aprile 2013 anno 12
numero 33

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

IL CESALPINO

APPROFONDIMENTI SPECIALISTICI

- Interferenza tra acido acetilsalicilico e ace-inibitori
- L'asma e le sue comorbidità:

RISCHIO CLINICO

Incident reporting e sicurezza del paziente

COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Il Cesalpino - Periodico quadrimestrale - N° Registrazione ROC 16902
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27-02-2004 n. 46) art. 1, comma 1, CB Arezzo
Direttore Responsabile Roberto Romizi - Aut. Trib. n°7 - 2001/del resgistro stampa n°522/2001 - Stampa L.P. Grafiche Arezzo
ISSN 0394-6231

Sommario

Editoriale

2 Lorenzo Droandi

Medicina e salute pubblica

3 **Il sistema sanitario è un lusso?**
R. Satolli

Ambiente e salute

5 **Ambiente epigenetica e salute**
E. Burgio

6 **Pesticidi e salute dei bambini**
G. Toffol

Approfondimenti specialistici

7 **Interferenza tra acido acetilsalicilico e ace-inibitori: approcci terapeutici alla luce delle nuove evidenze scientifiche**
S. Lenti, V. Mariangeloni, A. Tufi, S. Francioni, J. Sibilli, M. Felici

9 **L'asma e le sue comorbidità: risvolti nella pratica clinica.**
G. Coniglio

Rischio clinico

17 **Incident reporting e sicurezza del paziente nelle organizzazioni sanitarie. Audit e morbility & mortality review: istruzioni per l'uso.**
G. Falsini

Esperienza ospedale e territorio

26 **Riprendersi la propria autonomia: il malato esperto. Importanza della terapia occupazionale nel percorso dei soggetti con esiti di ictus cerebrale.**
D. Corsi, S. Canova, C. Cioni, G. Del Cucina, E. Sarcone, A. Zito, A. Mascagni, M. Monda, L. Di Marco

Cooperazione sanitaria internazionale

29 **Lo stretto rapporto tra economia e salute: un problema globale**
R. Romizi

30 **L'appropriatezza negli interventi di cooperazione sanitaria**
G. Maciocco

32 **Le linee regionali della cooperazione sanitaria Toscana**
M.J. Caldés Pinilla

33 **Cooperazione sanitaria internazionale. Il ruolo delle grandi Organizzazioni non governative**
G. De Maio

35 **In viaggio per l'India**
G. Ravalli

36 **Cooperazione con l'ospedale Saint Joseph de Bebedja (CIAD)**
D. Tacconi

38 **Diritto alla salute e a non emigrare: Sierra Leone ed Arezzo, due comunità cooperanti**
G. Rossi

41 **L'esperienza di Caritas nella salute mentale in Serbia**
P. Serra

45 **Il progetto di sostegno allo sviluppo delle cure primarie in Libano**
S. Palei

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

Aprile 2013
anno 12 - numero 33

Comitato editoriale e redazione
Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Lorenzo Droandi

Direttore responsabile
Roberto Romizi

In redazione
Angiolo Agnolucci, Amedeo Bianchi, Armando Bonelli, Giovanni Casi, Alberto Cinelli, Giovanni Falsini, Giovanni Ianelli, Salvatore Lenti, Giovanni Linoli, Giulio Ozzola, Piero Pieri, Mauro Sasdelli.

Coordinamento redazionale
Cesare Maggi, Isabella De Napoli

Segreteria redazionale e progetto grafico
Simona Ghezzi
redazionecesalpino@gmail.com
c/o Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134 - 52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
chirurghi@omceoar.it
odontoiatri@omceoar.it
www.omceoar.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa n° 522/2001
La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, com-ma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

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

Retro copertina:
Piazza Grande di Arezzo
Fotografia di Marco Cerofolini©

Nel numero 32 del dicembre 2012, nell'elenco degli autori che hanno firmato l'articolo "Nutraceutici nel trattamento dell'ipercolesterolemia: un ponte tra dieta e trattamento farmacologico", non è stato espresso quello relativo alla Dott.ssa Mariangeloni Valentina. Il fatto è certamente involontario. La redazione se ne scusa con la dottoressa e provvede oggi a riparare al fortuito errore.

Editoriale

LORENZO DROANDI

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo

All'osservatore accorto e ben orientato -al quale si chiedesse di esprimere un giudizio valutativo non solo critico sulla situazione del mondo sanitario attuale e di quello "in fieri" alla quale situazione i medici italiani dovranno adattarsi (e quindi adeguarsi nell'operatività quotidiana)- a quell'osservatore, dicevo, resterebbe difficile l'elencazione prioritaria dei nodi da riconoscere ed auspicabilmente da sciogliere. Intanto, abbiamo un nuovo Governo, e non è poco. A mio giudizio c'è voluto troppo, ma i tempi della politica non fanno per me. Io sono un medico, uno di quelli ai quali le persone si rivolgono e chiedono la soluzione dei propri problemi di salute (veri o presunti) in tempi ragionevoli. Ecco: in primis le liste di attesa, che sono sempre più lunghe, ed è necessario prendere atto che l'unica strada per ovviare alle stesse è il ricorso alla sanità privata (per chi possa). Poi, la consapevolezza di essere in un sistema a liste "finite"; il debito pubblico e la crisi economica nazionale (oltreché globale) hanno condotto al blocco dei contratti, del turnover, delle assunzioni e dei piani di rientro ed hanno indotto anche le Regioni "virtuose" all'introduzione dei ticket sui farmaci, sulla diagnostica nonché sul pronto soccorso, e via dicendo. Questa, in estrema sintesi (per non perdersi nei mille rivoli che si aprirebbero), è la situazione. E una situazione siffatta determina gravi discriminazioni tra chi può e non può spendere; essa mina il rapporto medico/paziente, incrementa il contenzioso e quindi il ricorso alla magistratura, determina un grave deterioramento della qualità dell'assistenza, genera surrogati a basso costo (sia in ambito pubblico che privato), toglie risorse fresche al SSN/SSR, per non dire di altre mille conseguenze. Sul piano programmatico ritengo necessario un ripensamento di tutta la politica della sanità. Rimanendo solo sui punti che ho enumerato, credo che il SSN stia perdendo i caratteri di uguaglianza, solidarietà ed universalità che da sempre lo hanno caratterizzato; pensare ad una sanità low-cost significa da una parte mortificare le professionalità dei soggetti con più ampia preparazione, e dall'altra far assurgere a livelli superiori altri professionisti con curricula formativi diversi e spesso (nella realtà nostrana) insufficienti; ne consegue un ovvio ridimensionamento della qualità dell'assistenza. È palese, dunque che crisi economica, disuguaglianza nell'accesso alle cure, riduzione della qualità dell'assistenza, sono tutti fattori che concorrono al vertiginoso aumento del contenzioso in ambito sanitario. Poco importa, poi, che nella stragrande maggioranza dei casi il medico ne esca indenne: l'importante è averci provato. Importa ancora meno che nel frattempo il sistema giudiziario ne risulti ulteriormente ingolfato e abbia speso denari dei contribuenti, denari che avrebbero potuto essere impiegati in modo molto più costruttivo, sia in sanità che altrove. In tutto questo marasma, ci sono i ticket, i quali hanno portato il sistema ad una situazione paradossale: il ticket è talmente elevato per cui i soggetti maggiormente abbienti (che sono quelli che potrebbero portare denaro fresco e quindi finanziamenti veri alla sanità) scelgono di rivolgersi al privato perché maggiormente competitivo sul piano economico. Nel contempo ci sono anche rivoluzioni per così dire epocali, delle quali l'ospedale per intensità di cure e la riorganizzazione delle cure primarie e del territorio sono paradigmatiche. Fatti salvi tutti gli altri dubbi che mi porto dietro, ne ho ancora uno più consistente e che da anni ripeto a destra e a manca. Sta partendo ora la riorganizzazione del territorio, spesso con modalità ancora sperimentali, ma soprattutto associata alla formula "ad isorisorse", quindi con risorse assenti o minimali. E dunque: il territorio è, attualmente, in grado di reggere l'impatto dell'ospedale per intensità di cure? Oppure questa sarà la goccia che farà traboccare il vaso della sanità pubblica verso lo smantellamento della stessa? Credo che in tutto questo il ruolo dei medici dovrà essere propositivo, e non passivo come in genere è stato. Dovremo conservare e crescere e, dovesse occorrere, ricostruire il rapporto medico/paziente, perché esso è la nostra principale risorsa, al di là di ogni e qualunque nome si voglia dargli. Ma dovremo anche, e soprattutto, provare ad indirizzare le scelte di politica sanitaria nella direzione che riteniamo giusta. Attualmente, le scelte fatte dalle istituzioni non sono scelte "di" sanità ma "sulla" sanità, dettate solo ed esclusivamente da criteri economici, ormai non più neppure dissimulati tra i meandri del politichese. La Regione, o lo Stato, o chi per esso deve avere il coraggio e l'onestà intellettuale per dire ai cittadini che non ci sono denari, che il sistema deve subire un ridimensionamento, e che per questi motivi le prestazioni gratuite vengono limitate a quelle indispensabili.

Il sistema sanitario è un lusso?

ROBERTO SATOLLI

medico e giornalista

Per corrispondenza:
satolli@zadig.it

"Che senso ha imporre tasse più alte ai benestanti per poi offrire loro l'assistenza sanitaria gratuita? Meglio ridurre loro le imposte e fargli pagare la sanità".

Frasi come questa da qualche mese ricorrono sui quotidiani italiani, a firma di diversi fautori del liberismo economico, e sotto l'apparenza populista di "farla pagare a i ricchi", nascondono una mossa che potrebbe affossare il diritto alla tutela della salute, sancito dalla Costituzione.
Sono importanti, perché individuano il fronte vero dello scontro prossimo futuro, annunciato da Mario Monti giusto alla fine del 2012, sul tema della cosiddetta "sostenibilità del Sistema sanitario". Tradotto in linguaggio comune, significa chiedersi se e per quanto tempo potremo ancora permetterci una assistenza sanitaria come l'attuale.
Su questo argomento si stanno dicendo molte cose false o ingannevoli (come la frase citata all'inizio), ma prima di smontarle una per una conviene ricordare come siamo arrivati a questo punto, e cioè rivedere in breve come è nato, come si è evoluto e come funziona oggi il Sistema sanitario italiano.
Una volta c'erano le mutue, e molti si ricordano ancora Alberto Sordi nella parte del dottor Tersilli.
Le Casse di mutua assistenza sono state in Europa la prima istituzione per cercare di garantire ai lavoratori le cure in caso di malattia, senza doversi svenare a pagare medici e ospedali, o dover ricorrere alla carità pubblica o religiosa. "Mutuo" infatti significa reciproco: io aiuto te, tu aiuti me. Come si fa? Ciascun lavoratore versa una piccola porzione del salario come contributo alla cassa, e quando qualcuno ha bisogno ci sono danari sufficienti per far fronte alle spese.
Questo sistema, nato in forma di collette spontanee tra gli operai nell'ottocento, si è evoluto in tutta Europa fino ad essere reso pubblico, con maggiori o minori contributi statali, ed è ancora in vigore in paesi come la Germania e la Francia.
In Italia ha funzionato nel dopoguerra con diverse Casse, tra cui la principale era l'Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie (INAM), che sono però arrivate alla bancarotta alla metà degli anni settanta, avendo accumulato un enorme debito nei confronti degli ospedali.

Nel 1978 il Parlamento ha quindi istituito il Servizio sanitario nazionale, che oltre a ripartire senza debiti, era anche privo del principale difetto che le mutue hanno in comune con le assicurazioni: di garantire l'assistenza (in gergo si parla di "copertura") solo a chi versa i contributi o i premi assicurativi, e ai loro familiari.
Chi non lavora, perché disoccupato o pensionato, o chi non ha i soldi per pagare l'assicurazione, resta senza assistenza. Per esempio negli Stati Uniti, che sono il paese che spende di più per la sanità al mondo -sia in rapporto al numero di abitanti sia in rapporto al prodotto lordo (PIL)-, vi sono circa 40 milioni di persone senza nessuna copertura sanitaria.
Costoro, quando stanno male e vanno in ospedale, se non hanno una carta di credito ben fornita, hanno diritto solo alle prime cure di emergenza se sono in reale pericolo, ma poi vengono rispediti via.
Mutue e assicurazioni, come ogni sistema a patchwork, non solo lasciano sempre qualcuno allo scoperto, ma sono anche diverse una dall'altra per dimensioni, criteri di gestione, costi e generosità nelle prestazioni.
Quasi inevitabilmente perciò costituiscono un insieme poco efficiente, con molti sprechi, e soprattutto incapace di garantire l'uguaglianza di tutti di fronte alla malattia.
Proprio il fallimento delle mutue, sia sul piano economico sia su quello dell'equità, hanno spinto quindi il nostro Paese,

per attuare la Costituzione, a scegliere la via di un Sistema sanitario "universale", non dedicato solo a chi può pagare, ma impegnato a salvaguardare la salute di tutti i cittadini, e anche degli immigrati.
Per sostenere una sanità del genere occorre un Fondo alimentato non con contributi o premi ma con le tasse, in una misura che garantisca almeno gli interventi essenziali , tra cui ricoveri in ospedale, farmaci, medici di famiglia e specialisti, esami e così via.
Il Fondo sanitario, si badi bene, è pubblico. Dopo la riforma federalista, oggi è in capo alle Regioni e viene gestito dalle Aziende sanitarie locali (ASL), che svolgono la funzione di pagare le prestazioni di cui i cittadini hanno bisogno, e soprattutto di controllare che vengano svolte bene.
Invece possono essere sia pubblici sia privati (ma convenzionati con la Regione) gli ospedali, i centri e i professionisti che eseguono gli interventi necessari, come pure tutti gli altri produttori di servizi e di beni, dai farmaci alle apparecchiature e così via.
Non è sempre stato così. In passato gli ospedali erano per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, spesso religiosi, ma nel 1968 il ministro Luigi Mariotti li aveva trasformati in enti pubblici (enti ospedalieri), ne aveva definito l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni ed il finanziamento, e aveva affidato alle nascenti Regioni il compito di programmare lo sviluppo della rete di strutture di ricovero.
Nei decenni successivi però un numero crescente di grandi ospedali privati (oltre alle classiche cliniche) hanno ottenuto di convenzionarsi con il Fondo sanitario pubblico, sia pure con criteri diversi nelle varie Regioni.
In questo modo si sono inseriti nel sistema spirito e metodi imprenditoriali, che hanno avuto effetti benefici sull'innovazione e l'efficienza, ma che hanno anche inevitabilmente introdotto il mercato, la concorrenza e il profitto nel campo della salute, per gli ospedali come per tutti gli altri produttori del settore.
Per effetto di questa trasformazione -in Italia come in tutti i paesi ricchi, indipendentemente dalle modalità di finanziamento: contributi, premi o tasse-, i costi per la sanità hanno cominciato a lievitare in maniera apparentemente inarrestabile e sempre più preoccupante, sino a far porre la questione della sostenibilità nella crisi attuale.
Si è data la colpa all'invecchiamento della popolazione e al dilagare delle malattie croniche, ma queste tendenze reali spiegano solo una parte dell'inflazione dei costi.
La quota maggiore supera di gran lunga l'aumento del numero di anziani o di malati, ed è legata invece all'uso (sarebbe meglio dire abuso) sempre crescente di tutte le tecnologie mediche, dalle TAC ai farmaci.
Per fare un esempio semplice, oggi gli italiani consumano in media una dose di medicinali a testa tutti i santi giorni, mentre solo dieci anni fa ne consumavano poco più della metà.
Questo non è dovuto al fatto che sono raddoppiati i vecchi e i malati, ma al marketing che induce i medici a prescrivere di più e i cittadini a consumare di più, come avviene in altri settori economici. Persino l'aumento dei sofferenti cronici di cui continuamente si parla è una conseguenza del marketing prima che una causa dell'aumento dei costi.
La continua ridefinizione delle malattie, per etichettare come bisognose di cure milioni di persone prima considerate sane, è uno degli strumenti con cui il mercato allarga i suoi confini.
Un esempio? Solo per i medicinali che bloccano l'acidità dello stomaco si spende ogni anno in Italia quasi un miliardo di euro (la cifra che il ministro Balduzzi ha dovuto risparmiare per il 2013, tagliando qua e là), quando tutte le fonti scientifiche dicono che si tratta nel 70-80 % dei casi di una cura inutile (e spesso dannosa), ora che l'ulcera come malattia cronica non c'è più. Ma il marketing ha inventato la dispepsia (cattiva digestione) cronica e il consumo di antiacidi si è moltiplicato di sei volte in dieci anni.
Quindi, per rispondere a Monti, potremo ancora indefinitamente permetterci una assistenza sanitaria come l'attuale, a patto di non fare tagli indiscriminati, ma di entrare nel merito per scegliere che cosa davvero serve per la salute e che cosa no, contrastando la spinta del mercato che invece punta ad aumentaretutti i consumi a prescindere dalla loro utilità.
Con il rischio reale di danneggiare, oltre alle casse pubbliche, anche la salute dei cittadini, perché in medicina quel che non serve, se non è acqua fresca, non è mai innocuo, ma fa male.
Quindi le scelte, anche drastiche, sono necessarie non tanto perché, come si dice falsamente, il nostro sistema abbia costi fuori controllo: in realtà spendiamo per la sanità molto meno di quasi tutti i paesi europei dai bilanci virtuosi, Germania in testa, mentre sono altre le voci di spesa pubblica che meriterebbero un freno, a partire da quelle militari.
Piuttosto è urgente intervenire per rimettere in rotta il sistema, e puntare la prua verso la tutela della salute e non il mercato o il profitto, che rischiano addirittura di far star male i cittadini.
La riprova viene dalla constatazione che le Regioni che spendono di più e con i conti della sanità in rosso sono anche quelle dove i cittadini stanno peggio.
Allo stesso modo, per rispondere ai fautori del libero mercato, è facile capire che se si lascia la libertà di non contribuire con le tasse al finanziamento del Sistema sanitario, di fatto lo si condanna alla bancarotta per un circolo vizioso tra minori risorse, ridotta qualità dell'assistenza, e progressivo abbandono da parte di fasce sempre maggiori della popolazione. Sino a trovarsi di nuovo con le mutue o le assicurazioni per i più fortunati e poco più della carità per i derelitti, con in mezzo una terra di nessuno come negli USA.
Per evitare di ripercorrere strade che si sono già mostrate fallimentari, nel passato come in altri paesi, occorre avere chiaro dove sta il vero pericolo di deragliamento: non nella presenza del privato, contro la quale l'avversione rischia di essere ideologica, ma nell'abdicazione verso il potere del marketing, che si è quasi completamente sostituito al governo pubblico nella progettazione di cosa occorre per il benessere dei cittadini.

Si precisa che una diversa versione di questo articolo è stata pubblicata su Emergency.

Ambiente epigenetica e salute

Il 18 gennaio 2013 è stata presentata presso l'Ordine dei Medici di Arezzo la monografia *Ambiente e Salute: inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute*. La monografia, scritta da Ernesto Burgio, Presidente del Comitato Scientifico di ISDE (*International Society of Doctors for Environment*) è frutto della fruttuosa collaborazione tra FNOMCeO e ISDE Italia e introduce una tematica nuova e potenzialmente "rivoluzionaria". L'argomento centrale è infatti l'*epigenetica*, intesa non tanto come lo studio dei fattori e dei meccanismi molecolari che definiscono l'espressione genica (le marcature del DNA, il "codice degli istoni", i *network* di RNA minori), ma come una disciplina nuova, volta a comprendere l'*epigenoma* (il *software* del DNA) come un *network* molecolare complesso e dinamico in continua interazione da un lato con l'ambiente, dall'altro con il DNA (l'*hardware*). In questa accezione l'*epigenoma* rappresenta, secondo la definizione di Rudolf Jaenisch del Whitehead Institute di Cambridge, il luogo in cui le *informazioni* provenienti dall'esterno (cioè dall'ambiente e, in particolare dal microambiente che circonda la cellula) si integrano con quelle inscritte da milioni di anni nel DNA, inducendole a cambiare. Un modo semplice per introdurre la monografia consiste nel copiare qui di seguito alcune frasi tratte dalla Premessa.

ERNESTO BURGIO

Presidente ISDE Scientific Committee
(International Society of Doctors
for Environment)
Membro Commissione Ambiente e Salute
SIP (Società Italiana di Pediatria)
Membro Comitato Scientifico ECERI
(European Cancer and Environment
Research Institute)

Per corrispondenza:
erburg@gmail.com

Lo scarso interesse da parte dei medici (e in particolare dei medici italiani) per la tematica *ambiente e salute,* è frutto di una condizione di profonda ignoranza della materia: ignoranza dovuta in parte al fatto che nel nostro *curriculum studiorum* l'argomento ha scarso rilievo e valore, in parte ad alcuni errori di fondo che hanno profonde radici nel modello bio-medico e scientifico imperante... Per decenni l'*ambiente* è stato infatti definito in modo vago e considerato come un determinante di salute fra i tanti. La gran parte dei medici e degli operatori sanitari considerano l'argomento *ambiente e salute* come non particolarmente interessante. Al contrario se si propone come titolo di un corso di formazione "*Genetica/genomica* (o, negli ultimi anni, *epigenetica*) *e Salute*" l'interesse è assicurato. Cercheremo di spiegare come tutto questo sia frutto di un singolare fraintendimento e rischi di condurre a una fatale sottovalutazione di problematiche di importanza primaria non solo per la salute umana, ma per la stessa sopravvivenza della nostra specie...

Una riflessione critica riguardo a una simile tematica non può che partire da alcune domande veramente fondamentali: cosa si intende generalmente e cosa dovremmo intendere con il termine *ambiente* e cosa con il binomio *inquinamento ambientale*? In che misura le migliaia di nuovi agenti chimici di sintesi e/o di scarto che abbiamo immesso in pochi anni in atmosfera e nelle catene alimentari possono interferire con il funzionamento, con la stabilità, con la corretta trasmissione del nostro DNA (o del nostro genoma) da una generazione all'altra? Quante tra queste "nuove" molecole (che non sono cioè il prodotto di una lenta *co-evoluzione* molecolare) sono state sufficientemente indagate, tanto da poter dimostrare o escludere un loro possibile effetto dannoso sul DNA e sulla salute umana? E analogamente, per quanto concerne l'introduzione in ambiente di sempre nuove sorgenti artificiali di radiazioni non ionizzanti: cosa sappiamo circa la possibilità che le diverse radiofrequenze (da sole o in sinergia con altre fonti e forme di inquinamento chimico-fisico) interferiscano con il nostro DNA e/o con le principali *pathways* segnaletiche intra- e intercellulari? E ancora: in che misura i continui e stupefacenti progressi nel campo della genetica, della biologia molecolare e più specificamente dell'*epigenetica* hanno cambiato il nostro modo di studiare, interpretare, valutare gli effetti che una simile, drammatica trasformazione ambientale, potrebbe avere sulla nostra salute e sullo stesso processo bio-evolutivo? E per converso: in che misura le trasformazioni epidemiologiche in atto sono state fin qui correttamente analizzate e collegate a quanto andiamo scoprendo (e ci sforziamo di comprendere) in campo molecolare?

Una prima riflessione si impone: negli ultimi anni la ricerca nel campo della *biologia molecolare* e, in particolare,

dell'*epigenetica* ha dimostrato che le *sollecitazioni* (e/o *informazioni*) provenienti dall'ambiente: non solo *vengono* recepite, trasmesse, elaborate, integrate a vario livello, dagli organi/epiteli sensori specifici posti sulla superficie del nostro corpo, dalle vie extracellulari di trasmissione del segnale, dai recettori posti sulle membrane cellulari, dalle complesse *pathways* molecolari intracellulari di elaborazione e modulazione del segnale; non solo sono in grado di indurre l'*epigenoma* (cioè la componente più "fluida", da alcuni scienziati definita il *software,* del nostro genoma) a reagire, modificando nel continuo l'assetto cromatinico e quindi le potenzialità espressive e il funzionamento di miliardi di cellule; ma sono addirittura in grado di interagire direttamente o indirettamente (per il tramite dell'*epigenoma* e di tutta una serie di proteine enzimatiche e RNA minori che, per così dire, ruotano attorno al DNA) con la stessa sequenza-base del DNA inducendola a trasformarsi e modificando, in ultima analisi, il nostro fenotipo. Su queste basi possiamo affermare che non c'è modifica del nostro fenotipo che non sia indotta dall'ambiente (cioè da informazioni provenienti da questo) e modulata dall'***epigenoma***.

Pesticidi e salute dei bambini

GIACOMO TOFFOL

ISDE - Associazione Culturale Pediatri

Per corrispondenza: giacomo@giacomotoffol.191.it

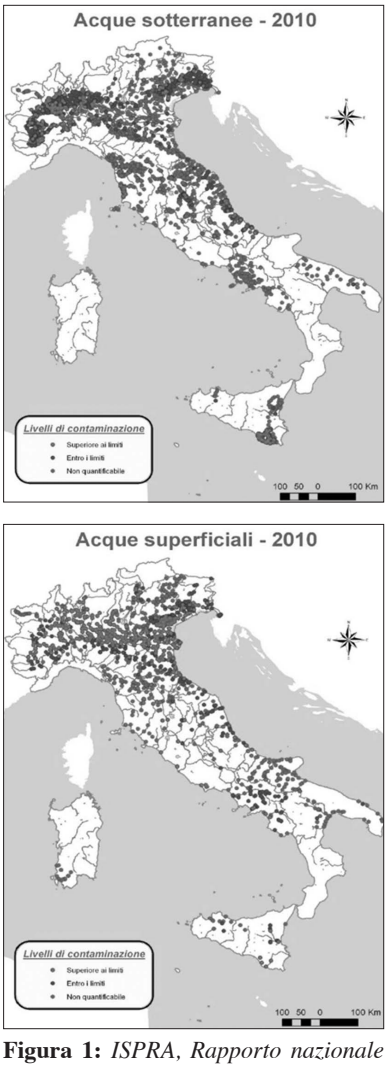


Figura 1: *ISPRA, Rapporto nazionale pesticidi nelle acque, dati 2009-2010 Edizione 2013*

I pesticidi si ritrovano in un'alta percentuale delle acque sia superficiali che profonde del nostro territorio, diventando così un importante contaminante della nostra alimentazione. Essendo ormai assodata la relazione tra l'esposizione a queste sostanze e l'insorgenza di tumori e patologie del sistema nervoso, è indispensabile eliminare questa contaminazione passando ad una agricoltura biologica. Nel 2010 sono state vendute in Italia 143.907 tonnellate di prodotti fitosanitari[1]. Diverse delle sostanze utilizzate sono nocive per la salute, in modo particolare per i bambini, che sono esposti sia per via inalatoria e transcutanea, sia soprattutto attraverso l'assunzione costante di piccole dosi con il cibo e l'acqua. I pesticidi infatti persistono molto a lungo nell' ambiente e si diffondono in vario modo nel suolo e nelle acque. Da qui entrano nella catena alimentare, si accumulano nei tessuti e nel sangue e vengono addirittura trasmessi alle generazioni successive durante la gravidanza e l'allattamento. Il recente Rapporto nazionale dei pesticidi nelle acque pubblicato dall'ISPRA (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale) e riportante i risultati delle analisi effettuate nel biennio 2009-2010, dimostra il livello di inquinamento delle acque del territorio italiano[2](Figura 1). I prelievi sono stati effettuati in 3.621 punti di campionamento con la ricerca di 355 sostanze. Nelle acque superficiali sono stati trovati residui di pesticidi nel 55,1% dei siti, con concentrazioni superiori ai limiti di potabilità delle acque nel 34,4% dei casi. Nelle acque sotterranee sono risultati contaminati il 28,2% dei punti, nel 12,3% dei casi con concentrazioni superiori ai limiti. Sono state trovate complessivamente 166 sostanze, in prevalenza erbicidi e relativi metaboliti, presenti in genere in miscele.

Risalgono agli anni 80 le prime segnalazioni sul rischio per la salute umana dei pesticidi e da allora gli studi si sono concentrati prevalentemente sugli effetti a carico del sistema nervoso centrale e degli organi endocrini e sul rischio di neoplasie.

Le conclusioni a cui una lunga serie di studi sono arrivati fanno ritenere molto probabile che l'esposizione a pesticidi di donne in gravidanza e di bambini possa favorire l'insorgenza dei tumori dell'infanzia e in particolare che il periodo prenatale e i primi 2-3 anni di vita possano rappresentare la fase di maggiore vulnerabilità. La stessa Accademia Americana di Pediatria, una delle società scientifiche pediatriche più autorevoli al mondo, ha affermato recentemente l'evidenza di una associazione tra l'esposizione ai pesticidi nei primi anni di vita e l'insorgenza di tumori pediatrici, la diminuzione delle funzioni cognitive e i problemi comportamentali dei bambini e come sia fondamentale tenere i bambini, soprattutto i più piccoli, lontani dall'esposizione a queste sostanze[3]. Questi risultati devono farci riflettere: l'unico modo per tutelare la nostra salute, tenendo conto che la fonte di esposizione maggiore è rappresentata dall' ingestione di sostanze alimentari contaminate, sarà il passaggio massivo alla coltivazione biologica.

Bibliografia

1. ISTAT, La distribuzione dei prodotti fitosanitari – 2010. Comunicato stampa, 4 novembre 2011.
2. http://www.isprambiente.gov.it/it/pubblicazioni/rapporti/rapporto-nazionale-pesticidi-nelle-acque-dati-2009-2010.-edizione-2013
3. Pesticide Exposure in Children. con concentrazioni superiori ai limiti di potabilità delle acque Pediatrics 2012;130:e1757-e1763

Interferenza tra acido acetilsalicilico e ace-inibitori: approcci terapeutici alla luce delle nuove evidenze scientifiche

SALVATORE LENTI,
VALENTINA MARIANGELONI,
ANGELA TUFI,
STEFANIA FRANCIONI,
JESSICA SIBILLI,
MARIO FELICI

Centro Ipertensione Arteriosa
Medicina Interna e Geriatria
Ospedale San Donato - USL8 Arezzo

Per corrispondenza:
lentisa@libero.it

In ambito cardiologico e internistico l'associazione tra Acido AcetilSalicilico (ASA) e Ace-Inibitori (ACE-I) è una delle associazioni più comunemente utilizzate: una grossa fetta della popolazione oltre i 40 anni ne fa infatti largo utilizzo sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria. I dati emersi dallo studio **HOPE**[1] però consigliavano una certa cautela nell'associazione tra le due classi di molecole a causa di una loro presunta interferenza a carico della cascata enzimatica delle kinine. In una analisi post hoc dello studio in questione era infatti emerso un dato che inizialmente poteva essere definito paradossale: i pazienti post-infartuati che erano stati trattati con il solo **Ramipril** avevano un rischio sull'endpoint primario composito (rischio combinato di mortalità, infarto e stroke) molto più basso rispetto ai pazienti in terapia con Ramipril associato a ASA (RRR -40% con Ramipril vs -12% con Ramipril e ASA). Pertanto, pur apportando ambedue le terapie un beneficio in termini prognostici e di morbilità, era risultato sensibilmente maggiore il beneficio che si otteneva con il solo Ramipril. Il dibattito scientifico che ovviamente ha avuto origine ha indotto le principali società scientifiche americane a riportare sulle loro riviste di riferimento le seguenti considerazioni: *"le analisi retrospettive di studi clinici su larga scala hanno suggerito che in pazienti con scompenso cardiaco l'ASA può interferire con il beneficio clinico degli ACE-I attraverso l'inibizione della sintesi di prostaglandine mediata dalle kinine"*[2] e *"in numerosi studi clinici multicentrici l'utilizzo concomitante di ASA è stato associato ad una diminuzione del beneficio degli ACE-I sulla mortalità e morbilità cardiovascolare"*[3]. Esistono tuttavia al momento attuale evidenze contrastanti riguardo alla possibile interazione sfavorevole tra queste due classi di farmaci in pazienti cardiopatici[4,5]. A questo proposito le Linee Guida[2,6] suggeriscono la necessità di nuovi studi RCT che possano far luce sull'argomento: *"ci può essere un'interazione importante tra l'ASA e gli ACE-I; tale punto, tuttavia, è controverso e richiede ulteriori approfondimenti"* (Linee guida AHA/ACC 2009); *"ci sono poche evidenze che supportano il trattamento concomitante con un ACE-I e ASA in pazienti con scompenso cardiaco"* (Linee guida ESC 2008). I dati fino ad ora disponibili derivano essenzialmente da analisi retrospettive o post hoc ed esiste notevole difformità tra i vari studi per quanto riguarda la dose di ASA e di ACE-I impiegata, il tipo di molecola della classe impiegata, così come nella scelta della tipologia di pazienti (post-IMA in fase acuta o cronica, scompenso cardiaco, ipertesi) e degli endpoint compositi. Le metanalisi svolte sull'argomento sembrano comunque evidenziare la presenza di una precisa seppur debole riduzione degli effetti benefici degli ACE-I quando ad essi viene associata la terapia con ASA[7,8,9]. Ricordiamo che i benefici della terapia con ACE-I sono dovuti a una loro doppia azione:

- inibizione dell'enzima di conversione ACE (da Ag 1 ad Ag 2) con azione vasocostrittrice;
- inibizione della chininasi II, un enzima identico all'ACE, responsabile della degradazione della bradikinina. L'accumulo di bradikinina determina un maggior rilascio di prostaglandine e una riduzione delle resistenze periferiche con un potenziamento degli effetti vasodilatatori.

È pertanto facile supporre che il blocco di una di queste due via possa avere ripercussioni sull'efficacia degli ACE-I, come è stato già evidenziato. Pertanto, quando un ACE-I viene somministrato in associazione con aspirina, potrebbe veder fortemente compromessa la sua attività vasodilatatoria e quindi la sua efficacia e tale inibizione potrebbe avere una forte rilevanza in termini prognostici, come lo studio HOPE ha dimostrato.

Va tuttavia sottolineato che alcune disomogeneità molecolari all'interno della

classe degli ACE-I potrebbero far ipotizzare, per alcune molecole, che la somministrazione contemporanea con ASA abbia un sensibile minor impatto negativo in termini di efficacia. Un esempio viene da **Zofenopril**, molecola caratterizzata da due peculiarità specifiche:

- ALTA LIPOFILIA, che conferisce alla molecola la capacità di attraversare la membrana cellulare della cellula miocardica e quindi è in grado di inibire l'enzima di conversione ACE anche a livello tissutale, aspetto particolarmente vantaggioso all'interno dei processi di rimodellamento del cuore post infartuato;
- GRUPPO SULFIDRILICO (SH), che si attiva sul metabolita attivo e che ha azione antiossidante; per cui la riduzione dei radicali liberi porta ad un'aumentata disponibilità di Ossido Nitrico (NO) e quindi vasodilatazione.

Tale meccanismo d'azione mediato dal gruppo SH potrebbe far pensare ad una compensazione della inibizione vasodilatatoria dovuta alla somministrazione contemporanea con ASA, nel momento in cui si considera che tale inibizione viene controbilanciata dalla vasodilatazione dovuta al gruppo sulfidrilico. Uno studio molto recente, **SMILE IV**, ha dimostrato che tale peculiarità ha un forte impatto in termini di efficacia[10]. In tale studio sono stati arruolati 871 pazienti da 18 a 85 anni con diagnosi confermata di IMA nelle 24 ore precedenti l'arruolamento e disfunzione del ventricolo sinistro (FE < 45%). I pazienti eleggibili (771 randomizzati al trattamento) sono entrati in una fase iniziale in aperto di 4 giorni in cui a tutti è stato somministrato Zofenopril secondo questo schema di titolazione:

- giorni 1 e 2 Zofenopril 7,5 mg bid + ASA 100 mg
- giorni 3 e 4 Zofenopril 15 mg bid + ASA 100 mg.

A partire dal giorno 5 i pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco e in rapporto 1:1 al trattamento con Zofenopril 30 mg bid + ASA 100 mg oppure con Ramipril 5 mg bid + ASA 100 mg per un anno. I farmaci in studio sono stati somministrati in associazione ai trattamenti standard raccomandati per l'IMA, esclusi altri ACE-I nonché antiaggreganti piastrinici diversi da ASA, Clopidogrel o Ticlopidina. Al basale non sono state rilevate differenze significative nelle caratteristiche demografiche e cliniche tra i gruppi di trattamento, con la sola eccezione della percentuale di pazienti con ipertensione (p=0,033), precedente angioplastica (p=0,044) e FE<40% (p=0,009). L'analisi statistica ha tenuto conto di possibili fattori confondenti. Durante i 12 mesi di trattamento, mortalità o ospedalizzazione per cause cardiovascolari (endpoint primario composito) sono state registrate in 128/351 pazienti del gruppo Ramipril ed in 105/365 pazienti del gruppo Zofenopril: il trattamento con Zofenopril si è quindi associato ad un rischio significativamente minore (-30%) di raggiungimento dell'endpoint primario combinato (OR: 0,70, IC 95%: 0,51-0,96; p=0,028). Complessivamente il profilo di sicurezza dei due farmaci è risultato sovrapponibile. Lo studio SMILE IV è il primo studio che mette a confronto in maniera diretta due ACE-I in questa tipologia di pazienti ed è anche il primo specificamente disegnato per rispondere al quesito ancora aperto circa l'interazione ACE-I/ASA. L'entità del beneficio indotto da Zofenopril sull'end point primario è particolarmente rilevante, visto che il confronto non è verso placebo ma verso una molecola della stessa classe con evidenze di efficacia derivanti da altri studi. La maggior parte dei benefici indotti da Zofenopril in termini di endpoint primario è dovuta alla riduzione del tasso di ospedalizzazione per cause Cardiovascolari, che era anche uno degli endpoint secondari predefiniti, mentre l'incidenza cumulativa di morte cardiovascolare ad un anno non è risultata ridotta da Zofenopri in maniera statisticamente significativa (11 decessi, 3% dei pazienti nel gruppo Ramipril vs 17 decessi, 5% dei pazienti nel gruppo Zofenopril (IC 95%: 0,7-3,27;p=0,293). In termini clinici, i dati dello studio SMILE IV dimostrano che il trattamento con Zofenopril si associa ad una migliore prognosi clinica nei pazienti con disfunzione ventricolare post-infartuale.

Pertanto le peculiari proprietà farmacodinamiche di Zofenopril rappresentano elementi chiave per l'interpretazione di questi risultati: oltre ad inibire l'ACE e a ridurre la degradazione della bradichinina (meccanismo comune alla classe), Zofenopril possiede un meccanismo d'azione aggiuntivo sulla via dell'NO, in virtù della sua particolare struttura molecolare[11]. Questo meccanismo, non condiviso da Ramipril, Enalapril, Lisinopril, ma che sembra essere proprio degli ACE-I contenenti gruppi sulfidrilici, quali Captopril e Zofenopril, evidentemente persiste anche con la contemporanea somministrazione di ASA e potrebbe spiegare i risultati ottenuti nello studio.

Gli autori dichiarano di non aver nessun conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Bosch J, Lonn E, Pogue J, Arnold JM, Dagenais GR, Yusuf S; HOPO/HOPE-TOO Study Investigators. Long-term effects of ramipril on cardiovascular events and on diabetes: results of the HOPE Study extension. Circulation. 2005; 112: 1339-1346
2. Hunt SA et al. 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of the heart failure in adults a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol 2009 Apr 14; 53 (15): e1–e90
3. Ambrosioni E, Borghi C, Magnani B. Early treatment of acute myocardial infarction with angiotensin-converting enzime inhibition: safety considerations. SMILE pilot study working party. Am J Cardiol 1991 Nov 18; 68 (14): 101D-110D
4. Takkouche B. et al. Interaction between aspirin and ACE Inhibitors: resolving discrepancies using a meta-analysis. Drug Saf 2002; 25 (5): 373-8
5. Nguyen KN et al. Interaction between enalapril and aspirin on mortality after acute myocardial infarction: subgroup analysis of the Cooperative New Scandinavian Enalapril Survival Study II (CONSENSUS II). Am J Cardiol 1997 Jan 15; 79 (2): 115-9
6. Dickstein K et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail 2008 Oct; 10 (10): 933-89
7. Etminan M, Takkouche B. Interaction between angiotensin-converting enzyme inhibitors and aspirin. Arch Intern Med 2001 Sep 10; 161 (16): 2048-9
8. Koon K Teo et al. Effects of long-term treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors in the presence or absence of aspirin: a systematic review. The Lancet, Vol 360, Issue 9339, Pages 1037-1043, 5 October 2002
9. Borghi et al. Comparison beetween Zofenopril and Ramipril in combination with Acetysalicylic Acid in patients with left ventricular systolic dysfunction after acute myocardial infarction: results of a randomized, double-blind, parallel-group, multicenter, European Study (SMILE IV). Clin Cardiology 2012, 35, 7, 416-423
10. Fratta Pasini A et al. Effect of sulfhydryl and non-sulfhydryl angiotensin-converting enzyme inhibitors on endothelial function in essential hypertensive patients", AJH 2007; 20: 443-450

L'asma e le sue comorbidità: risvolti nella pratica clinica.

GIOVANNI CONIGLIO

Specialista in Tisiologia e
Malattie dell'Apparato Respiratorio
Specialista in Allergologia ed
Immunologia Clinica

Per corrispondenza:
conigliogiovanni@libero.it

L'asma spesso è associata a varie comorbidità specialmente nelle forme maggiormente gravi. Nella coorte della "European Network For Understanding Mechanisms Of Severe Asthma" (ENFUMOSA) l'asma grave è stata associata all'obesità, alla sensibilità all'aspirina e alla sinusite, mentre ha presentato una scarsa correlazione con l'atopia[1]. Queste patologie possono condividere un comune meccanismo fisiopatologico con l'asma oppure interagire ed influenzarne l'espressione clinica, il controllo e la risposta al trattamento, nonché porre dei rilevanti problemi di diagnostica differenziale[2]. Una valutazione sistematica delle comorbidità associate all'asma dovrebbe essere parte integrante della sua gestione, in particolare nella sua forma più severa[3].

■ Rinite – Rinosinusite ed asma

Asma e rinite spesso coesistono in uno stesso paziente e la rinite può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di asma sia nella sua componente allergica, sia in quella non allergica.

• Rinite allergica

Nell'ambito dello stato atopico una forte associazione[4] è stata riscontrata in modo costante con la sensibilizzazione agli acari domestici (fattore di rischio - OR - per l'insorgenza di asma pari al 46%) ed ai derivati epiteliali di gatto (OR pari al 18,9%; solo 8,2% per i pollini) in rapporto alle ridotte dimensioni dei loro allergeni, alla persistenza dello stimolo e quindi sintesi dei recettori mastocitari per le IgE. Lo studio ENFUMOSA[1], rivolto alla valutazione dell'asma grave, ha inoltre evidenziato come le molteplici positività cutanee al prick test siano da considerarsi fattore di rischio aggiuntivo per lo sviluppo di asma.

Nell'allergia, la rinite va inquadrata nell'ambito della "marcia allergica" in cui essa segue la dermatite atopica e precede, con una prevalenza del 20-50%, eventuali sviluppi di asma.

Rinite ed asma in tal senso appartengono al concetto di una malattia infiammatoria unitaria presente in una unica via respiratoria (ipotesi delle "United Airways") e che accomuna le alte e le basse vie aeree[5], in ragione di una loro comune origine embriogenetica e di una sostanziale comune struttura isto-patologica. Già alcuni anni fa Braunstahl aveva dimostrato con eleganti studi[6] come, stimolando con challenge specifico la mucosa nasale di rinitici allergici, si verificasse la comparsa di eosinofilia bronchiale e delle relative molecole di adesione; e come invece lo stimolo selettivo bronchiale con allergene specifico comportasse eosinofilia a livello nasale e contemporanea comparsa sistemica delle citochine correlate a tale evento, a testimonianza di una infiammazione sistemica che coinvolge vie aeree confinanti. Tale infiammazione unitaria giustifica il riscontro in una certa quota di atopici con isolata rinite, di elevate frazioni di ossido nitrico nell'esalato bronchiale (FeNO) ed iperreattività al test di stimolazione bronchiale con metacolina, fattori indicativi di una evoluzione verso l'asma. Un ulteriore fattore di rischio per l'insorgenza di asma è rappresentato da una rinite con durata maggiore di 5 anni. La rinite allergica, oltre che fattore di rischio, rappresenta anche un fattore di aggravamento per l'asma e la sua concomitanza in soggetti asmatici, rispetto ad una forma isolata di asma, espone tali pazienti a maggiori attacchi di asma (21,3% vs 17,1%), ad un maggior uso di steroidi (16,6% vs 12,9%), ad un maggior numero di visite di urgenza (3,6% vs 1,7%) e ad una maggiore ospedalizzazione (1% vs 0,5%)[7].

Riguardo alla dermatite atopica vi è evidenza epidemiologica di una sovrapposizione con l'asma nei primi anni di vita e che la sua persistenza, di solito limitata, è fattore di rischio per forme più gravi di asma.

• Rinite non allergica

La rinite può evolversi in asma anche in assenza di una sottostante atopia, suggerendo un collegamento tra vie aeree superiori e inferiori che va oltre l'infiammazione allergica.
In ambito non allergico, un particolare tipo di rinite di tipo eosinofilo - la rinite eosinofila non allergica (NARES) - potrebbe rappresentare una forma prodromica di sviluppo verso l'asma, attraverso uno stadio iniziale di poliposi nasale e successiva sensibilità all'aspirina.
L'etiologia della sindrome non è nota; estremamente infrequente nell'infanzia, si presenta dopo i 40 anni con starnuti parossistici, rinorrea acquosa e profusa, prurito nasale, congestione nasale, perdita occasionale di odorato e caratteristico decorso perenne con riaccensioni.
È caratterizzata da un elevato numero di eosinofili sullo striscio nasale, negatività ai test cutanei e/o alla determinazione in vitro delle IgE specifiche per aeroallergeni.
I soggetti con NARES presentano sintomi di rinosinusite cronica (CRS) nell'80% dei casi; a sua volta il 20% circa di tale popolazione sviluppa una rinosinusite cronica iperplastica con poliposi nasale: CHES/NP (Chronic hyperplastic eosinophilic sinusitis). Essa, rispetto a quella senza poliposi nasale, si presenta in forma molto estesa e con peculiarità cliniche ed immunologiche di stretta associazione con l'asma, maggiori sintomi di ostruzione nasale e di perdita di olfatto (e maggior rischio di sviluppo per apnee ostruttive nel sonno); presenta inoltre infiltrato eosinofilo – anche a livello bronchiale - da polarizzazione T-cell indirizzata verso il tipo Th2 e relativo profilo citochinico a carattere sistemico, con up-regolazione di IL-4 (produzione locale e stimolo per le IgE) e soprattutto di IL-5 (aumentata produzione, maturazione e sopravvivenza degli eosinofili), up-regolazione dei fattori di crescita (granulocyte-macrophage colony-stimulating factor) e dei fattori chemiotattici per gli eosinofili (eotassina): tale comune infiammazione eosinofila rende comprensibile la facile associazione con l'asma[8].
Un ulteriore importante ruolo è rivestito dalla produzione di IgE specifiche verso le enterotossine dello Staphylococco aureus (SAE) che colonizza la CRS/NP tra il 66%-87%. Tali IgE specifiche sono presenti nel tessuto dei polipi nasali e si correlano con l'infiammazione eosinofila della rinosinusite e con la presenza nel siero della proteina cationica eosinofila. Essi quindi possono amplificare l'infiammazione eosinofila e costituire fattore di rischio per l'asma. La concentrazione sierica di tali IgE specifiche si correla significativamente con la gravità dell'asma.
Soggetti con rinosinusite e poliposi nasale sviluppano asma in una percentuale del 20% -40%, con una evoluzione anche a distanza di anni (da 1 a 5). Quest'ultimo sottogruppo, a sua volta, potrà presentare nel 15% - 35% una evoluzione verso una forma grave di asma, costituita dalla "malattia polmonare da intolleranza all'aspirina" o AERD (Aspirin-exacerbated respiratory disease): un fenotipo più grave di asma caratterizzato da un rapido rimodellamento delle vie aeree, da una accelerata e progressiva riduzione della funzione respiratoria anche senza assunzioni di acido acetilsalicilico (ASA), ma con acuzie così gravi alla sua somministrazione da necessitare di ricoveri in terapia intensiva; acuzie inoltre tanto più gravi quanto maggiore è l'intervallo che separa le due erogazioni del farmaco.
Le biopsie bronchiali da pazienti aspirina-sensibili, rispetto a pazienti aspirina-tolleranti, mostrano un numero 4 volte maggiore di eosinofili (15 volte maggiore nei confronti di una mucosa normale) e al contempo presentano un elevato numero di leucociti infiammatori nasali che esprimono recettori per i CysLTs (leucotrieni).

• Rinosinusite

La rinosinusite cronica (CRS) rappresenta una comorbidità temibile dell'asma rappresentandone uno dei principali fattori di mancato controllo: costituisce un fattore di rischio (OR = 3,6) per frequenti esacerbazioni. Nei vari studi essa è collegata ad un'asma più grave, ad un maggiore uso di farmaci e ad un più basso fev-1 all'indagine spirometrica. Anomalie radiologiche dei seni paranasali sono maggiormente riscontrabili con il progredire della gravità dell'asma e sono riportate in circa il 90% dei pazienti con asma grave. L'asma grave -steroide-dipendente-, rispetto a quello moderato, presenta uno score più elevato nei sintomi rino-sinusali e nella valutazione della TAC dei seni paranasali con maggior ispessimento della mucosa; il tutto associato ad un maggior aumento di ossido nitrico nell'esalato ed eosinofilia ematica nell'espettorato indotto. Si ritiene che la rinite allergica di tipo perenne e la rinite non allergica possano predisporre alla sinusite in misura maggiore rispetto a quella stagionale. I meccanismi ipotizzati del legame tra CRS ed asma possono essere rappresentati da riflessi neurogenici, inalazione di contenuti nasali o da una comune malattia, con rilascio di mediatori nelle vie aeree o nella circolazione periferica o infine dalla respirazione orale (da ostruzione nasale) con conseguente inalazione di fattori trigger come allergeni, inquinanti ambientali o fattori infettivi che vanno a stimolare una mucosa bronchiale già potenzialmente indirizzata verso la flogosi asmatica.
La rinite, nell'ambito di una concomitante patologia asmatica - ovviamente più grave - molte volte è misconosciuta, trascurata da un punto diagnostico e terapeutico. Tale aspetto è rilevante in quanto la corretta gestione della rinite o di una CRS / NP può migliorare la sintomatologia, il controllo e la qualità di vita di un soggetto asmatico, con una strategia terapeutica combinata ed indirizzata verso le alte e basse vie aeree:

- farmaci anti-IgE (omalizumab), da indirizzarsi in pazienti che soddisfino le caratteristiche di allergia, gravità e non adeguato controllo da parte della terapia usuale; efficaci nella riduzione dei farmaci steroidei e delle riacutizzazioni, nel miglioramento sintomatologico e nella qualità di vita: il loro effetto è tale da poter esporre l'asmatico a pericolosi abbandoni della terapia cortisonica inalatoria.
- antagonisti del recettore dei leucotrieni, rappresentati essenzialmente dal Montelukast, che ha dimostrato ridurre i sintomi sia della rinite allergica, sia dell'asma;
- l'immunoterapia allergene-specifica (ITS), l'unica terapia, oltre alla prevenzione ambientale, capace di poter influenzare il corso naturale della malattia allergica e quindi la sua evoluzione in asma[9].

Il trattamento della CRS resta invece ancora problema-

tico; vari studi mostrano come sia il trattamento medico, sia quello chirurgico sono associati ad un miglioramento soggettivo e oggettivo dell'asma.
Nella CRS, con o senza poliposi nasali, il trattamento medico con steroidi nasali, e talvolta anche orali, ed antibiotici nei casi opportuni, è la prima opzione terapeutica. Il controllo della infezione nella sinusite riduce il bisogno dei farmaci nell'asma. Nei casi refrattari, l'intervento chirurgico, con seguente terapia steroidea per via inalatoria tesa a prevenirne le recidive, ha evidenziato in varia percentuale riduzione significativa della gravità dell'asma (65%), della ospedalizzazione (75%), delle visite d'emergenza (81%) e miglioramento della funzione polmonare.

■ Malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) ed asma

La GERD è il risultato di una aumentata esposizione della mucosa esofagea ai contenuti del reflusso gastrico per alterazione dei meccanismi che limitano l'entità di quello che è un fenomeno fisiologico collegato ai pasti; meccanismi che sono rappresentati dalla barriera antireflusso (sfintere esofageo inferiore - LES -, pilastri diaframmatici ed angolo di His) e dalla clearance esofagea (peristalsi esofagea, forza di gravità, saliva e barriera epiteliale). Tali alterazioni possono essere collegate ad una ernia iatale (con compromissione della funzione di contenimento del LES); ad una disfunzione motoria del LES (con riduzione del suo tono basale e numerosi e prolungati rilasciamenti transitori); ad una aumentata pressione intra-addominale (da condizioni quali gravidanza ed obesità).
È importante quindi distinguere i vari tipi di reflusso definendone la severità (numero e durata degli eventi), il tipo (anche un reflusso non acido può dare sintomi) e l'estensione (prossimale o distale).
I tipici sintomi della malattia da reflusso sono rappresentati dalla pirosi (riferito come "bruciore di stomaco", presente però anche in altre patologie gastriche) e dal rigurgito in esofago o talvolta nel cavo orale (spesso mistificato per vomito). Talvolta la sintomatologia può essere sottostimata dal paziente e può anche non essere riferita o percepita.
Oltre che tosse ed asma, maggiormente frequenti, la GERD può causare laringospasmo, wheezing, broncopolmoniti, pneumopatie interstiziali (per azione dell'acido chenodesossicolico sulle cellule bronchiali con produzione di TGF-β 1 e proliferazione fibroblastica).
La GERD presenta una prevalenza del 41% nell'asma grave e rappresenta un fattore di rischio pari a 4.9 per frequenti riacutizzazioni. I meccanismi proposti per tale legame sono rappresentati da una:

- attivazione neurogena riflessa (vagale) che trova il suo fondamento in una comune origine embriologica e nel veloce tempo di associazione tra reflusso esofageo distale e tosse (confermata dal broncospasmo indotto dalla acidificazione sperimentale o spontanea dell'esofago distale e prevenuta invece dalla vagotomia e dal pretrattamento con atropina nell'uomo);
- inalazione di materiale gastrico, confermato dal riscontro nelle vie aeree di varie sostanze quali pepsina (buona correlazione con un reflusso acido) ed acidi biliari (marker di reflusso duodenogastroesofageo e buona correlazione con il calo spirometrico del fev-1). Varie indagini tendono a concludere come il reflusso possa dare tosse o asma attraverso un corrispondente meccanismo prevalente riflesso o di aspirazione.
- diretta irritazione sull'epitelio bronchiale da parte del materiale acido con seguente desquamazione epiteliale, innesto di alterata reattività sottostante delle fibre C da una parte (tosse) ed attivazione colinergica con produzione di mediatori quali la sostanza P o la CGRP - Calcitonin Gene Related Peptide - dall'altra (broncospasmo).

Microaspirazione o meccanismo neurogenico potrebbero innestare anche una vera e propria infiammazione. L'inalazione di acidi biliari infatti è associata ad infiammazione bronchiale.
Vi può essere una influenza reciproca tra l'asma e la GERD. I pazienti con malattia da reflusso gastroesofageo hanno un rischio significativamente più elevato di presentare una concomitante asma rispetto ad una popolazione senza GERD. D'altra parte i pazienti asmatici hanno una maggiore probabilità di presentare una sintomatologia correlata alla GERD (sino all'80%) rispetto alla popolazione generale.
Ciò è da correlare ad una aumentata pressione meccanica esercitata dall'inflazione dinamica intratoracica sul diaframma, con trazione dello sfintere esofageo inferiore e perdita della funzione di contenimento; altre volte tale legame va ricondotto agli effetti collaterali sulla mucosa gastrica da parte dei cortisonici (e teofilline, qualora intraprese) e sul rilasciamento muscolare del LES da parte dei β-2-agonisti (ma anche anticolinergici, antidepressivi triciclici e progesterone). Ciò potrebbe innestare la possibilità di un circolo vizioso in cui l'asma e i farmaci ad essa indirizzati possono aumentare la GERD e la GERD, a sua volta, possa peggiorare la sintomatologia di una asma preesistente.
L'impatto della GERD sull'asma è ancora dibattuto perché, nei vari studi, il miglioramento dell'asma che segue al trattamento sulla GERD è variabile, senza costanti e sostanziali benefici sintomatologici e/o spirometrici sulla malattia asmatica. Una Cochrane Data Base Review del trattamento della GERD sull'asma[10] ha valutato 12 trials randomizzati sull'efficacia nell'asma da parte degli inibitori della pompa protonica e della chirurgia, senza riscontro di costante miglioramento nella sintomatologia e nella funzionalità polmonare e giungendo alla conclusione che solo alcuni sottogruppi possono trarne beneficio; in tale ottica appare difficile al momento poter prevedere quale sottogruppo potrà essere responsivo. Una sua relazione con l'asma va sospettata (potendo la GERD essere molte volte misconosciuta) quando ci si trovi in presenza di una storia toracica atipica con peggioramento dei sintomi respiratori in rapporto ai pasti o con particolari cibi, con il sonno o il decubito o con l'uso di particolari farmaci (teofilline) o qualora vi sia un esordio tardivo di un disordine respiratorio non allergico. Inoltre tale correlazione va sospettata anche nella valutazione di un'asma di difficile controllo, in assenza di particolari comorbidità; in tal caso potrà essere opportuno intraprendere un ciclo di terapia

ex iuvantibus con inibitori della pompa protonica, effettuando al contempo il monitoraggio clinico dei sintomi asmatici e da GERD.

■ Obesità e asma

Una relazione causale tra obesità e asma è stata suggerita da studi sull'uomo e sugli animali con meccanismi però non ancora chiari. Aldilà di una certa predisposizione dell'asmatico all'obesità in relazione all'inattività ed agli effetti collaterali della terapia steroidea, è molto più rilevante l'influenza che l'obesità possa esercitare sull'asma. L'obesità inoltre potrebbe incidere sull'asma anche attraverso la GERD (molto comune nell'asmatico obeso rispetto all'asmatico non obeso) e l'apnea nel sonno (OSA), nello sviluppo delle quali patologie l'incremento ponderale riveste un ruolo importante.

Gli individui obesi hanno una maggiore probabilità di avere asma[11]: 17 studi prospettici, 9 in adulti e 8 in bambini, seguiti per un periodo dai 2 ai 22 anni, hanno tutti (meno uno) evidenziato una aumentata incidenza dell'asma nell'obeso e come l'obesità possa precedere l'asma. Un BMI > 30 è associato all'asma con un fattore di rischio pari a 2.06, questo però solo nel sesso femminile: infatti l'asma è correlata all'obesità maggiormente nelle donne, con una probabile sovrapposizione di comorbidità di tipo ormonale, caratterizzando un fenotipo peculiare e particolarmente grave, aldilà del coinvolgimento della GERD e dell'OSA.

La gravità dell'asma nell'obeso, caratterizzata da un difficile controllo e da frequenti riacutizzazioni ed ospedalizzazioni, è spiegabile sulla base di tre caratteristiche: pattern meccanico respiratorio a bassi volumi polmonari; particolare processo infiammatorio non eosinofilico, senza evidenze di atopia o produzione di IgE; ridotta risposta agli steroidi inalatori.

La presenza di tessuto adiposo che infiltra la parete toracica, riducendo le escursioni respiratorie, porta ad alterazioni di tipo restrittivo da ridotta compliance del sistema toraco-polmonare, determinando in tal modo una riduzione dei volumi polmonari ed un ridotto diametro delle vie aeree periferiche; ciò comporta una respirazione più rapida e superficiale, vicino al volume di chiusura, che determina un aumento del lavoro respiratorio. Secondo dati non uniformemente confermati, il persistente ridotto diametro delle vie aeree determinerebbe una perturbazione della funzione muscolare con innesco di iper-reattività bronchiale aspecifica.

Nell'obeso, questo particolare tipo di respirazione può sovrapporsi o mimare l'asma, rendendo possibile una sovraesposizione diagnostica e maggiore probabilità di ricevere una valutazione errata. Infatti l'eccesso di peso impatta negativamente sulla funzione polmonare anche nei non asmatici, oltre che per i motivi descritti, anche per l'aumento della frequenza respiratoria e della gravità del broncospasmo che si riscontra durante l'esercizio[12].

Le evidenze sui modelli animali riguardanti il topo obeso, mostrano un incremento di iperreattività bronchiale proporzionale al peso corporeo e alla durata di tale obesità, senza alcuna correlazione con il peso del polmone; inoltre vi è una aumentata risposta delle vie aeree all'antigene senza aumento delle citochine Th2 o di eosinofilia endobronchiale. Il topo obeso presenta anche una aumentata risposta all'ozono e presenta maggiori patologie respiratorie virali e ridotta attività delle cellule natural killer in seguito ad infezione influenzale.

Riguardo al peculiare tipo di infiammazione bronchiale (seconda caratteristica dell'asma nell'obesità), dati provenienti da studi su animali e sull'uomo[13] suggeriscono come nell'obesità vi sia un aumento delle funzioni del tessuto adiposo con significative interazioni tra la funzione immunitaria degli adipociti e le funzioni dei linfociti T e dei macrofagi ivi reclutati.

In un sottogruppo di individui obesi il tessuto adiposo esprime le cosiddette adipochine, molecole proinfiammatorie, tra cui la leptina, il tumor necrosis factor α (TNF-α), il transforming growth factor β1 (TGF-β1), il MIP-2 (macrophage inflammatory protein 2) - chemoattrattante neutrofilo -, e l'interleuchina 6 (IL-6) fondamentale per la sintesi della proteina C reattiva (marker di infiammazione con importante ruolo sia nell'apnea del sonno, sia nell'asma, sia nell'infiammazione sistemica che caratterizza malattie metaboliche e cardiovascolari). Tale produzione di adipochine è proporzionale al grado di obesità.

La Leptina è aumentata negli obesi ed è un mediatore centrale dell'infiammazione. Essa determina un aumento dell'ossido nitrico nell'esalato. È anche importante per lo sviluppo del polmone normale, agendo come mediatore fondamentale nella differenziazione dei lipofibroblasti in fibroblasti normali e nella sintesi dei fosfolipidi del surfactante polmonare: topi obesi che sono geneticamente carenti di leptina mostrano una profonda ipoplasia polmonare. Livelli endogeni di leptina possono essere incrementati da una sovralimentazione in topi magri wild-type, con conseguente obesità e aumentata risposta infiammatoria delle vie aeree. La somministrazione di leptina è associata ad aumento della iperresponsività delle vie aeree e ad un aumento delle IgE sieriche dopo challenge con ovoalbumina inalata. Si è osservato un significativo aumento di leptina nel siero di bambini con asma rispetto ai bambini sani (mediana di 3,53 contro 2,26 ng/ml, p = 0,008) nonostante un indice di massa corporea media similare tra i due gruppi. La terapia con corticosteroidi per via inalatoria riduce le concentrazioni di leptina sierica nei bambini con asma.

Anche il Tumor necrosis factor α (TNF-α) è significativamente aumentato nell'asmatico obeso ed il suo aumento si correla con il body mass index. Il TNF-α è molto importante sia nell'orchestrare l'infiammazione bronchiale di tipo neutrofilo (non eosinofilo), sia nel determinare la resistenza allo steroide di alcuni fenotipi asmatici. Il TNF-α infatti aumenta l'iperreattività bronchiale se inalato, recluta neutrofili (infiammazione neutrofila delle vie aeree), è presente in quantità aumentata nelle vie aeree dell'asma grave, agisce sulle T-cell attivandole e inducendo rilascio di citochine, determina una up-regolazione delle molecole di adesione sull'epitelio respiratorio e sull'endotelio vascolare, aumenta la liberazione di istamina dai mastociti: quindi da sola determina tutte quelle modificazioni che nella flogosi allergica sono mediate da diverse

cellule e citochine. Il TNF-α è anche il responsabile della terza caratteristica dell'asma nell'obeso: la resistenza allo steroide, farmaco cardine della terapia antiasmatica.
Per comprendere tale azione, si ricorda come gli stimoli infiammatori, agendo a livello nucleare sull'istone acetilasi, promuovono la sintesi di citochine, chemochine, molecole di adesione e proteine infiammatorie (TNF-α, IL-1β, IL-6, IL-8, GM-CSF (granulocyte–macrophage colony stimulating factor) attraverso un RNAm altamente instabile, rapidamente degradabile e che invece viene stabilizzato dalla contemporanea attivazione del sistema delle chinasi in cui la p38MAPK (p38 mitogen-activated protein kinase) riveste un ruolo centrale (figura 1).
La p38 MAPK è il punto nodale su cui agisce il TNF-α da una parte (stimolandola e stabilizzando RNAm che porta alla sua sintesi e a quella delle altre molecole infiammatorie) e lo steroide dall'altra (inibendola). Lo steroide infatti, dopo essersi legato al suo recettore, esercita la sua azione anti-infiammatoria sia con una trans-repressione sull'istone deacetilasi e conseguente ridotta sintesi di citochine, chemochine infiammatorie, etc, sia con una trans-attivazione sul DNA e produzione di molecole anti-infiammatorie tra cui l'annessina-1 e soprattutto il MKP-1 (MAP chinasi fosfatasi) (fig. 1): tale fosfatasi ha una azione inibente sulla p38 MAPK (opposta a quella osservata con il TNF-α) per cui impedisce la stabilizzazione dell'RNAm che codifica per le proteine infiammatorie. La ricerca negli ultimi dieci anni ha dimostrato come il TNF-a è iper-espresso nel tessuto adiposo e muscolare degli obesi e come la sua presenza sia associata allo sviluppo di resistenza ai glucocorticoidi nell'infiammazione asmatica: esso infatti, iper-stimolando la p38 MAPK fa sì che tale fosfatasi, oltre a stabilizzare le molecole infiammatorie, eserciti inoltre un ulteriore potente effetto fosforilando il recettore a cui si lega lo steroide ed inibendone così l'azione.
Tutto questo è stato dimostrato da Sutherland e coll.[14] in studi su pazienti asmatici obesi in cui è stata dimostrata una attenuata risposta in vitro al desametasone nella produzione di MPK-1 direttamente proporzionale all'incremento del BMI ed inversamente proporzionale ad una aumentata produzione di TNF-α.
La perdita di peso è fondamentale in tali pazienti; anche una modesta riduzione è in grado di migliorare l'asma nei sintomi, nel controllo e nell'uso dei farmaci al bisogno, nonché a livello spirometrico, con acme al 2° mese del calo ponderale e stabilizzazione a distanza di un anno.
Analoghi effetti positivi sono stati osservati anche con l'Etanercept, recettore solubile TNF-a, in pazienti con asma grave e scarsa risposta allo steroide, nei quali al contempo sia dimostrabile una aumentata espressione di TNF-a (indicando che la selezione di particolari fenotipi di asma è fondamentale per la personalizzazione della terapia). Vi è quindi la possibilità dell'utilizzo di farmaci di controllo diversi dai corticosteroidi.

■ Apnea ostruttiva del sonno e asma

La sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS) è caratterizzata da un collasso completo o parziale delle alte vie aeree durante il sonno con conseguente assenza di flusso nonostante lo sforzo respiratorio e ciò causa sonno-

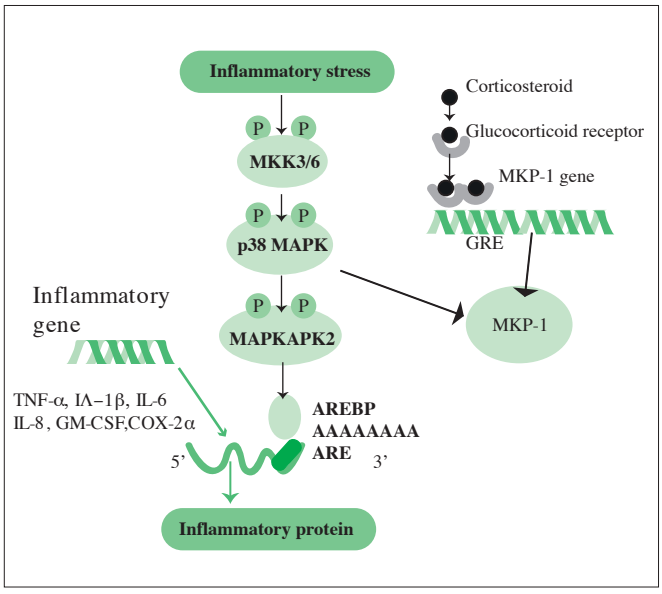


Figura 1 (Barnes 2012).

lenza diurna, stanchezza e scarsa performance cognitiva, talvolta senso di soffocamento notturno e/o roncopatia. Anche i disturbi del sonno sono strettamente correlati all'asma. Confrontando un questionario del sonno (Likert scale sleep questionnaire) con l'Asma Control Test (ACT), il rapporto tra apnee nel sonno ed asma risulta strettamente collegato. L'asma notturno è una caratteristica degli asmatici con più grave ostruzione al flusso aereo e ne riflette un inadeguato controllo. Sono stati invocati vari meccanismi alla base dell'asma notturna con risultati non sempre convincenti: il raffreddamento delle vie aeree (ma la bronco costrizione notturna si verifica anche quando la temperatura ambientale rimane costante), la posizione supina (asmatici lasciati in posizione supina per 24 ore mostrano però tale contrattura solo durante la notte), fattori allergici quale l'esposizione agli acari domestici (l'asma notturno si verifica anche in non allergici). Maggiore importanza è rivestita, oltre che dalle variazioni circadiane ormonali, anche dai meccanismi del reflusso gastro-esofageo e dell'apnea nel sonno; queste due condizioni sono frequentemente associate all'obesità e potrebbero tutte confluire nell'asma notturna. L'OSAS comunque è associata all'asma anche in maniera indipendente dall'obesità.
I potenziali legami che collegano OSAS ed asma sono rappresentati da alterazioni infiammatorie e meccaniche; nei pazienti con OSAS non trattata, rispetto ai controlli, è stata riscontrata neutrofilia bronchiale e presenza di IL-8 nell'espettorato, la cui concentrazione nel supernatante è correlata con l'indice di apnea / ipopnea. Altri studi inoltre hanno evidenziato nell'OSAS una aumentata presenza di TNF-α, citochina coinvolta nell'infiammazione dell'asma non eosinofilica, in maniera indipendente dal BMI. Un ulteriore meccanismo di infiammazione delle vie aeree superiori è dato dal trauma meccanico e dall'ipossia intermittente che vengono a crearsi nell'OSAS e che determinano un aumentato stress ossidativo tissutale; ciò comporta da un lato un danno alla muscolatura scheletrica con un suo

ridotto tono e dall'altro l'instaurarsi di una vera e propria infiammazione con una aumentata espressione di citochine (quali l'IL-1α e l'IL-6) pro-infiammatorie e pro-fibrotiche. L'aumentata deposizione di tessuto connettivale nell'ambito delle vie aeree superiori -che si correla con la gravità dell'OSAS- ha come esito un rimodellamento con aumentato spessore della parete, alterazioni meccaniche di distensibilità tra componenti contrattili e non contrattili e ridotta pervietà. Essendo l'infiammazione di tipo sistemico, si possono ipotizzare a livello dell'albero bronchiale identiche modificazioni fibrotiche e del tono della muscolatura liscia.
È dimostrata inoltre una attivazione di recettori neurali che segue all'ostruzione nasale, al ridotto diametro aereo a livello faringeo e all'aumentata collassabilità, tutti fattori che si riversano sul carico resistivo dell'albero bronchiale specialmente durante il sonno.
Si ricorda per inciso come gli stessi meccanismi – con aggravi ipercapnici e modificazioni pressorie intratoraciche – sono alla base dell'elevato rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, aritmie, cardiopatie ischemiche) e cerebrovascolare che si ritrova nell'OSAS, attraverso meccanismi intermediari di attivazione simpatica, di disfunzione endoteliale, di stress ossidativo vascolare, infiammazione, aumentata coagulazione e disregolazione metabolica (insulino-resistenza, obesità e leptina-resistenza).
L'ossido nitrico (NO) è coinvolto anch'esso nello stress ossidativo e nella infiammazione delle vie aeree; un suo aumento nell'esalato (FENO) è stato riscontrato nell'OSAS. Anche la flogosi allergica può accomunare l'OSAS e l'asma avendo i vari mediatori immunologici attività edemigena e congestizia sulle mucose delle alte vie aeree e molteplici effetti sul sonno: l'istamina ha una azione di equilibrio tra la veglia e il sonno e aumenta l'ostruzione nasale; identica azione è esercitata dai Cisteinil-leucotrieni i quali possono anche determinare disordini respiratori sonno-correlati; l'IL-1, l'IL-4 e l'IL-10 aumentano la latenza al sonno REM diminuendone la durata, la bradichinina aumenta la apnea nel sonno e l'ostruzione nasale; la sostanza P aumenta la latenza al sonno REM, i risvegli e l'ostruzione nasale.
L'OSAS può essere sottostante (OR pari a 2.87) ad un'asma non ben controllata (dopo aggiustamento dei fattori per l'obesità) ed essere fattore di rischio per frequenti riacutizzazioni (OR pari a 3,4). Prevalenze inaspettatamente elevate di OSA sono state registrate in vari studi su asmatici normopesi, con un indice di apnea/ipopnea significativamente più elevato nel gruppo in terapia steroidea continua (21.4 vs 11.1), per cui i pazienti che hanno difficoltà a raggiungere un adeguato controllo dell'asma dovrebbero essere sottoposti a screening per tale comorbidità. Alcuni piccoli studi hanno dimostrato come il trattamento con CPAP possa indurre un miglioramento dei sintomi asmatici, una riduzione nell'uso di broncodilatatori e un miglioramento della qualità di vita asma-correlata. Non sono stati evidenziati significativi cambiamenti nella reattività delle vie aeree dopo 6 settimane di trattamento, potenzialmente ascrivibile ad una irritazione delle mucose dovuta alla pressione positiva.

■ Psicopatologie ed asma

Vi è riscontro che ansia, depressione e disordini di panico sono maggiormente frequenti nei pazienti asmatici, specie più gravi, rispetto alla popolazione generale[15]. Essi possono essere una conseguenza dell'asma o contribuirne lo sviluppo.
Stress e disturbi psicologici possono condizionare il controllo clinico dell'asma, ma soprattutto influenzarne la gestione; la depressione è particolarmente pericolosa, in quanto può limitarne l'aderenza al trattamento, la compliance farmacologica ed il follow-up. Le varie condizioni psicologiche possono inoltre alterare la percezione o la descrizione dei sintomi asmatici nella valutazione della malattia (la dispnea può correlarsi con lo stato d'ansia) e nel suo auto-controllo, associandosi ad un maggiore tasso di ospedalizzazione e di riacutizzazione. Le disfunzioni psicologiche sono associate a maggiori esacerbazioni asmatiche con un indice di rischio pari a 10,8.
Vi sono chiare dimostrazioni su come lo stress psico-sociale possa alterare la funzione immunitaria, attraverso vie neuro-ormonali, in una direzione di risposta Th-2 ed incrementare la prevalenza di malattie infettive e sistemiche. Esso inoltre può comportare una ridotta sensibilità alla terapia steroidea agendo attraverso la funzione o l'espressione dei recettori glucocorticoidei[16].
I disturbi psicologici dovrebbero essere considerati nella valutazione dell'asma e, qualora individuabili, diagnosticati e trattati tempestivamente in ambito specialistico.

■ Disfunzione delle corde vocali (respirazione disfunzionale) e asma.

La disfunzione delle corde vocali (VCD) è un disordine eterogeneo rappresentato da una adduzione paradossa (con chiusura) delle corde vocali durante l'inspirazione e/o all'inizio della espirazione; essa rientra nella sindrome del "laringe irritabile" con episodica disfunzione laringea spontanea o scatenata dalla esposizione ad irritanti[17].
Può manifestarsi sotto forma di sensazione che induce a schiarirsi la gola, tosse cronica, globo faringeo, episodi di soffocamento e disfonia.
Può associarsi all'asma (altre volte mascherarla, specie nella sua forma sotto sforzo) attraverso comorbidità quali la GERD, la rinosinusite o una malattia psichiatrica; infatti le caratteristiche cliniche che individuano i pazienti con tale patologia riportano una popolazione oltre i 50 anni (60%), in gran parte di sesso femminile (80%), che può riferire dispnea da esercizio e che presenta fattori psichiatrici/emozionali (specie isteria ed ipocondria, con eccessivo lamento per i sintomi fisici) e/o presenza di GERD (51%), pregresso abuso di sostanze (38%) quali alcool, cocaina, anfetamine, e con trigger rappresentati da irritanti chimici e, in minor misura, da infezioni delle vie aeree superiori.
La diagnosi si avvale della laringoscopia con l'evidenza – durante l'acuzie - di un movimento paradosso delle corde vocali con adduzione inspiratoria (talvolta anche espiratoria) dei 2/3 anteriori delle corde vocali, ovvero presenza di uno spazio glottico posteriore a forma di diamante (meno frequente). La spirometria è utile qualora mostri mancata reversibilità e soprattutto una ostruzione extratoracica nella curva flusso/volume, con un aumento del rapporto

FEF50 / FIF50, dati che non sono sempre evidenziabili.
La laringoscopia di base è scarsamente sensibile. La terapia indirizzata verso l'asma è tipicamente poco efficace. La VCD dovrebbe essere considerata in pazienti con asma atipica e difficile da trattare, nonché in atleti d'elite che hanno una dispnea da sforzo che non risponda ai farmaci per l'asma.
Anche la respirazione disfunzionale, da aumentata frequenza respiratoria, spesso chiamata "sindrome da iperventilazione" può simulare l'asma. Tale condizione è spesso associata a disturbi psicologici.

■ Infezioni respiratorie ed asma

Gli effetti delle infezioni respiratorie sull'asma possono essere complessi, in alcuni casi prevenendone lo sviluppo, ma soprattutto determinandone in molti altri l'inizio (virus respiratorio sinciziale, parainfluenzale) o l'esacerbazione (rinovirus) o la cronicizzazione (Mycoplasma e Chlamydia); tali potenzialità dipendono oltre che dal tipo di infezione, anche dalla sua frequenza e gravità, dall'epoca di vita in cui si verifica e dalla predisposizione dell'ospite verso un fenotipo Th1 (di tipo protettivo) o Th2 (a predisposizione atopica/asmatica).

• Infezioni virali

Le infezioni respiratorie di origine virale sono una frequente e comune causa di esacerbazione asmatica, con una prevalenza dell'80% nei bambini e del 41-78% negli adulti, con i rinovirus maggiormente coinvolti e particolarmente associati ad una maggiore ospedalizzazione per asma. Il virus respiratorio sinciziale ed i metapneumovirus sono invece maggiormente coinvolti nelle riacutizzazioni asmatiche dei primi anni di vita mentre i virus influenzali sono per lo più associati ad esacerbazioni negli adulti, nei quali essi possono agire anche come fattori di innesco della malattia asmatica. Le sue infezioni portano a declino della funzione polmonare.
Nei pazienti asmatici è stato inoltre dimostrato un deficit dell'immunità antivirale sia innata, sia adattativa. Normalmente, nelle cellule epiteliali delle vie aeree l'infezione virale induce la produzione di IFN-β, con seguente apoptosi delle cellule infettate dal virus e limitazione della replicazione virale. Tale azione è seguita da una risposta immunitaria adattativa caratterizzata da cellule Th1 con produzione di IFN-γ ed IL-12, amplificazione della risposta antivirale, rapida clearance del virus e risoluzione della infiammazione.
L'infezione da rhinovirus nell'asmatico si accompagna a compromissione della risposta all'INF permettendo al virus di continuare a replicarsi (aumento della carica virale) e di danneggiare l'epitelio delle vie aeree (necrosi); questo comporta sia il rilascio incontrollato di mediatori infiammatori (insorgenza di riacutizzazione), sia l'esposizione/ingresso ad allergeni ed inquinanti. Inoltre i virus determinano anche un aumento della risposta colinergica danneggiando il recettore M2 muscarinico, regolatore delle risposte vagali con un meccanismo a feedback negativo. Le alterazioni epiteliali conseguenti determinano una forte induzione di alterata reattività bronchiale, il cui ripristino richiede circa 4 mesi nel 100% dei soggetti non atopici, mentre persiste anche oltre l'anno nei soggetti allergici.
La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata nell'asma anche se l'evidenza attuale pone alcuni dubbi sulla sua reale efficacia nella prevenzione in morbilità. Da ricordare inoltre come un trattamento con steroidi inalatori a dosi medio/basse non influisca sulla risposta al vaccino, cosa che invece potrebbe verificarsi a dosi più alte.

• Infezioni batteriche.

Il Mycoplasma pneumoniae potrebbe essere coinvolto nella persistenza dell'asma, nella riduzione a lungo termine della funzione polmonare e nelle riacutizzazioni. La Chlamydia pneumoniae invece ha dimostrato ridurre la clearance mucociliare ed aumentare la produzione di muco a livello bronchiale. Anche la sua infezione potrebbe causare infiammazione delle vie aeree inferiori ed esacerbazioni asmatiche in bambini ed adulti contribuendo alla cronicizzazione della malattia. Il trattamento con macrolidi in pazienti con asma cronica in fase di stabilità e PCR positiva per mycoplasma o chlamydia, ha determinato un significativo miglioramento del fev-1 rispetto ai controlli asmatici PRC negativi, a testimonianza di una infezione cronica latente da parte di tali batteri; tale efficacia potrebbe però essere collegata in parte agli effetti antiinfiammatori dei macrolidi che potenzialmente potrebbero ripristinare una ridotta funzione dell'istone deacetilasi steroidea.

• Infezioni fungine

L'Aspergillosi broncopolmonare allergica è in genere associata all'asma, con presenza di elevata eosinofilia ematica, elevati livelli di IgE, test cutanei e precipitine positivi per l'Aspergillus; la sensibilizzazione all'Aspergillus fumigatus è associata ad un aumentato rischio (OR pari a 2.01) di sviluppo di bronchiectasie di tipo centrale e talvolta ad una spirometria con ostruzione più pronunciata.
Per quanto riguarda altri agenti fungini, quali Cladosporium spp, Alternaria spp, Penicillium spp, Candida spp, Trichophyton spp, comuni nell'aria, la correlazione tra la esposizione ad essi e l'asma è dibattuta[18]. Alcuni pazienti con asma grave possono presentare sensibilizzazione ad uno o più miceti, potenziale spia di una loro possibile colonizzazione bronchiale. In essi, il trattamento orale con itraconazolo, somministrato per 32 settimane, ha significativamente aumentato la qualità di vita asma-correlata rispetto al placebo[18].

■ Disturbi ormonali ed asma

Le modificazioni ormonali che si verificano nel corso della vita potrebbero avere un ruolo nell'asma che, più frequente inizialmente nei maschi, in seguito presenta in età adulta una insorgenza maggiore nelle donne (9,1% vs 5,1%); le donne inoltre presentano una forma di asma più grave rispetto agli uomini, con tassi di ricoveri ospedalieri (e maggiore durata di degenza) che, se simili per sesso nell'adolescente, diventano tre volte maggiori nelle donne in età compresa tra 20 e 50 anni; le donne sono anche più suscettibili agli effetti del fumo. Una indagine nella relazione tra età del menarca e funzione polmonare nell'asma, ha evidenziato come la comparsa di un menarca precoce si correli con un'asma più grave ed una più bassa funzione polmonare in età adulta. Durante il ciclo mestruale l'asma può peggiorare anche se solitamente tale trigger è pre-

sente solo in alcune donne e non in forma grave. Durante la gravidanza l'asma può rimanere stabile, migliorare o acuirsi specie se ha già una sua gravità di partenza.
La menopausa infine può coincidere con la comparsa di asma. Una sovrapposizione di comorbidità ormonale è ipotizzabile anche nella grave forma dell'asma presente nella donna obesa.

■ Broncopneumopatia cronica ostruttiva, fumo ed asma

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) può svilupparsi in pazienti con asma preesistente e che fumano; in tal modo il fumo può influenzare il decorso della malattia con incremento in morbidità e gravità. Giovani affetti da asma e che fumano hanno, rispetto agli asmatici non fumatori, caratteristiche che richiamano la BPCO con precoci sintomi respiratori e dati spirometrici di alterato rapporto FEV1/FVC, ridotta capacità di diffusione polmonare del monossido di carbonio, maggiore capacità residua funzionale e soprattutto una minore reversibilità dell'ostruzione delle vie aeree con un declino più accelerato della funzione respiratoria[19]. A ciò si accompagna una aumentata espressione dell'elastasi neutrofila sottoepiteliale (con distruzione delle fibre elastiche polmonari) ed un aumento di neutrofili nell'espettorato che determina una modificazione del fenotipo di asma e della risposta allo steroide (i neutrofili sono poco responsivi al cortisone). Il fumo stesso, attraverso lo stress ossidativo, determina la produzione di perossinitrito ad attività inibente l'istone deacetilasi (HDAC2), enzima su cui agisce lo steroide; sono state ipotizzate inoltre modificazioni nel rapporto α/β del recettore dei glucocorticoidi. Tale fenotipo di asma dunque si presenta in forma di particolare gravità e di difficile controllo. Soggetti affetti da rinite allergica e che fumano sono a più alto rischio di sviluppare l'asma. L'esposizione ambientale al fumo di tabacco è stata implicata anche nelle forme gravi di bronchiolite da RSV e nello sviluppo di un persistente wheezing.
BPCO ed asma possono sovrapporsi in vario modo, ponendo una difficile diagnostica differenziale, ma devono essere distinte per un approccio di gestione ottimale e personalizzato. Si sottolinea l'importanza di eliminare il fumo nel miglioramento dei risultati dell'asma.

■ Conclusioni

La rinite allergica è una comorbidità molto comune anche nell'asma pediatrico, anche se i suoi effetti sulla gravità e sul controllo dell'asma non sono stati determinati. Inoltre, anche se l'obesità è in aumento nei bambini e la GERD è comune in questa fascia di popolazione, i loro effetti sulla asma devono ancora essere documentati. I disturbi depressivi spesso sono misconosciuti.
Gli anziani sono affetti da molte comorbidità: la GERD, l'obesità, le malattie cardiache e la BPCO sono abbastanza comuni. Problemi di depressione sono di frequente riscontro e possono interferire con la diagnosi ed il controllo dell'asma. Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta a farmaci concomitanti quali i β-bloccanti.
Come sottolineato nelle linee guida attuali, l'identificazione delle comorbidità dovrebbe essere parte della gestione dell'asma, in particolare nella forma grave. L'identificazione fenotipica comporterà un trattamento personalizzato della malattia, per cui un tipo di asma principalmente non-eosinofilico potrà predire una ridotta risposta ai corticosteroidi per via inalatoria come ad esempio nei fumatori o nei pazienti obesi. Quanto detto infine non può non avere rilevanti ripercussioni sull'affidabilità degli ampi studi sinora condotti circa l'efficacia dei vari farmaci nell'asma, studi che hanno valutato grossolanamente varie e contrastanti espressioni di una unica malattia.

Bibliografia

1. Wenzel SE, Busse WW, the National Heart, Lung, and Blood Institute's Severe Asthma Research Program, Severe asthma: lessons from the Severe Asthma Research Program. J Allergy Clin Immunol 2007; 119: 14–21.
2. Gershon AS, Wang C, Guan J, To T. Burden of comorbidity in individuals with asthma. Thorax 65, 612–618 (2010).
3. Humbert M, Holgate S, Boulet LP, Bousquet J. Asthma control or severity: that is the question. Allergy 62, 95–101 (2007).
4. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GALEN and AllerGen). Allergy 63(Suppl. 86), 8–160 (2008).
5. Togias A. Mechanisms of nose-lung interaction. Allergy 1999; 54: Suppl. 57, 94–105.
6. Braunstahl GJ, Overbeek SE, Kleinjan A, Prins JB, Hoogsteden HC, Fokkens WJ. Nasal allergen provocation induces adhesion molecule expression and tissue eosinophilia in upper and lower airways. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 469–476.
7. Price D, Zhang Q, Kocevar VS, Yin DD, Thomas M. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthmarelated health care use by adults. Clin Exp Allergy 2005; 35: 282–287.
8. Ten Brinke A, Grootendorst DC, Schmidt JT et al. Chronic sinusitis in severe asthma is related to sputum eosinophilia J. Allergy Clin. Immunol. 109, 621–626 (2002).
9. Fiocchi A, Fox AT. Preventing progression of allergic rhinitis: the role of specific immunotherapy. Arch. Dis. Child Educ. Pract. Ed. 96(3), 91–100 (2011).
10. Gibson PG, Henry RL, Coughlan JL. Gastro-oesophageal reflux treatment for asthma in adults and children. Cochrane. Database. Syst. Rev. 2, CD001496 (2003).
11. Shore SA, Johnston RA. Obesity and asthma. Pharmacol. Ther. 110, 83–102 (2006).
12. Pakhale S, Doucette S, Vandemheen K et al. A comparison of obese and nonobese people with asthma: exploring an asthma-obesity interaction. Chest 137, 1316–1323 (2010).
13. Shore SA. Obesity and asthma: possible mechanisms. J. Allergy Clin. Immunol. 121, 1087–1093 (2008).
14. Sutherland ER, Goleva E, Strand M, Beuther DA, Leung DY. Body mass and glucocorticoid response in asthma. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 178, 682–687 (2008).
15. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. Thorax 53, 1066–1074 (1998).
16. Haczku A, Panettieri RA Jr. Social stress and asthma: the role of corticosteroid insensitivity. J. Allergy Clin. Immunol. 125, 550–558 (2010).
17. Ibrahim WH, Gheriani HA, Almohamed AA, Raza T. Paradoxical vocal cord motion disorder: past, present and future. Postgrad. Med. J. 83, 164–172 (2007).
18. Denning DW, O'Driscoll BR, Powell G et al. Randomized controlled trial of oral antifungal treatment for severe asthma with fungal sensitization: the Fungal Asthma Sensitization Trial (FAST) study. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 179, 11–18 (2009).
19. Guerra S. Overlap of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Curr. Opin. Pulm. Med. 11, 7–13 (2005).

Incident reporting e sicurezza del paziente nelle organizzazioni sanitarie.

Audit e morbility & mortality review: istruzioni per l'uso.

GIOVANNI FALSINI

UO Cardiologia Ospedale San Donato Arezzo - AUSL 8
Referente Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico per il Rischio Clinico e Qualità.

Per corrispondenza:
giovannifalsini@gmail.com

Riassunto
Introdotti dapprima in attività industriali al alto rischio, i sistemi di incident reporting, sono stati più recentemente importati nelle organizzazioni sanitarie adattandoli al contesto specifico.
Attualmente i sistemi di reporting sono considerati strumenti indispensabili in tutte le organizzazioni che vogliono sviluppare attività di gestione del rischio e nessuna organizzazione o specialità professionale si può definire completa senza un sistema di segnalazione.
Scopo della rassegna è quello di valutare le motivazioni a livello teorico dell'incident reporting, illustrarne la diffusione in campo sanitario, considerarne le ricadute pratiche in termini di miglioramento della sicurezza del paziente ed infine di rappresentare una guida pratica per la realizzazione di audit clinici e di rassegne di morbilty & mortality review.

Parole chiave: rischio clinico. Sicurezza del paziente. Audit. Molrbility & mortality review.

■ Introduzione

L'assistenza sanitaria è un'attività ad alto rischio, assimilabile a buon diritto all'industria nucleare, aeronautica e aerospaziale. Questa consapevolezza è relativamente recente - si conviene che il settore sanitario sia più di un decennio arretrato degli altri settori ad alto rischio nei suoi tentativi di garantire sicurezza - e si è diffusa tra gli operatori del settore in modo tutt'altro che spontaneo, ma a seguito di rapporti pubblici di forte impatto emotivo. Il primo e drammatico documento che si è occupato di questo argomento è stato "To err is human" dell'Institute of Medicine USA del 1999[1], un vero e proprio atto d'accusa sull'assistenza sanitaria statunitense. Nel rapporto si afferma che: "gli errori in sanità coinvolgono il 3-4% dei pazienti ospedalizzati, che da 44.000 a 98.000 pazienti muoiono ogni anno per errori medici, più che per incidenti stradali, cancro al seno o AIDS e che solo gli errori da farmaci causano circa 7000 morti/anno negli USA. Molti lavori successivamente hanno sostanzialmente confermato, in differenti contesti, la gravità e l'entità, del primo allarme[2,3]. L'inizio del terzo millennio ha visto pertanto la nascita e lo sviluppo di numerose iniziative nel campo della sicurezza dei pazienti, tra cui un ruolo fondamentale spetta ai sistemi di incident reporting.

■ Il rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso (EA), subisca cioè un danno, o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza ospedaliera o comunque durante attività sanitarie diagnostico-terapeutiche. Un EA può causare un prolungamento del periodo di degenza, la mancata guarigione, un peggioramento delle condizioni di salute o anche la morte del paziente[2]. L'entità del problema è particolarmente rilevante se si pensa che l'incidenza di EA in Italia è stata recentemente stimata pari al 5.17% dei ricoveri[3].
La responsabilità dell'errore in medicina è imputabile a molte cause: al fattore umano[4], alla qualità tecnica della prestazione medica, all'organizzazione dei sistemi aziendali, ai percorsi di diagnosi, alla cura[5]; non è detto, quindi, che chi commette l'errore ne sia il maggior responsabile. Un cambiamento epocale nella gestione del rischio clinico si deve a Reason[6] che nel 2000 ha introdotto una visione nuova nella comprensione delle cause degli incidenti, spostando l'attenzione dall'individuo che commette l'errore ai fattori organizzativi preesistenti.
Secondo Reason "la condizione umana è fallace e gli errori sono inevitabili; non possiamo cambiare la condizione umana

ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano e minimizzare le opportunità di errore". Accanto a fallimenti attivi (errori), Reason considera i fallimenti latenti, cioè decisioni soggette ad errore prese ai livelli più alti della struttura manageriale trasmesse, passando attraverso i diversi reparti e servizi dell'organizzazione, fino al posto di lavoro. Le difese e le barriere del sistema, rispetto agli errori, sono progettate per proteggere dai pericoli e dai rischi e per mitigare le conseguenze dei fallimenti umani e delle attrezzature. Le difese possono prendere la forma di barriere fisiche (es. sbarre di contenimento dei letti), barriere naturali (es. la distanza), azioni umane (es. le verifiche) e controlli amministrativi (es. l'addestramento o la formazione). Nell'analisi di un EA ognuno di questi elementi deve essere considerato nel dettaglio, partendo dagli atti insicuri e dalle falle nelle difese del sistema risalendo fino ai processi organizzativi.
La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile[6,7].

Attualmente i sistemi di reporting sono considerati strumenti indispensabili in tutte le organizzazioni che vogliono sviluppare attività di gestione del rischio e nessuna organizzazione o specialità professionale si può definire completa senza un sistema di segnalazione.
Scopo di questa rassegna è di valutare le motivazioni a livello teorico dell'incident reporting (IR), le modalità di applicazione in campo sanitario e le ricadute pratiche in riferimento al contesto locale della AUSL8. Si rimanda al glossario dei termini tecnici a fine documento per le definzioni.

■ Il sistema di incident reporting: cos'è?

L'incident reporting (IR) è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria: nel caso ad esempio degli eventi sentinella) degli EA e dei problemi organizzativi[2,5,8] (figura 1). L'IR è una modalità di raccolta, in maniera strutturata, di segnalazioni di eventi che possono avere un impatto clinico, il cui scopo è fornire all'organizzazione stessa, una base di analisi per poter predisporre strategie e azioni di correzione e miglioramento onde prevenirne la ricorrenza. l'IR rappresenta uno strumento fondamentale per definire il profilo di rischio di un contesto e tradurre nel concreto il concetto di "apprendere dall'errore". Questo sistema, nato in contesti differenti, come vedremo nel prossimo paragrafo, è stato introdotto da alcuni anni nei sistemi sanitari adattandolo alle specificità delle organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente[2,10]. La tabella 1 indica le caratteristiche essenziali dell'IR.
I professionisti che si trovano coinvolti in un incidente possono porre il caso all'attenzione dell'organizzazione in cui prestano opera tramite un'apposita scheda di segnalazione, collocata all'interno del sistema informativo aziendale[9].
Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che rappresenta una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.

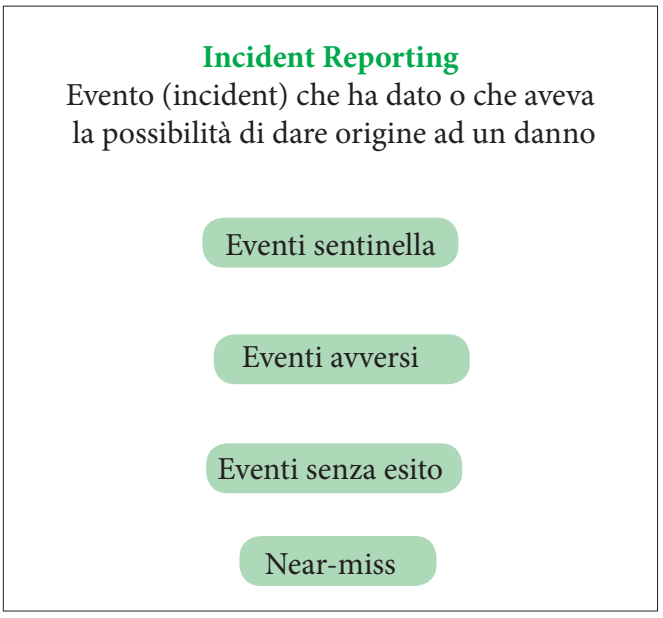


Figura 1: *Definizione di incident reporting e tipologia di eventi segnalati*

Di per se l'IR non rappresenta una stima attendibile dell'incidenza di errori e di eventi avversi; la segnalazione volontaria non può sostituire per tale finalità una raccolta sistematica di dati[5]. L'epidemiologia degli eventi avversi è definita infatti da studi disegnati ad hoc[3,5] (Tabella 2).
La segnalazione spontanea rappresenta però una funzio-

Tabella 1: *Caratteristiche essenziali dell'incident reporting*

Perché segnalare?	- Per favorire lo sviluppo di una cultura della sicurezza - Per aiutare a costruire "profili di rischio" locali e nazionali - Per supportare l'apprendimento e lo sviluppo di soluzioni attraverso l'identificazione delle cause profonde degli errori - Per aiutare a utilizzare in maniera razionale risorse preziose - Per migliorare la fiducia del pazienti e dei cittadini nel Sistema Sanitario Nazionale.
L'efficacia di un sistema di IR volontario dipende da	- Immunità da processi disciplinari - Anonimato - Autonomia di chi analizza i reports dalle autorità a cui compete attribuire sanzioni - Feedback rapido, facilmente accessibile, orientato al problema - Reports semplici da compilare
Che cosa segnalare?	- Qualsiasi evento ma i sistemi volontari sono soprattutto incentrati sui near miss (quasi eventi) e danni lievi.

Tabella 2: *Epidemiologia Eventi Avversi*

Autore	anno	Nazione	n. pazienti	% EA	% EA evitabili
Schimel	1964	USA (Cal)	1014	23,6	-
Brennan	1984	USA (NY)	30195	3,7	27,6
Thomas	1992	USA (Ut, Cal)	14564	2,9	27,4/31,6
Wilson	1982	Australia	14179	16,6	51,2
Davis	1998	Nuova Zelanda	6579	11,3	37
Vincent	1999	Regno Unito	1014	10,8	48
Healey	2001	Regno Unito	4743	31,5	48,6
Schioler	2002	Danimarca	1097	9	40,4
Baker	2002	Canada	3720	7,5	41,6
Foster	2002	Canada	502	12,7	38
Ross	2004	Canada	3745	7,5	36,9
Michel	2005	Francia	8754	5,1	35
Aranaz	2005	Spagna	5624	9,3	46
Zegers	2009	Olanda	8400	5,7	40
Mendes	2010	Brasile	1103	7,6	66,7
Soop	2010	Svezia	1967	12,3	70
Tartaglia[10]	2012	Italia	7573	5,17	56,7

ne complementare di questi studi in grado comunque di fornire allarmi e informazioni aggiuntive fondamentali per la sicurezza.
Esiste una proporzione a piramide (figura 2) descritta inizialmente nel contesto industriale, per cui a fronte di un evento fatale esistono decine di incidenti, centinaia di eventi pericolosi e migliaia di azioni non sicure, quasi eventi; proprio questi ultimi rappresentano una fonte importante di informazioni per la sicurezza dei sistema[11].
Anche se solo una piccola percentuale di eventi viene generalmente segnalata nei vari sistemi di IR, il numero assoluto di segnalazioni non sembra elemento limitante fintantoché il sistema riceve segnalazioni in grado di identificare i principali problemi di sicurezza. Il ruolo essenziale dei sistemi di segnalazione è insito nel contributo che questi svolgono nel far crescere la consapevolezza e la cultura della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

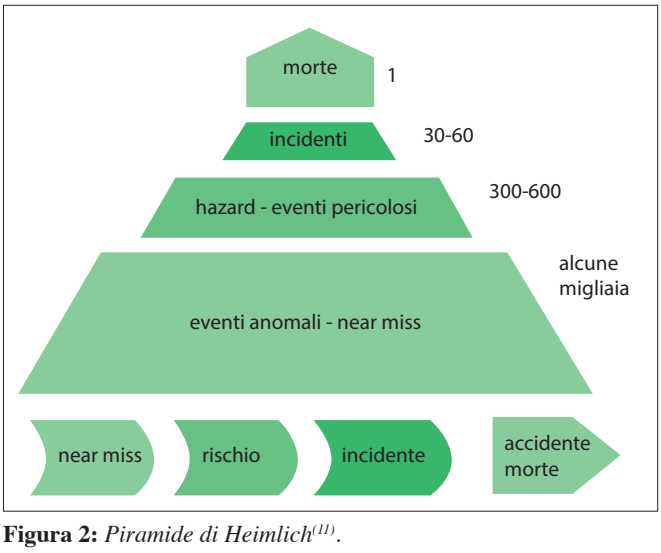


Figura 2: *Piramide di Heimlich*[11].

■ Quando nasce e come si sviluppa l'IR

Tecniche di investigazione critica su incidenti sono stati usati per la prima volta durante la II guerra mondiale per migliorare la sicurezza e le performances dei piloti militari[12].
Il primo sistema di IR, strutturato, è stato introdotto nel 1976 negli USA in campo aereonautico come Aviation Safety Reporting System (ASRS) dalla National Aeronautic and Space Administration (NASA). L'ASRS è un sistema di segnalazione confidenziale, volontario e senza attribuzione di colpe, attraverso il quale i piloti e i controllori di volo comunicano i near miss, cioè occorrenze di eventi che avrebbero potuto portare a veri e propri incidenti[13]. Le segnalazioni contengono un riferimento che permette agli analisti di contattare (se necessario) l'autore, ma questo riferimento, insieme a qualunque dato che ne renderebbe possibile l'identificazione, viene rimosso in sede di analisi. La descrizione dell'evento viene riportata sia in termini narrativi che analizzata attraverso numerose chiavi di indicizzazione. Con questo sistema vengono effettuate

30.000 segnalazioni all'anno a fronte di circa 30-35 incidenti annui.

■ L'IR in sanità a livello internazionale

In campo medico, gli anni '70 negli USA sono caratterizzati dalla "crisi della malpractice" che determina un aumento del numero ed onerosità dei rimborsi per errori nelle cure e un parallelo incremento spropositato dei premi assicurativi; nel 1971 viene svolta la prima indagine governativa la quale documenta che le denunce sono dovute prevalentemente a danni delle cure o a cattivi risultati delle cure stesse, che non tutti i danni derivano da negligenza e che non tutti sono prevenibili.
Nel 1975 si hanno le prime segnalazioni di sistemi di IR in sanità che riguardano le reazioni da trasfusioni di sangue (FDA)[14]; nel 1978 Cooper[4] identifica una scheda di segnalazione per la rianimazione ispirandosi al Critical Incident Tecnique, nato per le segnalazioni in aeronautica. Ma è negli anni Ottanta che il sistema IR viene definitivamente tradotto in ambito Sanitario, dapprima in Australia e nel Regno Unito.
L'Australian Incident Monitoring System (AIMS) nasce nel 1993[15] su iniziativa della Australian Patient Safety Foundation. Le segnalazioni sono confidenziali e provengono anche dai pazienti; il segnalatore effettua una prima analisi dell'evento; le organizzazioni a livello locale hanno la responsabilità di realizzare cambiamenti specifici; il livello centrale fornisce raccomandazioni, trend e informazioni. Al 2001 il database AIMS contiene circa 50.000 segnalazioni.

Nel Regno Unito, nell'ambito del programma di modernizzazione del Sistema sanitario (NHS), a partire dalla presentazione del report "An Organisation with a Memory" nel giugno 2000[17], assume rilievo la necessità di avere un approccio sistematico e proattivo al tema degli EA. Viene infatti rilevato come, pur in presenza (anche da molti anni) di attività che tendono a registrare le cose sbagliate che accadono nei Servizi, questo avviene in maniera non coordinata e con scarsa efficacia rispetto alla potenzialità di miglioramento delle organizzazioni, raggiungibile attraverso l'apprendimento derivato dalla riflessione sistematica sulla propria esperienza, dalla cultura della sicurezza per il paziente e della trasparenza. Nel 2001 viene quindi istituita la National Patient Safety Agency, una speciale authority col compito di coordinare le attività nel campo della sicurezza in sanità, e, tra le altre funzioni, curare l'introduzione di un sistema nazionale di reporting, il National Reporting and Learning System (NRLS) che risulterà poi particolarmente attivo[18].

Il Sistema Danese è il primo ad ufficializzare anche in Sanità la non punibilità del segnalatore ed in particolare che "Una persona della prima linea che riporta un EA non può essere sottoposto ad un'indagine o ad azioni disciplinari da parte del datore di lavoro, il Comitato della Salute, o la Corte di Giustizia" (Art.6 Act on Patient Safety)[16].
Negli Stati Uniti, nel dicembre 1999 è stata istituita la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), una agenzia governativa, parte del Department of Health & Human Services, la cui mission è quella di migliorare gli outcomes e la qualità delle cure mediche, migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre gli errori medici. La AHRQ produce sistematicamente raccomandazioni per aumentare la qualità dell'assistenza medica basate su informazioni evidence-based (http://www.ahrq.gov). Un importante organismo internazionale di coordinamento delle varie agenzie nazionali, è la Word Alliance for Patient Safety, costituita nel 2004 all'interno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con lo scopo principale di supportare lo sviluppo delle politiche e delle pratiche sulla Sicurezza dei pazienti, ed ha prodotto documenti programmatici attraverso i quali sono state promosse varie iniziative tra cui l'IR (http://www.who.int/patientsafety).

■ Le evidenze scientifiche di efficacia dell'IR

In campo aereonautico, il sistema di reporting ASRS americano ha registrato una riduzione del rischio di morte per incidente aereo dal 1990 ad oggi, da una probabilità su 2 milioni ad una su 8 milioni che avvenga un incidente per ogni passeggero[19]. Il sistema SESMA (Special Event Search and Master Analysis) sviluppato a partire dagli anni '70 dalla British Airways ha registrato un numero di incidenti per ogni 10.000 partenze fisso dal 1993 al 2002 nonostante l'aumento del 6% delle partenze di pari passo alla riduzione del numero di eventi ad alto rischio con un aumento del 140% di EA segnalati dai piloti[20]. In campo medico, negli USA, dopo l'introduzione del sistema di IR formalizzato presso il Brigham and Women's Hospitals di Boston, il numero di eventi avversi si è ridotto del 55%, da 10,7/1000 a 4,86/1000 pazienti-giorno[21].

■ IR in Italia

In Italia il sistema IR si diffonde per input del Ministero della salute (D.M. 5 marzo 2003) che ha dettato le linee programmatiche in tema di Rischio Clinico[9].
Tali indicazioni sono state recepite prontamente dalla Regione Emilia Romagna e Toscana che a partire dallo stesso 2003 hanno realizzato sistemi di IR con gestione a livello regionale delle segnalazioni che riguardano i quasi eventi e gli eventi senza danno al paziente[22,23]. Nel 2004 anche la Regione Lombardia (Circolare n. 46/SAN del 27/12/2004) prevede l'avvio in tutte le aziende di un progetto di IR: la tipologia degli eventi segnalati, in questo caso, è limitata agli EA.
Nel 2005 (DGRC n.1688 del 26/11/2005) la Regione Campania attiva un modello organizzativo per la gestione del rischio clinico; il sistema di IR si sviluppa nel 2006 con la formazione del Comitato Regionale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico (DP Regione Campania n.565/2006) che ha come obiettivo gli EA.
La regione Veneto nel 2008 (DGRV n.1831/1 luglio 2008) ha attivato un modello organizzativo per la gestione della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private preaccreditate, e per i Centri Servizi con l'obiettivo principale di razionalizzazione e gestione unitaria dei flussi informativi regionali.

Scheda di segnalazione
degli eventi senza danno al paziente*
(da consegnare al facilitatore)

REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE

Evento

Descrizione (luogo e dinamica, eventuali conseguenze):

Data _____ Ora _____ Paziente coinvolto ☐ si ☐ no

IMPORTANTE: Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.

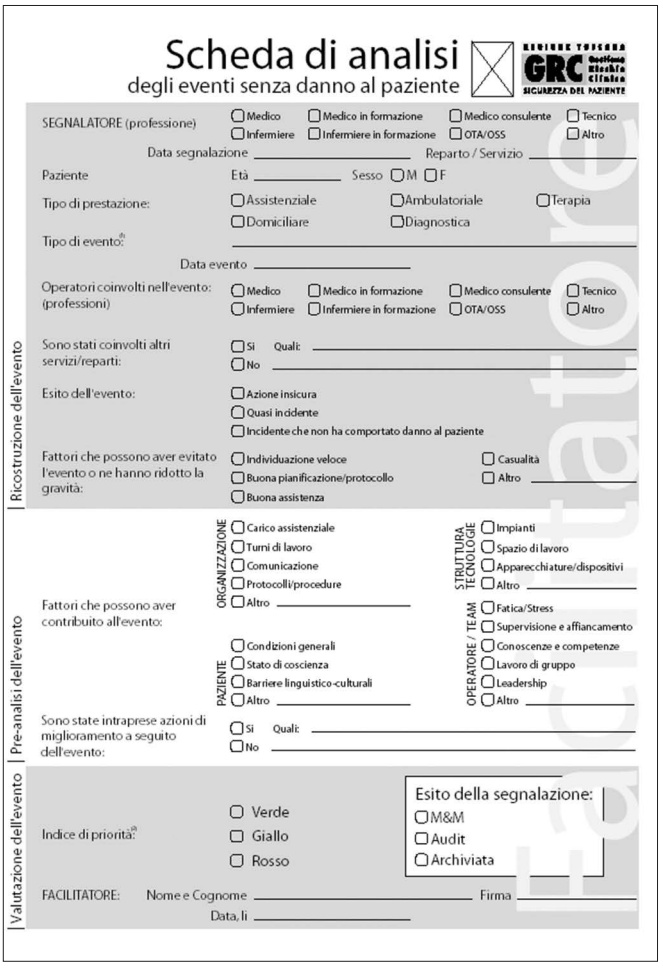
Operatore
Nome e Cognome

Data segnalazione _____

*Gli eventi da segnalare sono:
•azioni insicure
•quasi incidenti
•incidenti che non hanno comportato danno al paziente

Facilitatore

Figura 3: *Scheda Segnalazione evento avverso.*


Scheda di analisi
degli eventi senza danno al paziente

REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE

SEGNALATORE (professione) ☐ Medico ☐ Medico in formazione ☐ Medico consulente ☐ Tecnico ☐ Infermiere ☐ Infermiere in formazione ☐ OTA/OSS ☐ Altro

Data segnalazione _____ Reparto / Servizio _____

Paziente Età _____ Sesso ☐ M ☐ F

Tipo di prestazione: ☐ Assistenziale ☐ Ambulatoriale ☐ Terapia ☐ Domiciliare ☐ Diagnostica

Tipo di evento*: _____

Data evento _____

Operatori coinvolti nell'evento: (professioni) ☐ Medico ☐ Medico in formazione ☐ Medico consulente ☐ Tecnico ☐ Infermiere ☐ Infermiere in formazione ☐ OTA/OSS ☐ Altro

Ricostruzione dell'evento

Sono stati coinvolti altri servizi/reparti: ☐ Si Quali: _____ ☐ No _____

Esito dell'evento: ☐ Azione insicura ☐ Quasi incidente ☐ Incidente che non ha comportato danno al paziente

Fattori che possono aver evitato l'evento o ne hanno ridotto la gravità: ☐ Individuazione veloce ☐ Buona pianificazione/protocollo ☐ Buona assistenza ☐ Casualità ☐ Altro _____

Pre-analisi dell'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento:

ORGANIZZAZIONE ☐ Carico assistenziale ☐ Turni di lavoro ☐ Comunicazione ☐ Protocolli/procedure ☐ Altro _____

STRUTTURA TECNOLOGIE ☐ Impianti ☐ Spazio di lavoro ☐ Apparecchiature/dispositivi ☐ Altro _____

PAZIENTE ☐ Condizioni generali ☐ Stato di coscienza ☐ Barriere linguistico-culturali ☐ Altro _____

OPERATORE / TEAM ☐ Fatica/Stress ☐ Supervisione e affiancamento ☐ Conoscenze e competenze ☐ Lavoro di gruppo ☐ Leadership ☐ Altro _____

Sono state intraprese azioni di miglioramento a seguito dell'evento: ☐ Si Quali: _____ ☐ No _____

Valutazione dell'evento

Indice di priorità*: ☐ Verde ☐ Giallo ☐ Rosso

Esito della segnalazione: ☐ M&M ☐ Audit ☐ Archiviata

FACILITATORE: Nome e Cognome _____ Firma _____

Data, li _____

Facilitatore

Figura 4: *Scheda pre-analisi dell'evento avverso.*

■ Il sistema di IR locale

La Regione Toscana ha realizzato, come abbiamo visto, a partire dal 2003, un sistema provinciale di IR operativo dal 2004 (DGR n.1387 del 27/12/2004). La fase iniziale è stata di formazione della rete di personale dedicato al sistema comprendente i clinical risk manager (RCM) aziendali (medici responsabili per ogni azienda della gestione del rischio clinico che fanno parte attiva dello staff aziendale), i patient safety manager (PSM) (figura intermedia, non attiva in tutte le realtà aziendali, che può essere ricoperta anche da personale delle professioni infermieristiche o amministrative) e i facilitatori a livello di Unità Operativa (UO) del rischio clinico (operatori sanitari di vari ruoli formati alle problematiche dei rischio clinico). Più recentemente sono state istituite delle figure professionali intermedie, tra i CRM ed i facilitatori di UO di rischio clinico: a livello dipartimentale, il Referente Dipartimentale di Rischio clinico; a livello di UO, il referente di UO di rischio clinico. La responsabilità a livello locale della sicurezza dei pazienti è del direttore di Struttura Operativa e a livello Aziendale del Direttore Sanitario. Il CRM, il PSM, i Referenti locali ed facilitatori svolgono solo un ruolo tecnico, di supporto nella gestione del rischio clinico.

■ Come funziona l'IR in pratica?

I gruppi di rischio clinico delle varie UO (referente dipartimentale, referente di UO, facilitatori) predispongono nelle zone strategiche della UO, la presenza di moduli per la segnalazione di eventi (figura 3) che possono essere riempiti da qualsiasi operatore della UO appena venuto a conoscenza di un qualunque evento che ha a che fare con la sicurezza del paziente. La segnalazione, che può avvenire anche in forma anonima, viene posta in appositi contenitori. Il facilitatore di rischio clinico di UO, presa visione della segnalazione, effettua una prima indagine sull'accaduto e redige la scheda del facilitatore, detta di preanalisi (figura 4) che ha lo scopo di identificare le principali cause dell'evento e di decidere la gestione successiva dello stesso. Secondo un codice di priorità a secondo della gravità dell'evento segnalato (rosso, giallo, verde), viene presa la decisione di archiviare il caso (conservando comunque la scheda di preanalisi), di effettuare un Audit clinico di GRS o una morbility & mortality review (M&M) sul caso. La scheda di segnalazione, una volta che il facilitatore ha compilato la scheda di preanalisi, viene stracciata, a garanzia della riservatezza. In caso si sia scelto di effettuare un successivo evento (audit/M&M), è compito del facilitatore di rischio clinico, la preparazione dell'evento (indagine accurata sulle circostanze e cause dell'accaduto raccogliendo tutte le informazioni disponibili sia dalla documentazione clinica che dalla testimonianza degli operatori coinvolti direttamente) e di svolgimento dell'evento stesso (convocazione dei partecipanti, preparazione del materiale occorrente all'analisi del caso, conduzione dell'evento e relazione conclusiva).

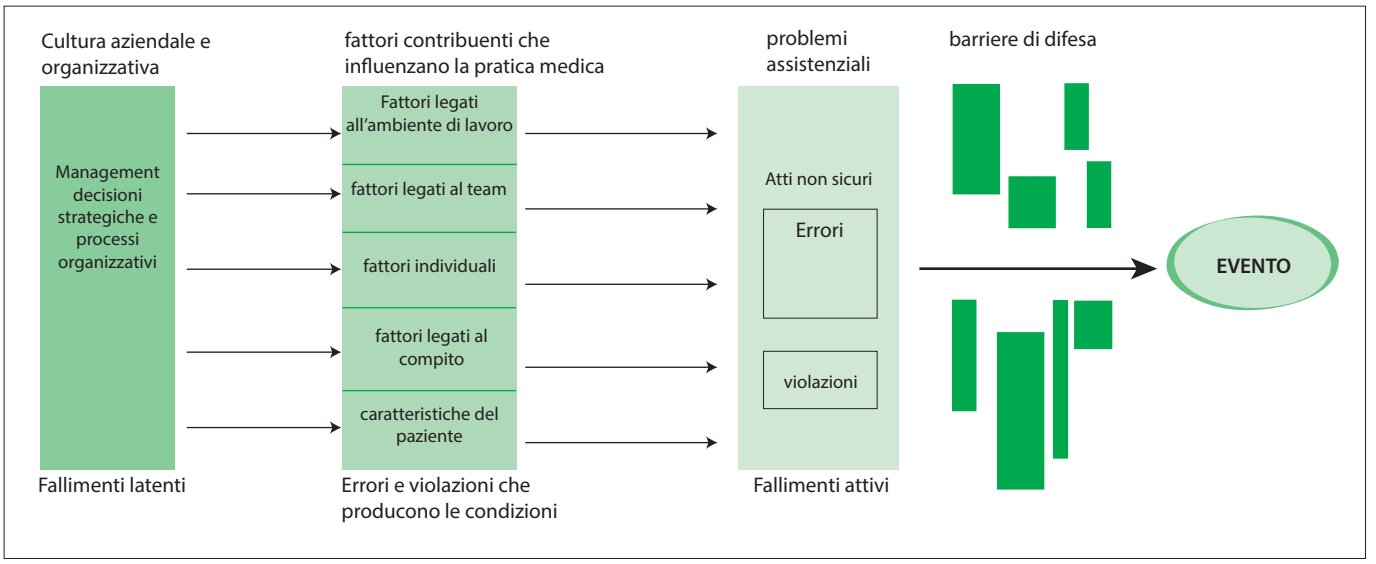


Figura 5: *Schema analisi sistemica eventi avversi (London Protocol)* [25]

■ Audit clinico o M&M ?

La differenza tra i Audit e M&M rappresenta un punto cruciale e non sempre risolvibile con semplici regole in quanto la differenza tra i due è molto sfumata. Cerchiamo qui di fare un po' di chiarezza in merito fornendo alcune linee pratiche e cercando di cogliere le fondamentali differenze tra i due eventi.

1. Audit clinico GRC

L'audit clinico GRC è una pratica volta al miglioramento del servizio sanitario a garanzia e tutela del cittadino. Si definisce come l'"Iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcomes dell'assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario"[2,9].

L'audit clinico GRC è un audit di processo finalizzato alla revisione di eventi significativi, avente per obiettivo l'identificazione delle criticità organizzative e delle relative ipotesi di miglioramento[5,24].

L'audit viene svolto con la massima riservatezza per cui i partecipanti sono tenuti a non divulgare qualto venuto a conoscenza in occasione dell'audit. Gli operatori che segnalano e quelli direttamente coinvolti non sono passibili di alcun provvedimento sansionatorio e/o disciplinare in merito all'audit stesso[23].

Ogni report è una narrazione a sé, senza alcun elemento sensibile per identificazione del personale sanitario e del paziente coinvolti, che fornisce informazioni sullo stato di salute del sistema locale, permette di identificare in maniera rapida problemi a livello locale prima che si verifichino incidenti, di mantenere alto il livello di attenzione degli operatori coinvolgendoli direttamente nella gestione del rischio ma richiede di affidarsi all'expertise degli operatori, formati sulle problematiche del rischio clinico, nella rilevazione delle criticità.

Gli strumenti proposti per l'analisi delle criticità sono vari e in continua evoluzione: l'analisi Failure Mode Analysis

Tabella 3: *Cornice di riferimento dei fattori che influenzano la pratica clinica*[25].

Fattore	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	Condizioni (complessità e gravità). Lingua e comunicazione. Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	Progettazione e chiarezza strutturale del compito
	Disponibilità ed utilizzo di procedure / Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami
	Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	Conoscenze ed abilità Competenza
	Salute fisica e mentale
Fattori legati al team di lavoro	Comunicazione verbale
	Comunicazione scritta
	Supervisione e opportunità di aiuto Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	Dotazione di personale e mix delle competenze
	Carichi di lavoro e modalità di turnazione Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature.
	Supporto amministrativo e gestionale Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	Risorse e vincoli finanziari Struttura organizzativa
	Politica, standard e obiettivi Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	Contesto economico e regolatore Politica sanitaria
	Collegamenti con organizzazioni esterne

(FMEA) che rappresenta una modalità di analisi degli eventi sia reattiva, come in questo caso, sia proattiva (analisi a priori di un percorso), la Root Cause Analysis (RCA: analisi cause-radiche che cerca di scomporre l'evento in singoli elementi che hanno avuto un ruolo nel suo determinismo), infine l'ultimo strumento di analisi proposto è il Protocollo di Londra[24] che riprende il modello di Reason (figura 5) degli incidenti e si focalizza principalmente sui fattori contribuenti piuttosto che sugli errori attivi (tabella 3) che rappresenta un formidabile aiuto nella identificazione delle criticità e delle azioni di miglioramento. L'audit deve terminare con l'identificazione delle criticità riscontrate e delle conseguenti azioni correttive per ciascuna criticità.

Gli operatori che hanno effettuato la segnalazione devono ricevere informazioni sull'esito della segnalazione stessa e sulle conseguenze (azioni correttive intraprese).
L'Alert Report rappresenta il prodotto finale dell'Audit che deve essere strutturato in modo da contenere le informazioni fondamentali che sono:
- *denominazione Azienda ospedaliera*
- *UO* (ai fini della registrazione uno stesso alert report può essere attribuito al massimo a 2 strutture funzionali)
- *titolo (*esplicativo della natura dell'evento)
- *focus (*caso singolo/insieme di casi)
- *paziente coinvolto (*si/no)
- *tipo evento (*errore di terapia/ritardata diagnosi/mancata diagnosi/errato intervento/ritardato interventi/mancato intervento/errata terapia/ritardata terapia/mancata terapia/caduta/assistenza carente/carenza organizzativa/infezione/mancata prevenzione/altro)
- *fonte segnalazione* (segnalazione spontanea/IR/altro)
- *analisi dell'evento (*FMEA/RCA/analisi sistemica degli eventi secondo il Protocollo di Londra)
- *descrizione evento (*la storia)
- *bibliografia di riferimento*
- *documento riassuntivo del piano di miglioramento (*contenente le criticità riscontrate).

2. Rassegna di Mortalità & Morbilità
L'M&M è un'iniziativa periodica (a cadenza almeno mensile) che si svolge a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutono casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbilità (tabella 4).
Essa si definisce come un'iniziativa a carattere formale che non comporta la stesura di alcun documento conclusivo, ma solo la registrazione dei partecipanti, ovvero è da considerarsi come una discussione sui casi preparata accuratamente da un collega che si fa carico di raccogliere le informazioni necessarie e la letteratura di riferimento.
Si configura come un'iniziativa di formazione continua orizzontale e pragmatica, in cui il personale si confronta sugli aspetti clinici e gestionali dei casi in esame.
Il Report M&M è molto più semplice rispetto a quello dell'alert report in quanto deve essere indicato solo l'azienda, le UO coinvolte (massimo 2 anche in questo caso), la data, il titolo, l'elenco dei partecipanti.

Tabella 4: *Riassunto delle caratteristiche e differenze tra Audit e M&M*

AUDIT	M&M
Viene effettuato a seguito di segnalazione di evento (incident reporting)	Viene effettuato a seguito di: - Segnalazione di evento (incident reporting) - revisione periodica di casistica/attività
Le persone coinvolte sono mantenute anonime	
L'argomento trattato deve avere delle valenze anche di tipo organizzativo ed eventualmente coinvolgere più figure professionali	L'argomento è generalmente più clinico
Ha la finalità di identificare le criticità e di correggerne le cause	Ha la finalità di identificare eventuali rischi connessi all'attività, aumentando la cultura del personale relativamente all'oggetto della rassegna
Coinvolge le persone direttamente interessate	Coinvolge tutta l'UO
Produce un ALERT REPORT con indicazione delle criticità emerse dall'analisi (FMEA/RCA/protocollo Londra) e con le azioni correttive proposte; non sono riportati elementi sensibili dell'evento e nemmeno l'elenco dei partecipanti all'audit	Produce un Report M&M con il titolo, l'elenco dei partecipanti e nessuna descrizione degli eventi
Un Audit può essere attribuito/conteggiato al massimo a 2 UO	Un M&M può essere conteggiato al massimo a 2 UO (nel caso verranno conteggiati come 0.5)
Gli Audit vengono trasmessi al CRM aziendale e al GRC Regione Toscana annualmente (database Regionale)	Vengono trasmessi al GRC Regionale solo il numero di M&M effettuati dalle UO
Obbligo di badget = 3 per UO Obiettivo per accreditamento = 1 per UO	Obbligo budget = 6 per UO Obiettivo per accreditamento = 2 per UO

■ I flussi informativi

Gli Alert report e i report di M&M review, vengono inviati al CRM aziendale che informa periodicamente la Direzione Sanitaria (report annuali) delle principali criticità rilevate e delle azioni di miglioramento effettuate dalle singole UO. Il CRM invia annualmente al Centro GRC gli Alert Report e i report di M&M. A partire dal 2011 è stato realizzato un sistema di invio dei report web-based (https://webs.rete.toscana.it/incidentreporting) che segue sostanzialmente le modalità già indicate ma permette di eliminare completamente la documentazione cartacea e soprattutto di garantire la tempestività delle segnalazioni. A garanzia della congruità delle informazioni inviate on-line, il sistema prevede una revisione interna delle segnalazioni da parte dello staff aziendale di rischio clinico che provvede successivamente a pubblicare on-line gli alert report e i report di M&M. Il centro GRC, sulla base delle segnalazioni di tutta la Regione, identifica le aree a maggior rischio e predispone periodicamente iniziative mirate come ad esempio la realizzazione di buone pratiche per la sicurezza del paziente.

A partire dal 2010 gli Audit e gli M&M sono stati inseriti, in tutte le aziende della Regione Toscana, come obiettivi di budget per i Direttori di UO e ciò ha contribuito almeno in parte alla loro diffusione (Figura 6). Gli Audit e le M&M rappresentano anche degli indicatori importanti dello sviluppo del rischio clinico aziendale e sono dei requisiti obbligatori ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie (LR N.51/2009, DPGR 61/R del 24/12/10).

■ La diffusione dell'IR nell'AUSL8

Nel 2011, le strutture ospedaliere della AUSL8, hanno realizzato un totale di 129 Audit clinici GRC. Nel 32% dei casi sono stati segnalati problemi organizzativi, nel 9% dei casi problemi di ritardata diagnosi, problemi di errato intervento nel 9%, errata terapia nell'8%, cadute nell'8%, mancata prevenzione nel 6%, errata diagnosi nel 3%, infezioni nel 2%, ritardata terapia nel 2% e altri problemi nel 20%. (Figura 7). Gli M&M segnalati nel 2011 dalla AUSL 8 sono stati 458 (https://webs.rete.toscana.it.incidentreporting).

■ Le criticità

Se l'ambiente (organizzazione sanitaria/struttura funzionale) è fertile, cioè nel contesto in cui viene istituito il sistema di IR, tra gli operatori sono desiderate attività di maggiore competenza e di miglioramento, la proposta del sistema di IR può contribuire a rendere concrete le aspirazioni espresse attraverso un lavoro di conoscenza, comprensione e potenziamento della sicurezza.

Fondamentale per mantenere interesse al sistema da parte degli operatori è la "restituzione delle informazioni" ossia gli operatori che segnalano un evento devono essere informati delle conseguenze della segnalazione e delle eventuali ricadute delle azioni intraprese sulla organizzazione stessa e sulla sicurezza del paziente.

Ma se l'ambiente in cui collocare il sistema di IR non è disponibile a riconoscere e differenziare gli eventi, né interessato ad approfondire la conoscenza dei processi che vi

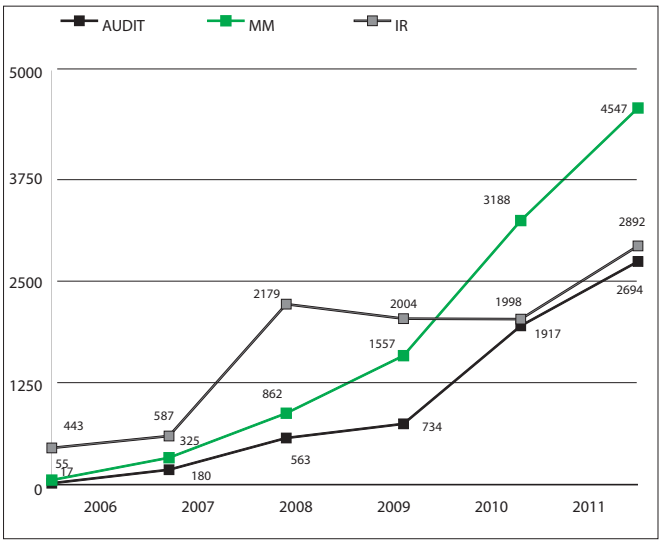


Figura 6: *Diffusione Audit e M&M in Regione Toscana (fonte GRC).*

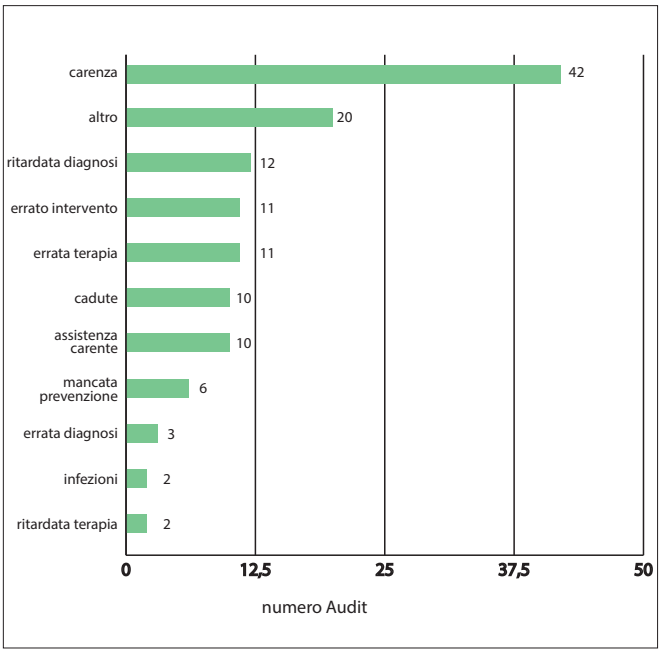


Figura 7: *Tipologia degli Audit (129) effettuati dalle strutture ospedaliere della AUSL 8 nel 2011.*

si svolgono, uno strumento di questo tipo non è in grado di fornire risultati soddisfacenti, né creare miglioramenti. Partire dal "negativo" (gli incidenti potenziali o effettivi), infatti, non è stimolante se non in un contesto in cui c'è una diffusa tranquillità sull'esistente, unita comunque al desiderio di migliorarsi.

Vi è necessità di personale adeguatamente formato sulle problematiche del rischio clinico che si aggiorni continuamente alle stesse problematiche e partecipi attivamente alle attività di IR e che sia il promotore nel proprio posto di lavoro della "cultura della sicurezza".

Infine, un ruolo fondamentale nella messa in atto e nel mantenimento dell'efficacia dei sistemi di IR è rappresentata dal coinvolgimento attivo della direzione (di struttura funzionale/di azienda sanitaria) senza il quale l'IR è destinato a sicuro fallimento.

■ Conclusioni

L'istituzione di un sistema di IR è pratica con documentata capacità di migliorare la sicurezza in ambito sanitario. La formazione iniziale e la conservazione delle capacità, insieme alla "restituzione delle informazioni", sono indispensabili e creano una base di attenzione ai temi della sicurezza. L'impegno stesso della direzione che istituisce e mantiene il sistema di IR, inoltre, è segnale di importanza attribuita alla materia.

La cultura a cui deve tendere una struttura sanitaria ospedaliera è quella generativa nell'ambito di un ciclo virtuoso (ciclo di Deming; plan-do-check-act)[25] per il miglioramento continuo della qualità in un'ottica a lungo raggio.

Bibliografia

1. Linda T.Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. Committee on Quality of Health Care in America - Institute of Medicine, To err is human. Building a safer health system, 2000
2. Vincent C. Patient Safety. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 2006.
3. Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G, Bevilacqua L, Dell'erba A, Privitera G, Sommella L. Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals. Epidemiol Prev. 2012 May;36(3-4):151-61.
4. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeek B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. Anesthesiology 1978;49:399-406.
5. Vincent CA. Clinical Risk Management. London, England: BMJ Publications; 1995.
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 768–770.
7. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998 Jul 4;317(7150):61–65.
8. Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary. BMJ 2000;320:728-9
9. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul rischio clinico. DM 5 marzo 2003.
10. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994;272:1851-57
11. Heinrich HW (1959). Industrial accident prevention: a scientific approach (4th ed.). McGraw-Hill.
12. Flanagan JC. The critical incident technique. Psychol Bulletin 1954;51:327-58.
13. Billings, Charles E. MD, "The NASA Aviation Safety Reporting System: Lessons Learned From Voluntary Incident Reporting," In Proceedings of Conference, Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care (November, 1998). Chicago: The National Patient Safety Foundation, pp. 97-100.
14. Reese EP, McCullough JJ, Craddock PR. An adverse pulmonary reaction to cryoprecipitate in a hemophiliac. Transfusion. 1975;15:583-588.
15. Spigelman AD, Swan J. Review of the Australian incident monitoring system. ANZ J Surg. 2005 Aug;75(8):657-61.
16. Act on Patient Safety in the Danish Health Care System. Act No. 429 of 10/6/2003.
17. Department of Health. An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer. London, England: The Stationery Office; 2000
18. Lucian L. Leape, MD, Reporting of adverse events, New England Journal of Medicine vol. 347 n. 20, 14 novembre 2002
19. O.A.G. Aviation & PlaneCrashInfo.com accident database, 1992-2011. http://planecrashinfo.com/database.html
20. Holtom Mike. FOQA. Flight Data Analysis of Aircraft for Flight Safety. PIA Air Safety Pubblication 2006. thttp://www.theairlinepilots.com
21. Building a safer NHS for patients. Improving medication safety. A report by the Chief Pharmaceutical Officer. Department of health. Crown copyright 2003
22. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio. Dossier 86-2003. Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna. Stampa Regione Emilia Romagna. Bologna, settembre 2003.
23. "linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente nelle aziende sanitarie del SSR", delibera Regione Toscana G.R. n. 1387 del 27-12-2004.
24. Vincent C. Analisi Sistemica degli Eventi Avversi. Il Protocollo di Londra (the London Protocol). Sally Taylor-Admas & Charles Vincent. 2008.
25. Deming, W.E. Elementary Principles of the Statistical Control of Quality, JUSE. 1950.

Glossario

Danno: Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)

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

Evento (Incident): Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

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

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

Evento sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Governo clinico (Clinical governance): Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica

Rischio (Risk): Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

Riprendersi la propria autonomia: il malato esperto. Importanza della terapia occupazionale nel percorso dei soggetti con esiti di ictus cerebrale

DANIELA CORSI,
STEFANIA CANOVA,
COSTANZA CIONI,
GIANNA DEL CUCINA,
EVA SARCONE,
ALESSANDRA ZITO,
ADRIANA MASCAGNI[1],
MICHELA MONDA[2],
LAURA DI MARCO[3]

Centro di Riabilitazione CRT, Ospedale della Gruccia, Montevarchi
[1] Coordinatrice di Cittadinanza Attiva Toscana ONLUS Tribunale per il Diritto dei Malati, sezione di Montevarchi
[2] Terapista occupazionale del progetto
[3] Psicologa del progetto

Per corrispondenza:
stefania.canova@yahoo.it

Introduzione

Si definisce ictus la improvvisa comparsa di segni o sintomi riferibili a deficit focale o globale delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vascolopatia cerebrale[1].
In percentuale variabile nei soggetti colpiti da ictus residua una invalidità e una limitazione nelle attività della vita quotidiana[1].
Per favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus, allo scopo di promuovere il reinserimento sociale e di utilizzare le capacità operative residue sono richiesti e caldamente consigliati da fonti autorevoli di informazione, una attività riabilitativa specifica ed un piano di assistenza continua[1].
Dopo la fase acuta dell'ictus, è indicato che il piano assistenziale sia realizzato in strutture specializzate da parte di personale addestrato[1].

In Valdarno l'attività riabilitativa è affidata al Centro di Riabilitazione Terranuova, struttura a gestione sperimentale, pubblica e privata, situato nell'Ospedale della Gruccia, in stretto rapporto con i reparti ospedalieri.
All'interno del CRT, la cura e riabilitazione si svolgono in un processo le cui tappe e tempi sono determinati dal progetto riabilitativo individuale che l'equipe multidisciplinare della riabilitazione prepara per il singolo paziente.
Il Paziente, attraverso un trattamento personalizzato, con programmi di rieducazione delle funzioni vitali, cliniche, senso motorie, cognitive e del linguaggio, raggiunge il più alto livello di autonomia possibile. Contestualmente alla cura del paziente, il team multi professionale prepara i parenti per il rientro al domicilio con l'istruzione del care giver e attiva le risorse del territorio, se necessario, per favorire il rientro a casa.
Nel Progetto "Riprendersi la propria autonomia: il malato esperto", a pazienti selezionati è stata affiancata l'équipe di Cittadinanza attiva che ha lavorato con la famiglia ed il paziente già durante il periodo di ricovero nel reparto di riabilitazione contribuendo ad ampliare le competenze apprese dopo il ricovero in riabilitazione, di fatto un valore aggiunto al percorso riabilitativo.

Cittadinanza attiva Toscana Onlus Tribunale per i Diritti del Malato, sezione di Montevarchi -coordinatrice Signora Adriana Mascagni- con il Patrocinio della Conferenza dei Sindaci del Valdarno e il Centro Riabilitazione Terranuova Bracciolini tramite un terapista occupazionale e una psicologa, hanno effettuato interventi educativi ai pazienti e ai loro familiari allo scopo di migliorare il livello di attività e, di conseguenza, di partecipazione nel contesto di vita sociale dopo la dimissione.
Il percorso educativo del paziente, iniziato durante la degenza in reparto, è stato proseguito dopo la dimissione in ambito familiare dall'equipe di cittadinanza attiva.
I Pazienti interessati sono residenti nella nostra ASL per consentire una continuità tra operatori-famiglia- paziente in tempi successivi alla dimissione.
I professionisti del CRT hanno selezionato coloro che a seguito di eventi ischemici e/o emorragici hanno residuato una emisindrome destra o sinistra.
I soggetti, oggetto dello studio, presentano assenza di turbe psichiatriche, compromissione delle capacità comunicative, importanti comorbilità.
Presentano un destino sociale caratterizzato da nuclei familiari complianti e in grado di seguire anche a domicilio le indicazioni apprese durante la degenza.
L'equipe multi professionale del CRT, nell'ambito della riunione settimanale, ha presentato il progetto "Riprendersi la propria autonomia: il malato esperto" ai

pazienti idonei e ai loro familiari. Ha acquisito il consenso del paziente.
La terapista occupazionale di Cittadinanza Attiva ha condiviso il progetto riabilitativo con gli obiettivi dell'equipe, dopodiché ha formulato il suo programma.
La terapista occupazionale ha valutato le abilità nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, quali vestirsi e lavarsi, somministrando la scala di valutazione AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). L'AMPS è uno specifico di valutazione standardizzato per il terapista occupazionale ideato da Anne Fisher e coll. Questa scala, diffusa a livello mondiale, si propone di valutare il livello di funzionamento attuale del paziente nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana (ADL Index of Indipendence in Activities of Daily Living di Katz) misurando lo sforzo, l'efficacia, la sicurezza e l'indipendenza in diversi compiti standardizzati valutando sia le abilità motorie che di processo[2,4].
In base alla problematica evidenziata dalla valutazione, veniva addestrato il paziente a tecniche ergonomiche di compenso, da utilizzare al proprio domicilio dopo la dimissione[3].
Gli obiettivi di recupero della autonomia nelle ADL primarie identificati e raggiunti durante il periodo di ricovero in riabilitazione sono stati integrati dalla equipe di cittadinanza attiva affinché potessero concorrere ad avviare il paziente verso l'autonomia personale e in funzione del rientro al domicilio.

La psicologa di Cittadinanza Attiva ha osservato i pazienti e i loro familiari. Ha monitorato la motivazione a partecipare attivamente al progetto, la capacità a riflettere sui propri bisogni.
La psicologa ha valutato le capacità cognitive ed emotive dei nostri pazienti. Ha somministrato il questionario breve per lo stato mentale (Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ). Lo Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975) è costituito da 10 items che indagano alcuni aspetti delle capacità cognitive: l'orientamento spazio-temporale, personale e circostante; la memoria a lungo termine; la capacità di concentrazione[8]. Il punteggio al test viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta in una scala ordinale da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo).

Per valutare l'umore dei Pazienti, il vissuto emotivo determinatosi in seguito all'attuale condizione la psicologa di Cittadinanza Attiva ha utilizzato la Psychiatric Rating Scale for Depression – HPRSD. La scala Hamilton per la depressione (adattata da Hamilton M.: "Development of a rating scale for primary depressive illness" *British Journal of Social and clinical* Psychology, 6:278-296, 1967) ha indagato le seguenti aree: "umore depresso", "sensi di colpa", "idee di suicidio", "insonnia precoce-centrale-terminale", "lavoro e attività", "rallentamento", "agitazione", "ansia psichica", "sintomi somatici gastrointestinali", "sintomi somatici generali", "perdita della libido" "ipocondria", "perdita di peso", "consapevolezza". In base alle manifestazioni presentate dal paziente si sceglie il suggerimento che meglio lo descrive e si indica il punteggio corrispondente.

N	Patologia	Età	Sesso	AMPS Abilità motorie	entrata Abilità processo	AMPS Abilità motorie	uscita Abilità processo
1	Post ictus ischemico emisind. Dx	79	M	1,07 3,27-3,41[1]	0,59 0,78-2,62[2]	non Applicabile	
2	Post ictus ischemico emisind. Dx	58	F	0,77 1,58-3,51	0,37 0,87-2,63	1,59	1,20
3	Emiplegia sx neglect postumi ictus emorragico	62	F	-0,18 1,33-3,42	0,43 0,78-2,62	Non	Presente
4	Deficit equilibrio andatura cerebellare	61	F	0,24 1,33-3,41	1,19 0,78-2,62	0,49	1,40

[1]range di abilità motoria rispetto all'età su persone sane.
[2]range di abilità di processo rispetto all'età su persone sane.

Un punteggio maggiore o uguale a 16 indica la presenza di sintomi depressivi significativi.
I Pazienti individuati dall'equipe CRT e arruolati per lo studio di Cittadinanza Attiva sono stati 4:
un unico soggetto di sesso maschile affetto da emisindrome destra come postumo di ischemia cerebrale e tre pazienti di sesso femminile; una con emisindrome destra da ischemia cerebrale, una con emisindrome sinistra da emorragia e l'ultima con un danno ischemico del circolo posteriore.
Nella tabella sono riportanti i punteggi totalizzati dai pazienti all'AMPS, sia al momento del reclutamento da parte della terapista occupazionale che al follow up, messi

a confronto con i range di abilità motoria e di abilità di processo di soggetti sani per età corrispondente.

In linea con la presentazione dei casi da parte dello staff del CRT, i pazienti non presentavano alterazioni delle funzioni cognitive in base al test SPMSQ, risultando quindi lucidi e orientati, in quanto i risultati hanno ottenuto punteggi superiori a 8. In base alla Scala Hamilton per la Depressione non sono emersi tra i pazienti osservati sintomi depressivi significativi, in quanto i punteggi ottenuti erano inferiori a 16.
Tuttavia va tenuto conto che i pazienti hanno espresso preoccupazioni e timori riguardo alla situazione attuale di salute, aspetti da contestualizzare alla situazione di ricovero, ottenendo punteggi nell'area riguardante l'ansia psichica, l'area dell'ipocondria e l'area dell'agitazione: alcuni pazienti hanno riportato di essere consapevoli che i sentimenti di tristezza seppur lievi potevano essere riconducibili alla condizione di degenza manifestando la volontà e il desiderio di rientrare al più presto a casa e di *riprendere le abitudini di vita* accanto ai propri cari.

Durante l'osservazione dei pazienti e familiari di riferimento, è emersa una buona rete di sostegno familiare e un buon rapporto con il personale del CRT.
Al follow up eseguito al domicilio, ad un mese dalla prima valutazione, è emerso che:

- i pazienti adeguatamente stimolati dal care giver hanno consolidato le tecniche ergonomiche apprese durante la degenza.
- che il paziente addestrato alle tecniche ergonomiche ha una migliore capacità di autogestirsi manifestando senso di sollievo e senso di autoefficacia.
- che il familiare è maggiormente in grado di gestire il parente.

Gli obiettivi di prevenzione e di contenimento degli esiti invalidanti costituiscono una parte di grande rilievo dell'assistenza dei pazienti sopravvissuti ad un ictus e sono realizzati al fine di riportare il paziente ad una vita indipendente. Essi non sono in grado di modificare la lesione cerebrale venutasi a creare dopo l'evento vascolare acuto, ma si prefiggono di sfruttare il potenziale di recupero del paziente, allo scopo di ripristinare quanto più possibile, attraverso un processo di apprendimento, la sua autonomia nelle attività quotidiane della vita, riducendo il grado di dipendenza[5,6].
Il percorso di una persona disabile trae maggior beneficio da una rete integrata di interventi coordinati, che possono garantire la continuità del recupero, dall'evento acuto al reinserimento familiare e sociale[7].

Gli interventi promossi da Cittadinanza Attiva sono finalizzati a contenere la condizione di handicap. In questa ottica utilizzano le abilità che i pazienti hanno recuperato nel periodo di riabilitazione intensiva ospedaliera.
E tramite interventi strutturati rendono disponibili le potenzialità dell'ambiente familiare e amplificano l'intervento riabilitativo migliorando il reinserimento del paziente in famiglia.

Cittadinanza attiva Toscana Onlus Tribunale per i Diritti del Malato, sezione di Montevarchi, esprimono i più sentiti ringraziamenti a: Dott.ssa Anna Paola Santaroni, Direttore Generale CRT, Dott. Massimo Gialli Direttore Sanitario e Direttore P.O. Ospedale Santa Maria alla Gruccia.

Bibliografia

1. SPREAD V edizione Ictus cerebrale- Linee guida italiane 2007
2. Essere nel fare. Introduzione alla terapia occupazionale 2006, 272 p. Curatore Cunningham Piergrossi J. Editore Franco Angeli
3. Willard Spackman: Terapia Occupazionale Raffaello Delfino editore. Data pubblicazione: 2008
4. Caracciolo A., Redaelli T., Valsecchi L. (a cura di) Terapia occupazionale Ausili e metodologie per l'autonomia Antonio Cortina Editore Collana: Testi di medicina Anno/Pagine: 2008 / pp. 544
5. Latham NK,Jette DU, Coster W, et al. Occupational therapy activities and intervention techniques for clients wich in six rehabilitation hospitals. Am J Ther. 2996;60:269-278.
6. Joy Karges, EdD, PT Stacy Smallfield, DrOT, OTR/L. A Description of the Outcomes, Frequency, Duration, and Intensity of Occupational, Physical, and seech Therapy in Inpatient stroke Rehabilitation. Journal of Allied Health, Spring 2009, Volume 38, Number 1:e1-10;
7. Michelle Toneman, Julie Brayshaw, Bridget Lange and Connie Trimboli. Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and home environment doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00832.x Australian Occupational therapy Journal (2010) 57, 246-252.
8. P. Moderato, F. Rovetto "Psicologo: verso la professione", The McGraw-Hill Companies, Milano, 2007.

Cooperazione Sanitaria Internazionale

■ Lo stretto rapporto tra economia e salute: un problema globale.

34 anni in Sierra Leone, quasi 82 in Giappone: solo la differenza nella speranza di vita al momento della nascita può dare un'idea di quanto siano significative le disuguaglianze di salute tra i vari Paesi del mondo.
I rapporti dell'OMS mostrano come anche l'impatto delle malattie croniche sia in continua crescita in Paesi a reddito medio-basso. La Comunità Internazionale non riuscirà entro il 2015 a raggiungere gli obiettivi di sviluppo del Millennio né i propositi della Carta di Ottawa a causa di un errato modello di sviluppo economico che contribuisce a peggiorare situazioni di povertà e degrado ambientale in numerose tra le realtà più indigenti del pianeta.
I temi della Promozione della Salute si intersecano strettamente con quelli della protezione dell'ambiente, in senso fisico e sociale. Gli stili di vita dell'uomo si sono modellati sull'ambiente, che a sua volta è stato plasmato dall'invadente presenza antropica. L'ecosistema attuale è il risultato di questo equilibrio, che va mantenuto e migliorato promuovendo uno sviluppo sostenibile che consenta benessere anche alle fasce più vulnerabili della popolazione, in particolare ai bambini.
"Il medico dovrebbe avere un ruolo molto attivo e quasi politico. La parola 'dottore' viene da 'docere' che vuol dire raccontare, divulgare, informare sia i pazienti che i decisori politici sulla propria attività. Al medico tocca esercitare il mestiere di 'avvocato dei più deboli', che cerca di accontentare le richieste del paziente. In alcuni Paesi molto poveri esiste un sistema sanitario capillare, più fondato su dispensari, ambulatori, piccole cliniche nei villaggi che in grossi ospedali di eccellenza in tutte le città. Il risultato è che le questioni sanitarie vengono affrontate e risolte subito, spesso anche senza o con pochissimi farmaci. Prevenzione e Medicina Primaria possono dare risposte immediate ai primi problemi che compaiono nella popolazione" (Angelo Stefanini).
I curricula universitari non rispondono in modo sufficiente ai bisogni emergenti dalle nuove circostanze con cui si devono confrontare i medici oggi. Le criticità individuate nel formare una figura professionale in grado di far fronte alle sfide del XXI secolo sono l'incapacità di servire il bene pubblico e di assumersi le responsabilità della salute globale nonché la mancata conoscenza delle correlazioni tra salute e fattori socio-economici, culturali e ambientali, cioè i cosiddetti determinanti di salute.

Il Direttore Responsabile
Roberto Romizi

COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Sabato 6 Ottobre 2012
Auditorium dell'Ospedale
San Donato di Arezzo

In collaborazione con:
Provincia di Arezzo
SIMG, FIMMG
Centro Francesco Redi

SST Azienda USL 8 Arezzo
Servizio Sanitario della Toscana

Con il patrocinio
Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri
di Arezzo

Codice di accreditamento
ECM dell'evento 1082012034412 -
N. crediti ECM assegnati 3

OBIETTIVI
- Promuovere nei confronti della classe medica una prospettiva di ampio respiro al fine di assumersi le responsabilità della salute globale.
- Spiegare ai giovani medici come potersi inserire nella cooperazione internazionale.

Programma

Ore 8.30	Registrazione dei partecipanti
Ore 9.00	Saluti - Enrico Desideri, Direttore Generale ASL 8 Arezzo, e Lorenzo Droandi, Presidente Ordine dei Medici di Arezzo
Ore 9.20	Introduzione – Luigi Triggiano, Coordinatore Sanitario Zona Distretto di Arezzo ASL 8
Ore 9.30	La cooperazione sanitaria nei tempi della globalizzazione: soggetti e relazioni – Nicoletta Dentico, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
Ore 10.10	Le cure primarie: importanze e criticità dei progetti e dei programmi – Gavino Maciocco, Dip. Sanità Pubblica Università di Firenze
Ore 10.30	L'impegno della Regione Toscana nella cooperazione sanitaria internazionale María José Caldés Pinilla, Resp. attività di Cooperazione Sanitaria a Internazionale Regione Toscana
Ore 10.50	Coffee Break
Ore 11.05	Il ruolo delle grandi Organizzazioni Non Governative: un'esperienza esemplare – Gianfranco De Maio, Resp. medico Sezione Italiana Medici Senza Frontiere
Ore 11.30	Tavola rotonda "La diversità nella cooperazione: esperienze a confronto" Modera Luigi Triggiano.

Intervengono:
Mirella Ricci, MMG Arezzo e Vice Presidente della Provincia di Arezzo (Bosnia)
Gabriella Ravalli, PLS Arezzo (India, Brasile)
Danilo Tacconi, U.O. Malattie Infettive ASL 8 Arezzo (Tanzania)
Gabriella Rossi, oncologa (Sierra Leone)
Paolo Serra, psichiatra consulente Caritas progetto di salute mentale nei Balcani (ex Jugoslavia)
Sabrina Palei, assistente sociale resp. P.O. RSA Arezzo "D. Maestrini" (Libano)

ore 13.15	Test di valutazione
ore 13.30	Chiusura dei lavori

L'appropriatezza negli interventi di cooperazione sanitaria

GAVINO MACIOCCO

Docente di politica sanitaria presso l'Università di Firenze

Per corrispondenza: gavino.maciocco@unifi.it

Per molto tempo, e troppo spesso, gli interventi di cooperazione sanitaria sono stati considerati come un "caval donato" su cui non sarebbe stato opportuno indagare. Naturalmente niente di più sbagliato e inaccettabile. È invece assolutamente necessario che gli interventi di cooperazione sanitaria, che dovrebbero raggiungere lo scopo che si sono prefissi, evitando sprechi e ritardi e progettando gli interventi in base al contesto e all'obbligo di dover rendere conto, siano sempre sottoposti a una rigorosa valutazione che ne provi l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza e la trasparenza.

Da qualche anno, riflettendo su una serie di errori e fallimenti, le organizzazioni internazionali e i singoli governi hanno iniziato a produrre documenti e linee-guida per orientare le attività di cooperazione, e nello specifico di cooperazione sanitaria, verso modelli d'intervento che rispondessero ai quattro principi sopra enunciati. A tal proposito, valide indicazioni sono contenute nella "Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti" (2005), nel Rapporto Annuale dell' OMS (2008) e nei Principi guida della Cooperazione sanitaria italiana (2009).

■ L'appropriatezza nella scelta delle politiche

Nel marzo 2005 a Parigi si tenne un convegno (*High Level Forum on Aid Effectiveness*) con la partecipazione di rappresentanti di più di 100 governi di Paesi donatori e riceventi e diverse agenzie internazionali inclusa la Banca Mondiale, le Nazioni Unite, le Banche di Sviluppo Regionale (Africana, Asiatica, Europea e Inter-Americana).
Si discute di efficacia degli aiuti allo sviluppo e vennero individuate e condivise una serie di criticità:

- la debolezza dei paesi destinatari degli aiuti nel progettare e implementare strategie di sviluppo misurabili in termini di risultati;
- l'incapacità da parte dei donatori di fornire aiuti su cui poter contare a lungo termine;
- l'insufficiente integrazione di programmi e iniziative globali nell'agenda delle priorità dei governi locali;
- la corruzione e la mancanza di trasparenza che erodono la credibilità degli aiuti e riducono la mobilizzazione delle risorse.

A conclusione del Forum fu sottoscritto un documento -Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti- che si articola su cinque punti fondamentali:

- ***ownership***: è ai Paesi riceventi, governi e società civile, che devono appartenere le politiche di uso degli aiuti;
- ***harmonization***: i donatori devono coordinare i loro interventi;
- ***alignment***: le azioni dei donatori devono essere in linea con gli obiettivi e le priorità dei Paesi riceventi;
- **results**: è necessario fissare risultati concreti da conseguire e monitorarne e valutarne l'effettivo conseguimento;
- ***mutual accountability***: è necessario promuovere una sempre maggiore trasparenza accompagnata dalla responsabilità per il proprio operato sia da parte dei donatori sia da parte dei riceventi.

Tali principi sono stati riconfermati e rafforzati in un successivo appuntamento – il Forum di Accra (Ghana) – svolto nel settembre 2008. In questa occasione è stato anche deciso che i donatori attenueranno le restrizioni che impediscono ai Paesi in via di sviluppo di comprare beni e servizi da chiunque e ovunque essi ottengano prodotti di migliore qualità ai prezzi più vantaggiosi (cioè senza il vincolo di acquistare beni e servizi imposti dal donatore).

A distanza di trent'anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, l'OMS, dopo anni di oblio, sente il dovere di riscoprire il valore di quel documento dedicando il Rapporto Annuale 2008 all'oggetto di quella Conferenza, Primary Health Care, con l'aggiunta di un significativo sottotitolo: Now More Than Ever (Ora più che mai).
La promessa della "Salute per Tutti entro il 2000" -si legge nel Rapporto- si è rivelata un miraggio, una speranza tradita. Parimenti, l'assistenza sanitaria di base ha faticato enormemente -e in molti casi ha fallito nello scopo- a divenire la chiave per il raggiungimento di un adeguato livello di salute".
E ancora: "Le politiche sanitarie globali, ma sempre più anche quelle nazionali, si sono focalizzate su singoli problemi, con vari gruppi di potere a contendersi le scarse risorse, mentre troppo poca attenzione è stata rivolta ai problemi che limitano lo sviluppo dei sistemi sanitari a livello locale. Piuttosto che migliorare la loro capacità di risposta ai bisogni della popolazione e far fronte alle nuove sfide, i sistemi sanitari sembrano passare da una priorità a breve termine all'altra, sempre più frammentati, senza un chiaro senso di marcia. Oggi è chiaro che i sistemi sanitari spontaneamente non si muovono verso gli obiettivi della salute per tutti attraverso l'assistenza sanitaria di base, come auspicato dalla Dichiarazione di Alma Ata. I sistemi sanitari si stanno sviluppando in direzioni che contribuiscono poco all'equità e alla giustizia sociale e non riesco-

no a raggiungere i migliori risultati di salute con le risorse che hanno a disposizione.

Queste le preoccupanti tendenze che caratterizzano la sanità internazionale:

- sistemi sanitari che si focalizzano su un'offerta assistenziale eccessivamente ristretta alle cure specialistiche;
- sistemi sanitari dove prevale la deregolamentazione, consentendo la diffusione sfrenata della commercializzazione della salute.
- sistemi sanitari dove l'approccio prevalente è finalizzato al controllo della malattia, focalizzato su obiettivi a breve termine e su servizi frammentati.

Queste tendenze si muovono in direzione contraria rispetto a una risposta unitaria e bilanciata nei confronti dei bisogni sanitari della popolazione. In molti paesi l'iniquità nell'accesso, i costi della sanità che impoveriscono le famiglie, l'erosione nella fiducia verso l'assistenza sanitaria rappresentano una minaccia alla stabilità sociale."
Secondo il Rapporto 2008 dell'OMS per dare una risposta efficace alle sfide della sanità di oggi, per rispondere alle aspettative delle popolazioni è necessario riscoprire, rivalutare, aggiornare i valori di Alma Ata: i valori di equità, solidarietà e giustizia sociale. Il passo fondamentale che un paese deve fare per promuovere l'equità nella salute è procedere verso la copertura universale, ovvero l'accesso universale a un ampio ventaglio di servizi sanitari attraverso un sistema di sicurezza sociale. Tale obiettivo -osserva il Rapporto- può essere raggiunto attraverso un sistema basato sulle tasse (modello Beveridge) o organizzato attraverso le assicurazioni sociali (modello Bismarck), o attraverso un mix dei precedenti. Il principio però è lo stesso: raccogliere i contributi in relazione alla capacità di pagare dei contribuenti e usare tali fondi per garantire servizi sanitari accessibili e di qualità a coloro che ne hanno bisogno, senza esporli al rischio di spese catastrofiche. La copertura universale non è di per sé sufficiente a garantire una salute equa per tutti – diseguaglianze nella salute esistono anche in paesi con copertura universale – ma costituisce il fondamento necessario.
I punti della Dichiarazione di Parigi e le raccomandazioni del Rapporto 2008 dell'OMS sono state ampiamente recepiti dal documento "Salute Globale: Principi guida della Cooperazione italiana" pubblicato nel luglio 2009. Infatti, in esso vengono individuati una serie di priorità, in cui ai primi posti ci sono:

- la strategia integrata di cure primarie (*Primary Health Care*) come piattaforma per organizzare i servizi sanitari, dalle comunità al distretto fino agli ospedali, in

Tabella 1. *Elenco di interventi valutati con il sistema costo efficacia, nell'ambito di paesi a basso livello di sviluppo. Quanti anni di vita in buona salute (DALYs) si possono salvare con un milione di dollari.*

	Tipo di intervento	Costo per DALY (US$)	DALYs risparmiati con un milione di dollari
	Settore infantile		
1	Miglioramento dell'assistenza nei bambini al di sotto i 28 giorni (incluse le manovre di rianimazione alla nascita)	10-400	2.500-100.000
2	Espansione della copertura vaccinale con vaccini standard	2-20	50.000-500.000
3	Aggiungere ai vaccini standard la protezione verso altre malattie (es: epatite B, haemophilus)	40-250	4.000-24.000
4	Uso di farmaci a base di artemisina in caso di malaria	8-20	50.000-125.000
	Prevenzione e trattamento Aids		
5	Prevenzione della trasmissione materno-fetale	50-200	5.000-20.000
6	Trattamento delle malattie sessualmente trasmesse per interrompere la trasmissione HIV	10-100	10.000-100.000
7	Trattamento antiretrovirale che ottiene una larga aderenza per una grande percentuale di pazienti	350-500	2.000-3.000
	Prevenzione e trattamento malattie croniche		
8	Tassazione dei prodotti a base di tabacco	3-50	20.000-330.000
9	Trattamento dell'infarto miocardico acuto con farmaci economici	10-25	40.000-100.000
10	Trattamento dell'infarto miocardico acuto con farmaci economici + streptochinasi	600-750	1.300-1.600
11	Trattamento per tutta la vita dei superstiti di un attacco di cuore o di un ictus con una combinazione di farmaci	700-1.000	1.000-1.400
12	Angioplastica o bypass aorto-coronarico nelle gravi cardiopatie ischemiche	>25.000	< 40

Fonte: D. T. Jamison et al (Editors), Priorities in Health, The World Bank, Washington DC, 2006.

modo efficace, efficiente, appropriato e sostenibile;
- l'accesso ai servizi sanitari e sociali, senza discriminazioni di carattere economico, culturale, religioso, di genere o di provenienza geografica, anche con offerta attiva ai gruppi di popolazione più svantaggiati;
- l'assegnazione delle risorse e la programmazione dei servizi sanitari in base ai bisogni, identificati dalle istituzioni dei paesi partner con la partecipazione attiva degli attori sociali;
- il rafforzamento, anche in termini di qualità delle cure, dell'assistenza materna, neonatale e infantile tramite approcci integrati nell'offerta di servizi, azioni efficaci a livello delle comunità, e interventi sul versante della domanda, favorendo in particolare l'assistenza prenatale, l'assistenza al parto con personale addestrato e l'accesso a cure ostetriche di emergenza, l'assistenza post-natale e nella prima infanzia, assicurando la copertura vaccinale, il controllo delle malattie diarroiche e respiratorie acute nei bambini.

■ L'appropriatezza nella scelta delle priorità

La limitatezza delle risorse disponibili obbliga a scelte che non sempre seguono percorsi razionali e appropriati. Un percorso razionale e appropriato è quello di definire le priorità sulla base del criterio del costo-efficacia; un sistema che risponde alla domanda: a parità di costo qual è l'intervento che produce il maggiore vantaggio in termini di salute (il termine di riferimento generalmente più usato è il DALY, Disability Adjusted Life Year, ovvero il risparmio di un anno di vita sana). L'OMS ha creato all'interno del suo sito una sezione (CHOICE) che promuove questo metodo di analisi e fornisce gli strumenti di uso.
CHOICE = CHOosing Interventions that are Cost Effective: http://www.who.int/choice/en/.

Le linee regionali della Cooperazione Sanitaria Toscana

MARIA JOSÉ CALDÉS PINILLA

Direttore Centro Regionale Salute Globale

Per corrispondenza: mj.caldes@meyer.it

I rassicuranti concetti di *universalità* e *accessibilità* su cui molti di noi fanno distrattamente affidamento, e che sono diventati principi ispiratori per molte politiche di aiuto, sostegno e cooperazione, sono messi a dura prova dalla riduzione delle risorse a disposizione, una scarsità quest'ultima che ha finito per incidere su ogni livello di attività e che ci ha indotto ad una lettura critico -costruttiva del nostro operato.
Conseguentemente la volontà del *continuare a fare* deve essere supportata dalla capacità del *sapere articolare* vecchie e nuove esperienze in un'ottica di condivisione, integrazione e potenziamento dei processi di valutazione dei risultati che devono essere sempre di più misurabili. Abbiamo optato per una strada che, partendo da uno sguardo introspettivo e di autovalutazione, ci consenta di far leva sui nostri punti di forza e tradurli in termini di opportunità
È su queste basi che la Regione Toscana sviluppa il suo sistema di cooperazione sanitaria caratterizzato da una forte articolazione territoriale dettata dalla precisa volontà di qualificare la cooperazione decentrata in sanità attraverso l'attribuzione di specifici contenuti tecnici.
La strategia di cooperazione sanitaria internazionale regionale - approvata con delibera di Giunta n.299 del 2012 - ed i progetti di cooperazione sanitaria internazionale relativi all'anno 2012 - approvati con la delibera di Giunta Regionale nr.702 del 2012 - se da un lato confermano l'impegno della Regione nelle iniziative di cooperazione sanitaria nonostante le difficoltà economiche, dall'altro chiedono uno sforzo di razionalizzazione e di coordinamento tra i diversi soggetti territoriali impegnati nella medesima area di intervento che si devono integrare in una programmazione regionale sempre più articolata e definita: il "Piano Integrato delle Attività Internazionali della Regione Toscana (2011-2015)", approvato con delibera di Consiglio n. 26 del 2012, realizzato con il contributo di tutte le Direzioni Generali regionali. Il suddetto piano mira alla creazione di un Sistema Toscano delle Attività Internazionali, finalizzato a promuovere e realizzare un'azione internazionale integrata fondata sui principi della cooperazione solidale e dell'internazionalizzazione responsabile. Obiettivi che si intendere raggiungere attraverso il partenariato strategico fra territori, la partnership democratica dei processi, la sussidiarietà, il co-sviluppo, la valorizzazione delle 'eccellenze' dell'identità regionale, la partecipazione integrata - accanto agli attori pubblici e *no profit* - dei soggetti privati.
Attraverso il piano l'istituzione Regione assume, quindi, un ruolo politico di guida e di regia: vengono fissati nei programmi, nei piani annuali e nei bandi, priorità geografiche e tematiche di interesse regionale, incentivi per la promozione di partenariati tra soggetti diversi, in particolare del mondo imprenditoriale e del terzo settore.
In materia di cooperazione sanitaria internazionale, le tematiche centrali su cui la Regione Toscana intende concentrare le sue risorse sono: il materno-infantile e lo sviluppo di partenariati istituzionali con lo scopo di potenziare i sistemi sanitari locali. Si tratta di priorità tematiche

individuate non solo per la loro diretta corrispondenza con alcuni degli obiettivi più importanti del Millennio, ma soprattutto per la loro natura di interconnessione con la sfera sociale, culturale, economica e politica e per le ricadute positive che ne determinano. Lo sfondo su cui il sistema toscano di cooperazione sanitaria si muove, e i principi su cui si basa, sono quelli forniti, ed ampiamente condivisi, dall'OMS, tra questi ricordiamo: la garanzia dell'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne; il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali; il potenziamento di infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS); l'investimento in risorse umane all'interno del settore pubblico.

Le attività di cooperazione sanitaria internazionale devono essere specchio della complessità dello sviluppo e dunque promuovere per questo un rapporto più articolato tra tutte le declinazioni possibili delle sue tematiche strategiche quali le migrazioni e l'interculturalità, la garanzia dell'universalità di accesso alle prestazioni, il rafforzamento e la sostenibilità dei sistemi nel loro complesso.

La consapevolezza dell'articolato rapporto tra cooperazione e processi di sviluppo su scala globale e locale è alla base della costituzione del Centro Regionale di Salute Globale, approvato con DGR n.909 del 2012 e affidato nella sua gestione all'AOU Meyer. Il Centro è il frutto di un'alleanza innovativa tra aziende sanitarie, Governo Regionale ed Accademia al fine di intraprendere iniziative che possano contribuire agli sforzi avviati alla comunità internazionale per affrontare le sfide in materia di salute globale.
In particolare gli obiettivi generali del Centro sono:

- l'accrescimento della conoscenza (il "sapere"), l'atteggiamento (il "saper essere") e la capacità (il "saper fare") degli operatori sanitari, sia durante il periodo di formazione accademica che lungo il loro percorso professionale, al fine di integrarne il profilo di competenze con ambiti oggi indispensabili per far fronte adeguatamente ai bisogni sanitari emergenti;
- la diffusione della conoscenza dei determinanti sociali, culturali ed ambientali che condizionano la salute e la malattia, a livello nazionale e internazionale, e dall'altra la capacità della medicina e della sanità pubblica di influenzarli;
- il riconoscimento ed il rispetto dell'esistenza della pluralità delle visioni di salute e malattia, come elementi che caratterizzano le identità individuali e culturali.

Il Centro perseguirà i suoi obiettivi e incrementerà le sue attività attraverso lo sviluppo e il rafforzamento di quattro pilastri tematici fondamentali: 1.politiche sanitarie, 2. salute e migrazione, 3. malattie tropicali neglette e 4. Cooperazione sanitaria internazionale.
La consapevolezza del perpetuo movimento dell'umanità e gli effetti oramai sotto gli occhi di tutti della globalizzazione -soprattutto quella economica- ci ha portato verso questo ulteriore ultimo progresso. Lavorare per *la salute globale* ci costringe a fare molto più verso un futuro *globalmente* più equo e *in salute*.

Cooperazione sanitaria internazionale. Il ruolo delle grandi Organizzazioni non governative

GIANFRANCO DE MAIO

Responsabile Medico MSF-Italia

Per corrispondenza: gianfranco.demaio@rome.msf.org

■ L'esperienza esemplare di Medici Senza Frontiere

L'"esemplare" del titolo intende significare "come esempio" e non "d'esempio", ma più conta qui centrare rapidamente il core, e l'oggetto, della nostra natura di organizzazione medico-umanitaria.
L'espressione "Medicina Umanitaria" in tempi peraltro da poco trascorsi avrebbe facilmente costituito occasione di conio per nuove docenze di discipline immaginifiche, pretesto per assegnazione di cattedre universitarie sparse qua e là.
Invece oggi, approfittando di tempi grami come i presenti, può spingersi a pretendere per sé un destino più dignitoso, inducendo a riflettere sulla possibilità di un esercizio della professione sanitaria magari semplicemente più soddisfacente sia per chi ne beneficia che per chi la pratica (fatto salvo per questi ultimi l'aspetto remunerativo, il cui peso non è da sottovalutare nelle motivazioni e nelle cosiddette "vocazioni"...).
L'associazione internazionale "Médecins Sans Frontières" da 40 anni rappresenta l'esperienza più nota di un esercizio di professione sanitaria che non viene frenato da contingenze politiche, culturali e "climatiche", né si lascia

condizionare da situazioni di indigenza economica e ritardo tecnologico, ma proprio a partire dalle difficoltà del contesto si attiva per sviluppare una applicazione adattata e innovativa dei progressi scientifici, documentando con costanza una prassi medica basata sull'evidenza.
Anche in Italia "Medici Senza Frontiere" (MSF) è espressione associativa della società civile d'origine, costituita da professionisti niente affatto eroici, ma semplicemente affacciati sulla strada comune che è il mondo di cui si sentono responsabili, piuttosto che sul privato cortile di casa.
La patente di organizzazione di difesa dei diritti umani che a volte ci viene attribuita è frutto di malinteso, perché proprio dalla nostra fondamentale Carta dei Principi si evince che il primo diritto che rivendichiamo non è tanto quello altrui alla salute, quanto il nostro, dell'operatore sanitario,a svolgere la propria professione libero da vincoli mercantili, politici, economici, religiosi e razziali. Con l'evidente successivo obiettivo della salute altrui, e non certo dell'attivo di bilancio aziendale o dell'interesse del gruppo di potere dominante.
Non si tratta perciò di difendere la conservazione ed integrità di valori antichi, anzi è illuminante la modernità sociale e culturale di una decisione critica di questo genere. Che va costruita su semplici e chiari argomenti: innanzitutto il rigore e la credibilità.
In questo senso meglio si intende la qualità di esperienza esemplare, che per un'organizzazione la quale per il 90% vive di fondi propri raccolti da privati donatori, potrebbe continuare a significare la resistenza, fin qui manifestata, a imboccare scorciatoie di comunicazione pubblica al fine di ottenere facile visibilità.
La peggior nemica per chi attraverso le proprie attività intende tradurre ed introdurre una coscienza critica è, infatti, proprio la comunicazione banalizzante e povera di contenuti dialettici. Ma questo spunto può risultare utile anche a realtà di più piccole dimensioni, a cui va riconosciuta legittima ragione a rivendicare e difendere un proprio spazio di attenzione e quindi di sostegno finanziario, a condizione però che procedano dalla retorica delle buone intenzioni alla dimostrazione dell'efficacia delle loro iniziative.
Nel mondo del soccorso medico, quindi della medicina umanitaria, solo chi sa essere efficace ed innovativo, non limitandosi a praticare una "medicina povera per i poveri" che lascia morire la gente con la scusa della mancanza di mezzi (e cultura), merita considerazione e diritto alla sopravvivenza anche in questi tempi grami; il resto rischia di rappresentare ostacolo e zavorra: scriveva qualche anno fa un dirigente della sezione belga di MSF, "Se quello che facciamo nell'immediato non giustifica la nostra presenza in un posto, in quel posto non abbiamo ragione di starci".
Sul piano organizzativo anche "piccolo" può risultare efficace oltre che bello, ma per riuscirci deve essere seriamente professionale, professionalità che va acquisita prima di essere spesa sul campo.
E che poi va efficacemente documentata, ben al di là dei format di rendicontazione per i finanziatori...: tutti noi siamo responsabili davanti alla società, non solo davanti a un gruppo di amministratori.
La temperie corrente non aiuta per nulla né l'impulso né l'ambizione di chi, nel grande o nel piccolo, decide di impegnarsi nella pratica della medicina umanitaria.
Mettiamo per un poco da parte le disposizioni deliranti che anche nei Paesi occidentali europei (vedi Spagna e Grecia) arrivano a negare l'elementare diritto di accesso alle cure per qualunque essere umano in stato di malattia (mettiamolo da parte solo un poco, perché semmai una situazione del genere ci dovesse in futuro interpellare, ciascuno di noi dovrà scegliere senza possibile mediazione tra la rivolta e l'obiezione morale e l'acquiescenza codarda), e facciamo scivolare lo sguardo su quelle parti del mondo, lontane, ma che per sciagure collettive ci sono divenute per un certo tempo familiari, magari muovendo la nostra generosità, ed estraiamo da un documento interno di MSF proveniente da Haiti a fine 2011 (neppure due anni dopo il terremoto devastante del gennaio 2010): "La problematica di fondo ad Haiti risiede nel fatto che l'80% dei 10 milioni di abitanti non hanno accesso alle cure per mancanza di denaro per pagarle e/o di strutture capaci di servizi di qualità.
I farmaci e gli atti medici non sono sovvenzionati, così come la presa in carico delle urgenze.L'accesso alle cure dovrebbe rappresentare una fondamentale posta in gioco della ricostruzione.
Il coinvolgimento senza precedenti di donatori internazionali crea un'opportunità irripetibile per allargare l'accesso alle cure decentralizzando e sovvenzionandone l'offerta, a patto che la politica sanitaria raccomandata dai donatori sia sociale e garantisca l'accesso per i gruppi vulnerabili. Ma l'orientamento liberale del nuovo governo e la visione dei principali donatori non lascia presagire un tale allargamento.
La sfida della ricostruzione sarà innanzitutto economica: «Ricapitalizzare gli operatori privati che dovranno riprendere le attività stabilite dalle Ong durante il periodo dell'emergenza» e cercare dei «partner innovativi» del Ministero della Salute, per eventualmente allargare l'offerta di cure. In questa prospettiva la salute è un'attività commerciale che risponde alle leggi del mercato prima di essere un servizio alla popolazione accompagnato da un obbligo di copertura.
La comunità internazionale ha i mezzi di influenzare verso scelte sociali. Ma non è certo che ne abbia la volontà"
Quando tale è la situazione della "politica" sanitaria che si sviluppa sotto i nostri occhi proprio mentre siamo lì accanto ad erogare cure mediche gratuite, quando è a rischio il concetto stesso di salute pubblica perché definito "costoso" e non piuttosto "redditizio", come ad Haiti per esempio oggi e chissà dove domani, è difficile pensare che il nostro sia solo un mestiere e non risponda ad ideali incedibili di giustizia e di equità, e che da tale riflessione non emergano interrogativi gravi e scelte conseguenziali.

Per conoscere meglio l'approccio medico operativo di MSF e la sua metodologia:
Le innovazioni mediche nelle crisi umanitarie, B.J. Hervé, Edizioni Cooper, 2010.

In viaggio per l'India

GABRIELLA RAVALLI
Pediatra di libera scelta - Arezzo

Per corrispondenza: g.ravalli@studiopediatricoaretino.it
ASSOCIAZIONE H.H.P.P.ONLUS www.humanitarianhelp.it

Un bagaglio con pochi indumenti personali, tanti farmaci e beni di prima necessità da distribuire.
Sono pronta per partire per una nuova missione in India: nel mio cuore entusiasmo e paura.
Durante il lungo viaggio faccio amicizia con i nuovi compagni di lavoro; ciascuno con la sua storia e tutti con lo stesso sogno e speranza di vita. Tornare in India è un po' ormai come tornare a casa.
Quando ci avviciniamo a Thullur comincio a rivedere le distese di campi coltivati a cotone, riso, banane, le capanne e le prime piccole case che cominciano a sorgere come segnale di un miglioramento della qualità di vita che piano piano arriva anche in questo povero villaggio agricolo.
Rivedo le piccole botteghe piene di oggetti e di frutta colorata, le strade affollate di animali e persone che camminano con vestiti laceri e sari variopinti, figure di vecchi piegati dalla fatica e bimbi che corrono con i piedini nudi.
Risento il penetrante odore delle fogne a cielo aperto e i profumi delle spezie.
Colori, odori, forti emozioni.
Arriviamo al convento Mary Matha delle suore Francescane e ad accoglierci con collane di fiori le sorelle e suor Jain, dottoressa ginecologa: una suora semplice ma una donna meravigliosa e infaticabile che da anni presta la sua opera come medico per questo villaggio e per i limitrofi, donando sé stessa senza riserve, giorno e notte, con pochi mezzi e tanta dedizione.
Vicino al convento il vecchio dispensario con poche stanze, assolutamente inadeguato a fornire gli aiuti sanitari necessari alla popolazione del distretto. Ecco alla mia vista il nuovo ospedale che abbiamo costruito con i nostri fondi raccolti con tanto impegno. Vederlo crescere ogni anno e vederlo adesso in piena funzione insieme al poliambulatorio dentistico ed oculistico è stata una gioia immensa che si rinnova in me ogni volta al mio arrivo.
Vicino all'ospedale è in funzione il punto di distribuzione di acqua potabile, indispensabile contributo della nostra associazione per una popolazione di 8000 abitanti.
Infine rivedo la grande scuola che ospita più di mille ragazzi; al nostro arrivo accorrono ad accoglierci con abbracci e sorrisi e in mano i piccoli quaderni di scuola dove vogliono che scriviamo tutti il nostro nome per lasciare loro un ricordo. Una firma e una carezza.
Svuotiamo le valige ed organizziamo la farmacia e le stanze di visita. Domani inizia il lavoro e ci saranno lunghe file di bimbi e adulti alla porta del convento e nei camp sanitari di fortuna allestiti ogni giorno in vecchie chiese o scuole dei villaggi vicini.
Per tutti visite, vaccinazioni, medicazioni di ferite o piccoli interventi di chirurgia e per tutti un vestito, un giocattolo, un palloncino, un sorriso, una speranza, parole non comprese ma sguardi che parlano.
Mentre lavoro mi scorrono davanti questi bimbi e mentre li visito mi perdo nei loro grandi occhi scuri e profondi che mi fanno dimenticare le condizioni difficili in cui si lavora, il caldo soffocante, la stanchezza. Toccare con mano questa realtà mi dà ogni volta una spinta positiva verso la vita e mi trasmette quella gioia di donare e donarsi che mi ha cambiato profondamente.

Cooperazione con l'ospedale Saint Joseph de Bebedja (CIAD)

DANILO TACCONI

Malattie Infettive - ASL 8 Arezzo

Per corrispondenza: d.tacconi@usl8.toscana.it

Il Ciad, stato dell'africa centrale, è uno dei paesi più bisognosi del mondo, dove almeno l'80% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà, contando sull'agricoltura di sussistenza e di immagazzinaggio per la sopravvivenza.
L'economia del Ciad è influenzata negativamente dalla sua posizione geografica, dalle scarse risorse idriche, ma anche dalla lunga storia di instabilità.
Dall'inizio degli anni 2000 si è sviluppata l'estrazione del petrolio, con intenso sfruttamento dei bacini, ma ad oggi con scarsa ricaduta economica su progetti di sviluppo per la popolazione.
Colonia francese fino al 1960, anno in cui raggiunse l'indipendenza, ha avuto sino ai nostri giorni numerosi conflitti interni e con nazioni confinanti (Libia, Sudan).
L'indice di sviluppo umano, fattore che considera il rapporto tra aspettativa di vita, indice di educazione e PIL pro-capite, utilizzato per misurare e dunque confrontare il "benessere o malessere" delle nazioni, pone il CIAD ad un triste sest'ultimo posto.
In questo contesto le posizioni riguardanti altre classifiche quali la speranza di vita, il tasso di mortalità infantile e altri ancora confermano la sofferenza economico-sociale e sanitaria di questo paese (tabella 1).
Le patologie più frequenti che affliggono la popolazione ciadiana sono quelle che interessano la maggior parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana.
La malnutrizione è presente in tutte le sue forme, le malattie infettive sono diffusissime e responsabili di gran parte della mortalità (HIV, tubercolosi, malaria, gastroenteriti, infezioni parassitarie e batteriche).
Il sistema sanitario ciadiano, trova i suoi limiti nella scarsità di risorse umane qualificate (4 medici ogni 100.000 abitanti), di infrastrutture e attrezzature mediche.
È necessario affrontare i problemi cronici dei sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo: carenza di personale qualificato, incostante disponibilità di farmaci e materiali, mancanza di mezzi di trasporto e carburante, scarsa attendibilità dei dati epidemiologici. Esiste poi un problema di accessibilità ai servizi sanitari: lunghe distanze, strade in pessimo stato e mancanza di mezzi di trasporto, difficoltà a lasciare la casa, il lavoro dei campi, il resto della famiglia e non ultimo il fatto che in molti paesi poveri ai malati viene chiesto il pagamento delle prestazioni, *userfee*, spesso relativamente elevato.
Negli ultimi tempi stanno prendendo sempre più campo anche le malattie croniche non trasmissibili dovute ad abitudini comportamentali e stili di vita devianti come l'abuso di alcoolici e tabacco.
Il Ciad in questo contesto di fabbisogno socio-sanitario usufruisce di progetti di cooperazione con enti governativi e non governativi (ONG) internazionali che molto spesso portano avanti interventi di tipo verticale, cioè strettamente mirati a patologie specifiche, principalmente HIV, e spesso ad aspetti ancora più ristretti, con strumenti disegnati ad hoc, con strategie spesso ideate senza tenere presenti le priorità dei paesi riceventi, con linee guida a volte diverse da quelle già esistenti in quei paesi, entrando in conflitto con gli altri servizi, distraendo risorse e personale, allo scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati, in termini di indicatori numerici, in tempi brevi, senza considerare gli effetti di tali scelte sulla salute in generale delle persone, nel lungo termine.
Calare programmi di questo tipo in sistemi sanitari inefficienti e poco accessibili non può dare risultati duraturi, e su questo pare a livello internazionale si è giunti finalmente ad essere d'accordo. Programmi di tipo verticale possono essere utili in caso di malattie eradicabili in tempi ragionevolmente brevi.

Tabella 1.

Speranza di vita	48,6 anni
Tasso di mortalità infantile	93,5/1000 nati vivi
Tesso di fertilità	4,8 nati/donna
Medici	0,04/1000 abitanti
Prevalenza HIV/AIDS	3,4% della popolazione
Copertura vaccinazioni di base	<80%
Tasso di mortalità materna	1.100 morti/100.000 nati vivi

L'esperienza

Nel 2009 il Vescovo di Doba, Monsignor Michele Russo, giunse ad Arezzo per salutare un suo confratello ciadiano ricoverato in Malattie Infettive, e durante la sua visita ebbi la fortuna di conoscerlo e sapere che nella regione del Logone orientale, a circa 30 km da Dobà c'era un villaggio, Bebedjia, di circa ventimila abitanti con un ospedale diocesano, che riusciva, nonostante le carenze, ad essere un punto di riferimento sanitario per un'area più vasta ed una popolazione molto più numerosa.
La struttura, chiamata Saint Joseph (tabella 2), inizialmente era un semplice dispensario, ma poi nel 1994 è stato riconosciuto come ospedale dal governo ciadiano.
La più importante criticità che il Vescovo ci segnalò era la scarsissima disponibilità di medici, in quel periodo ce n'era uno solo che aveva oltre il ruolo di coordinatore sanitario, anche le funzioni di chirurgo, ginecologo, pediatra e internista.
Non mi chiese soldi, ma domandò aiuto, personale medico

Posti letto	120
Diagnostica	1 ecografo portatile 1 apparecchio radiologico portatile
Reparti	Medicina, Chirurgia, Pediatria, Maternità, Ginecologia
Servizi	Ambulatorio HIV/AIDS Laboratorio analisi (di base)

Tabella 2: *Organizzazione dell' Ospedale Saint Joseph de Bebedjia*

e infermieristico che potesse, oltre che lavorare, formare il personale sanitario locale.
A questo punto grazie agli amici e volontari dell'Associazione Pole ... Pole Piano PianoOnlus (Box 1) siamo riusciti ad organizzare per 4 anni consecutivi (dal 2010 al 2013) le partenze di operatori sanitari dipendenti della ASL 8 e di altre ASL della Regione e altri a riposo per pensione, in maniera tale da poter dare un contributo operativo di tipo assistenziale e formativo per circa 2 mesi ogni anno.
L'aspetto più interessante di queste iniziative, riguarda la facilità con cui il contagio dell'entusiasmo e della solidarietà si diffonde, al punto che possiamo contare su un gruppo di circa 25 sanitari (Box 2) che sono disposti a proseguire l'iniziativa anche nel prossimo futuro.
Siamo consapevoli infatti che la cooperazione oltre ad essere un valore aggiunto personale per il professionista sanitario, può senz'altro rappresentare elemento positivo anche per l'azienda in cui lavora.

Foto 1: un momento della formazione

Foto 2: un particolare della pediatria

Box 1.

L'Associazione Pole Pole... Piano PianoOnlus *è stata costituita a dicembre 2007 anche se molti dei soci fondatori erano operativi già da qualche tempo in Tanzania. L'iniziativa è nata per merito del soggetto trainante la dottoressa Anna Maria Bartolomei, medico pediatra, la quale per prima ha avuto contatti con alcune Missioni in Tanzania. Gli interventi, nel corso degli anni, sono rivolti al Villaggio della Speranza, a Dodoma, dove operano Suor Rosaria e Padre Vincenzo nel progetto di gestione di un villaggio-famiglia che comprende una struttura sanitaria con annessa sala parto, occupandosi di attività assistenziale e scolastica nei confronti di bambini orfani malati di AIDS. Inoltre, sempre in Tanzania, l'intervento si è allargato alla missioni di Kibaigwa e di Kibakwe dove rispettivamente abbiamo portato a termine un ostello per studenti delle scuole superiori e un asilo-ricovero per bambini. L'attività dell'associazione non è limitata comunque solo a progetti di tipo edilizio o supporto economico per l'acquisto di macchinari, pagamento di rette scolastiche di studenti, ma disponendo tra i propri soci di numerosi professionisti sanitari, ha potuto, nel corso di questi anni, contribuire ad attività sanitaria compresa quella di formazione del personale locale. Dal 2010 alcuni volontari dell'Associazione si recano in Ciad presso l'ospedale di Bebedja, su richiesta del Vescovo della regione che lamenta una perenne carenza di personale medico, per un supporto sanitario diretto e di tipo formativo; è inoltre previsto un progetto per rendere l'ospedale autonomo dal punto di vista energetico attraverso la realizzazione di un impianto fotovoltaico.*

Box 2.

Personale sanitario coinvolto	Chirurgo, Ginecologo, Pediatra, Pneumologo, Infettivologo, Anestesista, Radiologo Infermiere di anestesia, infermiere neonatologo, ferrista, ostetrico, tecnico radiologo

Foto 3: un particolare dell'ospedale

Diritto alla salute e a non emigrare: Sierra Leone ed Arezzo, due comunità cooperanti

GABRIELLA ROSSI

Dirigente Medico Oncologia Ospedale San Donato, Arezzo.

Per corrispondenza: gabriellarossi24@gmail.com

La Sierra Leone è uno Stato dell'Africa Occidentale che si affaccia sulla costa dell'oceano Atlantico, confinante con la Guinea a nord-est e con la Liberia a sud-est. Ha una superficie di 71.740 km², la popolazione totale si stima intorno ai 5.8 milioni di abitanti, con una densità tra le più alte del continente africano, 76 ab./km².

Ex colonia inglese, indipendente dal 1961, la Sierra Leone è una Repubblica Presidenziale dopo essere uscita nel 2002 da una guerra civile protrattasi per oltre dieci anni, dal 1991 al 2002, il cui impatto sulle condizioni di vita della popolazione è risultato devastante. Le parti coinvolte nel conflitto sono state l'esercito ribelle del Fronte Rivoluzionario Unito (RUF), finanziato da Charles Taylor, capo della guerra civile della Liberia, i mercenari della sudafricana Executive Outcomes, i soldati delle forze di pace interafricana a comando nigeriano e le milizie dei liberiani. Nel maggio 2012, Charles Taylor è stato condannato a 50 anni di carcere dalla Corte Speciale per la Sierra Leone, il tribunale internazionale istituito dalle Nazioni Unite per giudicare i responsabili di crimini di guerra e crimini contro l'umanità commessi nel territorio della Sierra Leone durante la guerra civile.

Il conflitto inizia nel 1991, quando i ribelli del RUF lanciano la loro prima offensiva. Nel 1992 un colpo di Stato di un gruppo di giovani ufficiali porta al potere il capitano Valentine Strasser ed il National Provisional Ruling Council, NPRC. Il nuovo governo si dimostra del tutto incapace di sedare la rivolte che infiammano il Paese. Alla fine di marzo del 1996, il NPRC è costretto a cedere il potere ad un governo civile guidato dal Presidente Ahmad Tejan Kabbah, che nel maggio del 1997 viene destituito da un colpo di Stato militare del Consiglio Rivoluzionario delle Forze Armate, CRFA, che, successivamente, trova un accordo con l'opposizione armata del RUF. L'accordo, che prevede la cessazione delle ostilità, il disarmo e la smobilitazione dell'esercito, purtroppo non avrà alcun seguito. Nell'ottobre del 1999, il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite autorizza l'impiego di una forza internazionale di pace, UNAMSIL, composta da 6.000 soldati nel tentativo di rendere operativo l'accordo di pace, in particolare controllando il mantenimento del cessate il fuoco, il disarmo e la smobilitazione degli ex combattenti. L'accordo di pace stabilisce inoltre che tutti i non-combattenti catturati dai ribelli debbano essere rilasciati, ma solo un numero ristretto di civili viene liberato. Le forze governative e quelle del RUF mostrano poco impegno nel rispetto delle clausole dell'accordo e le forze dell'UNAMSIL vengono notevolmente ridotte.

Solo nel 2002 si pone fine ai combattimenti, ma, ancora oggi, la guerra in Sierra Leone rimane impressa nell'immaginario collettivo per le gravissime atrocità commesse contro i civili. Donne e bambini sono stati oggetto di violenze e abusi, migliaia di giovanissimi sono stati arruolati come bambini-soldato, più di 2000 bambini, di cui 60% bambine, sono "spariti".

Attualmente si sta per concludere la campagna elettorale; le elezioni, che si terranno il 17 novembre 2012, le terze democratiche nella storia della Sierra Leone, decideranno della rielezione o meno dell"attuale presidente, Ernest Bai Koroma.

■ Economia territorio risorse e capitale umano

L'economia della Sierra Leone è molto arretrata, nonostante le considerevoli risorse minerarie del sottosuolo (diamanti, oro, rutilio, bauxite), agricole (cacao, olio di palma, caffè) e ittiche; è un Paese caratterizzato da grande povertà e da una distribuzione del reddito estremamente diseguale. Povertà e arretratezza sono certamente anche l'eredità di quasi 11 anni di guerra civile che ha causato più di 50 mila morti, 100 mila mutilazioni gravi, 500 mila rifugiati e 2 milioni di sfollati interni, su di un totale di soli 5.8 milioni di abitanti.

L'U.N.D.P., (United Nations Development Programme), utilizza dal 1990 l'indice di sviluppo umano (ISU o HDI dall'acronimo inglese Human Development Index), in sostituzione degli indicatori che si riferiscono alla sola crescita economica (come il prodotto nazionale lordo), che nulla

dicono degli squilibri e delle contraddizioni che stanno dietro alla crescita.
L'indicatore "sviluppo umano" è, secondo la definizione dell'economista pakistano Mahbub ul Haq che ha contribuito alla sua elaborazione, «un processo di ampliamento delle possibilità umane che consenta agli individui di godere di una vita lunga e sana, essere istruiti e avere accesso alle risorse necessarie a un livello di vita dignitoso», nonché di godere di opportunità politiche economiche e sociali che li facciano sentire a pieno titolo membri della loro comunità di appartenenza.
Gli obiettivi generali dello sviluppo umano prevedono la promozione della crescita economica sostenibile, migliorando in particolare la situazione economica delle persone in difficoltà; il miglioramento della salute della popolazione, con attenzione prioritaria ai problemi più diffusi e ai gruppi più vulnerabili; il miglioramento dell'istruzione, con priorità all'alfabetizzazione, all'educazione di base e all'educazione allo sviluppo; la promozione dei diritti umani, con priorità alle persone in maggiore difficoltà e al diritto alla partecipazione democratica; il miglioramento della vivibilità dell'ambiente, la salvaguardia delle risorse ambientali e la riduzione dell'inquinamento.
Secondo l'ultimo rapporto U.N.D.P del 2011, la Sierra Leone si trova al 180° posto della classifica, con un valore ISU di 0.336, tra i più bassi al mondo, seguita solo dal Burkina Faso e dalla Liberia. (Tabella 1)

Dal punto di vista igienico-sanitario, secondo le stime dell'OMS, la Sierra Leone è in una situazione di estrema arretratezza: ha accesso all'acqua solo il 57% della popolazione generale, il 30% di quella rurale, e mancano servizi igienici adeguati. (Tabella 2)

■ Sanità pubblica

Le malattie endemiche sono numerose anche se, a livello urbano, poco diffuse. Sono molto elevati i rischi di febbre gialla, tetano, tubercolosi, tifo, epatiti e meningite; la malaria è estesa su tutto il territorio ed in alcuni casi è particolarmente grave e resistente ai farmaci. Il Ministero della Salute della Sierra Leone a febbraio 2011 ha notificato all'OMS diversi casi di febbre gialla nel villaggio di Jahun nel Distretto di Bonthe, nella Provincia sudorientale del Paese, dove a marzo è iniziata una campagna di vaccinazione.

Tabella 2

Aspettativa di vita alla nascita F/M	49,4/47,5
Tasso mortalità infantile (1000 nati vivi)	192
Tasso mortalità da 15 a 60 anni F/M (per 1000)	363/414
Totale spese per la salute pro capite (Int.$, 2009)	106
Totale spese pro capite in % del PIL (2009)	1,13

Attualmente il Ministero della Salute ed Igiene (MOHS) e le Autorità sanitarie locali sono impegnate in una campagna di vaccinazione di massa della popolazione contro il diffondersi dell'epidemia di febbre di Lassa, che nel 2010 ha causato il decesso di decine di persone nelle regioni settentrionali del Paese. Nuovi casi di contagio sono stati segnalati anche all'inizio del 2011.
Da fine giugno 2012, nell'intera area occidentale, Freetown inclusa, e in tre distretti del Nord e Sud del Paese, Port Loko, Kambia e Pjenhum si è diffusa un'epidemia di colera. Le autorità governative continuano a lavorare a stretto contatto con i partner a livello nazionale e internazionale per rafforzare la risposta al colera. Alla data del 16 settembre 2012 i casi accertati in tutto il Paese sono stati 18.508, di cui 271 mortali e si ritiene che il loro numero tenderà ad aumentare ancora. Lo stato di epidemia, causato da acque ed alimenti contaminati, si mantiene diffuso e resistente. L'indisponibilità e l'inaccessibilità di acqua potabile nella gran parte del Paese rimangono la causa principale del diffondersi delle malattie infettive.
Secondo i dati dell'OMS, in Sierra Leone, le malattie sessualmente trasmissibili (MST) sono in aumento; l'espansione dell'AIDS in tutta l'Africa assume l'aspetto di una vera e propria pandemia ed è stata accelerata e aggravata da molteplici fattori (il neocolonialismo e le sue conseguenze, gli imponenti fenomeni di inurbamento, le guerre civili che hanno sconvolto il continente), nonché dalla fragilità complessiva dei sistemi sociali e sanitari dei paesi subsahariani. Il controllo delle MST è una delle priorità dell'OMS e degli obiettivi di sviluppo del millennio, delle Nazioni Unite; la strategia da adottare si basa soprattutto sulla prevenzione, con la promozione di comportamenti sessuali responsabili. Secondo il rapporto UNAIDS sulla

Tabella 1

	Posizione in classifica	Sierra Leone	Italia
Indice di sviluppo umano		180	24
Salute	Aspettativa di vita alla nascita (anni)	47,8	81,9
Educazione	Media anni di scuola (degli adulti) (anni)	2,9	10,1
Reddito	RNL pro-capite in PPA (costante Internazionale del 2005)	$ 737	$26484
Disuguaglianza	Disuguaglianza valore ponderato in base HDI	0,196	0,779
Genere	GII:Disuguaglianza index genere	0,663	0,175
Sostenibilità	Risparmio netto rettificato (%del RNL)	1,2	6,1
Demografia...	Popolazione totale entrambi i sessi (migliaia)	5,997.5	60,788.7

Sierra Leone del 2009 (tabella 3).

Sono altissimi i decessi dovuti a cause materne, perinatali e neonatali; nel "National Health Sector Strategic Plan 2010-2015 Sierra Leone" si auspica una riduzione della mortalità infantile fino ad arrivare nel 2015 a 50/1000 (mortalità infantile per 1000 nati vivi). Ogni 100.000 parti in Sierra Leone muoiono 2.100 madri, la mortalità materna più alta al mondo. Ci sono miglioramenti in molte aree del paese, ma nelle regioni sud-orientali solo il 12 % dei parti avviene in ospedale e spesso si diventa madri a 12-15 anni, con rischi gravissimi per mamme e neonati; la rete dei servizi medici è limitatissima. Le bambine sono particolarmente a rischio: il 31% delle donne nelle aree rurali si sposa prima dei 15 anni, il 68% prima dei 18; circa il 40% partorisce prima dei 18 anni. I casi di abusi sessuali su bambine sono molto diffusi. La morte da parto è solo una delle possibili conseguenze di gravidanze premature: per ogni ragazza che muore, altre 30 si troveranno a convivere con disabilità, infezioni, dolori cronici, fistole, incontinenza. Le regioni sud-orientali della Sierra Leone sono state beneficiarie di programmi sostenuti dall'UNICEF Italia; a Kono è stata costruita una maternità pilota, attrezzata per le emergenze; a Pujehun si sta costruendo, sempre con fondi di donatori italiani, un altro reparto per le emergenze ostetriche.

Tabella 3

People living with HIV/AIDS, 2009	49,000%
Women (aged 15+) with HIV/AIDS, 2009	28,000
Children with HIV/AIDS, 2009	2,900
Adult HIV prevalence (%), 2009	1.6%
AIDS deaths, 2009	2,800

■ Cooperazione internazionale

Le strutture sanitarie in generale e quelle di emergenza sono carenti ed inaffidabili. Esistono poche farmacie, peraltro sprovviste in genere di medicinali. Sono tuttavia presenti nel Paese alcune strutture ospedaliere gestite da ONG e da religiosi italiani, che vantano un buon livello rispetto agli standard locali: il Centro Chirurgico e Medico (operativo dal novembre 2001) gestito da Emergency a Goderich (10 km da Freetown) e specializzato in chirurgia d'urgenza; l'Ospedale "Holy Spirit" di Makeni, aperto nel 2007 grazie alla raccolta fondi promossa dalla Caritas diocesana; l' Ospedale di Lunsar, gestito da religiosi italiani e dipendente dalla Diocesi di Makeni.
Emergency è da anni in Sierra Leone, i dati forniti al 31/03/2012 evidenziano una grande attività con 24.756 interventi chirurghici effettuati nella struttura di Goderich, 217.228 pazienti trattati in ambulatorio e 24.063 pazienti ricoverati. Lo staff internazionale è impegnato anche nella formazione del personale locale, scarso e poco preparato. Gli operatori sanitari, quando richiedono l'adesione ai protocolli di "best practice" in sanità, incontrano molte difficoltà anche per la diffidenza della popolazione locale nei loro confronti, diffidenza che rende difficile far conoscere le cause di una malattia e fare dunque prevenzione.

■ Arezzo e Sierra Leone

In questa cornice sociale, economica e di salute pubblica, la realtà aretina è presente in Sierra Leone con alcune Associazioni: TECLA ONLUS Trasparenza e Cooperazione Liberassociazione, Africa Amica, Occhi della Speranza Onlus che si occupano di cooperazione internazionale e promozione di sviluppo e salute attraverso vari progetti, programmati e coordinati dalle tre Associazioni. Molti medici volontari di Castiglion Fiorentino e Arezzo ogni anno esercitano il loro servizio presso l'ospedale di Kabala, capoluogo del Distretto di Koinadugu, dove ha sede l'unico plesso ospedaliero per una popolazione di circa 300.000 abitanti. Questa attività ha portato alla realizzazione di un ambulatorio dentistico con l'installazione di due "riuniti" odontoiatrici e ogni anno medici volontari si recano nel Paese per prestare soccorso alla popolazione e fornire competenze. L'anno scorso è stato aperto un ambulatorio oculistico, diagnostico e terapeutico, in un paese dove i problemi della vista hanno proporzioni molto vaste in ogni fascia di età; la cecità in Sierra Leone è anche un problema sociale a causa della stigmatizzazione del malato.
L'Associazione TECLAONLUS ha come scopo principale quello di mettere le proprie energie culturali, materiali ed economiche a disposizione di popolazioni, comunità, singoli che si trovano in una reale situazione di bisogno, attraverso il coinvolgimento del territorio, facendo anche ricorso ad un'attività di educazione e sensibilizzazione allo sviluppo.
In particolare TECLAONLUS ha realizzato il progetto "I Colori Dell'Alba" a favore dei bambini con cecità, completato a marzo 2012. Il progetto si è concretizzato con la costruzione ed allestimento di una casa famiglia per 100 bambini non vedenti a Kabala. La cecità infantile è un vero dramma in Sierra Leone. Le condizioni di vita dei ragazzi non vedenti sono difficilmente immaginabili, vengono infatti spesso abbandonati dalle loro famiglie perchè considerati una maledizione.
TECLAONLUS ha dato inizio ad una raccolta fondi che ha permesso di costruire, ad aprile 2012, tre pozzi di acqua

nei villaggi di Bambukura, Kadanso e Kasumpè in una delle regioni più povere del Paese; questi villaggi sono stati indicati dal governatore Peter Bayuku Konteh della regione di Koinadugu. La cecità in Africa è determinata da cataratta, glaucoma, ulcere corneali, carenza di vitamina A (xeroftalmia) favorite da una carenza di acqua potabile. L'acqua non pulita può essere contaminata dal batterio della clamidia tracomatis che si può localizzare nell occhio determinando cecità. L'oncocercosi è un' altra causa di cecità o ipovisione causata da un parassita che si ritrova nella mosca nera che si trova nei corsi fluviali.
Tra i progetti del 2013 TECLAONLUS, con la collaborazione del Corso di Scienze Infermieristiche dell'Università di Siena con sede ad Arezzo, vuole portare in Sierra Leone professionalità e competenze, riuscendo a inserirsi nel tessuto socio-sanitario del Paese coinvolgendo il personale locale in un progetto di "Educazione alla salute" con la finalità di accrescere la qualità, specificità ed accessibilità delle persone nate e abitanti nella Regione di Koinadugu al loro servizio sanitario e parasanitario, formare i promotori sanitari e promuovere l'educazione alla salute nella loro comunità e nelle loro scuole al fine di garantire alla popolazione locale di vivere in salute nella terra della loro nascita.

Sitografia

http://www.who.int/countries/sle/en/
http://www.undp.org/content/undp/en/home.html
http://www.unicef.it/
http://www.unaids.org/en/
http://www.percorsidipace.net/conflitti/conflitto-sierra-leone
http://www.visitsierraleone.org/it/sierra-leone-news/daily/
http://sedi.esteri.it/pdgcs/italiano/iniziative/SchedaIniziativaTema.asp?id_temi=2&id_paese=87
http://www.teclaonlus.it/
http://www.emergency.it/index.html
http://www.medicisenzafrontiere.it/
http://www.occhidellasperanza.it/
http://www.nigrizia.it/

L'esperienza di Caritas nella salute mentale in Serbia

PAOLO SERRA

psichiatra, consulente Caritas Italiana

Per corrispondenza: paoloserra46@gmail.com

Riassunto
La Caritas Italiana, mentre prestava soccorsi nel territorio della ex Yugoslavia durante le guerre degli anni '90, si è trovata ad aiutare a fare sopravvivere i pazienti di alcuni manicomi. Superata questa fase, dall'anno 2000 a tuttora sta aiutando queste nazioni ad organizzare un'assistenza psichiatrica rispettosa dei diritti umani e civili.

Parole chiave: Psichiatria, Balcani, manicomio, deistituzionalizzazione, salute mentale

Tra le istituzioni sociali in Jugoslavia che, nel corso del decennio 1990–2000, avevano maggiormente risentito dell'assoluta mancanza di gestione della cosa pubblica e dell'abbandono da parte dello Stato a causa del crollo del socialismo e delle successive guerre, vi erano gli **Ospedali Psichiatrici**[1].
Riduzione e tagli drastici di risorse, fuga del personale verso altre strutture o all'estero, assenza di qualsiasi intervento pubblico, totale indifferenza delle autorità sanitarie preposte: era questo il desolante quadro descritto da chi si trovava a dirigere i manicomi della Serbia nel 2000. Oltre alla carenza di risorse all'interno delle strutture, nel quadro di un generale impoverimento della società, anche le reti parentali si erano ulteriormente indebolite, determinando spesso l'abbandono definitivo del congiunto ricoverato in un ospedale psichiatrico. Ad accrescere ulteriormente le difficoltà, non va dimenticato l'arrivo di rifugiati in molte famiglie della Serbia in conseguenza dei conflitti nella regione: questo aveva comportato un ulteriore squilibrio nelle situazioni già precarie, oltre ad aumentare la dimensione dei problemi economici.
Caritas si interessa alla situazione nella ex Jugoslavia fin dai primi anni Novanta. In Serbia, le autorità e i partner locali segnalano fin dagli inizi la situazione dentro i manicomi del paese come **una delle emergenze sociali, sanitarie e umane maggiori**, così che Caritas inizia ad entrare in queste realtà per conoscerle e, laddove possibile, aiutarle. Alla luce delle osservazioni che emersero dall'analisi del territorio fu possibile elaborare un unico programma nel quale si individuarono due obiettivi generali:

a) "umanizzare" il manicomio;
b) iniziare a promuovere un'assistenza psichiatrica moderna[2].

Nel periodo successivo alla caduta del regime di Milosevic (ottobre 2000), i Governi del paese hanno posto sempre maggiore attenzione alla politica estera e mostrato maggiore disponibilità al dialogo con i governi dei paesi europei e le istituzioni internazionali, dando il via tra le varie riforme anche a un processo di cambiamento all'interno del Ministero della Sanità. Tra le finalità vi era anche quella di portare a buon fine il lungo e difficile processo di **riforma del sistema psichiatrico statale in Serbia** nel senso di un approccio di cura in comunità. In tale senso Caritas, in collaborazione con il W.H.O[3]., organizzò, nel dicembre 2002, un seminario che permise il primo "rincontro" degli psichiatri dei vari ospedali, che non avevano più avu-

to possibilità di scambiarsi opinioni, per cause belliche. Durante quell'incontro furono esposti i principi della deistituzionalizzazione e furono portate testimonianze in tal senso dall'Italia, Germania e Grecia.
Nel febbraio 2003, durante il processo di riforma della sanità, è stato composto un gruppo di lavoro formato da 12 psichiatri di alto profilo nominato **"Commissione Nazionale della Salute Mentale del Ministero della Salute"** che ha ricevuto ufficialmente i compiti di:

a) elaborare un piano di politiche nazionali nel campo della salute mentale;
b) redigere una proposta di riforma dell'assistenza psichiatrica;
c) mantenere i contatti e la cooperazione con enti ed organizzazioni internazionali che già operavano o erano pronte ad operare in quel settore[4].

La rete Caritas ha appoggiato questo processo, offrendo **assistenza tecnica** al lavoro della Commissione Nazionale per la Salute mentale ed ha inoltre, con la partecipazione di altre organizzazioni della società civile locale, condotto varie **attività di sensibilizzazione alla lotta contro lo stigma**, tra cui la campagna "I colori uniti dell'anima" (2004) e l'emissione di 13 puntate in TV intitolate "Tolleranza". Momento centrale del programma sono stati però i **percorsi di formazione e riqualificazione del personale locale** ("Capacity building program" durato oltre un anno in tutta la Serbia) mediante i quali si è cercato di sopperire al bisogno di aggiornamento e al senso di abbandono comune tra gli operatori in quest'area, con la collaborazione, in qualità di relatori di esperti Caritas e membri della Commissione Ministeriale Serba[5].
La terza fase (2005-2007) del Programma Salute Mentale ha mirato a una diminuzione del numero di pazienti ricoverati e una riduzione del ricorso all'ospedale come "cura" per i malati di mente. Come risultato concreto della collaborazione sempre più stretta tra la Caritas e il Ministero della salute serbo, si è dato dunque il via in maniera concreta al **processo di deistituzionalizzazione**.
Il risultato principale di tale processo è stata **l'apertura del primo Centro di Salute Mentale della Serbia** a Nis, nell'ottobre del 2005, presso la municipalità di Medijana. Nella primavera del 2004, infatti, si era deciso che l'ospedale psichiatrico di Gornja Toponica a Nis diventasse la sede del CSM sperimentale e dopo un processo di formazione del personale, ristrutturazione degli spazi e definizione delle procedure, finanziati ed organizzati dalla Caritas, la prima struttura comunity-based nella salute mentale serba è venuta alla luce.
Il primo passo compiuto verso la de-istituzionalizzazione del sistema andava comunque fatto seguire da altri cambiamenti. Va sottolineato infatti che in Serbia, a seguito dei traumi sociali ed individuali causati dalle guerre, dallo stress degli anni della transizione e dallo status di rifugiati politici, la percentuale di persone che soffrono di disturbi mentali è ancor oggi maggiore della media europea (l'OMS calcola che la media in Serbia delle persone con disagio psichico si aggira attorno al 35%, cioè mediamente superiore del 15% rispetto al resto del mondo).
Si calcola che ci siano almeno **6.000 persone nelle strutture manicomiali** e molte di queste persone spendono anni della loro vita, se non proprio l'intera loro vita, dentro tali istituzioni[7].
Nel 2007, grazie anche al supporto tecnico offerto da Caritas, la Commissione Nazionale della Salute Mentale arriva all'approvazione e pubblicazione della **"Strategia Nazionale per la Salute Mentale[8]"** all'interno della quale vengono identificati i principali problemi ancora aperti e gli approcci comunitari che il Ministero vuole supportare.
I problemi principali delle strutture chiuse di tipo manicomiale sono così descritti: "*I grandi ospedali psichiatrici rappresentano un asilo per i pazienti cronici o con ritardo mentale; la maggior parte di questi pazienti rimane istituzionalizzata per anni, e spesso solo per ragioni sociali [...] Gli ospedali psichiatrici sono sovraffollati, in cattive condizioni economiche, mancano di staff e il rispetto dei diritti umani dei pazienti non è sempre garantito [...] Il principio della salute mentale territoriale non è per niente applicato e i pazienti sono spesso inviati in strutture isolate, lontane dal proprio luogo di provenienza, invece che vicine al loro luogo di residenza*". Le persone con disagio mentale soffrono anche gravi problemi sociali: isolamento e abbandono, discriminazione, pregiudizio. La copertura mediatica dei problemi degli individui con disordini mentali non aiuta in questo senso, essendo quasi esclusivamente sensazionalistica e collegata ad episodi di violenza. "*Vi è una mancanza di informazione appropriata per il pubblico, ed è presente un elevato stigma verso chi è affetto da disordini mentali*".
La stessa Strategia segnala infine la scarsa partecipazione dei pazienti stessi alla vita sociale: "*Gli utenti devono essere inclusi nel processo di tutela di sanità mentale. Nel nostro paese non ci sono associazioni dei pazienti con disturbi mentali cronici, ma ce n'è bisogno*".
Sulla base dei problemi ancora aperti, e forte dei confortanti risultati raggiunti fino a quel periodo (in particolare l'avvio del primo CSM in Serbia, la collaborazione con la Commissione Ministeriale per la Salute Mentale, e la formazione degli operatori in tutta la Serbia), Caritas ha deciso nel 2006 di ridefinire le proprie priorità nella Salute mentale cercando di rispodnere a quei bisogni che ancora non erano statii soddisfatti.
Nel nuovo Piano di Azione 2007-2009 questi nuovi bisogni[9] e aree di intervento vengono identificati:

1. Il sostegno al CSM Medijana in vista dell'apertura di nuovi CSM;
2. L'auto mutuo aiuto e l'associazionismo dei pazienti;
3. La sensibilizzazione della società mediante Campagne antistigma;
4. L'inclusione lavorativa e la promozione di cooperative sociali;
5. Il problema della residenzialità e la nascita di case-famiglia.

Dal gennaio 2008 Caritas ha realizzato il progetto cofinanziato dall'Unione Europea «**Promozione della salute mentale in Serbia**» in collaborazione con la Commissione Nazionale della salute mentale e il Ministero della salute. Il progetto è stato realizzato in 4 città serbe: Belgrado, Valjevo, Novi Sad e Niš, e rappresenta uno sviluppo della collaborazione pluriennale con il settore istituzionale e non governativo.

L'obiettivo generale è stato quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti che soffrono di problemi di salute mentale attraverso **la promozione di un nuovo modello di assistenza psichiatrica**, di un rafforzamento delle capacità istituzionali e degli operatori specializzati in tutti i settori del sistema della salute mentale. Si è insistito nel proporre attività basate sulla deistituzionalizzazione; nel capacity building di pazienti, delle loro famiglie e degli operatori del settore; nella lotta contro lo stigma e nella lobby e advocacy dei diritti di pazienti.

Il progetto si è suddiviso in 5 aree di lavoro:

1) **creare forti reti territoriali tra gli specialisti della salute mentale e la società civile**: tramite il progetto sono stati creati Gruppi di Lavoro composti da rappresentanti di ogni livello del sistema della salute mentale (istituzioni, dipartimenti e strutture, servizi sociali, organizzazioni non governative, comunità e famiglie, media) con la finalità di sviluppare un efficace partenariato e condividere la gestione di iniziative fra loro stessi (ca. 30 incontri in 2 anni). Per conoscere meglio il territorio, inoltre, è stato supportato il Master in Ricerca denominato "Ricerca sul grado di soddisfazione degli utenti dei 17 dipartimenti psichiatrici in Serbia" condotto da Dr. Branka Stamatovic-Gajic in collaborazione con la Facoltà di Medicina dell'Università di Kragujevac;
2) **migliorare le condizioni lavorative all'interno delle strutture che si occupano di Salute Mentale**: tramite il Progetto abbiamo supportato la ristrutturazione di 3 strutture di salute mentale in comunità;
3) **migliorare la conoscenza e la motivazione degli operatori che lavorano nel campo della Salute Mentale**: una continua formazione per gli operatori che lavorano nel campo della salute mentale e l'apprendimento delle ultime tecniche nel campo della comprensione e trattamento delle malattie nella salute mentale sono stati componenti essenziali per le buone prassi in materia. Il progetto ha proposto agli operatori del sistema 5 Seminari universitari e Conferenze, 1 video conferenza fra la Facoltà di Medicina di Nis e Chieti, 2 visite di studio in Italia, la pubblicazione di un 1 libro sull'esperienza del CSM Medijana, oltre che l'acquisto di un'auto per le visite domiciliari del Dipartimento di Psichiatria dell'Ospedale di Valjevo;
4) **stimolare la nascita di gruppi di utenti e di loro familiari che diventassero vere e proprie Associazioni** attive nei processi di pianificazione, organizzazione e supervisione della Salute Mentale in Serbia: dopo 4 workshops organizzati sull'Auto Mutuo Aiuto e la Creazione di associazioni, le prime 3 Associazioni di Pazienti sono state registrate in Serbia ed altre 3 Associazioni sono state attivate come "gruppi informali" (totale di circa 150 membri), ed è stato prodotto 1 manuale che tratta della metodologia sull'Auto Mutuo Aiuto;
5) **rendere maggiormente consapevole la società civile serba sul tema della Salute Mentale**: sono state organizzate 2 grosse Campagne Antistigma con differenti attività a livello nazionale a Belgrado (e 12 Campagne Antistigma a livello locale) in collaborazione con il Ministero della Salute, con l'OMS, con vari Ospedali e strutture sanitarie, con la Chiesa cattolica e la Chiesa ortodossa serba, con i principali media serbi, con varie ONG. Slogan delle campagne sono stati "La malattia mentale non è contagiosa, l'indifferenza sì" (2008) e "Apriamo le porte" (2009). Nel corso delle campagne è stato prodotto 1 spot TV in onda in 20 televisioni serbe, è stato proiettato per la prima volta in Serbia 1 film sui pazienti con problemi di salute mentale ("Si può fare", Italia 2008), si sono organizzate 10 trasmissioni televisive e radiofoniche con la partecipazione dei rappresentanti del progetto, circa 70 media serbi hanno parlato degli eventi della campagna, è stato lanciato 1 concorso di disegno sulla tolleranza in 8 scuole primaried del paese. Si stima che circa 10.000 persone si siano interessate alle attività delle Campagne nazionali e locali. È da notare inoltre l'enorme quantità di materiale stampato e distribuito per la sensibilizzazione della società civile: 5 libri (totale 3.200 copie), 8 brochures (13.250 copie), 10 differenti tipi di posters (11.600 copie), 2 quiz (5.300 copie) e 2 volantini (2.400 copie).

Oltre alle attività previste dal progetto, l'impegno di Caritas in questa fase ha prodotto altri tre risultati interessanti.
Il primo è la firma, il 30.4.2009, del **Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute e Caritas per la promozione della salute mentale in Serbia**: con questo accordo, il lavoro di Caritas viene riconosciuto come fondamentale nel processo di de-istituzionalizzazione delle strutture della salute mentale, e si crea per la prima volta una così forte collaborazione tra ente pubblico (Ministero) e rappresentanti della società civile (Caritas) che possono insieme – ognuno con le proprie specificità e ruoli – operare per un comune obbiettivo.
Il secondo risultato notevole è stata la nomina (novembre 2009) del consulente per la Salute Mentale di Caritas, dott. Paolo Serra, a **Visiting Professor presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Kragujevac**. Con questa nomina, viene riconosciuta anche in Serbia la bontà scientifica dell'approccio comunitario in psichiatria proposto in questi anni da Caritas, che entra dunque nei curricula universitari.
Il terzo risultato è stato infine **l'inserimento della riforma della Salute mentale tra le condizioni che l'Unione Europea pone alla Serbia** (EU Progress Report, 2009) per avviare i negoziati di pre-adesione: la Salute mentale è stata riconosciuta dall'Unione Europea come uno degli ambiti di lavoro futuri per la Serbia, sono stati apprezzati i passi avanti compiuti anche grazie al progetto implementato con Caritas e si consiglia al paese di continuare in questa direzione.
Al termine del progetto europeo 2008-2009, Caritas ha sentito il bisogno di ridefinire **alcune priorità di intervento** per gli anni a seguire, ed ha individuato i seguenti punti: 1) Lo sviluppo dei servizi per i nuovi Centri di Salute Mentale; 2) La valorizzazione delle buone prassi già presenti in Serbia; 3) L'advocacy verso le istituzioni; 4) Le campagne di sensibilizzazione; 5) Le associazioni degli utenti; 6) L'inserimento lavorativo delle persone con disagio men-

tale; 7) Le reti territoriali; 8) I casi sociali nelle strutture psichiatriche; 9) Il coinvolgimento del network Caritas in Serbia.

La prima occasione di concretizzare questi interventi è stata offerta da un **nuovo progetto promosso da Caritas e supportato dall'Unione Europea**, all'interno del programma IPA transfrontaliero Serbia - Bosnia e Erzegovina (BiH), iniziato il 01.12.2010 con un partenariato tra enti serbi e bosniaco-erzegovesi che si occupano di salute mentale, focalizzato in particolare nelle aree di Valjevo (Serbia) e Tuzla (BiH).

Il progetto transfrontaliero, chiamato UP.S.TREA.M. (*"UPdate of Socialization and TREAtment in Mental health", Aggiornamento della socializzazione e del trattamento in materia di salute mentale*) vuole continuare a stimolare i passi in avanti nei processi legati al miglioramento dei trattamenti di assistenza psichiatrica e all'inclusione sociale dei pazienti con problemi di salute mentale nell'area dell'Europa Orientale.

I due Stati inclusi nel progetto – Serbia e BiH – presentano molti problemi in questo settore, per ragioni storiche, politiche ed economiche (la percentuale di persone che soffrono di malattie mentali è superiore alla media europea a causa dei frequenti stress degli ultimi 20 anni di storia: le guerre, le tensioni etniche, le transizioni e le debolezze economiche), ma anche forti carenze nell'organizzazione dei servizi nel settore della Salute Mentale (in Serbia: assenza di terapie nelle comunità, mancanza di associazioni di pazienti e familiari; in BiH: mancanza di risorse a causa di complicate procedure governative, mancanza di ricerca nel campo della psichiatria).

La novità introdotta con il progetto Upstream, però, è che per la prima volta verranno stimolati i processi di apprendimento reciproco delle due realtà **a partire dalle buone prassi esistenti in loco** (piuttosto che introdurre "modelli" esterni a cui ispirarsi): la socializzazione dei pazienti con problemi di salute mentale, azione di eccellenza dalla Associazione di auto aiuto Fenix (Tuzla, BiH); e la grande professionalità del Servizio psichiatrico di Valjevo (Serbia), in particolare le cure domiciliari e l'attenzione alla ricerca.

I beneficiari diretti del progetto saranno: 20 medici esperti dell'ospedale di Valjevo, 20 operatori sociali dell'Associazione Fenix e circa 500 pazienti di entrambi i paesi e i loro familiari (circa 2.000-2.500 persone) coinvolti nelle nuove procedure terapeutiche e nei nuovi processi di socializzazione.

Il progetto si suddivide in 3 fasi:

Fase 1 scambio transfrontaliero delle buone pratiche

- Attività 1.1 – Attivazione di Gruppi di Lavoro per pianificare cambiamenti sociali e politici
- Attività 1.2 – Scambio delle buone pratiche

Fase 2 Educazione e Ricerca comune

- Attività 2.1 – Formazione comune sull'organizzazione e lo sviluppo dei servizi nella salute mentale
- Attività 2.2 – Ricerca comparativa

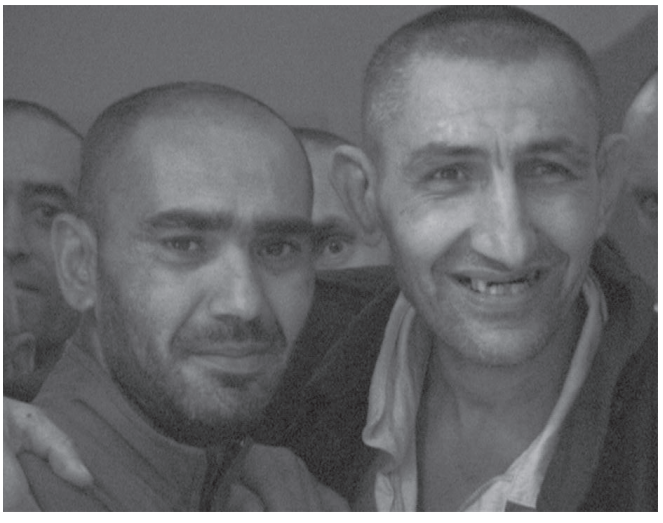
Fase 3 Sensibilizzazione comune e Informazione pubblica

- Attività 3.1. – Campagna comune Antistigma
- Attività 3.2. – Apertura di un sito web comune.

Attraverso queste attività, il Progetto conta di poter ottenere dei cambiamenti significativi per le aree coinvolte: 1.miglioreranno le capacità di promuovere il cambiamento sociale; 2.saranno rafforzate le competenze tecniche degli operatori della salute mentale attraverso training comuni, visite e scambi delle buone prassi; 3.saranno maggiormente accessibili e adeguati i servizi per la salute mentale; 4.vi sarà una maggiore consapevolezza in Serbia e in BiH sul tema della salute mentale da parte della società civile e riduzione dello stigma nei confronti dei disturbi mentali in genere.

Bibliografia

1. Serra P. Bolesnik, a ne bolest. Coric B, ed. In "Covek i lek". Beograd; IMZ, 2004.
2. Basaglia F. Scritti. Vol. 1. Torino, Einaudi 1981.
3. W.H.O. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Ginevra 2001.
4. Ricci S. Lattanzi M. Terre promesse – Etica pubblica, diritti sociali, culture della salute. Moretti e Vitali 2001.
5. Thornicroft G., Tansella M. The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge University Press; 1999.
6. Crepet P., Prosperi L., Sponsilli R. Ipotesi di pericolosità. Roma, Il Pensiero Scientifico; 1982.
7. De Leonardis O. Dopo il manicomio. L'esperienza psichiatrica di Arezzo. Roma, Il Pensiero Scientifico; 1981.
8. Bondioli C., Serra P. Arezzo, attuazione della riforma sanitaria ed attualità della lotta antistituzionale. In: De Salvia D. e Crepet P. Psichiatria senza manicomio, Milano, Feltrinelli, 1982.
9. Pirella A. Deistituzionalizzazione. In: Castelfranchi C., Pirella A. L'invenzione collettiva, Torino, Gruppo Abele; 1995.



Il progetto di sostegno allo sviluppo delle cure primarie in Libano

SABRINA PALEI

Assistente sociale resp. P.O. RSA Arezzo "D. Maestrini" (Libano)

Per corrispondenza: sabrina.palei@usl8.toscana.it

Quel caldo pomeriggio di metà maggio 2010 ascoltavo con estrema attenzione il racconto che il dottor Triggiano mi stava facendo del Libano. Di quel paese conoscevo ben poco; la sua collocazione nella carta geografica, il Campo di Sabra e Chatila, le narrazioni riguardanti gli Ezbollah, le immagini delle distruzioni della guerra.
E mentre il racconto prendeva forma, mi chiedevo come un'assistente sociale con la propria formazione potesse aiutare il dotto medico nel suo progetto: forse la richiesta che mi avrebbe fatto di lì a poco avrebbe riguardato la possibilità di formare un gruppo di volontari in qualche riunione dopo cena, magari nella sede di una associazione, oppure la partecipazione a qualche richiesta di raccolta fondi.
Invece mi stava chiedendo di andare con lui in Libano a Beirut per formare degli operatori sanitari e sociali impegnati nella nuova attività dei centri di cure primarie.

Il tutto era iniziato quando Luigi Triggiano in veste di consigliere comunale di Arezzo insieme con altri amministratori, nel marzo del 2007 fecero parte di una missione esplorativa degli enti locali in Libano.
Nell'occasione di un incontro della delegazione con alcuni sindaci di Beirut Sud furono affrontati numerosi temi molto vicini alla comunità locale, tra i quali la tutela della salute.
Terminata la spedizione, due mesi più tardi gli stessi sindaci, appoggiati dalle Nazioni Unite, invitarono il dottor Triggiano per un'analisi della realtà di quella zona, finalizzata a studiare la fattibilità di un progetto avente per oggetto la promozione della salute e l'accesso alle cure, di qualità e a basso costo, per le persone sprovviste di copertura assicurativa che ammontavano ad oltre il 50% della popolazione locale.

Così ebbe inizio la prima missione nel 2007
Emad Shuman di Ucodep (attuale Oxfam) di nazionalità libanese è stato il fedele traduttore, facilitatore e amico che ha accompagnato Luigi Triggiano nelle sue sedici missioni.

Alcuni fattori che guidarono l'analisi:

- la sanità in Libano: consumismo sanitario ed esclusione dalle cure pubbliche a larghe fasce di popolazione (disoccupati e pensionati, fasce deboli);
- una sanità organizzata su base assicurativa pubblica o privata solo per le categorie produttive con poche eccezioni;
- la quasi totale assenza di sanità pubblica, di un approccio preventivo alla salute e di un livello organizzato di Cure Primarie e della medicina di famiglia;
- la presenza di numerose iniziative di sanità organizzate ed erogate da associazioni private, enti cooperativi internazionali o enti religiosi (citiamo come esempio la presenza di quattordici confessioni religiose solamente cristiane);
- lo scarso decentramento amministrativo;
- le esigenze diverse della popolazione del sud del Libano rispetto al resto del paese, in seguito alla crisi derivata dal periodo del dopo conflitto;
- La presenza di numerose iniziative di solidarietà mondiale non coordinate tra loro;
- la scarsa continuità nell'approvigionamento dei farmaci versus l'eccessivo utilizzo di farmaci sul mercato privato.

Il progetto ha preso le mosse dall'idea di trasformare alcuni dei vecchi dispensari in veri Centri di Cure Primarie (PHCC) e di implementare al loro interno il Team integrato multidisciplinare di Cure Primarie
Si trattava, quindi, di trovare dei finanziamenti, ristrutturare dei vecchi locali distrutti, individuare persone e professionalità volenterose e soprattutto guadagnare fiducia verso la comunità locale.
Haret Hreik è stata la municipalità pilota di questa esperienza insieme a Ghobeiry Burj ed a Al Barajneh.

UNDP ART GOLD (United Nations Development Programme) Regione Toscana, Azienda Usl 8 e Comune di Arezzo sono i soggetti istituzionali italiani che sostengono a tutt'oggi il progetto Cure Primarie in Libano. Sono le relazioni che catalizzano i progetti; infatti un buon protocollo può guidare un'azione ma è la buona comunicazione e le relazioni fiduciali che si creano tra più soggetti, che ne arricchiscono la funzionalità.

In ogni missione l'attività di Luigi Triggiano e dei team che lo hanno accompagnato è stata diretta in tal senso e ha agito su vari livelli:

- quello della comunità locale, dei cittadini delle varie municipalità;
- quello politico locale, dei Sindaci dei Comuni partecipanti al progetto;
- quello istituzionale, ovvero con vari livelli del Governo Libanese (tenuti insieme a UNDP);

- quello degli operatori, attraverso attività di formazione, supporto e verifica del lavoro svolto.

L'intero progetto ha voluto fin dall'inizio coinvolgere oltre le autorità locali quelle ministeriali, in modo da poter iniziare un processo di trasformazione anche culturale e politica del concetto di sanità pubblica.
Piccoli segni, ma molto significativi, testimoniamo come il progetto lentamente e in modo silenzioso sta guadagnando credibilità.
Il Ministro della Salute e degli Interni hanno patrocinato nel 2010 l'inaugurazione del primo centro a Haret Hreik e qualche mese dopo un ulteriore successo è stato testimoniato dalla Prima Assise della Cooperazione Italiana in Libano; l'iniziativa promossa dalla Regione Toscana e presieduta dal prof Toschi Massimo ha visto la partecipazione di 40 sindaci libanesi e la decisione di creare una cabina di regia dei vari progetti attivi in Libano.
Altri indicatori che testimoniano la ripercussione positiva è data dalla modifica dello statuto comunale di Haret Hreik, il superamento dei contratti a tempo di numerosi operatori per l'assorbimento nella pianta organica nella municipalità. Inoltre, a breve, altri due comuni del sud di Beirut si aggiungeranno prossimamente ai quattro già esistenti Centri di cure primarie.
Il progetto è sempre un *working progress* e i prossimi obiettivi sono rappresentati dal riuscire a creare con il Ministero della Salute una stretta collaborazione in modo da poter far crescere l'iniziativa da Beirut Sud al livello nazionale.

La missione alla quale ho partecipato è stata quella del luglio del 2010 insieme al dottor Triggiano, dottor Pedace e Emad Shuman.

Nell'ottica di creare dei nuovi assessment di cure primarie, la finalità non era quella di creare dei poliambulatori funzionali dove ogni professionista esercita la propria attività, ma di riuscire a costruire un team, affiatato, capace di fare "gruppo", in grado di perseguire una presa in carico integrata delle persone e delle loro situazioni.
Infatti nel corso delle varie missioni i momenti di formazione sono stati orientati a lezioni rivolte alla pluralità degli operatori e i docenti protagonisti rappresentavano le varie discipline: il neuropsichiatra infantile, il pediatra, il ginecologo, lo psicologo, il medico di medicina generale, il geriatra e infine l'assistente sociale.
La preparazione della missione ha visto un lungo lavoro di confronto e conoscenza del progetto, con la definizione delle azioni, la preparazione dell'agenda, delle attività di formazione e la traduzione dei documenti.
Questo lavoro era spesso condotto nel dopocena insieme ai vari partecipanti alla missione.
Non nascondo la mia preoccupazione nel preparare la missione; ho letto articoli, navigato su internet, ascoltato la radio libanese, chiesto informazioni sulla sicurezza. Non si può pensare di andare in un paese, senza conoscerne la cultura, non si può pensare di "insegnare" se non si conoscono i bisogni formativi. Volevo capire in quale contesto mi sarei trovata, e soprattutto se sarei stata capace di trasferire conoscenze e rielaborarle secondo le necessità dei vari operatori; il tutto semplicemente per fornire un contributo valido alla finalità del progetto.
Così per quanto mi riguarda, ho partecipato all'attività di learning sia con il gruppo degli assistenti sociali sia con le équipés dei PHCC (Primary Health Care Centre)
L'agenda e i contenuti che avevamo concordato in Italia sono stati modificati il primo giorno. Una nuova richiesta era arrivata dal responsabile di Art Gold; così è stato necessario modificare gli interventi, costruire un questionario, scrivere nuovi testi e tradurli.
Il lavoro in aula continuava nelle ore libere; lunghe conversazioni facevano da sfondo alla preparazione delle nostre giornate di missione e insieme ai colleghi cercavamo di aggiustare il "tiro" per il giorno successivo che fosse stato un incontro istituzionale, oppure di aula.
Infatti nell'intervento rivolto all'equipès abbiamo cercato di mettere in risalto la necessità di un approccio di sistema alla popolazione anziana raggiungibile attraverso l'integrazione professionale e l'applicazione di strumenti di valutazione interdisciplinare.
L'integrazione, infatti, si realizza attraverso una visione globale sulla persona che i singoli operatori costruiscono progressivamente attraverso l'applicazione dei saperi specifici di ogni professionalità con il riconoscimento ed il rispetto del lavoro e del ruolo dell'altro collega.
Una presa in carico comune ha quale presupposto, una corresponsabilità di ogni professionista sul caso. Il patto di fiducia che il medico oppure il farmacista istaura con un paziente consente all'operatore di poter agevolare il contatto con un altro professionista come ad esempio di coinvolgere in un caso problematico di anziani l'assistente sociale.

Ancora a tutt'oggi si assiste in Italia ai pregiudizi verso la figura di questo operatore che interviene in situazione disagiate, di emarginazione così gravi che talvolta le persone, per evitare di identificarsi in tali categorie, rifiutano il contatto con il servizio sociale stesso.
Cosa significa in Libano avere un figlio disabile? Cosa significa avere dei figli con problemi di devianza, disagio mentale o di dipendenza? Per questo motivo è fondamentale la collaborazione tra gli operatori.

Devo sottolineare con piacere, per quanto mi riguarda, che gli operatori sanitari hanno partecipato attivamente ai momenti di formazione sui temi sociali, del lavoro di valutazione di approccio integrato, dimostrando interesse attraverso interventi e richieste di chiarimenti.

I momenti formativi condotti con il dottor Triggiano e il dottor Pedace hanno voluto evidenziare una modalità di lavoro sperimentato, grazie ad una reale integrazione tra un medico ed un assistente sociale, un geriatra ed un assistente sociale nel pieno rispetto dei compiti e dei ruoli, anche quello rivestito da una donna.
L'evoluzione della condizione di salute sociosanitaria ha necessità di essere "misurata" non solo con una osservazione professionale ma anche attraverso una fotografica che si ottiene *grazie all'utilizzo di* ***scale di misurazione***, che

possono essere confrontabili nel tempo e che possano fornire informazioni utili a individuare interventi appropriati. A tal fine sono stati tradotti e fornite scale di valutazione che abitualmente noi utilizziamo nella pratica quotidiana. Si è trattato di offrire ai colleghi e colleghe libanesi strumenti semplici ed efficaci a qualificare ed orientare il loro lavoro nei nuovi servizi di cui diventavano protagonisti nel loro paese.
Con tali strumenti potevano rendere più specifico il loro lavoro e misurare meglio i bisogni della popolazione assistita.

Nell'intervento formativo con gli operatori sociali la composizione del gruppo è risultata piuttosto eterogenea sia per quanto riguarda l'ente di appartenenza, sia per il tipo di attività prestata da ogni professionista durante il lavoro. Per la prima volta operatori provenienti da servizi diversi si sono trovati in un'unica occasione formativa per discutere del proprio lavoro.
Molti di loro lavoravano sugli stessi temi, per enti diversi; da ciò è iniziato una prima forma di collaborazione operativa alla quale gli stessi operatori aspiravano auspicando un successivo dialogo tra i livelli direttivi dei propri enti.

Sono stati infatti affrontati i temi delle fasi della progettazione, della ricerca sociale, dell'empowerment di comunità e dell'identificazione degli indicatori nelle tre dimensioni nelle quali lavorano gli assistenti sociali:

- la persona
- la comunità
- l'organizzazione

La complessità della realtà contemporanea esige un modo di lavorare che si strutturi sempre più in modo integrato orientato a obiettivi condivisi e misurabili tramite specifici indicatori. Secondo il principio di sussidiarietà, la comunità insieme ai servizi che la promuovono può essere in grado di stimolare nella società e nelle aggregazioni sociali, le risorse e le energie più aperte come quelle del volontariato, delle associazioni, dei gruppi religiosi promuovendo il dialogo e la collaborazione ed essere attore attivo dei processi di costruzione del benessere territoriale. Ciò significa rinforzare il concetto di comunity empowerment che anche il Libano è chiamato a promuovere. Nello sviluppo la condivisione di obiettivi di salute e di strumenti per promuoverla e valutarla, si può trovare inoltre un terreno fecondo per la riduzione della frammentazione e dell'improvvisazione.

Ringrazio il dottor Triggiano e l'Azienda Usl8 (Ar) per l'occasione che mi hanno dato di partecipare a un progetto di cooperazione internazionale. Ringrazio inoltre tutti gli operatori della Azienda Usl 8 che hanno partecipato alle varie missioni: Marcello Grifagni, Alfredo Mariangeloni, Lucia Bagnoli, Maddalena Petrillo, Alessandra Pedone, Claudio Pedace, Claudia Pelagalli.

Norme editoriali

Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.

• I lavori devono essere indirizzati a: Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo
Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo
Tel 0575 22724 Fax 0575 300758
Oppure via mail a:
redazionecesalpino@gmail.com

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

Il lavoro deve iniziare con il seguente ordine:

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

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

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

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

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

• I lavori accettati sono pubblicati gratuitamente. Sono, invecea carico degli Autori, la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e la spedizione degli estratti stessi. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:
redazionecesalpino@gmail.com

• Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).

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

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

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO
Andrea Cesalpino