grave, trattata con emotrasfusioni con risalita dei valori emoglobinici. Nell'Agosto 2004 si ricovera per dispnea ingravesciente con rilievo di grave anemia microcitica. All'ingresso paziente dispnoico, pallido, afebbrile. All'esame obiettivo toni tachicardici. Non edemi. Non rantoli. Agli esami ematochimici Hb= 4,5 g/dl; MVC= 79 fl; creatinina 2,1 mg/dl; markers neoplastici ed eritropoietina nei limiti. Ricerca del sangue occulto nelle feci positivo. Una Esofagogastroduodenoscopia rileva piccolo polipo iperplastico della mucosa antrale. La Pancolonscopia rileva la presenza di angiodisplasia vascolare del colon.

Relativamente comune la displasia vascolare ha un'incidenza di circa 2-3,5% all'indagine colonscopica eseguita per ragioni diverse<sup>1</sup>. L'età di incidenza è compresa fra i 50 e i 90 anni con un'età media di circa 76 anni. Sembra tuttavia che studi di anatomia patologica abbiano rilevato un'incidenza fra il 40 ed il 50%<sup>2</sup>. Nella maggior parte dei casi si trat-

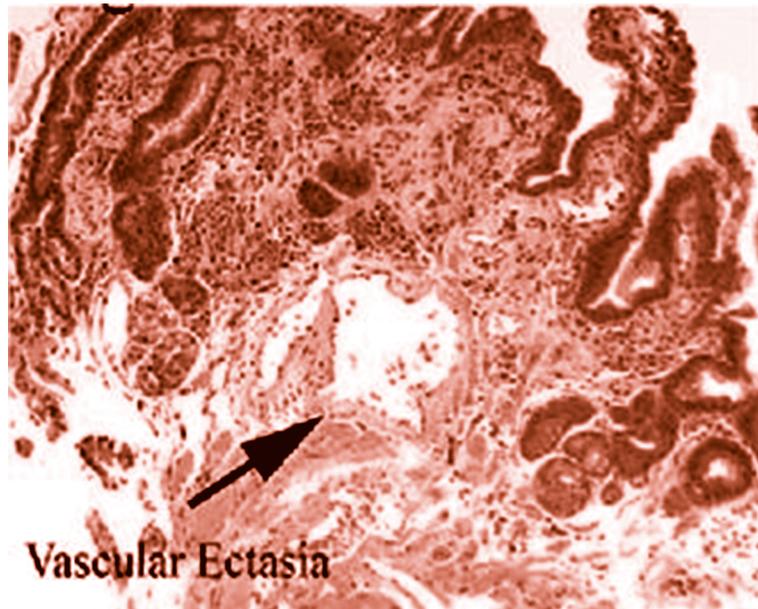
ta di un riscontro occasionale, più raramente, soprattutto se favorita da altre condizioni come la terapia anticoagulante orale, può mostrare il quadro dello stitlicidio cronico.

La patogenesi sembra essere determinata dal fatto che la tensione che si sviluppa nella parete colica occlude il lume delle vene più piccole, ma non quello delle arterie. La porzione prossimale delle vene nella sottomucosa si dilata ogni volta che il colon si contrae e così le loro pareti diventano sottili, dilatate e tortuose. Le ectasie coliche sono più comuni nel cieco e nel colon ascendente, forse a causa del diametro maggiore di quest'ultimo. Istologicamente si osserva una zona costituita da grossi vasi sanguigni ectasici nel contesto della mucosa, dilatati e con pareti sottili soprattutto nella sottomucosa. È importante differenziarle dall'emangioma, che è una lesione polipoide riscontrabile in qualsiasi parte dell'intestino. Il quadro clinico può essere quello di ectasie coliche asintomatiche, cioè essere un reperto occasionale durante una pancolonscopia eseguita per altre ragioni; la maggior parte di esse rimarrà asintomatica. Nel 40% dei pazienti si rileva una storia di sanguinamenti ripetuti, presentatisi con melena o più raramente si può manifestare con emorragia massiva nel 15% dei casi<sup>3</sup>. Non è raro vedere pazienti con ripetuti episodi di sanguinamento, tali da richiedere emotrasfusioni in cui i test diagnostici sono risultati costantemente negativi. La metà di questi pazienti presenta anemia microcitica senza evidenti perdite di sangue. Più spesso presentano solo un sintomo aspecifico come l'astenia o la dispnea. La diagnosi è solo strumentale con la pancolonscopia o l'angiografia. L'approccio al paziente con sospetta emorragia da angiodisplasia dipende dalle modalità di presentazione. In caso di sanguinamento acuto l'approccio è simile a quello per le forme di sanguinamento acuto. In più del 90% di queste forme di sanguinamento l'emorragia si ferma spontaneamente. Se l'emorragia persiste l'approccio dovrebbe essere chirurgico. Secondo alcuni autori la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento chirurgico è pari a circa il 10%. Secondo autori americani questa percentuale sarebbe almeno del 25%. In pazienti con emorragia cronica ed anemia ferropriva il primo passo è l'esecuzione della pancolonscopia ed eventuale trattamento endoscopi-

co. Se il sanguinamento persiste e la pancolonscopia è risultata negativa il paziente dovrebbe essere sottoposto ad un'angiografia. Se il sanguinamento è eccessivo e le richieste trasfusionali superano le aspettative, come ultima risorsa può essere necessario un' intervento chirurgico. Alcuni ritengono che una lesione displastica vascolare debba essere in ogni caso trattata chirurgicamente. Riteniamo invece che quest'ultimo sia applicabile ai casi di sanguinamento persistente in cui il trattamento endoscopico non sia stato efficace.

#### Bibliografia

- <sup>1</sup> Lau WY: Intraoperative enteroscopy-indications and limitations. *Gastrointest. Endosc* 36: 268, 1990.
- <sup>2</sup> Peterson WL, Gastrointestinal Bleeding. In: Sleisenger/ Fortran, *Gastrointestinal Disease*. W. B. Saunders Co., 1989; 397-427.
- <sup>3</sup> VU H et al.: Jejunal angiodysplasia presentino as acute gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 56: 302, 1990.
- <sup>4</sup> Lethers WB: Angiodysplasia of the colon. Experiences of 30 casi. *Dis Colon Rectum* 32: 296, 2003



## IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA EDUCAZIONE ALLA DONAZIONE D'ORGANI

### STATO ATTUALE DELLA DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI IN TOSCANA

Convegno 18.9.2004 Ospedale San Donato - Arezzo

Luigi Triggiano  
Medico di Medicina Generale

Quello della donazione di organi e tessuti è oggi un problema di grande attualità e di profonda sensibilità etica. **Esso rappresenta un "terreno di sfida" per la coscienza dell'uomo e del credente.** Donare gli organi possiamo considerarla oggi una vera esigenza morale, resa possibile dai recenti notevoli progressi in campo medico scientifico. Deve ormai poter apparire a tutti chiaro che, a fronte della superfluità di un "possesso", come possiamo considerare i nostri organi dopo la morte, **vi è la certezza dell'efficacia terapeutica di ciò che viene donato.**

Per questo risulta di estrema importanza, utilizzando le più svariate occasioni, in vari ambiti e con tutti i mezzi a nostra disposizione nella vita sociale, far luce sui diversi aspetti della questione. **È infatti estremamente necessario rischiarare le varie zone d'ombra ancora esistenti, informare e soprattutto formare ad una coscienza corretta e consapevole.**

È per tutti constatabile come la medicina dei trapianti abbia superato la fase pionieristica e sperimentale. Oggi sono stati messi a punto protocolli che permettono in quasi tutti i centri trapianti del mondo di applicare procedure operative standardizzate. **Non si punta più a garantire solo la sopravvivenza del trapiantato bensì, soprattutto, la qualità della vita recuperata grazie all'avvenuto trapianto.** Di molto si è ridimensionato il problema del rigetto, grazie a farmaci nuovi molto efficaci.

**Chi viene oggi sottoposto a trapianto di fegato, cuore, rene può riprendere a lavorare, a condurre una vita sociale normale, a viaggiare. Donne trapiantate in età fertile sono andate incontro, con successo ad una o più gravidanze.**

Dall'inizio degli anni novanta ad oggi i trapianti hanno avuto un costante trend di aumento un po' in tutto il paese, maggiormente quelli di fegato e rene, meno quelli di polmone, cuore e pancreas. **Gli stessi dati di sopravvivenza italiani sono simili a quelli degli altri paesi europei e del nord America.**

Tuttavia se tutto ciò ci lascia positivamente impressionati ed entusiasti, dobbiamo constatare che **alto ed in costante aumento è il divario fra soggetti trapiantati e persone in lista di attesa, rapporto che è dell'ordine di 1 a 4**. 8287 sono i pazienti in attesa di rene, 1550 quelli in attesa di fegato, 654 di cuore, 232 di pancreas 231 di polmone, mentre **2820 è il numero dei trapianti effettuato nel 2003**. Si tratta di un divario che ha alla base la **indisponibilità di organi.**

Per affrontare la problematica delle liste di attesa dobbiamo approfondire con il contributo dei vari attori, cittadini operatori ed istituzioni, due aspetti importanti: l'organizzazione dei trapianti (dall'espianto al trapianto) ed il complesso nodo delle donazioni.

Se il numero dei trapianti ha registrato un costante aumento negli ultimi 13 anni (900 nel 1992 e 2820 nel 2003), **altrettanta progressione si è registrata nel numero dei donatori**, cioè delle persone che hanno espresso in vita il consenso alla donazione dei propri organi dopo la morte o in vita. Basti pensare che nel 1992 la media in Italia era di 5,8 donatori per milione di abitanti, mentre **alla fine del 2003 si è raggiunta la media di 18,5 donatori p.m. (con un divario tra il centro-nord con 25 ed il entro sud con 10).** In Europa il primato è della Spagna con 35 p.m. seguita dal Belgio con 28 fanalino di coda la Grecia con 4. **La Toscana con i suoi 30,6 p.m. nel 2003 si colloca ai primissimi posti in Italia ed in Europa. Nel 2003 in Toscana sono stati trapiantati 266 organi provenienti da cadavere (+18% rispetto al 2002).**

Molti sono stati dunque gli sforzi compiuti in questi anni per aumentare il numero di donazioni. **Il provvedimento più importante è stato senza dubbio la nuova legge sulla donazione ed i trapianti L 91 dell' 1.4.1999.** tale legge ha previsto oltre la riorganizzazione dei centri trapianto e delle liste di attesa, anche il monitoraggio della situazione delle donazioni ed una serie di iniziative per far crescere nella popolazione generale la fiducia

nei confronti della donazione degli organi.

Ed è proprio in tale prospettiva che deve collocarsi il contributo della Medicina Generale, dei medici di famiglia. Già la legge 91 infatti al comma 1 dell'articolo 2 aveva individuato nei medici di famiglia soggetti atti a promuovere, in collaborazione con il Ministero della sanità e con altri soggetti istituzionali, iniziative di informazione circa:

- la conoscenza delle disposizioni legislative riguardanti la donazione ed i trapianti di organi
- la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possono richiedere come terapia il trapianto di organo
- la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche legate ai trapianti di organi e tessuti.

Inoltre al comma 2 dello stesso articolo 2 la legge prescriveva alle Regioni ed alle ASL di trasmettere i contenuti della legge ai medici di MG e di diffondere la corretta informazione sulla donazione di organi e sui trapianti avvalendosi dell'attività svolta dai medici di famiglia. A nostro avviso sono ancora del tutto insufficienti le azioni intraprese perché le succitate indicazioni legislative siano appropriatamente ottemperate per rendere l'opera educativa nei confronti della popolazione diffusa nei servizi territoriali, anche attraverso un uso strategico ed efficace degli strumenti regionali e aziendali (Accordi regionali ed aziendali) oggi disponibili.

**Il contributo che il medico di famiglia può dare è quello di una opera educativa (informativa e formativa) nei confronti dei propri pazienti.**

Nonostante quasi nessuno oggi metta in dubbio la liceità dei trapianti emergono ancora remore e perplessità sul piano delle applicazioni operative. Nascono timori sui possibili abusi, emergono paure ancestrali sulla profanazione della propria corporeità o su quella dei propri cari defunti, dubbi sulla modalità di espressione del consenso.

**Per questo i contenuti di tale comunicazione educativa dovranno riguardare:**

- **l'oggetto della donazione (gli organi. Polmoni, fegato, rene, cuore pancreas e tessuti cornea, midollo osseo, ossa e cartilagini, valvole cardiache, cellule staminali)**
- **i donatori e le loro garanzie (l'accertamento di morte)**
- **tempi e modi della donazione. Le controindicazioni alla donazione**
- **l'espressione del consenso**
- **le motivazioni alla donazione**

ma a mio avviso l'aspetto prioritario, che tutti ci

riguarda, è quello culturale. Solo da una crescita culturale di tutta la popolazione può discendere un vero e radicale cambiamento dell'atteggiamento verso il problema della donazione, valorizzando al massimo il contributo che la medicina oggi offre in fatto di trapianti per la tutela della vita.

Si tratta di aprirsi ad una "cultura del dare" che rompa l'egoismo e l'esasperato individualismo che oggi attanagliano e quasi "curarizzano" la nostra società, reprimendo le energie relazionali positive e l'attitudine all'amore presenti in ogni creatura umana.

In tale prospettiva etica e culturale il dono dei propri organi si prospetta come "una nuova e concreta via dell'amore". Un modo particolarissimo con cui rendere gli altri partecipi della propria vita. Se ci pensiamo bene infatti con il dono dei propri organi dopo la morte si completa la capacità generativa della creatura umana che partendo dalla potenzialità procreativa, che si concretizza nel dare la vita ad un bambino, trova continuità e compimento nella opportunità di favorire una nuova vita dalla morte, nonostante la morte del proprio corpo.

Viene così a realizzarsi quello che possiamo definire un sublime paradosso "trasmettere la vita attraverso la morte".

Vorrei chiudere questo mio intervento meditando, insieme a voi, una icona letteraria, un brano tratto dal celebre libro Il Profeta di Kahlil Gibran, il noto scrittore cristiano-maronita vissuto in America nella prima metà del Novecento, che nelle sue opere è riuscito a sintetizzare un sentire di matrice orientale con la sensibilità e le esigenze del mondo occidentale. Così egli vede la realtà del dono:

### Il dono

Voi date ben poco, se attingete alle vostre ricchezze.

È quando date voi stessi che date veramente.

Ci sono quelli che danno poco del molto che hanno e lo danno per essere ricambiati, e questo loro nascosto desiderio corrompe la loro ricompensa.

E ci sono quelli che danno poco e lo danno tutto. Essi credono alla vita e alla sua generosità e il loro scrigno non è mai vuoto.

E ci sono quelli che danno con tormento, e questo tormento è il loro battesimo.

Ci sono quelli che danno e non conoscono il tormento e neanche cercano la gioia,

né si preoccupano in alcun modo del merito; essi danno come il mirto che sparge nell'aria, laggiù nella valle, il suo profumo;

attraverso le mani di ognuno di essi Dio parla e die-

tro a i loro occhi sorride alla terra.  
Voi dite spesso:” vorrei dare, ma soltanto a chi lo merita”.  
Gli alberi del vostro frutteto non dicono così, e neppure le greggi del vostro pascolo.  
Essi danno per vivere ciò che hanno, perché negare è come morire.  
Certo chi è degno di ricevere i giorni e le notti, è degno di ogni altra cosa da parte vostra.

E chi ha meritato di bere al mare della vita, merita di riempire il suo bicchiere al vostro ruscello.  
In verità è la vita che dà alla vita, mentre voi che vi credete donatori, non siete che testimoni.

**Kahlil Gibran**

## GLI AEROPORTI NUOCCIONO ALLA SALUTE

Convivere con un aeroporto comporta un aumento del rischio di cefalee e di attacchi d'ansia. Sonno non soddisfacente, risvegli notturni, stati d'ansia, parole mal percepite: sono questi i fastidi che molti studi hanno riscontrato con una frequenza tre volte maggiore tra le persone che vivono vicino ad aeroporti. Nelle realtà aeroportuali aumenta il consumo di ansiolitici. Chi abita sotto le rotte di decollo e atterraggio degli aerei vive male, con una qualità della vita non buona.

Il rumore degli aerei influenza negativamente la salute e il benessere di chi vive vicino a un grande aeroporto. Il rumore degli aerei, interferendo con la comunicazione, comporta disturbi del sonno e provoca deficit cognitivi e disturbi dell'apprendimento nei bambini. Il rumore interferisce con la capacità di apprendimento. Rumori che superino i 55 d(B)A Leq sono correlati a disturbi del sonno e della comunicazione e possono interferire con la capacità di concentrazione. I bambini esposti cronicamente a forti rumori degli aeroporti possono avere difficoltà nell'imparare a leggere

Le Linee Guida OMS raccomandano che:

- Scuole e asili siano collocati lontani da aeroporti, autostrade e siti industriali
- Il rumore di fondo durante le lezioni non dovrebbe essere superiore a 35 d(B)A Leq

L'esposizione a rumore continuo danneggia il sistema immunitario.

Il rumore degli aerei ha un ampio spettro di frequenze basse (rombo); le parti più leggere degli edifici lo assorbono solo in minima parte. Di conseguenza il rumore si sente bene nelle abitazioni, anche con le finestre chiuse. Inoltre la propagazione delle emissioni provenienti dal traffico aereo non può essere arginata da ostacoli classici. Contrariamente a quanto avviene per hgran parte degli altri tipi di rumore, le persone esposte al rumore del traffico aereo attorno alla loro abitazione non beneficiano quindi di alcuna misura di protezione.

La pressione sanguigna, i livelli ematici di glucosio, dei trigliceridi e di colesterolo risultano superiori alla norma nelle persone che vivono vicino agli aeroporti. E si traducono in un aumento del rischio di patologie cardiovascolari.

Asma e malattie allergiche sono risultate due volte più frequenti tra le persone che vivono vicino ad aeroporti a causa degli inquinanti che derivano dalla combustione di gasolio e cherosene.

I sistemi radar rilevano la presenza, la direzione o la distanza di aerei: ciò si ottiene inviando impulsi di campi elettromagnetici (CEM) ad alta frequenza. Le persone che vivono o lavorano abitualmente presso i radar sono più soggette a tumori, malformazioni riproduttive, cataratte e modificazioni nel comportamento e nello sviluppo dei bambini. Per non parlare del rischio incidenti sempre in agguato.

### Bibliografia

Heathrow Association for the Control of Aircraft Noise  
<http://www.hacan.org.uk/>

"Winthrop Health Survey Report", Brian Dumser, Agosto 1999  
[http://www.airhealthwatch.com/health\\_study\\_intro.htm](http://www.airhealthwatch.com/health_study_intro.htm)

"Gli aeroporti nuocciono alla salute: realizzato a vares il primo studio epidemiologico italiano - Allergiche a Malpensa", Tempo Medico, n. 724, 13 dicembre 2001  
<http://www.tempomedico.it/news01/724mal.htm>

Air Transport Action Group (ATAG)  
<http://www.atag.org/content/default.asp>

"Il Rumore ci fa star Male"  
Ufficio Federale dell'ambiente, delle Foreste e del Paesaggio (Svizzera)  
<http://www.umwelt-schweiz.ch/buwal/it/medien/umweltbericht/druck/>

"Campi elettromagnetici e salute umana - radar e salute umana"  
Organizzazione Mondiale della Sanità  
[www.who.int/docstore/peh-emf/publications/facts\\_press/ifact/it\\_226.htm](http://www.who.int/docstore/peh-emf/publications/facts_press/ifact/it_226.htm)

"Valutazione dei danni di salute in un campione di donne residenti nei pressi dell'aeroporto Malpensa 2000"  
Bollettino Epidemiologico Nazionale, Vol. 16, n°4, Aprile 2003  
<http://www.epicentro.iss.it/ben/2003/aprile2003/1.htm>

"Association of daily mortality and air pollution in Los Angeles County", Kinney PL, Ozkaynak H., Environ Res 1991; 54 (2): 99-120.

"Aircraft noise and social factors in psychiatric hospital admission rates: a re-examination of some data", Kryter KD., Psycholo Med 1990; 20 (2): 395-411.

## LA SANITÀ VISTA DAGLI ALTRI

Stefano Beccastrini

Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana

### I medici sanno ascoltare?

Nell'affrontare questo tema, parto sempre da una frase cui sono molto affezionato. È di Marianella Sclavi, bravissima educatrice dell'ascolto. "Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo devi...chiedergli di aiutarti a vedere gli eventi dalla sua prospettiva...". Si tratta di riuscire ad assumere, nel nostro vedere il mondo e noi stessi nel mondo, anche (logicamente, non soltanto) la vista altrui: con una piccola forzatura rispetto all'organo sensoriale di riferimento (dalla vista all'udito: la forzatura è piccola perché, comunque, stiamo facendo un uso metaforico dei concetti di vista e di udito) si tratta della questione, centrale per le scienze della comunicazione, dell'ascolto. La buona comunicazione inizia sempre e soltanto laddove ci sia capacità d'ascolto.

La sanità, e i medici in particolare, sanno ascoltare? A parere di molti, tra cui il regista Nanni Moretti, non molto. Nel finale del terzo episodio, intitolato **Medici**, del film **Caro diario** (1993) Moretti narra le proprie vicissitudini di malato di morbo di Hodgkin, sbattuto da un ambulatorio a un altro, da uno specialista a un altro, senza che nessuno, per molto tempo, capisse e aiutasse lui a capire in cosa consistesse la sua sofferenza. "Ma una cosa l'ho alla fine capita - afferma - e cioè che i medici non sanno ascoltare...".

### La competenza comunicativa si basa sull'ascolto

La capacità d'ascolto è la prima componente di quella che si usa chiamare "competenza comunicativa". Ho scritto qualche anno fa un libro, che inaugurerò la collana **Comunicazione in sanità** da me diretta per un editore piemontese, intitolato giustappunto **Competenze comunicative per gli operatori della salute**. Esso aveva come obiettivo (cito, autocitandomi, dall'Introduzione) "...quello di portare un modesto ma convinto contributo culturale e formativo all'opera di innovazione e di umanizzazione della medicina e della sanità del nostro Paese nonché, in tal senso, di aiutare i nostri colleghi a migliorare la propria professionalità e ad accrescere le proprie competenze in materia di medicina e di sanità della relazione,... dell'efficace e produttivo...incontro con l'altro sofferente e bisognoso di un aiuto non soltanto tecnologicamente adeguato..."<sup>1</sup>.

Migliorare la propria professionalità, dicevo: evidentemente ritiene di farlo, acquisendo più ricche competenze comunicative, soltanto chi è convinto che esse, della propria professionalità di medico e

di operatore sanitario in genere, siano una componente fondamentale, indispensabile a garantire la qualità del proprio lavoro. Robert Pirsig, grande guru americano della Qualità, ha scritto che "La gente ha opinioni diverse sulla Qualità, non perché questa sia diversa ma perché la gente è diversa in termini di esperienza"<sup>2</sup>. Le diverse esperienze di ciascuno ne orientano il punto di vista valutativo, indirizzando il suo giudizio sulla qualità di una certa situazione, di un certo prodotto, di una certa prestazione. Ecco perché è così importante, nel valutare la qualità del nostro lavoro sanitario, fondarsi non soltanto sulla nostra esperienza (per quanto ricca di conoscenze e competenze tecnico-scientifiche essa sia) bensì anche su quella degli "altri", che vanno attentamente ascoltati.

Però, si ascoltano gli altri soltanto se si crede fermamente che ciò essi possono dirci possa essere importante anche per noi. Ascoltare è bello e generoso ma alla fin fine il tempo corre e, in un'azienda, il tempo è denaro. La questione dell'ascolto, tuttavia, non riguarda la bellezza o la generosità, riguarda l'epistemologia e l'etica ovvero la qualità. Se non si ascolta l'altro, si lavora peggio. Non si deve ascoltare l'altro (cercando di far nostro - o almeno di comprendere - il suo punto di vista) perché si è buoni: lo si deve fare perché si vuol diventare più bravi. Per questo bisogna stare molto attenti a non ante/fra/contra/porre la nostra scienza (per quanto grande essa possa essere) a quella conoscenza più vasta e saggia che soltanto dall'ascolto degli altri ci può venire. Ignazio Filippo Semmelweiss si è conquistato un posto glorioso nella storia della medicina perché seppe prendere sul serio le popolane di Vienna e attentamente ascoltare le loro idee (irrisate e sbeffeggiate dai maggiori ginecologi dell'epoca) in merito ai rischi di febbre puerperale derivanti da male pratiche assistenziali (oggi si parlerebbe di valorizzazione - da parte di Semmelweiss - della percezione sociale della qualità - anzi, nel caso specifico, della non qualità - dell'assistenza sanitaria).

Uno dei maestri della ricerca della qualità dell'assistenza sanitaria, Hannu Vuori, suddivide in tre grandi categorie i molteplici punti di vista dai quali si può guardare ad essa: il punto di vista degli operatori, quello dei gestori, quello dei cittadini e dei loro rappresentanti. Soltanto l'integrazione tra questi diversi punti di vista può permettere una strategia vincente di miglioramento continuo della qualità. Il prevalere di un solo punto di vista rischierebbe di disequilibrare il sistema della valutazione complessiva e di condurlo su strade a senso unico.

Giorni fa ho ricevuto per posta, con gioia perché

sapevo che il suo autore ci stava lavorando da anni, un libro altrettanto voluminoso che bello. Possiede un titolo lungo, come s'usava una volta: **Verso la qualità. Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria. Ad uso di cittadini, professionisti, managers, politici, donne e uomini di questo mondo** <sup>3</sup>. L'ha scritto un collega che è anche un amico carissimo: un medico umanista, un appassionato del lavoro e della vita, un uomo di grande cultura. Parlo di Andrea Gardini. Ad uso di... recita, come ho detto, la parte finale di quel lungo titolo. E cita, riprendendo lo schema di Vuori, i professionisti da una parte, i managers (i gestori) dall'altra, i cittadini dall'altra ancora. Ma aggiunge anche le "...**donne e uomini di questo mondo...**". Credo che Andrea abbia fatto tale aggiunta perché gli "altri" di cui parla il titolo di questa mia odierna relazione (dato per scontato che professionisti e manager appartengono entrambi, seppur spesso con punti di vista diversi, al mondo della sanità) probabilmente stanno un pò stretti nella semplice definizione di "cittadini".

Allora, cerchiamo di capire chi sono questi "soggetti-altri", queste donne e uomini del mondo (del grande mondo che sta fuori dalle strutture sanitarie) i quali esprimono un proprio punto di vista sulla sanità di cui la sanità medesima farebbe bene a tener conto (non dico che oggi non lo faccia, dico che più lo farà, meglio sarà per tutti).

### **Il punto di vista degli "altri"**

Certamente, i "cittadini" sono i primi soggetti-altri il cui punto di vista sulla sanità ci interessa conoscere, comprendere, assumere come integrativo al nostro (nostro di operatori o di manager sanitari). In un volume di Valerio Mapelli dedicato a **Il servizio sanitario italiano**, si può leggere che "...gli italiani non amano il loro Servizio Sanitario per l'eccesso di burocrazia, la disorganizzazione endemica dei servizi, le lunghe liste di attesa, le code in ambulatorio, la scortesia del personale, la mancanza di informazione..." <sup>4</sup>.

Ho riportato questa affermazione all'inizio del mio libro sulle **Competenze comunicative per gli operatori della salute**, così commentandola (scusate se mi autocito di nuovo, ma è più comodo che cercare di ridire le stesse cose in modo un pò diverso): "A guardare con attenzione le cause di disamore degli italiani verso il loro Servizio sanitario...ci si accorge che non appare affatto, tra esse, un giudizio esplicitamente e diffusamente negativo circa gli aspetti tecnico-scientifici della sanità e della medicina del nostro Paese (non sono in grado di dire, peraltro, se ciò derivi dal fatto che i cittadini non si esprimono su di essa per mancanza di criteri di valutazione o se lo fanno invece, come spero, per sostanziale soddisfazione). Vi compaiono, invece, pesanti giudizi su aspetti di natura organizzati-

va da una parte e di natura relazionale dall'altra... Quando si parla di eccessi burocratici, di scortesia, di mancanza di informazioni, si parla di incompetenza comunicativa. Si tratta...di un fenomeno...che rappresenta una questione cronica e drammatica della sanità e della medicina del nostro tempo, sempre più burocratizzata l'una, sempre più specialistica e tecnicistica (la medicina degli organi e delle macchine) e sempre meno umanistica e antropologica (la medicina della persona, la medicina relazionale) l'altra..." <sup>5</sup>. Siamo di fronte a un tema su cui insistono, da anni, illustri colleghi che considero, in merito, miei maestri quali, tanto per fare due soli nomi, Giorgio Bert <sup>6</sup> e Giorgio Cosmacini <sup>7</sup>, alle cui numerose e appassionanti opere mi limito qui a rinviare chi ancora non le conoscesse.

La categoria di soggetti-altri, col cui punto di vista la sanità deve confrontarsi e dialogare, che abbiamo chiamato genericamente "cittadini", potrebbe peraltro essere ulteriormente disaggregata in sottocategorie il cui punto di vista sulla sanità assume proprie e peculiari connotazioni. Penso, per esempio, alle differenze di genere, in relazione al tema salute-malattia (esistono vari testi italiani ma soprattutto stranieri che hanno affrontato la differenza relazionale del rapporto medico-paziente quando il paziente - ma persino quando il medico - è una donna) così come penso a varie altre categorie di cittadini. Nella collana **Comunicazione in sanità**, per esempio, sono usciti volumi sulla comunicazione interculturale (necessaria quando il cittadino-paziente è uno straniero, un immigrato, un extra-comunitario e così via <sup>8</sup>); sul bambino ammalato e i suoi familiari (**Quando il paziente è un bambino** <sup>9</sup> è giustappunto intitolato il relativo volume e durai molta fatica, come direttore di collana, a imporlo all'editore perché alcuni pediatri lo avevano definito poco "scientifico", proponendo in alternativa **Il paziente pediatrico**; vi narro tale aneddoto perché dimostra quanto sia radicata la difficoltà che certi colleghi provano a scendere dal loro piedistallo professionale - mascherato di nominalistica scientificità - per relazionarsi col prossimo: come fa a ben relazionarsi con un bambino ammalato chi non è neppure capace di pensarlo - e dunque nominarlo - come soggetto autonomo bensì soltanto come oggetto del proprio specialismo?); sul morente e i suoi familiari (in tal caso riuscii a far intitolare il libro **Il dolore narrato** <sup>10</sup> piuttosto che **Il paziente terminale**, al solito ritenuto da vari consiglieri dell'editore più "scientifico", come se essere scienziati volesse dire parlare lingue non parlate dal prossimo: che pessimo scienziato sarebbe stato, in tal senso, quel maestro di lingua italiana e non di gerghi da fisici d'accademia che fu Galileo Galilei!).

Ho appena accennato alla questione del linguaggio <sup>11</sup>, su cui mi limiterò a porre una sola, rapida

domanda nonchè a citare un aneddoto televisivo. La domanda: come può ben relazionarsi con gli altri chi non è capace di rinunciare nemmeno per un momento al proprio esoterico gergo ovverosia a quella “lingua indiana” di cui poetava ironicamente il grande Giuseppe Gioacchino Belli (nel sonetto **Il dottore somaro** <sup>12</sup>:

“Corpa sua. E pperchè llui nun se spiega?  
Pe cche rraggione l’antra settimana  
rispose ar mi’ discorso in lingua indiana  
quanno me venne a vvisità in bottega?”.

L’aneddoto: l’altra sera, in televisione, la concorrente a un quiz molto popolare ha definito l’avvenente valletta del quiz stesso “Un bel fenotipo”: ho detto a mia moglie “Soltanto un medico può dire simile sciocchezze per far sapere a tutti che è un medico” e ci ho indovinato.

Però, quando Vuori cita, come terza categoria di persone portatrici di un proprio punto di vista in merito alla qualità dell’assistenza sanitaria, parla di cittadini e “loro rappresentanti”. In proposito il discorso si farebbe lungo, poiché i cosiddetti rappresentanti dei cittadini sono molteplici e dunque portatori, spesso, di molteplici punti di vista. Essi vanno dai rappresentanti eletti dai cittadini medesimi (gli amministratori locali, i sindaci per esempio) ai sindacati, alle associazioni, ai comitati, al Tribunale dei diritti del malato, ai Forum di Agenda XXI e a quelli dei Piani Integrati di Salute (che sono ormai attivi in alcune regioni italiane) e così via. Mi limiterò, per ragionevoli motivazioni di tempo, a fare soltanto alcune considerazioni relative alle amministrazioni locali. Non c’è dubbio che la pur necessaria – ma francamente fatta, qua e là, con un fondamentalismo aziendalistico un pò da neofiti - scelta dell’aziendalizzazione della sanità ha posto alquanto in sordina il ruolo d’orientamento dei servizi sanitari, in base alle conoscenze dei bisogni di salute della popolazione amministrata, che dovrebbe essere proprio dei governi locali. Non so in che misura il problema sia sentito e affrontato qui nelle Marche, so che in Toscana è sentito molto e si è pensato di affrontarlo, nell’ultimo PSR, con i già rammentati Piani Integrati di Salute nonchè con le cosiddette Società della Salute, intese proprio come strategie finalizzate a riequilibrare, nei confronti delle istanze di governo locale partecipato, una gestione della sanità che l’aziendalizzazione aveva finito col rendere alquanto auto-referenziale (e dove c’è auto-referenzialità, non c’è comunicazione, ascolto e alla fin fine qualità fondata su processi valutativi giustappunto partecipati).

Ma veniamo a prendere in considerazione ulteriori soggetti-altri il cui punto di vista la sanità farebbe bene a tener di conto, per promuovere la salute delle popolazioni. Quando, nella Conferenza di

Ottawa del 1986, l’OMS varò la strategia della Health Promotion (ovverosia, giustappunto, della promozione della salute) uno dei punti-chiave del documento finale della Conferenza (la cosiddetta, ancora valida, Carta di Ottawa) riguardava il rifiuto del pansanitarismo, la presa di coscienza che molti determinanti della salute sono di carattere extra-sanitario e dunque la necessità di forme sempre più accentuate di cooperazione tra istituzioni e professionisti della sanità e altre tipologie di istituzioni e di professionisti: da quelli della protezione ambientale a quelli che si occupano di pianificazione del territorio, di traffico, di attività produttive, di processi educativi e così via. È ormai da qualche tempo, per esempio, che l’Unione Europea ha posto la necessità di integrazione delle politiche di promozione della salute con quelle di protezione dell’ambiente <sup>13</sup> come orientamento strategico per lo sviluppo salubre e sostenibile del nostro continente (la cosa è stata solennemente ribadita, pochi mesi fa, alla conferenza mondiale di Budapest, cui ho attivamente partecipato, dedicata al nesso tra salute infantile e ambiente). Ebbene, questo tipo di cooperazione, tra la sanità e quei “soggetti-altri” che in tal caso non sono genericamente “cittadini” bensì colleghi di altri enti istituzionali e/o tecnico-scientifici, risulta spesso piuttosto difficile. Certamente non per colpa della sola sanità (ogni istituzione è un pò scioccamente gelosa del proprio orticello di competenza) ma altrettanto certamente per la sanità – e per i medici in particolare: lo dico da medico - collaborare paritariamente con altri professionisti risulta faticoso, non ci siamo abituati. Però dovremmo, anzi dovremo, imparare a farlo sempre più e anche in tal caso la capacità di ascoltare l’altro, di comprendere il suo punto di vista, di mettersi come suol dirsi nei suoi panni è legata a una necessaria e apprendibile competenza comunicativa.

Tornando ai “rappresentanti dei cittadini”, e del loro punto di vista sulla sanità, vorrei adesso tirare in ballo una particolare categoria di “rappresentanti” ovverosia quella degli artisti: per esempio, scrittori, poeti, cineasti.

Una delle accuse che solitamente i cittadini rivolgono ai medici è quella di occuparsi soltanto della loro malattia ma non della loro condizione di ammalati, della patologia per così dire oggettiva ma non della sofferenza soggettiva che a quella patologia si accompagna. Espresse assai bene questo punto di vista il sommo Tolstoj quando, nel bellissimo e tremendo suo racconto intitolato **La morte di Ivan Ilic**, pose la scena in cui Ivan, capendo di essere malato, si rivolge timidamente al medico per fargli presente la propria angoscia: “Dalle parole del dottore, Ivan Ilic si creò la convinzione di essere molto ammalato. E capì che la cosa non importava granchè al dottore...Ma lui stava male. La scoperta lo ferì dolorosamente, suscitando

dogli un sentimento di pena verso se stesso e di rabbia verso il dottore, indifferente a una questione tanto importante. Tuttavia non fece commenti, si alzò... e sospirando disse soltanto: - Probabilmente noi malati rivolgiamo spesso domande fuori luogo. Ma questa malattia è grave o no? - Il dottore gli gettò uno sguardo severo da un occhio solo, attraverso gli occhiali, come a dire: Imputato, se non rimanete nei limiti delle domande che vi vengono poste sarò costretto a farvi allontanare dall'aula. - Vi ho già detto ciò che ritengo utile e necessario - rispose il dottore - Il resto sarà rilevato dalle analisi... - Ivan Ilic uscì lentamente, salì abbattuto sulla slitta e si avviò verso casa...".

Un'altra accusa spesso rivolta ai medici, e alla sanità in genere, è quella dell'astrattezza sociale del loro approccio alla malattia, che li porta a porre attenzione soltanto al corpo del singolo ammalato piuttosto che sulle condizioni extra-sanitarie, sociali e così via, che determinano l'umano ammalarsi. C'è una bel testo di Bertolt Brecht che s'è fatto poetico portavoce di questo punto di vista (socio-epidemiologico, potremmo dire). È intitolato **Discorso di un lavoratore a un medico**:

.....  
 Quando siamo malati, sentiamo dire  
 che chi ci guarirà sei tu.  
 .....  
 Sai guarire?  
 Quando veniamo da te  
 ci strappiamo di dosso i nostri cenci  
 e tu ascolti qua e là sul nostro corpo nudo.  
 Sulla causa della nostra malattia  
 un solo sguardo ai nostri cenci ti  
 direbbe di più...  
 .....

Restando nel campo della letteratura, c'è infine da notare come sia sempre più frequente la pubblicazione di libri, testimonianze più o meno diaristiche e più o meno romanzate, di un particolare tipo di cittadini ammalati ovvero di quei medici che hanno scoperto cosa significhi essere pazienti (sempre più impazienti rispetto alle spesso frustranti cure ricevute) nell'ammalarsi a loro volta e nel doversi consegnare nelle mani dell'organizzazione sanitaria. Celeberrimo è, per esempio, il libro intitolato **A Taste of My Own Medicine** del chirurgo americano Ed Rosenbaum ma vari altri se ne potrebbero citare (personalmente, ho letto di recente, tradotto in italiano, **Cento giorni. Il mio viaggio da medico a paziente**<sup>14</sup> del dermatologo, anch'egli americano, David Biro). Per limitarsi a una, oltre tutto divertente, testimonianza italiana, consiglio di leggere il brano del libro **Camici e pigiami**<sup>15</sup> del cardiologo Paolo Cornaglia Ferrarsi in cui egli narra di come, ricoveratosi in ospedale per un piccolo intervento, benché avesse già fatto

tutti gli esami preparatori e fosse per così dire albergato in una camera singola, ove sperava di poter stare fino all'ora di andare a letto abbigliato come meglio gli piaceva, fu costretto da un'autoritaria caposala a mettersi in pigiama fin dalle 10 del mattino, in quanto quella e solo quella è la "divisa del paziente", all'interno di quel semioticamente connotato "sistema della moda" (avrebbe detto Roland Barthes) che è un ospedale.

Un altro tipo di artisti che spesso hanno rappresentato, più o meno efficacemente, il punto di vista della società sulla medicina, sulla malattia, sulla sanità e così via è quello dei registi cinematografici. Come ha scritto Giuseppe Colangelo, alla voce **Malattia, medici, medicina** del suo **I sentieri del cinema. Guida per argomenti al primo secolo di film**, "...il cinema...(nel corso della sua storia secolare)...ha sfornato una lunga serie di film che nel suo complesso scandaglia un po' tutti gli aspetti che caratterizzano la malattia, il malato, i dottori e i luoghi della degenza...Una vasta gamma di situazioni, insomma, che analizza la qualità della vita dell'individuo quando questi è in una condizione di...sofferenza...(Tale)...approccio ricostruisce spesso anomalie e disfunzioni del sistema sanitario, sollevando non di rado pesanti interrogativi riguardo a certe scelte...Temi di ineludibile attualità, rispetto ai quali il cinema, pur con tante inesattezze, ha avuto e ha il merito di mantenere viva l'attenzione, contribuendo alla ricerca di attendibili risposte..."<sup>16</sup>. Con le dovute e meritevoli eccezioni (penso a un bel film come **Il grande cocomero**, 1993, di Francesca Archibugi, ispirato al lavoro - di neuropsichiatra infantile - di quell'eccezionale collega che fu Marco Lombardo Radice), va detto che nel cinema italiano ha finora prevalso un approccio al mondo della medicina genericamente e spesso banalmente irridente e polemico: basti pensare a tutta la serie di film, con la regia di Luigi Zampa e l'interpretazione di Alberto Sordi, dedicati alle turpi seppur comiche vicende del dottor Guido Terzilli, assai più interessato ai soldi che ai pazienti. È vero che certa malasanità all'italiana ha di frequente portato alla ribalta della cronaca, anche giudiziaria, esemplari di medici alla Terzilli, però mi pare una carenza storica del nostro cinema quella di non essere - se non assai raramente - riuscito ad avere un approccio meno caricaturale nei confronti del mondo della sanità. Da questo punto di vista, il cinema americano ha saputo fare della sanità una protagonista dei propri film ben più complessa e compresa, nei suoi aspetti sia positivi che negativi. Il film americano intitolato **Un medico, un uomo**, del 1991 della regista americana Randa Haines, per esempio, è la storia di un chirurgo che si ammala di cancro, soffre le molte pene dell'essere paziente (non soltanto quelle causate dalla malattia ma anche quelle causate dalla sanità), una volta guarito torna al proprio, prece-

dente lavoro in ospedale ma sente di essere profondamente cambiato: ha imparato ad ascoltare e ha deciso di farlo imparare anche ai suoi collaboratori, imponendo loro di vivere qualche giorno da pazienti, per rendersi conto di cosa significhi vedere la sanità dall'altra parte, col punto di vista dei pigiami e non con quello dei camici.

### Conclusioni

Concludo queste mie considerazioni sulla sanità vista dagli altri, ricordando un ulteriore avvertimento di Marianella Sclavi: "Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Ma per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi imparare a cambiarlo...". Ascoltare, e dialogare con, gli altri, può esserci, in tal senso, molto utile. Da parte mia, credo si tratti di cose importanti per il miglioramento della professionalità degli operatori sanitari e dunque da sorreggere, anche formativamente, più di quel che oggi non si faccia.

### Bibliografia

<sup>1</sup> S. Beccastrini: "Competenze comunicative per gli operatori della salute", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2000

<sup>2</sup> R. Pirsig: "Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta", Adelphi, Milano, 1990

<sup>3</sup> A. Gardini: "Verso la qualità. Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria. Ad uso di cittadini, professionisti, managers, politici, donne e uomini di questo mondo", CSE, Collana "Qualità e accreditamento", Torino, 2004

<sup>4</sup> V. Mapelli: "Il servizio sanitario italiano", Il Mulino, Bologna, 1999

<sup>5</sup> S. Beccastrini: "Competenze comunicative per gli operatori della salute", op. cit.

<sup>6</sup> Di G. Bert (grande medico e grande scrittore, non soltanto di medicina ma anche, per esempio, di gialli) si può leggere, intanto,

"Parole di medici, parole di pazienti. Counseling e narrativa in medicina" (scritto con S.Quadrino), Il pensiero scientifico editore, Roma, 2002 nonché la rivista, da lui fondata e diretta e del cui comitato scientifico faccio parte, "La parola e la cura"

<sup>7</sup> Di G. Cosmacini (grande medico anch'egli e grande storico, il maggiore in Italia, della medicina) si può leggere, intanto, "Il mestiere di medico. Storia di una professione", Cortina, Milano, 2000

<sup>8</sup> S. Baccetti: "La comunicazione interculturale in sanità", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2001

<sup>9</sup> L. Ricottini: "Quando il paziente è un bambino. Problemi di relazione", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2003

<sup>10</sup> M. Bonetti, M.T.Ruffatto: "Il dolore narrato", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2002. Sul tema si può leggere anche il bel libro di un grande medico-scrittore americano, S.B. Nuland: "Come moriamo. Riflessioni sull'ultimo capitolo della vita", Mondadori, Milano, 1994

<sup>11</sup> Sul tema del linguaggio medico, si può leggere: G. Pianosi: "Tra il dire e il fare in medicina. Il linguaggio dei medici", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2003

<sup>12</sup> Sui sonetti del Belli dedicati alla malattia e ai medici, si può vedere A. Asor Rosa: "Salute, malattia e morte. Letture Belliane", Bulzoni, Roma, 1983, nonché M. Teodonio: "Nun sai c'a lo spedale ce se more? I sonetti senza tempo di G.G.Belli su malattia, medici, ospedali, pazienti e sanità", Newton Compton, Roma, 1994

<sup>13</sup> Si può vedere, sull'argomento: S.Beccastrini: "Promozione della salute e protezione dell'ambiente. Idee per l'integrazione", CSE, Collana "Comunicazione in sanità", Torino, 2003

<sup>14</sup> D. Biro: "Cento giorni. Il mio viaggio da medico a paziente", Pnte alle Grazie, Milano, 2001

<sup>15</sup> . Cornaglia Ferraris: "Camici e pigiami", Laterza, Bari, 1999

<sup>16</sup> Voce "Malattia, medici e medicina" in G. Col angelo: "I sentieri del cinema. Guida per argomenti al primo secolo di film", Edizioni La Vita Felice, Milano, 1997. Sul tema si può utilmente consultare anche: G. Bert: "Cinema e medicina", Change, Quaderni del Counseling, Torino, 2000

## PET THERAPY

Lorenza Caon\*, Daria Grisillo\*\*

Roberto Romizi\*\*, Paolo Omizzolo\*\*\*

\*Provincia di arezzo, \*\*Centro Francesco Redi, \*\*\*USL 8

### Che cosa è la Pet-Therapy

Il termine pet-therapy indica l'utilizzo del rapporto uomo-animale in campo medico e psicologico.

Si tratta di un'attività terapeutica vera e propria (cioè con precise caratteristiche) finalizzata a migliorare le condizioni di salute di un paziente mediante specifici obiettivi.

È una terapia di supporto che integra, rafforza e coadiuva le terapie normalmente effettuate per il tipo di patologia considerato.

In base alla letteratura esistente e alle esperienze realizzate, si può affermare che è possibile alleviare il disagio psico-fisico delle persone usufruendo del rapporto uomo animale.

L'animale usato in terapia è un "acceleratore di relazioni umane", il tutto è reso possibile grazie alla capacità degli animali di relazionarsi all'uomo con un linguaggio pre-simbolico che è lo stesso utilizzato dal "cervello emotivo" a cui fa capo la comunicazione analogica che nei soggetti con difficoltà cognitive è maggiormente utilizzato rispetto a quella numerica.

Può essere impiegata, con pazienti affetti da varie patologie, con questi obiettivi:

- a. cognitivi (miglioramento di alcune capacità mentali, memoria, pensiero induttivo)
- b. comportamentali (controllo dell'iperattività, rilassamento corporeo, acquisizioni di regole)
- c. psicosociali (miglioramento delle capacità relazionali, di interazione)
- d. psicologici in tempo stretto (trattamento della fobia animale, miglioramento dell'autostima)

Si tratta dunque di interventi con obiettivi specifici predefiniti, in cui gli animali, rispondenti a determinati requisiti, sono parte integrante dei trattamenti volti a favorire il miglioramento delle funzioni fisiche, sociali, emotive e/o cognitive nonché della salute del paziente. Si tratta di co-terapie dolci, che affiancando i consueti trattamenti, si rivelano efficaci, anche laddove questi non riescono, grazie soprattutto alla presenza dell'animale.

Questa attività terapeutica è gestita da professionisti di sanità umana ed è parte integrante della loro attività. In quanto finalizzata al raggiungimento di obiettivi di salute essa deve essere necessariamente documentata e valutata .

### A chi giova la Pet-therapy

Nei bambini con particolari problemi, negli anziani, in alcune categorie di malati e di disabili fisici e psichici il contatto con un animale può aiutare a soddisfare certi bisogni (affetto, sicurezza, relazioni interpersonali) e recuperare alcune abilità che

queste persone possono avere perduto.

La soddisfazione di tali bisogni, necessaria per il mantenimento di un buon equilibrio psico-fisico è uno degli scopi della pet-therapy che offre, attraverso alcune Attività Assistite dagli Animali (AAA) , soprattutto quelli detti d'affezione o di compagnia, cui si riferisce il termine pet nella lingua inglese, una possibilità in più per migliorare la qualità della vita e dei rapporti umani.

La pet-therapy può anche contribuire, affiancando ed integrando le terapie mediche tradizionali, al miglioramento dello stato di salute di chi si trova in particolari condizioni di disagio, attraverso Terapie Assistite dagli Animali (TAA), interventi mirati a favorire il raggiungimento di funzioni fisiche, sociali, emotive e/o cognitive.

È stato infatti rilevato da studi condotti già negli scorsi decenni e oggi comprovati da sempre più numerose esperienze, che il contatto con un animale, oltre a garantire la sostituzione di affetti mancanti o carenti, è particolarmente adatto a favorire i contatti inter-personali offrendo spunti di conversazione, di ilarità e di gioco, l'occasione, cioè, di interagire con gli altri per mezzo suo.

Può svolgere la funzione di ammortizzatore in particolari condizioni di stress e di conflittualità e può rappresentare un valido aiuto per pazienti con problemi di comportamento sociale e di comunicazione, specie se bambini o anziani, ma anche per chi soffre di alcune forme di disabilità e di ritardo mentale e per pazienti psichiatrici.

Ipertesi e cardiopatici possono trarre vantaggio dalla vicinanza di un animale: è stato, infatti, dimostrato che accarezzare un animale influenza la riduzione della pressione arteriosa e contribuisce a regolare la frequenza cardiaca.

Alcune recenti esperienze condotte in Italia su bambini ricoverati in reparti pediatrici nei quali si è svolto un programma di Attività Assistite dagli Animali, dimostrano che la gioia e la curiosità manifestate dai piccoli pazienti durante gli incontri con l'animale consentono di alleviare i sentimenti di disagio dovuti alla degenza, tanto da rendere più sereno il loro approccio con le terapie e con il personale sanitario. Le attività ludiche e ricreative organizzate in compagnia e con lo stimolo degli animali, il dare loro da mangiare, il prenderli in braccio per accarezzarli e coccolarli hanno lo scopo di riunire i bambini, farli rilassare e socializzare tra loro in modo da sollecitare contatti da mantenere durante il periodo più o meno lungo di degenza, migliorare, cioè la qualità della loro vita in quella particolare contingenza.

Altre esperienze di Attività Assistite dagli Animali riguardano anziani ospiti di case di riposo. Si è osservato che a periodi di convivenza con animali

è corrisposto un generale aumento del buon umore, una maggiore reattività e socievolezza, contatti più facili con i terapeuti. Un miglioramento nello stato generale di benessere per chi spesso, a causa della solitudine e della mancanza di affetti, si chiude in se stesso e rifiuta rapporti interpersonali.

La Pet Therapy è diretta a pazienti colpiti da disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione, disturbi psicomotori, nevrosi ansiose e depressive, sindrome di Down, demenze senili di vario genere e grado, patologie psicotiche, cardiopatie, ipertensione arteriosa ma anche a quanti necessitano di riabilitazione motoria come chi è affetto da sclerosi multipla o reduce da lunghi periodi di coma o comunque in situazione di convalescenza.

Sono in via di attivazione due progetti sulla Pet Therapy: uno con il precipuo coinvolgimento dei medici di famiglia; l'altro, "Mifidodimiao", vedrà il coinvolgimento delle Comunità residenziali.

### **Pet Therapy e medici di medicina generale**

Per fornire ulteriori evidenze a tutto questo e per poter estendere i benefici di una simile iniziativa terapeutica ai pazienti residenti nella nostra zona, presso L'Azienda Sanitaria ASL 8 di Arezzo verrà condotta uno studio da parte di medici di famiglia ricercatori che recluterà su base volontaria alcuni pazienti affette da patologie che dalla pet therapy possono trarre concreto miglioramento.

L'obiettivo primario dello studio è quello di verificare se l'utilizzo della Pet Therapy da parte dei medici di medicina generale sia in grado di migliorare il quadro clinico oggettivo e/o la percezione di malattia, soggettiva o percepita dai parenti, nei confronti di pazienti affetti da ansia e/o depressione già noti ed in trattamento presso lo studio del MMG, pazienti affetti da disturbi cognitivo comportamentali iniziali, testati mediante Mini Mental Test, pazienti affetti da ipertensione arteriosa lieve moderata.

Obiettivi secondari sono promuovere la Pet Therapy come metodo per strategie integrate di salute per i pazienti; sensibilizzare e coinvolgere i medici di medicina generale; verificare l'impatto della Pet Therapy sugli animali; favorire un corretto rapporto uomo - animali; ridurre il numero di cani e gatti presenti nel canile sensibilizzando la popolazione all'adozione degli animali domestici.

Gli animali impiegati nello studio saranno individuati a cura del referente del Canile Municipale, del servizio veterinario USL e del delegato ENPA; "Secondo la Delta Society (organizzazione internazionale che favorisce l'impiego degli animali per il miglioramento dello stato di salute, l'indipendenza e la qualità della vita dell'uomo), solo gli animali domestici possono essere inseriti in programmi di attività e terapie assistite dagli animali.

Tutti gli animali impiegati devono superare una valutazione che ne attesti lo stato sanitario, le

capacità e l'attitudine.

Il cane ha un rapporto privilegiato con l'uomo sin dalla preistoria e sono frequenti le occasioni in cui possiamo apprezzarne la collaborazione e, talvolta, l'abnegazione. Per questo viene impiegato di frequente quale co-terapeuta, sia nella cura di bambini che di adulti ed anziani attraverso l'invito al gioco, l'offerta di compagnia e la richiesta di interazione.

Anche il gatto è utilizzato nella pet-therapy: per la sua indipendenza e facilità di accudimento, lo si preferisce per persone che vivono sole e che, a causa della patologia o dell'età, non sono agevolate negli spostamenti.

### **Mifidodimiao**

È un progetto sperimentale le cui azioni principali prevedono:

#### **1. Attività Assistenziale Assistita:**

Effettuata presso la Comunità Residenziale del Centro Solidarietà Arezzo, vede coinvolti gli utenti della Comunità con mansioni di accoglienza, cura e addestramento di 1-2 cani, 1-2 gatti.

Tra gli utenti della comunità saranno individuati coloro che seguiranno un corso di formazione specifico per acquisire la qualifica di pet-partner.

Questo significa responsabilizzare i ragazzi nell'accudimento e cura dell'alimentazione, nella costruzione delle cuce per alloggiare gli animali, nella spazzolatura e tutto quello che comporta la relazione etero-specie per caratterizzare i soggetti nello svolgimento dei loro compiti. Gli animali impiegati per questo particolare tipo di terapia, infatti, devono rispondere a requisiti specifici, ed essere educati e curati in modo che possano svolgere al meglio il compito per il quale vengono utilizzati.

#### **2. Terapia Assistita dagli Animali all'interno della Comunità:**

L'aspetto terapeutico all'interno della comunità consiste nello sviluppo di motivazioni, nel rinforzo dell'autostima, oltre che il raggiungimento di nuove competenze dei giovani stessi. L'animale può essere di aiuto in alcuni casi per uscire dall'isolamento, favorisce la socializzazione e gli scambi. È un efficace esternatore di conflitti e di dinamiche relazionali non verbalizzate, che possono essere elaborate con l'educatore all'interno di relazioni individuali o in gruppo.

#### **3. Terapia Assistita dagli Animali all'esterno della Comunità:**

Si svolgerà presso strutture ospedaliere, istituti di ricovero per anziani, a domicilio, e coinvolgerà in via sperimentale:

- 2-4 bambini nella fascia di età compresa tra i 4-14 anni, affetti da disabilità, paralisi cerebrale o disagi psicofisici in età evolutiva; si svolgerà presso l'ospedale San Donato - Dipartimento di neuroscienze (Servizio di riabilitazione motoria infanzia - Servizio di logopedia), centri di socializzazione per portatori di handicap e a domicilio.

L'individuazione dei soggetti da inserire nel progetto avverrà attraverso incontri effettuati con fisioterapisti, neuropsichiatra infantile, neurologo, psicologi, logopedista, ecc.

- Anziani affetti da Alzheimer, attraverso approcci sia individuali che di gruppo presso il Centro Alzheimer dell'RSA Maestrini, i centri diurni per anziani e a domicilio.

Tutte le attività saranno condotte da un esperto in pet-therapy.

La valenza terapeutica di questo nuovo approccio terapeutico, la ricaduta sugli utenti, saranno monitorate con verifiche periodiche.

#### **Enti e organismi promotori:**

ASL8 (Dipartimento di salute mentale e dipartimento di neuroscienze-GOIF, Provincia di Arezzo, Comune di Arezzo, Centro Francesco Redi, FIMMG, SIMG, Regione Toscana, Medici per l'Ambiente, Canile Municipale, ENPA, Centro di Solidarietà Arezzo, zone socio sanitarie, Ordine dei Medici Chirurghi, Ordine dei Veterinari, Centro Alzheimer, RSA Maestrini, Centri Sociali per anziani, CEDOCAR, Scuole.

#### **Bibliografia**

- Generoso M., Becherucci P. et al: Puericultura, Neonatologia, Pediatria con assistenza, SEE, Firenze, 2000, 2<sup>a</sup> edizione.

- Natoli, E. 1997. Attività e terapie con l'ausilio di animali: quadro internazionale e stato dell'arte in Italia. Annali dell'istituto superiore di sanità.

- "La Pet Therapy: gli animali e la salute dell'uomo", in collaborazione con l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G.Caporale", giugno 1996.

- "Animali e uomini imparano insieme". Pet Magazine, novembre 1997. S. Del Papa, B. Alessandrini, F. Iannino, O. Pediconi, s. Scapoli, L. Valeri. 2000. Programma sperimentale di terapie e attività assistite con animali (AAA/TAA). Ricerche. Bollettino delle ricerche del Ministero della Sanità. Speciale Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Anno II-n°1.127-128.

- G. Ballerini, Animali amici della Salute. Curarsi con la Pet therapy, Xenia Edizione, Milano 1995.

- Pet therapy Aiutarsi con gli animali-A.Boratti-S.Lorenzetto-G.Zolesi-A cura di A.Merluzzi.

- J.Quackenbush, V.L.Loith, Il legame tra l'uomo e l'animale da compagnia, Antonio Delfino Editore, Roma volume III, n.1/1987.

- Pet therapy: psicoterapia con l'aiuto di amici del mondo animale. Giacon M., Edizioni mediterranee.

- Pet Therapy, il metodo Zara: un programma di riabilitazione psico-affettiva, Del Negro Elide, Franco Angeli ed.

- Gli animali guaritori, Rousselet Blanc V. e Mangez C., Geo Ed.

- Giacon Marzia, Pet Teraphy, Ed. Mediterranee;

- McLray S.C. , Gli animali ci fanno del bene, Ed. Sperling e Kupfer;

- Overall, K.L., La clinica comportamentale del cane e del gatto, Ed. Medico scientifiche; Tempo Medico, 645, ottobre 1999

- Alessandrini B., Le attività e le terapie assistite dagli animali negli stati Uniti d'America. Il nuovo progresso veterinario. 7: 236-238, 1997

- Alessandrini B., 1999. Imparare le terapie assistite con animali. Convegno "Animali guaritori, come curarsi con la Pet Therapy". Padova, 18 Gennaio 1999.

- Pediconi O., Alessandrini B, Del Papa S., Valeri L., Iannino F., Scapoli S.. I benefici della terapia assistita con animali: risultati della ricerca sperimentale dell'IZSAM. Atti del Convegno "Il cane in aiuto dell'uomo. Alla scoperta della pet Therapy" (49-57) San Patrignano, 17 - 18 Aprile 1999.

#### **LA COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE: RIFLESSIONI SUL FARMACO**

"Riflessioni sul Farmaco" è la 'testata' scelta dalla CTR per pubblicare, con una cadenza mensile, comunicazioni, riflessioni, notizie sulla propria attività.

La CTR, i cui componenti sono stati designati dalle professioni, e che è presieduta dall'Assessore, è stata istituita con DR del 9.12.2003 con finalità che si possono così riassumere:

- Formazione ed informazione sull'uso dei farmaci
- Farmacovigilanza
- Coordinamento ed indirizzo per le commissioni terapeutiche aziendali.
- Studio ed analisi sull'uso di ogni tipo di 'presidi farmaceutici'
- Sviluppo della disciplina dell'informazione medico scientifica.
- Analisi delle sperimentazioni cliniche svolte in ambito regionale.
- Studio e sviluppo di nuovi sistemi d'approvvigionamento da parte del SSR di medicinali e dispositivi medici.
- Parere di congruità sugli eventi formativi sponsorizzati che si svolgono nell'ambito della Regione.

Come si vede il mandato è molto ampio e la CTR ha lavorato intensamente in questi mesi per gettare le basi di una organizzazione congrua agli obbiettivi.

La scelta di realizzare una pubblicazione con le caratteristiche del Bollettino risponde a due esigenze fondamentali :

- a. Rendere visibile la CTR e la sua attività
- b. Informare in tempo pressoché reale sulle tematiche farmaco-economiche e di farmacovigilanza, correlandole con le caratteristiche del Servizio Sanitario Regionale

Questo senza nessuna pretesa 'sostitutiva' del già ottimo Bollettino Nazionale d'Informazione sui farmaci.

L'elemento farmacovigilanza è certamente al centro dell'interesse della CTR e da questo è scaturita la scelta di affrontare già dal n°Zero', che nei prossimi giorni sarà inviato a tutti i medici della Regione, temi 'caldi' quale quello dei FANS Cox-2 selettivi (cui sarà dedicata una serie di tre articoli) del buon uso delle statine e così via. Ovviamente non c'è la pretesa d'essere esaustivi: anzi la Commissione (che fa anche da comitato redazionale) si augura di avere riscontri scritti, e-mail anche discordi, perché ritiene importante un dibattito vivo e costante con tutti gli operatori.

Quanto prima si provvederà all'invio anche per via telematica del bollettino, nella forma di una specifica newsletter.

"RIFLESSIONI SUL FARMACO" è il primo atto di un progetto di comunicazione che la CTR intende ampliare , con iniziative coordinate con altri soggetti (in primo luogo gli Ordini ) , con l'implementazione del sito Internet della Regione.

Claudio Pedace

## MEDICI E SALUTE PUBBLICA

### PREMESSA

Da questo numero è intenzione del Comitato di Redazione promuovere una nuova rubrica che abbiamo titolato "MEDICI E SALUTE PUBBLICA".

#### Medici, categoria di opinion-leaders

I medici sono una categoria di opinion-leaders che si sta sempre più rendendo conto sulla base della loro esperienza quotidiana, della necessità di impegnarsi, non solo in campo diagnostico terapeutico, ma anche in quello della prevenzione e della identificazione dei fattori di rischio.

Se una volta la tutela della salute era basata sul rapporto tra medico e paziente, oggi è sempre più evidente l'influenza dell'ambiente di vita e di lavoro e la necessità di agire a questo livello.

Il ruolo del medico si fa dunque sempre più complesso e non può non tener conto del fatto che il degrado ambientale e sociale genera nuove patologie e sarà determinante per la salute delle generazioni future.

Ad un obiettivo tradizionale rivolto all'individuo cioè verso il paziente, il medico deve quindi aggiungere un obiettivo collettivo rivolto alla popolazione nel suo insieme.

È necessario quindi che i medici prediligano le strategie di prevenzione per riaffermare che la salute è una priorità nell'ambito delle scelte politiche e che il criterio di scelta è la qualità della vita e non l'interesse economico.

Deve emergere il principio di agire secondo il "Principio di Precauzione" che è importante in quanto rappresenta una rivoluzione nelle politiche di salute. Il "Principio di Precauzione" corrisponde al principio applicato in Medicina "primum non nocere".

#### Articolo 32 della Costituzione

L'Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana così recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ... omissis". La tutela della salute da parte del medico rappresenta da sempre l'essenza stessa del suo impegno professionale, la condotta dell'operatore sanitario e di chi ha responsabilità di tutela giuridica della salute qualifica il concetto stesso di salute legittimandone la tutela e lo quantifica rispetto ad altri beni giuridici espressamente garantiti, ma sempre secondari rispetto a ciò che la scienza del Diritto considera come interesse fondamentale sia dell'individuo sia della collettività. Ogni colpevole (dolosa o colposa) mortificazione delle umane garanzie ed aspira-

zioni che siano legalmente legittime e pertanto tendenti, in maniera socialmente adeguata, alla "qualità della vita", non può non essere giuridicamente repressa. Ogni qualvolta si realizza un arretramento rispetto all'obiettivo "salute", si impone da parte del consesso sociale un'attenzione non solo tecnica a quella che viene definita "malattia" ma, nel senso più ampio, al "danno" o "pregiudizio della salute". La salute si identifica con l'armonia psico-fisica dell'uomo nell'ambito sociale (come bene individuale e collettivo) e per "danno alla salute" si intende ogni danno alla persona che in qualunque modo ostacoli il danneggiato nelle sue espansioni sociali, nei rapporti interpersonali, nella vita familiare, nell'espressività estetica, oltre che nel suo lavoro. Ruolo del medico è: la promozione della salute (carta di Ottawa) e, quindi, l'acquisizione di stili di vita salutari; la prevenzione della malattia, nella lotta per l'eliminazione e la riduzione dei fattori di rischio, nell'apprendimento a convivere e controllare lo stress e le avverse condizioni, a promuovere azioni per il miglioramento degli ambienti di vita e di lavoro; la cura e la riabilitazione. Con questa rubrica si vuol contribuire a formare opinione attorno ai temi della salute e a stimolare una maggiore partecipazione della classe medica alle strategie e politiche per la salute.

A questo fine si presenta una scheda generale su "La valutazione di impatto sulla salute" rivolta a coloro che si avvicinano per la prima volta a tale tematica per definire cosa è, a cosa mira, i concetti chiave e i principi su cui si basa, le sue modalità di applicazione. Sono inoltre stati inclusi alcuni suggerimenti per una documentazione più approfondita per coloro che vogliono saperne di più. Seguirà una scheda specifica sul rapporto tra "Salute ed aeroporti".

#### LA VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE UN NUOVO APPROCCIO

La Valutazione di Impatto sulla Salute (Health Impact Assessment, HIA) rappresenta un nuovo approccio alla valutazione delle politi-

che, dei programmi e dei progetti sociali, economici ed ambientali. La Valutazione di Impatto sulla Salute è oggi una delle maggiori priorità nelle politiche pubbliche.

#### **Che cos'è la valutazione di impatto sulla salute?**

La Valutazione di Impatto sulla Salute può essere definita come segue:

- la stima degli effetti di una specifica azione sulla salute di una specifica popolazione.

Il suo obiettivo è

- valutare i potenziali impatti sulla salute -positivi e negativi- delle politiche, dei programmi e dei progetti; e
- migliorare la qualità delle decisioni in materia di politiche pubbliche tramite raccomandazioni che rafforzino gli impatti positivi sulla salute previsti e minimizzino quelli negativi.

Dobbiamo fare in modo che.....le azioni che derivano dalle nostre politiche contribuiscono ai nostri obiettivi di migliorare la salute della popolazione e ridurre le ineguaglianze. Pertanto è stato deciso che le principali nuove politiche governative devono essere valutate per l'impatto che hanno sulla salute.

I decisori politici locali devono pensare a quali effetti hanno le loro politiche sulla salute. Una parte importante di questo ruolo sarà incoraggiare le organizzazioni locali a fare valutazioni di impatto sulla salute quando programmano investimenti, per esempio, nella costruzione di strutture, nelle comunità locali e nella dislocazione dei servizi.

#### **Cosa può offrire la valutazione di impatto sulla salute?**

La forza della Valutazione di Impatto sulla Salute sta nel fornire uno strumento che permette di prendere decisioni informate rispetto alle politiche, basate su di una valida valutazione del loro potenziale impatto sulla salute, sensibilizzando nello stesso tempo tutti i livelli a cui vengono prese decisioni sulle politiche. A lungo termine, essa ha il potenziale di introdurre l'attenzione al miglioramento della salute pubblica come norma e di farne un elemento di routine nell'elaborazione di tutte le politiche pubbliche.

La Valutazione di Impatto sulla Salute ha molto in comune con la più diffusa valutazione di impatto ambientale e, nonostante derivi da una serie di metodi di ricerca tradizionale, è più di un semplice strumento di monitoraggio e valutazione. La Valutazione di Impatto sulla Salute mira a fornire un quadro pratico per l'identificazione degli impatti sulla salute e dei modi di affrontarli. È inoltre basata su diversi principi chiave:

#### **Principi chiave della valutazione di impatto sulla salute**

- a) un modello sociale della salute e del benessere

- b) un'attenzione esplicita all'eguaglianza e alla giustizia sociale
- c) un approccio partecipativo multidisciplinare
- d) l'utilizzo di prove qualitative, oltre che quantitative
- e) valori espliciti e di trasparenza nei confronti del pubblico

a) Un modello sociale della salute e del benessere  
La Valutazione di Impatto sulla Salute si basa su un modello sociale olistico della salute che riconosce che il benessere degli individui e delle comunità è determinato da una vasta gamma di fattori economici, sociali ed ambientali, oltre ai fattori ereditari e alla sanità:

La salute è uno stato di benessere fisico, mentale e sociale completo e non soltanto l'assenza di malattia. Questa definizione è molto più ampia il tradizionale modello medico che definisce la salute come assenza di malattia che può essere diagnosticata clinicamente e si preoccupa principalmente del trattamento dei sintomi piuttosto che delle loro cause.

I determinanti della salute sono:

1. fattori biologici, come ad esempio età, genere ed origine etnica
2. condizioni personali o familiari e stili di vita quali, ad esempio, istruzione, reddito, occupazione, comportamenti a rischio, alimentazione, esercizio fisico, ricreazione e tempo libero
3. l'ambiente fisico, come, ad esempio, qualità dell'aria, alloggi, criminalità, arredo urbano e trasporti
4. servizi pubblici quali accesso ai servizi e qualità dei servizi.

b) Un'attenzione esplicita all'equità e alla giustizia sociale

La Valutazione di Impatto sulla Salute è anche basata su di un sistema di valori esplicito focalizzato sull'eguaglianza e sulla giustizia sociale. In questo contesto, l'eguaglianza ha una dimensione morale ed etica che risulta da differenze evitabili ed ingiuste nello stato di salute:

Uguaglianza significa creare pari opportunità rispetto alla salute e abbassare al minimo livello possibile le differenze di salute.

c) Un approccio partecipativo multidisciplinare  
La Valutazione di impatto sulla Salute non è di competenza esclusiva di alcun gruppo disciplinare. Al contrario, deriva dalle esperienze e dalle capacità di un vasto numero di soggetti interessati (stakeholders) che vengono coinvolti in tutto il processo. Questi possono includere professionisti con competenze rilevanti alle tematiche che vengono affrontate, decisori politici chiave, organizzazioni di volontariato rilevanti e, cosa forse più importante, i rappresentanti delle comunità le cui vite erano influenzate dalla politica.

d) L'utilizzo di prove qualitative oltre che quantitative

La Valutazione di Impatto sulla Salute richiede la valutazione di prove scientifiche quantitative dove queste esistono ma riconosce anche l'importanza di informazioni più qualitative. Queste possono includere le opinioni, esperienze e aspettative di coloro che sono più direttamente influenzati dalle politiche pubbliche e tenta di bilanciare i vari tipi di prove.

e) Trasparenza nei confronti del pubblico

Per essere coerente con la focalizzazione sull'uguaglianza, la Valutazione di Impatto sulla Salute mira ad essere trasparente e aperta allo scrutinio in tutte le sue fasi.

### **Come è possibile applicare la valutazione di impatto sulla salute?**

Idealmente, la Valutazione di Impatto sulla Salute dovrebbe essere applicata preventivamente (prima di implementare una politica, un programma o un progetto) per assicurare che nella fase di progettazione vengano prese misure per ottimizza-

re gli impatti positivi sulla salute e minimizzare gli effetti negativi. In pratica non è sempre possibile fare questo e pertanto la Valutazione di Impatto sulla Salute può anche essere condotta simultaneamente (nel corso della fase di implementazione) o retrospettivamente (dopo la conclusione) in modo da informare lo sviluppo continuo del lavoro realizzato.

Per maggiori informazioni i seguenti reports e siti web possono risultare interessanti:

- Libro Bianco del Governo: Saving Lives – Our Healthier Nation

- Dipartimento della Salute: Valutazione di Impatto sulla Salute – relazione di un seminario metodologico  
<http://www.doh.gov.uk/research/documents/rd2/healthimpact.pdf>

- Assemblea Gallese: Progettare la valutazione di Impatto Ambientale in Galles:  
<http://www.wales.gov.uk/subihealth/content/keypubs/healthimpact/pdf/healthimp>

- Le linee guida del Merseyside sono disponibili presso l'Osservatorio sulla salute pubblica di Liverpool  
<http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/obs/OBS.HTM>

#### **IL CENTRO FRANCESCO REDI**

In data 15 luglio 2004, il Centro Francesco Redi è stato insignito della benemerenzza "al merito della sanità pubblica" da parte del Ministero della Salute.

Il Centro di Ricerca e Formazione Socio-Sanitaria e Ambientale "Francesco Redi" si è costituito il 23 luglio 1989. È stato promosso da Azienda USL 8, Comune di Arezzo, Provincia di Arezzo, ARPAT, Università di Siena, Ordine dei Medici, Provveditorato agli Studi, Ass. Aretina Ricerca Epidemiologica, FIMMG, SIMG, Lega Italiana per la Lotta Tumori, Medici per l'Ambiente - ISDE.

Il Centro "Francesco Redi" si caratterizza per l'attivazione delle varie progettualità attraverso una strategia integrata, interistituzionale, inter-disciplinare, multiprofessionale, tra organismi governativi e non, nei possibili ambiti di intervento territoriale (locale, regionale, nazionale e internazionale) attraverso prevalentemente attività formative basate sulle priorità epidemiologicamente rilevate.

Il Centro Francesco Redi ha promosso politiche per la salute e lo sviluppo sostenibile ambientale con particolare riconoscimento della comunità locale.

In particolare ha promosso il Progetto Città Sane di Arezzo denominato Progetto Arezzo Salute e Ambiente-PASA che dal 1999 è stato accreditato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è tra i promotori dell'Osservatorio provinciale sugli incidenti da traffico - OPI-SAR (dal 2001);

Con gli Enti e Organismi promotori sta lavorando per il coinvolgimento dei Medici di Famiglia in strategie integrate di salute; la riduzione della mortalità evitabile prematura; la difesa del diritto del bambino a non essere inquinato; la scuola per una città sana e sostenibile; il Profilo di Salute e i Piani Integrati di Salute; la lotta al fumo di sigaretta; una migliore qualità dell'aria; la riduzione degli incidenti stradali e la sicurezza stradale; la percezione del rischio ambientale; una sana alimentazione; la prevenzione delle neoplasie e la migliore assistenza dei malati; una migliore organizzazione sanitaria; una città multiculturale; la salute mentale; lo sviluppo sostenibile; la mobilità urbana e le sane pratiche di urbanistica.

# LA SALUTE INFANTILE E L'AMBIENTE DOPO BUDAPEST 2004: DATI, IDEE E MODELLI DALLA TOSCANA

**Stefano Beccastrini**

Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana

**Fabrizio Simonelli**

Responsabile del Programma 'Promozione della salute'  
Azienda ospedaliero-universitaria pediatrica 'A. Meyer' - Firenze

## 1. Premessa

Il tema del nesso tra l'ambiente, inteso come determinante non-sanitario ma primario per la salute umana, e la salute umana medesima è tema antico (già presente nella riflessione ippocratica) ma ha richiamato su di sé un'attenzione crescente nel corso degli ultimi decenni, alla luce della crisi ecologica del Pianeta e dell'assunto batesoniano che "Una specie che distrugge il proprio ambiente distrugge se stessa". In tal senso, sia il mondo della promozione della salute sia quello della protezione dell'ambiente tendono a farsi sempre più carico, almeno nelle parole se non sempre nei fatti, di tale nesso. Lo fanno, troppo spesso, pensando di affrontarlo da soli (cioè ampliando le competenze ambientali della sanità o quelle sanitarie della protezione ambientale) piuttosto che facendo realmente rete. Del nesso ambiente-salute tratteremo un aspetto particolare: quello del rapporto tra salute del bambino e problematiche ambientali, in riferimento all'importante Conferenza Ministeriale svoltasi a Budapest il 23-25 giugno 2004, dedicata al futuro - in termini di salubrità e sostenibilità dell'ambiente naturale e sociale che loro lasceremo - dei nostri ragazzi. A quella Conferenza la Regione Toscana, nelle sue varie componenti sanitarie e ambientali, ha partecipato in maniera attiva, dopo di essa intende andare avanti con iniziative di conoscenza, pianificazione, intervento. A tutto ciò - sintetizzandolo molto - è dedicata questa nostra relazione.

## 2. La salute infantile: un indicatore primario di sostenibilità dello sviluppo

Vale forse la pena di domandarsi: perché il bambino? Il nesso ambiente-salute può, infatti, essere esplorato a partire da tanti altri punti di vista, concernenti per esempio le modalità di lavoro e di consumo della popolazione adulta (in realtà, a livello europeo, nazionale, toscano, anche su tutto ciò si comincia, seppure con qualche fatica, a lavorare in maniera integrata). Però il bambino - la sua qualità della vita, la sua salute che all'ambiente naturale e socio-culturale in cui nasce e cresce e vive è strettamente legata - rappresenta, per così dire, un indicatore più carico di significati, anche simbolici. Se è vero, come dice Gregory Bateson nella frase già sopra citata, che una specie che

distrugge il proprio ambiente distrugge se stessa, non v'è alcun dubbio che l'iniziale distruggere se stessa di una specie parta dal non garantire futuro salubre e sostenibile ai propri figli. Verrebbe da dire che il rispetto, la protezione, la valorizzazione dello sviluppo salubre e sostenibile dei propri bambini è il primo indicatore della volontà e della capacità di una società di darsi un futuro (non un futuro qualunque: un futuro progettato in direzione della qualità della vita e del benessere - un benessere misurato non soltanto con il PIL o altri monetari indicatori del genere - equo e diffuso). Teniamo comunque presente che, secondo recenti elaborazioni dell'OMS, sono circa 100.000 all'anno i bambini che in Europa muoiono a causa di malattie collegabili con l'ambiente.

## 3. Gli orientamenti europei e le strategie d'integrazione in Toscana

Aldilà dell'importanza del bambino e della sua salute, come indicatore di sviluppo salubre e sostenibile, va rilevato come il più generale tema dell'integrazione tra ambiente e salute (il che vuol dire - vale la pena di sottolinearlo con forza, contro ogni tentazione di questo o quell'ente di voler fare sciocamente l'integrazione a casa propria - del lavorare assieme di operatori della sanità e di operatori della protezione ambientale) trova in un intero quinquennio di scelte dell'Unione Europea il proprio fondamento orientativo, a partire da:

- la Dichiarazione di Londra (III Conferenza interministeriale "Ambiente e salute", giugno 1999),
- la Decisione 1296/99 del Parlamento e del Consiglio Europeo per l'adozione di un Programma d'azione per gli stati patologici legati all'inquinamento e al degrado ambientale,
- il VI Programma di azione in materia di ambiente, che dedica il proprio articolo 7 agli "obiettivi e aree di azione prioritaria per l'ambiente, la salute e la qualità della vita",
- il recentissimo (giugno 2003) Documento della Commissione UE "Strategia europea per l'Ambiente e la Salute".

A livello nazionale, il PSN 1998-2000 e il Decreto 229/99, con il suo articolo 7-quinquies, intendeva rilanciare nel nostro Paese una seria e convinta strategia di sviluppo salubre e sostenibile e, dunque, di reale promozione della salute, individuando innovativamente nella epidemiologia ambientale e nella comunicazione del rischio i due terreni prioritari di integrazione tra ambiente e salute. In Toscana, attraverso una serie di protocolli di cooperazione coinvolgenti, a vario titolo, l'Agenzia Regionale Sanitaria ARS, l'Agenzia

regionale per la protezione ambientale (ARPAT), l'istituto scientifico regionale per la prevenzione oncologica (CSPO), il CNR di Pisa, l'Ospedale pediatrico regionale Meyer e così via, si è dato avvio, da alcuni anni, alla sperimentazione di innovative modalità e pratiche di integrazione tra mondo della sanità e mondo della protezione ambientale. Due importanti approdi istituzionali di tale sperimentazione sono successivamente rappresentati dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, ove la strategia dell'integrazione tra operatori della sanità e operatori della protezione ambientale viene valorizzata quale decisivo strumento di promozione della salute nonché, più recentemente (2004) il Piano Regionale di Azione Ambientale (PRAA) che individua nell'integrazione Ambiente-Salute uno dei propri, principali elementi strategici. È in questo scenario che va collocata, per essere compresa e valorizzata, la nascita del gruppo di lavoro regionale sul tema "Salute infantile e ambiente" (di cui fanno parte l'Ospedale pediatrico Meyer - con ruolo di coordinamento - nonché ARS, ARPAT, ISDE, CSPO e varie altre rappresentanze di enti locali e di categorie professionali). Compito del gruppo era quello di preparare una significativa presenza toscana a Budapest nonché di progettare, oltre Budapest e per ben applicarne gli indirizzi a livello regionale, un percorso di lavoro comune di conoscenza e intervento sull'argomento.

#### **4. Il contributo della Regione Toscana alla Conferenza di Budapest**

In occasione della IV Conferenza Ministeriale sull'Ambiente e la Salute svoltasi a Budapest dal 23 al 25 maggio 2004 - una Conferenza connotata da una forte predominanza della prospettiva di livello nazionale, la Regione Toscana ha ritenuto di richiamare l'attenzione sul ruolo delle Regioni europee, valorizzando le esperienze locali di integrazione fra salute infantile e ambiente.

Lo abbiamo fatto promuovendo ed organizzando - in collaborazione con l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - un 'side event' intitolato: 'Case studies of actions to improve Children's health and environment: local and national experiences'. In questo meeting sono state presentate alcune esperienze eccellenti derivate da una selezione di una ricca e variegata raccolta di case studies, pubblicata in un volume grazie alla collaborazione dell'ARPA Toscana, che ora costituisce una preziosa banca di riferimenti per tutti gli interessati. Il tempo a disposizione, come al solito, è stato poco, ma ha consentito di realizzare un confronto aperto e nuovo, registrando:

- un interesse generale verso il ruolo del livello istituzionale regionale nell'attuazione di politiche, strategie e interventi utili a migliorare la relazione fra salute infantile e qualità dell'ambiente;

- una crescita percepibile del livello scientifico ed operativo indirizzato a cogliere criticità e opportunità di questa relazione;
- nuove prospettive di sviluppo concreto di relazioni fra regioni dell'Europa che condividono valori, bisogni, interessi in questa direzione.

#### **5. Il dopo Budapest in Toscana: obiettivi e questioni nodali**

La partecipazione alla Conferenza di Budapest, non soltanto come ascoltatori ma anche come umili ma attivi gestori di un evento di confronto e discussione ci ha gratificato, fatto capire di essere sulla strada giusta, incoraggiato a percorrerla (è una strada non priva di asperità e, dunque, gli incoraggiamenti servono a dare fiato). Oggi, o meglio immediatamente da domani, affronteremo assieme, nel gruppo integrato, le questioni del dopo Budapest in Toscana. Questioni di definizioni di obiettivi (quello centrale sarebbe la costruzione di un osservatorio permanente, necessariamente fondato su una coordinata polifonia di saperi e competenze istituzionali e scientifiche, sul nesso salute infantile/ambiente) nonché questioni di individuazione di problemi nodali e di avvio di strategie per la loro risoluzione. Per adesso, ne abbiamo individuati quattro, nella dimensione di processi, percorsi, piani, che rapidamente vi illustriamo.

#### **6. Il dialogo dei sistemi informativi**

Quanto ai processi attraverso i quali l'integrazione, in Toscana, può quotidianamente consolidarsi, in generale ed in particolare a vantaggio dell'osservatorio permanente sul nesso salute infantile-ambiente poco sopra ricordato, i principali di essi appaiono quelli legati alla raccolta, elaborazione, diffusione dei dati relativi all'ambiente, alla salute, ai nessi reciproci tra l'uno e l'altra. In tal senso, rappresentano processi ineludibili quelli relativi all'integrazione di:

- **sistemi informativi**, ivi compresa la individuazione di comuni indicatori di "criticità" ambientale-sanitaria e di comuni metodologie di geo-referenziazione dei dati sanitari e di quelli ambientali, tramite l'individuazione di aree territoriali ad elevato rischio ambientale-sanitario, sulle quali attivare particolari monitoraggi e controlli nonché specifiche indagini e ricerche epidemiologiche;
- **forme di reporting** integrato sullo stato della salute e dell'ambiente in Toscana (in particolare, per quel che riguarda il suddetto osservatorio permanente, sul nesso salute infantile-ambiente). Si tratta di un obiettivo di elevato interesse sia politico che scientifico, anche per le sue potenzialità di conoscenza partecipata. Un primo concreto risultato, in tal senso, è costituito dal fatto che la Relazione

2003 sullo stato di salute dei cittadini toscani è stata elaborata da ARS, su incarico della giunta Regionale, in collaborazione con ARPAT e con IRPET (Istituto regionale per la programmazione economica) e contiene al suo interno un capitolo sul nesso ambiente-salute e uno sul nesso economia-salute. Parimenti, un capitolo sul nesso Ambiente-Salute compare per la prima volta nell'edizione 2003 di "Segnali ambientali", l'annuale Rapporto (curato dal Dipartimento Ambiente e territorio con la collaborazione di ARPAT) sullo stato dell'ambiente in Toscana;

- **attività di comunicazione del rischio alla popolazione**, anche attraverso l'utilizzo di congiunti strumenti d'informazione e comunicazione: cartacea, audio-visiva, informatica e così via. Si tratta, anche alla luce della convenzione di Aarhus 1999 sull'informazione e la comunicazione del rischio, di un'attività di particolare rilievo per lo sviluppo di una cittadinanza responsabile e di una consapevole e attiva partecipazione della società civile alla gestione dei problemi ambientali e di salute collettiva. L'obiettivo è quello di predisporre, sul tema della salute infantile e dei suoi rapporti con l'ambiente, canali e strumenti di dialogo con la popolazione, sia cartacei che tecnologici.

## 7. La formazione

Quanto ai percorsi destinati a facilitare e implementare l'integrazione, quella in generale e quella particolarmente riferita alla questione bambino/ambiente/salute, uno soprattutto di essi va richiamato con forza: la formazione congiunta degli operatori dei due sotto-sistemi regionali di prevenzione (quello sanitario e quello della protezione ambientale). Come possono essi lavorare assieme, in maniera integrata, se non si formano e non si aggiornano mai assieme, in forma integrata? È dunque necessario varare un vero e proprio **Piano pluriennale di formazione per l'integrazione** che ponga in situazione d'apprendimento efficace, sugli obiettivi e sulle metodologie dell'integrazione, gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, quelli di ARPAT, i medici di base, i funzionari e i tecnici degli Enti Locali e così via. Azione prioritaria di tale piano, già in fase di attuazione, sono una serie di interventi di formazione sulle metodologie di implementazione dei Piani integrati di salute (dei quali torneremo a dire alcune cose nell'ultima parte di questa relazione), giustamente evidenziati, dal Piano sanitario regionale, come contesti istituzionali e sociali ottimali per la costruzione partecipata di strategie concrete di prevenzione e di promozione della salute sul territorio. Tali interventi, assieme a vari altri in corso di individuazione e progettazione, saranno gestiti, a partire dai prossimi mesi, dalla **Scuola Internazionale Ambiente Salute e Sviluppo**

**Sostenibile** (SIASS), promossa dalla Regione Toscana e congiuntamente gestita da ARS, ARPAT, Ospedale Mayer, ISDE la cui istituzione è stata formalmente sottoscritta un paio di mesi fa (Maggio 2004) e che ha sede ad Arezzo.

## 8. L'educazione allo sviluppo salubre e sostenibile

Sono ormai molti i documenti d'indirizzo della UE che spingono verso la valorizzazione della educazione permanente e di comunità, a partire da quella delle giovani generazioni ma in un quadro più allargato di lifelong learning, quale strumento di crescita dei diritti di cittadinanza nonché di sviluppo salubre e sostenibile, di empowerment partecipativo per il governo eco-democratico del territorio, per la promozione di modelli culturali e stili di vita sociale e personale di qualità e di benessere. Fondamento di tale visione, quanto mai appassionante, è la costruzione di un sistema educativo integrato. Non è più sostenibile, giustappunto, una situazione in cui ciascuna agenzia educativa presente nel territorio (dalle Asl alle ARPA agli Enti Locali ai vari associazionismo con la salute e l'ambiente collegati) si presenti ai destinatari dell'offerta educativa, siano essi ragazzi in età scolare o adulti (va ricordato che, infine, anche in nostro Paese si è dato un sistema di educazione degli adulti, gestito a livello territoriale, tramite i "circoli di studio" e altre consimili strutture e funzioni), in forma frammentata, separata, spesso persino competitiva. In Toscana, crediamo, sia sul tema specifico della salute infantile nei suoi rapporti con l'ambiente sia più in generale riguardo alla promozione di una consapevolezza di cittadinanza fondata su una concezione socio-ecologica di salute, all'educazione allo sviluppo salubre e sostenibile. Essa non può che essere integrata, non può che andare oltre le vetuste concezioni dell'educazione sanitaria e dell'educazione ambientale, non può che fondarsi su una rete cooperante che trovi, a livello regionale, i propri pilastri nelle politiche integrate degli assessorati all'educazione, alla salute e all'ambiente. Ci stiamo provando, con molta fatica e qualche notevole successo, che ripaga ampiamente la fatica stessa.

## 9. I Piani Integrati di Salute

Quanto ai piani, intesi come scenari innovativi di governance eco-democratica del territorio regionale, essi possono contemporaneamente facilitare ed essere a loro volta facilitati dall'integrazione di percorsi, processi, progetti e programmi, andando a costituirne lo sfondo virtuoso, partecipativo, strategico. Il riferimento è, prima di tutto, ai **Piani integrati di salute** in quanto strategia fondata sulla costruzione partecipata dello sviluppo salubre e sostenibile della Toscana ma senza trascurare l'attenzione alle problematiche ambientali-sanitarie che potrebbe e dovrebbe essere assunta anche nell'ambito delle **Agende XXI locali** e (in un'ottica avanzata di integrazione delle politiche

regionali) dai **Piani di sviluppo locale** (di cui andrà, comunque, valutato l'impatto sull'ambiente e sulla salute dei cittadini). Si sottolinea nuovamente, in tal senso, che il già citato **Piano pluriennale di formazione per l'integrazione** non casualmente ha preso avvio, in Toscana, proprio dalla tematica dei Piani integrati di salute, per contribuire a definire, su ciò potenziando le sensibilità e le competenze degli operatori dei due sottosistemi regionali di prevenzione, il necessario sfondo nel quale tutti i processi e i percorsi d'integrazione fin qui ricordati vadano a collocarsi, trovandovi uno scenario complessivo e programmatico di meta-integrazione. Tale scenario farebbe diventare l'integrazione culturale tra gli operatori sanitari e quelli ambientali un momento importante di qualcosa di assai più vasto e socialmente utile: l'integrazione delle politiche da una parte e la promozione della partecipazione dei cittadini dall'altra.

### Conclusioni

C'è un filo conduttore nell'articolato sviluppo dell'esperienza toscana che va sottolineato: è il processo di promozione di conoscenza su una tematica complessa, estremamente attuale e importante per il futuro, abbastanza nuova. È un processo che può rendere molto su tematiche che hanno queste caratteristiche di innovazione e complessità. Nonaka e Takeuchi hanno descritto bene questo processo all'interno delle organizzazioni: il problema ora è quello di trasferirlo in un contesto dove spesso, non casualmente, ricorre la preposizione 'inter' (inter-settorialità, inter-aziendalità, interdisciplinarietà) ed urgono nuove categorie di pensiero e di azione. Come ha scritto una volta

Umberto Eco "Ho davanti tempi di duro e appassionato lavoro e non conosco felicità più grande".

### Bibliografia

- WHO, Children's health and environment: case studies. Summary book. Firenze, 2004
- Plsek P, Grennhalgh T., The challenge of complexity in health care. BMJ; 2001:625-628
- Zimmermann B., Lindberg C, Plsek P. Edgeware: Insights From Complexity Science for Health Care Leaders. VHA Inc. Irving, Texas; 1998: pp.155-160
- Beccastrini S.: "Promozione della salute e protezione dell'ambiente. Proposte per l'integrazione", CSE, Torino, 2003
- AAVV: "Ambiente e salute. Atti del seminario di Portonovo", ARPAT, Firenze, 2002
- AAVV: "Epidemiologia ambientale. Metodi di studio e applicazioni alla sanità pubblica", OMS-USEPA-ARPAT, Firenze, 2004 (edizione italiana di AA.VV. "Environmental Epidemiology. A Textbook on Study Methods and Public Health Applications", World Health Organisation and US Environmental Protection Agency, Geneva, 1999)
- Tamburini G., von Ehrenstein O. S., Bertolini R. (a cura di): „La salute dei bambini e l'ambiente: una rassegna delle conoscenze“, WHO-EEA-ISDE-ARPAT, Firenze, 2003 (edizione italiana di "Children's Health and Environment. A Review of Evidence", World Health Organisation- Regional Office for Europe and European Environment Agency, Luxemburg, 2002)
- Tamburini G.: "Un futuro sostenibile? Riflessioni a partire dalla condizione dell'infanzia nel mondo", in P. Greco (a cura di) "Lo sviluppo sostenibile. Dalla Conferenza di Rio alla Conferenza di Johannesburg", Cuen, Napoli 2002 (il volume è stato pubblicato e distribuito, a cura dell'Assessorato Agricoltura e Sviluppo sostenibile della Provincia di Napoli in occasione dell'incontro promosso dal Coordinamento Agende 21 locali italiane, Napoli, Città della scienza, 13-15 giugno 2002)

## LA SALUTE DEI BAMBINI E L'AMBIENTE: UN PIANO INTEGRATO DI SALUTE

### I Piani Integrati di Salute

La Regione Toscana a partire dalle norme statutarie che hanno visto la nascita dell'Ente Regione, in conformità ai principi ispiratori emanati sia a livello europeo sia nazionale, ha affermato nell'ordinamento toscano, il principio inderogabile di attuare politiche integrate, ponendolo alla base delle proprie scelte strategiche.

I Piani Integrati di Salute - PIS introdotti dal Piano Sanitario Regionale Toscano, a livello aziendale e distrettuale, sono gli strumenti richiesti per raggiungere gli obiettivi di salute e alla loro predisposizione sono impegnati sia l'Azienda sanitaria che gli Enti locali.

Il Piano Sanitario Regionale stabilisce che le azioni strategiche legate alla promozione della salute si fondano su interventi di tipo inter-settoriale con modalità organizzative legate al lavoro per progetti, integrandosi con tutti i livelli istituzionali e le reti territoriali.

### Gruppo di lavoro regionale su ambiente, salute e bambini

L'OMS ha realizzato la IV Conferenza interministeriale europea su "Ambiente e salute" dal titolo "The Future for Our Children" che si è tenuta a Budapest dal 23 al 25 giugno 2004, in occasione della quale la Regione Toscana che era chiamata a coordinare uno dei meeting della suddetta conferenza, ha ritenuto opportuno costituire un gruppo di progetto sia per giungere in modo coordinato come sistema regionale a tale appuntamento internazionale sia per costituire un tavolo stabile di monitoraggio sul tema;

### Il Progetto Formativo di Arezzo

Ad Arezzo è in via di attivazione un progetto formativo finalizzato alla realizzazione dei seguenti obiettivi: Creare una Rete allo scopo di migliorare le politiche per la salute dei bambini a livello di Asl in linea con i principi dell'OMS; Promuovere il trasferimento delle conoscenze a livello locale; Incoraggiare l'azione intersettoriale affinché l'obiettivo della salute dei bambini sia prioritario; Esplorare approcci alternativi per lo sviluppo delle politiche della salute dei bambini a livello locale; Esaminare le risorse necessarie a livello locale per la promozione della salute dei bambini e la prevenzione delle malattie; Adottare le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi e monitorare l'attività; Acquisire dati epidemiologici sulla salute dei bambini e sulla salubrità ambientale; Individuare i soggetti preposti alla realizzazione del progetto; Costituire un Osservatorio provinciale sulla Salute dei Bambini e l'Ambiente e predisporre uno specifico "Profilo di Salute"; Individuare le esperienze positive esistenti o comunque orientate al miglioramento in funzione dei fattori di rischio, degli obiettivi e del luogo di attivazione.

Supportare il gruppo di lavoro regionale su ambiente, salute e bambini;

Il gruppo di lavoro è costituito da rappresentanti di ASL 8, Comune di Arezzo, Provincia di Arezzo, Centro Francesco Redi, FIMP, ARPAT, Scuola.

**"40 SECONDI PER PAZIENTE!"**

Un articolo pubblicato recentemente da "Il Resto del Carlino" titolava "40 secondi per paziente" facendo riferimento all'attività dei medici di famiglia. Ebbene porto a conoscenza due scritti di una studentessa del VI anno di medicina, Stefania Querciagrossa, che scrive volentieri quello che la colpisce e che frequenta come tirocinante lo studio di un medico di medicina generale di Modena.

Il primo scritto, titola "Il mio tempo per voi..." per far conoscere quanto e come il medico di medicina generale lavora.

Il secondo scritto riporta "pensieri ed emozioni" dopo una visita a domicilio presso una paziente terminale, dove risalta in maniera toccante e commovente l'importanza dell'esclusività della conoscenza del paziente al di fuori dell'ospedale, e tutto quanto c'è di medicina "umana" e medicina della persona a domicilio del paziente, cosa che gli studenti possono conoscere soprattutto attraverso i medici di famiglia.

Colpisce come Stefania sia riuscita a cogliere, entrando in questa casa, l'essenza di un rapporto medico/ paziente che trova nel medico di famiglia la massima espressione di intimità e di coinvolgimento nel vissuto del paziente, che consente di "prendersi cura" di lui anche quando non ci sarebbe più niente da fare...

**IL MIO TEMPO PER VOI...**

Mi piace iniziare con queste parole la mia riflessione, si concretizza, a mio parere, in modo semplice e chiaro la giornata del medico di famiglia.

Il 'voi' che ho usato sta per tutti i pazienti, per tutte quelle persone che hanno bisogno di aiuto, un aiuto che consiste nella visita, nella prescrizione di farmaci, ma non solo...

Arrivo presto la mattina in ambulatorio e anche se fuori il tempo è cupo e l'aria inizia ad essere pungente, oltrepasso la porta e l'atmosfera è calda: alcuni pazienti sono già seduti in sala d'attesa, altri in piedi di fronte alla scrivania della segretaria, pieni sempre di mille domande.. arzilli come non mai.. e poi.. uno splendido sorriso, che li coccola e li accompagna tutti i giorni, quel sorriso che si muove ininterrottamente tra la reception, la sala d'attesa e lo studio del medico, lei è la segretaria della dottoressa, ma quello che quotidianamente fa va oltre il compito che le compete, contribuisce a creare quell'atmosfera rilassata, serena, quasi familiare a cui i pazienti sono affezionati, se l'aspettano entrando dalla porta, li vede, ed è come se questo li rassicurasse.

Dopo pochi istanti arriva la dottoressa e il tempo inizia a scivolare tra le dita, le urgenze, il telefono, gli appuntamenti e il tempo sempre e comunque per chi ha bisogno di lei.. Un insieme di tanti aspetti coglie la mia attenzione, forse mai come ora mi rendo conto di quanto una persona non possa essere identificata solamente con il problema che riferisce, direi che questa è la complessità e la specificità umana di cui spesso si sente parlare, materialmente difficile da definire.. Una volta mi è stato detto 'esistono tanti perché e, a prescindere dall'oggettività che la scienza medica naturalmente impone, chi potrebbe metterlo in dubbio dopo essere stato a contatto con la realtà che giornalmente un medico di famiglia si trova ad affrontare? Ogni persona che entra in ambulatorio ha la sua storia, le sue paure, i suoi dubbi, il suo modo di vedere e vivere la malattia, ognuno si aspetta e decisamente 'merita' attenzione e tempo per quello che ha, per quello che è..

Mi piace parlare con le persone e scoprire con loro il modo per farle stare meglio, a volte si tratta solo di osservarle, ascoltarle e l'esame obiettivo, le indagini strumentali effettuate assumono un significato diverso, più umano; a volte questo non basta, c'è chi non parla molto, chi non dice e quell'abilità che consiste nel saper porre le giuste domande, nel giusto modo.. beh.. è qualcosa di davvero ammirevole e ancora di una certa difficoltà per me, qualcosa per cui ci vuole un medico attento e sensibile, una persona con esperienza e sensibilità, qualcuno che capisca quando e come è bene farlo..

'A ciascuno il suo': osservo la situazione e mi balenano in mente queste parole, mi vedo in un reparto di ospedale con un numero impressionante di pazienti, tanti aspetti da considerare, poco tempo a disposizione.. spesso lo stesso medico non ha nemmeno la possibilità di interiorizzare la complessità della persona che è chiamata a curare, spesso l'opportunità di instaurare un seppur minimo rapporto con essa non c'è. Mi riferisco ora alla vita del medico ospedaliero considerando quanto i ritmi e le 'priorità' di reparto condizionino la sua attività quotidiana, è comprensibile quanto quindi il rapporto 'medico-paziente' possa risentirne.. è difficile fare un qualsiasi tipo di confronto tra il modo di essere medico in 'famiglia' e in 'ospedale', le condizioni sono diverse, gli obiettivi pure ma in entrambi i casi c'è la speranza di aiutare qualcuno, di fare quello che è necessario per curare, troppo spesso non si dispone del tempo e della possibilità per fare altro.. 'Altro' che diventa però una componente di fondamentale importanza per quanto riguarda 'quel paziente' che mi ritrovo seduto di fronte in ambulatorio! La persona che sta parlando non riferisce solo il proprio problema, il motivo della visita, parla di

sé, della propria famiglia, ha bisogno di risposte, conferme, rassicurazioni sui più disparati aspetti della propria vita, dall'altra parte della scrivania un medico che è pronto ad ascoltare, a suggerire, a mediare e a spiegare tutto quello che può contribuire a fare stare meglio qualcuno che non ha "semplicemente" bisogno di essere visitato..

Le ore scorrono alla velocità della luce, il telefono continua a squillare, il 'sorriso' che mi ha accolto questa mattina continua a salutare ogni persona varchi l'ingresso dello studio, tante vite e tante emozioni si intrecciano continuamente davanti ai miei occhi, la dottoressa ha da poco concluso l'ennesima telefonata, annota un nome sull'agenda, nel pomeriggio si andrà in visita domiciliare.. c'è qualcuno che ha bisogno di lei ma non può raggiungerla.. dunque si sale in macchina e si va..

L'ultimo paziente esce dallo studio, saluto la dottoressa che sta sistemando le ultime cose in ambulatorio, rifletto un pò sulle ore trascorse.. Quello che vedo in queste giornate è l'essere medico a 360 gradi: mattina, pomeriggio, sera, in ambulatorio, a casa, sempre.. fuori l'aria è più calda, io sono stanca ma mi sento così soddisfatta per quello che ho condiviso con la dottoressa, con tutti quei pazienti, non faccio molto, lo so, ma mi sento immersa in parte del loro mondo e mi chiedo come si faccia, una volta entrati nella vita di tante persone, a lasciare tutto ciò relegato all'interno delle mura di uno studio medico a fine giornata?! Forse è per questo che la dottoressa non lascia mai una domanda senza una risposta, un paziente che ha bisogno senza di lei.. Forse per questo sembra dire, quando parla con loro, 'il mio tempo per voi..'

Penso alla professione medica e, al di là di ogni specialità, mi rendo conto, giorno dopo giorno, di quanto sia ampia e complessa e sorrido perché c'è anche chi pretenderebbe di 'quantificarla', c'è chi azzarda ipotesi sul tempo minimo, massimo consigliato da dedicare ad un paziente e, forse la cosa che ancor di più fa sorridere, è pensare che, si tratterebbe di 'SECONDI'!!!

Solo qualche secondo in realtà è sufficiente per rendersi conto di quanto inattuabili e a volte privi di significato siano i tentativi di standardizzazione quando un medico si trova di fronte una persona che ha bisogno di lui..

#### DA UNA VISITA DOMICILIARE... PENSIERI ED EMOZIONI...

Quella che ci ha aperto la porta è una donna sulla settantina, alta, un pò ricurva su se stessa, tanto cortese dal primo istante. Attraverso il corridoio di casa con la dottoressa e mi dirigo verso la camera da letto della paziente dove la visitiamo: è affetta da gravi disturbi dell'equilibrio da metastasi ossee e cerebrali da carcinoma mammario. Sono concentrata nel misurarle la pressione, nell'auscultarla, le faccio le classiche domande circa il suo stato di salute, i farmaci che assume, miglioramenti, peggioramenti osservati nell'ultimo periodo.. è ad un certo punto, quando le chiedo dei suoi figli, che il mio modo di vederla e di ascoltarla cambia. Quella gentile signora inizia a parlare del marito morto qualche anno prima, dei suoi tre 'bambini', sono persone adulte, ma ne parla come fossero ancora fanciulli, le scende qualche lacrima.. sa che la malattia si sta portando via la sua vita e che in un futuro, forse non troppo lontano, non ci sarà più: ha paura per i suoi figli, saranno soli e non riesce probabilmente ad immaginare la loro vita senza di lei accanto.

La visita si conclude, ci avviciniamo alla porta per uscire e lei ci accompagna, lo stesso corridoio percorso qualche istante prima è diverso ora: mi soffermo sulle splendide fotografie, magnificamente incorniciate, appese al muro, miniature, oggettistica di vario genere disposta su tavolini e mensole un pò in tutte le stanze. Ci spiega da dove vengono: suo marito era un brillante fotografo e viaggiava molto, sono 'pezzi di vita vissuta', fanno parte di queste persone e guardandoli mi sembra quasi di 'vedere' come la loro vita doveva essere, mi sembra di percepirne le emozioni, lei stessa sorride e pare serena quando ne parla. Nel salone la fotografia che più mi ha toccato: un paesaggio in penombra, un contrasto incredibile tra chiaro e scuro, luce ed oscurità.. quasi a voler riflettere una vita che è passata e una nuova che si affaccia.

La signora parla di sé, del marito, dei figli e sorride, pare davvero sia con loro in un tempo passato, per un istante anche la pesante malattia, le innumerevoli preoccupazioni lasciano spazio alla 'vita'.. Io ascolto e sento quel che dice assumere un significato nuovo, non si tratta più solo di un paziente, di un nome.. si tratta invece di una persona, quella che ho davanti è la vita di una famiglia; le emozioni, i ricordi, i dubbi, le speranze rendono ricca l'esistenza di un individuo.. una lacrima scende ora che ci ripenso, si tratta di quella vita che presto diventerà un ricordo per quei figli.. lei lo immagina, ma nel riportare alla luce ciò che è stato pare più serena.

Ci congediamo, quella gentile signora non mi conosce, non mi ha mai visto prima, ma mi ha aperto parte della sua vita, per un pò mi ha permesso di vedere attraverso i suoi occhi ciò che l'ha resa tale.. La porta si chiude e dietro ad essa rimane un mondo, il mondo creato da persone, un mondo che di là dalla morte rimarrà perché sarà ricordato..

Questo è quello che vedo ora: ricordi, emozioni che derivano dall'esistenza, ho imparato a guardare davanti a me e ad aprire 'quella porta'.. il mondo che c'è dietro è l'essenza della vita di ciascuno, credo che imparare ad osservarla significhi avere davvero cura della persona che un medico è chiamato a trattare.

STEFANIA, ottobre 2004

## L'ISTITUTO PEDIATRICO PROVINCIALE E LA PEDIATRIA IN PROVINCIA DI AREZZO DAL '34 AL '38

Francesca Farnetani\*, Italo Farnetani\*\*

\* Studentessa universitaria - Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

\*\* Professore a contratto di Comunicazione in Pediatria, Università di Milano.

Per corrispondenza:

Prof. Italo Farnetani

Professore a Contratto di Comunicazione in Pediatria, presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano per l'anno accademico 2004/05.

Piaggia di Murello 44

52100 Arezzo

cell. 339.15.36.444

e-mail: italofarnetani@tin.it

### Riassunto

Si esaminano gli anni che vanno dal '34 al '38 caratterizzati dal rafforzamento dell'ONMI e dalla creazione dell'Istituto pediatrico provinciale. Si descrive anche l'assistenza agli esposti.

### Parole chiave

ONMI, Istituto pediatrico provinciale, esposti, Enzo Nucci.

Nel 1934 fu chiuso l'ospizio dei trovatelli di Arezzo perché venne attivato il nuovo brefotrofo gestito dall'Istituto provinciale per l'infanzia in cui confluirono anche gli esposti di Castiglion Fiorentino, Cortona e Sansepolcro. La direzione dell'Istituto fu affidata a Enzo Nucci (1900-1986), direttore provinciale dell'ONMI (Figg. 1-4).

### Gli esposti

Con questo atto amministrativo, dopo 7 secoli, trovava una sistemazione organica l'assistenza agli esposti.

L'Ospedale del Ponte fu la prima struttura a prendersi cura degli esposti.

Probabilmente fu fondato alla fine del XII secolo, anche se i primi documenti risalgono al 1213 e 1215, si caratterizzò fin dall'inizio per l'assistenza agli espo-

sti, probabilmente anche grazie al diffondersi della predicazione e della sequela di Francesco d'Assisi. Dal XV secolo venne aperto presso l'Ospedale della Compagnia della SS. Annunziata una sezione in cui venivano accolte le mulieres parturientes e una particolare attenzione fu riservata alle "gravide occulte". All'interno dell'ospedale c'era un medico e un cerusico (chirurgo) fissi. Questo ospedale era collocato all'inizio alla sinistra, e in seguito alla destra, dell'attuale chiesa della SS. Annunziata.

Il 5 giugno 1787 per ordine del Granduca l'ospedale venne chiuso e trasferito presso l'Ospedale del Ponte.

In questa struttura venivano accolti già i trovatelli, infatti fino agli inizi del '900 gli ospedali erano strutture eterogenee dove convivevano i malati accanto a persone sane, ma in situazioni di disagio sociale, perciò vecchi, poveri e trovatelli, ma anche pellegrini.

Nell'Ospedale di S. Maria del Ponte (nel '700 acquisì il nome di S. Maria Sopra i Ponti) disponeva di un alloggio separato per ospitare i trovatelli. L'ospedale occupava un intero isolato, che oggi corrisponde al quadrilatero ai cui lati si trovano i Portici di Via Roma, Corso Italia, Via Garibaldi (allora si chiamava Via dell'Ospedale) e Via Madonna del Prato. L'ospizio per i trovatelli era situato in un fabbricato posto nel lato nord di Via Garibaldi.

I trovatelli venivano in parte ospitati all'interno



Fig. 1. Agostino Podestà, (il secondo da destra) prefetto di Arezzo dal 1 agosto 1936 al 20 agosto 1939, in visita alla sede dell'ONMI, insieme al direttore Enzo Nucci (in camice).

dell'ospedale, altri erano affidati a balie esterne.

Fra il 1563 e il 1573 ne furono ospitati 692. Dal 1619 al 1632, periodo caratterizzato da una serie di epidemie e carestie, ne furono ammessi più di 1500 provenienti non solo da Arezzo, ma anche da Casentino, Valdarno e Valdichiana. È interessante notare che in queste tre vallate esistevano luoghi per accogliere i trovatelli.

Fra il 1724 e il 1734 il numero diminuì e ne furono ammessi 550.

La ruota dove venivano lasciati i gettatelli si trovava in Via Garibaldi.

L'organico dell'ospedale era composto da un infermiere, di nomina granducale, coadiuvato da 2 medici, 3 chirurghi e 6 tra infermieri e inservienti. L'infermiere era responsabile dell'ammissione nell'ospedale delle "gravide occulte" e dei trovatelli, dei quali doveva riportare i documenti e i "segni" riferibili al bambino al momento dell'abbandono, per esempio vestiario, medagliette o altro che in seguito ne avrebbero potuto favorire il riconoscimento.

Interessante notare che dal 1788 l'Ospedale di S. Maria del Ponte divenne "ospedale d'insegnamento" infatti l'infermiere 3 volte la settimana impartiva lezioni di ostetricia alle donne che intendevano praticare la professione di ostetrica (allora si chiamava "levatrice") e alla fine gli rilasciava un certificato di abilitazione professionale.

L'annessione della Toscana all'Impero Napoleonico nel 1908 determinò alcuni cambiamenti amministrativi. Il 1° ottobre 1812 entrò in vigore il decreto che istituiva gli ospizi circondariali situati nei centri più importanti. Per la zona di Arezzo fu istituito un ospizio dei



Fig. 2 · Enzo Nucci era il direttore dell'ONMI, infatti per legge doveva esserlo un pediatra o un pedagogista.

trovatelli, gestito dalla commissione amministrativa dell'Ospedale di S. Maria del Ponte, presso la sede del soppresso convento dello Spirito Santo che corrisponde all'attuale Caserma Piave di Via Garibaldi. Vi confluirono i trovatelli di Arezzo, Valdichiana e Valtiberina.

Con la caduta di Napoleone nel 1814 fu soppresso tale istituto e i trovatelli di Arezzo tornarono nei locali dell'Ospedale del Ponte, quelli dalla Valdichiana e dalla Valtiberina tornarono negli ospedali di Cortona, Castiglion Fiorentino e Sansepolcro.



Fig. 3 · Grande importanza fu data al controllo dell'accrescimento, per prevenire stati carenziali e di malnutrizione.

Dopo l'unità d'Italia, nel 1871 fu emanato un regio decreto e nel 1874 il relativo regolamento applicativo, per cui l'assistenza agli esposti fu affidata all'amministrazione provinciale di Arezzo.

### Istituto pediatrico provinciale

Il 2 maggio 1937 venne inaugurata la nuova sede dell'Istituto pediatrico provinciale situata in Via



Fig. 4 · Altro momento della visita: si noti l'essenzialità degli ambienti.

Curtatone nelle pendici del colle del Pionta in un terreno anche allora di proprietà dell'amministrazione provinciale. Nello stesso edificio aveva sede anche la Casa della madre del bambino.

Il progetto fu iniziato nel 1933 da parte dell'ingegner Ubaldo Cassi.

Il progetto iniziale prevedeva un corpo centrale formato da 3 piani fuori terra e un seminterrato e 2 corpi laterali formati da 2 piani fuori terra. Agli estremi laterali dei corpi di fabbrica erano poste due scale di sicurezza.

L'edificio era provvisto anche di un piano seminterrato per tutta la superficie del fabbricato.

Il progetto era realizzato secondo l'architettura ospedaliera vigente in quegli anni, per cui i reparti di degenza erano esposti a sud, cioè nella parte più soleggiata e ventilata.

Come previsto dall'edilizia ospedaliera di quel periodo le stanze avevano una notevole altezza, 4,80 metri nel piano rialzato, 4,40 metri nel primo piano, 4,10 metri nel secondo piano. Il seminterrato era alto 2,60 metri. Anche questa enorme cubatura era finalizzata proprio per favorire una migliore respirazione e ricambio d'aria.

L'inaugurazione avvenne una domenica del maggio 1935. trattandosi di una struttura per l'infanzia la guardia d'onore fu affidata agli adolescenti e furono scelti i "balilla moschettieri", tutti di circa

12 anni. Alla fine della manifestazione iniziò a piovere e questi ragazzi diligentemente si avviarono a piedi verso il deposito posto in via dell'Orto dove avrebbero dovuto riconsegnare le armi, cioè i moschetti. A dimostrazione del carattere pacifico degli italiani le madri si preoccuparono subito che i figli si sarebbero bagnati abbondantemente come pure facevano molte donne che durante il tragitto invitavano i ragazzi a tornare a casa.

### Il preventorio "Carlo Sandrelli"

Nel 1935 fu aperto il "preventorio" antitubercolare, presso la villa di Sitorni in cui venivano ospitati bambini a rischio tubercolare. La struttura era intitolata al senatore liberale Carlo Sandrelli. Infatti già dall'immediato dopoguerra esisteva ad Arezzo il "Comitato Carlo Sandrelli pro tubercolosario provinciale".

### Bibliografia

- [senza titolo] Per onorare la memoria... in "La Nazione, 15 febbraio 1938, p. 4;
- Annuario pediatrico italiano 1978, Milano, Grafiche Mion, 1978, p. 141;
- A. TAFI, Immagine di Arezzo, Cortona (AR), Grafiche Calosci, 1985, p. 157;
- È scomparso il Dottor Enzo Nucci uomo generoso e grande medico, in "Corriere Aretino", 11 settembre 1986, p. 11;
- Uno dei tanti [è lo pseudonimo di Luigi . Cantaloni] "Quel caro vecchio amico di tante famiglie aretine", in "Corriere Aretino", 11 settembre 1986, p. 11;
- Addio a Enzo Nucci. Il sindaco lo ricorda, in "La Nazione - Arezzo", 12 settembre 1986, p. I; Necrologio ,in "AMAP", XLVIII (1986), p. 292;
- A. MORIANI, Fonti per la storia dell'assistenza e della sanità in territorio aretino: l'archivio dell'Ospedale di S. Maria Sopra i Ponti di Arezzo, in Annali Aretini, V (1997), pp. 81-98.
- N. LATRONICO, Storia della pediatria, Torino 1977, p. 672.
- A. BUTTAFUOCO, Le origini della carta nazionale di maternità. Dipartimenti di studi storico-sociali e filosofici, Arezzo 1992.
- F. VARDEU, L'assistenza sanitaria al bambino dal 1920 al 1940, in V. FANOS, M. CORRIDORI, L. CASTALDI, Pueri, puerorum, pueris, Agorà edizioni, Lecce 2003, pp. 233-250.
- F. FARNETANI, I. FARNETANI, La pediatria ad Arezzo dal 1868 al 1911, "Il Cesalpino", 2, 2003.
- AA.VV., Condizioni attuali degli istituti di ricovero, lettura dei rapporti degli ispettori dell'ONMI, Maternità e infanzia 1928: 529.
- AA.VV., I primi sei mesi di vita dell'ONMI, Maternità e infanzia 1926; 2:56-57.
- AA.VV., Ispezioni ad istituti per la protezione della maternità e infanzia, Maternità e infanzia 1927 11-12.

## INAUGURAZIONE ANNO ACCADEMICO O.N.A.O.S.I. 2004/2005

Pubblichiamo di seguito il testo della relazione che il Presidente dott. Aristide Paci ha svolto in occasione dell'inaugurazione dell'Anno accademico ONAOSI 2004/2005.

La storia, le peculiarità dell'istituzione, le difficoltà dell'avvio, nonché il superamento delle tappe legislative per conseguire la trasformazione dell'ONAOSI da Ente Pubblico a Fondazione privata, nonché la conseguente e recente delibera del Cda di estendere a tutti i Sanitari iscritti ai relativi Ordini Professionali (Medici Chirurghi, Odontoiatri, Farmacisti, Medici Veterinari) la contribuzione obbligatoria (come da art. 52 comma 23 legge 289 del 2002 in applicazione dal 2003), ci inducono a ritenere di grande utilità, per tutti i Colleghi che ricevono questa Rivista, la lettura che proponiamo

### RELAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE DR. ARISTIDE PACI

**Un saluto ed un grazie, davvero sentito, per aver accettato il nostro invito agli Onorevoli Parlamentari, ai Presidenti degli Ordini provinciali, alle Autorità Civili, Militari e Religiose, ai Rappresentanti delle Istituzioni, alle Organizzazioni sindacali, alle Associazioni di volontariato, alla FEDERSPeV, all'AMMI, all'AMVI, ai Colleghi e a tutti i presenti.**

Un saluto alle ragazze ed ai ragazzi assistiti, a cui è rivolto il primo pensiero mio e del Consiglio di Amministrazione, ed un augurio per affrontare con impegno il prossimo Anno scolastico ed accademico.

Un saluto ed un ringraziamento particolare al Consiglio di Amministrazione e ai Sindaci revisori, al Direttore Generale e a tutto il Personale della Fondazione.

#### **L'ONAOSI: una realtà dalle radici antiche al passo con i tempi**

L'Inaugurazione dell'Anno accademico 2004/2005 coincide con la conclusione della Consiliatura: è, pertanto, l'occasione per tracciare un bilancio complessivo del lavoro svolto dal Consiglio di Amministrazione e dalla Fondazione nel suo insieme. Sono molti gli obiettivi centrati, i risultati raggiunti e le conquiste di cui le categorie sanitarie, a nostro avviso, possono fregiarsi. Una elencazione delle singole decisioni degli Organi assunte nel corso della legislatura sarebbe riduttiva, e, senza dubbio, inadatta a questa sede e, per questo, rimandiamo alla pubblicazione che raccoglie il lavoro fatto.

Il Consiglio di Amministrazione ha lavorato a tutto campo, con attenzione costante ai cambiamenti in atto nella società e nei vari ordinamenti (la riforma

universitaria e scolastica, in primo luogo), ispirandosi alle linee strategiche che si era dato all'inizio del suo mandato, tra cui la preservazione del principio della contribuzione obbligatoria; la tutela del patrimonio formativo, culturale e storico maturato fino ad oggi; la valorizzazione ed il potenziamento di tutte le possibili forme di intervento, dirette ed indirette, nei confronti degli aventi diritto; l'implementazione e lo sviluppo di sistemi e di procedure informatizzate al servizio della formazione e della didattica; la possibilità di nuove strategie di comunicazione. In sintesi, il Consiglio di Amministrazione ha scelto la strada di impostare una politica di alto profilo, piuttosto che limitarsi a garantire l'ordinaria amministrazione, che, comunque, già di per sé, è un'attività impegnativa.

#### **L'estensione della obbligatorietà: una svolta storica**

In questa sede non può non essere dedicata un'attenta riflessione sulla obbligatorietà della contribuzione ONAOSI per tutti i sanitari iscritti ai relativi Ordini professionali.

Tale scelta è stata utile, assolutamente necessaria ed equa.

Utile e necessaria perché un'Opera, che, per più di cento anni, ha dato assistenza a migliaia di giovani con livelli quali-quantitativi molto elevati, che tutti riconoscono, non avrebbe, certamente, potuto realizzarla con i contributi dei sanitari volontari, che, nel migliore dei casi, hanno raggiunto appena 2750 su una platea di oltre 300.000 potenziali iscritti.

Equa perché ha consentito di eliminare un'odiosa sperequazione tra sanitari pubblici e privati e di realizzare una generale (e sostanziosa) riduzione della quota contributiva. Sull'entità delle quote di contribuzione consentiteci di dire che il Consiglio di Amministrazione ha fissato degli importi davvero contenuti ed esigui, che diventano ancora più ridotti grazie alla totale deducibilità fiscale. Qualcuno lamenta che sono troppi gli oneri fiscali e tributari che gravano sui sanitari e che, quindi, un'ulteriore "tassa" o "balzello", come da pochi è stato definito, ingiustamente e strumentalmente, il contributo ONAOSI, sarebbe "incostituzionale" o addirittura "illiberale". Ciascuno è libero di pensare e di dire ciò che vuole, a patto che non si travisi la realtà o si faccia finta di non conosce-

re i dati oggettivi.

Il Consiglio di Amministrazione ha deciso di non alimentare, né di entrare nel merito di polemiche sterili, che perseguono obiettivi non ben individuabili e che, a nostro avviso, nulla hanno a che vedere con gli interessi dei contribuenti, rappresentando, anzi, una minaccia sul futuro dell'Opera, con possibili ricadute negative sugli assistiti.

Al contrario, quando sono pervenute critiche costruttive, il Consiglio di Amministrazione non ha avuto alcuna perplessità ad accoglierle ed a tradurle in atti concreti.

Le basi per un futuro di certezze per l'Opera le abbiamo gettate e ci sembrano assai solide.

Queste basi consentiranno, soprattutto ai giovani iscritti, di costruirsi, con lungimiranza, un "ombrello", una forma di "assicurazione", che tuteli loro ed i propri cari, esprimendo, non solo un valore intramontabile come la solidarietà tra generazioni e all'interno di una categoria, ma usufruendo di un'opportunità che è anche convenienza.

### **Solidarietà e convenienza per tutti i sanitari**

La lista dei benefici che derivano dall'allargamento della base contributiva sarebbe molto lunga. Mi limito, quindi, a sottoporre alla Vostra attenzione alcune riflessioni.

La nuova legge ha adeguato una normativa, in parte superata, a criteri e principi che trovano riconoscimento anche nella Costituzione: se l'ONAOSI è di tutti i sanitari, tutti devono contribuire; ha dato risposta alle istanze degli orfani e dei sanitari che, prima, erano esclusi dalla tutela; ha rimosso le differenze, ormai del tutto ingiustificate, tra contribuenti obbligatori e volontari.

Va ricordato, infatti, che gli orfani dei contribuenti obbligatori erano tutelati, prima della riforma, per il solo fatto che il loro potenziale dante causa fosse un pubblico dipendente, tenuto a contribuire alla Fondazione per tutto il periodo della sua attività lavorativa. Al contrario, gli orfani degli altri sanitari potevano essere tutelati solo a seguito di un atto volontario di iscrizione e di contribuzione del loro genitore, nei limiti temporali da lui ritenuti opportuni.

La legge 289/2002 ha garantito, inoltre, all'ONAOSI la continuità di risorse necessarie per il perseguimento degli scopi ad essa assegnati istituzionalmente, mantenendo inalterato il principio che le risorse ed i finanziamenti provengano, esclusivamente, dalle categorie professionali degli iscritti, con esclusione di ausili o contributi esterni. Per quanto riguarda l'entità delle quote, il passaggio da circa 130.000 a circa 450.000 iscritti ha consentito al Consiglio di Amministrazione di dimezzare - e sottolineo questo aspetto - la misura della quota precedentemente dovuta, in tal modo soddisfacendo, ancora più pienamente, il principio di solidarietà: con minore sacrificio per

ciascuno, tutti gli appartenenti alla categoria contribuiscono, avendo diritto agli stessi benefici.

Per quanto riguarda la situazione, sollevata e condivisa dal Consiglio di Amministrazione, degli specializzandi e dei sanitari con redditi, comunque, bassi, essa sarà oggetto di decisione in relazione al contenimento ulteriore delle quote a partire dal 2006 o, se possibile in base a studi attuariali, dal 2005.

I benefici dell'estensione della contribuzione sono, quindi, numerosi e tangibili.

### **Il passaggio dal vecchio al nuovo quadro normativo: la sanatoria per centinaia di orfani**

L'attenzione del Consiglio di Amministrazione si è tradotta in termini concreti anche per coloro che, a causa di un complicato intrecciarsi di norme transitorie, rischiavano di essere tagliati fuori dall'assistenza, cioè gli orfani di sanitari deceduti nella fase immediatamente successiva alla legge 289/2002. Sono particolarmente lieto di condividere con Voi la notizia che i Ministeri Vigilanti hanno definitivamente approvato le due delibere con le quali il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione ha "sanato" la posizione di centinaia di orfani di sanitari deceduti nel periodo 01.01.03-31.12.03, che, in precedenza, non erano tenuti alla contribuzione ONAOSI. Altrettanto significativa è la volontà del Consiglio di Amministrazione, tradotta in un atto deliberativo che è all'esame degli stessi Ministeri Vigilanti, con cui si è inteso ammettere alle prestazioni gli orfani del Dr. Carlo Urbani che, come tutti ricorderete, è rimasto vittima della Sars, una malattia appena conosciuta, mentre svolgeva la propria missione di medico nel Sud-Est asiatico per conto della Organizzazione Mondiale della Sanità e che, per questo, ha ricevuto la Medaglia d'oro al Valor civile dal Presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi.

Grazie a questi atti deliberativi si potranno dare risposte positive e concrete a numerose famiglie. Insomma, anche questi sono visibili effetti positivi della novità legislativa introdotta.

### **La comunicazione**

Il futuro dell'Opera non può, tuttavia, prescindere da un miglioramento della comunicazione. Il passaggio ad una platea di iscritti quasi triplicata ha richiesto un impegno notevole da parte di tutti i comparti della Fondazione e ha avuto, come è facilmente immaginabile, alcuni riflessi sulla nostra capacità di comunicare e di comunicare al meglio. Stiamo rafforzando questo aspetto, attraverso un potenziamento degli strumenti che abbiamo già a disposizione, rivolgendoci anche ad esperti del settore per fare quel passaggio di qualità da un tipo di comunicazione "artigianale", affidata prevalentemente a risorse interne, verso una comunicazione nuova e professionale.

### **L'anagrafe di nuovi 321.000 iscritti**

L'estensione della platea dei contribuenti ha comportato l'adeguamento, in tempi necessariamente stretti, della "macchina" amministrativa, per renderla adeguata alle nuove esigenze.

È stata costituita l'anagrafe delle posizioni di circa 321.000 nuovi iscritti, investendo consistenti risorse per acquisire e gestire un data base complesso, che ha generato una casistica eterogenea e particolare (omonimie, dati anagrafici non aggiornati o incompleti, cancellazioni dall'Ordine o cambiamenti di residenza non rilevabili, ecc.). L'invio degli avvisi bonari di pagamento, relativi al contributo 2003-2004, è stato corredato da un'ampia informativa, contenente tutti gli elementi di conoscenza sulle novità e sugli adempimenti da ottemperare.

È comprensibile, d'altra parte, che, nella fase di avvio della gestione di una anagrafe di tali dimensioni - che la Fondazione intende gestire direttamente - si siano presentate alcune criticità oggettive, già in fase di graduale superamento, sulle quali il Consiglio di Amministrazione ha, immediatamente, posto l'attenzione.

Alcuni avvisi sono stati recapitati in ritardo: abbiamo fatto ammenda su questo, anche se il disagio non è dipeso da noi. Ma superate queste difficoltà organizzative, va sottolineata la potenzialità che l'anagrafe può rappresentare per un decisivo sviluppo della comunicazione con tutti gli iscritti, permettendo, come già ora sta avvenendo, di dialogare con loro e di fornire ulteriori notizie ed informative sulle attività istituzionali e sull'evoluzione delle rispettive posizioni contributive.

### **Le prestazioni ed i servizi. La formazione**

La svolta storica dell'estensione della contribuzione non ha impedito l'ordinario svolgimento delle attività assistenziali e di ospitalità.

Il Consiglio di Amministrazione ha rivolto anche una particolare attenzione ai soggetti assistiti disabili.

Sia lo Statuto che il Regolamento sulle prestazioni e servizi recepiscono la possibilità di erogare interventi speciali. Il numero degli interventi economici è già significativo e si rivolge ad un consistente numero di soggetti. Il Consiglio di Amministrazione ha, inoltre, deciso di allargare la propria presenza oltre il mero sussidio economico. Sotto il profilo della quotidiana gestione delle posizioni amministrative, sono state introdotte procedure dedicate che facilitano la presentazione delle istanze alla Fondazione e della relativa documentazione istruttoria.

Nel 2004 si è dato seguito al modello che pone la Formazione al centro della vita nelle nostre strutture di ospitalità. L'ONAOSI vuole essere una realtà sempre viva ed innovativa, che, pur muovendosi nel solco della tradizione, si adegua ai tempi.

Formare, per l'ONAOSI, vuol dire preparare persone oltre i banchi di scuola e le aule universitarie, mettendo loro a disposizione i mezzi e gli strumenti qualificati per accrescere la professionalità, per orientarla e per valorizzare gli aspetti attitudinali di ciascuno.

Nel corso della legislatura sono stati potenziati gli strumenti di formazione ed ampliate, notevolmente, le opportunità di accrescimento, anche personale, dei giovani, sia per gli assistiti che hanno scelto di usufruire delle prestazioni a domicilio, sia per i giovani ospiti nelle strutture.

È stata potenziata l'assistenza per i giovani assistiti che si recano all'estero per lo studio o per il perfezionamento della lingua straniera, estendendo l'arco temporale utile per la partecipazione ai corsi, secondo le modalità organizzative prescelte. Da quest'anno, inoltre, il Progetto Logos, rivolto ai neolaureati, è stato trasformato in Master di I° livello, in collaborazione con la Facoltà di Economia e Commercio dell'Università di Perugia. La novità è costituita dalla costante testimonianza di esponenti del mondo della cultura e della produzione e dalla dotazione di testi considerati pietre miliari per il completamento dei progetti educativi personali.

Da un monitoraggio effettuato, abbiamo rilevato che oltre il 90% dei diplomati con il Logos e lo Start trovano occupazione.

Nel 2004 sono stati consolidati i rapporti con le Università, già positivamente avviati, con il finanziamento delle borse di studio per Specializzazioni e Master post lauream. In particolare, con l'Università di Perugia, si è realizzato un modello innovativo di accordo-quadro, finalizzato alla realizzazione di progetti formativi destinati agli assistiti ONAOSI. L'accordo recepisce i principi ed i criteri di cooperazione potenziale di carattere generale, con l'intento di costruire, insieme e con successivi atti, qualificati percorsi di crescita culturale e di formazione dei giovani. La prospettiva aperta con la Convenzione sopra citata ha già dato vita ad un ulteriore contatto nell'area di Perugia con l'Università per Stranieri, che, ci auguriamo, possa essere il prossimo partner istituzionale della Fondazione. Il progetto pilota sarà esteso e sviluppato anche con altri Atenei, specie dove sono presenti i Centri di Formazione ONAOSI (Bari, Bologna, Messina, Padova, Pavia e Torino). Sono anche stati attivati, con successo, vari servizi di supporto formativo e didattico, tra cui l'orientamento alla scelta universitaria ed il tutoring.

### **L'ampliamento della ricettività delle strutture: apertura di nuovi Centri Formativi a Bologna e Torino**

La Fondazione ha, notevolmente, incrementato la ricettività nelle proprie strutture. È stato completato il programma di ampliamento degli Istituti

maschili e Femminili di Perugia, con un aumento di circa il 40% dei posti di studio. È stato acquisito un modernissimo nuovo centro Formativo a Bologna, che può ospitare, già da questo anno accademico, 120 giovani. Sempre in questo mese è stato riattivato il Centro Formativo di Messina, che conferma la volontà di presenza dell'ONAOSI nel Meridione. Alla fine del 2005 è prevista la consegna dell'immobile che sarà sede del nuovo Centro Formativo di Torino, che porterà il numero di posti dagli attuali 50 a 110.

È in fase avanzata la realizzazione della nuova sede dell'Amministrazione centrale. La struttura fa parte di un più ampio complesso edilizio, inserito nel nuovo e prestigioso Centro Direzionale della città. Facilmente raggiungibile dalle principali vie di comunicazione, sarà servito dalla rete pubblica di mini-metro, sistema di viabilità alternativa. Queste acquisizioni realizzano, concretamente, forme di investimento immobiliare che apportano valore al patrimonio dell'Opera e contribuiscono a consolidare ulteriormente il quadro di certezza economica e finanziaria dell'ente.

#### **Un nuovo servizio ai contribuenti: la Residenza di Montebello**

Il 2004 segna anche l'attivazione di un importante nuovo servizio ai sanitari "over 60": la Residenza in Montebello (Perugia).

L'8 giugno scorso la struttura è stata inaugurata ed ha iniziato la sua attività, registrando, immediatamente, un elevato gradimento da parte degli ospiti. La Residenza è ubicata sulla collina di Montebello, circondata da un verde parco di circa 30.000 mq., dispone di 41 camere doppie dotate dei più moderni confort. Secondo criteri di priorità regolamentati, sono consentiti soggiorni da un minimo di una settimana ad un massimo di quattro settimane. Il Consiglio di Amministrazione ha reso maggiormente fruibile il servizio, consentendo soggiorni più brevi della durata settimanale, in presenza di particolari situazioni (organizzazione di gruppi da parte di Associazioni di categoria, ecc.), a condizione che nella Residenza ci sia la disponibilità di posti.

Su questo e su altri temi comuni che riguardano la "terza età" abbiamo costituito con la FEDERSPeV un gruppo paritetico di lavoro, che già da qualche mese è pienamente attivo per formulare proposte da sottoporre all'attenzione del Consiglio di Amministrazione.

#### **La privatizzazione ed il sistema dei controlli sull'ONAOSI**

Il D. Lgs. 509/94, in attuazione della Legge 537/1993, che delegava il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi diretti a riordinare o sopprimere enti pubblici di previdenza e assistenza, ha previsto il passaggio dell'ONAOSI da Ente

pubblico a Fondazione privata.

Il permanere dell'obbligatorietà della contribuzione, secondo la legge, era ed è la condizione prioritaria perché tale trasformazione potesse avvenire, costituendo, come asserito dalla Corte Costituzionale già nel 1997 e riconfermato nel 1999, un corollario della natura pubblicistica delle finalità perseguite. All'autonomia organizzativa, amministrativa e contabile riconosciuta all'ente privatizzato, in ragione della mutata veste giuridica, fa riscontro, tuttavia, un articolato sistema di poteri ministeriali di controllo, che si estrinseca nell'approvazione espressa dello Statuto, dei Regolamenti e di tutte le delibere in materia di contribuzione e di prestazioni.

A questo si aggiunge il controllo della Corte dei Conti e della Commissione Parlamentare bicamerale sulle attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza ed assistenza. I bilanci della Fondazione, sono, infine, soggetti ad obbligo di revisione contabile e di certificazione da parte di una Società che sia in possesso di precisi requisiti di legge.

I controlli sono, dunque, molteplici e penetranti. A questo proposito, la stessa Commissione Parlamentare di controllo sugli Enti Previdenziali, nella relazione inviata alle Camere, il 25 ottobre 2000, nelle considerazioni conclusive così si esprimeva: "Allo scopo di assicurare il rigore e l'efficienza delle gestioni alle quali deve essere, tuttavia, offerto un quadro normativo che ne agevoli l'operare, la Commissione ha proposto che l'attuale sistema di controlli debba essere rivisto in senso meno oppressivo, purché ne sia mantenuta la necessaria efficacia". Ribadisco che come Amministratori ci sentiamo più garantiti da un valido sistema di controllo, che, però, per essere efficace richiede meno burocrazia con modalità operative più snelle, tali da garantire percorsi decisionali più rapidi.

Sul tema del maggiore coinvolgimento della categoriae sanitarie nella politica dell'ente, che richiede, ovviamente, per renderlo pregnante, quantomeno una modifica statutaria, il Consiglio di Amministrazione è in perfetta sintonia con il l'orientamento su questo tema che il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, qualche giorno fa, ha espresso all'unanimità, con una sola astensione, riaffermando, nel contempo, la solidarietà all'ONAOSI e l'apprezzamento per l'opera del suo attuale Presidente e del Consiglio di Amministrazione.

#### **L'AdEPP**

Come è noto, l'ONAOSI fa parte, fin dalla sua origine, dell'Associazione degli Enti Previdenziali Privatizzati (AdEPP) e in questi anni di Consiliatura non ha fatto mai venir meno l'impegno e la sua presenza attiva, nell'intento di contribuire, concre-

tamente, al riconoscimento e alla tutela dei diritti delle Casse aderenti. Nel 2001 il secondo contratto collettivo nazionale del personale di tali Enti fu stipulato qui a Perugia e questa circostanza ci ha onorati. Attualmente, è in corso il rinnovo di quel contratto, che ci chiama ad un costante e significativo impegno, che intendiamo assolvere con la consueta determinazione, per arrivare al più presto alla sua stipula.

La politica dell'AdEPP si è sempre orientata a dare certezza al quadro normativo e legislativo in cui operano gli Enti Privatizzati, condizione indispensabile per garantire la missione e l'assolvimento delle finalità di ciascun ente. La successione di novità legislative, su aspetti rilevanti ed essenziali, peraltro, può inficiare il sistema di certezze di cui il sistema previdenziale ed assistenziale ha bisogno.

#### **La sana e corretta gestione: una conferma positiva dei controlli e della vigilanza parlamentare**

Anche per il 2004, la politica gestionale lungimirante del Consiglio di Amministrazione ha avuto un riconoscimento autorevole.

Il 21 luglio scorso la Commissione Parlamentare di controllo sugli Enti di previdenza ed assistenza privati, ha approvato - senza osservazioni - la Relazione conclusiva sull'ONAOSI concernente il bilancio consuntivo 2002 e preventivo 2003 (altrettanto positivo era già stato, peraltro, il giudizio dell'Organismo parlamentare sui risultati di bilancio del 2000 e del 2001).

Il rapporto tra spesa destinata al soddisfacimento delle esigenze istituzionali ed il totale dei contributi percepiti, che nel 2000 si attestava già oltre il 95% ha raggiunto a consuntivo del 2003, il 96,22%. Il che significa, in pratica, che quasi la totalità delle entrate contributive viene destinata a prestazioni e servizi.

Va anche sottolineato che è garantita, ben oltre le cinque annualità di prestazioni prescritte dal D. Lgs. 509/1994, la riserva legale che l'ONAOSI, quale ente previdenziale privato, deve accantonare per legge, a garanzia per le future prestazioni agli assistiti.

Sull'argomento delle risorse accantonate, va segnalato che, con cadenza pressoché periodica, torna ad essere paventata l'ipotesi di un prelievo forzoso a favore dello Stato. Si tratta di "lampi", di pietre gettate nello stagno da parte di alcuni, ma che destano comunque preoccupazione e sulle quali si dovrà continuare a vigilare per prevenire tentativi inammissibili di ingerenza nell'autonomia attribuita, dalla legge, alle Casse di previdenza privatizzate.

#### **CONCLUSIONI**

Oggi l'ONAOSI è una realtà sana e con un futuro certo.

Consegniamo l'Opera, simbolicamente, nelle mani

del prossimo Consiglio di Amministrazione, che si insedierà nell'aprile 2005.

Il presente ed il futuro assegnano all'ONAOSI un ruolo ed una funzione di pilastro del sistema assistenziale e previdenziale in Italia.

Luigi Casati, fondatore morale dell'Opera, giovane studente in medicina a Firenze nel 1847, dopo un convivio con compagni di studio, tornando a casa, fu avvicinato da una ragazza che chiedeva elemosina. Quella ragazza era figlia di un medico condotto deceduto, che aveva lasciato la sua famiglia nella totale miseria materiale, ma anche morale.

In occasione del Primo Congresso nazionale dei Medici condotti, che si tenne a Padova, l'oramai affermato professionista Casati, lanciò l'idea che aveva coltivato per anni: istituire un'Opera che, su basi e con finalità solidaristiche, attraverso il contributo dei sanitari, si occupasse di assistere gli orfani dei loro colleghi meno fortunati.

L'episodio di quella sera, di per sé, rappresenta un minuscolo, se non invisibile, frammento di storia. Quello che è seguito alla geniale intuizione, nei decenni successivi fino ad oggi, costituisce un'evoluzione straordinaria che appartiene non solo alle categorie sanitarie, ma, se mi è consentito, rientra nel patrimonio culturale, intellettuale e sociale di tutti gli italiani.

A conclusione di questa relazione vorremmo sottoporre alla Vostra attenzione alcune notazioni finali, senza apparire velleitari o, peggio, presuntuosi:

- l'ONAOSI non si sovrappone e non è comparabile con alcuna altra forma di previdenza ed assistenza di categoria in Italia (e, probabilmente, anche in Europa e oltre);
- l'ONAOSI svolge attività di previdenza ed assistenza integrativa, rispondenti a finalità di interesse pubblico e, per questo, riconosciute e tutelate dalla legge, fin dal 1901;
- l'ONAOSI eroga prestazioni e servizi, che trovano, da sempre, unanime e costante riconoscimento di un elevato standard, sia quantitativo che qualitativo;
- l'ONAOSI, con la corretta gestione e con la particolare attenzione e sensibilità, costantemente dimostrate, alle esigenze ed istanze degli iscritti e dei destinatari dei benefici assistenziali, dimostra, con i fatti, di essere una realtà moderna dalle radici antiche.

Da questi elementi di riflessione derivano alcune considerazioni.

La prima è che, nell'eventualità in cui un siffatto pilastro del sistema previdenziale ed assistenziale fosse scalfito o, peggio, venisse depauperato, anche solo in minima parte, delle proprie certezze, si determinerebbe una crepa profonda, un danno considerevole, con un prezzo non solo materiale, ma anche etico, dalle conseguenze facilmente immaginabili.

La seconda considerazione è che, in una prospettiva lungimirante, non dovranno essere sottovalutate le dinamiche sociali, culturali e giuridiche in atto e future: la riforma delle Professioni, i cambiamenti nell'Università e nella Scuola, i fenomeni demografici, l'autonomia delle Casse di previdenza private, l'evoluzione del mondo sanitario.

Sono solo alcuni argomenti di riflessione, validi non solo per l'ONAOSI, ma per tutte le categorie sanitarie.

Il prossimo Consiglio di Amministrazione avrà, quindi, un compito etico, prima ancora che politi-

co, cui non potrà sottrarsi: tutelare la conquista dell'obbligatorietà della contribuzione; capitalizzare e potenziare i risultati conseguiti; rafforzare i pilastri così faticosamente rinsaldati.

Conquiste e risultati che appartengono non solo a noi Amministratori e all'ONAOSI, ma, fuori da qualsiasi retorica, alle categorie sanitarie, che ne devono andare fiere ed orgogliose, e nelle cui mani consegniamo, qui, idealmente, il patrimonio di storia e di solidarietà, oltre che il nostro personale vissuto.