

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

agosto 2009  
anno 8  
numero **22**

**Gestione delle cefalee in medicina generale  
pag. 4**

**Linee guida per la gestione delle convulsioni  
pag. 14**

**La terapia con ipoglicemizzanti nel diabete tipo 2 con danno renale  
pag. 22**

**Non si può far altro che aspettare gli eventi  
pag. 46**

**Aggiornamento all'impiego dei farmaci  
per l'influenza da virus A(H1N1)v  
pag. 59**

# Sommario

## editoriale

- 2** LEZIONI INASCOLTATE  
**Ruggero Ridolfi**

## approfondimenti

- 4** GESTIONE DELLE CEFALÉE IN MEDICINA GENERALE  
**Francesco Mazzoleni**

## linee guida

- 14** LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE "CONVULSIONI FEBBRILI"  
GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE  
LINEE GUIDA DELLA LEGA ITALIANA CONTRO L'EPILESSIA (LICE)
- 18** CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO SU GRAVIDANZA, PARTO,  
PUERPERIO ED EPILESSIA (LICE)

## dalla letteratura alla medicina pratica

- 22** LA TERAPIA CON IPOGLICEMIZZANTI NEL DIABETE TIPO 2 CON DANNO RENALE  
**Mauro Sasdelli**

## ambiente e salute

- 25** PREVENIRE LE MALATTIE ATTRAVERSO UN AMBIENTE PIÙ SALUBRE.  
**Danila Scala**
- 27** I MEDICI PER UNA STRATEGIA DI GESTIONE DEI RIFIUTI RISPETTOSA  
DELL'AMBIENTE E DELLA SALUTE COLLETTIVA  
**Antonio Faggioli**
- 30** I RISCHI PER L'AMBIENTE E LA SALUTE DERIVANTI DALL'ALGA ROSSA  
**Antonella Litta**

## esperienze dal territorio

- 33** TRATTAMENTI DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE  
**E. Bartolini, D. Pieralli, F. Ranieri, E. Sandroni, P.E. Dimauro**

## simposio

- 37** SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: IL RUOLO DEL MEDICO  
**Giuseppe Petrioli, Rodolfo Buselli**

## previdenza

- 44** QUOTA B DEL FONDO GENERALE: ODONTOIATRI O LIBERI PROFESSIONISTI?  
**Renato Mele**

## riflessioni

- 46** NON SI PUÒ FAR ALTRO CHE ASPETTARE GLI EVENTI  
**Roberto Nasorri, Donata Morelli**

## leggi decreti documenti fnomceo e enpam

- 55** DOCUMENTO DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO SULLE D.A.T.
- 59** AGGIORNAMENTO ALL'IMPIEGO DEI FARMACI  
PER L'INFLUENZA DA VIRUS A(H1N1)v

## IL CESALPINO

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

**Agosto 2009**

anno 8 - numero 22

### Comitato editoriale e redazione

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

### Direttore responsabile

Roberto Romizi

### In redazione

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

### Coordinatore redazionale

Cesare Maggi

### Segreteria redazionale

Michela Bonet - Marco Cerofolini  
c/o Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
Viale Giotto, 134 - 52100 Arezzo  
tel. (+39) 0575 22724  
fax (+39) 0575 300758  
mail: [chirurgi@omceoar.it](mailto:chirurgi@omceoar.it)  
[www.omceoar.it](http://www.omceoar.it)

### Impaginazione progetto grafico e stampa

L.P. Grafiche s.n.c.  
Via Fabio Filzi, 28 - 52100 Arezzo  
tel. (+39) 0575 907425  
fax (+39) 0575 941526  
mail: [info@lpgrafiche.it](mailto:info@lpgrafiche.it)  
[www.lpgrafiche.it](http://www.lpgrafiche.it)

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

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

*In copertina:*

### ANDREA CESALPINO

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

*Retro copertina:*

### ANNUNCIAZIONE, ANDREA DELLA ROBBIA, LA VERNA (AR)

Quest'opera, per la raffinatezza e la dolcezza espressiva dell'Arcangelo Gabriele e della Vergine, è considerata un capolavoro nella produzione artistica di Andrea della Robbia. Al centro un vaso di gigli, sopra una colomba che rappresenta lo Spirito Santo, e sopra l'Angelo l'Eterno Padre, circondato dalle teste di sei Cherubini.

# **D**EDITORIALE

## **Lezioni inascoltate**

**N**on so se è capitato anche a voi, ma di fronte ad alcune imponenti costruzioni del passato come il Colosseo, le Piramidi o il Partenone, io mi sono trovato a pensare a quale potesse essere stato il prezzo di vite umane sacrificate per quelle straordinarie opere. Certo in quelle epoche antiche il sangue ed il sudore di schiavi trattati come bestie non destavano scalpore o meraviglia ed a tutt'oggi probabilmente nessuno storico potrebbe neanche azzardare quale sia stato il "costo delle opere" in vite umane. Nella considerazione della Storia il numero dei morti, in genere, conta poco. A noi resta la "consolazione" di ammirare grandiose opere, testimonianze del potere antico di pochi, che governavano, con la forza e con il potere della ricchezza, moltitudini di persone senza diritti.

Oggi fortunatamente non è più così, oggi soprattutto nei Paesi Occidentali, dopo le varie rivoluzioni violente o culturali degli ultimi due secoli, è sancito il rispetto della vita umana e del diritto di tutti. È descritto in tutte le Carte Costituzionali il diritto alla Salute, come momento fondamentale della Legge, che ci tutela garantendoci protezione e cura contro ogni malattia. Sono migliorate drasticamente le condizioni igienico sanitarie, e si è allungata notevolmente la vita media che ormai supera, in Italia, gli 80 anni.

Anche nella battaglia contro il cancro, nonostante non si siano trovate soluzioni vincenti per una vera e propria guarigione, la sopravvivenza è notevolmente aumentata, grazie a nuove armi terapeutiche ed alla diagnosi precoce. I dati di incidenza (nuovi casi/anno), tuttavia, indicano che la gran parte dei tumori è in aumento. Si potrebbe pensare che questo dipenda dall'invecchiamento della popolazione, ma l'aumento dei tumori infantili (in Italia aumento del 20% negli ultimi 10 anni) e quello di tumori propri delle fasce giovanili (linfomi, leucemie, sarcomi, carcinomi mammari) paiono essere molto probabilmente più correlabili a cause ambientali.

Negli ultimi due secoli mentre le rivoluzioni sociali hanno portato alla liberazione delle popolazioni più indifese dalla fame e dalla miseria, la rivoluzione industriale ha portato insieme al lavoro un inquinamento progressivo del mondo con l'immissione nell'atmosfera, nel suolo nelle acque e nel cibo di centinaia di sostanze pericolose, spesso incontrollate. In una società in cui è l'Economia che controlla la Politica, e non il contrario, la tutela della salute e dell'ambiente passa in secondo piano, così, ancora una volta, la Storia ci racconta nuove e vecchie "Lezioni" in cui vengono contate a migliaia le morti sacrificate al potere economico.

L'European Environment Agency che ha sede a Copenhagen ha pubblicato nel 2001 un documento "Late Lessons from early warnings" in cui vengono riportate le esperienze di casi "storici" in cui precoci segnali di allarme, spesso colpevolmente sottovalutati e misconosciuti per anni, avrebbero potuto salvare migliaia di vite umane dalla morte e dal cancro<sup>1</sup>. Già nel 1898 L. Deane descriveva la potenziale cancerogenicità dell'asbesto nel Regno Unito, ma è stato necessario il trascorrere di un secolo (1998) perché il Governo Inglese decidesse di metterlo definitivamente al bando: la stima è di aver avuto 3000 morti per anno a causa dell'asbesto nel solo Regno Unito e di prevederne ancora inevitabilmente altri 250.000-400.000 in tutta Europa nei prossimi 35 anni. Non è finita qui: esistono tuttora Paesi (Russia, Cina, Canada, Brasile..) che continuano a commercializzare amianto e Paesi ricchi "più virtuosi" che continuano ad inviare alla demolizione vagoni e vecchie navi in Paesi poveri, sfruttando vergognosamente le loro permissive o inesistenti legislazioni sul lavoro.

Dalle lezioni del passato emergono altri aspetti inquietanti, come ad esempio la valutazione del concetto di permissività/pericolosità nel tempo e nei differenti Paesi: nel 1946 si giudi-

1. Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896-2000; <http://www.eea.eu.int>; 2001

cava ufficialmente accettabile una concentrazione di benzene di 100 ppm, nel 1978 il valore è stato ridotto a 10 ppm, poi nonostante le conoscenze di base fossero sostanzialmente quelle già note negli anni 40, negli USA il limite massimo accettabile è stato portato a 0,3 ppm. L'evoluzione dei limiti delle concentrazioni giudicate pericolose sembra, dunque, evolversi solo con la consapevolezza dei cittadini, che pagano sulla loro pelle gli effetti nocivi dei diversi composti. Ma in questa battaglia si devono battere contro i potentati economici che difendono con ogni mezzo i loro profitti, come se l'inquinamento ambientale non li riguardasse affatto. Le ragioni della salute e quelle del mercato non vanno d'accordo, e quando non "si fa Business" anche la Scienza sembra diventare muta cieca e sorda.

Mentre la Prevenzione Primaria delle malattie infettive viene applicata con rigore, almeno nei Paesi Occidentali, e nessuno si sogna di considerare batteri e virus non egualmente patogeni in Paesi diversi, la Prevenzione Primaria del cancro di origine ambientale si è spesso scontrata con ingiustificati o malintenzionati scetticismi. Spesso addirittura si sono sollevate aperte ostilità da parte di chi sentiva i propri profitti ed interessi finanziari minacciati. Alcune sostanze sono riconosciute cancerogene in alcuni Paesi e non in altri e soprattutto le concentrazioni ammesse variano enormemente come se la capacità di indurre il cancro di diversificasse a seconda dei confini<sup>2</sup>. Si fissano norme ridicole o pressoché inesistenti come per esempio nel controllo dell'emissione di veleni dai camini degli impianti di incenerimento: la legge dice che è sufficiente un controllo 3-4 volte l'anno per 6-8 ore!<sup>3</sup>.

Non so se capita anche a voi, ma io non riesco a non indignarmi di fronte al proseguire di un conteggio di morti annunciate e del tutto evitabili, che la Storia continua implacabilmente a registrare, a causa di pochi che con l'arroganza del potere continuano a pensare solo al Business, con la stupidità di chi neppure si accorge di essere un passeggero della stessa barca che sta facendo affondare.

Ruggero Ridolfi  
*Oncologo, Endocrinologo - Forlì*

---

2. L. Tomatis. "Come dovrebbe cambiare la Prevenzione Primaria"; *Epidemiol. e Prevenz.* 29(5-6); Suppl 8-12; 2005

3. J Thompson, H Anthony: "The Health Effects of Waste Incinerators" 4th Report of the British Society for Ecological Medicine; 2nd Ed. June 2008; p 47.

# GESTIONE DELLE CEFALEE IN MEDICINA GENERALE

**Francesco Mazzoleni**

Responsabile Area Neurologica  
SIMG, Società Italiana di Medicina Generale - Sondrio

## ■ Introduzione

Le cefalee sono distinte in forme primarie, che rappresentano esse stesse la malattia e nelle quali non sono evidenziabili cause organiche sottostanti e forme secondarie dovute invece a lesioni organiche ben definite.

Nella gestione delle cefalee il medico si può trovare di fronte ad alcune situazioni critiche che vanno a interessare diversi aspetti del problema.

In questo articolo viene focalizzata l'attenzione su alcune di queste criticità che riguardano l'epidemiologia, il percorso diagnostico e l'approccio terapeutico delle cefalee. ■

## ■ Diagnosi delle cefalee

### • Classificazione

**P**er formulare una corretta diagnosi di cefalea è fondamentale conoscere i criteri diagnostici della nuova classificazione del 2004 della IHS, International Headache Society che, rispetto alla prima versione del 1988, ha introdotto alcune novità.<sup>1-2</sup>

La classificazione è un documento voluminoso che non può essere memorizzato nella sua globalità

ma può essere consultato nei nostri ambulatori per poter sviluppare nel tempo familiarità con i criteri diagnostici.

È disponibile una versione in italiano sul sito [www.ihs-klassifikation.de/it/](http://www.ihs-klassifikation.de/it/)

### • Epidemiologia i dati di Health Search

La cefalea è una patologia frequente nella popolazione generale con dati di prevalenza che variano in base alle differenti modalità con cui si manifesta il disturbo.

Le forme più frequenti sono rappresentate dalla *cefalea di tipo tensivo*, che rappresenta il 40% di tutte le cefalee e dall'*emicrania*, che viene annoverata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità al 19° posto nella graduatoria delle patologie disabilitanti e che colpisce il 12,6% della popolazione (15-18% femmine, 6% maschi, 4% soggetti in età infantile). Più distanziati i dati di prevalenza relativi alle altre cefalee, sia primarie che secondarie<sup>3</sup>.

Nel 1998 è stato costituito *Health Search* (HS), Istituto di ricerca della



Società Italiana di Medicina Generale. HS è basato su oltre 1.000 Medici di Medicina Generale ricercatori, debitamente formati, che sono collegati in rete su tutto il territorio nazionale e su un database, Millewin, cartella clinica elettronica orientata per problemi, in cui sono raccolti i dati derivanti dalla pratica clinica quotidiana.

Attualmente sono circa 1000 i MMG ricercatori e il database di HS contiene i dati relativi a oltre un milione e mezzo di pazienti ed è una fonte unica di informazioni per la ricerca scientifica.

Secondo i dati di letteratura la prevalenza dell'emicrania si colloca in media tra femmine, maschi e soggetti di età infantile intorno al 12,6%, mentre secondo i dati di HS al 1,4% nel 2001 e al 1,8% nel 2006. Uno studio italiano del 1998, M.E.T.E.O.R. effettuato da circa 900 MMG su tutto il territorio nazionale con il coinvolgimento di 71.500 pa-

zienti, si è molto avvicinato ai dati di prevalenza dell'emicrania (11,6% vs. 12,6%)<sup>4</sup>. Lo svolgimento dello studio prevedeva la somministrazione di un questionario semplificato ma validato a tutti i pazienti che accedevano agli ambulatori per due giorni alla settimana per due settimane. Questo dato pone alcuni interrogativi sul perché una cospicua percentuale di popolazione di soggetti affetti da emicrania non riferisca spontaneamente il disturbo al proprio medico curante. (grafico 1) È possibile che la bassa prevalenza di emicrania registrata dai MMG rispetto ai dati di letteratura sia dovuta al fatto che solo le cefalee più gravi vengano riferite dai pazienti, dato che però sembra in contraddizione con le prescrizioni di farmaci (vedi oltre) che evidenziano basse percentuali di pazienti trattati.

Altre probabili cause possono essere dovute ai pazienti che si autogestiscono o che vengono seguiti direttamente dai centri cefalee e/o da specialisti<sup>5</sup>.

La distanza tra la prevalenza ufficiale e quella dei dati di HS viene confermata anche per la cefalea di tipo tensivo, passata da 4,4% nel 2001 a 5,8% nel 2006 (dati HS) ma ancora lontana dal 30-78% dei dati di letteratura<sup>6</sup>.

#### • Elementi diagnostici

Sappiamo bene che l'anamnesi rappresenta il passaggio indispensabile

per l'approccio diagnostico a qualsiasi patologia, ma nelle cefalee ancora di più assume un ruolo determinante perché aggiunge elementi talora decisivi sia per il percorso diagnostico sia per quello che è il primo compito del medico di fronte a un paziente cefalalgico e cioè l'esclusione di cefalee da causa grave.

L'anamnesi deve però essere specifica e ben strutturata ed effettuata in modo completo. La tabella 1 riporta un esempio di "anamnesi specifica strutturata" con una serie di quesiti che riguardano i vari campi da indagare<sup>7</sup>. (Tab. 1)

Fra i vari approfondimenti occorre puntualizzare e caratterizzare al meglio le caratteristiche del dolore, come peraltro è opportuno fare per qualsiasi altra manifestazione patologica dove il dolore rappresenta il sintomo dominante.

Tipo, durata, localizzazione, irradiazione, intensità, modalità di esor-

#### Anamnesi specifica strutturata

- domande sui parametri temporali della cefalea

perché una consulenza adesso - a quando risale l'insorgenza dell'attacco? quale la durata? quale la frequenza e il profilo temporale dell'attacco?

- domande sulle caratteristiche della cefalea

intensità del dolore - tipo di dolore - sede di insorgenza e diffusione - sintomi associati

- domande sulle cause della cefalea
- storia familiare di cefalea simile - fattori predisponenti e/o scatenanti - fattori che aggravano e/o che migliorano l'attacco

- domande sulle reazioni del paziente

in che misura la sua attività è limitata o impedita? come si comporta durante l'attacco? quali farmaci ha usato e sta usando e in che modo?

- domande sullo stato di salute tra gli attacchi

risoluzione completa, sintomi residui, ricadute cliniche.

Tabella 1

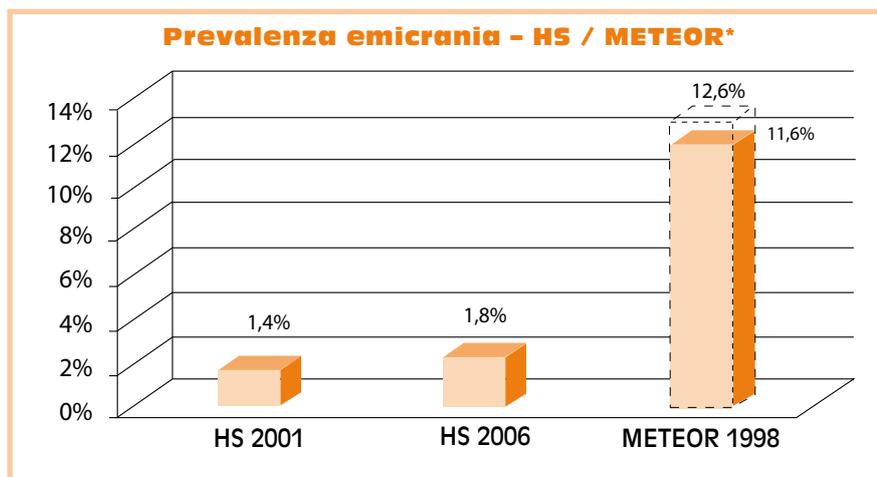


Grafico 1

Prevalenza emicrania - HS / METEOR\*

\*Migraine Epidemiology Therapy and Economics: an Outcome Research Roncolato M, Brignoli O. European Neurology 2000;43:102-106



dio, andamento temporale, fattori interferenti/scatenanti, rapporti con la postura, sintomi associati, ricadute cliniche, risposte alle terapie rappresentano i principali fattori che consentono di caratterizzare il dolore.

Nel caso delle cefalee il tipo di dolore è un elemento importante per un corretto orientamento diagnostico: pulsante, gravativo, trafittivo, folgorante sono espressioni dello stesso sintomo che si differenzia per la qualità nelle diverse forme di cefalea. Spesso sia il medico sia il paziente usano l'espressione "come se..." per facilitare la descrizione del tipo di dolore (come una morsa che stringe la testa, come una pugnolata, come una scossa elettrica ecc.). Tra i sintomi associati occorre indagare quelli che precedono l'attacco (come le alterazioni del visus, della sensibilità, i disturbi del linguaggio e i deficit di forza) e quelli che lo accompagnano come nausea, vomito, fono-fotofobia ma anche alcuni sintomi vegetativi (intensa lacrimazione, iniezione congiuntivale, ostruzione nasale, rinorrea). Importante per il medico è conoscere il comportamento del paziente durante l'attacco non solo perché può variare da un tipo di cefalea ad un altro ma anche perché consente di verificare l'effettiva inten-

sità del dolore riferito. Un paziente che riferisce attacchi di cefalea di intensità forte ma che, a precisa domanda, risponde che questa non impedisce o non ostacola in modo significativo l'attività in cui è normalmente impegnato, significa che, pur nella diversità della soglia individuale di percezione del dolore, la cefalea non è verosimilmente dell'intensità riferita.

Un altro punto che deve essere oggetto di indagine riguarda i fattori di scatenamento dell'attacco che possono essere i più vari (psicologici, ormonali, alimentari, ambientali, farmacologici, ecc.) e la cui individuazione può contribuire a risolvere il problema del paziente.

Particolare attenzione deve essere dedicata a istruire il paziente alla compilazione del "diario della cefalea" dove, in modo sintetico, dovranno essere indicate le notizie relative alla cefalea (frequenza, durata, intensità, sintomi che precedono e/o che accompagnano l'attacco, risposta alle terapie). Il diario è importante per il medico ma anche per il paziente che si abituerà a prendere in considerazione sintomi che in precedenza poteva essere portato a ignorare.

#### •Indagini diagnostiche

Le indagini diagnostiche nella gestione delle cefalee rappresentano

un capitolo importante, anche in un'ottica di appropriatezza prescrittiva. Le Linee Guida della BASH, British Association for the Study of Headache, cercano di fornire alcuni elementi che siano utili a districarsi in un campo così complesso? (Tab. 2)

Ma come si comportano i MMG riguardo alle indagini diagnostiche? I dati di HS dicono che il comportamento è più che buono, con pochissime richieste per le principali forme di cefalea. (Tab. 3)

#### •Cefalee primarie - Criteri diagnostici IHS

Secondo la IHS, International Headache Society, le cefalee primarie comprendono:

- emicrania
- cefalea di tipo tensivo
- cefalea a grappolo e altre cefalalgie autonomo-trigeminali
- altre cefalee primarie (forme cliniche eterogenee)

#### •Emicrania

L'emicrania viene distinta in *emicrania senza aura* (80%) ed *emicrania con aura* (20%). Vengono definiti emicranici i soggetti che hanno avuto almeno 2 attacchi di emicrania con aura e 5 attacchi di emicrania senza aura, dato quest'ultimo ritenuto necessario perché talvolta la distinzione tra emicrania e cefa-

#### Indagini diagnostiche

- non esistono test specifici per emicrania o CTT
- le indagini diagnostiche non contribuiscono alla diagnosi delle più comuni forme di cefalea
- trovano indicazione quando la storia clinica e/o l'esame obiettivo suggeriscono una possibile causa secondaria
- le indagini diagnostiche devono essere coerenti con il sospetto clinico (evitare richieste "difensive")

**Tabella 2**  
Indagini diagnostiche

	% CTT 4,4%	% emicrania 3,8%	% e con aura 5,2%
Rx cranio	0,32	0,33	0,28
Rx cervicale	1,71	0,35	0,17
TAC cervicale	0,00	0,00	0,00
TAC encefalo	0,05	0,25	0,22
RMN encefalo	0,65	1,17	1,60
Ecodoppler TSA	0,32	0,20	0,39
EEG	0,69	0,50	0,94
V. neurologica	0,65	0,90	1,32
V. oculistica	0,05	0,07	0,33

**Tabella 3**  
Indagini diagnostiche dati Health Search 2006

Nel caso della CTT l'indagine più richiesta è la radiografia del rachide cervicale, nell'emicrania senza e con aura la RMN dell'encefalo. Da notare che l'EEG è richiesto in tutte e tre le forme di cefalea pur rappresentando l'indagine diagnostica meno appropriata in questo tipo di pazienti.



lea di tipo tensivo non è così netta. Nelle **tabelle 4 e 5** vengono riassunti i criteri diagnostici della IHS per l'emicrania.

Per *aura emicranica* si intende un sintomo di disfunzione focale emisferica e/o tronco encefalica com-

### **Criteri diagnostici IHS emicrania senza aura**

almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D

#### **B. la cefalea dura 4 - 72 ore**

(non trattata o trattata senza successo)

#### **C. la cefalea presenta almeno due delle seguenti caratteristiche**

1. localizzazione unilaterale (fronto-temporale)
2. tipo pulsante
3. dolore di intensità media o forte
4. aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine (camminare, salire le scale)

#### **D. alla cefalea si associa almeno una delle seguenti condizioni**

1. presenza di nausea e/o vomito
2. presenza di fotofobia e fonofobia

pletamente reversibile di durata >5 min. <60 min. Nelle forme tipiche la cefalea generalmente segue i sintomi dell'aura con un intervallo libero inferiore a 60 minuti.

La classificazione IHS ne distingue vari sottotipi: aura tipica con cefalea emicranica; aura tipica con cefalea non emicranica; aura tipica senza cefalea; probabile emicrania con aura; aura prolungata >60 min <7 giorni; aura ad esordio acuto <5 min.

L'*emicrania di tipo basilare* rappresenta un tipo particolare di emicrania con aura ed è caratterizzata da almeno 2 sintomi, reversibili, originati dal tronco encefalico o dal coinvolgimento di entrambi gli emisferi, in assenza di deficit motori: disartria, vertigini, acufeni, ipoacusia, diplopia, disturbi visivi di entrambi i settori del campo visivo (nasale e temporale) di entrambi gli occhi, atassia, riduzione del livello di coscienza, parestesie bilaterali simultanee.

I pazienti possono trovare difficoltà nel descrivere i sintomi dell'aura. Compito del medico è di arrivare a una raccolta di dati il più possibile aderente alla realtà al fine di evitare

errori diagnostici, tenendo presente la possibilità di forme cliniche incomplete (probabile emicrania).

Questi sono gli errori più comuni nella descrizione dei sintomi: riferire in modo errato la lateralizzazione della cefalea; riportare come acuto l'inizio della sintomatologia quando invece è graduale; riferire a un solo occhio i deficit visivi campimetrici quando questi sono omonimi (stesso lato, dx o sx, in entrambi gli occhi); riportare in modo impreciso la durata dell'aura; scambiare i deficit sensitivi per ipostenia.

#### **•Emicrania con aura e TIA**

La diagnosi differenziale tra emicrania con aura e TIA può essere non agevole e comunque, in caso di sospetto TIA, occorre procedere ai necessari approfondimenti diagnostici. Alcuni elementi possono essere di aiuto per differenziare le due forme.

In linea generale la cefalea è rara come sintomo preminente nel TIA ed è più comune in caso di TIA in territorio vertebro-basilare che in quello carotideo. Un criterio importante di distinzione è la modalità di esordio dei sintomi, con deficit focale improvviso nel TIA, più progressivo nell'emicrania con aura.

Inoltre i sintomi visivi e sensitivi positivi sono più comuni nell'aura, mentre quelli negativi lo sono nel TIA.

Elementi a favore dell'emicrania con aura sono rappresentati dall'età giovanile-adulta, dall'evidenza di attacchi simili in precedenza, dall'eventuale assenza di fattori di rischio vascolari, dal fatto che, nelle forme tipiche, all'aura segue la cefalea e dall'assenza di sintomi motori.

#### **•Emicrania e ormoni**

##### **- Estro-progestinici per os**

Con l'assunzione di e.p. l'attacco emicranico si manifesta durante il periodo di sospensione e questo è dovuto al crollo di estrogeni e di serotonina, che si accumula durante l'assunzione di questi farmaci.

Nelle donne emicraniche che assumono e.p. nel 66% dei casi non si assiste ad alcun peggioramento degli attacchi, nel 26% c'è un peggiora-

**Tabella 4**

Criteri diagnostici IHS emicrania senza aura

### **Criteri diagnostici IHS emicrania con aura**

almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B-D

#### **B. aura caratterizzata da almeno uno dei seguenti sintomi**

in assenza di deficit motori

1. sintomi visivi
  - positivi (luci tremolanti, macchie, linee)
  - e/o negativi (perdita del visus)
2. sintomi sensitivi
  - positivi (parestesie) e/o negativi (ipoestesia)
3. disturbi del linguaggio

#### **C. presenza di almeno due delle seguenti caratteristiche**

1. disturbi visivi omonimi e/o disturbi sensitivi unilaterali
2. almeno un sintomo dell'aura si sviluppa gradualmente in  $\geq 5$  minuti e/o diversi sintomi si susseguono in  $\geq 5$  minuti
3. ogni sintomo dura  $\geq 5$  minuti e  $\leq 60$  minuti

#### **D. una cefalea che soddisfa i criteri B-D di emicrania senza aura e che inizia durante l'aura o la segue entro 60 minuti**

**Tabella 5**

Criteri diagnostici IHS emicrania con aura



mento e nel 8% un miglioramento. Nelle donne non emicraniche un esordio di emicrania si verifica nel 2,5% dei casi.

Secondo le linee guida SPREAD "si è dimostrata una significativa associazione tra emicrania con aura e rischio cerebrovascolare nei soggetti di sesso femminile e tale rischio è significativamente incrementato dall'associazione con il fumo di sigaretta e dall'assunzione di estro-progestinici".

I criteri per sospendere l'assunzione di e.p. sono correlati alla presenza di emicrania con aura peggiorata per intensità e frequenza e/o al rischio trombo-embolico elevato.

Il rischio trombo-embolico è pari al 8% nelle donne in generale, aumentata al 40% in gravidanza, è del 30% in chi assume e.p. e raggiunge il 50% in donne fumatrici che assumono e.p.

#### - Emicrania in gravidanza e in menopausa

In gravidanza si assiste a un miglioramento o a una remissione completa degli attacchi emicranici nel 55-90% dei casi. La rapida caduta di estrogeni e di serotonina al momento del parto è causa di cefalee (emicrania e CCT) nel 30% delle donne durante la prima settimana post-partum.

Nelle donne in *menopausa fisiolo-*

*gica* l'emicrania migliora nel 70% dei casi e peggiora nel 30%, mentre nella *menopausa chirurgica* le percentuali si invertono (30/70%).

Con la *terapia ormonale sostitutiva* si assiste normalmente a un peggioramento dell'emicrania con aumento dell'intensità e della frequenza degli attacchi.

#### - Emicrania in età pediatrica

In età pediatrica l'emicrania si presenta con caratteristiche diverse, con attacchi di durata inferiore rispetto a quelli dell'adulto, ma di frequenza maggiore. Il dolore inoltre è spesso bilaterale fino dalle fasi di esordio e sono molto frequenti i disturbi gastro-enterici con dolori addominali spesso prevalenti sulla cefalea.

#### •Complicanze dell'emicrania

L'emicrania può andare incontro a complicanze che comunque non sono molto frequenti.

L'*emicrania cronica* è caratterizzata da attacchi di emicrania senza aura per 15 o più giorni al mese, che persista da oltre 3 mesi (3% dei casi).

Nello *stato emicranico* (1% dei casi) sono presenti attacchi di emicrania con fase algica di intensità forte che dura più di 72 ore nonostante il trattamento. Tra le cause di questa complicanza occorre tenere presente l'uso eccessivo di farmaci.

C'è poi l'*aura persistente senza infarto*, con i sintomi dell'aura persistenti per più di 1 settimana in assenza di evidenze neuroradiologiche di infarto e infine l'*infarto emicranico*.

#### •Cefalea di tipo tensivo

La cefalea di tipo tensivo è il tipo di cefalea più frequente, con dati di prevalenza discordanti nella popolazione generale (30-78%). Fra tutte le forme di cefalea la prevalenza della CTT si colloca intorno al 40%. I criteri diagnostici della IHS sono riassunti nella **tabella 6**.

#### •Cefalea a grappolo

La cefalea a grappolo ha una prevalenza nella popolazione generale che si colloca tra 0,1% e 0,4%. È più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto F:M di 1:4, esordisce intorno ai 30 anni di età e si manifesta clinicamente con un pattern sintomatologico estremamente tipico.

I criteri diagnostici della IHS (**Tab.7**) prevedono una *forma episodica*, con attacchi che si manifestano con periodi attivi della durata da 7 giorni a 1 anno, intervallati da periodi di remissione di almeno 1 mese e una *forma cronica*, con attacchi presen-

#### Criteri diagnostici IHS della cefalea di tipo tensivo

- *episodica sporadica*  
< 1giorno/mese (< 12 gg/anno)
- *episodica frequente*  
almeno 10 episodi  $\geq 1$  <15 gg/mese per almeno 3 mesi
- *cronica*  
>15 gg / mese da > 3 mesi associata / non associata a dolorabilità dei muscoli pericranici (frontale, temporale, massetere, SCM, trapezio, pterigoideo)
- *la cefalea dura da 30 min. a 7 gg.*

- *il dolore presenta almeno due delle seguenti caratteristiche*
  - tipo compressivo-costrittivo (non pulsante)
  - intensità lieve-moderata (può ostacolare, ma non impedire del tutto la normale attività quotidiana)
- *sede bilaterale*
- *non aggravata da attività fisica*
- *si verificano entrambe le seguenti condizioni*
  - nausea o vomito assenti
  - possono presentarsi fono-fotofobia (non contemporaneamente)

#### Criteri diagnostici IHS della cefalea a grappolo

attacchi caratterizzati da

- dolore trafittivo di intensità severa unilaterale
- sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale
- durata da 15 a 180 minuti
- frequenza degli attacchi
- uno ogni 2 giorni / 8 al giorno

la cefalea è associata almeno a uno dei seguenti segni

iniezione congiuntivale, lacrimazione, ostruzione nasale, rinorrea, sudorazione di fronte o faccia, miopia, ptosi palpebrale, edema palpebrale

**Tabella 6**

Criteri diagnostici IHS della cefalea di tipo tensivo

**Tabella 7**

Criteri diagnostici IHS della cefalea a grappolo



	<b>emicrania</b>	<b>cefalea t.t.</b>	<b>cefalea a grappolo</b>
familiarità	presente	assente	presente (5% autosomica dom)
distribuzione per sesso F:M	3:1	2:1	1:4
tipo di dolore	pulsante	gravativo-costrittivo	trafittivo-lancinante
sede	unilaterale	bilaterale	unilaterale costante orbitale
intensità	medio-forte	lieve o media	forte-molto forte
durata	4-72 ore	30 minuti 7 giorni	15-180 minuti
profilo temporale	episodico	episodico	cronobiologico
sintomi e segni associati	nausea e/o vomito fono e fotofobia	fono o fotofobia	lacrimazione, iperemia congiuntivale, ptosi, congestione nasale, miosi, rinorrea
esacerbazione da sforzo	+	-	-
comportamento del pz	isolamento, buio, silenzio, riposo	lievi modificazioni	irrequietezza/ agitazione

**Tabella Riassuntiva**

ti da >1 anno, in assenza di fasi di remissione o con periodi di remissione che durano <1 mese. ■

### Cefalee da cause gravi

Le cefalee rappresentano una patologia ad alta frequenza di riscontro ma si associano a una relativamente bassa incidenza di cause gravi. Anche se un cambiamento improvviso delle caratteristiche di una cefalea richiede sempre un'attenta valutazione, le lesioni endocraniche (tumori, emorragie, infezioni) danno origine di solito a storie cliniche e sintomi tali da indurre il medico a prendere in considerazione la possibilità della presenza di queste patologie<sup>8-9</sup>. Il fatto è che talvolta le situazioni cliniche possono presentarsi in modo poco chiaro o in forme paucisintomatiche e/o atipiche.

Ma qual è la reale portata delle cefalee da causa grave? Nei Dipartimenti di Emergenza l'1-4,5% degli accessi riguarda i pazienti con cefalea e di questi il 13-20% risulta affetto da cefalee secondarie.

Nel 98-99% dei casi si tratta di dia-

gnosi benigne, mentre solo nel 1-2% la diagnosi è di cefalee da gravi patologie, come stroke, TIA, sanguinamenti da emorragia sub aracnoidea o intraparenchimale, infezioni (meningiti, encefaliti), puntura lombare, idrocefalo, tumore<sup>10-11</sup>.

Con quali strumenti è possibile evitare o quantomeno ridurre la possibilità di errori? Le linee guida suggeriscono di applicare una procedura operativa standard che supporti l'approfondimento anamnestico con:

- breve ma completo esame neurologico;
- uso del diario per registrare le caratteristiche della cefalea, i sintomi associati e i farmaci usati;
- conoscenza delle poche cause gravi.

La centralità del percorso diagnostico è rappresentata dall'anamnesi specifica strutturata (tabella 1) che deve essere applicata nella sua interezza al fine di evitare la possibilità di errori. Non trovare tempo per la raccolta di un'anamnesi completa rappresenta infatti la causa più im-

portante di errori diagnostici.

In caso di cefalee sospette un elemento aggiuntivo importante è di prestare attenzione, nell'ambito dell'anamnesi specifica, alla presenza o meno di **"sintomi di allarme"** la cui esclusione consente di solito di riconsiderare il problema con maggiore tranquillità (**Tab. 10**).

Esordio improvviso e peggior mal di testa mai provato possono configurare il quadro clinico della *"thunder-clap headache"* o *"cefalea a colpo di tuono"*, riferita come violentissima, improvvisa, inaspettata, molto breve che raggiunge la massima intensità entro un minuto dall'esordio. Questo tipo di cefalea si ritrova prima di una emorragia sub-aracnoidea da rottura di aneurisma endocranico nel 50% dei pazienti, ma può essere presente anche in altre patologie quali l'emorragia intracerebrale, dissecazione carotidea e vertebrale, trombosi venosa cerebrale, meningite asettica, edema cerebrale, stroke. Inoltre si può ma-

#### Sintomi di allarme

- *insorgenza > 50 anni*
- *esordio improvviso*
- *peggior mal di testa mai provato*
- *improvviso e sostanziale aumento della frequenza degli attacchi*
- *improvviso cambiamento delle caratteristiche della cefalea*
- *associazione con sforzo fisico (colpi di tosse, starnuti)*
- *aura sempre dallo stesso lato*
- *durata dell'aura molto breve (< 5 min)*
- *durata dell'aura molto lunga (> 60 min)*
- *cefalea di recente insorgenza in pazienti con patologia neoplastica o HIV*

*i primi tre sintomi quando presenti insieme nello stesso paziente sono molto suggestivi della presenza di causa grave*

**Tabella 10**  
Sintomi di allarme



nifestare senza alcuna patologia organica apparente (cefalea primaria a colpo di tuono)<sup>12</sup>. ■

## Conclusioni

**P**rimo compito del medico è di escludere le cefalee secondarie a cause gravi, considerando che l'alta frequenza delle cefalee si accompagna a una bassa incidenza di cause gravi.

Gli errori diagnostici possono essere evitati con una procedura standard centrata sull'anamnesi strutturata specifica (sintomi di allarme) accompagnata da un breve ma completo esame obiettivo.

È auspicabile il raggiungimento di un "livello minimo di appropriatezza" nell'ambito della Medicina Generale dove vengano gestite direttamente le cefalee più frequenti con sintomatologia tipica (emicranie, CTT). Per le cefalee atipiche o meno frequenti e comunque in caso di dubbio diagnostico, la strategia più corretta per il MMG è quella di optare per la gestione integrata con lo specialista o il Centro Cefalee. ■

## Terapia delle cefalee primarie

**L**a terapia farmacologica di attacco e di profilassi delle cefalee primarie è in grado di incidere positivamente sulla qualità di vita dei pazienti cefalalgici anche se le prime tappe di un corretto approccio terapeutico consistono nell'evitare i fattori di scatenamento quando individuati e nel modificare eventuali stili di vita non corretti.

L'uso dei farmaci non è quindi giustificato in tutti i casi ma, d'altra parte, un atteggiamento eccessivamente attendista può causare peggioramento/cronicizzazione della cefalea, uso scorretto di farmaci da parte dei pazienti, complicanze, aggiunta di un altro tipo di cefalea.

Prima e durante la terapia è importante monitorare con il diario della cefalea, frequenza, intensità, durata delle crisi e dei sintomi di accompagnamento, così come procedere a un'attenta analisi del consumo di analgesici e di altri farmaci per evitare fenomeni di abuso che sono spesso causa di cronicizzazio-

ne della cefalea.

In generale, occorre istruire il paziente ad assumere il farmaco alla dose e nei tempi adeguati, suggerendo di ricorrere a vie alternative a quella orale nei casi con forte nausea o vomito. Da parte del medico, buona abitudine è quella di usare preferibilmente farmaci con un solo principio attivo.

### •Terapia dell'attacco emicranico

Nell'approccio terapeutico dell'attacco emicranico il medico si trova di fronte a due aspetti critici cruciali: quale farmaco scegliere e in quale fase dell'attacco proporre l'uso.

Le linee guida concordano nel seguire il seguente schema:

- FANS/analgesici per attacchi lievi-moderati o in caso di controindicazioni ai Triptani (paracetamolo di prima scelta in gravidanza)
- Triptani per attacchi severi o lievi-moderati che non hanno risposto a FANS
- Ergotaminici come farmaci di seconda scelta.

Riguardo ai tempi di somministrazione viene consigliato di assumere precocemente i vari farmaci, con qualche riserva per i Triptani secondo le linee guida britanniche.

Un altro approccio che viene suggerito dagli esperti è di considerare i Triptani i farmaci di prima scelta, considerata la loro specificità e di ricorrere all'uso di FANS/analgesici in caso di controindicazioni o inefficacia dei Triptani.

Recenti studi clinici controllati hanno dimostrato che il trattamento dell'attacco emicranico con Triptani quando il dolore è di intensità lieve e/o entro un'ora dalla sua insorgenza, produce il miglior risultato clinico con una risposta terapeutica migliore e una minore frequenza di recidive.

I Triptani sono una classe di farmaci innovativi il cui meccanismo di azione si esplica attraverso un effetto agonista selettivo sui recettori 5-HT<sub>1B/1D/1F</sub> con vasocostrizione dei vasi meningei e con l'inibizione del rilascio dei peptidi vasoattivi a livello delle terminazioni trigeminali.

Oltre alla loro specificità, questi far-

maci presentano alcuni indiscutibili vantaggi: sono efficaci anche sui sintomi di accompagnamento, non richiedono di solito l'associazione di antiemetici, hanno una buona rapidità di azione (30-60 min), una seconda dose è efficace sulle recidive, non danno tachifilassi.

Gli svantaggi sono rappresentati dalla mancata efficacia sui sintomi dell'aura, peraltro condivisa con gli altri farmaci anti-emicranici, le recidive di emicrania si manifestano nel 20-40% dei casi, non sono efficaci nel 25-35% dei casi (pazienti non responder), possono determinare fenomeni di abuso, non devono essere usati in età inferiore a 18 anni e superiore a 65, sono sconsigliati in gravidanza (maggiore incidenza di parti pre-termine e maggiore percentuale di figli sotto-peso).

Come vanno usati? L'assunzione precoce determina una risposta migliore; in caso di parziale risposta alla prima dose, se ne può usare una seconda non prima di 2 ore; in caso di mancata risposta entro 2 ore dalla prima dose, è inutile assumerne una seconda.

È consigliata una frequenza di somministrazioni che non superi le 10 dosi al mese per un massimo di tre mesi e questo per prevenire fenomeni di abuso e la possibile cronicizzazione dell'emicrania, eventi che sono più frequenti in soggetti con storia di uso eccessivo di analgesici e/o ergotaminici e in caso di comorbidità psichiatrica.

Nell'ambito di questa classe di farmaci esistono diverse molecole: sumatriptan, il capostipite anche con formulazioni in fiale, almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, zolmitriptan.

Ma esistono reali differenze tra le varie molecole?

Riguardo alle formulazioni orali non è possibile identificare un parametro globale di efficacia che permetta di stabilire la superiorità di un triptano rispetto all'altro e, al di fuori delle differenze farmacologiche, i dati di preferenza suggeriscono che non esiste un triptano ideale e che la terapia deve essere adattata a ogni singolo paziente.

Le controindicazioni sono rappresentate da cardiopatia ischemica, vasculopatie cerebrali e periferiche, ipertensione arteriosa grave o non controllata, insufficienza epatica grave, emicrania di tipo basilare, emicrania emiplegica sporadica/familiare, associazione con ergotamini e IMAO.

Gli eventi avversi più comuni sono senso di oppressione/dolore retrosternale e di costrizione alla gola, sintomi che sembrano dovuti a spasmo della muscolatura esofagea e non a coinvolgimento coronarico, parestesie, vertigini, sonnolenza, astenia. I sintomi, nella maggior parte dei casi, sono di lieve entità, di scarsa rilevanza clinica e di breve durata (10-15 min).

Tra le interazioni farmacologiche occorre prestare attenzione agli ergotamini per la possibilità di vasospasmo, agli IMAO e SSRI per la possibilità di sindrome serotoninergica, che si manifesta con disturbi comportamentali (ipomania, stato confusionale, agitazione), disfunzioni autonome (nausea, vomito, diarrea, brividi, febbre, alterazioni della PA), alterazioni neuro-muscolari (mioclonie, iper-riflessia, tremore, incoordinazione motoria).

Riguardo ai farmaci per la terapia di attacco, esistono alcune singolari incongruenze prescrittive:

- le formulazioni di associazione a base di ergotamina e caffeina sono prescrittibili anche ai bambini tra 6 e 12 anni;

- i triptani, più selettivi e meno problematici rispetto all'ergotamina, non sono prescrittibili a pazienti di età inferiore a 18 anni e superiore a 65, con l'eccezione di Sumatriptan spray nasale prescrittibile ma non sotto i 12 anni;

- l'associazione di ergotamina, caffeina, aminofenazone è tra i prodotti da banco.

La terapia di attacco della *cefalea di tipo tensivo* si avvale dell'uso di FANS/analgesici e/o di miorilassanti, questi ultimi meno usati, quali tizanidina, benzodiazepine, baclofen, dantrolene.

La terapia di attacco della *cefalea a*

*grappolo* prevede l'uso di sumatriptan 6 mg fl s.c, ossigeno 7 l/min per 15 min, prednisone 50-100 mg. ■

## Terapia di profilassi delle cefalee primarie

### •Criteri generali

La terapia di profilassi delle cefalee primarie riguarda situazioni caratterizzate da attacchi frequenti e/o invalidanti, oppure dalla presenza di controindicazioni e/o importanti eventi avversi dei farmaci per la terapia d'attacco<sup>13</sup>.

La dose starter deve essere a bassi dosaggi con incremento graduale nel tempo. Aspetti importanti del trattamento sono la durata adeguata (3-6-12 mesi), la compliance del paziente e l'adeguamento della terapia all'eventuale presenza di co-morbidità.

### •Profilassi dell'emicrania

Secondo le Linee Guida Sisc, la terapia di profilassi dell'emicrania va messa in atto in presenza di più di 2 crisi parzialmente o totalmente disabilitanti della durata complessiva di almeno 4 giorni.

Occorre usare la minima quantità di farmaco che presenti i minori effetti indesiderati, considerare l'eventuale presenza di co-morbidità e protrarre la durata della terapia per un periodo non inferiore a 3 mesi a dosaggi adeguati, con l'obiettivo di ridurre del 50% la frequenza e l'intensità delle crisi.

Le classi di farmaci che vengono abitualmente usate sono:

beta-bloccanti, ca-antagonisti, antidepressivi, anticonvulsivanti, antagonisti serotoninergici.

#### - beta-bloccanti

il loro meccanismo di azione nella profilassi dell'emicrania non è chiaro e sembra dovuto a un probabile effetto sui sistemi monoaminergici centrali incluso quello serotoninergico.

Le molecole che hanno dato evidenza di efficacia sono atenololo, metoprololo, nadololo, propranololo.

#### - calcio-antagonisti

anche in questo caso il meccanismo d'azione non è chiaro e si ipotizza il blocco del rilascio di serotonina e

l'interferenza con l'infiammazione neuro vascolare.

Dei vari farmaci ca-antagonisti, (flunarizina, nimodipina, nifedipina, diltiazem, verapamil), solo *flunarizina* ha dato convincenti evidenze di efficacia nella profilassi dell'emicrania; *nifedipina* non solo non è efficace, ma può indurre attacchi emicranici; verapamil risulta abbastanza efficace nell'emicrania e di sicura efficacia nella cefalea a grappolo.

*Flunarizina* viene usata a dosaggi di 5-10 mg da somministrare alla sera per la possibile sedazione presente soprattutto nei primi giorni di trattamento. Tra gli eventi avversi, frequente è un moderato incremento ponderale, meno spesso il farmaco può slatentizzare depressione e indurre disturbi extra-piramidali soprattutto negli anziani.

#### - antidepressivi

gli antidepressivi comprendono diverse classi di farmaci con differenti meccanismi d'azione ma soltanto gli antidepressivi triciclici hanno dato evidenza di efficacia nella profilassi dell'emicrania, in particolare *amitriptilina*. Il meccanismo d'azione nella profilassi dell'emicrania rimane incerto, con l'ipotesi dell'inibizione del reuptake di Serotonina e Noradrenalina, ma non correlato all'azione antidepressiva.

Da tempo vengono usati nel trattamento di numerose condizioni di dolore cronico e della cefalea di tipo tensivo (CTT).

I dosaggi nella profilassi di emicrania e di CTT e nella terapia del dolore cronico sono inferiori a quelli utili per trattare un episodio depressivo e comunque devono essere personalizzati iniziando con basse dosi (*amitriptilina* dose starter 10 mg alla sera, fino a 50 mg/die).

#### - anticonvulsivanti

Valproato, gabapentin, pregabalin, topiramato, lamotrigina sono gli anticonvulsivanti usati nella profilassi dell'emicrania e che agiscono con meccanismi d'azione diversi che vanno dall'effetto facilitante sulla trasmissione GABA-ergica e l'interazione con il sistema serotoninergico, al blocco presinaptico dei canali del calcio/sodio e l'inibizione del rilascio di glutammato.



Lamotrigina ha dato evidenze di efficacia su durata e intensità dei sintomi dell'aura.

### •Criticità

Le Linee Guida italiane inseriscono atenololo, propranololo, amitriptilina, flunarizina, valproato di sodio nel gruppo A di raccomandazione:

- *amitriptilina e propranololo* hanno l'indicazione per l'emicrania, sono in fascia A e concessi dal SSN;
- *flunarizina* ha l'indicazione per l'emicrania ma è in fascia C e quindi a carico del paziente;
- *atenololo e valproato di sodio* sono in fascia A ma non hanno l'indicazione per l'emicrania, con conseguenti problemi di prescrizione *off-label*.

Un ulteriore punto critico è rappresentato dalla durata della terapia: 3-6-12 mesi? A cicli con periodicità variabile? Durata correlata al tipo di farmaco? Nonostante la notevole produzione di lavori scientifici, al riguardo non esistono dati precisi in letteratura perché i *trial* valutano la risposta terapeutica fino a 3-4 mesi e non nel medio-lungo termine<sup>14</sup>. Nelle varie Linee Guida c'è un accordo di massima sulla necessità di attendere fino a 3 mesi per valutare l'efficacia della terapia ma con notevoli discrepanze e disomogeneità: nessuna indicazione precisa nelle LG americane e canadesi, 4-6 mesi nelle LG britanniche, 1 anno nelle LG francesi.

La terapia di profilassi della *cefalea di tipo tensivo* offre minori possibilità di intervento farmacologico rispetto a quella dell'emicrania e si basa sull'uso di antidepressivi triciclici (amitriptilina).

Gli SSRI vengono proposti/usati pur in assenza di evidenze convincenti della loro efficacia.

La terapia di profilassi della *cefalea a grappolo* prevede l'uso di verapamil, considerato il farmaco di prima scelta (360 mg/die), di litio (900 mg/die) e di anticonvulsivanti (valproato, gabapentin, pregabalin, topiramato).

Un ulteriore aspetto critico è rap-

### Cause di errore nella terapia di profilassi delle cefalee primarie

- diagnosi errata (la CTT non risponde a beta-bloccanti o flunarizina)
- farmaci di efficacia non provata
- errori nella selezione del farmaco di prima scelta (co-morbidità)
- dosi eccessive (autosospensione per effetti collaterali)
- tempi di terapia troppo brevi (tempo minimo 3 mesi)
- tempi di terapia troppo lunghi (interrompere dopo 9-12 mesi e rivalutare)

**Tabella 11**

Cause di errore nella terapia di profilassi delle cefalee primarie

presentato dalla possibilità di errori nella strategia terapeutica (**Tab. 11**) ■

### I dati di Health Search

Qual è il comportamento prescrittivo dei MMG riguardo alla terapia di attacco e di profilassi delle cefalee primarie? Riguardo alla terapia di attacco (**Tab. 12**), il primo dato è che a pochi pazienti vengono prescritti i farmaci per la cefalea. Un ulteriore punto è che le prescrizioni risultano in gran parte adeguate e aderenti alle raccomandazioni delle Linee Guida, pur con alcune discrepanze come l'uso dei Triptani nei pazienti con CTT e che risultano la seconda classe di farmaci più prescritta (2,64%) dopo i FANS.

La terapia di profilassi (**Tab. 13**) ri-

### Farmaci per la terapia di attacco - dati HS

	% ctt (11,5%)	% emicrania (23%)	% e con aura (25%)
Metoclopramide	0,09	0,30	0,17
Domperidone	0,00	0,00	0,00
FANS	<b>6,65</b>	4,70	4,80
Codeina/paracetamolo	0,28	0,27	0,17
Tramadololo	0,23	0,15	0,00
ASA	0,09	0,15	0,28
Paracetamolo	1,48	0,63	0,39
Ergotamini	0,42	0,35	0,55
Triptani	2,64	<b>14,41</b>	<b>17,25</b>
Indometacina/caffeina/pcp	0,83	2,09	1,90

**Tabella 12**

Farmaci per la terapia di attacco - dati HS

### Farmaci per la terapia di profilassi - dati HS

	% ctt (8,0%)	% emicrania (8,2%)	% e con aura (7,6%)
Acido valproico	0,05	0,14	0,22
Anticonvulsivanti	0,23	0,75	0,88
BDZ	1,62	0,60	0,61
TCA	<b>4,58</b>	1,50	<b>2,26</b>
SSRI	0,65	1,12	0,83
Flunarizina	0,51	<b>2,10</b>	1,60
Beta-bloccanti	0,37	<b>2,00</b>	1,21

**Tabella 13**

Farmaci per la terapia di profilassi - dati HS

guarda una esigua minoranza di pazienti ma con una sostanziale aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida. ■

## Conclusioni

I pazienti cefalalgici manifestano talvolta una certa reticenza nell'intraprendere la terapia di profilassi e questo può essere dovuto a scarsa informazione e all'accessibilità del disturbo.

Per evitare una insufficiente aderenza terapeutica è utile che il medico legittimi il problema cefalea come una malattia fisica "la cefalea è come l'asma, l'ipertensione" e parli di obiettivi realistici chiarendo che è possibile migliorare la cefalea con una adeguata terapia di profilassi che però è efficace in circa la metà dei casi. La motivazione del paziente ad accettare la terapia di profilassi è importante anche per prevenire l'instaurarsi della cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Nella scelta della terapia preventiva occorre considerare la presenza di comorbidità in particolare ansia, depressione, insonnia, MRGE, ipertensione, asma, allergie e/o intolleranze

ai farmaci.

Un ulteriore aspetto importante è di convincere il paziente a proseguire la terapia preventiva per almeno 3 mesi, tempo minimo utile per verificarne l'efficacia, tenendo presente che aumento di peso e astenia rappresentano le cause più frequenti di abbandoni terapeutici<sup>15</sup>. ■

## ■ Bibliografia

1. *The International Classification of Headache Disorders*. Cephalalgia 2004; vol.24: suppl.1
2. *Le principali novità della seconda edizione della classificazione delle cefalee della International Headache Society* Manzoni GC, Confinia Cephalalgica 2006
3. *The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide* Cephalalgia, 2007 Mar;27(3):193-210
4. *An Epidemiological Study to Assess Migraine Prevalence in a Sample of Italian Population Presenting to Their GPs* Roncolato M, Fabbri L, Brignoli O, Medea G. *European Neurology* 2000;43:102-106
5. *Prevalence, characteristics, and patterns of health care use for chronic headache in two areas of Italy. Results of a questionnaire interview in general practice* Beghi E, Monticelli ML, Amoruso L, Zarrelli MM & the Italian General Practitioner Study Group. Cephalalgia,

- 2003, 23, 175-182
6. *Malattie classiche e sintomi comuni. L'emicrania nel database di health search*. Del Zotti F, Sabatini A, Sessa E. *Rivista Simg*, 2001 n. x 31-33
7. Guidelines of BASH, British Association for the Study of Headache [www.i-h-s.org](http://www.i-h-s.org)
8. *La terapia preventiva dell'emicrania: quanto deve durare?* Manzoni GC, Confinia Cephalalgica 2005; XIV, n. 3, 99-100
9. *Characteristics of brain tumour-associated headache* Schankin CJ, Cephalalgia 2007. 27:904-11
10. *Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy* Lipton RB, *Neurology*, 2007 Jan 30; 68(5):343-9
11. *Thunderclap headache* Dodick DV. *Headache* 2002, 42: 309-315
12. *Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes* A-M Landtblom<sup>1</sup>, *Cephalalgia*, 2002, 22, 354-360
13. *Benign or Sinister? Distinguishing Migraine From Subarachnoid Hemorrhage* Evans RW, Davenport RJ; *Headache* 2007;47:433-435
14. *Less Is Not More: Underutilization of Headache Medications in a University Hospital Emergency Department* Madhavi X. Gupta, Stephen D. Silberstein, *Headache*. 2007,17: 1-9
15. *Clinical Pearls for Treating Patients with Headache* Robbins LD, *Headache*, 2008 8: 701-702 ■



# LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE "CONVULSIONI FEBBRILI"

**Gruppo di Studio ad hoc della Commissione Linee Guida della Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE)**

Giuseppe Capovilla (Mantova),  
Massimo Mastrangelo (Milano),  
Antonino Romeo (Milano), Federico Vigevano (Roma)

## ■ Presentazione Amedeo Bianchi. Centro Epilessia. UO Neurologia. Arezzo

*Le Convulsioni Febrili rappresentano le crisi più frequenti in età infantile. Interessano circa il 3-5 % dei bambini, con differenze nella prevalenza tra le diverse etnie. Le convulsioni febbrili sono crisi che insorgono in corso di febbre (di regola sopra i 38°) in soggetti di età compresa tra 6 mesi ed i 5 anni (eccezionalmente prima e dopo questa età), che non presentino alcun segno di patologia cerebrale acuta concomitante e non abbiano già presentato altri episodi di crisi afebrili.*

*Queste Linee Guida sono il frutto del lavoro di un gruppo di studio appositamente costituito e successivamente approvate da parte della Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE) che è la società scientifica degli epilettologi italiani. Le raccomandazioni sono state preparate secondo i criteri della Medicina della Evidenza.*

*Dopo la definizione di crisi febbrile semplice e crisi febbrile complessa, sono analizzati i criteri per il ricovero ospedaliero, per i relativi accertamenti diagnostici e per il trattamento delle crisi prolungate. Relativamente alla terapia si conferma la efficacia nel prevenire la sin-*

*gola crisi da parte della terapia continua od intermittente, ma la presenza di effetti collaterali fa indicare queste terapie solo in pazienti selezionati. Si conferma la benignità della prognosi nella maggior parte dei casi, il basso rischio di insorgenza successiva di epilessia e vengono indicati i fattori e la relativa percentuale del rischio di ricorrenza di convulsioni febbrili. Nell'ultima parte sono infine indicati i messaggi educativo-comportamentali da fornire alla famiglia. ■*

## 1. Definizioni

### 1.1 Convulsione febbrile semplice (CFS)

Una crisi convulsiva generalizzata di durata non superiore a 15 minuti, non ripetuta nelle 24 ore, che si presenta durante un episodio di febbre\* non dovuto ad una affezione acuta del Sistema Nervoso in un bambino di età compresa fra 6 mesi e 5 anni, senza precedenti neurologici (ovvero senza fattori etiologici indicativi di danno cerebrale pre-, peri- o postnatale, con normale sviluppo psicomotorio e assenza di precedenti convulsioni afebrili)<sup>1, 2, 3</sup>. Non è necessario che la febbre sia stata rilevata prima della crisi, ma

\***N.B.** Il livello minimo del rialzo termico perché si possa diagnosticare la "febbre" è variato nel tempo e varia secondo le società scientifiche e le metodiche di misurazione: attualmente l'American Academy of Pediatrics considera "febbre" ogni rialzo della temperatura corporea esterna oltre i 38° C.

deve essere presente almeno nell'immediato periodo post-critico<sup>1,2,3</sup> ed essere espressione di una affezione pediatrica.

## 1.2. Convulsione febbrile complessa (CFC)

È una crisi convulsiva focale o generalizzata prolungata, ossia di durata superiore a 15 minuti, o ripetuta entro le 24 ore, e/o associata ad anomalie neurologiche post-ictali, più frequentemente una paresi post critica (paresi di Todd), o con precedenti neurologici<sup>1,4,5</sup>. Va sottolineato che il bambino che presenta una crisi prolungata interrotta con terapia anticonvulsivante (i.e. diazepam) prima del 15° minuto deve essere classificato in questo gruppo<sup>4,5</sup>.

Se la convulsione febbrile complessa è caratterizzata da una crisi di durata superiore a 30 minuti o da crisi seriate più brevi, senza ripristino della coscienza a livello interictale, si parla di **stato di male febbrile**<sup>5,6</sup>.

## 1.3. Diagnosi differenziale

Vanno considerate in diagnosi differenziale con le convulsioni febbrili alcune manifestazioni parossistiche non epilettiche:

- Lipotimia e sincopi in corso di febbre<sup>7,8</sup>.
- Manifestazioni motorie anormali: brividi, crisi distoniche<sup>7,8</sup>. ■

## 2. Criteri di appropriatezza per ricovero ospedaliero

### 2.1. Convulsione febbrile semplice

#### •Primo episodio

##### Età > 18 mesi

Se clinicamente stabile, senza segni o sintomi che richiedano approfondimenti diagnostici: il ricovero non è necessario, vanno adeguatamente istruiti i genitori<sup>1</sup> (categoria di evidenza I).

##### Età < 18 mesi

Va previsto il ricovero ed è raccomandata l'osservazione per l'eventuale esecuzione di una puntura lombare<sup>1,8</sup> (vedi punto 3.1) (categoria di evidenza I).

#### •Convulsione febbrile semplice già diagnosticata

Il ricovero non è necessario, va verificato che i genitori siano adeguatamente istruiti<sup>1,3</sup> (cate-

goria di evidenza I). Va sottolineato, comunque, che una storia di pregresse convulsioni febbrili semplici non esclude che la crisi in corso possa essere sintomatica di altre patologie come una patologia infettiva del S.N.C..

### 2.2. Convulsione febbrile complessa

Va previsto il ricovero per accertamenti<sup>9</sup>, data la grande variabilità di condizioni sottese a questo evento (categoria di evidenza I). Una convulsione febbrile che sia stata interrotta farmacologicamente nei primi 15 minuti va considerata, in termini di appropriatezza del ricovero, al pari di una convulsione febbrile complessa.

### 2.3. Convulsione febbrile in un paziente per il quale siano riscontrate condizioni ambientali e/o socio-culturali inadeguate (es. bambini privi di un contesto familiare affidabile)

Va previsto il ricovero<sup>9</sup> (categoria di evidenza I). ■

## 3. Diagnosi

La diagnosi si basa essenzialmente sull'esame obiettivo e sull'anamnesi (vedi definizione)<sup>1,3,9</sup> (categoria di evidenza I).

### 3.1. Convulsioni febbrili semplici

•**Esami di laboratorio di routine.** Non sono raccomandati. La decisione circa la necessità di eseguire i suddetti tests deve essere volta esclusivamente all'identificazione della causa della febbre<sup>1</sup> (categoria di evidenza I).

•**Elettroencefalogramma di routine.** Non è raccomandato perché di limitato valore diagnostico nel bambino alla prima convulsione febbrile semplice<sup>1,10,11</sup> (categoria di evidenza I).

•**Indagini di neuroimmagine di routine.** Non sono raccomandate<sup>1,10,11</sup> (categoria di evidenza I)

#### •Puntura lombare

In presenza di segni meningei deve essere eseguita<sup>1,8,9</sup> (categoria di evidenza I)

In soggetti in trattamento con antibiotici nei giorni precedenti la convulsione deve essere forte-

mente considerata, per possibile mascheramento di sintomi e segni di meningite (categoria di evidenza I)

In pazienti di età <18 mesi è stata dimostrata l'inutilità dell'esecuzione della Puntura Lombare di routine<sup>8</sup>; va tenuto però conto che i segni clinici ed i sintomi di meningite possono essere minimi o assenti nei bambini di questa età per cui è necessaria una attenta osservazione del paziente almeno per 24 ore<sup>1,9</sup>. (categoria di evidenza I)

In pazienti di età >18 mesi non deve essere considerata di routine poiché i segni clinici di infezione del Sistema Nervoso Centrale solitamente sono individuabili<sup>1,8,9</sup> (categoria di evidenza I)

### 3.2. Convulsione febbrile complessa

•**Ricerca dell'eziologia della febbre.** È raccomandata<sup>1</sup> (categoria di evidenza I).

•**Esecuzione di indagini ematochimiche.** Possibile esecuzione di indagini ematochimiche in relazione alle condizioni cliniche<sup>9</sup> (categoria di evidenza I).

•**Ricerca di eventuale patologia cerebrale sottostante.** È raccomandata per differenziare le forme sintomatiche da quelle a predisposizione genetica.

•**Elettroencefalogramma.** È raccomandato, anche in tempi rapidi per l'alto valore diagnostico che può avere in alcune encefaliti di origine virale.

•**Indagini di neuroimmagine.** L'esecuzione di TC e/o RMN è fortemente raccomandata<sup>14</sup> (categoria di evidenza II).

•**Puntura lombare.** Considerare l'esecuzione per tutti i soggetti in cui si sospetti una patologia infettiva del SNC<sup>9</sup> (categoria di evidenza I). ■

## 4. Trattamento

### 4.1. Trattamento delle convulsioni febbrili semplici

Il trattamento delle Convulsioni Febbrili Semplici consiste nella terapia di eventuali crisi prolungate la cui durata richieda la somministra-



zione di farmaci e nella prevenzione delle eventuali recidive. La maggior parte delle Convulsioni Febrili Semplici termina spontaneamente entro 2-3 minuti; di conseguenza esse non richiedono alcun trattamento. Sporadicamente la Convulsione Febrile Semplice può durare oltre i tre minuti; in tali casi non essendo prevedibile la durata spontanea sarà opportuno intervenire farmacologicamente.

#### **4.1.1. Terapia della crisi prolungata in atto in un presidio sanitario**

- disostruire le vie respiratorie.
- preparare un accesso venoso.
- monitorizzare i parametri vitali (FC, FR, PA, SaO<sub>2</sub>).
- somministrare ossigeno se necessario (SaO<sub>2</sub> 90%).
- somministrare DIAZEPAM al dosaggio di 0,5 mg/kg<sup>3</sup> per via endovenosa in bolo alla velocità massima di infusione 5 mg/minuto, sospendendolo appena la crisi cessa; la dose può essere ripetuta se necessario dopo un intervallo di 10 minuti (va ricordato che il diazepam impiega circa 10 secondi a raggiungere una concentrazione cerebrale efficace se somministrato per via e.v.)<sup>6,12,13</sup> (categoria di evidenza I). Anche altre benzodiazepine, come il Lorazepam, sono ugualmente efficaci.
- monitorizzare EAB e glicemia<sup>9,15</sup>
- se la crisi non cessa avvalersi della consulenza specialistica (anestesista, neurologo) per il trattamento dello stato di male.

#### **4.1.2. Terapia della crisi prolungata in atto in ambiente familiare**

Vedi la sezione 5.4 del capitolo dedicato all'educazione sanitaria dei familiari.

#### **4.1.3. Terapia preventiva e rischio delle recidive**

Il rischio generico di recidiva di convulsione febbrile viene stimato intorno al 30-40%<sup>5</sup>. I fattori di rischio per la recidiva, probabilmente simili per le convulsioni febbrili semplici e complesse<sup>16</sup>, sono:

- età precoce di insorgenza (<15 mesi)<sup>5,16,17</sup>.
- epilessia in parenti di primo grado<sup>5,17</sup>.
- convulsioni febbrili in parenti di

primo grado<sup>5,16,17</sup>.

- frequenti episodi febbrili<sup>5,16</sup>.
- bassa temperatura all'esordio della convulsione febbrile<sup>16,17</sup>.

La frequenza di recidiva per CF in un soggetto senza fattori di rischio è del 10%, del 25-50% in presenza di 1-2 fattori e del 50-100% con 3 o più fattori di rischio<sup>5</sup>.

Il rischio di evoluzione verso l'epilessia viene stimato intorno a 1-1.5% dei soggetti con CFS<sup>18</sup>, solo di poco superiore all'incidenza nella popolazione generale (0.5%).

Il rischio di evoluzione verso l'epilessia nei soggetti con CFC viene, invece, stimato tra il 4 ed il 15%<sup>4,18</sup>. Non vi è evidenza che qualsivoglia terapia sia in grado di prevenire l'evoluzione verso la epilessia<sup>5,19</sup>.

Diversi studi, anche di carattere metanalitico<sup>2,19,20</sup> hanno dimostrato che la somministrazione continua di fenobarbitale e acido valproico è efficace nel prevenire le recidive di CFS.

Esistono, peraltro, controindicazioni a tale somministrazione, quali la scarsa o assente compliance, aspetti economici e psicologici e soprattutto gli effetti collaterali potenziali dei farmaci (del fenobarbitale: letargia, riduzione dell'attenzione e ipercinesia; dell'acido valproico: trombocitopenia, disfunzione epatica, iperammoniemia, o sindrome di Reye-simile) che potrebbero essere tali da superare i benefici del trattamento<sup>21</sup>.

Anche la terapia intermittente con diazepam per via rettale (preferibile) o orale<sup>3,22,23,24</sup> somministrata all'esordio della febbre, è efficace nel prevenire le recidive. Comunque, anche in questo caso, moderati effetti collaterali sono inevitabili (transitoriamente lieve atassia, agitazione o letargia; raramente depressione respiratoria, bradicardia o ipotensione).

Pertanto, in considerazione della prognosi benigna delle CFS, che non lasciano danni permanenti e tendono a scomparire spontaneamente con l'età, e dei numerosi effetti collaterali potenzialmente legati alla terapia anticonvulsivante, non è raccomandato l'uso di alcuna terapia, continuativa o intermitten-

te, per la profilassi delle recidive di CFS<sup>2,3,5,19,20</sup> (categoria di evidenza I). Tuttavia, in un ristretto gruppo di pazienti, per i quali le crisi sono considerate "inaccettabili" in relazione alla loro elevata frequenza, vi può essere l'indicazione alla terapia profilattica delle CFS.

Dobbiamo perciò considerare due possibili scenari<sup>2,3</sup>.

#### **Pazienti con 1 o più episodi di CFS e genitori affidabili:**

sorveglianza attiva (principio del "wait and see"<sup>3</sup>) in questi casi è raccomandato l'astenersi dalla somministrazione di farmaci anticonvulsivanti, dando ai genitori tutte le dovute informazioni comprendenti anche le istruzioni nell'eventualità di dover somministrare DIAZEPAM in caso di crisi prolungata (vedi sezione 5) limitandosi semplicemente a monitorizzare nel tempo l'andamento naturale delle convulsioni. (categoria di evidenza I).

#### **Pazienti con almeno una delle condizioni seguenti:**

- frequenti convulsioni in un breve periodo di tempo (3 o più volte in 6 mesi, 4 o più volte in un anno);
- storia di convulsioni di durata superiore a 15 min. o che richiedano una interruzione farmacologica;

Si può prendere in considerazione la terapia intermittente<sup>22,23,24</sup> ovvero la somministrazione rettale (prima scelta) o orale di terapia intermittente con diazepam quale misura di emergenza somministrata, all'esordio della febbre, alla dose è di 0.4- 0.5 mg/Kg/ dose ripetibile una seconda volta se persiste la febbre dopo 8 ore. Abitualmente la somministrazione di diazepam si limita a due dosi, anche se condizioni cliniche particolari possono richiedere una terza dose, trascorse almeno 24 ore dalla prima<sup>3</sup> (categoria di evidenza II). Va ricordato che la Convulsione Febrile avviene nel 98% dei casi entro le prime 24 ore dall'esordio della febbre per cui prolungare la somministrazione del farmaco oltre questo termine non è giustificato.

Nel caso di fallimento e soprattutto in presenza di genitori che abbiano dimostrato di non essere in grado di

individuare l'esordio febbrile tempestivamente si può ricorrere alla terapia continuativa anticonvulsivante con fenobarbitale o acido valproico<sup>3</sup>. Il fenobarbitale viene somministrato alla dose di 3-5 mg/Kg/die in 1-2 assunzioni. L'acido valproico viene usato alla dose di 20-30 mg/Kg/die, in 2-3 somministrazioni.

È consigliata la scelta di quest'ultimo farmaco in quanto il fenobarbitale può presentare, tra i vari effetti collaterali, anche disturbi cognitivi<sup>21</sup>. Non risultano efficaci la carbamazepina e la fenitoina<sup>2,19</sup>.

#### 4.2. Trattamento delle Convulsioni Febrili Complesse

Dalla sezione 3.2 si evince come con il termine di Convulsioni Febrili Complesse vengano indicate entità variabili per etiologia, semiologia e prognosi. Una Convulsione Febrile Complessa può infatti essere dovuta ad una patologia acuta del Sistema Nervoso Centrale, oppure costituisce l'esordio di particolari sindromi epilettiche (ad es. Sindrome di Dravet), oppure essere semplicemente una convulsione febbrile prolungata con la stessa prognosi delle forme semplici. Il trattamento è perciò condizionato dall'inquadramento etiologico e nosografico ed esula da queste linee-guida. Nel caso di Convulsione Febrile Complessa in atto valgono le istruzioni del punto 4.1.1. e 5.4. ■

### 5. Punti essenziali di educazione sanitaria per i familiari

**5.1. Descrivere nel modo più dettagliato possibile le caratteristiche delle convulsioni febbrili:** incidenza, relazioni con l'età, tasso di ricorrenza, incidenza nei parenti, differenze con l'epilessia, prognosi per l'esordio di epilessia, prognosi per lo sviluppo socio-comportamentale, benignità dell'evoluzione. Ciò permetterà ai genitori di accettare più facilmente la scelta di non trattare.

**5.2. Istruire circa la necessità dell'appropriatezza della somministrazione della terapia anticonvulsivante, ove prescritta,**

**compresi gli effetti collaterali dei farmaci.**

**5.3. Verificare la comprensione delle indicazioni per il controllo della febbre;** in realtà non è dimostrato che l'uso di farmaci antipiretici, somministrati anche frequentemente e le manovre per ridurre la febbre diminuiscano la frequenza degli episodi convulsivi<sup>2,5,25</sup> (categoria di evidenza I). È tuttavia importante controllare la temperatura per fare diminuire il disagio del paziente.

**5.4. Fornire le misure per la gestione dell'eventuale recidiva:**

- mantenere la calma<sup>3</sup>
  - allentare l'abbigliamento, in particolare intorno al collo<sup>3</sup>
  - se il bambino è incosciente metterlo in decubito laterale per evitare l'inalazione di saliva ed eventuale vomito<sup>3</sup>
  - non forzare l'apertura della bocca<sup>3</sup>
  - osservare il tipo e la durata della crisi<sup>3</sup>
  - non dare farmaci o liquidi per via orale<sup>3</sup>
  - somministrare DIAZEPAM alla dose di 0,5 mg/kg per via rettale in caso di convulsione prolungata oltre 2-3 min. (il Diazepam somministrato per via rettale impiega circa 3 minuti a raggiungere una concentrazione cerebrale efficace).
  - in ogni caso contattare il pediatra curante o altro sanitario
  - un intervento medico è necessario nei seguenti casi<sup>3</sup>:
    - crisi di durata >10 minuti o che non cessa con la terapia
    - crisi ripetute
    - crisi focali
- presenza di prolungato disturbo della coscienza e/o paralisi post-critica. ■

#### ■ Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. The neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. *Pediatrics*. 97 (5); May 1996
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: long term treatment of the child with simple febrile seizure. *Pediatrics*. 103 (6): 1307-1309; June 1999

3. Fukuyama Y., Seki T., Ohtsuka C., et al. Practical guidelines for physicians in the management of febrile seizures. *Brain & Development*. 18: 479-484; 1996
4. Berg AT., Shinnar S. Complex febrile seizures. *Epilepsia*. 37 (2): 126-133; 1996
5. Knudsen FU. Febrile Seizure: treatment and prognosis. *Epilepsia*. 41(1): 2-9; 2000
6. Donohoe NV. Febrile convulsions. In *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. 2nd Edition. Roger J., Bureau M., Dravet C., et al. John Libbey and Co Ltd: 45-52; 1992
7. Stephenson JBP. Two types of febrile seizures: anoxic (syncopal) and epileptic mechanisms differentiated by oculocardiac reflex. *Br Med J*. 2: 726-8; 1976
8. Carroll W., Brookfield D. Lumbar puncture following febrile convulsion. *ADC*. *BMJ*.:238-240;2007
9. Joint Working Group of the Research Unit of the Royal College of Physicians and the British Paediatric Association. Guidelines for the management of convulsions with fever. *Br Med J*. 303: 634-6; 1991
10. Dunlop S., Taitz J. Retrospective review of the management of simple febrile convulsions at a tertiary paediatric institution. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 41(12):647-651; 2005
11. Hampers L.C., Thompson D.A., Bajaj L., Tseng B.S., Rudolph J.R. Febrile seizure: measuring adherence to AAP guidelines among community ED physicians. *Pediatr Emerg Care*. 22(7):465-9;2006
12. Dooley JM. Rectal use of benzodiazepines. *Epilepsia*. 39 (suppl. 1): s24-s27; 1998
13. Tassinari CA., Michelucci R., Riguzzi P., et al. The use of diazepam and clonazepam in epilepsy. *Epilepsia*. 39 (suppl. 1): s7-s14; 1998
14. Maytal J., Krauss JM., Novak G., et al. The role of brain computerized tomography in evaluating children with new onset of seizures in emergency department. *Epilepsia*. 41: 950-4; 2000
15. Tendrup TE. Clinical issues in acute childhood seizure management in the emergency department. *J Child Neurol*. 13: s7-10; 1998
16. Offringa M., Bossuyt PM., Lubsen J., et al. Risk factors for seizure recurrence in children with febrile seizures: a pooled analysis of individual patient data from five study. *J Pediatr*. 124: 574- 8; 1994
17. Berg AT., Shinnar S., Darefsky A., et al. Predictors of recurrent febrile seizures. A prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 151: 371-8; 1997
18. Sapir D., Leitner Y., Harel S., Kramer U. Unprovoked seizure after complex febrile convulsions. *Brain & Development*. 22: 484-86; 2000
19. Baumann RJ, Duffner PK. Treatment of children with febrile seizures: the AAP



- Practice Parameter. *Pediatr Neurol.* 23:11-17; 2000
20. Rantala H., Tarkka R., Uhari M. A meta-analytic review of the preventive treatment of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr.* 131(6): 922-5; 1997
  21. Sulzbacher S., Farwell JR., Temkin N., et al. Late cognitive effects of early treatment with phenobarbital. *Clin Pediatr.* 38: 387-94; 1999
  22. Rosman NP., Colton T., Labazzo J., et al. A controlled trial of diazepam administered during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. *N Engl J Med.* 329: 79-84; 1993
  23. Verrotti A., Latini G., di Corcia G., et al. Intermittent oral diazepam prophylaxis in febrile convulsions: its effectiveness for febrile seizure recurrence. *Eur J Paediatr Neurol.* 8(3):131-4; 2004
  24. Pavlidou E., Tziritidou M., Panteliadis C. Effectiveness of intermittent diazepam prophylaxis in febrile seizures: long-term prospective controlled study. *J Child Neurol.* 21(12):1036-40; 2006
  25. Schnaiderman D., et al. Antipyretic effectiveness of acetaminophen in febrile seizures: ongoing prophylaxis versus sporadic usage. *Eur J Pediatr.* 152: 747-9; 1993 ■

## Conferenza nazionale di consenso su gravidanza, parto, puerperio ed epilessia

### Lega Italiana Contro L'Epilessia (LICE)

in collaborazione con:

Associazione Ostetrici E Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)  
 Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)  
 Società Italiana di Neonatologia (SIN)  
 Società Italiana di Neurologia Pediatrica (SINP)  
 Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile (SINPIA)  
 Società Italiana di Pediatria (SIP)

**Umberto Aguglia (LICE), Giancarlo Barboni (SIN), Dina Battino (LICE), Giovan Battista Cavazzuti (SINP), Angela Citernesì (AOGOI), Roberto Corosu (SIGO), Francesco Maria Guzzetta (SINPIA), Paola Iannelli (SINP), Daniela Mamoli (LICE), Alfredo Patella (SIGO), Lorenzo Pavone (SIP), Emilio Perucca (LICE), Francesco Primiero (SIGO), Dario Pruna (SINPIA), Salvatore Savasta (SIN), Luigi Maria Specchio (LICE), Alberto Verrotti (SINP).**

#### ■ Presentazione Amedeo Bianchi. Centro Epilessia. UO Neurologia. Arezzo

Per una donna con epilessia la possibilità di vivere pienamente la sessualità e la maternità rappresenta giustamente un traguardo di 'normalità' e di piena realizzazione. Al contempo sappiamo come la gestione della gravidanza nella donna con epilessia è particolarmente complessa, anche per la variabile dei farmaci antiepilettici, e necessita di un approccio medico e specialistico multidisciplinare. La Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE) si è fatta promotrice con altre società scientifiche (Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani e Società Italiane di Ginecologia ed Ostetricia, di Neonatologia, di Neurologia Pediatrica, di Neuropsichiatria Infantile e di Pedia-

tria) di realizzare questo Consenso sulle problematiche della gravidanza nella donna con epilessia.

Il documento affronta inizialmente le raccomandazioni ed i consigli relativi all'Età fertile, alla Contraccezione ed al Concepimento, per poi passare alla Gravidanza e quindi al Parto, al Puerperio e all'Allattamento.

Vengono fornite specifiche indicazioni alla donna stessa ed al medico che deve curarla, basandosi sulle precise indicazioni fornite dalla Medicina delle Evidenze. Anche se conosciute, per praticità e per facilitare la lettura, nelle tabelle sono di nuovo indicate la Classificazione delle Evidenze, i Livelli di Evidenza e la Forza delle Raccomandazioni.

Per motivi di spazio editoriale, ma anche per valorizzare maggiormente, in modo sintetico, le attuali conoscenze scienti-

fiche su questa complessa problematica, che coinvolge non solo gli specialisti ma anche i medici di medicina generale, vengono pubblicate nella rivista solamente le Raccomandazioni.

L'intero documento, compresa l'ampia bibliografia, può essere visionato e stampato nel sito della LICE: [www.lice.it](http://www.lice.it) alla voce Linee Guida ■

#### Raccomandazioni Età fertile, contraccezione e concepimento

La donna deve essere informata che:

1. Carbamazepina, felbamato, lamotrigina, oxcarbazepina, fenobarbitale, fenitoina, primidone e topiramato (a dosi >200 mg/die) riducono



no le concentrazioni di estrogeni e/o progestinici e possono pertanto ridurre l'efficacia contraccettiva [Livello di Evidenza - LdE II; Forza della Raccomandazione - FdR 2]; anche a dosi superiori a quelle normalmente prescritte, l'efficacia della pillola contraccettiva non è garantita [LdE V; FdR 1].

2. L'assunzione di preparati estrogenici o estro-progestinici in donne trattate con lamotrigina, soprattutto se in monoterapia, può ridurre del 50% o più i livelli di lamotrigina e, di conseguenza, può compromettere il controllo delle crisi. L'interruzione del contraccettivo in queste pazienti può causare fenomeni di tossicità in seguito all'innalzamento dei livelli di lamotrigina [LdE II-1; FdR 1]. Questa interazione non sembra verificarsi (od è comunque di minore entità) in donne che assumono lamotrigina in combinazione con valproato [LdE II-1; FdR 1]. Anche i livelli di acido valproico sono ridotti dall'assunzione concomitante di estro-progestinici, ma l'entità della riduzione sembra essere generalmente inferiore a quella osservata con lamotrigina [LdE II-2; FdR 2].

3. È opportuno prestare attenzione a irregolarità mestruali e disturbi endocrini, soprattutto in donne affette da obesità [LdE III; FdR 2].

4. Rispetto alla popolazione generale, donne con epilessia trattate con Farmaci AntiEpilettici (FAE) presentano un rischio maggiore di dare alla luce un bambino con anomalie congenite. Tuttavia, in genere, la probabilità di avere un bambino normale in queste donne è comunque superiore al 90% e l'assunzione di FAE non rappresenta una controindicazione a iniziare e portare a termine una gravidanza [LdE II-2; FdR 1].

5. Nessuno dei FAE può essere ritenuto sicuro. Esistono segnalazioni che il rischio di anomalie congenite può essere superiore con acido valproico (soprattutto a dosi elevate) rispetto a carbamazepina e, forse, ad altri FAE di frequente impiego. Con l'acido valproico esiste un rischio specifico di DTN dell'1-2%, mentre con la carbamazepina que-

sto rischio è dello 0.5-1% [LdE II-2; FdR 1]. Esistono anche segnalazioni non conclusive di un maggior rischio di anomalie congenite, soprattutto cardiopatie, in seguito a esposizione a barbiturici [LdE II-2; FdR 1]. Infine, il rischio di anomalie è probabilmente maggiore in donne che assumono una politerapia [LdE II-2; FdR 1].

6. La terapia antiepilettica dovrebbe essere ottimizzata almeno sei mesi prima del concepimento. La riduzione o la sospensione della terapia a gravidanza iniziata è inutile (in quanto eventuali anomalie congenite si instaurano molto precocemente) e pericolosa [LdE V; FdR 1], poiché le crisi, pur non aumentando il rischio di malformazioni congenite [LdE II-2], possono danneggiare la salute materna e fetale. L'importanza di una adeguata compliance, pertanto, deve essere enfatizzata.

7. Il rischio globale di anomalie fetali deve essere valutato nel contesto di tutti i fattori di rischio individuali (patologie materne concomitanti, esposizione ad altri fattori potenzialmente teratogeni) e familiari (casi di malformazioni congenite nei familiari) [LdE V; FdR 1].

8. La maggior parte delle malformazioni congenite gravi sono identificate con l'esame ecografico, le cui possibilità diagnostiche tuttavia non possono includere tutte le possibili anomalie [LdE III; FdR 1].

9. È raccomandata la profilassi con acido folico in tutte le donne esposte alla possibilità di gravidanza, in quanto questo permette di ridurre il rischio di alcune anomalie fetali, compresi i DTN, nella popolazione generale [LdE V; FdR 1]. Non è comunque dimostrato che l'acido folico prevenga le anomalie congenite indotte da FAE [LdE III].

10. Alcune segnalazioni non conclusive suggeriscono che l'assunzione di FAE, particolarmente acido valproico, durante la gravidanza può essere associata a un maggior rischio di disturbi cognitivi nel bambino (soprattutto ridotto QI verbale nel caso di acido valproico) [LdE IV; FdR 3]. I disturbi cognitivi sono comunque condizionati da fattori am-

bientali e/o genetici e, nelle forme di epilessia più gravi, da una minore capacità di accudimento del bambino in conseguenza degli effetti delle crisi e dei FAE [LdE V].

## Raccomandazioni per il medico

1. Valutare la regolarità ovulatoria prima di iniziare una nuova terapia antiepilettica e ad ogni controllo successivo [LdE V; FdR 2].

2. In donne in terapia con FAE che riducono i livelli sia di estrogeni che di progestinici (carbamazepina, felbamato, oxcarbazepina, fenobarbitale, fenitoina e primidone), è preferibile utilizzare come contraccettione ormonale dispositivi intrauterini che liberano levonorgestrel, utilizzati secondo le modalità applicabili alla popolazione generale [LdE III; FdR 2]. Una alternativa meno desiderabile di contraccettione ormonale in queste donne può essere rappresentata da una pillola contraccettiva che contenga 1 mg di noretindrone (oppure 0.15 mg di levonorgestrel o 0.30 mg di norgestrel) in associazione a 50 µg di etinilestradiolo. Se si utilizza questa opzione, per i primi tre mesi consigliare l'adozione contemporanea di metodi contraccettivi non ormonali e aumentare la dose del contraccettivo in caso di sanguinamento intermestruale (LdE V; FdR 1); alla sospensione di FAE interagenti, attendere due mesi prima di ridurre la dose dell'estro-progestinico [LdE V; FdR 2].

3. In donne trattate con FAE che riducono solo i livelli di progestinici (topiramato, a dosi >200 mg/die) o solo i livelli di etinilestradiolo (lamotrigina, 300 mg/die), è parimenti preferibile ricorrere per la contraccettione ormonale a dispositivi intrauterini con levonorgestrel, utilizzati secondo le modalità applicabili alla popolazione generale. L'impiego della pillola contraccettiva è meno desiderabile in queste donne. Se si ricorre alla pillola contraccettiva, è probabilmente preferibile ricorrere ad una pillola convenzionale contenente 30 µg di etinilestradiolo (onde minimizzare possibili rischi da sovradosaggio, pur se non



si può escludere che vi sia una modesta riduzione dell'efficacia della contraccettiva a tale dose) e aumentare la dose del contraccettivo in caso di sanguinamento intermenstruale. [LdE V; FdR 2].

4. In donne in terapia con FAE che riducono i livelli di estrogeni e/o progestinici (carbamazepina, felbamato, lamotrigina, oxcarbazepina, fenobarbitale, fenitoina, primidone e topiramato a dosi >200 mg/die), formulazioni orali di contraccettivi a base di soli progestinici e formulazioni subdermiche e transdermiche sono sconsigliate, così come i preparati orali bifasici o trifasici, poiché il basso contenuto di progestinici nella prima fase potrebbe compromettere l'efficacia contraccettiva [LdE V; FdR 1]. L'uso prolungato di formulazioni depot di medrosiprogesterone acetato, la cui efficacia contraccettiva secondo alcuni autori sarebbe mantenuta anche in presenza di FAE ad attività inducibile, è sconsigliabile per i possibili effetti avversi, in particolare a carico del metabolismo osseo [LdE V; FdR 2]. I contraccettivi di emergenza devono essere utilizzati a dosi maggiori sebbene non vi siano indicazioni precise in proposito [LdE V; FdR 3].

5. Per i FAE che non riducono i livelli di estro-progestinici (gabapentin, levetiracetam, pregabalin, tiagabina, acido valproico, vigabatrin e zonisamide) attenersi alle raccomandazioni valide per la popolazione generale [LdE II; FdR 2].

6. L'efficacia di metodi contraccettivi non ormonali non è modificata dai FAE.

7. Nelle donne che assumono lamotrigina, acido valproico e oxcarbazepina, monitorare se possibile le concentrazioni plasmatiche dei principi attivi di questi farmaci all'introduzione e alla sospensione dei contraccettivi orali e aggiustare la dose se indicato clinicamente [LdE II-1; FdR 1].

8. Se si deve iniziare una terapia antiepilettica, impiegare il FAE ritenuto più efficace per il controllo delle crisi [LdE II-2; FdR 1]. Ove esistano farmaci con efficacia comparabile,

evitare l'impiego di acido valproico, soprattutto se la donna è contraria ad un aborto terapeutico. A meno che non esistano alternative, è particolarmente importante evitare l'impiego di acido valproico in donne con anamnesi familiare di difetti del tubo neurale [LdE V; FdR 1].

9. Nelle donne che assumono FAE programmare la gravidanza con largo anticipo, per quanto possibile, e ottimizzare la terapia almeno 6 mesi prima del concepimento rivalutando la diagnosi [LdE V; FdR 1] e utilizzando il FAE più efficace, possibilmente in monoterapia, alla dose minima necessaria per controllare le crisi [LdE V; FdR 1]. Individuare, se possibile, la "concentrazione plasmatica individuale ottimale di riferimento". Valutare individualmente il rapporto rischio/beneficio prima di sostituire gradualmente una eventuale terapia efficace con acido valproico con un FAE di efficacia potenzialmente comparabile. Valutare, con ampio anticipo rispetto al concepimento, il rapporto rischio/beneficio di una sospensione graduale della terapia in donne che non abbiano avuto crisi da almeno due anni o presentino solo crisi rare e non convulsive [LdE V; FdR 1].

10. Prescrivere acido folico in tutte le donne esposte alla possibilità di gravidanza. Non è chiaro quale sia la dose ottimale di acido folico. Alcuni autori raccomandano 0.4-0.5 mg/die e 5 mg/die in donne che assumono acido valproico o carbamazepina [LdE IV; FdR 2]. In Italia sono disponibili solo preparati contenenti 5 mg di acido folico. ■

## Gravidanza

**L**a donna deve essere informata che:

1. La frequenza delle crisi rimane invariata in circa due terzi dei casi durante la gravidanza [LdE II; FdR 2] e un eventuale peggioramento spesso dipende dall'assunzione irregolare della terapia [LdE II; FdR 2].

2. Una gestione corretta della gravidanza richiede la conoscenza delle implicazioni connesse alla patologia e relativa terapia (vedi sezio-

ne precedente e successiva) ed una adeguata pianificazione dei necessari controlli.

## Raccomandazioni per il medico

1. La diagnosi prenatale delle malformazioni è prevista dal Piano Sanitario Nazionale mediante tre esami ecografici del feto, cosiddetti di primo livello (alla 10a-13a settimana, alla 20a-22a e alla 30a-34a settimana), e con il dosaggio dell'alfa-feto-proteina materna alla 16a settimana.

2. Si suggerisce di considerare anche i seguenti controlli ecografici di secondo livello:

a. Entro la 13a settimana, valutare la TN, come indicatore di rischio di cardiopatia [FdR 3], e valutare i DTN con l'impiego di sonda vaginale [FdR 3]

b. Alla 18a settimana, valutare la morfologia con particolare attenzione al massiccio facciale, alla colonna vertebrale e al cuore [FdR 3]

c. Dopo la 20a settimana, eseguire eco-color-doppler cardiaco [FdR 3]

3. Ove possibile, determinare una volta al mese le concentrazioni plasmatiche di lamotrigina, monodrossiderivato della oxcarbazepina e fenobarbitale derivato da primidone [LdE V; FdR 2] e almeno una volta al trimestre e nell'ultimo mese di gravidanza quelle degli altri FAE [LdE V; FdR 2]. Se possibile, determinare la concentrazione libera di fenitoina ed acido valproico [LdE V; FdR 1] poiché la concentrazione totale di questi farmaci potrebbe sottostimare la concentrazione farmacologicamente attiva [LdE V; FdR 2], soprattutto negli ultimi mesi di gravidanza.

4. Controllare le concentrazioni plasmatiche dei FAE anche in caso di sospetto di scarsa compliance, variazioni rilevanti del quadro clinico [LdE V; FdR 1] o modificazioni della posologia [LdE V; FdR 2].

5. Aumentare la dose dei FAE solo se necessario per fronteggiare un peggioramento delle crisi o se si ritiene che un abbassamento delle

concentrazioni plasmatiche, in presenza di una compliance adeguata, esponga la paziente a un rischio significativo di recidiva delle crisi [LdE V; FdR 21].

6. In caso di terapia con FAE inducenti (carbamazepina, fenobarbitale, fenitoina, primidone, oxcarbazepina), si possono prescrivere 10 mg/die di vitamina K per via orale nell'ultimo mese di gravidanza [LdE V; FdR 31]. ■

## Parto e puerperio

**L**a donna deve essere informata che:

1. La terapia antiepilettica deve essere assunta regolarmente durante il travaglio e dopo il parto [LdE V;

FdR 11], attenendosi a eventuali controlli che saranno consigliati dal medico curante.

2. Non vi sono controindicazioni all'allattamento al seno che è pertanto consigliato [LdE II-1; FdR 11].

3. È consigliabile evitare, per quanto possibile, alterazioni eccessive del ritmo sonno-veglia.

### Raccomandazioni per il medico

1. Per il parto, attenersi alle indicazioni valide per la popolazione generale e ricorrere al taglio cesareo solo se esiste un rischio elevato di (o se si verificano) crisi convulsive frequenti o crisi parziali complesse numerose e prolungate tali da compromettere le capacità di collaborazione della donna [LdE V; FdR 21].

2. Può essere praticata l'anestesia epidurale [LdE V; FdR 31].

3. Non vi sono indicazioni specifiche riguardanti il tipo di anestesia in caso di taglio cesareo [LdE V; FdR 31].

4. Non vi sono controindicazioni all'uso di prostaglandine per l'induzione del parto e in caso di aborto terapeutico [LdE V; FdR 31].

5. Dopo il parto, suggerire interventi per evitare eventuali carenze di sonno (ad esempio, conservare in frigorifero il latte materno e richiedere la collaborazione del partner o di un altro familiare per il pasto notturno) [LdE V; FdR 11].

6. Suggerire misure preventive per la cura e il trasporto del bambino soprattutto in caso di crisi frequenti e perdita di coscienza [LdE V; FdR 11].

7. Determinare, se possibile, le concentrazioni plasmatiche dei FAE 2-4 e 12 settimane dopo il parto [LdE V; FdR 21], soprattutto se la dose dei FAE era stata modificata nel corso della gravidanza. Nelle donne trattate con lamotrigina, oxcarbazepina e primidone che abbiano necessitato di un incremento di almeno il 30% della dose di questi farmaci durante la gravidanza, monitorare, se possibile, la concentrazione plasmatica di lamotrigina, monoidrossiderivato della oxcarbazepina e fenobarbitale subito dopo il parto e ogni 4-5 giorni per 2-3 settimane [LdE V; FdR 11].

8. In caso di terapia con barbiturici o lamotrigina e allattamento al seno, controllare l'eventuale comparsa di segni di sedazione nel bambino e, se necessario, consigliare l'allattamento misto [LdE II 1; FdR 11].

9. In presenza di crisi materne frequenti e/o deficit cognitivi, tenere sotto osservazione il bambino e favorirne l'inserimento al nido, in particolare quando emerga un ritardo psicomotorio che potrebbe derivare da cause ambientali [LdE V; FdR 21]. ■

Tabella I Classificazione delle evidenze	
Classe Classificazione	
A	Studi prospettivi <sup>1</sup> di alta qualità
	Revisione sistematica (con omogeneità statistica) di studi di classe A.
	Studi prospettivi e/o studi storici basati su popolazione di buona qualità.
	Studi retrospettivi di alta qualità
B	Revisioni sistematiche (con omogeneità statistica) di studi di classe B.
	Studi prospettivi e/o studi storici basati su popolazione di discreta qualità
	Studi retrospettivi di alta qualità
C	Revisione sistematiche di studi di classe C
	Studi prospettivi e/o studi storici basati su popolazione di scarsa qualità
	Studi retrospettivi ben condotti
D	Revisione sistematiche di studi D
	Piccoli studi di coorte
	Serie di casi o studi descrittivi
E	Studi retrospettivi di scarsa qualità
F	Pareri di commissioni di esperti, opinioni di esperti autorevoli, consensus, opinioni o esperienze cliniche; altro

Tabella II. Livelli di Evidenza (LdE)	
I	Più studi di classe A e/o una revisione sistematica di classe A
II-1	Evidenze di classe B e C con risultati consistenti e/o uno studio di classe A
II-2	Evidenze di classe B o C con risultati generalmente consistenti
III	Evidenze di classe C e estrapolazioni di studi di classe B
IV	Evidenze di classe D o E o di classe A, B e C ma con risultati inconsistenti
V	Evidenze di classe F

Tabella III. Forza delle Raccomandazioni (FdR)	
1	Procedura o trattamento fortemente consigliati
2	Procedura o trattamento consigliati
3	Non vi sono elementi a favore o contro l'esecuzione di una procedura o trattamento
4	Procedura o trattamento sconsigliati perché probabilmente inutili e/o dannosi
5	Procedura o trattamento fortemente sconsigliati



# LA TERAPIA CON IPOGLICEMIZZANTI NEL DIABETE TIPO 2 CON DANNO RENALE

**Mauro Sardelli**

Specialista in Nefrologia e in Igiene

## ■ Riassunto

Un buon controllo della glicemia (Hb glicata <6,5%) riduce il rischio di comparsa della nefropatia e della progressione della insufficienza renale nel diabete. Quando è presente nel diabete tipo 2 un danno renale di grado lieve (Filtrato glomerulare tra 80-60 ml/min), si possono usare tutti i farmaci ipoglicemizzanti a dosi normali. Quando il danno renale è più avanzato, alcuni farmaci sono controindicati, altri vanno usati a dosi ridotte e altri possono essere usati a dosi normali. ■

## Diabete di tipo 2 con insufficienza renale lieve (Filtrato glomerulare tra 80 e 60 ml/min)

Gli studi degli ultimi anni (1,2) hanno chiaramente dimostrato che un buon controllo della glicemia riduce il rischio di comparsa della nefropatia nei soggetti con diabete tipo 1 e 2. Inoltre lo studio ADVANCE<sup>3</sup> ha confermato che uno stretto controllo della glicemia (Emoglobina glicata < 6,5%) ha effetti favorevoli nella evoluzione della nefropatia nel diabete di tipo 2. In questi pazienti si possono usare i comuni ipoglicemizzanti. Lo stu-

dio UKPDS<sup>2</sup> ha suggerito che nei pazienti obesi il farmaco d'elezione è la metformina e nei non obesi è la sulfonilurea. Una consensus conference<sup>4</sup> ha proposto questo schema: iniziare con metformina associata a modifica dello stile di vita, poi in caso di scarso controllo della glicemia (Emoglobina glicata > 7%) aggiungere sulfonilurea o insulina o glitazone. Altri farmaci più recenti (glinidi, alfa-glucosidasi inibitori, GLP-1 analoghi, inibitori DPP4) non sono stati inclusi perché o meno efficaci o con limitata esperienza o relativamente costosi. Lo studio ADOPT<sup>5</sup> ha poi mostrato come il fallimento della terapia ipoglicemizzante era osservabile più frequentemente con sulfonilurea che con metformina o rosiglitazone. Tuttavia gli eventi cardiovascolari erano meno frequenti nel gruppo con sulfonilurea. L'insulina è consigliata all'inizio quando i pazienti presentano perdita di peso o altri severi sintomi da ipoglicemia.

In conclusione nel diabete tipo 2 con nefropatia lieve l'obiettivo è il raggiungimento di un ottimo controllo della glicemia (Hb glicata < 6,5%). Tutti i farmaci ipoglicemizzanti possono es-



sere usati valutando rischi e benefici, gli eventi avversi e i costi.

Il diabete di tipo 2 è considerato una malattia progressiva. Gli studi UKPDS<sup>2</sup> e ADOPT<sup>5</sup> hanno mostrato che vi è una graduale perdita di cellule beta pancreatiche funzionanti. Uno studio autoptico ha chiaramente evidenziato un ridotto volume delle cellule Beta con un aumento dell'apoptosi<sup>6</sup>. Nei prossimi anni sarà necessario studiare farmaci che non solo permettano un buon controllo della glicemia, ma anche che preservino la funzione delle cellule beta inibendo l'apoptosi o inducendone la rigenerazione. ■

## Diabete di tipo 2 con insufficienza renale da moderata a grave (Filtrato glomerulare < 60 ml/min)

Il buon andamento della glicemia associato a quello dei valori pressori è in grado di ridurre la progressiva diminuzione del filtrato glomerulare<sup>7</sup>. Inoltre il controllo della glicemia è considerato importante nella prevenzione di altre complicanze del diabete quali la retinopatia, la neuropatia periferica e la vasculopatia periferica<sup>8</sup>.

In questi pazienti ci sono vari fattori che influenzano la glicemia e la risposta all'insulina<sup>9</sup>. Primo la resistenza all'insulina che aumenta il rischio di iperglicemia. Poi la gluconeogenesi ridotta e la clearance dell'insulina e dei farmaci ipoglicemizzanti alterata espongono al rischio di crisi ipoglicemiche. I soggetti anziani sono particolarmente esposti all'ipoglicemia che può essere causa di morte.

Va ricordato che nell'insufficienza renale cronica (IRC) elevata i valori di Hb Glicata sottostimano la glicemia in quanto l'Hb è ridotta per l'anemia<sup>10</sup>. Si ritiene che in questi pazienti sarebbe preferibile dosare l'Albumina glicata che si correla meglio alla glicemia

Vediamo quali sono i farmaci ipoglicemizzanti che si possono usare nel diabete tipo 2 con insufficienza renale elevata<sup>11</sup>.

### Sulfoniluree

*Meccanismo d'azione:* aumentano soprattutto la secrezione di insulina da

parte delle cellule beta del pancreas. Inoltre sensibilizzano le cellule beta al glucosio, ne limitano la produzione a livello epatico dove riducono la degradazione dell'insulina.

*Indicazioni:* la prima generazione di sulfoniluree non deve essere usata in questi soggetti. Tra quelle di seconda generazione, Glibenclamide e Glimepiride vengono ossidate a livello epatico in metaboliti attivi che sono escreti con le urine. Quindi il rischio di ipoglicemia aumenta con la riduzione del filtrato glomerulare per cui sono da evitare nei pazienti con insufficienza renale marcata. Invece Glipizide e Gliclazide sono metabolizzate in metaboliti inattivi dal fegato e possono essere usate.

### Biguanidi

*Meccanismo d'azione:* riducono la

produzione di glucosio da parte del fegato attraverso la diminuzione della gluconeogenesi, aumentano il consumo di glucosio da parte dei tessuti periferici per aumento della glicolisi, riducono l'assorbimento di glucosio da parte dell'intestino.

*Indicazioni:* la Metformina è il farmaco d'elezione del diabete tipo 2, ma in questi pazienti non può essere usata in quanto può causare acidosi lattica e vi è un aumentato rischio di disturbi gastrointestinali. Inoltre la Metformina viene escretata in forma attiva per via renale.

### Tiazolidioni

*Meccanismo d'azione:* aumentano la sensibilità all'insulina, aumentano la captazione di glucosio da parte delle cellule muscolari e adipose.

*Indicazioni:* i dati di farmacocinetica del

### Ipo-glicemizzanti orali

Farmaco Prodotto commerciale	Formulazione	Dosaggio medio adulto	Costo/die (euro)	Uso nell'IRC avanzata (FG < 60 ml/min)
---------------------------------	--------------	--------------------------	---------------------	---

### Sulfaniluree di 2a generazione

<i>Glimepiride</i> Amaryl (Sanofi-Av) Generico	Cp 2-3-4 mg "	2 mg/die "	0.09 0.09	No
<i>Glibenclamide</i> Daonil (Sanofi- Av), Eugluon (Roche) e altri	Cp 5 mg	5 mg x 2	0.196	No
<i>Gliclazide</i> Diamicon (Servier) e altri Generico	Cp 30-80 mg Cp 80 mg	80 mg x 2 "	0.39 0.23	Si
<i>Glipizide</i> Minidiab (Pfizer)	Cp 5 mg	5 mg x 2	0.28	Si

### Biguanidi

<i>Metformina</i> Glucophage (Merck Ph) Generico	Cp 500-850-1000 mg "	500 mg x 3 "	0.18 0.14	No
--	-------------------------	-----------------	--------------	----

### Tiazolidioni

<i>Pioglitazone</i> Actos (Takeda)	Cp 15-30 mg	15 mg/die	1.38	Si con cautela
<i>Rosiglitazone</i> Avandia (GlaxoSK)	Cp 4-8 mg	4 mg/die	1.38	Sconsigliato



rosiglitazone e pioglitazone indicano che potrebbero essere usati nell'IRC avanzata senza variazione della dose. Tuttavia sono dotati di effetti collaterali importanti quali la ritenzione idrica e la riduzione della massa ossea. Per il rosiglitazone è stato segnalato un aumentato rischio di infarto miocardico e di morte cardiovascolare<sup>12</sup>.

### Inibitori Alfa-Glucosidasi

**Meccanismo d'azione:** riducono l'assorbimento di glucosio a livello intestinale attraverso l'inibizione degli enzimi alfa-glicosidasi che degradano i carboidrati complessi in glucosio.

**Indicazioni:** l'uso di Acarbosi, Voglibosi, Miglitolo non sono consigliati in questi soggetti

### Glinidi

**Meccanismo d'azione:** stimolano la secrezione d'insulina con una breve emivita e durata d'azione. Hanno un effetto ipoglicemico modesto e quindi il rischio di crisi ipoglicemiche è ridotto.

**Indicazioni:** la Nateglinide viene escreta con le urine con un metabolita attivo e quindi non va utilizzata. Invece si possono utilizzare la Repaglinide e la Mitiglinide a dosaggi normali.

### Secretagoghi insulinici incretina-basati

**Meccanismo d'azione:** inibiscono la dipeptil-peptidasi 4 (DPP-4) che blocca l'inattivazione di incretine: la GLP-1 (Peptil glucagone- simile 1) e GIP (Peptide insulino-tropico glucosio dipendente). GLP-1 e GIP potenziano la produzione d'insulina da parte delle cellule beta e sopprimono il rilascio di glucagone dalle cellule alfa del pancreas.

**Indicazioni:** poiché sono farmaci nuovi, la sicurezza a lungo termine nei soggetti con IRC non è stata determinata. Si sa che l'Exenatide, un agonista dei recettori GLP-1, viene eliminato a livello renale e quindi non è consigliabile. Sitagliptin, un inibitore DPP-4, è escreto in piccola parte con le urine per cui si può usare, ma a dosaggi ridotti.

Insulina. Il suo uso è raccomandato nei pazienti con IRC avanzata. La dose va ridotta in quanto viene eliminata per via renale. Si consiglia una riduzione del dosaggio di insulina del 25% quando il filtrato glomerulare è compreso tra 50 e 10 ml/min e del 50% quando

è < 10 ml/min. Il target dell'Hb glicata è un valore < 7%. ■

## Conclusioni

Nel diabete tipo 2 con IRC lieve si possono utilizzare tutti i farmaci ipoglicemizzanti senza problemi. Nell'IRC avanzata alcuni farmaci sono controindicati, mentre altri vanno usati con riduzione della dose per l'aumentato rischio di ipoglicemia. L'insulina viene considerato il farmaco più sicuro purchè utilizzato a dosi ridotte. ■

### Bibliografia

- 1 Molitch HE, Steffes HW et al. Baseline analysis of renal function in the DCCT. *Kidney Int* 1993;43:668-74
- 2 UKPDS group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352: 827-53
- 3 Mancia G, Grassi G. Protection of patients with diabetes with or without hypertension: implications of ADVANCE for clinical practice. *J Hypertens* 2009; 27, S 1; S 19-23
- 4 ACE/ADD task force on inpatient diabetes. ACE/ADD consensus statement

- 5 Kahn SE, Hoffner SM et al. ADOPT study: Glycemic durability of rosiglitazone, metformin or glyburide monotherapy. *NEJM* 2006; 355: 2427-43
- 6 Thomas HE, McKenzie HD et al. Beta cell apoptosis in diabetes. *Apoptosis* 2009; 26: 350-55
- 7 Retnakonen R, Cullica S et al. Risk factor for renal dysfunction in type 2 diabetes. *Diabetes* 2006; 55: 1832-9
- 8 Kirkman MS, Mc Carren M et al. The association between metabolic control and prevalent macrovascular disease in type 2 diabetes: the VADT. *J Diabetes Complications* 2006; 20: 75-80
- 9 Bilons R. Microvascular disease. What does UKPDS tell us about diabetic nephropathy?. *Diabet Med* 2008; S2: S25-9
- 10 Roszyk L, Faye B et al. Glycated haemoglobin (HbA1c) today and tomorrow. *Ann Endocrinol* 2007; 68: 357-65
- 11 Haneda M, Morikawa A. Which hypoglycaemic agent to use in type 2 diabetic subjects with CKD and how? *Nephrol Dialysis Transplant* 2009; 24: 338-41
- 12 Nissen Se, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *NEJM* 2007; 356: 2457-71 ■

### Inibitori alfa-glucosidasi

<i>Acarbose</i> Glucobay (Merck Ph) Glicobase (Bayer)	Cp 50-100 mg Cp 100 mg	50 mg x 3/ die "	0.76 0.55	No
---	---------------------------	---------------------	--------------	----

### Glinidi

<i>Repaglinide</i> Novonorm (Novo N)	Cp 0.5-1-2 mg	1 mg x 3/die	0.55	Si
---	---------------	--------------	------	----

### Inibitori dpp-4 e agonisti glp-1

<i>Vildagliptin</i> Galvus (Novartis)	Cp 50 mg	50 mg x 2/die	2.72	Non noto
<i>Sitagliptin</i> Januvia (Meck SD) Tesavel (Sigma-Tau) Xelevia (Gentili)	Cp 100 mg " "	100 mg/die " "	2.77 " "	Si a dosi ridotte
<i>Exenatide</i> Byetta (Lilly)	Fl sc 5-10 mcg	5 mcg x 2/die	292.12	No



# PREVENIRE LE MALATTIE ATTRAVERSO UN AMBIENTE PIÙ SALUBRE.

## *Verso la stima del carico ambientale di malattia*

**Danila Scala**

Medico dirigente ARPAT\* Firenze  
\*Agenzia Regionale per la protezione Ambientale Toscana.  
Articolazione funzionale Epidemiologia Ambientale.

### ■ Introduzione

I fattori di rischio ambientale per la salute sono tra le cause di malattia che contribuiscono alle disuguaglianze sociali del pianeta. Sforzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e delle organizzazioni internazionali, negli ultimi anni, è stato quello di porre l'attenzione sulle disuguaglianze presenti e di indicare a tutti gli attori - anche al di fuori del settore sanitario - la strada per migliorare sia l'aspettativa di vita che la sua qualità. Il controllo e la riduzione delle malattie da parte delle politiche, ai vari livelli, si giova della individuazione delle principali priorità di intervento, possibilmente basata sulle evidenze inerenti le patologie in gioco, i fattori di rischio o le condizioni che sono alla radice dei problemi di salute (in particolare quelli prevenibili) e sul rapporto costo-efficacia degli interventi. ■

**N**el testo dell'OMS - *Preventing Disease Through Healthy Environments: towards an estimate of the environmental burden of disease* ("Prevenire le malattie attraverso un ambiente più salubre. Verso la stima del carico ambientale di malattia" Edizione italiana a cura della Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana, ARPAT, e della Associazione internazionale medici per l'ambiente, ISDE<sup>1</sup>) - l'analisi si rivolge alla quota del carico di malattia prevenibile con interventi ambientali e stimabile nelle regioni OMS (Americhe, Africa subsahariana, sud-Est Asiatico, Europa, Mediterraneo orientale, Pacifico occidentale). Utilizza i risultati di precedenti studi, integrandone la me-

todologia, così da correggere le lacune informative sui rischi ambientali e le principali malattie attribuibili. Ne deriva un quadro ancora incerto nelle stime quantitative, ma indicativo di quali e quanti aspetti ambientali - estesamente intesi, comprensivi, ad esempio, dei fattori occupazionali - siano da ritenersi all'origine di una quota di malattia prevenibile con interventi ambientali affatto complessi.

A livello mondiale, ancora nel 2009, alcuni rischi esaminati nel libro sono presenti, basti pensare alla diffusione della epidemia di colera in Zimbabwe che si allarga sempre più e coinvolge i Paesi confinanti. Al 12 dicembre 2008 sono stati riportati oltre 17.000 casi con un tasso di letalità del 4,9%. L'OMS ritiene che la trasmissione dell'infezione sia favorita sia dalla mancanza di acqua pulita e di fognature, sia dalla carenza di personale e strutture sanitarie. Il problema può coinvolgere anche i viaggiatori.

Per i paesi sviluppati, dove il migliore profilo epidemiologico si sposa ad una maggior complessità di variabili in gioco nella relazione ambiente-salute, le valutazioni che emergono dalla studio OMS possono anche risultare di scarsa utilità pratica per i decisori e solo in parte migliorative delle conoscenze degli operatori ambientali e sanitari.

In alcuni campi, tuttavia, le stime di altri organismi, come l'Organizzazione di Cooperazione e di Sviluppo Economico (OCSE) e l'Agenzia europea dell'ambiente, sottolineano

1. <http://www.arpat.toscana.it/pubblicazioni/prevenire-le-malattie-attraverso-un-ambiente-piu-salubre>



l'importanza anche in Europa dei rischi ambientali, laddove affermano che l'inquinamento atmosferico indoor e outdoor produce il maggior impatto, in termini di malattia, sulla salute degli europei, mentre, in termini di esposizione, il rumore rappresenta il problema più diffuso. A queste osservazioni si possono ricollegare le recenti campagne educative dedicate alla prevenzione delle malattie respiratorie croniche, come la campagna di sensibilizzazione a livello nazionale denominata "ANNO DEL RESPIRO", che consiste in una serie di iniziative, coordinate tra loro, volte alla sensibilizzazione ed alla divulgazione della prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio, all'azione sulle cause e sulla capacità di trattamento, nonché all'instaurazione di uno stabile rapporto di collaborazione sulle problematiche socio-sanitarie delle malattie respiratorie con le istituzioni pubbliche, iniziativa promossa da molte categorie mediche (Unione Italiana Pneumologia, Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri, Società Italiana Medicina Respiratoria, Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis)<sup>2</sup>.

Non possiamo certo ignorare che accanto a queste conoscenze, molte sono le lacune che permangono, ad esempio sulle esposizioni poco studiate (come agli interferenti endocrini, citati nello stesso libro dell'OMS) o sul peso della multicausalità (la malattia è il risultato di più esposizioni ambientali e socio sanitarie). L'approccio di studio privilegiato nel libro è verso i fattori ambientali - estesamente intesi, comprensivi, ad esempio, dei fattori occupazionali - che sono da ritenersi scientificamente all'origine di una quota di malattia prevenibile, e sugli interventi disponibili per modificarli.

Esistono però anche altri fattori ambientali di malattia che, pur non essendo facilmente modificabili ed eliminabili, stanno assumendo una importanza sempre maggiore anche nel nostro paese, come i pollini e le spore fungine aerodisper-

si e i cambiamenti climatici, fattori che non sono sottoposti ad analisi in questo libro, ma che si trovano ampiamente descritti in altri documenti dell'OMS e che vedono un interesse crescente della classe medica. ■

### **Perché dunque pensare di utilizzare in Italia questo studio e in quale prospettiva?**

**P**ortando avanti le proprie strategie ed attività, nel campo ambiente-salute, ARPAT e ISDE da anni collaborano avendo una particolare attenzione sia alla diffusione della conoscenza che alla pratica della integrazione, settoriale e professionale, come validi supporti alla promozione della salute globale e dello sviluppo sostenibile.

Abbiamo ritenuto opportuno affrontare insieme la sfida della valutazione quantitativa dell'impatto dell'ambiente sul carico di malattia della popolazione, trovando in questo libro una prima risposta alla domanda che gli stessi professionisti con cui lavoriamo, sanitari e non, spesso pongono: quanto incide l'ambiente sulla salute?

Si tratta, altresì, di un punto di partenza per approfondimenti locali, in parte già avviati grazie alla collaborazione di altre istituzioni, come l'Agenzia regionale di sanità (ARS).

Con ARS e con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - (FIMMG) ARPAT ed ISDE, con il supporto della Regione Toscana, hanno inoltre creato la Scuola Internazionale Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS), un "luogo" che ha lo scopo di promuovere e organizzare la formazione congiunta degli operatori dei diversi sistemi istituzionali e professionali interessati al nesso salute-ambiente e cioè servizi sanitari, di protezione ambientale, di assistenza sociale, di pianificazione territoriale e così via. Insieme, nella SIASS, puntiamo a rendere sempre più integrato il lavoro di quanti operano nel campo della salute e dell'ambiente, inteso nella sua complessità, in senso quindi ecologico, sociale e culturale. ■

### **Quante malattie possono essere prevenute attraverso una migliore gestione dell'ambiente?**

**L**a salute è influenzata dall'ambiente in vari modi: per via delle esposizioni ai fattori di rischio di natura fisica, chimica e biologica e attraverso i comportamenti che si attivano in risposta a tali fattori. Allo scopo di rispondere alla domanda, l'OMS ha sviluppato un progetto in cui sono state sintetizzate le evidenze scientifiche disponibili e sono stati consultati oltre 100 esperti, chiedendo loro di stimare quale fosse il contributo dei fattori di rischio ambientale al carico di 85 patologie. Nel rapporto "Prevenire le malattie attraverso un ambiente più salubre. Verso la stima del carico ambientale di malattia" si trovano i risultati, globali e per regione OMS (Americhe, Africa sub-sahariana, sud-Est Asiatico, Europa, Mediterraneo orientale, Pacifico occidentale), e quelli specifici per i bambini.

Le stime prodotte indicano che i fattori di rischio ambientale hanno importanza in oltre l'80% delle patologie regolarmente esaminate dall'OMS. Globalmente, un quarto circa di tutte le morti e del carico di malattia può essere attribuito all'ambiente. Nei bambini i fattori di rischio ambientale possono contribuire a oltre un terzo del carico di malattia.

Rilevanti sono le disuguaglianze che emergono da questo quadro a livello geografico, anche nella regione Europa, dove le condizioni ambientali da ritenere all'origine di una quota di malattia pesano oltre tre volte di più in alcune aree della Russia rispetto ad esempio all'Italia, in termini di anni di vita sana persi. Questi risultati hanno importanti implicazioni politiche, dal momento che i fattori di rischio studiati possono essere largamente modificati con interventi definiti e a buon rapporto costo-efficacia. In tal modo si promuove l'equità, apportando benefici a tutta la società e insieme intervenendo sui bisogni dei gruppi più a rischio. ■

2. <http://www.annodelrespiro.it/>

# I MEDICI PER UNA STRATEGIA DI GESTIONE DEI RIFIUTI RISPETTOSA DELL'AMBIENTE E DELLA SALUTE COLLETTIVA

**Antonio Faggioli**

Libero Docente in Igiene dell'Università di Bologna

[antoniofaggioli@tiscali.it](mailto:antoniofaggioli@tiscali.it)

I medici per lungo tempo sono stati lontano dalle decisioni pubbliche e quindi senza responsabilità per eventi ritenuti estranei alle loro competenze professionali. Il degrado ambientale è uno di questi eventi e il suo progressivo peggioramento è valso a richiamare l'attenzione generale sull'ambiente, uno dei principali determinanti di salute indicati dall'OMS. I medici non potevano restare estranei né indifferenti alla progressiva trasformazione dell'ambiente fisico, chimico e biologico, con gravi ripercussioni sugli ecosistemi e su tutti gli organismi viventi. Gli aspetti scientifici del fenomeno furono evidenziati dall'OMS fin dal 1989, con la Prima Conferenza Interministeriale su "Ambiente e Salute" tenutasi a Francoforte, nel corso della quale fu promulgata la "Carta Europea su Ambiente e Salute", un documento fondamentale poco noto ai decisori politici e alle istituzioni chiamati in causa dalla Carta. Sul tema, l'OMS ha organizzate successive Con-

ferenze nel 1994 (Elsinki), 1999 (Londra) e 2004 (Budapest); la Quinta Conferenza è prevista a Parma nel Marzo 2010. Recentemente l'OMS ha pubblicato un rapporto che, analizzando la bibliografia internazionale in materia di ambiente e salute, formula stime della frazione del carico di malattia attribuibile a rischi ambientali (24%) e delle morti (23%)<sup>1</sup>. Il definitivo accreditamento dell'interesse e dell'impegno dei medici nella promozione e difesa della salute attraverso l'ambiente è stato sancito dall'art. 5 del nuovo Codice di Deontologia Medica e dall'approvazione nel 2008 da parte di FOMCeO della "Carta di Padova sulla tutela dell'ambiente e della salute".<sup>2</sup>

Allo scenario delle criticità ecologiche appartiene l'impatto ambientale e sanitario, ma anche sociale ed economico, della gestione dei rifiuti, ben noto anche prima dell'evidenza mediatica che ha avuto l'emergenza napoletana. Un'emergenza che, secondo As-

soambiente, è destinata a estendersi all'intero Paese entro i prossimi due anni, allorché si esauriranno le discariche che attualmente smaltiscono il 47% dei rifiuti urbani e il 44% di quelli speciali. Il rapporto, presentato pubblicamente da Confindustria nel Giugno 2009 a Roma, conclude con la proposta, tutt'altro che disinteressata, di affrettare la costruzione di nuovi inceneritori che costituirebbero l'unica soluzione efficace, ecologica, economica e senza pregiudizio per la salute pubblica<sup>3</sup>.

Analogo indirizzo è stato assunto da alcune Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Friuli e Venezia Giulia, Sardegna), le quali hanno ritenuto di privilegiare l'incenerimento dei rifiuti con recupero energetico, rispetto a tutte le altre modalità di trattamento. Da qui il neologismo "termovalorizzatore", assente nella normativa europea che lo definisce "impianto di incenerimento con recupero energetico", parte di un sistema integrato che incenerisce il

1. WHO 2006. "Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases". Edizione italiana a cura di ARPAT-ISDE 2008.

2. FNOMCeO, ISDE Italia, Accademia Galileiana di Scienze Lettere e Arti. *Convegno nazionale "Ambiente e salute"*. Padova, 9-10 Maggio 2008

3. Assoambiente. Rapporto su "Gli impianti per il trattamento dei rifiuti in Italia". Roma 2009.



residuo non recuperabile né riciclabile e che non deve fruire di aiuti di Stato in quanto i rifiuti non rientrano tra le fonti energetiche rinnovabili. Il neologismo si deve ai detentori delle tecnologie per l'incenerimento, con l'intento di rendere questi impianti accettabili alle comunità perché contribuirebbero alla soluzione delle crisi energetica, ambientale ed economica.

L'operazione inceneritori è stata legittimata e incentivata da norme italiane apertamente in contrasto con quelle europee, tanto che l'Italia è sotto procedimento di infrazione da parte della Corte Europea di Giustizia.

Il Trattato CE di Maastricht del 1992 (artt. 87,88) vieta aiuti di Stato alle imprese, salvo particolari casi di criticità economica e sociale degli Stati membri. Tuttavia la Direttiva 2001/77/CE<sup>4</sup>, al fine di promuovere un maggior contributo delle fonti energetiche rinnovabili alla produzione di elettricità, ha ammesso aiuti di Stato alle imprese che producono energia elettrica da fonti rinnovabili, così individuate: solare, eolica, geotermica, del moto ondoso, maremotrice, idraulica, biomassa, gas di discarica, gas residuati da processi di depurazione e biogas. Nell'elenco non sono compresi i rifiuti, inseriti invece dall'Italia, sia come rifiuti degradabili che non biodegradabili, con il D.Lgs. n. 387/2003<sup>5</sup> e confermati dal D.Lgs. n. 152/2006<sup>6</sup>. In tale modo gli inceneritori italiani di rifiuti sono ammessi a fruire di contributi pubblici per la produzione di energia elettrica. Alcune modifiche sono state apportate dal D.Lgs n. 4/2008<sup>7</sup>, il quale ha escluso dalle fonti rinnovabili i rifiuti non biodegradabili, e dalla Legge Finanziaria 2008 che ha escluso "i combustibili da rifiuto di alta qualità" (CDR-Q). Ciò non è bastato a superare il contrasto con le norme euro-

pee, tanto è vero che le imprese che gestiscono in Italia inceneritori con produzione di energia da rifiuti continuano a percepire incentivi economici pubblici (CIP-6 e Certificati verdi) a carico degli utenti dell'energia elettrica. In tal modo gli inceneritori di rifiuti ostacolano lo sviluppo dei trattamenti (recupero e riciclaggio) che la Direttiva 2008/98/CE privilegia rispetto alla discarica e all'incenerimento<sup>8</sup>.

Ogni considerazione per una corretta gestione dei rifiuti deve tenere conto dei seguenti assunti:

- a) la natura non produce rifiuti, ricicla tutto;
- b) devono essere considerati rifiuti ad ogni effetto, al di là delle definizioni ufficiali, esclusivamente i materiali post-consumo non recuperabili né riciclabili;
- c) prima che una sostanza sia divenuta rifiuto, ne deve essere ridotta all'origine la quantità e la nocività;
- d) la quota di rifiuto destinata allo smaltimento finale deve essere ridotta quantitativamente al minimo tramite le buone pratiche di recupero e riciclaggio;
- e) i diversi sistemi di trattamento dei rifiuti non sono tra loro equivalenti per l'impatto sull'ambiente e sulla salute;
- f) gli stessi sistemi devono essere sostenibili sul piano non solo ambientale e sanitario, ma pure sociale ed economico;
- g) si rende sempre più necessario un nuovo rapporto tra economia, ambiente e società, passando dalla visione economicista alla visione della sostenibilità;
- h) l'informazione e la comunicazione dei rischi sono presupposto per la partecipazione dei cittadi-

ni alla formazione delle decisioni istituzionali.

Molteplici sono le motivazioni che sostengono tali assunti, tra cui in particolare l'impatto ambientale e l'impatto sanitario.<sup>9</sup>

La valutazione dell'impatto ambientale, in termini di inquinamento e di bilancio energetico, comporta la considerazione che i diversi trattamenti dei rifiuti non producono energia aggiuntiva, possono solo trasformare quella presente nei materiali trattati, e che ogni trasformazione ne comporta la dispersione di una quota in quanto non più riutilizzabile.

L'incenerimento dei rifiuti, oltre a comportare elevati costi e la produzione di molecole nocive non presenti nei cicli bio-geo-termici, ha una bassa resa energetica appunto per la non recuperabilità di una quota dell'energia trasformata; la quantità recuperata non supera il 30% - 40% dell'energia iniziale, che si riduce a non più del 10% se si tiene conto dell'energia usata per produrre combustibili, costruire e gestire gli impianti, trasportare l'energia trasformata.

È documentato che recupero, riciclaggio e compostaggio sono le pratiche con il maggior risparmio energetico e il minore impatto ambientale.

Relativamente alle emissioni, l'impatto maggiore è dovuto agli inceneritori. Confrontando le diossine nelle emissioni da trattamenti meccanico-biologici di riciclaggio con quelle da impianti di incenerimento, è risultato che nei primi le concentrazioni delle diossine nell'aria in uscita sono ridotte rispetto all'aria in entrata; nei secondi invece la concentrazione di diossine nell'aria in uscita è mediamente 160 volte maggiore di quella nell'aria in entrata. Inoltre le diossine si trovano nelle cene-

4. Direttiva 2001/77/CE adottata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio il 27.9.2001. "Promozione dell'energia elettrica prodotta da fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell'elettricità".

5. D.Lgs. 29.12.2003, n. 387 (art. 17). "Attuazione della Direttiva 2001/77/CE relativa alla promozione dell'energia elettrica prodotta da fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell'elettricità".

6. D.Lgs. 3.4.2006, n. 152. "Norme in materia ambientale".

7. D.Lgs. 16.1.2008, n. 4. "Ulteriori disposizioni correttive e integrative del D.Lgs. n. 152/2006 recante norme in materia ambientale".

8. Direttiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 19.11.2008, "Relativa ai rifiuti e che abroga le Direttive 2006/12/CE, 91/689/CEE, 75/439/CEE".

9. ISDE Italia. "Gestione dei rifiuti e rischi per la salute" (a cura di Antonio Faggioli, Ernesto Bugio). C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2009.

ri pesanti e soprattutto in quelle volatili degli inceneritori, trattenute dai sistemi di controllo dei fumi ove si concentrano pure i metalli pesanti filtrati. Perciò le ceneri sono un "rifiuto speciale pericoloso" che, per essere smaltito in discariche speciali, richiede trattamenti di inertizzazione e adeguati stoccaggi. Nei residui degli inceneritori (scorie, ceneri, fanghi, fumi) le diossine sono presenti nella concentrazione di 10,44 nanogrammi per 1Kg di rifiuti bruciati.

Per quanto riguarda le quantità di residui non riciclabili e/o tossici prodotti da diversi trattamenti, mentre il riciclo preceduto da raccolta differenziata produce scarti per il 10% del peso iniziale, l'incenerimento dà luogo a residui che variano dal 15% al 30% in peso.

I maggiori rischi da impatto sanitario sono attribuibili all'esposizione delle comunità a emissioni, scarichi e residui, di entità diversa a seconda del trattamento operato. Sotto questo aspetto, le discariche peggiori sono quelle abusive soprattutto di rifiuti pericolosi, ma non deve essere sottovalutato il rischio anche da quelle autorizzate quando la loro gestione e i controlli non sono conformi alle norme. Gli agenti tossici da discariche sono solventi clorurati, metalli pesanti, IPA e idrocarburi aromatici, policlorobifenili e cloruri di vinile. Le vie di esposizione sono quelle inalatoria e alimentare. Per le discariche autorizzate di rifiuti pericolosi, gli studi epidemiologici sullo stato di salute delle popolazioni esposte hanno mostrato:

- evidenza di un piccolo ma significativo aumento del rischio di malformazioni congenite;
- maggiore evidenza del rischio di basso peso alla nascita;
- manca di evidenza di eccesso di rischio tumorale.

Più elevati sono risultati i rischi da discariche abusive, ma anche da quelle autorizzate in cui si smaltiscono tipologie di rifiuto diverse da quelle previste o sono assenti i presidi per il recupero del percolato e per il contenimento delle emissioni di biogas. In

queste condizioni sono risultate correlazioni positive della esposizione con mortalità per tutte le cause, comprese quelle tumorali, e con malformazioni del sistema nervoso e dell'apparato genito-urinario. Ciò nonostante gli epidemiologi, pur ritenendo vi siano elevate probabilità di una relazione causale tra esposizione e patologie, hanno concluso che gli studi non consentano di postulare la causalità delle associazioni evidenziate.

Nel caso degli inceneritori, le sostanze più pericolose per la salute presenti nelle emissioni sono raggruppabili in tre categorie:

- metalli pesanti;
- sostanze organiche persistenti (IPA, policlorobifenili, diossine, furani);
- particolato ultrafine (particelle di diametro inferiore a 0,1 micron).

Il rischio sanitario, pertanto è attribuibile all'azione tossica e cancerogena di sostanze caratterizzate da una particolare stabilità molecolare, la quale ne favorisce la persistenza nell'ambiente e il bioaccumulo nel tempo nella popolazione esposta. Le vie di esposizione sono la inalatoria (IPA, polveri), alimentare (PCB, diossine, furani) e dermica (IPA, metalli pesanti).

Gli studi epidemiologici sullo stato di salute delle popolazioni esposte a emissioni da inceneritori di vecchia generazione, avevano mostrato evidenze di eccesso di tumori riconducibili alle diossine. Alle emissioni dei nuovi inceneritori, disciplinate dal D.Lgs. n. 133/2005<sup>10</sup> in attuazione della Direttiva 2000/76/CE, sono posti limiti di diossine notevolmente inferiori a quelli prescritti ai precedenti impianti. Occorre tuttavia tenere presente che non sono ancora disponibili evidenze epidemiologiche dei rischi, in quanto il tempo trascorso dall'attivazione degli impianti di ultima generazione è troppo breve rispetto a quello richiesto per il manifestarsi di patologie notoriamente a lungo termine. Inoltre non si può ignorare che le vigenti norme non pongono limiti all'emissione delle polveri ultrafini, che non sono abbattute dai filtri di uso corrente. Le difficoltà degli studi epidemio-

logici, a evidenziare i rischi dai più recenti inceneritori, sono anche dovute alla mancanza di conoscenza della compromissione aggiuntiva del territorio, dovuta a sorgenti (traffico motorizzato, industrie) di emissioni analoghe a quelle degli inceneritori. Infine, per la valutazione dei rischi, non viene determinato il dimensionamento effettivo dei volumi di sostanze pericolose emesse dagli inceneritori; la bassa concentrazione di tali sostanze nei fumi potrebbe essere resa inutile alla protezione della salute da elevate quantità in volume emesse nell'unità di tempo. Nonostante le incertezze epidemiologiche, va tenuto presente che si dispone di evidenze tossicologiche e sperimentali sulla nocività delle sostanze emesse dagli inceneritori. Ciò dovrebbe rendere doverosa l'attuazione del principio di precauzione, sancito dall'art. 174 del Trattato Europeo, che si realizza appunto tramite la massima riduzione della quota residuale, ai trattamenti di recupero e riciclaggio, da smaltire in discarica e con incenerimento, riducendo in tal modo l'entità dell'impatto ambientale e sanitario di tali impianti.

Le proposte per una gestione dei rifiuti rispettosa dell'ambiente e della salute, non possono che essere quelle della Direttiva 2008/98/CE.

**Tuttavia si rende necessaria pure una proposta per i tempi intermedi, quelli necessari a realizzare il sistema integrato indicato dalle norme europee: realizzare al più presto la filiera di gestione dei rifiuti indicata dalla direttiva e assumere due fondamentali decisioni politiche:**

- dismettere gradualmente gli impianti esistenti di discarica e incenerimento, in funzione diretta e proporzionale alla realizzazione della filiera;**
- sospendere immediatamente la costruzione di nuovi inceneritori e l'ampliamento di quelli presenti, fino al completamento del nuovo sistema integrato. ■**

10. D.Lgs. 11.5.2005, n. 133. "Attuazione della Direttiva 2000/76/CE in materia di incenerimento dei rifiuti".



# RISCHI PER L'AMBIENTE E LA SALUTE DERIVANTI DALL'ALGA ROSSA PLANKTHOTRIX RUBESCENS NELLE ACQUE DI SUPERFICIE

Antonella Litta

referente per Viterbo dell'Associazione italiana medici per l'ambiente Isde (International Society of Doctors for the Environment-Italia).

isde.viterbo@libero.it

## ■ Riassunto

Alga Rossa *Plankthotrix rubescens*: un pericolo per la salute e l'ambiente che arriva dall'acqua. Interventi di monitoraggio e risanamento dei bacini idrici interessati anche a tutela della potabilità delle acque. ■

L'alga *Plankthotrix rubescens*, detta anche comunemente alga rossa, per le sue fioriture dal tipico colore rossastro, appartiene alla famiglia dei Cianobatteri-Cianofiticee e si sviluppa soprattutto nei laghi, nei bacini artificiali e nei fiumi a lento scorrimento. La sua capacità di sviluppo è legata essenzialmente alla grande disponibilità di composti azotati e in misura minore a quella di fosfati (in particolare gli ortofosfati), alla temperatura dell'acqua e alla luce. Solitamente quest'alga è veicolata da siti già contaminati per mezzo di uccelli acquatici che la trasportano in forma di spora.

La presenza di Cianobatteri-Cianofiticee tossiche è stata segnalata in molti laghi italiani, nel Nord Europa, in Asia, Africa, Australia, nell'America del Nord e in quella del Sud.

L'alga *Plankthotrix rubescens* produce numerosi tipi di tossine dette microcistine a valenza epatotossica, gastroenterica e cancerogena. Queste microcistine sono prodotte e contenute all'interno delle cellule

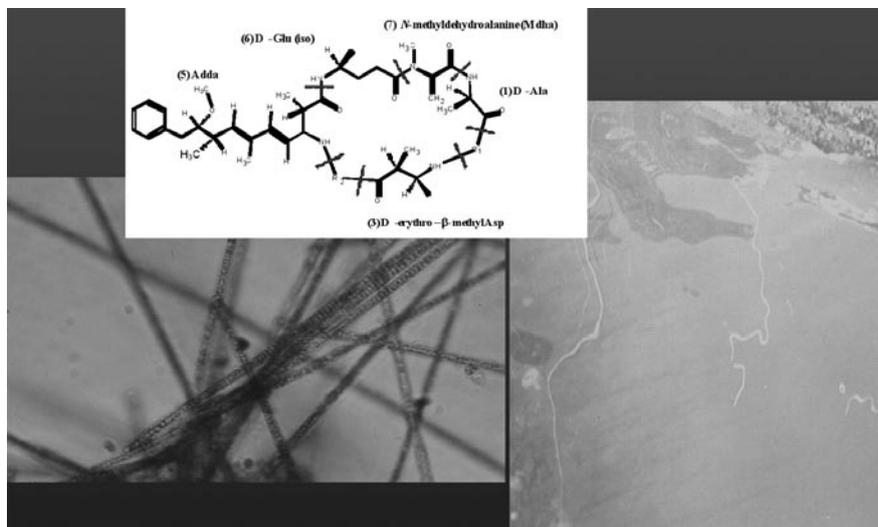
e vengono rilasciate all'esterno per fenomeni di senescenza o lisi cellulare contaminando così le acque. In particolare una tossina, la microcistina LR, è stata la prima di cui si è documentata la capacità di determinare gravi patologie per la salute umana e danno alla flora e fauna. Questa microcistina è classificata dall'I.A.R.C. (International Agency for Research on Cancer), come elemento cancerogeno di classe 2 b. Le microcistine determinano danni istologici a carico del fegato, organo bersaglio principale, dei pol-

moni e dei reni e fungono anche da promotori tumorali, come riportato dalla letteratura scientifica. Il meccanismo d'azione con cui le microcistine esplicano la loro azione patologica è mediato dalla attivazione della fosforilasi A e dalla inibizione delle fosfatasi proteiche tipi 1 (PP1 phosphatases 1) e tipo 2 (PP2 phosphatases 2).

Gli effetti delle microcistine sulle persone e gli animali possono così essere riassunti:

- epatotossicosi acuta per ingestione diretta,

*Plankthotrix rubescens*



- polmoniti allergiche ed epato-tossicosi se respirate, nel corso di attività ricreative e sportive in sistemi idrici contaminati da alghe in fase di fioritura,
- promozione di tumori, se ingerite in dosi sub-acute per diverso tempo (tumori epatici, gastrointestinali, epiteliali).

Le persone possono essere esposte alle tossine attraverso l'ingestione di acqua potabile contaminata, tramite la balneazione, l'inalazione di aerosol durante attività ricreative in prossimità delle aree di fioritura dell'alga, con l'assunzione di alimenti trattati e realizzati con acque contaminate (la microcistina non è termolabile), durante i trattamenti di emodialisi.

La fauna ittica che vive nel bacino e negli invasi contaminati è anch'essa esposta alle tossine così come gli animali che vivono in allevamenti, nel caso vengano abbeverati con acque contaminate dalle microcistine, e le specie vegetali irrigate con le stesse. La flora e la fauna contaminata da queste microcistine possono divenire ulteriori vettori di esposizione per le persone in quanto entrano a far parte della catena alimentare. ■

### Interventi a tutela della potabilità e salubrità delle acque

Le acque destinate a consumo umano devono essere trasparenti, incolori, inodori, di sapore gradevole, di composizione chimica tale da essere ben tollerata dall'organismo umano; non devono contenere sostanze tossiche (metalli pesanti, pesticidi, tossine, alghe); non devono veicolare microrganismi patogeni. Le acque provenienti da laghi e bacini idrici artificiali, come tutte le acque destinate a consumo umano devono subire un processo di trattamento in relazione alla loro classificazione secondo quanto stabilito dal DPR 515/82. Infatti sono previsti per legge differenti tipi di trattamento a seconda delle caratteristiche delle acque come riportato nella **tabella** accanto.

Tutte le fasi previste dai trattamenti devono essere rispettate al fine di ottenere acque pulite e salubri. In caso di contaminazione delle acque da *Planktothrix rubescens*, i potabilizzatori oltre a garantire il trattamento previsto in relazione alla classificazione delle acque utilizzate, devono essere dotati di sistemi di abbattimento e filtraggio (sistemi di flocculazione, filtri a carboni attivi, altri sistemi) adatti ad impedire il passaggio nelle acque di tutti i tipi di alghe e in particolare dell'alga tossica *Planktothrix rubescens* e delle sue microcistine. Deve essere prevista ed attuata una regolare manutenzione di tutto il sistema di potabilizzazione e dei filtri in particolare. La documentazione relativa alla gestione, manutenzione ed ispezione dei potabilizzatori deve essere sempre resa disponibile, nei tempi e nei modi prescritti dalle vigenti leggi, alla consultazione dei cittadini e alle associazioni che ne facciano richiesta; questo a garanzia del diritto all'informazione e a conferma di una gestione corretta e sicura di tutto il sistema di potabilizzazione, premessa indispensabile per la tutela della salute pubblica.

### Individuazione di fonti alternative di approvvigionamento idrico

Poiché i laghi e i bacini artificiali sono sistemi *idrici aperti* e quindi costantemente vulnerabili ed aggredivibili da molteplici ed eterogenei

fattori d'inquinamento, sia esogeni che endogeni, è necessario, ove possibile, individuare fonti alternative di approvvigionamento idrico, per esempio attraverso pozzi che possano fornire acqua di migliore qualità e maggiore sicurezza con un più facile e meno costoso processo di potabilizzazione. ■

### Misure preventive per il controllo delle fioriture algali

#### Le pratiche agricole

Al fine di un complessivo risanamento degli ecosistemi lacustri contaminati e in fase di eutrofizzazione, andranno introdotte nel più breve tempo possibile nuove ed idonee pratiche agricole che prevedano la riduzione sostanziale dell'uso di fertilizzanti e fitofarmaci anche attraverso l'imposizione e il rispetto di ordinanze comunali. Andranno inoltre presentati progetti di riconversione al biologico per quelle aree dedicate a coltivazioni agricole e situate in prossimità di sistemi idrici.

### Controllo degli scarichi civili abusivi

Per il risanamento dei bacini idrici contaminati e per ridurre l'apporto di nutrienti all'alga *Planktothrix rubescens* e quindi contrastare i processi di eutrofizzazione è anche indispensabile che sia effettuato un censimento delle residenze e di tutte le attività turistico-commerciali prossime ai bacini idrici e di queste ne andranno controllati gli scarichi fognari. ■

### Il ruolo delle Asl

Il ruolo della Asl, in particolare dei Servizi di Igiene e Prevenzione, è quello di attivare prima di tutto un monitoraggio più frequente e costante della presenza dell'alga e delle sue microcistine in modo da evitare l'esposizione della popolazione e in particolare di bambini, donne in gravidanza e malati a queste sostanze riconosciute come dannose per la salute umana. Il monitoraggio della potabilità delle acque, dopo processo di potabilizzazione, dovrebbe essere comprensivo

Categoria	Trattamento
A1	Trattamento fisico semplice e disinfezione
A2	Trattamento fisico e chimico normale e disinfezione
A3	Trattamento fisico e chimico spinto, affinazione e disinfezione

**tabella**



ogni volta di tutti i parametri previsti nel D.L.31/ 2001 anche con ricerche supplementari; e in particolare nei periodi di fioritura dell'alga *Planktothrix rubescens* le campionature dovrebbero avere una cadenza settimanale. Il monitoraggio dovrà sempre garantire la corretta e certa tipizzazione dell'eventuale presenza dell'alga *Planktothrix rubescens* e della concentrazione della sua microcistina tossica e questo particolare monitoraggio dovrà essere effettuato esclusivamente da Enti pubblici.

I valori soglia attualmente indicati dalla letteratura internazionale sono quelli dell'USEPA (United States Environmental Protection Agency) che nel 2006 ha proposto valori tra 0,006 e 0,003 microgrammi di microcistina per kg di peso corporeo di assunzione al giorno come livelli massimi per evitare il rischio di intossicazione acuta e cronica nell'uomo. I valori limite italiani, fissati ormai undici anni fa, indicano la soglia di 0,84 microgrammi per litro di acqua al giorno per il rischio d'intossicazione acuta (circ. Min.San. IX.400.4/13.1/3/1447 del 31 luglio 1998).

Le Asl devono svolgere periodiche ispezioni alle centrali di potabilizzazione; queste ispezioni dovranno essere intensificate nei periodi di fioritura dell'alga per verificare che tutte le fasi del processo di potabilizzazione siano rispettate.

Molte specie ittiche, che vivono nei laghi e che sono destinate a consu-

mo alimentare, accumulano le microcistine prodotta dall'alga *Planktothrix rubescens* nelle strutture muscolari e nei visceri. La microcistina non è termolabile e quindi nelle fasi di cottura non viene distrutta.

Al fine della tutela della salute pubblica i Servizi veterinari delle ASL dovranno garantire un frequente monitoraggio dell'eventuale accumulo della microcistina nei pesci, indicare le specie ittiche studiate e fornire una costante e diretta comunicazione dei risultati delle analisi agli Enti preposti, alla popolazione, agli esercizi pubblici e commerciali. ■

## L'informazione alla popolazione

**D**ovranno essere ricercate ed attuate, come previsto dal D.L.31/2001 forme di informazione efficace (manifesti, comunicati stampa, incontri pubblici etc.), rivolte alla popolazione circa lo stato e la qualità delle acque erogate dai pubblici acquedotti e soprattutto in occasione di ordinanze comunali che ne vietino l'uso potabile e quindi anche l'uso nei pubblici esercizi, nelle mense scolastiche e nelle industrie alimentari locali. ■

## ■ Bibliografia

- Bruno M., Messineo V., Mattei D., Melchiorre S., Rapporti ISTISAN 04/32 *Dinamica di specie algali tossiche nei laghi di Albano e Nemi*. Il rapporto è disponibile online dal sito [www.iss.it](http://www.iss.it)
- Burch M.D., *Effective doses, guidelines e regulations*. Adv Exp Med Biol. 2008; 619: 831-53

- Chen T., Wang Q., Cui J., Yang W., Shi Q., Hua Z., Ji J., Shen P., *Induction of apoptosis in mouse liver by microcystin-LR: a combined transcriptomic, proteomic, and simulation strategy*. Mol cell proteomics. 2005 jul; 4(7): 958-74. Epub 2005 Apr 28.
- Donohue J., Orme-Zavaleta J., Burch M, Dietrich D., Hawkins B., Lloyd T., Munns W., Steevens J., Steffensen D., Stone D., Tango P., *Risk Assessment Workgroup report*. Adv Exp Med Biol. 2008; 619: 759-829.
- IARC. *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans*. Volume 94
- NCEA-C-1765. Nov.2006 *Toxicological Reviews of Cyanobacterial Toxins: Microcystins LR, RR, YR and LA*.
- Ohta T., Sueoka E., Iida N., Komori A., Saganuma M., Nishiwaki R., Tatematsu M., Kim S.J., Carmichael W.W., Fujiki H., *Nodularin, a potent inhibitor of protein phosphatases 1 and 2A, is a new environmental carcinogen in male F344 rat liver*. Cancer Res. 1994 Dec 15; 54(24): 6402-6.
- Van Apeldoorn M.E., Van Egmond HP., Speijers G.J., Bakker G.J., *Toxins of cyanobacteria*. Mol Nutr Food Res. 2007 Jan 51 (1):7 -60
- Volterra L., *Alghe e acque potabili*. Biologia ambientale n.3 /1997 ■

## ■ Riferimenti di legge

- Decreto Legislativo n. 31 del 2 febbraio 2001 *"Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano"*
- Decreto Legislativo n.152 del 3 aprile 2006 recante norme in materia ambientale.
- Decreto Legislativo n. 116 del 30 maggio 2008 *"Attuazione della direttiva 2206/77/CE relativa alla gestione della qualità delle acque di balneazione e abrogazione della direttiva 76/160/CEE"* ■

# T RATTAMENTI DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE

E. Bartolini\*, D. Pieralli\*\*, F. Ranieri#,  
E. Sandroni\*, P.E. Dimauro†

\*Psicologo tirocinante Ser.T Arezzo

\*\*Medico, Responsabile del Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T. della Zona Aretina dell'AUSL 8

#Psicologo, membro del Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T della Zona Aretina dell'AUSL 8

†Psicologo, membro del Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T della Zona Aretina dell'AUSL 8

## ■ Riassunto

Questo studio pilota, nato dalla esperienza del Centri Antifumo del SerT di Arezzo, indaga i fattori che facilitano o ostacolano la riuscita di un trattamento di gruppo per la disassuefazione dal fumo. L'indagine ha coinvolto i 41 soggetti che hanno partecipato a due gruppi tenuti nel 2008. I dati raccolti sembrano indicare che non esistono soggetti particolarmente predisposti allo "smettere di fumare", e che tutti possono ottenere buoni risultati. Il successo o il fallimento del trattamento pare dipendere per lo più dal modo in cui il paziente si avvicina e partecipa alla attività di gruppo. ■

## ■ Parole chiave

trattamenti di gruppo, fumo di tabacco, centri antifumo

L'O.M.S. ha definito il fumo di tabacco la prima causa evitabile di malattia, handicap e morte precoce nell'attuale società. Il suo controllo è uno dei più importanti interventi che un paese possa promuovere per migliorare la salute dei propri cittadini<sup>1</sup>. Le vittime del tabagismo in Italia sono circa 80.000 ogni anno<sup>2</sup>. Il numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana è 5.996, tale dato la colloca al primo posto fra le regioni italiane<sup>3</sup>. La Regione Toscana si è fatta parte attiva nell'affrontare il problema ed

ha favorito la costituzione di Centri Antifumo in tutta la regione e la stesura di protocolli con linee guida omogenee per tutti i centri regionali. Attualmente vige la delibera 338 del 28/02/2005 della Regione Toscana.

Il Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T. della Zona Aretina dell'AUSL 8 di Arezzo dal settembre 2001 propone programmi di gruppo o individuali per la disassuefazione al fumo. Il Centro ha un'organizzazione funzionale all'interno della quale lavorano un medico che funge da responsabile, uno psicologo ed un educatore professionale del Ser.T. di Arezzo, non esclusivamente dedicati a questa attività. Inoltre c'è un operatore non sanitario con formazione specifica, esclusivamente dedicato. La sede del Centro, costituita da una stanza per i colloqui e una sala riunioni per gli incontri di gruppo, è situata presso l'Ospedale Civile San Donato di Arezzo.

Si accede al trattamento telefonando al numero del Ser.T. di Arezzo (0575-255943). Agli interessati vengono fornite le informazioni richieste e concordato l'appuntamento per un primo colloquio. Durante il colloquio si raccolgono tramite una scheda di valutazione iniziale, notizie anagrafiche, l'anamnesi medica e tossicologica e in particolare tabaccologica con tutte le informa-

ESPERIENZE DAL TERRITORIO



zioni relative all'abitudine al fumo rispetto. Si valuta inoltre la motivazione a smettere e vengono fornite tutte le indicazioni relative ai trattamenti. Il grado di dipendenza da nicotina si misura con il test di Fagerstrom e la misurazione del CO nell'espriato.

Il trattamento intensivo di gruppo per smettere di fumare si basa su un approccio che integra gli aspetti psicologici e quelli medico-farmacologici. La frequenza degli incontri è bisettimanale e ogni incontro dura un'ora e mezza. Il trattamento dura 7 settimane per complessivi 12 incontri ed è condotto da un operatore del Centro; dopo la conclusione del trattamento di gruppo sono previsti incontri di follow up. Il gruppo che partecipa al trattamento è di piccola dimensione con un numero massimo di 20 partecipanti. La metodologia di base del trattamento intensivo di gruppo deriva dal modello proposto dal Centro Antifumo di Ferrara<sup>4</sup> anche se da questo si diversifica in alcuni aspetti: gruppo chiuso (inizia e finisce con le persone presenti al primo incontro), integrazione del metodo prescrittivo con metodiche più esperienziali e interpretative, attenzione alle dinamiche gruppalì in una concezione operativa di gruppo. Le fasi del programma di disassuefazione sono quattro:

- Preparazione: 1°-4° incontro (scalaggio delle sigarette)
- Sospensione: le 24 ore precedenti il 5° incontro
- Mantenimento: 5°-12° incontro
- Verifiche: il follow-up viene effettuato al 3° mese, al 6° e ad un anno, dalla conclusione del corso.

Il medico, presente al 5° incontro di gruppo, valuta per ciascun corsista l'utilità della terapia farmacologica in una visita individuale precedente la sospensione della sigaretta e lo segue. È possibile, inoltre, una consulenza dietologica di gruppo o individuale del Servizio Dietologico dell'Azienda USL, previo pagamento del ticket specifico.

Ogni anno vengono attivati quattro trattamenti con inizio nei mesi di febbraio, marzo, maggio e set-

tembre. Al giugno 2009 sono stati effettuati 25 trattamenti che hanno coinvolto 356 partecipanti. Nel tentativo di migliorare l'efficacia dei trattamenti di gruppo sono state intraprese indagini che permettessero di individuare meglio le caratteristiche dei membri dei gruppi e i fattori che favoriscono/avversano il successo terapeutico. La presente ricerca indaga i fattori che incidono sulla partecipazione al trattamento di gruppo e sull'esito del programma. ■

## Metodo

Le variabili indagate nella ricerca sono state ricavate dalla Scheda di iscrizione al trattamento, che viene sottoposta ad ogni soggetto partecipante durante il primo colloquio. Alcune variabili sono costituite da informazioni rilevate successivamente al trattamento, come il numero di presenze agli incontri, il numero di sigarette fumate alla fine degli incontri ed il numero di sigarette fumate al follow up. La scheda è strutturata e prevede in una prima parte la raccolta di informazioni anagrafiche: sesso, età, stato civile, titolo di studio, professione; successivamente contempla alcune domande aperte circa il fumo di tabacco (quantità, età di inizio) e altre domande chiuse (tentativi precedenti di smettere di fumare, presenza di familiari/amici/colleghi fumatori, la motivazione e la fiducia di smettere, l'invio al trattamento ed infine l'esistenza di diagnosi psichiatrica/tossicomana).

La seconda parte della scheda comprende il test di Fagerström<sup>5</sup>, che misura il grado di dipendenza da nicotina; i test STAI X1 e STAI X2 tratti dalla scala CBA<sup>6</sup>, che misurano l'ansia di stato e l'ansia di tratto; la scala BDI-II di Beck<sup>7,8</sup>, che misura la depressione.

L'analisi dei dati è stata effettuata tramite il software SPSS 13.0. Il processo di elaborazione dati è iniziato con la costruzione di un data base per raccogliere le informazioni e le risposte registrate sulle schede di ammissione, attribuendo uno schema di codifica a cui associare univocamente ad ogni risposta di cia-

scuna domanda un valore alfa-numerico (anche per le risposte aperte). Una volta inseriti i dati si è proceduto all'analisi degli stessi effettuando frequenze, tavole di contingenza e calcolando il Chi-quadrato e R di Pearson. ■

## Risultati

Il campione della ricerca è costituito da 41 soggetti (26 maschi e 15 femmine) che hanno fatto richiesta di partecipazione al XXI trattamento (19 persone) e al XXII trattamento per smettere di fumare (22 partecipanti) della Az.U.s.l. 8 di Arezzo del maggio e ottobre 2008, conclusi rispettivamente nel luglio e nel dicembre 2008. Dei 41 soggetti complessivi il 14,6% ha effettuato la valutazione iniziale ma non ha partecipato al trattamento, il 22% ha interrotto il trattamento e il 63,4% ha completato il ciclo terapeutico. I dati che seguono riguardano l'intero gruppo dei soggetti che hanno partecipato alla valutazione iniziale (N=41), dato che scopo della ricerca è indagare sui fattori associabili alla mancata riuscita del trattamento, ivi compreso la stessa non partecipazione al trattamento. Il 65,8% dei partecipanti rientrano in una fascia d'età fra i 41 e i 60 anni, il 63,4% risulta coniugato e il 46,3% ha come titolo di studio la licenza media inferiore, il campione fumava in media 24 sigarette al giorno e stava fumando mediamente da 33 anni. L'età media di inizio dell'uso di tabacco nei soggetti del gruppo si colloca per il 56% fra i 14 ed i 17 anni, il 17,1% dichiara di aver iniziato prima, il 26,8% di aver iniziato dopo. Sono stati conteggiati gli anni di uso di tabacco per soggetto, escludendo eventuali periodi di intervallo in cui la persona non ha fumato. Il 44% ha fumato mediamente tra i 16 e i 30 anni ed il 46,3% fra i 31 e i 45 anni. Una buona parte del gruppo (75,6%) ha provato a smettere di fumare e nello specifico il 58,5% ha provato a smettere almeno 2 volte. Il 51,2% ha provato a smettere da solo.

Rispetto al contesto sociale e familiare, è stato rilevato che l'87,8% dei soggetti stava frequentando per-

sone che fumano al momento della intervista. Il 26,8% ha fumatori in famiglia, il 58,5% lavora a contatto con fumatori. Il 61% frequenta persone fumatrici durante il tempo libero.

Nel corso dell'intervista venivano rivolte alcune domande per sondare le possibili motivazioni che avevano portato alla richiesta di un programma per smettere di fumare. I membri del gruppo hanno dichiarato di voler smettere nel 97,6% dei casi per motivi di salute, nel 70,7% dei casi per accrescere la propria autostima, nel 46,3% dei casi per motivi estetici e nel 36,6% per dare il buon esempio a figli, nipoti e giovani in genere; il 56,1% per gestire meglio il proprio danaro.

Durante il colloquio iniziale veniva richiesto di quantificare con un punteggio da 1 a 5 (1 poca; 5 molta) la fiducia in se stessi di riuscire a smettere. Il punteggio medio è stato di 3,22; 30 soggetti su 41 avevano una fiducia medio – alta nel riuscire a smettere di fumare (punteggi 3-4-5). La maggiore o minore fiducia in se stessi non sembra essere correlata con il completamento del corso e conseguentemente con lo smettere di fumare.

È stato chiesto durante il colloquio iniziale in che modo la singola persona fosse venuta a conoscenza del trattamento di gruppo. Il 73,2% ha dichiarato di essere stato informato dell'esistenza del trattamento da mass media e dal passa parola.

Rispetto all'uso di altre sostanze di abuso, l'82,9% dichiara di non as-

sumerne, il 2,4% usa alcol in modo problematico, il 7,3% psicofarmaci e il 7,3% sostanze psicoattive illegali.

Riguardo a difficoltà di tipo psicopatologico, il 70,7% dei soggetti non ha mai avuto problemi mentre il 29,3% ha avuto una diagnosi e un trattamento, in modo analitico per disturbi d'ansia e di panico (9,7%), disturbo dell'umore (14,7%), gioco d'azzardo patologico (2,4%), disturbo ossessivo compulsivo (2,4%), disturbo correlato a sostanze (4,9%). Dalla somministrazione del test Stai è stato rilevato che il 34% dei soggetti manifestava ansia di tratto (sintomi di ansia nell'ultimo mese), mentre il 29,3% del campione ansia di stato al momento dell'intervista. I risultati riportati dalla scala di valutazione della depressione (BDI) indicano che il 19,5% manifestava una depressione lieve ed il 9,8% una depressione moderata.

Rispetto alla dipendenza da tabacco, il test di Fagerström ha evidenziato che il 70,7% dei soggetti aveva una dipendenza di grado elevato, con punteggi nella classe più elevata (7-11 punti grezzi).

A fine trattamento il 56,1% di coloro che si sono presentati al primo colloquio non fumava più. Se si considera la percentuale di coloro che iniziano il trattamento la percentuale sale al 65,7%, mentre calcolando la percentuale di chi non fuma e ha completato il trattamento si ottiene l'88,5%. Questa differenza permane anche nei follow up (**tab. 1**).

Incrociando l'esito al trattamento

con altre informazioni raccolte durante il primo colloquio non sono state evidenziate correlazioni significative rispetto a variabili quali sesso, età, stato civile, titolo di studio. Anche le domande relative a numero di sigarette fumate, tentativi precedenti di smettere di fumare, presenza di familiari/amici/colleghi fumatori, grado di motivazione e fiducia di smettere non sembrano correlate in alcun modo con la cessazione/non cessazione del comportamento del fumo a fine corso. L'unica variabile che incide circa la riuscita del programma sembra essere l'età di inizio del comportamento di fumare. I soggetti che hanno iniziato prima di 14 anni a fumare hanno maggiori difficoltà a smettere rispetto a coloro che hanno iniziato più tardi ( $\text{Chi}^2 = 0,031$ ,  $\text{gl}=6$ ). Il dato è confermato nel follow up a 3 mesi ( $\text{Chi}^2 = 0,035$ ,  $\text{gl}=6$ ), ma non in quello a 6 mesi. I risultati al test dell'ansia (ansia di stato e di tratto) non indica una correlazione significativa, tuttavia è da segnalare che l'indice di correlazione tra ansia di stato ed esito del programma è molto vicino alla significatività ( $\text{Chi}^2 = 0,078$ ,  $\text{gl}=4$ ). Questo dato sembra indicare che hanno minori probabilità di successo al corso coloro che hanno vissuto con particolare ansia il primo colloquio con lo psicologo. I risultati al test per la depressione non hanno rilevato alcuna specifica significatività.

Le variabili con maggiore valore prognostico circa la cessazione/non cessazione del comportamento del

	N	% su soggetti che si presentano al 1° colloquio (N=41)	% su soggetti che iniziano il corso (N=35)	% su soggetti che completano il corso (N=26)
Partecipa al primo colloquio	41	100%	==	==
Inizia il trattamento	35	85,4%	100%	==
Completa il trattamento	26	63,4%	74,3%	100%
Non fuma a fine trattamento	23	56,1%	65,7%	88,5%
Non fuma a 3 mesi	18	43,9%	51,4%	69,2%
Non fuma a 6 mesi	16	39,0%	45,7%	61,5%

**Tabella 1**



fumo a fine trattamento sono risultate quelle inerenti il trattamento stesso. La variabile numero di presenze al trattamento è fortemente correlata con lo smettere di fumare ( $Chi^2 = 0,001$ ,  $gl=24$ ), dato questo confermato sia nel follow up a tre mesi ( $Chi^2 = 0,050$ ,  $gl=24$ ) che in quello a 6 mesi ( $Chi^2 = 0,003$ ,  $gl=24$ ). In altre parole chi frequenta con più assiduità il trattamento ha più probabilità di smettere di fumare e la frequenza assidua del trattamento costituisce un fattore di protezione anche a distanza di tempo. A conferma di tale dato chi completa il trattamento ha una probabilità molto più elevata di smettere di fumare rispetto a chi lo interrompe ( $Chi^2 = 0,000$ ,  $gl=2$ ) e di rimanere non fumatore (analoghi risultati statistici nei follow up a 3 e 6 mesi). Infine risulta significativa l'assunzione/non assunzione di una terapia farmacologica a supporto del corso: i soggetti che hanno accettato la farmacoterapia hanno avuto minori difficoltà a smettere di fumare ( $Chi^2 = 0,036$ ,  $gl=6$ ). Nel follow up a 3 e 6 mesi di distanza tale variabile non è più significativa, fatto questo che conferma che il trattamento farmacologico di sostegno al trattamento va sostituito da altri fattori (motivazione autostima, altri fattori psicologici) successivamente alla fine del trattamento. ■

## Discussione e conclusioni

Due rassegne della Cochrane Library<sup>9,10</sup> confermano i benefici di un semplice consiglio (minimal advice) dato dal medico o dagli infermieri ai propri pazienti se introdotto nella routine della pratica professionale in modo che ogni paziente riceva regolarmente una domanda sulla sua condizione riguardo al fumo e il consiglio di smettere di fumare se è un fumatore. In termini numerici, tra i fumatori che ricevono un semplice consiglio del medico, uno su 40 smette di fumare come effetto di questo intervento minimo. Anche l'aggiornamento 2008 delle "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sa-

nità<sup>11</sup> sottolinea il ruolo che può essere svolto con un Intervento Clinico Minimo durante una visita ambulatoriale. Per tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, è indicata una terapia cognitivo - comportamentale o il counseling professionale individuale. Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale che come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. Tali trattamenti devono essere condotti da psicologi, da medici o da altri operatori sanitari appositamente formati. Questi tipi di intervento vengono solitamente realizzati presso centri specializzati come il Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T. della Zona Aretina dell'AUSL 8 di Arezzo. La ricerca proposta in questa pubblicazione, in realtà uno studio esplorativo dato l'esiguo numero di casi presi in considerazione, valuta i dati di due trattamenti di gruppo, cercando di definire sia la efficacia del trattamento, sia gli ostacoli che possono determinare un esito insoddisfacente del programma. I dati raccolti sembrano indicare che anche se chi ha iniziato molto presto nella propria vita a fumare ha qualche difficoltà in più, non esistono soggetti particolarmente predisposti allo "smettere", e che tutti possono ottenere buoni risultati. Il vero dato prognostico è il modo in cui ci si avvicina al trattamento: se l'incontro con l'operatore genera molta ansia, se il corso viene frequentato poco o interrotto, se non si accetta il trattamento farmacologico di supporto, smettere di fumare è molto più difficile. Risulta evidente allora come la preparazione del paziente da parte di sanitari, anche con semplici consigli, può facilitare nella non facile impresa di separarsi dalla sigaretta. ■

## ■ Bibliografia

1. Rapporto OMS sul fumo di tabacco: <http://www.bollettinodipendenze.it/FLASH-NEWS/Rapporto-OMS-sul-fumo-di-tabacco.html>
2. Pacifici R. (2008): Relazione annuale sul

tabagismo 2008, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 31 maggio 2008: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Relazione%20Pacifci.1212153977.pdf>

3. Voller F., Olimpi N., Orsini C. (2007): Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto". Documenti Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n 30, Maggio 2007: [http://www.mad.it/ars/imgarticoli/quaderno\\_fumo17x24.pdf](http://www.mad.it/ars/imgarticoli/quaderno_fumo17x24.pdf)
4. Sorio C., Antolini G., Gambetti S., Beltrami D., Laezza M. (2005): Il corso per smettere di fumare organizzato dal Centro Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno (1999-2003). Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo. XXVIII - N. 3-4/2005: [http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/journal/2005\\_34/j%20xxviii%202005%2034%20sorio\\_6.pdf](http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/journal/2005_34/j%20xxviii%202005%2034%20sorio_6.pdf)
5. Ferketich AK, Fossati R, Apolone G. (2008): An evaluation of the Italian version of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Psychol Rep. 2008 Jun;102(3):687-94.
6. Bertolotti G., Michielin P., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. (1997). Batteria CBA-2.0 ed altri test CBA. In DEL CORNO F., LANG M. La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato. Milano: Franco Angeli
7. Beck, A. T., & Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio. Tx: Psychological Corporation.
8. Adriani M. (2002): Il BDI-II: caratteristiche psicometriche e applicazione in ambito sanitario. In Psicologia Psicoterapia e Salute, Vol. 8, No. 3, 239 - 251. <http://www.irpir.it/ssspcifrep/riviste/rv02/r0232BDI-II.pdf>
9. Lancaster T, Stead LF. (2004): Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
10. Rice VH, Stead LF. (2004): Nursing interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
11. Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità (2008): Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo - Aggiornamento 2008. Roma: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga - I.S.S. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20breve%202008%20per%20web.1211805168.pdf> ■

I link sono stati apposti dagli autori; i siti cui essi rimandano erano in atto al momento della redazione dell'articolo.



# SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: IL RUOLO DEL MEDICO

## Introduzione a cura di:

**Dr. Domenico Sallese**

Direttore U.O. Igiene e Salute Luoghi di Lavoro ASL 8 Arezzo

*La scelta dell'incontro formativo, organizzato in collaborazione dell'Ordine dei Medici e Fimmg di Arezzo, è stata il frutto di una riflessione articolata a partire dal tema principale quello del rapporto tra salute ed il lavoro reso ancora più attuale dalla recente emanazione del D.lgs 81/08 denominato "Testo Unico" e purtroppo dalle cronache drammatiche che raccontano di lavoratori che muoiono quotidianamente sui luoghi di lavoro a cui si associa il fenomeno, non ancora del tutto noto nella sua dimensione delle malattie correlate al lavoro. L'elemento che volevamo puntualizzare è il ruolo che il medico può rivestire come soggetto attivo nei processi di prevenzione: medico in rapporto al paziente lavoratore, medico quale lui stesso lavoratore o dirigente, medico quale datore di lavoro di strutture sanitarie ambulatoriali. Nella prima parte la relazione del Dr. Petrioli ha trattato in maniera approfondita gli aspetti normativi di interesse del medico, mentre nella seconda parte il Dr. Buselli ha sviluppato il tema specifico dei rischi lavorativi di natura psico sociali (stress, mobbing e burn out) sia in riferimento alla loro valutazione, tema reso attuale proprio dagli adempimenti recentemente imposti dal D.lgs 81, sia per gli aspetti diagnostici, medico legali e preventivi. Il tema dei rischi da stress con particolare riferimento al burn out è argomento che riguarda in modo specifico gli operatori sanitari per i quali sono documentati effetti sfavorevoli in ordine ai processi organizzativi lavorativi. Nell'ultima parte proprio per documentare le analisi organizzative ed i rischi lavorativi connessi, sono state messe a confronto come esempio, le esperienze riferite al sistema sanitario pubblico della Asl di Arezzo con quelle di una Struttura sanitaria privata sempre aretina. Il confronto ed il dibattito successivo hanno evidenziato l'interesse dei professionisti intervenuti verso gli aspetti di prevenzione dei rischi lavorativi che era l'obiettivo principale dell'iniziativa, che spero possa contribuire a saldare la rete dei sanitari impegnati sulla salute dei lavoratori.*

**Giuseppe Petrioli**

Direttore Dipartimento di Prevenzione  
dell'Azienda USL 10 di Firenze.

## Riassunto

La normativa relativa alla prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro ha subito negli ultimi anni modificazioni notevoli culminate nella recente approvazione del così detto "testo unico per la prevenzione nei luoghi di lavoro" (D.L.vo 81/2008)<sup>1</sup>. Tali modifiche hanno comportato, tra l'altro, un aumento del campo di applicazione della legge che coinvolge pienamente anche il medico. Egli svol-

ge infatti un'attività lavorativa in conseguenza della quale ha degli obblighi attinenti la sicurezza e l'igiene del lavoro. Tali obblighi possono essere diversi a seconda del ruolo rivestito che va da datore di lavoro, a dirigente, a preposto, a lavoratore autonomo, a responsabile del servizio di prevenzione e protezione, a medico competente, a committente, a appaltatore, ad addetto al pronto soccorso, alla prevenzione incendi, alla ge-

SIMPOSIO



stione delle emergenze.

Conoscere tali obblighi è indispensabile per garantire adeguate condizioni di sicurezza a se stessi ed ai propri collaboratori, oltre che per evitare sanzioni amministrative e penali. ■

## La filosofia della normativa di prevenzione di derivazione comunitaria

Tutta la normativa di derivazione comunitaria ha teso a valorizzare il ruolo del datore di lavoro nella gestione della sicurezza, sia nell'ambito della sicurezza del lavoro che in quello della sicurezza alimentare.

Per quanto attiene la sicurezza del lavoro le novità principali introdotte dal legislatore comunitario e recepite in Italia con il decreto legislativo 626/94<sup>2</sup> prima e con il D.L.vo 81/2008 successivamente sono:

- passaggio da un sistema fondato sui precetti (per ogni situazione di rischio la legge prevede un elenco di misure precauzionali da adottare) ad un sistema fondato sulle procedure (il datore di lavoro individua i possibili rischi e le misure che ritiene opportuno adottare per prevenirli);
- centralità della valutazione dei rischi per garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- la sicurezza del lavoro non è più affidata solo a misure di protezione oggettiva (protezione delle macchine, idoneità dei locali e degli impianti), che pure devono essere presenti, ma anche al comportamento dei lavoratori;
- per garantire la sicurezza il datore di lavoro è coadiuvato da uno staff (responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, ecc).

Per assicurare un significativo aumento dei livelli di sicurezza durante il lavoro è necessario prestare maggiore attenzione agli aspetti sostanziali rispetto a quelli formali, sui quali si è accentrata fino ad oggi gran parte dell'attenzione dei datori di lavoro. In sintesi sono più importanti la valutazione dei rischi e il piano di miglioramento rispetto al documento che li formalizza. ■

## Il medico e la normativa di prevenzione nei luoghi di lavoro

Il medico può avere obblighi attinenti la sicurezza del lavoro come datore di lavoro, committente, appaltatore, dirigente, preposto, lavoratore, addetto e responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), addetto a pronto soccorso, evacuazione, prevenzione incendi, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLSS), medico competente, lavoratore autonomo.

### Medico datore di lavoro (art. 18 del D.L.vo 81/2008)

Il medico si trova in tale posizione tutte le volte che ha dipendenti o soci, quando è quindi titolare del rapporto di lavoro ed ha responsabilità nella organizzazione con poteri decisionali e di spesa (direttore Generale di una Azienda Sanitaria, titolare di uno studio medico e di una clinica privata ecc.). Come datore di lavoro deve ottemperare a tutti gli obblighi previsti dalla normativa, alcuni dei quali non delegabili (nomina del RSPP e valutazione dei rischi). Deve designare il medico competente ed i lavoratori addetti a pronto soccorso, evacuazione e antincendio, deve verificare l'idoneità dei locali, degli impianti e delle attrezzature, deve assegnare i compiti tenendo conto delle capacità e delle condizioni dei singoli lavoratori, deve individuare e far adottare le misure di emergenza, deve curare la formazione e l'informazione dei lavoratori, deve mettere a disposizione dei RLS il documento di valutazione dei rischi, deve comunicare all'INAIL gli infortuni di durata superiore a 3 giorni, deve aggiornare le misure di prevenzione in caso di modifiche del ciclo lavorativo e di novità tecnologiche comparso sul mercato, deve fornire al RSPP le informazioni che gli sono necessarie, deve assicurare il rispetto della normativa sulla movimentazione dei carichi e di quella connessa con l'utilizzo dei videoterminali (l'idoneità del posto di lavoro sempre e le misure di tutela dei singoli lavoratori solo per esposizioni di durata superiori a 20 ore settimanali); deve

infine garantire il rispetto della normativa legata all'utilizzo di sostanze pericolose ed assicurare l'effettuazione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici (ASPP) nei casi previsti dalla legge.

### Medico dirigente (art. 18 del D.L.vo 81/2008).

Occorre specificare che in questo caso con il termine "dirigente" ci si riferisce non all'inquadramento contrattuale ma al ruolo rivestito in ordine alla normativa attinente l'igiene e la sicurezza del lavoro che prevede che le funzioni e le responsabilità del datore di lavoro possano essere trasferite ai dirigenti o con apposite deleghe e sulla base di quanto comunque stabilito dal rapporto di lavoro che lega il dirigente stesso all'azienda di appartenenza (Direttore sanitario di struttura pubblica o privata, direttore di Dipartimento, ecc.). Le deleghe attribuite al dirigente sono valide se rispettano quanto previsto dall'articolo 16 del D.L.vo 81/2008 ed in particolare:

- devono essere disciplinate da un atto scritto;
- deve risultare la formale accettazione da parte del soggetto delegato (mediante firma della delega stessa);
- il delegato deve possedere i mezzi economici, il potere di organizzazione e gestione e le competenze tecniche necessarie per esercitare la delega;
- non vi deve essere alcuna interferenza del delegante una volta conferita la delega; in caso contrario la responsabilità torna in capo al datore di lavoro.

È importante ricordare come non sia possibile delegare le sole responsabilità; è invece necessario delegare le funzioni dalle quali discendono le responsabilità. La delega può riguardare tutte le funzioni e le responsabilità del datore di lavoro con esclusione della valutazione dei rischi e della nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

### Medico preposto (art. 19 del D.L.vo 81/2008).

Il preposto ha il compito di sovri-

tendere alla attività di altri lavoratori che quindi da lui ricevono indirizzi ed ordini. Molti medici svolgono questo ruolo nelle strutture sanitarie. A seconda dei diversi regolamenti aziendali possono essere inquadrati come preposti i direttori di strutture organizzative semplici e complesse. Contrariamente al passato il preposto ha responsabilità, penalmente sanzionate, connesse con il ruolo svolto, indipendentemente dall'aver ricevuto specifiche deleghe. È tuttavia necessario che il datore di lavoro individui formalmente i dipendenti che sono chiamati a svolgere il ruolo di preposti. Il medico che svolge le funzioni di preposto deve verificare che i lavoratori a lui affidati rispettino i propri obblighi relativamente al D.L.vo 81/2008 e deve altresì verificare che gli stessi rispettino le direttive aziendali in tema di sicurezza del lavoro (ad esempio utilizzino in maniera sistematica, ove previsti, i dispositivi di protezione individuale - DPI). Deve altresì segnalare situazioni di rischio delle quali venga a conoscenza durante lo svolgimento del proprio lavoro e deve verificare il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione collettivi. Segnala infine le carenze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei DPI delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta. A tal fine è obbligato a partecipare alla formazione organizzata dal datore di lavoro. Egli ha anche il compito di fornire agli altri lavoratori indicazioni precise finalizzate ad assicurare il rispetto delle procedure in caso di emergenza. In sintesi al preposto, contrariamente al dirigente al quale possono essere assegnate tutte le funzioni e responsabilità del datore di lavoro, possono essere assegnati solo compiti molto semplici, per lo più consistenti nel verificare il rispetto, da parte dei singoli lavoratori, delle procedure e misure di sicurezza stabilite dal datore di lavoro o dal dirigente delegato.

#### **Medico lavoratore (art. 20 del D. L.vo. 81/2008).**

Nelle strutture sanitarie tutti i medici che non rivestono il ruolo di da-

tori di lavoro, dirigente o preposto sono inquadrabili, per quanto attiene la normativa relativa alla prevenzione nei luoghi di lavoro, come lavoratori. Essi hanno comunque obblighi precisi che consistono nel rispetto dei precetti contenuti nel D.L.vo 81/2008 per i lavoratori ed in particolare nel rispettare le indicazioni fornite dal datore di lavoro in tema di igiene e sicurezza del lavoro. Devono inoltre segnalare le situazioni di pericolo eventualmente rilevate e devono utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, i dispositivi di protezione, individuale e le sostanze pericolose. Ovviamente i lavoratori non devono rimuovere di propria iniziativa i dispositivi di sicurezza né devono compiere azioni che possono compromettere la loro sicurezza o quella di terzi. Sono obbligati a partecipare alle iniziative di formazione relative alla sicurezza del lavoro organizzate dal datore di lavoro e sono altresì obbligati a sottoporsi alla sorveglianza sanitaria preventiva e periodica prevista dalla normativa. Ove si rifiutino non sarà possibile per il medico competente rilasciare il giudizio di idoneità alla mansione e ciò comporterà, per il datore di lavoro, l'obbligo di assegnare il lavoratore a diversa mansione e, ove non possibile, anche il licenziamento per giusta causa. Il rifiuto di sottoporsi a sorveglianza sanitaria determina inoltre una sanzione.

#### **Medico committente (art. 90 del D.L.vo 81/2008)**

Il committente è il soggetto nell'interesse del quale una opera edilizia viene realizzata ed il medico può trovarsi in tale situazione come ciascun cittadino. In tale veste deve garantire l'applicazione delle misure generali di prevenzione e provvedere alla nomina del coordinatore per la progettazione e per la esecuzione dei lavori tutte le volte che più imprese concorrono alla realizzazione dei lavori. Deve inoltre verificare l'idoneità tecnico professionale e la regolarità contributiva delle imprese affidatarie dei lavori. Provvede infine a trasmettere ai comuni i nominativi delle imprese che eseguono i lavori.

Il medico può liberarsi delle incombenze di cui sopra nominando a tal fine un responsabile dei lavori.

#### **Medico appaltatore (art. 26 del D. L.vo 81/2008).**

Tale ruolo si concretizza quando il medico affida l'effettuazione di lavori all'interno della struttura sanitaria che dirige o di cui è proprietario (ad esempio appaltando la pulizia dei locali). In questi casi egli è chiamato a verificare l'idoneità tecnico professionale delle imprese che vengono ad operare nella struttura sanitaria e le deve informare sui rischi presenti con il duplice obiettivo di evitare alle imprese stesse di effettuare operazioni che possano risultare nocive per i pazienti o per il personale e di mettere le imprese nelle condizioni di evitare che i dipendenti siano esposti a rischi propri della struttura sanitaria presso la quale intervengono. Promuove inoltre il coordinamento e la collaborazione tra le diverse imprese che effettuano lavori in appalto. Il contratto di appalto deve prevedere in maniera esplicita i costi necessari per garantire la sicurezza e tutti gli addetti delle ditte appaltatrici devono portare un cartellino di riconoscimento dal quale sia possibile anche evincere la ditta di appartenenza.

#### **Medico responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 33 del D. L.vo 81/2008).**

Occorre ricordare che tutte le strutture sanitarie nelle quali operano dei medici (escluso l'ambulatorio nel quale è presente il solo medico titolare dello studio) devono essere dotate di un Servizio di Prevenzione e Protezione e che tale servizio deve essere formato da personale interno alla struttura di ricovero e cura se la stessa occupa più di 50 dipendenti. Tale servizio, secondo quanto stabilito dalla norma, "è utilizzato dal datore di lavoro" che di conseguenza risponde del suo operato. I responsabili e gli addetti dei servizi di prevenzione e protezione debbono aver frequentato un apposito corso di formazione con le caratteristiche previste dall'accordo Stato regioni del 26 Gennaio 2006<sup>3</sup> ed



effettuare successivamente corsi di aggiornamento periodici. Il medico che svolge il compito di responsabile del servizio di prevenzione e protezione deve provvedere ad effettuare la valutazione dei rischi ed a definire le misure di prevenzione conseguenti e le procedure di sicurezza ritenute necessarie. Deve altresì mettere a punto i programmi di formazione ed informazione necessari per i lavoratori provvedendo alla formazione dei lavoratori stessi sui temi attinenti la sicurezza del lavoro. Partecipa alla riunione periodica prevista dall'art. 35 del D.L.vo 81/2008 per le aziende con più di 15 lavoratori, riunione alla quale partecipano, oltre a lui, il datore di lavoro o suo delegato, il medico competente ed i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione non ha responsabilità penali dirette connesse con il proprio operato, che ricadono sul datore di lavoro.

Il medico datore di lavoro può svolgere direttamente le funzioni di responsabile del servizio di prevenzione e protezione, ma solo dopo aver effettuato un corso di formazione di 16-48 ore e successivi periodici corsi di aggiornamento.

### **Medico rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (art 47 del D.L.vo 81/2008).**

Anche il medico, nelle strutture sanitarie, può essere nominato rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS). In tale veste egli ha diritto di accedere ai luoghi di lavoro, deve essere consultato preventivamente sulla valutazione dei rischi e relativamente alla nomina del RSPP e degli addetti al servizio di prevenzione e protezione. Viene consultato anche relativamente al programma di formazione sulla sicurezza del lavoro rivolto ai singoli lavoratori. Deve ricevere le informazioni da parte degli organi di vigilanza in caso di sopralluogo da parte degli stessi. Può formulare osservazioni nel corso delle ispezioni e può promuovere l'applicazione di misure di sicurezza. Partecipa alla riunione periodica di cui all'ar-

ticolo 35 del D.L.vo 81/2008, avverte il datore di lavoro di eventuali rischi rilevati e può ricorrere all'organo di vigilanza qualora il datore di lavoro non risolva i problemi di sicurezza da lui segnalati. Il datore di lavoro gli deve assicurare il tempo ed i mezzi necessari per lo svolgimento del proprio ruolo, che è di grande importanza per garantire condizioni di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per poter correttamente svolgere il proprio ruolo riceve copia del documento di valutazione dei rischi. Non è soggetto ad obblighi sanzionati e non può svolgere il compito di addetto o responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

### **Medici inquadrati come lavoratori con compiti di gestione delle emergenze (art. 43, 44, 45, e 46 del D. L.vo 81/2008)**

Come tutti gli altri lavoratori anche i medici possono essere incaricati di esercitare compiti particolari quali la prevenzione incendi e la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro, il pronto soccorso. Lo svolgimento di tali compiti, se attribuiti dal datore di lavoro, non può essere rifiutato senza giustificato motivo (ad esempio condizioni di salute). Il datore di lavoro deve provvedere ad una adeguata formazione di questi lavoratori che devono essere in numero adeguato alle dimensioni della struttura per la quale sono stati designati. ■

### **Sanzioni**

Le sanzioni conseguenti alle violazioni dei compiti sopra elencati possono essere sia amministrative che penali (più frequenti). Quelle penali sono soggette al D.L.vo 758/94<sup>4</sup> che prevede la possibilità per il contravventore di rimuovere le situazioni irregolari riscontrate al momento del controllo (con le modalità e con i tempi definiti dall'organo di vigilanza con apposita prescrizione) e di essere successivamente ammesso al pagamento di una sanzione in sede amministrativa. Il pagamento della sanzione, che può avvenire solo dopo la rivisita da parte dell'organo di vigilanza che accerti

la eliminazione del reato, determina l'estinzione dello stesso.

### **Entità delle sanzioni**

Per il datore di lavoro e per il dirigente la pena massima prevista è l'arresto da 4 a 8 mesi o l'ammenda da 5.000 a 15.000€. Nel caso di mancata valutazione dei rischi in lavorazioni che espongono a rischio biologico, a sostanze cancerogene o mutagene (ad esempio laboratori di analisi ed anatomopatologie) o ad amianto la pena è del solo arresto per un periodo compreso tra 6 e 12 mesi. La sanzione più bassa è di tipo amministrativo ed ammonta a 500€.

Per il preposto la sanzione massima prevede l'arresto da 1 a tre mesi e l'ammenda da 500 a 2000 €. La sanzione più bassa è l'ammenda da 300 a 900€.

Per il lavoratore è previsto l'arresto fino ad un mese e l'ammenda da 200 a 600 € e per alcune violazioni la sanzione amministrativa da 50 a 300€.

Nel caso in cui dalla violazione delle norme attinenti l'igiene o la sicurezza del lavoro derivi un danno alle persone (infortuni o malattie professionali) non è applicabile il decreto legislativo 758/94 e quindi la possibilità di estinguere il reato dopo aver rimosso la situazione di rischio e pagato una sanzione in sede amministrativa; in questi casi il processo penale è obbligatorio.

### **Il medico e l'obbligo di referto**

Il referto è un atto indispensabile per garantire l'avvio dell'azione di controllo e di prevenzione relativamente ai reati attinenti l'igiene e sicurezza del lavoro. Sono tenuti al referto tutti gli operatori sanitari che hanno prestato assistenza od opera in situazioni che possono configurare delitti perseguibili d'ufficio (tra i quali rientrano quelli attinenti la sicurezza e l'igiene del lavoro che comprendono tutti gli infortuni sul lavoro e tutte le sospette malattie professionali). Tale obbligo è previsto dall'art. 365 del Codice Penale e la sua violazione è sanzionata. Il referto, per i reati attinenti la sicurezza del lavoro, può esse-

re inoltrato alla Autorità giudiziaria o alla Unità Funzionale di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro dell'Azienda USL.

### Il medico e il fumo negli ambienti di lavoro

Il mancato rispetto del divieto di fumo nei locali chiusi (tra i quali rientrano ovviamente tutti quelli destinati ad uso sanitario) potrebbe costituire violazione anche della normativa relativa all'igiene del lavoro, ma l'esistenza di una legge specifica comporta l'applicazione di quest'ultima. Tutti i medici sono tenuti ad applicarla, sia in qualità di datori di lavoro che di dirigenti, preposti o lavoratori. Tuttavia le ricerche condotte su questo tema testimonia-

no una massiccia evasione del divieto proprio da parte dei medici; ciò costituisce, oltre che una violazione di legge, un pessimo messaggio trasmesso ai pazienti ed alla popolazione tutta, messaggio che rischia di vanificare gli ingenti sforzi che il servizio sanitario effettua, nell'ambito della educazione alla salute, per incentivare stili di vita sani tra i quali un ruolo assolutamente prioritario occupa l'astensione dal fumo. ■

### ■ Bibliografia

1. Decreto legislativo 81/2008: Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 Agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. n. 101 del 30.4.2008 – supplemento ordinario n. 108)
2. Decreto legislativo 19 Settembre 1994

n. 626: Attuazione delle direttive nn 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 89/269/CEE, 89/270CEE, 90/394CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CEE, 97/42/CEE, 98/24/CEE, 99/38/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro

3. Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome, attuativo dell'art. 2, commi 2, 3, 4, e 5 del decreto legislativo 23 Giugno 2003, n. 195, che integra il decreto legislativo 19 Settembre 1994 n. 626 in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori sui luoghi di lavoro. (Atto n. 2407) (Gazzetta Ufficiale n. 37 del 14/2/2006)
4. Decreto legislativo 19 Settembre 1994 n. 758: Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro (Gazzetta Ufficiale 26 Gennaio 1995, n. 21, supplemento ordinario) ■

**Rodolfo Buselli**

Centro per lo studio dei Disturbi da Disadattamento Lavorativo  
Ambulatorio di Medicina Lavoro  
Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

### ■ Riassunto

I rischi psicosociali rappresentano un rischio emergente del mondo del lavoro, con un forte impatto in termini di costi sanitari ed economici. Negli ultimi anni la consapevolezza crescente, fornita dalla disponibilità di dati scientifici e dalla miglior conoscenza delle sindromi che sono correlate a questi fenomeni, ha dato impulso alla necessità di investimenti preventivi, il cui obbligo è sancito dal recente testo sulla sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008). Gli operatori della sanità rappresentano una popolazione particolarmente vulnerabile a questo tipo di rischio. L'opportunità di intervenire con piani preventivi trova fondamento anche nella letteratura scientifica che si è occupata delle esperienze di gestione del rischio stress lavoro correlato nel mondo della sanità. ■

### Stress, burnout, mobbing

In questi ultimi anni abbiamo assistito ad un'evoluzione nel mondo della medicina del lavoro che, pur continuando a fare i conti ancora con la patologia professionale tradizionale, deve e dovrà sempre di più confrontarsi con il mondo meno definito delle malattie corre-

late al lavoro.

Le patologie da rischi psicosociali appartengono a questo mondo e la loro storia, anche se breve rispetto a quella delle altre patologie occupazionali, ormai più che decennale comincia a fornire elementi per consentire confronti scientifici ed interventi preventivi mirati grazie allo sviluppo di metodologie specifiche.

I quadri clinici che possono essere correlati a rischi psicosociali sono la patologia stress correlata, la sindrome da burn out e la patologia mobbing correlata. Sostanzialmente è la modalità con cui i rischi psicosociali realizzano il danno a distinguere i tre quadri.

Nel primo caso il danno si realizza quando lo stress occupazionale supera la capacità di gestione del lavoratore. Secondo la definizione proposta dal National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) per lo stress occupazionale, questo fenomeno è caratterizzato da "reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste lavorative non sono com-

misurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore" e che si basa sostanzialmente su un modello interpretativo del fenomeno elaborato da Karasek alcuni anni fa.

La sindrome da burnout, secondo la definizione che ne ha dato Cristina Maslach, può essere descritta come "una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale". Il termine ("bruciato, esaurito") configura una condizione di stress lavorativo rilevato fra soggetti impegnati in attività professionali di "aiuto" con frequente riscontro nell'area socio-sanitaria.

Preso in prestito dall'etologia il termine "mobbing" fu invece utilizzato per la prima volta per il mondo del lavoro nei primi anni ottanta da Leymann, uno studioso tedesco che si trasferì in Svezia per i suoi studi. Lo studioso definisce il fenomeno come una forma di comunicazione ostile da parte di uno o più individui diretta verso un individuo che viene mantenuto in una condizione di impotenza. Questo comportamento viene attuato in maniera siste-



matica e abituale ripetendosi almeno una volta alla settimana per una durata di almeno sei mesi. Il concetto di impotenza e la sua durata nel tempo è quanto rende ragione dei meccanismi biologici che stanno alla base del danno da vessazioni sul posto di lavoro.

La crescente necessità di dare assistenza ai lavoratori che riportano un danno psichico in seguito a vessazioni subite in ambito lavorativo ha spinto alcuni studiosi della Clinica del Lavoro di Milano, che da anni si occupano di problematiche psicorelazionali a genesi occupazionale, ad organizzare un Centro per lo Studio del Disadattamento Lavorativo con finalità assistenziali in tema di patologie *mobbing* correlate. Dopo questa prima esperienza sono sorti centri in varie parti d'Italia ed anche a Pisa presso l'Ambulatorio di Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana è stato istituito un centro per la diagnosi dei disturbi da disadattamento lavorativo.

Dalla definizione di Leymann il punto chiave, sotto l'aspetto medico legale è stato cercare di individuare che cosa potesse essere definito psicolesivo e in che misura. La questione è che il *mobbing* come lo stress implica meccanismi lesivi, la cui efficacia è collegata alla ricettività di chi lo subisce. Questo è uno dei molti motivi che rendono necessaria una valutazione pluridisciplinare per la definizione dei casi collegati a questo fenomeno. A differenza dello stress, però la violenza morale contiene aspetti che hanno rilevanza penale ed è quindi necessario identificare con la maggior precisione possibile le cause per attribuire responsabilità individuali specifiche. Uno dei primi problemi che nascono dalla valutazione medico legale è che in psichiatria non esistono esami strumentali che siano di efficace supporto per rendere più obiettiva la diagnosi e che consentano la quantificazione della gravità della malattia. La malattia psichica individua aspetti soggettivi e non solo oggettivi; si riferisce infatti anche al vissuto e non solo ai dati obiettivi. Inoltre per la valutazione del nesso

causale gli strumenti a disposizione della psichiatria forense sono per lo più adatti ad eventi traumatici acuti. Infatti le scale di rilevanza degli eventi psicotraumatizzanti possono rappresentare un aiuto solo parziale in questo senso, perché si riferiscono sostanzialmente a situazioni acute. Il problema rimane comunque gestire la soggettività laddove può ricoprire un ruolo nell'eziologia della malattia professionale. In psichiatria infatti si parla più facilmente di fattori di rischio che di cause e questi fattori di rischio possono aumentare la probabilità di insorgenza di una patologia, ma possono anche aumentare la probabilità di una riaccutizzazione di un disturbo già presente in passato. Le situazioni estreme rappresentano delle situazioni di valutazione relativamente più semplici, perché nelle reazioni psicopatologiche l'importanza dei fattori individuali diminuisce in relazione all'intensità dello stimolo stressogeno. Le difficoltà esistono però per le situazioni intermedie, in cui è necessario pesare il ruolo di fattori ambientali rispetto alla predisposizione individuale.

Le analisi dei primi dati dei casi esaminati nei centri hanno suggerito alcune riflessioni sulla metodologia di approccio<sup>1-5</sup>. Un primo problema nasce dall'inquadramento nosografico: il Documento di Consenso<sup>3</sup> prevedeva due diagnosi cliniche DDA (Disturbo dell'Adattamento) e DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress) e quattro possibili diagnosi eziologiche, due con diverso grado di correlazione con le violenze morali e due negative per *mobbing*. Questo tipo di inquadramento della diagnosi eziologica è abbastanza limitato. Infatti la realtà si rispecchia meglio in un rapporto eziologico espresso in un range a diversa intensità di situazione causale.

Una delle altre criticità sottolineate dagli specialisti, per quanto riguarda la nosografia della patologia *mobbing* correlata, è se il DPTS sia una diagnosi che possa riguardare i pazienti sottoposti a *mobbing*.

Infatti in ambito internazionale è oggetto di dibattito se considerare la diagnosi di DPTS, che nasce per

descrivere una situazione che prende origine da un evento estremo fortemente traumatizzante, per riferirlo ad una situazione cronica che si attua con modalità subdole e diluite nel tempo. Il DPTS ha una sintomatologia che viene descritta in alcuni casi di *mobbing* come caratterizzata da iperattivazione, pensiero ricorrente e intrusivo sulle tematiche lavorative con incubi notturni e meccanismi di evitamento. Al di là della discussione teorica sul fatto che il *mobbing* possa essere considerato un evento tale da causare un disturbo post-traumatico, l'individuazione e la descrizione di questi casi sostiene il concetto di "mobbing" come evento ad alto potenziale patogeno che, prescindendo dalle specifiche caratteristiche del soggetto, può essere responsabile di importanti ripercussioni sulla salute dei lavoratori.

Alcuni casi presentano caratteristiche cliniche talmente tipiche che rendono la diagnosi di DPTS difficilmente contestabile, anche se è giusto riconoscere che, per le molestie morali sul posto di lavoro, questo tipo di diagnosi rappresenta un evento piuttosto raro.

In ogni caso questa considerazione avvalorata il concetto del "mobbing" come evento fortemente patogeno che, al di là delle specifiche caratteristiche del soggetto, può causare importanti effetti sulla salute.

Il passaggio di grande importanza nella gestione del fenomeno è stato quello di far emergere dalla cultura del mondo del lavoro il concetto che le azioni vessatorie non possono essere giustificate per finalità produttive. Per far sì che la conoscenza di questi fenomeni possa avere una penetrazione nella cultura del mondo del lavoro è necessario che gli effetti di questi comportamenti possano essere misurati e ben identificati nella loro dimensione, nei loro meccanismi e soprattutto nei loro costi sociali. ■

## **Operatori sanitari e rischi psico-sociali**

**G**li operatori sanitari rappresentano una popolazione professionale particolarmente esposta a

rischi psicosociali per diverse ragioni. Sono al secondo posto (dopo i lavoratori nel settore dell'educazione) per stress, depressione e ansia<sup>4</sup>. Il confronto con la sofferenza umana è alla base del fenomeno del burnout e dalla letteratura sull'argomento si conferma come la sanità sia coinvolta in maniera importante dal fenomeno. Infatti una revisione bibliografica che ha preso in considerazione 2496 pubblicazioni censite ha messo in evidenza come il fenomeno del burnout nel 43% si riferisce a personale dei servizi sanitari e sociali, nel 32% a personale della scuola, nel 9% alla amministrazione e management, nel 4% al personale giudiziario e di polizia e nel 12% ad altri gruppi (Kleiber e Enzmann).

In questa tipologia di rischi un altro fenomeno importante è quello del rischio da aggressione fisica. Gli operatori della sanità risultano avere la percentuale più elevata di episodi di violenza sul posto di lavoro. Dati Eurostat del 2005 indicano che 25 mila di tutti gli infortuni non fatali sono dovuti ad aggressione alcuni sono causati da altri membri dello staff (5 mila casi) o altri da persone al fuori dell'azienda (20 mila casi). Il 20% di questo tipo di incidenti riguarda il settore della sanità e dei lavori sociali.

Secondo dati Inail nel 2005 sono stati più di 400 i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari coinvolti loro malgrado dal fenomeno delle aggressioni fisiche da parte dei pazienti e dei loro parenti.

Sia lo stress correlato al lavoro che alla vita privata può sviluppare disturbi depressivi e d'ansia nel personale della sanità. I dati suggeriscono che il miglior modo di ridurre la prevalenza di questi disordini è il trattamento individuale sulle difficoltà fuori dal lavoro combinato con interventi organizzativi per ridurre lo stress occupazionale. Quest'ultimo può implicare più assistenza per il personale che ha un conflitto fra il suo ruolo manageriale e il ruolo clinico<sup>7</sup>.

Da una metanalisi pubblicata nel 2008 su *Scandinavian Journal Work Environment Health*<sup>6</sup> si mette in evidenza come esista, seppur limitata,

una evidenza che vi sia una riduzione significativa dei livelli di stress quando si mettono in atto interventi sugli operatori sanitari diretti alla persona, all'interfaccia persona lavoro o di tipo organizzativo.

Nella stessa pubblicazione vengono riportati quelli che sono considerati i principali fattori di stress per gli operatori della sanità:

- Aumentato carico lavorativo di tipo amministrativo
- Contatto con la sofferenza e la morte dei pazienti
- Maltrattamenti fisici e verbali da parte dei pazienti
- Mobbing da parte dei colleghi
- Necessità di nascondere le risposte emotive negative
- Rischio di litigi
- Conflitti di ruolo fra le varie professioni
- Cambiamenti organizzativi

Queste considerazioni offrono quindi spunti per organizzare la prevenzione dello stress lavoro correlato, che viene prevista anche dalla recente normativa sulla sicurezza del lavoro.

Il Decreto Legislativo 81/2008 introduce infatti l'obbligo di valutare lo stress lavoro correlato accanto agli altri rischi professionali, il che consente di attivare un processo di prevenzione che vedrà coinvolte diverse figure della prevenzione.

Il Decreto Legislativo 81/2008, facendo riferimento all'Accordo Europeo sullo Stress sul Lavoro dell'8 ottobre 2004, esclude dall'ambito di valutazione quanto riguarda la violenza, le molestie e lo stress post-traumatico in quanto non incluse nell'accordo stesso.

Pur escludendo direttamente il mobbing come elemento di rischio lavorativo, questa normativa consente di valutare quelli che sono gli elementi dell'ambiente professionale, come la chiarezza dei ruoli e l'organizzazione del lavoro, che possono favorire l'insorgenza di questo fenomeno.

L'antinomia fra elemento soggettivo e obiettivo, che, propria del mondo della patologia della psiche, abbiamo incontrato per la valuta-

zione medicolegale dei singoli casi, si ripropone negli stessi termini anche per la valutazione del rischio sul posto di lavoro. In questo caso però l'Accordo citato, a cui la legge si riferisce, precisa che "nel considerare lo stress da lavoro è essenziale tener conto delle diversità che caratterizzano i lavoratori". Questo significa che nella valutazione dello stress occupazionale, oltre ad una misura degli indicatori di stress e dell'analisi di fattori, di cui nell'Accordo vengono riportate alcune fattispecie a titolo esemplificativo, è necessario utilizzare anche un approccio soggettivo che consideri come il lavoratore percepisce e valuta l'organizzazione del proprio lavoro.

Il cammino per poter affrontare la gestione di questi fenomeni nelle tre fasi della prevenzione è ancora lungo. Partendo dallo studio delle caratteristiche degli effetti clinici, dei meccanismi patogenetici e proseguendo nell'esperienza degli aspetti previdenziali arriveremo ad avvalorare efficaci metodologie di prevenzione primaria e secondaria che rappresentano l'obiettivo più ambizioso, ma anche più proprio della medicina del lavoro. ■

## ■ Bibliografia

1. Buselli R et al. *Esperienza di un centro per lo studio dei disturbi da disadattamento lavorativo in tema di patologie mobbing correlate*. La Medicina del Lavoro 2006.
2. Decreto Legislativo 81/2008.
3. Gilloli R et al. *Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro: le molestie morali (mobbing)*, Documento di Consenso. La Medicina del Lavoro 2001.
4. Office for the Official Publication of the European Community "Work and health in European Union - A statistical portrait". 2004.
5. Punzi et al. *Le caratteristiche del mobbing ed i suoi effetti sulla salute. L'esperienza della Clinica del Lavoro Luigi Devoto di Milano*. La Medicina del Lavoro 2007.
6. Routsalainen J. et al. *Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers* Scandinavian Journal Work Environment Health 2008.
7. Weinberg A., Creed F. *Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff*. Lancet 2000. ■





# QUOTA B DEL FONDO GENERALE: ODONTOIATRI O LIBERI PROFESSIONISTI?

**Renato Mele**

Rappresentante della Consulta della Libera professione ENPAM

## ■ Premessa

Gli iscritti agli Ordini dei medici e degli odontoiatri hanno nell'ENPAM il loro Ente di previdenza e di assistenza. A secondo delle loro caratteristiche professionali versano i loro contributi, oltre che in un Fondo Generale, detto Quota a, in quattro Fondi specifici:

- 1) il Fondo Speciale di Previdenza per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli addetti ai servizi di continuità assistenziale
- 2) il Fondo Speciale di Previdenza per i medici ambulatoriali
- 3) il Fondo Speciale per i medici specialisti convenzionati (o accreditati) esterni
- 4) il Fondo Quota b della libera professione.

Questo articolo intende portare un contributo alla comprensione di quali e quanti sono i contribuenti di quest'ultimo Fondo, anche perché ancora oggi per molti colleghi la Quota b del Fondo Generale dell'ENPAM si identifica con gli odontoiatri. In verità la sua platea è composta da TUTTI gli iscritti all'Ordine che esercitano in varia misura la libera professione e, come tali, versano contributi in una percentuale specifica, a fronte della quale ottengono specifiche prestazioni pensionistiche ed assistenziali. Non appare, quindi, giustificato ritenere il Fondo Quota b una "riserva" degli odontoiatri, non solo perché vi versano in maniera consistente più di 78.000 medici-chirurghi, ma anche perché non vi versano da 7.000 a 13.000 odontoiatri, così come vedremo in seguito.

Tuttavia, se per il medico-chirurgo la libera professione è una possibilità conciliabile con altre modalità di esercizio e come tale spesso esercitata, per l'odontoiatra è una vera e propria necessità, non essendovi oggi per questa specifica professione in Italia altri sbocchi occupazionali, se non in maniera del tutto marginale. Niente lascia pensare che questa situazione possa cambiare, anzi. I tentativi di maggiore coinvolgimento degli odontoiatri nella sanità pubblica non prevedono veri e propri inserimenti negli organici del SSN, bensì formule di "convenzione" con liberi professionisti. Queste formule, a fronte di una supposta economicità per il pubblico, lasciano ovviamente a carico del professionista tutta una serie di oneri, non ultimi quelli previdenziali, da coprire con risorse sempre più modeste.

Oneri che per altre modalità professionali (medici di medicina generale, ambulatoriali, ecc.) procedono con relativa automaticità per il coinvolgimento dello Stato in qualità di datore di lavoro che, con i suoi dipendenti, è sempre prodigo di contratti migliorativi rispetto ai precedenti, anche in condizioni socio-economiche stagnanti o negative.

È anche su questo aspetto che devono riflettere quegli odontoiatri ai quali le ASL toscane, in verità con poco successo, hanno fatto proposte di collaborazione. ■

## I dati

I dati utilizzati in questo articolo sono quelli esposti dalla tabella ENPAM sottostante che divide i con-



## Ripartizione per tipologia di iscrizione all'albo dei contribuenti alla QUOTA B

Tipologia iscrizione albo	N. Iscritti albo	Contribuenti alla "quota b" nell'anno 2007	%	Contributi dovuti	%
Albo medici chirurghi	335.317	78.408	70,5%	133.707.399	56,8%
Doppio albo	28.857	15.165	13,6%	44.845.801	19,1%
Albo odontoiatri	24.770	17.653	15,9%	56.727.046	24,1%
<b>Totale</b>	<b>388.944</b>	<b>111.226</b>	<b>100%</b>	<b>235.280.246</b>	<b>100%</b>

(Dati bilancio consuntivo 2007)

tribuenti alla Quota b in Medici Chirurghi, Odontoiatri e Doppi iscritti. La tabella consente di vedere quanti sono gli iscritti in totale agli Albi e quanti di questi versano contributi per attività libero professionale. ■

### I contribuenti

Innanzitutto vediamo i contribuenti alla Quota b sul totale degli iscritti agli Albi.

Quasi un terzo di tutti gli iscritti (111.226 su 388.944) esercita la libera professione in una misura che si può definire "non marginale", in quanto il reddito libero professionale fino a circa 10.000 euro viene imputato alla Quota a e solo dopo quella cifra si diventa contribuenti alla Quota b.

Provando a scomporre i dati tra le tre categorie individuate (medici - odontoiatri - doppi iscritti) si evidenzia che oltre il 70% dei contribuenti proviene dall'Albo dei chirurghi, questo anche se si volesse, a buona ragione, considerare i contributi dei doppi iscritti tutti legati ad una attività odontoiatrica libero-professionale.

*Si potrebbe osservare che la maggior parte dei medici versa il contributo ridotto al 2% (concesso agli iscritti che versano anche in altri Fondi), per cui ad un numero elevato di posizioni previdenziali corrisponderebbero versamenti di entità invero modesta.*

*Sappiamo però che i contribuenti al 2% sono circa 40.000 e se anche li imputassimo TUTTI all'Albo dei medici rimarrebbe il dato di 38.408 medici che versano il 12,5% del loro reddito libero professionale. Più degli odontoiatri e dei doppi iscritti messi insieme. ■*

### I contributi

Se dai "contribuenti" passiamo ai "contributi" osserviamo che circa il 60% di questi proviene dai medici e poco più del 40% da quello composto da odontoiatri e doppi iscritti. La differenza tra % degli iscritti e % dei contributi è chiaramente legata, come detto sopra, alla presenza tra i medici di numerosi soggetti con versamenti al 2%, quindi con somme modeste. ■

### I medici

Quasi un quarto dei medici (78.408 su 335.317) esercita la libera professione in maniera "non marginale".

*Tale proporzione può risultare parzialmente modificata dal fatto che, successivamente alla data della rilevazione, è stato soppresso il meccanismo dell'annotazione, per cui gli esercenti l'odontoiatria hanno dovuto iscriversi (anche, oppure soltanto) all'albo degli Odontoiatri passando così in uno degli altri gruppi. Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite è pari a 1.705 euro. ■*

### Gli odontoiatri

Circa due terzi degli odontoiatri (17.653 su 24.770) esercita la libera professione in maniera "non marginale". I rimanenti, circa 8.000, o non esercitano la libera professione (ospedalieri, universitari, ambulatoriali, ma non sono così tanti) o piuttosto lo fanno in maniera "marginale".

*In verità esiste una terza ipotesi, cioè quella dell'evasione contributiva. Bisogna però anche osservare che la libera professione odontoiatrica, proprio perché unica fonte di red-*

*dito e perché necessita di personale, attrezzature e materiali, più difficilmente può prestarsi oggi a questo comportamento.*

*Oltretutto anche in Regioni in cui la libera professione è economicamente "importante" il numero degli odontoiatri "non contribuenti" risulta rilevante. In Lombardia su 3.892 iscritti all'Albo odontoiatri più di 800 non versano nella Quota b, in Emilia Romagna su 1.812 i non contribuenti sono quasi 400. In ogni caso i meccanismi di controllo messi in atto dall'ENPAM rendono sempre meno valida questa ipotesi. Bisogna invece immaginare un altro preoccupante fenomeno: la sottoccupazione per la categoria degli odontoiatri, con una serie di conseguenze negative, non ultima appunto quella della ridotta copertura previdenziale.*

Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite, in questa categoria è pari a 3.213 euro. ■

### I doppi iscritti

Anche in questo caso due terzi degli iscritti (15.000 su 23.500) sono contribuenti alla Quota b.

Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite è pari a 2.957 euro.

*Entrambi questi dati sembrano confermare indirettamente che si tratti di esercenti esclusivamente l'odontoiatria. Ma anche in questo caso si osserva che ben 8.000 iscritti non sono contribuenti. ■*

### Conclusioni

I numeri non autorizzano a considerare la Quota b come una "riserva" degli odontoiatri. Il maggior livello di organizzazione associativa rispetto ad altre categorie mediche libero professionali giustifica la loro maggior attenzione all'ENPAM e la loro ampia, se non totale, rappresentatività all'interno della Consulta della libera professione. La quasi totale sovrapposizione tra professione odontoiatrica e libera professione rende, in ogni caso, gli odontoiatri idonei a rappresentarla in maniera consona in tutte le sue declinazioni. ■



# NON SI PUÒ FAR ALTRO CHE ASPETTARE GLI EVENTI

Vincitore Premio Fondazione Previasme Onlus  
*menzione speciale "Racconti medici".*

**Roberto Nasorri\*, Donata Morelli\*\***

\*Medico di Medicina generale - Valdichiana Sud  
\*\*Pediatria di libera scelta - Valdichiana Sud

## ■ Introduzione

Quando nasce un bambino non ci sono culture, religioni, usanze o idiomi che possano annientare quella mirabile armonia che si libra sopra una nuova vita che sboccia. L'incontro con una coppia di genitori di origine marocchina, finalizzato inizialmente alla gestione della loro seconda gravidanza, fa nascere ma anche rinascere queste emozioni nell'animo dei protagonisti di questa storia. Entusiasmo che lascia il posto all'amarrezza quando dopo poche settimane le indagini mettono in risalto la presenza di un feto con una grave malformazione incompatibile con la vita. Il rifiuto di interrompere la gravidanza per motivi religiosi, la diffidenza iniziale con il ritorno al proprio paese d'origine per una consulenza ginecologica ma anche per una visita dallo stregone, la scelta irrazionale di non condividere il problema con nessuno, anzi cercando di evitare chi inizialmente aveva formulato la triste ma unica verità, realizzano un inevitabile scontro di culture che si annulla di fronte alla necessità di assistere Zakaria, che effettuerà comunque solo un brevissimo passaggio in questa vita terrena. Dopo l'interessamento iniziale dei Servizi Sociali ed il loro intervento di sola natura economica, il carico di tutta la gestione domiciliare ricade sugli operatori sanitari che sono deputati alla gestione del territorio: il Pediatra di Libera Scelta ed il Medico di Medicina Generale. Nasce quindi una intensa collaborazione, fatta di condivisione e di aiuto reciproco, di stima e di amicizia, che realizza una sorta di copertura a tutto tondo atta a ridurre al minimo il disagio e le complicità per una gestione periferi-

ca di un grosso problema non solo medico ma soprattutto assistenziale. Nasce anche una sorta di integrazione culturale non solo con la famiglia ma anche con tutti i compaesani marocchini che affollano regolarmente la casa nel tentativo di condividere con i genitori un dramma immenso ricostruendo una sorta di loro mondo circondato da un muro quasi impenetrabile: la nostra spregiudicatezza ma forse anche la stima reciproca rendono possibile la modifica, anche se parziale, del loro stile di vita. La semplicità della loro cultura e la calma freddezza nel prendere le decisioni più importanti, ha sicuramente posto un freno al nostro inesorabile modo di vivere, fatto di frenesia e di incessanti e continui impegni.

Tutt'oggi, al ricordo di Zakaria, nasce un fremito che percorre i nostri corpi a memoria di un'anima innocente che da Chiunque sia stata accolta si libra nei cieli e ci guarda e ci giudica. Ti ringraziamo per esserti mostrato a noi, per averci fatto crescere e maturare, ma anche per far mantenere sempre viva l'amicizia che la tua dipartita non ha dissolto. ■

Quando nasce un bambino non ci sono culture, religioni, usanze o idiomi che possano annientare quella mirabile armonia che si libra sopra una nuova vita che sboccia e gli occhi di ogni mamma, durante le 40 settimane della gravidanza, scandiscono giornalmente il tempo che passa e mostrano il crescente desiderio di vedere e di toccare il frutto che è cresciuto nel suo grembo. "Ho fatto il test di gravidanza, dottore: è risultato positivo". Ogni volta

che sento questa frase per un attimo osservo attentamente lo sguardo della futura mamma e non riesco ad intravedere nessun dubbio, nessuna indecisione, nessun tentennamento, quasi fosse una dichiarazione di infinita potenza, di grandi prospettive, di un grande futuro. Dentro di lei si sta sviluppando una creatura: è la sua creatura. I ricordi si accavallano nella mia mente ed ogni volta un fremito accelera il battito del mio cuore!

Houria e Mustapha entrarono in ambulatorio al finire di una seduta di Marzo del 2006: due pazienti nuovi, mi dissi, per altro stranieri, dovrò aggiornare l'anagrafica, forse avranno il loro tesserino sanitario scaduto e dovrò spiegare che dovranno rinnovarlo se vorranno regolarmente usufruire dei servizi della ASL, ed altri pensieri mi frullavano mentre con la mente avevo già chiuso la borsa. Digitai il cognome e con grande sorpresa vidi che erano regolarmente iscritti dal 2002 (aggiornai solo la loro origine marocchina), la loro scheda era vuota: avevano una bimba, Omaima, di 5 anni, e di Mustapha avevo annotato solamente una medicazione totalmente dimenticata. Li guardai meglio: 14 anni di differenza si notavano veramente tanto. Lei era leggera, sorridente, felice: il velo le copriva la testa ma due occhi marroni e pieni di vita si staccavano prepotenti in un volto dai lineamenti dolci e velatamente dimessi; troppo giovane per lui che invece era ed è più ... "Ho fatto il test di gravidanza, dottore: è risultato positivo". I miei pensieri, come allora, si interrompono al ricordo della frase che Houria mi pronunciò: entrambi sorrisero e la dolcezza di lei mi addolcì anche l'ostilità di Mustapha. A quel punto non ci furono freni per felicitazioni e complimenti ed iniziammo a pianificare questa gravidanza spiegando le tappe che avremmo dovuto percorrere durante le 40 settimane di gestazione. La misurazione della Pressione Arteriosa e la prescrizione dell'acido folico furono i soli atti medici che effettuai per loro quella sera. Ci salutammo con calore quasi fossimo cono-

scienti da sempre: quel ritardo accumulato non mi aveva per niente turbato! Rividi Houria dopo qualche giorno per la prescrizione degli esami da effettuare entro il primo trimestre di gravidanza ed approfittai anche per prescrivere la prima ecografia ostetrica che avrebbe dovuto confermare una gravidanza singola o eventualmente gemellare: Houria mi guardò e sorridendo mi disse di non scherzare!

Tutti noi sappiamo che gli extracomunitari, in genere, non sono assillanti nella richiesta di prestazioni sanitarie: il minimo indispensabile e mai alla propria dimora, come se la visita domiciliare non esistesse nel loro DNA. Un marocchino, padre di quattro bambini, tre dei quali nati in Marocco e solo l'ultimo nato in Italia, mi ha detto che non vorrà altri figli, soprattutto poi se dovessero nascere in Italia, perché ha dovuto fare più esami e visite per l'ultimo che non per tutti gli altri tre nati in Marocco. "Siamo tutti d'accordo che la gravidanza è un evento mirabile della natura, ma il controllo della salute della madre può garantire la salute del feto" ho spiegato: ma lui ha riso, sottolineando che gli esami sono inutili e poi, se capita qualche imprevisto, comunque non si può far altro che aspettare gli eventi. Questa affermazione un po' mi ha turbato, quasi si tornasse indietro nel tempo, ma forse la praticità e la semplicità di certe culture è disarmante nei confronti di chi pensa di controllare tutto con esami, visite ed ecografie.

Houria aveva eseguito l'ecografia del suo bambino i primi di giugno: non venne subito in ambulatorio, venne dopo circa quindici giorni, perché Mustapha era troppo impegnato nel suo lavoro. Questa volta arrivarono nel mezzo di uno di quegli ambulatori infiniti da cui non vedi l'ora di uscire, e dove non vorresti mai che un problema serio capitasse proprio in quel preciso momento: salterebbero gli appuntamenti, le ultime visite, figuriamoci la cena o le promesse fatte ai figli. Per fortuna anche in questo caso si tratterà di prendere visione degli accertamenti effettuati, pensai,

forse la misurazione della Pressione e via. Houria era silenziosa, Mustapha mi porse la cartellina con gli accertamenti effettuati. Non registrai i valori dei parametri ematologici, che ovviamente erano normali e scorsi velocemente lo stampato del referto dell'ecografia cercando con ansia la riga delle conclusioni dove ci sarebbe stato scritto: "tutto nella norma". Ma non trovai niente di tutto ciò. Ripartii dall'inizio, lessi la tecnica di esecuzione dell'esame, il numero dei feti trovati, uno solo, e mi colpì il fatto che il ginecologo avesse messo un impercettibile richiamo alle misure del cranio fetale, quasi a voler dire di stare attento. Ora non che io fossi un esperto di ecografia, soprattutto fetale, ma la curiosità e la recente esperienza personale mi portarono ad osservare le foto che accompagnavano il referto: effettivamente le dimensioni del cranio non erano armoniche se confrontate con l'esile corpicino impressionato nella carta fotografica, ma soprattutto scioccante era il nero del contenuto della scatola cranica, del tutto simile all'aspetto anecogeno del liquido amniotico che circondava quel feto. Quel buco nero, l'assenza di tessuto all'interno di quel contenitore che in condizioni normali è la fucina delle idee e della vita del nostro corpo, mi fecero trasalire. I nostri sguardi si incrociarono, ed il silenzio fu più esplicito di un lungo dialogo. Trovai finalmente il referto, in una pagina allegata allo stampato, che in maniera molto sbrigativa parlava di "Anencefalia" e "Si consiglia interruzione della gravidanza".

Houria e Mustapha ritornarono dopo qualche giorno, un po' più sereni e tranquilli rispetto alla volta precedente: dopo l'impatto iniziale avevo infatti cercato di spiegar loro quale fosse il problema e che, nonostante io non condividesi in generale la pratica dell'aborto, in questo caso particolare si trattava di interrompere una gravidanza per la presenza di un tipo di malformazione che sarebbe comunque stata incompatibile con qualsiasi tipo di vita. Consigliai anche il confronto con un altro gabinetto ecografi-



co per poi decidere sul percorso migliore da affrontare e che, nel caso, avrei contattato l'Unità di Ginecologia più vicina per effettuare quella pratica chirurgica che avrebbe tristemente risolto il loro angosciantissimo problema. Mustapha disse che in quei giorni avevano pensato alla risoluzione del problema, ma poiché la loro religione non consentiva la pratica dell'aborto, con estrema semplicità, senza drammi apparenti, avevano preso la decisione di portare a termine quella loro gravidanza. La freddezza, la decisione e la pragmaticità mostrata in quel triste momento mi sorpresero. Provai a replicare anche se con scarsa convinzione, ed ogni tentativo fu vano: accettarono comunque il consiglio della consulenza con un altro ginecologo e ci lasciammo con la promessa che sarei stato informato di qualsiasi decisione fosse stata presa. Usciti dall'ambulatorio ripensai alle foto ed alla loro triste situazione, ed anche nei giorni successivi mi tornavano alla mente gli sguardi dolci ed al contempo preoccupati dei due genitori, quasi a sperare che almeno le mie osservazioni potessero ribaltare la triste realtà. Con questi tristi ricordi che il tempo inesorabilmente tendeva a smorzare, a grandi passi ci avvicinavamo all'estate.

L'estate del 2006 verrà ricordata come l'estate più calda degli ultimi decenni. Il caldo e l'afa colpirono soprattutto gli anziani, con le varie Amministrazioni Comunali che organizzavano pseudo-progetti d'intervento a favore delle classi sociali più a rischio. La routine continua ed il desiderio di pace e di tranquillità ci fecero vivere quel periodo quasi fosse un "carpe diem", nella speranza di sfuggire al più presto alla calura e trovare le forme di refrigerio più adatte alle proprie necessità. Il bisogno di staccare la spina e di dedicare parte del proprio tempo libero alla famiglia fecero il resto. Un soggiorno al mare, qualche buona lettura, la presenza "d'obbligo" a qualche festa paesana, la classica cena di fine estate con un numero sempre maggiore di bambini con il relativo caos completarono la fase del recu-

pero psico-fisico ed ero pronto, si fa per dire, ad affrontare il ritorno della patologia del periodo autunno-inverno. Eravamo nel mese di Ottobre, e negli ambulatori iniziava a riecheggiare la richiesta della vaccinazione antinfluenzale, i bambini riprendevano a fare a pugni con le tonsille, le mamme disquisivano di antibiotici e qualche anziano riacutizzava la propria bronchite cronica. Ero alle prese con gli abbassalingua, con il telefono che aveva ripreso a squillare con veemenza, con le medicazioni e quant'altro, quando inaspettata entrò Houria con un pancione che in condizioni normali avrebbe fatto veramente invidia. Ci salutammo e d'un lampo riaffiorarono tutti i ricordi del suo dramma. Era più coperta del solito, con una tunica tipica marocchina, il velo e la manica lunga e larga come a garantire più protezione: non doveva essere un abito casuale, anche perché nelle mani ma anche nelle braccia c'erano disegni che raffiguravano una sorta di tralcio che si diramava mirabilmente poi su tutto il corpo. Era tornata dal Marocco, mi disse, dove aveva consultato un ginecologo ma anche uno stregone: il primo aveva confermato la diagnosi senza però, per motivi religiosi, consigliare nessun trattamento, il secondo aveva praticato quella sorta di affresco rassicurandola che sarebbe andato tutto bene e che il problema si sarebbe risolto nel migliore dei modi. Tralasciai ogni commento, più per rispetto della situazione di quel grembo piuttosto che per convinzione, e fatto il contegno del periodo gestazionale consigliai una immediata consulenza ginecologica, in quanto si avvicinava inesorabile il momento dal parto.

Zakaria nacque il 26 ottobre 2006, quasi inatteso, anticipando di circa 20 giorni il termine naturale della gestazione, in un Ospedale diverso da quello in cui erano state effettuate le indagini ecografiche, per precisa scelta dei genitori, quasi a rinnegare l'evidenza di una diagnosi infausta e giudicata sbagliata nella capanna dello stregone, ignari dei problemi che avrebbero arrecato ai colleghi ginecologi, che non

essendo a conoscenza della situazione affrontarono il travaglio come se si fosse dovuto espletare un parto per via naturale. In realtà vista la impossibilità del feto ad impegnarsi nel canale del parto fu eseguita una ecografia che mise in evidenza la presenza di un enorme idrocefalo che impose la decisione di eseguire urgentemente un taglio cesareo. Successivamente fu presa la decisione di praticare una derivazione liquorale per ridurre la pressione endocranica e di usare un Sondino Nasogastrico per la nutrizione assistita, vista la mancanza totale del riflesso della deglutizione. Naturalmente nei giorni seguenti fui chiamato per rendere conto del perché questa gravidanza non fosse stata seguita correttamente e perché i colleghi ginecologi non fossero stati avvertiti in tempo. Nel frattempo il bambino era stato trasferito nel reparto di Pediatria. I colleghi mi dissero che si trattava di un caso di Oloprosencefalia con associata Sindrome di Dandy-Walker, il che giustificava l'enorme idrocefalo. Mi fu anche detto che sarei stato contattato dai Servizi Sociali per organizzare il ritorno di Zakaria alla propria dimora e per la gestione delle fasi iniziali e finali della sua vita.

Donata mi telefonò in un piovoso pomeriggio di Novembre. Essendo lei la Pediatra di Libera Scelta della nostra zona, a sua volta era stata contattata dai Servizi Sociali perché tributaria della gestione del piccolo Zakaria, ma era logicamente del tutto ignara di ciò che era successo in questo frattempo. Mi chiese di aiutarla e di gestire insieme questa situazione di notevole impegno professionale ma soprattutto umano. Decidemmo quindi di far visita a Zakaria prima delle sue dimissioni dall'Ospedale per capire meglio quale fosse la situazione. Trovammo Houria intenta ad accudire Zakaria con Mustapha accanto a lei in atteggiamento dimesso: furono felici di vederci in Ospedale, ci raccontarono ciò che era successo e che avevano bisogno di aiuto per poter affrontare l'inverno tutti insieme nella loro dimora. Era la prima volta che chiedevano aiuto, fin ora

nessuna richiesta era stata avanzata, nessuna domanda personale: tutto ora per Zakaria. Nei giorni successivi visitammo la loro casa insieme al personale dei Servizi Sociali: era un'umile abitazione, che avevano trovato sicuramente già arredata, in cui avevano inserito dei pezzi tipici provenienti dal Marocco. Notammo in particolare la presenza di tanti tappeti, di soprammobili raffiguranti animali del deserto, di alambicchi per la preparazione di tisane ed infusi, il tutto pervaso da un aroma atipico per le nostre abitudini olfattive. Ci colpì sicuramente la pulizia e la presenza di altre persone, estranee al loro nucleo familiare e di origine marocchina, che si alternavano per aiutarli nella gestione della loro vita quotidiana. Mustapha ci disse che aveva bisogno di una stufa a legna per poter riscaldare la casa, perché quella in uso doveva riconsegnarla quanto prima al suo legittimo proprietario. In verità, vista la lontananza da tutti i presidi ospedalieri, fu anche prospettata la possibilità di un soggiorno abitativo in una casa-famiglia, almeno per tutto il periodo invernale, ma alla fine dei conti non ci sembrò la soluzione migliore. Sradicarli dal loro contesto voleva dire annientare quel "Marocco in miniatura" che tutti insieme avevano ricostruito, e forse avrebbe segnato anche il nostro allontanamento e la sicura sfiducia nei nostri confronti. Mustapha ed Houria ci aprivano le porte della loro casa facendoci entrare nel loro mondo e noi non dovevamo assolutamente interferire con la loro scelta. Zakaria uscì dall'Ospedale di lunedì, su nostra specifica richiesta, per poter disporre dell'intera settimana per richiedere e ricevere quanto prima eventuali presidi sanitari ed avere il tempo per risolvere subito gli eventuali problemi che si sarebbero potuti presentare una volta tornati al proprio domicilio. Nel contempo chiedemmo l'appoggio dell'Ospedale per affrontare le eventuali emergenze. Ci fu anche detto che questi pazienti facevano la spola tra la casa e l'Ospedale perché tutte le complicanze erano dietro l'angolo pronte a manifestarsi

in maniera inaspettata. Zakaria era una bomba pronta ad esplodere da un momento all'altro! Era anche la metà di Novembre, e l'inverno iniziava a prodigarci i suoi rigori. Decidemmo di visitare Zakaria dapprima tutti i giorni, anche per imparare ad utilizzare al meglio la pompa per la nutrizione entrale, per conoscerlo meglio dal punto di vista medico, per capire lo stato d'animo dei genitori una volta lasciato l'Ospedale. Solo adesso potevamo osservare meglio la gravità del suo problema. Le dimensioni del cranio erano sproporzionate rispetto alla esilità del suo corpicino, lo sguardo assente e la quasi totale immobilità di tutte le articolazioni rendevano il quadro ancora più drammatico. L'esperienza dei decubiti delle persone anziane obbligate a letto per lunghi periodi mi fece pensare ad un materasso antidecubito da appoggiare nella culla, mentre Donata dava il meglio di sé nell'ascoltare il torace di un bambino comunque non collaborante: entrambi interagivamo per poter offrire a quella creatura tutto il meglio che la sua sfortunata vita non gli aveva destinato. Trascorsa la prima settimana di apprendimento, la seconda fu di assestamento e già la terza ci sentivamo molto più sicuri e tranquilli, capaci di affrontare e di correggere senza indugi i piccoli-grandi problemi che si presentavano. Aiutammo Houria anche durante i primi bagnetti, inventando la posizione più adatta per sostenere quel cranio sempre più grosso senza arrecargli ulteriori danni. La prima sostituzione del Sondino Naso Gastrico fu effettuata sotto la supervisione del Pediatra Ospedaliero, ma si dimostrò più una scusa per poter trascorrere poi una serata in trattoria piuttosto che per le difficoltà insite nella manovra medesima. In seguito diventammo autonomi anche in questa manovra. A quel punto decidemmo di ridurre la frequenza delle nostre visite, in quanto si limitavano a constatare giornalmente le condizioni per ora stabili di Zakaria: prima a giorni alterni poi due volte la settimana, sempre pronti ad intervenire a chiamata. L'unico dato che si mo-

dificava era la circonferenza del cranio, che era in costante aumento. Il tempo trascorreva inesorabile, ed in men che non si dica si avvicinava il Natale.

I festoni e gli addobbi riescono ad addolcire anche le storie più tristi e sarebbe stato semplice, in un altro contesto, far partecipi anche Houria, Mustapha ed Omaima della gioia del Natale, ma non riuscivamo ad interpretare interamente il loro pensiero. La loro TV trasmetteva in continuazione notizie e musiche marocchine, e non vedevamo certamente pubblicizzati panettoni, torroni o giocattoli che invece imperversavano nei canali nazionali. Continuavamo ad entrare nella loro casa arrivando agli orari più strani, compatibilmente con i nostri impegni lavorativi, qualche volta durante l'ora del pranzo altre volte durante l'ora di cena, senza notare sbavature sulla loro sempre più calda ospitalità. Soprattutto la sera potevamo assaggiare il tè con i dolcetti tipici marocchini, altre volte il cuscus o altri piatti a noi sconosciuti, in altre occasioni la pizza. Era comunque sempre costante la presenza di molti loro connazionali, con uomini e donne tradizionalmente divisi in stanze separate, con la difficoltà di conversare contemporaneamente con tutti: alcune volte ci adattavamo alle loro abitudini fermandoci ognuno nella "nostra" stanza, altre volte riuscivamo a riunirci tutti insieme per ascoltare qualche racconto particolare. Il dramma di Zakaria era vissuto in maniera sempre più normale. Un giorno notammo, alla finestra della cucina, la presenza di un piccolo alberello addobbato con palline e festoni natalizi: Omaima lo aveva riportato da scuola. Era il segno che stavamo aspettando. La vigilia di Natale portammo ad Houria un cappottino per Omaima ed una tutina imbottita per Zakaria. Evitammo i giocattoli per paura di offendere troppo la loro religiosità, mentre accettò di buon grado i nostri doni, arrivati, disse, in un momento di particolare difficoltà. Trascorremmo le festività natalizie con grande serenità, credo tutti quanti: ci permettemmo anche il lusso di salta-



re qualche visita, in quanto le condizioni generali di Zakaria erano ancora stabili. Eravamo orgogliosi di aver raggiunto questo obiettivo, sia dal punto di vista umano che medico, ma quanto sarebbe durato questo stato di grazia non era noto a nessuno di noi.

Le condizioni generali di Zakaria iniziarono ad incrinarsi all'inizio di Febbraio. Al termine di ogni nostra visita, registrando i parametri vitali nel diario clinico dell'ADI, iniziavamo a segnalare anche la presenza di rantoli polmonari sempre più diffusi, di un impegno respiratorio sempre più importante, di tachicardia, di iperemia-decubito del cranio, di una minima cianosi periferica, di una ulteriore riduzione dei movimenti degli arti. Questi segni non ci rendevano sereni e alla fine delle visite iniziavamo a far partecipe anche Houria dei nostri dubbi. Aleggava su di noi il dubbio di uno scompenso della funzionalità cardiaca, e quindi le chiedemmo di controllare regolarmente la funzionalità dell'emuntorio renale, la temperatura del corpo e la presenza di un eventuale ulteriore peggioramento della frequenza respiratoria. Houria rispose in maniera egregia alle nostre richieste, e facendo un bilancio idrico giornaliero ci rendemmo conto che Zakaria stava in effetti trattenendo troppi liquidi. Iniziammo una terapia diuretica e nel giro di pochi giorni le condizioni di Zakaria migliorarono nettamente. Riequilibrammo una eventuale perdita di potassio e continuammo i controlli periodici di sempre. Consci comunque del nostro trattamento empirico, richiedemmo una valutazione cardiologica che purtroppo confermò la presenza di una dilatazione del Ventricolo Sinistro con segni di scompenso. Mustapha ed Houria ritornarono dall'Ospedale molto tranquilli, ci riferirono che i dottori si erano meravigliati di aver trovato Zakaria ancora in vita e avevano chiesto quali ospedali avessero frequentato durante questi mesi. Alla risposta che mai Zakaria era stato ricoverato in nessun Ospedale ci furono parole di elogio nei confronti di tutti, e tutto questo ci rese ancor più consa-

pevoli che i nostri sforzi non furono vani.

Zakaria ci lasciò il 21 Aprile 2007, alle 16.00 di un sabato pomeriggio. Le sue condizioni generali erano lentamente ed inesorabilmente peggiorate, vani erano stati i tentativi di incrementare la terapia diuretica, come del tutto sconsigliata fu l'introduzione di altri trattamenti attivi. Mustapha ed Houria decisero di non portarlo in Ospedale, perché ci dissero che comunque non avrebbe ricevuto cure migliori di quelle che stava ricevendo a casa: eravamo noi che dovevamo decidere quale fosse stata la strategia migliore, affidandoci totalmente le sorti del loro bambino. Tutto questo ci aveva caricato di nuove responsabilità. Avevamo incrementato la nostra presenza e durante l'ultima settimana avevamo preparato i due genitori al dramma finale, prefigurando loro l'exitus come uno stop della funzione cardiorespiratoria. Houria mi telefonò piangendo, dicendo che Zakaria era morto. Arrivai dopo circa un ora, e per strada mi chiedevo come un padre e una madre avrebbero potuto sopportare il peso della perdita di un figlio. L'esperienza personale mi aveva fatto vivere alcuni drammi familiari pesanti, ma mai in così tenera età. Scesi di macchina e mi preparai al peggio. Houria mi aspettava sulla porta di casa, piangeva. Era un pianto dignitoso, composto, pieno di profondi sentimenti di gratitudine, forse anche liberatorio per le troppe sofferenze che il suo bambino aveva vissuto. Mustapha era seduto in una seggiola, si alzò e con le lacrime agli occhi mi disse: "Grazie per tutto quello che avete fatto per Zakaria". A quel punto ci abbracciammo.

Avevamo notato ultimamente un cambiamento della disposizione della loro casa. La stanza che precedentemente era la loro camera era stata svuotata di tutti i mobili ed il pavimento era stato ricoperto da un enorme tappeto finemente ricamato. Era sicuramente la stanza dedicata alla preghiera, preparata appositamente per questo evento, poiché tutti gli amici vi entravano e vi uscivano mantenendo un atteggiamento

di mesto raccoglimento. Le preghiere personali a Zakaria furono recitate da un amico di famiglia che entrò nella camera con il Corano ed un tappetino e lì rimase per circa mezz'ora. Al di fuori c'era un grande fermento. Arrivò un furgoncino da cui furono scaricate pentole e numerose borse contenenti cibarie, ma i cuochi si dileguarono in una stanza attigua alla casa e ivi si rinchiusero all'istante. Continuavano ad arrivare marocchini che abbracciavano un Mustapha sempre più piangente e che salutavano invece Houria con un grande inchino seguito da un colpo sul petto. Certamente stavano organizzando una veglia in onore di Zakaria che si sarebbe protratta fino al giorno successivo. Mustapha mi disse che se ci fosse stato lì vicino un cimitero mussulmano lo avrebbero sepolto prima del tramonto del sole, anzi mi chiedeva se caricandolo in macchina lo avrebbe potuto trasportare lui stesso al cimitero e lì seppellirlo: rimase sorpreso quando gli dissi che le pratiche della sepoltura erano regolamentate da una legge estremamente rigida, che io avrei iniziato a compilare i primi documenti, che all'indomani il medico necroscopo avrebbe autorizzato la sepoltura e che sarebbe stato necessario un mezzo idoneo per il trasporto della bara. Mustapha annuì, ma mi resi conto che per lui erano procedure troppo complicate per dividerle. Mentre aspettavo di poter espletare le pratiche burocratiche osservavo la piccola folla che si stava formando: erano facce note, le stesse persone con cui avevamo condiviso dei momenti sereni durante le nostre visite a Zakaria. Per questo non mi consideravano un estraneo, e potei assistere con tranquillità alla preparazione del rituale per la veglia e la preghiera funebre che di lì a poco sarebbe iniziata.

Arrivò anche un marocchino con quattro bambini, uno di circa un anno, gli altri più grandi: mi disse che di fronte a certe cose non c'era niente da fare, e che comunque non si può far altro che aspettare gli eventi. ■

## Una grave perdita

*Il sette giugno u.s., non ancora sessantasettenne, Vittorio Caloni Primario Chirurgo dell'Ospedale S. Donato e Direttore del Dipartimento di Chirurgia della nostra ASL, ci ha lasciati. Una grande, dolorosa perdita, un vuoto smisurato che ha privato la comunità medica aretina -e non solo quella- dell'Uomo, del Maestro e del Professionista, rubandoci quelle eccellenze che le due componenti della Sua personalità, quella umana e quella del valente chirurgo in Lui coesistenti, si compenetravano per fare quel grande "Egli" che Vittorio era.*

*Competente, umano, altruista, equilibrato, sempre disponibile a soddisfare (su tutto) le esigenze dei malati sofferenti, senza mai concedersi sconti di impegno di fronte alla stanchezza per le molte ore lavorative continue al tavolo operatorio, meglio ancora, di fronte alle pur legittime richieste della propria vita privata, personale o familiare che fossero. Sempre a favore dei malati!*

*Ma questo ricordo di Vittorio Caloni vuole anche contenere la memoria del Suo prodigarsi in seno al Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici di cui, per svariati mandati, fu il Vice Presidente (ora ne era il Tesoriere in carica). Lo ricordiamo sempre collaborativo, competente, fermamente rispettoso del Codice Deontologico e, perciò, anche conciliante quando occorreva essere tale per il grande spirito di umanità e di etica che ne pervadevano l'agire in ogni circostanza.*

*L'Ordine dei Medici della Provincia, a mezzo delle righe di questo ricordo, a nome di tutti gli iscritti, associa il dolore, il rimpianto ed il luttuoso sgomento, alla speranza che Vittorio, indicando sempre a tutti la strada dell'agire da Uomo Nobile, non sia passato invano accanto e tra tutti noi.*

*Alla signora Giovanna ad Antonio, Chiara ed Enrico (entrambi nostri colleghi) vada la grande solidarietà di quanti, per certo, non dimenticheranno mai il perduto Amico Vittorio.*

*Il Consiglio Provinciale dell'Ordine  
La Redazione de "Il Cesalpino"*

### **Vittorio Caloni: medico, uomo, collega.**

**S**i dice che per svolgere alcune professioni sia necessaria una vera e propria vocazione; sicuramente tra queste quella del medico rappresenta ancora, nell'immaginario collettivo, un'attività che richiede oltre ad una preparazione di alto livello anche passione e dedizione al prossimo senza uguali.

Vittorio, con tutta la sua esistenza, è la testimonianza di come il medico sia davvero un missionario del nostro tempo; egli è stato un uomo che ha dedicato alla persona sofferente e angosciata per il futuro, attenzione e vicinanza non solo in qualità di medico e oltre ogni limite di tempo professionale.

Per questo la sua vita privata e quella ospedaliera (le intense e lunghe sedute operatorie, gli ambulatori) si intrecciavano senza soluzione di continuità e senza distinzione di giorno settimanale o stagione dell'anno. Il malato davvero per lui aveva ogni precedenza. Anche la scelta

del luogo di vacanza era legata alla distanza dall'Ospedale di Arezzo; infatti durante le ferie estive puntualmente programmava gli interventi che eseguiva anche nei suoi giorni di ferie rientrando dalla villeggiatura. Questo anche per evitare le liste di attesa per interventi connessi a malattie gravi.

Iniziava molto presto l'attività operatoria ma la giornata proseguiva con la visita nel reparto, gli ambulatori all'interno dell'ospedale e le innumerevoli telefonate alle quali, come ricordano in molti, rispondeva con un tono sempre gioioso quasi fosse lui in attesa della telefonata. Queste chiamate spesso si concludevano con visite a pazienti che ormai a casa richiedevano visite a domicilio; non ultimi i malati terminali seguiti dal progetto "Scudo". Questi malati, specialmente quelli operati direttamente da lui, venivano visitati frequentemente direttamente e gratuitamente a domicilio e ricevevano oltre al conforto del corpo anche quello della grande umanità

che Vittorio sapeva trasmettere.

Un donarsi gratuito e sincero per aiutare il paziente senza distinzione di livello sociale, razza e cultura.

Il malato era sempre avanti a tutto e a tutti e chi lo assisteva era ascoltato da Vittorio, anzi aveva la precedenza anche sui colleghi di lavoro. A questo proposito cito un episodio simpatico: il dott. Cherubini stava parlando con Vittorio dell'andamento del Reparto mentre si incamminavano nella corsia, quando una congiunta di un malato lo fermò per notizie sul parente; subito Vittorio si scusò con il collega e rispose alle domande postegli. Dietro la signora arrivarono anche altri pazienti o loro familiari e puntualmente Vittorio si rese disponibile per questi ultimi scusandosi nuovamente con il collega per le interruzioni. Quest'ultimo, stanco di aspettare, si tolse il camice e si mise in fila. Arrivato il suo turno disse a Vittorio: "ora non ho più il camice quindi tocca a me!".

Vittorio univa alle sue capacità pro-



fessionali, espresse con dedizione e passione, una dote particolare e rara che è indice di animo grande: l'umiltà profonda che gli deriva dal rispetto cristiano per il prossimo, chiunque esso fosse, e dalla profonda convinzione che siamo solo semplici strumenti di un grande disegno superiore.

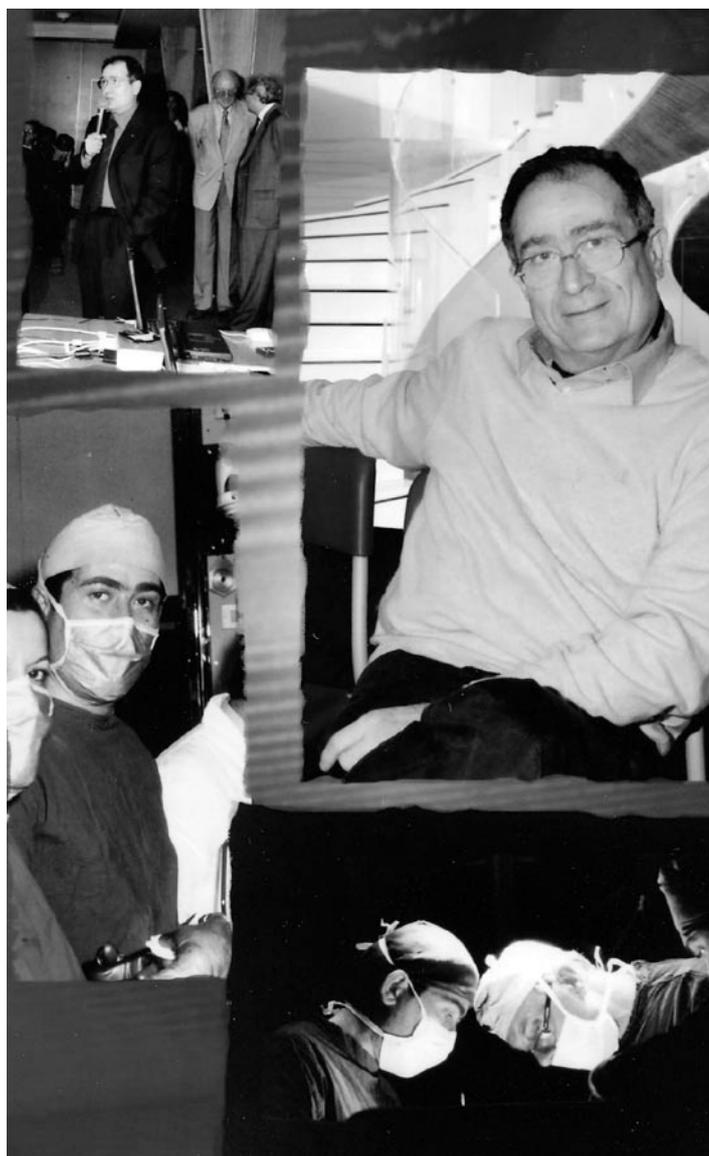
Trattava tutti con la massima educazione e umanità; anche con i colleghi e collaboratori era di una disponibilità assoluta; sapeva però far capire con grande precisione quello che si aspettava da loro tanto che, conoscendo il suo modo di lavorare, alcuni riuscivano ad anticipare le sue richieste. Professionalità ed umanità sono un binomio che solo le grandi persone sanno coniugare e si traduce in termini di disponibilità, semplicità, affabilità che non tutti coloro che salgono in alto riescono a portare con sé.

Caro Vittorio, ci mancherai tanto!

Firmato:

*Un amico medico del reparto,*

*dott. Anacleto Monti*



## **Momenti di "gioia" sul luogo di lavoro con il maestro e fratello indimenticabile Vittorio Caloni.**

**N**oi collaboratori, che abbiamo condiviso con il Dott. Caloni la vita professionale, rammentiamo con emozione e sentimenti di amicizia gli innumerevoli momenti che ci hanno consentito di apprezzarlo anche per la sua grande umanità e serenità di animo.

Nei momenti in cui si creavano situazioni di tensione per il lavoro il Dott. Caloni era solito sdrammatizzare con qualche breve barzelletta, che sapeva raccontare in maniera magistrale, in modo da consentirci di riprendere immediatamente il lavoro con ritrovata distensione e serenità.

Nelle giornate particolarmente amare, a causa di situazioni difficili che si creavano per la mole di lavoro o per la scarsa disponibilità di taluni collaboratori, ogni tanto "addolciva" l'atmosfera offrendo a ciascuno un "bacio" (Perugina) che magari gli erano stati regalati e che custodiva nel suo armadietto.

Solo adesso ci rendiamo conto dell'importanza dei suggerimenti ed insegnamenti di vita che ci ha lasciato quando ci faceva riflettere su brani o poesie, profonde, che trovava su internet o su libri e che puntualmente ci commentava lasciando diverse copie per successivi momenti di approfondimento. In particolare ricordiamo quella intitolata: "il valore di un sorriso".

Dal momento che la maggior parte della sua giornata la viveva con noi ci faceva partecipi del suo mondo privato familiare. Raccontava con affettuosa partecipazione i racconti e gli aneddoti sui suoi nipotini, i cartoni animati che vedeva con loro e che regolarmente, quelli che lui reputava più belli, regalava a chi, tra noi, aveva figli.

L'affetto che in mille modi dimostrava a tutti noi che collaboravamo con lui nel lavoro è stato chiaramente ribadito il 14 febbraio 2008, giorno di San Valentino, con una lettera di ringraziamento per il modo con cui avevamo svolto il nostro lavoro.

Eravamo particolarmente orgogliosi di festeggiare ogni anno, nei momenti di pausa il suo compleanno, il 13 novembre, giorno da noi atteso. Addirittura questo anno, durante il suo ricovero in ospedale, aveva promesso che, seppur dimesso, sarebbe tornato per festeggiare con noi. È stato puntuale come sempre nel rispettare questa sua promessa. Queste manifestazioni di affetto ce lo facevano sentire fratello e amico; era sempre presente alle cene da noi organizzate ma soprattutto ha sempre condiviso i nostri dolori.

Firmato:

*Il personale infermieristico del Blocco Operatorio di Chirurgia dell'Ospedale di Arezzo*

# MEDICINA DI GENERE

## Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Arezzo

### PER INFORMARE E FORMARE

**A**umenta l'attenzione nei confronti della medicina di genere su tutto il territorio nazionale, accogliendo il documento programmatico proposto dall'OMS nel 1988 "una sfida di genere".

Differenze di genere nella salute e nell'assistenza sanitaria sono descritte in tutto il mondo e i primi studi risalgono agli anni '70 '80 e riguardano tutti i campi della medicina.

Nonostante il significato che viene attribuito a "sesso" e "genere" sia per molti interscambiabile, l'OMS descrive il sesso come esito di caratteristiche biologiche legata alla funzione riproduttiva e il genere come il riferimento sociale di attività, comportamenti e attributi che la società considera specifici per uomo e donna.

Non sono solo le caratteristiche biologiche, ma anche quelle socioculturali, storiche e psicologiche che differenziano il genere e influenzano lo stato di salute di donne e uomini.

La comunità scientifica sollecita la divulgazione di una "cultura di genere" e per questo il nostro ordine ha organizzato un convegno che si terrà il 31 ottobre prossimo.

I relatori affronteranno solo alcuni dei principali argomenti, ma vorremmo proseguire l'aggiornamento con altri corsi di formazione, perché ogni singolo medico possa vivere nella sua pratica quotidiana la dimensione di genere.

dr Silvana Saullo



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Arezzo

Viale Giotto 134 - 52100 AREZZO  
Tel. 0575/22724 Fax 0575/300758  
chirurgi@omceoar.it  
www.omceoar.it



Commissione Pari Opportunità  
Ordine dei medici di Arezzo



Federazione Nazionale degli Ordini dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



# Corso ECM

## Medicina di Genere: nuova dimensione della Salute, nuova priorità in Sanità

31 Ottobre 2009

Auditorium "Pieraccini", presso P.O. San Donato, Arezzo

**Ore 8.30**      **Registrazione partecipanti**

**Ore 9.00**      **Introduzione**

Dr.ssa Teresita Mazzei, *Membro della Commissione Nazionale Pari Opportunità della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici*

**Ore 9.30**      **Appropriatezza nell'assistenza alla salute delle donne**

Dr.ssa Serena Donati, *Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva-CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità*

**Ore 10.00**     **PSR: la salute delle donne come paradigma di civiltà**

Dr. Valtere Giovannini, *Responsabile dell'Area Coordinamento Sanità della Regione Toscana*

**Ore 10.30**     **L'attenzione al genere una sfida possibile in Medicina Generale**

Dr.ssa Raffaella Michieli, *Segretario SIMG e Responsabile dell'Area Salute della Donna SIMG*

**Ore 11.00**     **Salute e sicurezza al lavoro in ottica di genere: linee guida delle agenzie ambientali**

Dr.ssa Danila Scala, *Responsabile Epidemiologia Ambientale dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Toscana - ARPAT*

**Ore 11.30**     **Profilo di salute della popolazione femminile in Toscana**

Dr. Francesco Cipriani, *Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*

**Ore 12.00**     **Farmacologia e problematiche di genere**

Dr.ssa Flavia Franconi, *Docente di Farmacologia cellulare dell'Università di Sassari; Vice-Presidente della Società 'Salute e medicina di genere'; Componente Direttivo Società Italiana di Farmacologia (SIF)*

**Ore 12.30**     **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti guidato da un conduttore**

Dr.ssa Silvana Saullo, *Coordinatore Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Arezzo;*  
Dr. Roberto Romizi, *Coordinatore Commissione Professionale ed ECM Ordine dei Medici di Arezzo*

**Ore 13.30**     **Fine dei lavori**

*Sono stati richiesti gli interventi del Ministero delle Pari Opportunità e del Ministero della Salute.*

**Moderatori:**

Romizi Roberto, *Coordinatore Commissione Professionale ed ECM Ordine dei Medici di Arezzo*

Saullo Silvana, *Coordinatore Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Arezzo*

**Responsabile scientifica:**

Dr.ssa Silvana Saullo  
Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Arezzo  
chirurgi@omceoar.it  
Tel 0575 22724 Fax 0575 300758

**Segreteria organizzativa:**

Dr.ssa Lucia Lenzi, Dr. Roberto Romizi  
Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Arezzo  
chirurgi@omceoar.it  
Tel 0575 22724 Fax 0575 300758





Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Comunicato stampa

# D

## OCUMENTO DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO SULLE D.A.T. (*Dichiarazioni Anticipate di Trattamento*)

**I Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)**, riunito a Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle *“Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”* (DAT) che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione.

Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinnanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto

paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, è ciascuno *“auto-re”* di scelte, ovvero entrambi esprimono l'**autonomia** e la **responsabilità** che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare

LEGGI DECRETI DOCUMENTI FNOMCEO E ENPAM



forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- **il principio di giustizia** che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- **il principio di beneficiabilità e non maleficità** che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- **il principio dell'autodeterminazione del paziente** che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al **principio di autonomia e responsabilità del medico** che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche.

Questo richiamo ad un pieno riconoscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restaurazione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini:

sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile,

sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali

protetti dalla nostra Costituzione,

sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia, della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (**beneficiabilità- non maleficità**) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (**eutanasia**) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (**accanimento diagnostico-terapeutico**).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (**abbandono terapeutico**) e viola il principio di **autonomia del cittadino** se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali nelle fasi avanzate di malattie cronico-degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefinito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà.

Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato

successivamente nel 2006 (**art. 35**...*Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.* **art.38** ...*Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato*) delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico.

Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia del medico devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente *"Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"* approvato in prima lettura al Senato, la FNOMCeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifiche e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l'impegno dei soli medici.

Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

- L'informazione posta alla base dell'alleanza terapeutica deve avvalersi di un investimento formativo tale da garantire l'efficacia e l'appropriatezza della comunicazione.
- Ai processi di cura coinvolgenti pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita.
- Va concretizzato un forte impegno della ricerca, sia in campo diagnostico che terapeutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico degenerative avanzate caratterizzate da compromissione o perdita irreversibile dello stato di coscienza.
- Va definita e finanziata una rete nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee

a rendere accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un'esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura.

- Nelle specifiche condizioni oggi inquadrate come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l'elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale.

In riferimento ad alcune controverse e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.

- È nostra convinzione che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative e competenze giudiziarie che ha fatto seguito alla vicenda Englaro, ha determinato una forte accelerazione del processo legislativo in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne gli ambiti di efficacia.
- Su queste delicate ed intime materie il legislatore dovrà intervenire formulando un *"diritto mite"* che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell'interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L'autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.
- In tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà "capace", ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative carat-



terizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi un'incapacità ad esprimere volontà attuali.

- Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futuri e sproporzionati (accanimento terapeutico).
- Le dichiarazioni anticipate vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.
- Le dichiarazioni anticipate vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.
- In presenza di dichiarazioni anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.
- In accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze,

le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.

- L'eventuale individuazione della figura del "Delegato/Fiduciario", richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.
- Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di coscienza e coscienza rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.
- Il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene infine indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni, anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate. ■



*Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE  
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
SETTORE SALUTE  
UFFICIO V - MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

Ai

- Direttori Generali
- Direttori Sanitari
- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
- Responsabili UF e UO Igiene Pubblica
- Responsabili UO Malattie Infettive delle Aziende Sanitarie Toscane
- Responsabili dei Laboratori di Rif.to
- Membri del Comitato Pandemico Reg.le
- Presidente dell'Ordine dei Medici

# **I**NFLUENZA DA VIRUS A(H1N1)v

## **Aggiornamento delle indicazioni relative all'impiego dei farmaci antivirali per l'influenza da virus influenzale A(H1N1)v**

### **Premessa**

**L**a attuale situazione epidemiologica della nuova influenza da virus A(H1N1)v la caratterizza a tutti gli effetti, fin dalla seconda metà dello scorso mese di giugno, come pandemia. Sono infatti sempre più numerose le aree del globo in cui si verifica trasmissione sostenuta di comunità, ed il numero di casi segnalati all'OMS ha superato fin dai primi giorni di luglio le 100.000 unità.

La diffusione senza precedenti della infezione da virus A(H1N1)v, favorita dai viaggi e scambi internazionali, che nell'arco di poco più di sei settimane ha raggiunto le dimensioni che in precedenti pandemie si erano avute nell'arco di 6 mesi, ha portato all'attuazione di diverse modalità di sorveglianza e richiede anche un diverso approccio nelle modalità di prevenzione e controllo dell'influenza, nonché nell'impiego dei farmaci antivirali.



## **Indicazioni per il trattamento e la profilassi dell'influenza A(H1N1)v**

È necessaria la razionalizzazione delle risorse disponibili di antivirali, per non essere impreparati nel caso in cui si dovesse andare incontro ad un improvviso incremento dei contagi o ad un aumento dei casi di infezione grave e, quindi, ad una aumentata richiesta di farmaci per il loro trattamento.

Benché sia prevista la disponibilità, entro il prossimo autunno, di un vaccino attivo contro l'attuale ceppo A(H1N1)v, esso non avrà efficacia del 100%, né sarà disponibile in dosi sufficienti a coprire tutte le necessità. Pertanto, almeno nell'immediato futuro, i farmaci antivirali rivestiranno un ruolo fondamentale nel trattamento delle infezioni e nella profilassi dei soggetti esposti. Va inoltre considerato che i soggetti che presentano controindicazioni alla vaccinazione antinfluenzale non potranno comunque giovarsene.

Nel corso dello sviluppo della attuale pandemia, un uso improprio di tali farmaci potrebbe comportare il consumo delle scorte disponibili e indurre resistenze nei ceppi virali.

Infatti, benché al momento il virus A(H1N1)v non sembri mostrare, almeno in Europa, una maggiore virulenza rispetto ai comuni ceppi stagionali (ECDC), è necessario ricordare che anche nel corso di precedenti pandemie ad una prima ondata di entità modesta ne sono seguite altre di intensità crescente.

## **Generalità**

La maggior parte dei pazienti con influenza non complicata, specialmente adolescenti e giovani adulti, possono essere trattati in modo sintomatico e non necessitano di interventi specifici.

Mentre, nei soggetti anziani (>65 anni) il trattamento con farmaci antivirali può rappresentare una buona opzione.

Il trattamento farmacologico dovrebbe essere considerato specialmente nei soggetti con un elevato rischio di sviluppare complicanze gravi in corso di infezione o con un quadro clinico grave.

Al momento attuale il virus A(H1N1)v risulta resistente ai farmaci amantadini (amantadina e rimantadina) e sensibile agli inibitori delle neuraminidasi (oseltamivir e zanamivir), salvo pochissimi casi descritti.

## **Indicazioni per il trattamento dei casi sospetti, probabili e confermati**

Le raccomandazioni prodotte dal CDC di Atlanta e dall'ECDC di Stoccolma hanno indicato il corretto utilizzo di agenti antivirali per il trattamento e la profilassi dell'infezione da A(H1N1)v al fine di ottimizzare la gestione delle risorse disponibili.

Per il trattamento dell'infezione da virus A(H1N1)v sono attualmente indicati sia oseltamivir che zanamivir. Naturalmente, tali indicazioni possono modificarsi nel tempo, in base all'acquisizione di nuovi dati ed evidenze.

Il 'giudizio clinico' è un fattore importante nella decisione di trattare o meno un paziente. A questo proposito, va sottolineato che, nella maggior parte dei casi, l'influenza da virus A(H1N1)v si comporta come una malattia respiratoria acuta auto-limitante. Il trattamento antivirale può apportare pertanto un beneficio modesto nelle persone che non siano a rischio di complicanze.

Da quanto esposto ne consegue che persone con sospetta influenza A(H1N1)v che presentino una malattia febbrile non complicata non richiedono il trattamento, a meno che non siano a rischio di sviluppare complicanze che rendano grave il quadro clinico.

Il trattamento con antivirali è **fortemente raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati di influenza A(H1N1)v, che presentino i seguenti indicatori di gravità:

- ipossia (anche con radiografia del torace negativa),
- shock ipotensivo,
- alterazione del sensorio.

Il trattamento con antivirali **è raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati di influenza A(H1N1)v, in persone che abbiano le seguenti condizioni che possono facilitare lo sviluppo di complicanze:

- gravidanza o donne in allattamento,
- asma in trattamento,
- obesi con Indice di Massa corporea (BMI - *body mass index*) superiore a 30.

Per quanto riguarda l'uso dei farmaci antivirali in gravidanza, **è raccomandato** l'uso degli antivirali sia per il trattamento che per la profilassi delle donne gravide, dal momento che non c'è evidenza di teratogenicità di tali farmaci sul feto.

Anche per le donne in allattamento **è raccomandato** l'uso degli antivirali sia per il trattamento che per la profilassi. Non è necessario modificare le dosi né è necessario sospendere l'allattamento, poiché i vantaggi dati dal latte materno per il lattante, dal punto di vista immunitario, sono maggiori dei rischi di tossicità di tali farmaci, peraltro assolutamente trascurabili.

L'uso degli antivirali **deve essere considerato** nei casi sospetti, probabili o confermati di influenza A(H1N1)v, che rientrano nelle categorie a rischio per lo sviluppo di complicanze:

- A. bambini di età inferiore a 2 anni;
- B. persone affette da malattie croniche polmonari, cardiovascolari (esclusa l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete ed altri disordini metabolici, infezione da HIV ed immunodepressi per cause naturali o iatrogene.

Se un paziente non è ospedalizzato e/o non è a rischio elevato di complicanze, la decisione circa il trattamento va assunta in base al giudizio clinico.

Una volta presa la decisione, il trattamento deve essere iniziato il più presto possibile dopo la comparsa dei sintomi e portato a termine a meno della comparsa di eventi avversi: **la durata del trattamento terapeutico è di 5 giorni.**

I dosaggi consigliati per il trattamento e la profilassi con farmaci antivirali sono riportati in Tabella 1 e 2.

### **Indicazioni per la profilassi dei contatti**

Per la eventuale profilassi dell'infezione da A(H1N1)v possono essere utilizzati indifferentemente sia l'oseltamivir che lo zanamivir.

### **La durata del trattamento profilattico è di 10 giorni dall'ultima esposizione.**

La profilassi **è raccomandata** per i seguenti soggetti:

contatti stretti dei casi probabili o confermati che rientrano nelle categorie a rischio per lo sviluppo di complicanze in corso di influenza (come riportato per le indicazioni di trattamento), se la situazione clinica dovesse presentare un sensibile aggravamento ad esempio una virulenza superiore a quella sviluppata dai virus influenzali stagionali.

La profilassi **può essere considerata**, almeno nell'attuale fase dell'epidemia, per i seguenti soggetti:

- bambini che frequentano la scuola o centri diurni che siano ad alto rischio di sviluppare complicanze in corso di infezione da virus influenzali e che abbiano avuto un contatto stretto (faccia-a-faccia) con un caso sospetto, probabile o confermato.

La profilassi può essere presa in considerazione sulla base di un'appropriata valutazione del rischio per gli operatori sanitari che abbiano riportato un'esposizione a materiale contenente virus A/H1N1 potenzialmente infettante oppure a pazienti (casi sospetti, probabili o confermati) e che non abbiano osservato



le precauzioni standard e di igiene respiratoria, né utilizzato in modo adeguato i dispositivi di protezione individuale. Pertanto, si sottolinea per tali categorie, l'importanza all'utilizzo adeguato dei dispositivi di protezione individuale anche in presenza di casi sospetti già nella fase di triage dei pazienti.

Il Direttore dell'Ufficio V  
Dr.ssa Maria Grazia Pompa

f.to IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Fabrizio Oleari

**Tabella 1. Trattamento e chemioprolifassi del virus dell'influenza A (H1N1)v: dosi raccomandate**

Farmaco indicazioni per gruppo		Trattamento	Chemioprolifassi
<b>Oseltamivir</b>			
<b>Adulti</b>		75-mg x 2/di per 5 di	75-mg al di
<b>Bambini ≥ 12 mesi</b>	≤ 15 kg	60mg/di divisi in 2 dosi	30 mg/di
	16-23 kg	90 mg/di divisi in 2 dosi	45 mg/di
	24-40 kg	120 mg/di divisi in 2 dosi	60 mg/di
	> 40 kg	150 mg/di divisi in 2 dosi	75 mg/di
<b>Zanamivir</b>			
<b>Adulti</b>		2 inalazioni da 5-mg (10 mg in totale) 2 volte al di	2 inalazioni da 5-mg (10 mg in totale) /di
<b>Bambini</b>		2 inalazioni da 5-mg (10 mg in totale) 2 volte al di (età ≥ 7 anni)	2 inalazioni da 5-mg (10 mg in totale) /di (età ≥ 5 anni)

N.B. Per il trattamento delle donne gravide, l'oseltamivir sarebbe preferito a causa della sua attività sistemica, mentre per la chemioprolifassi la scelta è meno chiara. Lo zanamivir potrebbe essere preferito per il limitato assorbimento sistemico, ma le complicanze respiratorie associate alla modalità inalatoria di somministrazione dovrebbero essere considerate specie nelle donne a rischio di problemi respiratori.

**Tabella 2. Trattamento e chemioprolifassi del virus dell'influenza A (H1N1)v: dosi raccomandate per soggetti di età inferiore ad un anno.**

Età	Oseltamivir: Dose raccomandata per il trattamento, per 5 di	Oseltamivir: Dose raccomandata per la profilassi, per 10 di
< 3 mesi	12 mg 2 volte al di	Non raccomandata a meno che la situazione non sia giudicata critica, a causa di dati limitati in questo gruppo
3-5 mesi	20 mg 2 volte al di	20 mg una volta al di
6-11 mesi	25 mg 2 volte al di	25 mg una volta al di

## Parliamone!

**S**to leggendo, e ne valuto i contenuti, un prospetto che illustra gli scopi della **FEDER.S.P.eV.** Come si sa, l'acronimo in questione sta per **FEDE-**  
**R**azione **S**anitari (farmacisti, medici, veterinari) **P**ensionati **e** **V**edove.

È, un Organismo loro dedicato e da loro formato, che si adopera a favore di un solidale sostegno categoriale agli iscritti. Sono, dunque, Soci (effettivi, sostenitori, onorari) ben definiti che il massimo di considerazione rispettosa meritano per quanto hanno operato in vita lavorativa o per quanto hanno sofferto per la premorienza del Coniuge.

Leggo, altresì, che il contenuto motivazionale istituzionalmente perseguito dalla Federazione, che rappresenta ed accoglie questa popolazione di Sanitari pensionati e delle loro Vedove, coinvolge la tutela di interessi morali, economici, giuridici, professionali ed assistenziali, la difesa dei diritti acquisiti o da acquisire nonché la possibile (in limiti pur dovuti) ricerca di assistenza morale e materiale ai Soci, impiegando una "**vis operandi**" ispirata a dialettiche ed azioni di tipo sindacale, propugnando anche l'autodeterminazione e la piena rappresentatività nei vari organismi sanitari, nei confronti del SSN e delle istituzioni dello stesso, anche in fase di proposizione di iniziative legislative.

Non è poca cosa, Lettori! Ci vedo una grande continuità tra gli Organismi Sindacali cui noi medici ci affidiamo in tempi lavorativi (da convenzionati o dipendenti) ed il successivo periodo di quiescenza pensionistica, allorquando spesso l'incedere degli anni e la concreta conclusione dell'iter lavorativo. Fanno balenare e poi percepire tanto disagio per la caduta dell'operatività nei rispettivi ruoli perduti. La **FEDER.S.P.eV.**, dunque, è **l'ausilio attivo** che opera a pro degli iscritti; e ciò anche in questa nostra provincia mediante una Sezione rinnovata recentemente in seno ad un esecutivo neo-eletto (vedi box a stampa nel n°21 di questa stessa rivista), conscia come è del molto lavoro da affrontare con sistematicità e determinazione, ma soprattutto desiderosa di essere conosciuta, valutata ed eventualmente scelta per incrementare e potenziare l'organico numerico degli iscritti (il ché ne è il presupposto operativo indispensabile).

Un'opportunità, dunque, che la **FEDER.S.P.eV.** vuole celebrare nell'esercizio di un degno modo di onorare e perpetuare le grandi valenze umana e morale profuse, nella concretezza della professione medica attiva, da tutti gli attuali Pensionati sanitari ma anche dalle loro Vedove.

(La sezione aretina della **FEDER.S.P.eV.** è accolta presso la sede dell'Ordine dei Medici in via Giotto, ove è possibile ricorrere per informazioni e notizie)

Cesare Maggi  
*Consigliere Ordinario*

# 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 – E-mail: [chirurghi@omceoar.it](mailto:chirurghi@omceoar.it) così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a [chirurghi@omceoar.it](mailto:chirurghi@omceoar.it)
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'Istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il numero di 15.
- 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. Pathogenic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *HepatoI* 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.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.
- 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 4 colori.
- 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.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:  
L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.  
Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.
- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. È vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- È prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.

