

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVI n. 2 febbraio 2018 - Spedizione in Abbonamento Postale -

Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

FEBBRAIO 2018 **2**



1 caso ogni 500 nati
PCI: 300 Bambini Regione
sociata a PCI: 87,5%
15%

Paraparesi e tetraparesi spastica

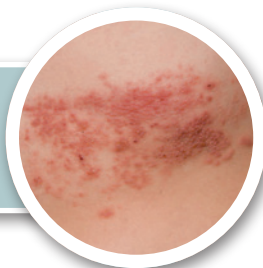
Le cure di fine vita



Istituto Tecnico Toscano



Herpes Zoster



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE





J. G. [unclear]



Anno XXXVI - n. 2 febbraio 2018

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-fiorenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Editore

Pacini Editore Srl
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacineditoremedicina.it

Advertising and New Media Manager: Manuela Mori
Tel. 050 3130217 • mmori@pacineditore.it

Ufficio Editoriale: Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacineditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.grafichepacini.com

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, 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. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:

a.barresi@omceofi.it

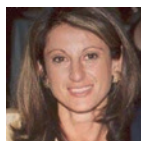
Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Renato Natali
Veglione di Carnevale
olio su compensato
cm 10x15
Firenze,
collezione privata

In 2ª di copertina
Salvatore Cipolla
Cristo
gres su carta
cm 10x15
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Firenze 1891, si inaugura l'Istituto Tecnico Toscano.
La storia del suo museo
D. Lippi

EDITORIALE

- 6 Le baruffe chiozzotte e il carnevale
T. Mazzei

OPINIONI A CONFRONTO

- 7 Prevenire le complicanze dell'Herpes Zoster:
una nuova opportunità

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 12 Le cure di fine vita nei malati cronici:
è tempo di cambiare rotta?
A. Zuppiroli
- 15 I desideri dei dottori
S. Pancani
- 16 Epidemie diagnostiche: Neuropsichiatria e tribunali
C. Coscarella

RICERCA E CLINICA

- 18 Paraparesi e tetraparesi spastica
*B. Spacca, R. Battini, S. Perazza, R. Di Pietro, G. Cioni,
A. Filippini, T. Pisano, S. Paoli, F. Melani, M. Lampasi,
R. Guerrini, L. Genitori, F. Giordano*

SANITÀ NEL MONDO

- 22 Se l'1% si prende tutto
G. Maciocco

CLIMA E SALUTE

- 24 Benessere, disagio termico e temperatura percepita
all'aperto
M. Morabito, A. Messeri

14 - RICORDO DI MASSIMO ROSSELLI

26 - CONVENZIONI

27 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

Firenze 1891, si inaugura l'Istituto Tecnico Toscano.

La storia del suo museo

di Donatella Lippi

Firenze, via Giusti 29: adiacente all'Istituto Salvemini Duca d'Aosta, davanti al Kunsthistorisches Institut, esiste un museo tanto originale quanto poco conosciuto ...

Nel 1891, in questo tratto di strada, all'epoca denominata via del Mandorlo, veniva inaugurata la nuova sede dell'Istituto Tecnico Toscano, fondato dal granduca Leopoldo II per potenziare un percorso formativo autonomo finalizzato a fornire una solida preparazione tecnico-scientifica alle figure professionali allora più ricercate, essenziali allo sviluppo dell'agricoltura, dell'artigianato e della nascente industria.

Inizialmente le cattedre furono sei: Geometria descrittiva e Disegno, Fisica tecnologica, Meccanica sperimentale, Chimica applicata, Storia naturale, Metallurgia.

Le lezioni ebbero inizio nel 1857, con un ordinamento rispondente alla dinamica delle esigenze socio-culturali ed economiche del tempo, ispirato a modelli quali il *Conservatoire des Arts et Métiers* di Parigi e la scuola *La Martinière* di Lione. L'intento, infatti, era quello di promuovere "lo studio delle scienze di applicazione e il progresso delle utili industrie, delle arti e delle grandi lavorazioni".

All'interno dell'Istituto si trovava il Museo Tecnologico, che a scopo eminentemente didattico e formativo raccoglieva "Macchine e apparecchi d'uso scientifico, Macchine e apparecchi d'uso tecnico, Macchine e apparecchi d'uso domestico, Strumenti e utensili per uso degli artigiani, Modelli e disegni di qualsivoglia oggetto delle categorie precedenti,

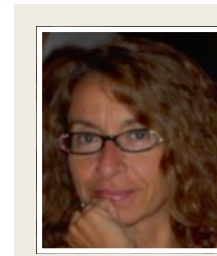
come pure di edifici destinati a lavorazioni di ogni genere, La collezione dei modelli e disegni per lo studio della Geometria descrittiva e del Disegno tecnologico, La collezione speciale dei minerali toscani utili alle arti, La collezione mineralogica e geologica straniera, La collezione dei prodotti organici, toscani e stranieri, La collezione dei saggi di lavorazioni varie, La collezione dei prodotti metallurgici".

Insieme al Museo Tecnologico, l'Officina di Meccanica rappresentava il centro propulsore dell'attività dell'Istituto, vero e proprio laboratorio operativo dove venivano prodotte macchine e modelli di macchine sia per l'Istituto che per altri centri, e dove ebbe ampio spazio il settore dell'ottica, tanto che, per qualche tempo, la società di costruzione di apparati fisici e ottici (future "Officine Galileo") nata a Firenze nel 1863-64 grazie all'astronomo Giovanni Battista Donati, al costruttore di strumenti Giuseppe Poggiali, al fisico Tommaso Del Beccaro e all'ingegnere-imprenditore Angelo Vegni fece riferimento proprio all'Officina del Regio Istituto Tecnico di Firenze.

Il Gabinetto di Fisica e le Collezioni di Storia naturale costituivano altre fondamentali dotazioni.

Il professor Filippo Corridi (1806-1877) fu il primo direttore dell'Istituto, promotore delle esposizioni toscane del 1850 e del 1854 e rappresentante della Toscana in quelle internazionali di Londra (1851) e di Parigi (1854).

Oggi questo patrimonio di sapere e di saper fare è preservato e valo-



DONATELLA LIPPI

Professore di Storia della Medicina e Medical Humanities, Università degli Studi di Firenze

rizzato dalla Fondazione Scienza e Tecnica: oltre al nuovissimo Planetario digitale, il percorso espositivo propone migliaia di reperti, che documentano l'evoluzione della strumentazione scientifico-didattica nei vari settori della Fisica e delle Scienze naturali, in un cammino che vanta firme eccellenti della tradizione ceroplastica (Luigi Calamai) e della bio-modellistica ancora negli arredi originali.

Tra gli strumenti in mostra, "il cateto-



Figura 1 – Busto anatomico.



Figura 2 – Studio di Fisica.

metro di Perreux, un eudiometro di Regnault, la macchina di Natterer per la liquefazione dei gas, il gran banco di Duboscq per la proiezione dei fenomeni luminosi, la macchina d'induzione di Ruchmkorff, il fotometro di Babinet, la macchina di Wheatstone, l'apparecchio per la proiezione dei di-

segni fantascopici di Duboscq, il microscopio dell'Amici"...

Un viaggio nella storia del sapere tecnico-scientifico, in un allestimento completamente rinnovato, godibile grazie a visite guidate e dispositivi multimediali, che richiama con forza al “prima-

to” della ricerca e del metodo sperimentale in Firenze e Toscana.

donatella.lippi@unifi.it

FONDAZIONE SCIENZA E TECNICA
via Giuseppe Giusti 29, 50121 Firenze
Tel. 39 055 2343723.
<http://www.fstfirenze.it/>

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a “Toscana Medica”, la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova “veste”: un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista “per intero”, in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute! **info: a.barresi@omceofi.it**

Le baruffe chiozzotte e il carnevale

di *Teresita Mazzei*

Nel 1762 Carlo Goldoni mandava in scena a Venezia “Le baruffe chiozzotte”, famosa commedia ambientata tra i pescatori di Chioggia e le loro donne alle prese con argute schermaglie e battibecchi amorosi. Adesso che le “baruffe” ordinistiche si sono composte dopo una campagna elettorale e un’elezione a dire poco movimentata, il Consiglio ha iniziato a lavorare tenendo ben presenti gli obbiettivi che si era prefisso di raggiungere. Ovviamente è stata scelta la politica dei piccoli passi, a fronte della mole di lavoro che quotidianamente deve essere affrontata e gestita al meglio.

Uno degli argomenti fondanti del nostro programma era l’intenzione sempre dichiarata di aprire l’Ordine a tutti i Collegi che avrebbero potuto trovarvi risposte e supporto, secondo il concetto più volte sottolineato della “casa di tutti i medici” da trasporre concretamente nella pratica di tutti i giorni.

In attesa che vengano quanto prima “costruite” le Commissioni attraverso le quali coinvolgere in maniera attiva e partecipata il maggior numero possibile di Collegi interessati a occuparsi dei molteplici aspetti della professione, in questi primi mesi dell’anno la sede di via Vanini ha aperto le porte per alcune iniziative assai interessanti.

Il 22 gennaio la grande Sala al piano terra si è infatti riempita di tanti ragazzi di alcune Scuole superiori di Firenze che hanno preso parte alla

presentazione ufficiale del Progetto Alternanza Scuola Lavoro, coordinato dal nostro Ordine secondo il progetto elaborato dai Ministeri dell’Istruzione e della Salute. Alla presenza del Vice Presidente del Senato, Rosa Maria Di Giorgi, sono stati illustrati tutti gli aspetti di questa iniziativa che vedrà impegnati nei prossimi mesi i ragazzi in molteplici attività sia presso la nostra sede che presso le altre realtà coinvolte (Associazione Anelli Mancanti, AOU Meyer, Caritas diocesana di Firenze, LILT, Federazione delle Misericordie della Toscana). Gli argomenti presentati e gli interventi di alcuni dei relatori hanno suscitato l’interesse degli studenti che, dopo una comprensibile ritrosia iniziale, hanno partecipato attivamente con numerosi interventi e domande.

La goldoniana commedia di cui parlavamo all’inizio venne rappresentata anche durante il celebre Carnevale dell’anno che ne vide la luce e proprio a Carnevale, qualche secolo dopo, il Consiglio dell’Ordine ha deciso di ospitare una manifestazione non proprio “istituzionale”. È stato infatti organizzato l’ultima domenica di Carnevale un vero e proprio open day sulla falsariga di quelli che preparano le scuole per illustrare la propria offerta formativa e sono stati invitati tutti i Collegi con figli e nipoti. L’Ordine ovviamente non ha niente da pubblicizzare però il Consiglio si è attivato per ospitare in locali generalmente adibiti a ben altri scopi un’occasione di festa e di so-

cializzazione tra medici e loro familiari. Durante la giornata sono state quindi organizzate lezioni di tango con prove pratiche aperte a tutti ed esibizioni di Collegi particolarmente versati in questo ballo. Altri medici si sono esibiti in un affiatato complesso, Asiam Connection Band, che ha suonato alcuni classici della grande musica americana. I ragazzi del Segretariato Italiano Studenti in Medicina hanno messo in piedi un vero e proprio ospedale (con tanto di accettazione, radiologia, laboratorio, corsie ecc.) dove i bambini, molti in maschera, hanno portato pupazzi e bambole che, a loro avviso, avevano bisogno di cure mediche. Tante davvero le persone intervenute per quattro chiacchiere, una bibita e uno spuntino. Alcune foto su questo numero della rivista sono dedicate proprio alla nostra iniziativa carnevalesca (vedi p. 27). Un simile momento di leggerezza non ci esime certamente dal continuare il nostro impegno nei confronti della categoria senza mai perdere di vista argomenti di capitale importanza come, ad esempio, la questione della laurea abilitante, l’imbuto formativo delle Scuole di Specializzazione oppure i mille problemi dei colleghi più giovani, per i quali il nostro impegno rimane sostanziale. Abbiamo soltanto voluto concretamente aprire la “casa dei medici” a tutti per passare insieme qualche ora spensierata. Già a fine giornata eravamo contenti di averlo fatto!

Si ricorda a tutti i Collegi che per qualsiasi comunicazione con l’Ordine è possibile scrivere alla casella di posta elettronica:

s.baglioni@omceofi.it

Prevenire le complicanze dell'Herpes Zoster: una nuova opportunità

TOSCANA MEDICA - Professor Bonanni, epidemiologia dell'infezione da Herpes Zoster (HZ), con particolare riguardo alla popolazione di età più avanzata.

BONANNI - Si tratta di una condizione molto frequente con una incidenza calcolata intorno a 1,7 casi su 1.000 abitanti, con punte fino a 7-8/1.000 nelle classi di popolazione più anziane che presentano un picco significativo in particolare tra i 75 e i 79 anni.

Questi dati sono sostenuti soprattutto da una riduzione dell'immunità cellulo-mediata, da una generica condizione di scarsa immuno-competenza e dalla frequente, concomitante presenza di numerose patologie associate.

Di notevole impatto epidemiologico è poi la nevralgia post-erpetica, situazione per lo più altamente invalidante, riscontrabile nel 15-20% di tutti i casi di infezione da Herpes Zoster.

RUGGERI - I dati provenienti dalla medicina generale, in pratica sovrapponibili a quelli ISTAT, parlano di una percentuale di infezione da Herpes Zoster variabile dal 3,61 negli uomini al 4,88 nelle donne, sostanzialmente in linea con quanto riportato in letteratura.

Ogni medico di medicina generale con 1.000-1.500 assistiti ogni anno vede dai 4 ai 6 casi di Herpes Zoster, localizzati per lo più a livello del torace e delle branche trigeminali, situazione di particolare gravità per le possibili complicanze di carattere oftalmologico.

Se è vero che l'infezione da Herpes

Zoster colpisce prevalentemente i soggetti anziani, non bisogna tuttavia dimenticare che compare anche nei pazienti più giovani, soprattutto in quelli affetti da patologie che compromettono l'immunità cellulo-mediata, come le patologie ad andamento cronico, per esempio il diabete e la BPCO, o quelle di natura cardiovascolare.

BONANNI - L'incidenza dell'infezione da Herpes Zoster aumenta rapidamente dopo i 50 anni, colpendo anche un numero significativo di persone ancora in età lavorativa. Da non dimenticare inoltre che circa il 95% dei soggetti immuni risulta sieropositivo al virus varicella Zoster.

È probabile che nel corso delle prossime 5 decadi il numero degli ultra-sessantacinquenni arriverà a circa il 20% della popolazione mondiale, con conseguente aumento delle patologie e delle comorbidità. In particolare in Italia l'età media sta aumentando in maniera vertiginosa, attestandosi nel 2012 a 80 anni per gli uomini e 85 per le donne. Tutti questi fattori fanno sì che a oggi la probabilità di andare incontro a questa infezione si attesti intorno a circa il 20% della popolazione generale, con percentuali che possono raggiungere il 50% nei soggetti di 80 anni e oltre.

ROSSI - I costi di questa infezione nel nostro Paese si attestano, secondo i dati disponibili, intorno ai 40-41 milioni di euro annui che vanno a sommarsi a quelli sociali, i quali, seppure altrettanto gravosi, appaiono di più difficile quantificazione.



PAOLO BONANNI
Ordinario di Igiene dell'Università degli Studi di Firenze



ROCCO MEDIATI
Direttore dell'UO Cure Palliative e Terapia del dolore dell'AOU Careggi, Firenze



GIULIO ROSELLINI
Medico di medicina generale e Direttore del Dipartimento di Medicina Generale della ASL Toscana Nord-Ovest



LUIGI ROSSI
Direttore di Zona-Distretto Piana di Lucca della AUSL Toscana Nord-Ovest e Presidente di CARd Toscana e Consiglio Regionale Sital Toscana



LORENZO ROTI
Responsabile Settore Organizzazione e Percorsi di Cronicità, Regione Toscana



MAURO RUGGERI
Medico di medicina generale a Prato, Presidente regionale toscano della SIMG

TOSCANA MEDICA - *Come si può descrivere la tipologia di questi pazienti che, affetti da una condizione clinica altamente invalidante, spesso necessitano per lunghi periodi di tempo anche di un supporto di tipo psico-sociale?*

MEDIATI - A integrazione delle considerazioni epidemiologiche prima citate, ricordo che nella mia esperienza vedo moltissimi pazienti oncologici che sviluppano una infezione da *Herpes Zoster* in corso di chemioterapia.

Tornando alla domanda di "Toscana Medica", credo sia importante sottolineare che i soggetti colpiti da questa infezione soffrono non solo per la malattia in fase acuta o per le sue temibili complicanze, in particolare la nevralgia post-erpetica, ma anche a causa degli effetti collaterali delle terapie atte a tenere la situazione sotto un controllo accettabile. Infatti spesso è necessario ricorrere ad associazioni di farmaci quali antiepilettici, antidepressivi e oppioidi, che inevitabilmente causano, soprattutto nelle persone di età più elevata, un peggioramento delle capacità cognitive e funzionali.

TOSCANA MEDICA - *In linea di massima questi pazienti richiedono un'assistenza di tipo territoriale piuttosto che ospedaliero, quale quella garantita dai medici di medicina generale.*

ROTI - In effetti le ospedalizzazioni per *Herpes Zoster* sono un fenomeno non frequente, anche grazie al buon livello di assistenza territoriale. Comunque è stato osservato che nelle età superiori ai 55 anni 8 ricoveri ogni 100.000 sono dovuti allo *Zoster*, con una frequenza maggiore nelle età più avanzate, nelle donne e nei pazienti con comorbidità.

RUGGERI - Fortunatamente non tutti questi soggetti presentano situazioni di eccessiva complessità assistenziale e possono per lo più venire ben gestiti a domicilio, soprattutto quando fanno parte di un nucleo familiare attivo e ben collaborante.

Ovviamente il discorso cambia di fronte a situazioni di disagio sociale, magari con anziani soli oppure affidati alle cure di una più o meno solerte badante.

L'impegno maggiore della medicina generale in questo tipo di situazioni è fondamentalmente rappresentato dalla formulazione della diagnosi quanto più precocemente possibile (aspetto fondamentale per ridurre l'incidenza della nevralgia post-erpetica) e dall'attenzione rivolta a quei soggetti che necessitano delle pesanti terapie prima ricordate dal dottor Mediati. Ovviamente in caso di dolore molto importante il ricorso allo specialista appare indispensabile.

MEDIATI - Come giustamente diceva il dottor Ruggeri, in alcuni casi l'intervento dello specialista è veramente necessario. È il caso ad esempio della già citata nevralgia post-erpetica che, in seguito alla demielinizzazione delle radici posteriori del midollo spinale, provoca un cosiddetto squilibrio delle afferenze sensitive responsabile di una sindrome da deafferentazione caratterizzata da sintomatologia dolorosa di notevolissima intensità.

TOSCANA MEDICA - *Dopo gli ultimi interventi una domanda appare necessaria: come è in Toscana il rapporto di collaborazione tra la medicina generale e gli specialisti dei centri di riferimento?*

MEDIATI - Si tratta di una situazione sostanzialmente favorevole seppur migliorabile, considerato che nel 2015 la Regione Toscana ha istituito una rete per la terapia del dolore strutturata su tre livelli: il primo, territoriale, gestito dalla medicina generale tramite le AFT, il secondo di competenza degli *spokes* degli ospedali di minori dimensioni e il terzo attivo nei centri *hub* dei grandi ospedali regionali, come per esempio Careggi. Il paziente che viene preso in carico da questa organizzazione può trovare momento per momento, lungo tutto il proprio

percorso di cura, le migliori risposte a ogni necessità.

ROSELLINI - Oltre alla complessità delle terapie necessarie per controllare la sintomatologia della nevralgia post-erpetica, soprattutto in soggetti spesso anziani e con polipatologia associata, non va dimenticato il carico di sofferenze e di impegno che una simile situazione causa a livello familiare, di fronte ad esempio alle difficoltà oggettive nell'assistenza quotidiana al malato, alla sua impossibilità a contribuire alle normali attività della famiglia, alla necessità per i *caregivers* di perdere giornate di lavoro e di riposo.

TOSCANA MEDICA - *Cosa dice il Piano Nazionale Vaccini in tema di prevenzione dell'infezione da Herpes Zoster?*

ROSSI - Nel Piano Nazionale Vaccini si consiglia la vaccinazione contro l'infezione da *Herpes Zoster* ai soggetti ultra-sessantacinquenni al fine di contrastare il picco di incidenza che, come già ricordato, interessa per lo più le classi di popolazione tra i 75 e i 79 anni. Questo intervento, vera e propria attività di Sanità Pubblica offerta alle persone in maniera attiva, è mirato alla prevenzione della malattia in sé ma anche e soprattutto delle sue temibili complicanze quali appunto la nevralgia post-erpetica.

ROTI - Aggiungerei che il Piano Nazionale raccomanda anche la vaccinazione per le fasce a rischio oltre i 50 anni e in particolare per i pazienti affetti da diabete mellito, patologia cardiovascolare e BPCO e per i soggetti destinati a terapia immunosoppressiva.

BONANNI - Il vaccino vivo attenuato che abbiamo a disposizione dal 2006, da somministrare in dose singola, è sostanzialmente lo stesso della vaccinazione antivaricella del bambino, però con dosaggio aumentato di 14 volte. Purtroppo negli anni passati in Italia si sono verificati grossi pro-

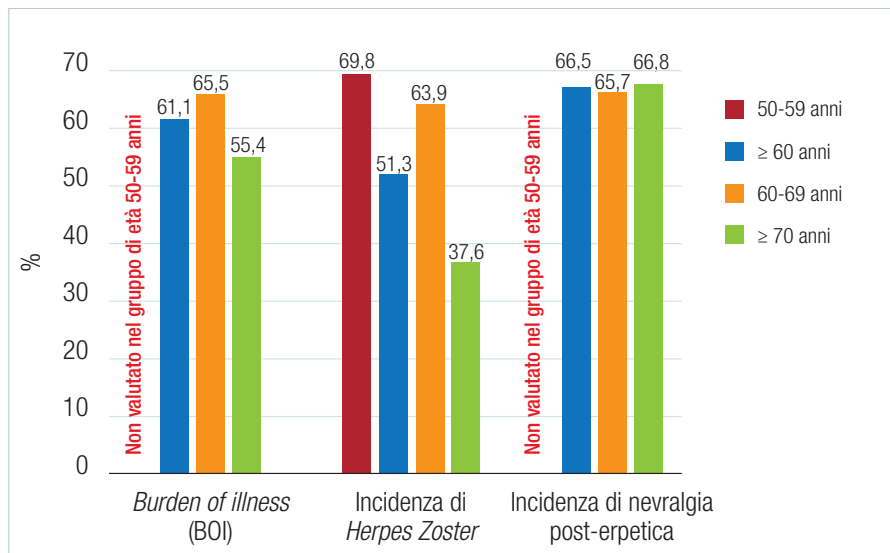


Figura 1 – Efficacia del vaccino *Herpes Zoster* registrato nelle due fasi III degli studi clinici.

blemi di approvvigionamento legati sia alle scarse quantità di prodotto rese disponibili dall'industria sia al consumo molto elevato da parte di alcuni Paesi come gli Stati Uniti. Oggi, dopo un certo numero di anni serviti a organizzare i modelli produttivi sulla base delle quantità realmente richieste dal mercato, la situazione è sostanzialmente normalizzata.

TOSCANA MEDICA - *Professor Bonanni, descriviamo le caratteristiche di questo vaccino.*

BONANNI - Come dicevo in precedenza, si tratta di un vaccino vivo attenuato in mono somministrazione che negli studi condotti a partire dal 2000 ha dimostrato un'efficacia del 60-65% nei confronti dell'infezione da *Herpes Zoster* e del 65-70% nei confronti della nevralgia post-erpetica, con i soggetti più giovani che presentano risposte per lo più migliori rispetto a quelli di età avanzata.

Nonostante un certo calo dell'efficacia della copertura vaccinale con il passare del tempo (circa 35-40% dopo 4 o 5 anni), studi recenti su popolazioni significative di soggetti vaccinati hanno dimostrato un'efficacia della vaccinazione a 5 anni del 50% contro lo *Zoster* e superiore al

65% nei confronti della nevralgia post-erpetica (Figura 1).

Si tratta di un vaccino complessivamente dotato di un buon profilo di sicurezza che però, essendo vivo e attenuato, non deve essere somministrato nei soggetti gravemente immunocompromessi. Può invece essere impiegato in caso di terapie corticosteroidiche topiche o sistemiche, ma non di eccessiva durata.

A breve sarà disponibile un nuovo vaccino contro lo *Zoster*, composto da due sub-unità e da somministrare in due volte.

TOSCANA MEDICA - *Parlando di costi, la necessità della duplice somministrazione potrebbe in qualche modo influenzare le scelte prescrittive dei medici, sempre più costretti a confrontarsi tutti i giorni anche con problematiche di carattere economico?*

BONANNI - La questione economica può essere almeno in parte superata dalla constatazione che l'efficacia del nuovo vaccino varia dal 90 al 97%, quindi risulta nettamente superiore a quella del preparato fino a oggi disponibile.

Credo semmai che un problema oggettivo possa essere rappresentato dalla necessità delle due somministrazioni, visto che già ora le Regioni

che hanno adottato la mono somministrazione come strategia vaccinale riescono a raggiungere coperture estremamente basse: a oggi il risultato migliore è stato raggiunto in Liguria, dove però la vaccinazione è stata effettivamente eseguita solo nel 20% delle persone alle quali è stata offerta.

TOSCANA MEDICA - *Quindi, nonostante la cosiddetta "chiamata attiva" e l'impegno delle Regioni, le cose non sembrano andare particolarmente bene nel nostro Paese.*

RUGGERI - Effettivamente a oggi la situazione italiana non appare molto favorevole in questo campo, seppure il vaccino contro l'*Herpes Zoster* sia contemplato nel Piano Nazionale Vaccini, inserito nei LEA e pertanto garantito a tutta la popolazione.

In Italia la strategia vaccinale contro l'infezione da *Herpes Zoster* è rivolta sostanzialmente, come già detto, alla popolazione maggiormente a rischio degli ultra-sessantacinquenni, nei confronti dei quali l'azione di "chiamata attiva" da parte dei medici di medicina generale appare davvero di fondamentale importanza.

Altro intervento strategico è rappresentato dalle vaccinazioni per coorti, quali quella antinfluenzale offerta a tutti i nuovi sessantacinquenni in associazione con quella antipneumococcica. Purtroppo negli ultimi due casi le cose sono state veramente scoraggianti visto che accanto a una modesta copertura vaccinale contro l'influenza abbiamo avuto la risibile percentuale del 10% di vaccinazioni contro lo pneumococco.

Per cercare di migliorare la situazione, a mio parere l'unica strada percorribile è la stretta collaborazione tra l'ambito delle cure primarie e quello dei servizi vaccinali. Innanzitutto, questa sinergia potrebbe permettere il superamento del frequente deficit di comunicazione tra medici e assistiti, i quali spesso non gradiscono di essere considerati anziani e pertanto "meritevoli" di ricevere un intervento sanitario specificamente indirizzato

alle classi di età più avanzata. Poi occorre considerare le problematiche di carattere strettamente pratico-organizzativo: chi deve fare le vaccinazioni, in quali luoghi, come deve essere garantita la catena del freddo che permette l'ottimale conservazione dei vaccini?

ROSSI - Un aiuto alla diffusione delle vaccinazioni potrebbe essere dato dalla constatazione che quella contro l'*Herpes Zoster* non deve essere obbligatoriamente offerta durante un determinato periodo dell'anno, come accade per esempio con quella antinfluenzale. I soggetti anziani, principali destinatari della "chiamata attiva", generalmente tendono a rivolgersi con una certa frequenza al proprio medico di famiglia e in queste occasioni potrebbero essere utilmente e ripetutamente sensibilizzati su queste tematiche.

RUGGERI - La Sanità di iniziativa che stiamo organizzando a livello regionale potrebbe rappresentare un ottimo ambito di intervento anche per la gestione attenta e partecipata di queste problematiche.

BONANNI - Rimanendo nell'ambito della organizzazione dei servizi vaccinali, ricordo che a livello legislativo è stato stabilito che l'offerta attiva e gratuita di tre vaccinazioni (quella contro il rotavirus nei neonati, il richiamo antipoliomielitico nell'adolescente e appunto quella contro l'infezione da *Herpes Zoster* nei soggetti sessantacinquenni) debba essere resa disponibile da parte delle Regioni nel corso del 2018.

ROTI - La Regione Toscana ha appena recepito il Piano Nazionale Vaccini. La Toscana è sempre stata sensibile e ha sostenuto le politiche di prevenzione vaccinale nell'anziano, tanto da aver promosso ormai da molti anni l'effettuazione delle campagne sia di vaccinazione antinfluenzale che antipneumococcica



Figura 2 – Lesioni cutanee da infezione da *Herpes Zoster*.

in collaborazione con la medicina generale. Le politiche regionali sull'invecchiamento attivo stanno rafforzando anche interventi di sostegno e implementazione dell'attività preventiva. Una campagna di comunicazione costante e capillare gestita non solo attraverso il servizio sanitario e i professionisti risulta un presupposto indispensabile per il raggiungimento e il mantenimento di adeguate coperture.

TOSCANA MEDICA - *Torniamo per un attimo agli aspetti clinici della questione: dottor Mediatì, le è mai capitato di vedere una nevralgia post-erpetica in un soggetto già sottoposto a vaccinazione?*

MEDIATI - Anche se la mia casistica non è particolarmente significativa, non mi è ancora capitato di osservare una situazione del genere. Approfitto per sottolineare l'importanza della formazione/informazione dei medici e, soprattutto, della popolazione, attraverso campagne mirate di sensibilizzazione, a mio parere particolarmente necessarie in periodi come questo di accesa polemica "no vax".

TOSCANA MEDICA - *I concetti espressi adesso dal dottor Mediatì sono la formazione del medico e la giusta comunicazione alla popolazione: cosa si sta facendo in questi ambiti a livello dei Dipartimenti di Medicina Generale?*

ROSELLINI - Io credo che sia ben diverso trasmettere informazioni corrette e documentate sulla vaccinazione contro una malattia che tutti ben conoscono come l'influenza e invece fare lo stesso per una patologia molto più rara e certamente sconosciuta ai più come l'infezione da *Herpes Zoster* con le sue temibili complicanze.

A livello dipartimentale le cose sono ancora in fase di programmazione visto che queste nuove strutture organizzative sono ancora di recentissima introduzione. L'ambito invece nel quale si può da subito iniziare a lavorare è quello delle AFT e delle Case della Salute, al cui interno professionisti di varia estrazione possono affrontare con efficacia temi importanti come appunto le strategie vaccinali, garantendo al contempo una adeguata attività di formazione e informazione alla popolazione.

Prevenire è meglio che curare

L'Herpes Zoster è una malattia abbastanza frequente, con una incidenza superiore al 4 per 1.000 nelle persone anziane e passibile di superare il 7 per 1.000 negli ultra-settacinquenni, a causa della diminuzione con l'età dell'immunità cellulo-mediata. In questi casi, come sempre nei cronici, la nevralgia post-erpetica cade assai spesso in un quadro di comorbidità, alcune delle quali come il diabete, le malattie oncologiche soggette a chemioterapia, la BPCO e le cardiopatie costituiscono un vero e proprio fattore di rischio frequente anche nello Zoster giovanile. È bene ricordare che nei casi realmente gravi la nevralgia post-erpetica è una malattia di lunga durata, invalidante, che impegna fortemente pure la famiglia e il servizio sanitario, anche per il costo elevato delle cure.

Inoltre le terapie, nei casi gravi, sono complesse e spesso gravate da reazioni avverse. Insomma si tratta di pazienti difficili da gestire per il medico generale e per lo specialista.

Nel sistema toscano il percorso parte dalle AFT e prosegue nei centri di secondo livello, per giungere, nei casi più importanti, ai centri di terzo livello delle aziende ospedaliere-universitarie. I nostri esperti hanno insistito per l'intervento diagnostico-terapeutico immediato, sia di tipo curativo, nel tentativo di impedire l'insorgenza della complicanza nevritica, sia a fronte dei primi segni di demielinizzazione.

Ma, come si suol dire, prevenire è meglio che curare e l'introduzione in commercio, ormai dal 2006, di un vaccino anti-herpes, che non è altro che il potenziamento del vaccino antivariella, consente di evitare l'insorgenza della patologia e quindi le complicanze. In tal modo questo vaccino, già inserito nei LEA nel recente Piano Nazionale Vaccini, può essere somministrato agli ultra-sessantacinquenni a carico del SSN oppure nei soggetti più giovani ma a forte rischio.

Il vaccino, secondo i dati più recenti della letteratura, offre un'ottima

copertura, scarsissime reazioni avverse e una sufficiente protezione nel tempo. Rappresenta quindi uno strumento di Sanità Pubblica che fin da quest'anno può essere offerto ai nati nel 1952, sessantacinquenni, in attesa, nei prossimi anni, di aumentare l'estensione dell'offerta. A oggi però la copertura vaccinale è estremamente bassa, inferiore al 20%. Ciò dipende sia da una minore formazione e sensibilità dei medici rispetto a questa novità sia dalla scarsa percezione del rischio da parte dei cittadini. Due problemi che esigono due diverse strategie, formativa nei confronti dei medici e di forte impatto comunicativo nei confronti dei cittadini.

La risposta a questo problema rientra nella organizzazione delle AFT e dei Dipartimenti di Medicina Generale ed è una delle sfide della moderna organizzazione sanitaria. Intanto però i medici di famiglia possono impegnarsi a convincere chi ne ha diritto a prevenire questa possibile grave patologia.

Si ringrazia MSD Italia per aver contribuito alla pubblicazione



Le cure di fine vita nei malati cronici: è tempo di cambiare rotta?

di Alfredo Zuppioli



ALFREDO ZUPPIOLI
Collaboratore Agenzia Regionale di Sanità

Ormai da molti anni ferve il dibattito sul peso crescente che le cronicità esercitano sui servizi sanitari. Purtroppo, a fronte di ampie e dettagliate analisi teoriche, di modelli organizzativi e gestionali molto suggestivi, la realtà quotidiana vede ancora un sistema tarato soprattutto sui bisogni del paziente acuto e molto meno su quelli del cronico.

Parole chiave:
fine vita, cronicità,
qualità dell'assistenza

Ormai da molti anni ferve il dibattito sul peso crescente che le cronicità esercitano sui servizi sanitari. Purtroppo, a fronte di ampie e dettagliate analisi teoriche, di modelli organizzativi e gestionali molto suggestivi, la realtà

quotidiana vede ancora un sistema tarato soprattutto sui bisogni del paziente acuto e molto meno su quelli del cronico. La recente pubblicazione da parte di ARS Toscana del documento ¹ su “La qualità dell’assistenza nelle cure di fine vita” ci offre l’occasione per riflettere su una realtà epidemiologica che esige un deciso cambiamento di prospettiva culturale e conseguentemente di prassi professionale. Rimandando alla consultazione dell’intero rapporto per un’analisi più approfondita, ci soffermiamo su alcuni specifici indicatori di monitoraggio ed esito, per comprendere come tutti, dal singolo medico a chi ha responsabilità di programmazione sanitaria, siamo chiamati a rispondere a questa sfida che, seppur nota da tempo, vede per il momento soltanto esperienze sporadiche e settoriali, mentre una risposta di sistema tarda ad arrivare.

ARS ha focalizzato la sua attenzione sulle cure erogate nell’ultimo anno di vita a pazienti con una storia clinica di tumore, malattia cronica (scompenso cardiaco e/o broncopneumopatia cronica ostruttiva) o entrambe (tumore + malattia cronica). Si tratta dunque non di pazienti acuti, ma di persone la cui patologia era nota da almeno tre anni. Un primo dato da sottolineare è che nel 2015 in Toscana i decedu-

ti affetti da scompenso cardiaco o BPCO sono stati una volta e mezzo più numerosi rispetto a quelli deceduti per tumore, e che ben il 17% dei soggetti soffriva sia di una malattia cronica che di un tumore; questo rende conto della crescente complessità dei pazienti e dell’aumento dell’impatto delle malattie croniche non neoplastiche. Una complessità incrementata dal dato anagrafico, in quanto i tre quarti dei deceduti hanno più di 75 anni e nelle malattie croniche gli ultra 75enni rappresentano addirittura l’89% e gli ultra 85enni il 59%.

Le analisi effettuate sul ricorso al ricovero ospedaliero o all’accesso in Pronto Soccorso, sull’intensità delle cure, sull’utilizzo dell’*Hospice* e sul luogo del decesso mostrano una serie di risultati che complessivamente possono illustrare come la situazione toscana delle cure di fine vita resti “ospedale-centrica”: nell’ultimo mese di vita, più di un terzo dei pazienti ha fatto ricorso almeno una volta al Pronto Soccorso e la grande maggioranza (il 75%) ha effettuato almeno un ricovero in reparto per acuti; oltre un quarto dei ricoveri è stato caratterizzato da uno o più interventi di supporto vitale intensivo e il decesso è avvenuto in ospedale nel 45,5% dei casi. L’8% dei soggetti ha fatto ricorso all’*Hospice* nell’ultimo mese di vita, con percentuali altamente differenti (come atteso) a seconda della condizione clinica: il 17% nel caso dei tumori, solo l’1% tra i pazienti con malattia cronica. Tra i pazienti de-

¹ www.ars.toscana.it/it/publicazioni/collana-documenti-ars/publicazioni-2017/3738-la-qualita-dell-assistenza-nelle-cure-di-fine-vita-2017.html

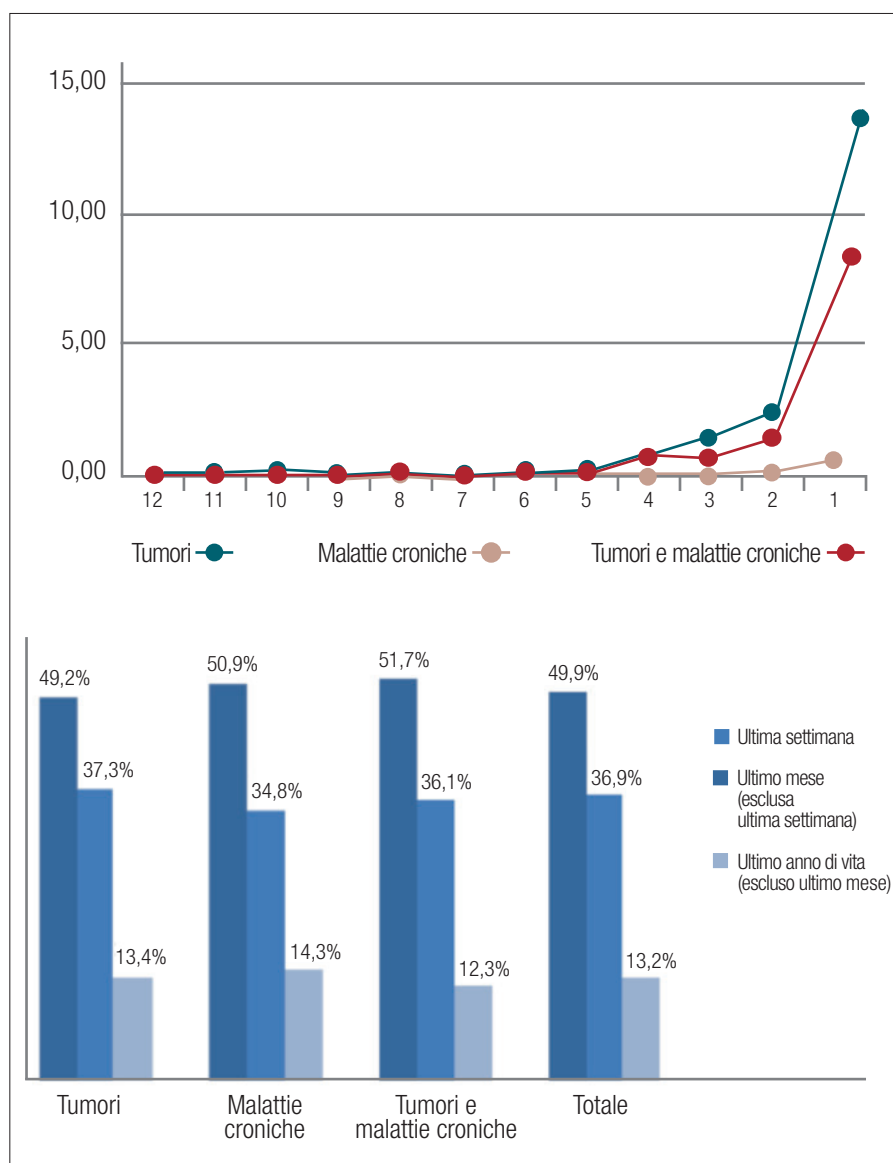


Figura 1 – In alto è descritto l’andamento dell’accesso all’Hospice da parte dei pazienti con storia clinica di tumore, patologie croniche o tumore e patologie croniche nell’ultimo anno di vita, con suddivisione per mesi. In basso è rappresentata la percentuale di pazienti con accesso all’Hospice per patologia e data del primo accesso.

ceduti che si sono rivolti all’Hospice, ben il 50% lo ha fatto solo nell’ultima settimana di vita, mentre solo il 13% prima dell’ultimo mese di vita, senza sostanziali differenze di comportamento tra i pazienti oncologici e quelli con scompenso cardiaco e/o BPCO (Figura 1).

A fronte di questa realtà, che vede le cure di pazienti molto anziani affetti da cronicità in fase avanzata ancora troppo centrate sull’ospedale e conseguentemente su trattamenti ad alto livello di intensività e invasività, sappiamo che i desideri della mag-

gior parte dei pazienti e delle loro famiglie andrebbero nella direzione opposta. Quanto tempo dobbiamo aspettare per passare da un sistema che si ostina a “curare” la *disease*, la malattia, indipendentemente dalla fase più o meno avanzata in cui si trova, a uno che “si prenda cura” della *illness* e della *sickness*, cioè del vissuto dei malati e delle loro famiglie, come anche dei loro bisogni, *in primis* quello di lenire i sintomi? Purtroppo siamo ancora molto lontani da quanto previsto dalla legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso

alle cure palliative e alla terapia del dolore” e dalla DGR 199/2014 della Regione Toscana in tema di organizzazione delle cure palliative.

È a questo punto doveroso fare chiarezza sul ritardo culturale che vede ancora molti professionisti – e molti amministratori pubblici – confinare le cure palliative all’estrema fase terminale piuttosto che considerarle una risorsa da integrare precocemente e simultaneamente nei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie croniche in fase avanzata, sia oncologiche che di altra eziologia. Sicuramente abbiamo a che fare con un pesante *gap* formativo (basti pensare agli attuali programmi universitari, sia di laurea che di specializzazione), che tuttavia non deve impedirci di affrontare quella che sta diventando una vera e propria emergenza, se non vogliamo attendere che siano logiche contabili, dettate da esigenze di bilancio, a rivelare come nelle ultime fasi della vita siano spese ingenti risorse economiche (Figura 2). Abbiamo ormai sufficienti conoscenze per iniziare a invertire quella pericolosa deriva riduzionistica che ci vede lavorare a silos, in splendidi isolamenti professionali, con costi economici sempre meno sostenibili. Ma si tratta anche e soprattutto di ridurre una serie di costi “umani” sempre meno accettabili, passando da prestazioni agite secondo fredde modalità tecniche a una presa in carico globale del complesso di sofferenze che queste persone sono chiamate ad affrontare. Una considerazione conclusiva: i grafici delle Figure 1 e 2 mostrano con chiarissima evidenza che nell’ultimo mese di vita, dunque quando si aggravano le condizioni dei pazienti affetti da malattie già note da almeno tre anni, si cerca di “fare qualcosa in più”, e questo nella maggior parte dei casi corrisponde a ricoveri ospedalieri piuttosto che all’accesso in Hospice e in generale ai servizi di cure palliative. Eppure si tratta di pazienti con patologie note da almeno tre anni, pertanto di casi nei quali esisterebbe tutto il tempo (quel *kronos* che sta nell’etimo delle cronicità...) necessario

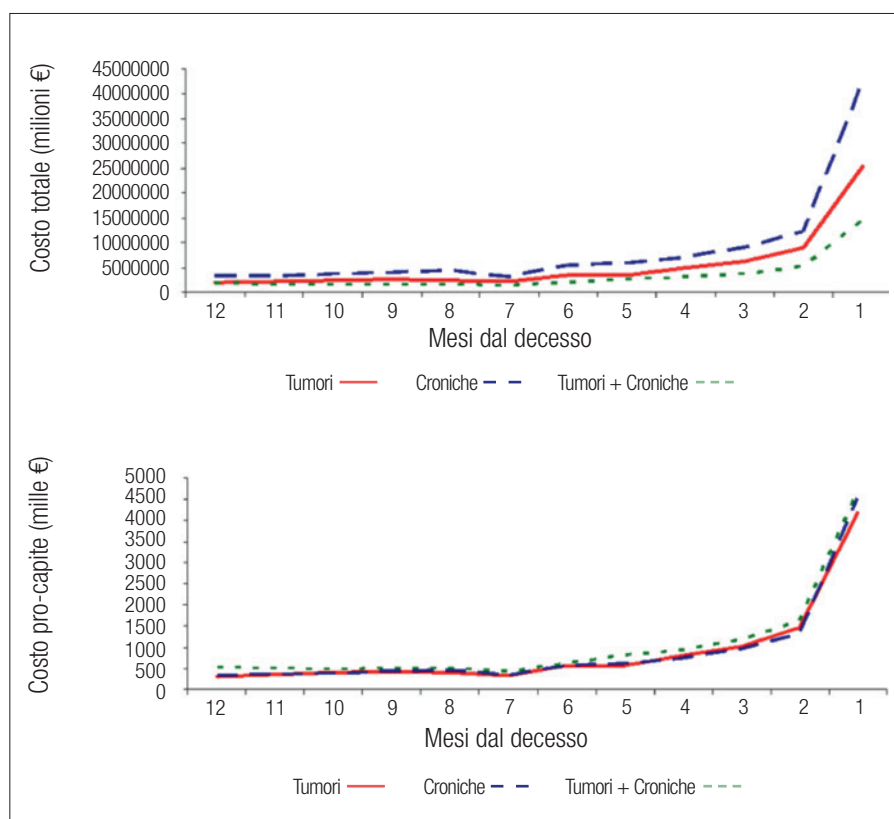
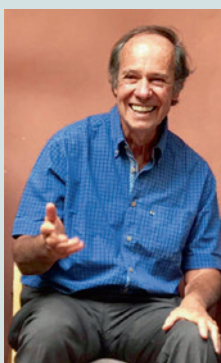


Figura 2 – Andamento dei costi per i ricoveri in ospedale dei pazienti con storia clinica di tumore, patologie croniche o tumore e patologie croniche nell’ultimo anno di vita, con suddivisione per mesi. In alto è rappresentato il costo totale, in basso il costo *pro-capite*.

a una pianificazione condivisa tra i malati, le famiglie e i professionisti delle varie scelte di cura e assistenza. È possibile che, di fronte all’inevitabile e prevedibile aggravamento caratteristico delle ultime fasi di vita di questi pazienti, la risposta resti principalmente quella di ricorrere a scelte di cura dettate dall’urgenza e condizionate dall’ovvio prevalere degli aspetti emotivi? O non sarebbe preferibile dedicarsi a un processo decisionale condiviso a partire da quando le condizioni cliniche consentono ancora ai pazienti, ai familiari e ai curanti di operare le scelte più appropriate per tutti? La risposta a questa domanda si può trovare nell’articolo 5 della Legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, un articolo che interpella in modo non ulteriormente rimandabile la coscienza di ogni singolo medico.

alfredo.zuppiroli@gmail.com

Ricordo di Massimo Rosselli, medico e amico



Massimo Rosselli ci ha lasciato inaspettatamente nel mattino del 26 dicembre scorso.

Uomo generoso e sincero, medico, psichiatra e psicoterapeuta di grande garbo e competenza, è stato amico oltre che maestro di molti colleghi.

Allievo di Roberto Assagioli, da cui poi avrebbe ereditato l’insegnamento e l’attività della corrente psicologica chiamata Psicosintesi nell’istituto di via San Domenico a Firenze, è stato persona centrale di riferimento nella Psicosintesi stessa e nella Medicina Psicosomatica italiana e internazionale. Con alcuni di noi, nei primi anni '80, ha dato inizio all'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze, di cui è stato Presidente, che in stretta collaborazione con la Sezione Toscana della SIMP (Società Italiana di Medicina Psicosomatica), della quale è stato Vicepresidente Nazionale, ha promosso e realizzato importanti eventi formativi orientati a sostenere e ottimizzare la relazione d’aiuto tra pazienti e operatori sanitari e a sviluppare la metodologia formativa dei gruppi Balint in Toscana e in Italia.

Autore di numerosi saggi e pubblicazioni, è stato docente all’Università degli Studi di Firenze e nella Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicosintetica della SIPT (Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica), di cui è stato Presidente per vari mandati. È stato Presidente della European Federation for Psychosynthesis Psychotherapy, da lui fondata.

Dobbiamo aggiungere che durante la sua vita Massimo è stato sempre protagonista e maestro come clinico, educatore e ricercatore nelle situazioni operative dove la medicina si incontra e si deve armonizzare con la psicologia e la spiritualità, nel rispetto delle dimensioni della persona umana.

Sono questi il messaggio e l’insegnamento che ora ci lascia e che siamo tenuti a portare avanti e ampliare.

Alla moglie Susi e al figlio Matteo che come medico sta seguendo il cammino del padre, alle nipoti e alla famiglia tutta vanno le nostre condoglianze e il nostro affetto.

Allaman Allamani, Grazia Chiarini, Alberto Cossidente, Rodolfo De Bernart, Piernicola Marasco, Pietro Mario Martellucci, Loretta Polenzani, Mario Giovanni Santini, Antonio Suman amici e colleghi dell’Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze “Massimo Rosselli”

I desideri dei dottori

di Simone Pancani



SIMONE PANCANI

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Firenze. Specializzazione in Chirurgia Pediatrica a Pavia e in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva presso l'Università degli Studi di Firenze. È stato medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale e della Continuità Assistenziale di Firenze. Dal 1998 Dirigente medico presso il Centro Ustioni dell'AOU Meyer, Firenze

Alcune osservazioni
in libertà in occasione
delle appena concluse
"Consultazioni elettorali"

"Restituiremo le mestruazioni alle donne in menopausa!" era la fragorosa promessa elettorale (ovviamente *fake*, termine oggi in grande spolvero) di un noto politico paparazzato sui *social*.

Fatta salva la ovvia e indispensabile variabilità che caratterizza le differenti classi dell'umano consesso, bisogna riconoscere che i dottori sono per lo più persone ragionevoli e di buon senso, perfettamente in grado di giudicare chi hanno di fronte e le promesse ricevute. Un problema a oggi molto sentito è però proprio il fatto che in certi periodi (ad esempio, casualmente, in occasione delle tornate elettorali) i dottori vengono alternativamente blanditi da raffiche di promesse spesso, diciamo, discutibili oppure del tutto ignorati nella loro attività.

Eppure i dottori li avrebbero, e numerosi, i giusti motivi per essere considerati, per cercare di recuperare un po' dell'antico ruolo sociale, per poter contare ancora più di qualcosa in mille campi del vivere civile. E tuttavia oggi si ritrovano loro malgrado avviticchiati in mille

pastoie che ne condizionano intenti e comportamenti.

Ogni giorno devono infatti imparare sempre meglio a fare i *manager* della Sanità, a saper leggere bilanci e indicatori di *budget*, a lottare per non essere costretti a scegliere le medicine meno costose e non quelle più efficaci, a non pensare che il loro potere d'acquisto è stato ridotto negli anni al lumicino e che i colleghi di molte realtà lavorative sono a oggi tra i più vecchi in tutta Europa.

I dottori giovani, poi, vorrebbero poter entrare nel mondo del lavoro da un portone spalancato e non come spesso succede attraverso un usciolino nascosto e malmesso e vorrebbero avere posti sufficienti nelle scuole di specializzazione di ogni categoria, che queste fossero tarate sulle esigenze certe del mercato e non su calcoli più o meno approssimativi.

I medici di guardia sul territorio e nei Pronto Soccorsi vorrebbero poter lavorare senza essere aggrediti e percossi, se non addirittura uccisi.

Alle dottoresse piacerebbe ricoprire gli stessi posti di responsabilità dei colleghi maschi e veder maggiormente riconosciuto il proprio ruolo in un mondo sempre più affollato di "quote rosa".

L'elenco delle doglianze potrebbe essere pressoché infinito, per cui consoliamoci con la constatazione che, nonostante tutto, i nostri dottori sono considerati bravissimi (e le carriere anche di molti di quelli che hanno lasciato il Paese sono lì a dimostrarlo), che gli ospedali e gli ambulatori continuano a lavorare

in maniera più che egregia in gran parte grazie al sacrificio di tutti coloro che ci vivono a giornate intere e che, seppure in cronica mancanza di tempo, il rapporto con i pazienti viene per lo più accuratamente conservato e l'aspetto artistico della professione continua a improntare utilmente il contatto con i malati.

Si potrebbe dire che in fondo i dottori sono contenti di fare i dottori e che forse vorrebbero un po' di considerazione in più, poter partecipare in prima persona alla gestione di quelle attività che sanno fare meglio invece di essere cercati (o ignorati, a seconda dei casi) solo o quando c'è da mettere una croce sopra una scheda.

Probabilmente i dottori che hanno sorriso al *fake* ricordato all'inizio hanno fatto altrettanto di fronte all'altro *fake* nel quale dai *social* il medesimo uomo politico dichiarava solennemente, in caso di esito elettorale a lui favorevole, di voler restituire il "tempo perso a studiare Anatomia Patologica"!

spancani@gmail.com

Epidemie diagnostiche: Neuropsichiatria e tribunali

di Claudio Coscarella



CLAUDIO COSCARELLA
Laureato nel 1981 e specializzato
in Neuropsichiatria infantile nel 1989.
Specializzato in Psicoterapia Familiare presso
l'ITF di Roma e di Firenze. Sensibilizzato alla
Psicoterapia Cognitivista Post-razionalista.
Autore di articoli e di lavori scientifici sulla
Salute Mentale in Età Evolutiva. Dal 1992
dirige l'UFSMIA della Zona Sanitaria Isola
d'Elba della USL Nord Ovest - Toscana

Questo è il terzo intervento dedicato alla (pseudo) epidemia di disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva (vedi Toscana Medica 10/2015 e 9/2016). L'incremento di domanda impropria che affluisce ai servizi toscani (e non solo) è prevalentemente dovuto a bisogni indotti causati da richieste di consulenze a cascata (spesso non appropriate) da parte di altri servizi pubblici: Sanità, Scuola, Servizi Sociali, Tribunali.

Parole chiave:
neuropsichiatria infantile, Tribunale dei Minori, età evolutiva, Servizi Sociali

I servizi di salute mentale in età evolutiva (UFSMIA) sono chiamati istituzionalmente dal Tribunale dei Minori e da quello Ordinario a prendersi cura di minori in balia di separazioni/divorzi conflit-

tuali. In queste “guerre emotive intra-familiari” i giudici del Tribunale dei Minori e del Tribunale Ordinario affrontano situazioni complesse, che non obbediscono alle regole della ragione e del buonsenso parentale, come abusi psicologici, trascuratezza educativa e misconoscimento dei compiti familiari, che coinvolgono impetuosamente i figli.

Così i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) delle UFSMIA sono spesso chiamati a consulenza in questi scenari dai legami affettivi feriti, che limitano la funzione genitoriale, con evidente disagio esistenziale dei figli. Per quanto regole razionali e giuste, le sentenze non possono dare ordine alle emozioni, che finiscono per sfogarsi sempre in agiti.

Sul piano istituzionale il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei LEA” ribadisce agli articoli 24 e 25 l'obbligatorietà dei rapporti di collaborazione con il Tribunale dei Minori e degli adempimenti con l'autorità giudiziaria minorile, sia nell'ambito dell'attività specifica diagnostico-terapeutica del minore con disturbi neuropsichiatrici che in quella più generica di colloquio di orientamento e di sostegno familiare, operando in una “... necessaria integrazione con i servizi sociali” (punto 2 degli articoli 24 e 25). La domanda di indagine psico-sociale del Tribunale dei Minori e del Tribunale Ordinario è indirizzata sempre in prima istanza al servizio sociale di zona e si declina secondo un doppio mandato istituzionale: quello dell'istruttoria psico-sociale e quello della presa in carico psicologica

del disagio dei minori e della loro famiglia. Di fatto questa ambiguità operativa comporta una diluizione del contesto clinico dell'osservazione/valutazione del minore e della sua famiglia, con uno slittamento verso un contesto giudiziario e inquisitorio. Il fenomeno della conflittualità in corso di separazione è in crescita. I dati ISTAT confermano che dal 2008 al 2015 le separazioni sono cresciute dal 34 al 47%. In alcune province toscane le separazioni colpiscono più del 50% dei matrimoni. In un terzo delle separazioni familiari sono presenti figli minori (nel 2015 circa 36.000 nuclei familiari con minori), che in percentuali variabili ricorrono ai Tribunali per guerre di parte genitoriale sull'affidamento e sul governo dei figli.

In queste separazioni fortemente conflittuali le sentenze dei Tribunali indirizzano quasi sempre verso una presa in carico psicoterapica, sia del minore da parte del Servizio di Salute Mentale in età evolutiva, sia della coppia genitoriale da parte della UF Consultorio, le cui competenze genitoriali sono evidentemente mutilate da agiti spesso contrassegnati da violenza non solo psicologica.

Così la Sanità, e in particolare la Psicoterapia, entra in momenti di particolare criticità esistenziale (quali

morte, separazioni, disoccupazione, catastrofi naturali, solitudine), con il compito di portare conforto a persone generalmente affrante e disperate. Questo corto circuito pregiudiziale fra criticità esistenziale e invio istituzionale alla Sanità trasforma una domanda di aiuto per un disagio sociale in una diagnosi, con conseguente intervento diagnostico-psicoterapico spesso improprio (del neuropsichiatra infantile e dello psicologo). Portare conforto e prendersi cura del disagio delle persone, ascoltare la sofferenza ed essere vicini "all'altro" in momenti difficili sono atti che necessitano di luoghi e tempi assai diversi dall'ambulatorio e dall'ora del colloquio clinico. Ho conoscenza di alcune persone dedicate con perizia a questo compito, come volontarie in associazioni cristiane e laiche. Così ho occasione di relazionarmi e lavorare con assistenti sociali molto capaci nell'opera di contenimento di momenti critici dell'esistenza.

Allo stato attuale, gli organici dei servizi sociali sono in cronica carenza di personale, perciò i giudici e gli assistenti sociali preferiscono attivare il corto circuito di una domanda sanitaria impropria, che si caratterizza essenzialmente come una richiesta di assistenza psicologica e di presa in carico psicoterapica per la coppia genitoriale, la famiglia e il minore.

Una psicoterapia non può essere di conforto quando gli eventi di vita traboccano in disgrazie. Gli psicoterapeuti trattano racconti e narrazioni al fine di una rielaborazione del significato personale delle esperienze, ma questi percorsi di cura possono appartenere agli scenari del "dopo", alla rievocazione degli eventi critici e traumatici tesi a una elaborazione cognitiva ed eventualmente emotiva. Soltanto dopo (alcuni anni?), quando nell'animo si sono scolpite difese psicologiche e si è innestato l'auto-convincimento che il proprio agire passato fosse l'unico possibile, gli agiti e la rabbia possono lasciare spazio a pensieri, parole ed emozioni rievocative di nuovo senso.

L'attività istituzionale del Servizio di Salute Mentale in età evolutiva è

declinata con chiarezza da normative nazionali che non consentono deroghe operative (Autismo, Disturbi del Controllo Motorio, Problematiche di linguaggio e di apprendimento, Disturbi del comportamento alimentare e rapporti con il Tribunale e le autorità giudiziarie minorili). Al momento questi servizi territoriali sono travolti (in Toscana e non solo) da ondate epidemiche di richieste improprie di interventi diagnostico-terapeutici per un disagio sociale diffuso che coinvolge i minori. Sarebbe necessaria un'attività di formazione delle agenzie istituzionali responsabili di questo fenomeno (per esempio scuole e Tribunali), cioè dare corpo a interventi preventivi sulla "rete sociale, formale e informale" come indirizza il comma *n* dell'art. 25 dei LEA, comprendendo sommariamente tutti i contesti educativi dell'età evolutiva.

Quello che con supponenza viene definito il modello toscano della salute mentale, per i minori oggi appare ridotto a una trincea operativa ambulatoriale, che difficilmente potrà esaudire la domanda istituzionale delle normative nazionali oppure mettere in atto gli indirizzi del Piano Sanitario di Prevenzione Regionale 2015-2020 (prevenzione dei Disturbi del linguaggio nella scuola dell'infanzia, dei Disturbi dell'apprendimento nelle prime due classi della scuola primaria e diagnosi precoce e presa in carico dell'Autismo). Così la visita ambulatoriale del Servizio di Salute Mentale in età evolutiva, sia essa neuropsichiatrica e/o psicologica, colluderà sempre di più con la tendenza a medicalizzare il disagio scolastico e familiare dilagante nella nostra società.

c.coscarella@uslnordovest.toscana.it



Paraparesi e tetraparesi spastica

La rete pediatrica toscana per migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle famiglie

di Barbara Spacca, Roberta Battini, Silvia Perazza, Roberta Di Pietro, Giovanni Cioni, Anna Filippini, Tiziana Pisano, Silvia Paoli, Federico Melani, Manuele Lampasi, Renzo Guerrini, Lorenzo Genitori, Flavio Giordano

La spasticità in età pediatrica nei Paesi industrializzati è una realtà significativa. Gli studi epidemiologici stimano infatti che circa 1 bambino su 500-1000 nati vivi ne sia affetto.

Parole chiave:
spasticità, Ashworth, baclofen, riabilitazione motoria

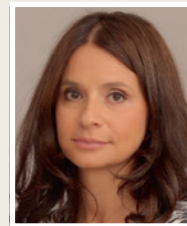
La spasticità

La spasticità in età pediatrica nei Paesi industrializzati è una realtà significativa. Gli studi epidemiologici, infatti, stimano che circa 1 bambino su 500-1000 nati vivi ne sia affetto (Figura 1). La spasticità consiste in un disturbo del primo motoneurone che determina un aumento del tono muscolare di gruppi antagonisti e iper-reflessia osteo-tendinea. La distribuzione può essere a carico dei soli arti inferiori (diplegia spastica); interessare i quattro arti (tetraparesi spastica), generalmen-

te con una maggiore gravità agli arti inferiori; oppure colpire un emilato (emiplegia spastica) e in questo caso si presenta generalmente con maggiore gravità a carico dell'arto superiore colpito.

Le cause da cui la spasticità può dipendere sono molteplici. Sicuramente è necessario annoverare al primo posto tutto lo spettro di alterazioni del Sistema Nervoso Centrale (SNC) che ricadono sotto la dizione generica di Paralisi Cerebrale Infantile (PCI). Meno frequenti, ma non meno rilevanti, sono poi le patologie tumorali, vascolari, infettive del Sistema Nervoso Centrale, i traumi a carico del Sistema Nervoso Centrale, le patologie neurodegenerative.

In base alla gravità della spasticità, alla sua distribuzione corporea, alla sua eziologia e alle ulteriori patologie che possono esserle associate, le conseguenze appaiono potenzialmente molteplici. La spasticità è possibile causa di una varietà di limitazioni dei movimenti, con posizioni obbligate e deformità ossee secondarie (ad esempio scoliosi evolutive). La gestione quotidiana del paziente può essere particolarmente complessa, con difficoltà di mobilizzazione, difficoltà di posizionamento, difficoltà nell'igiene quotidiana (*nursing*). Ne possono derivare ulcere da pressione, alto consumo metabolico con dimagrimento, sublussazione e lussazione



BARBARA SPACCA
Neurochirurgo presso la AOU Meyer di Firenze e Responsabile della Struttura Semplice Intra SOC per la Chirurgia delle patologie del nervo Faciale. Collabora nelle attività di Neurochirurgia Funzionale. Membro delle principali Società di Neurochirurgia Italiane e Internazionali

ROBERTA BATTINI, SILVIA PERAZZA, ROBERTA DI PIETRO, GIOVANNI CIONI
UOC Neurologia e Neuroriabilitazione, "IRCSS Fondazione Stella Maris", Calambrone, Pisa

ANNA FILIPPINI, TIZIANA PISANO
Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Neuroriabilitazione, AOU Meyer, Firenze

SILVIA PAOLI
Riabilitazione pediatrica, AOU Meyer, Firenze

FEDERICO MELANI
Centro di eccellenza di Neuroscienze, AOU Meyer, Firenze

MANUELE LAMPASI
Ortopedia e Traumatologia pediatrica, AOU, Firenze

RENZO GUERRINI
Direttore del Centro di eccellenza di Neuroscienze, AOU Meyer, Firenze

LORENZO GENITORI
Direttore del Centro di eccellenza Neurochirurgia, AOU Meyer, Firenze

FLAVIO GIORDANO
Responsabile della Neurochirurgia Funzionale e dell'Epilessia presso la AOU Meyer, Firenze. Membro delle principali Società di Neurochirurgia. La sua attività di Neurochirurgia Funzionale in ambito pediatrico interessa epilessia, disturbi del movimento e psichiatrici, spasticità e dolore cronico

delle articolazioni maggiormente interessate, in particolare a carico delle anche (Figura 2). Dalla osservazione e dallo studio di tutte queste problematiche è nata l'esigenza di sviluppare terapie di controllo della spasticità al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti, ridurre le complicanze a essa secondarie e facilitare l'assistenza al paziente.

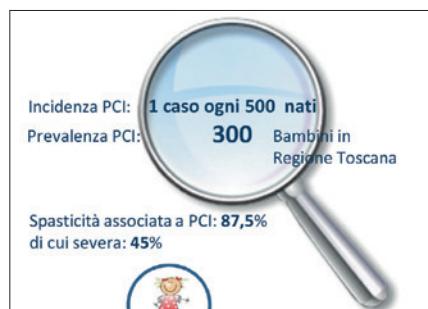


Figura 1 – Incidenza della Paralisi Cerebrale Infantile (PCI) e della spasticità associata.



Figura 2 – Bambino affetto da PCI con tetraparesi spastica più grave agli arti inferiori.

Inquadramento diagnostico

La spasticità è una patologia complessa, in cui i pazienti hanno differenti necessità in base al tipo e alla gravità della spasticità stessa. Da tutto ciò l'importanza di inserire il paziente all'interno di una rete multidisciplinare, che garantisca a ciascuno un appropriato percorso diagnostico e di conseguenza assicurati il trattamento migliore disponibile. Il *team* coinvolto include neurologi, neuropsichiatri, fisioterapisti, fisiatristi, logopedisti, ortopedici, neurochirurghi. A questo gruppo andranno ad aggiungersi gli specialisti che di volta in volta verranno specificamente individuati per seguire le eventuali ulteriori patologie presenti. Ciò garantisce di seguire il paziente nel suo complesso, senza

perdere di vista la sua patologia e le sue necessità di base.

Il paziente affetto da spasticità deve essere prima di tutto valutato per definire il tipo di spasticità (diplegica, tetraplegica, emiplegica) e la sua severità. A questo scopo esistono varie scale di riferimento; una delle più comunemente usate è la Scala di Ashworth (Tabella 1). Queste scale permettono di definire la gravità del quadro e di comprendere quale sia l'effetto della spasticità sulla qualità della vita quotidiana. Accanto alla fondamentale visita clinica complessiva, sono ovviamente necessari tutti gli esami diagnostici strumentali utili per la comprensione dell'entità del danno a carico del primo motoneurone e di eventuali altre alterazioni associate (TC/RM encefalo e midollo; RX rachide in toto; RX anche).

Quando il processo diagnostico è completo, si può procedere a definire un iter terapeutico individualizzato. Le caratteristiche del percorso terapeutico ottimale per i pazienti affetti da spasticità sono state e continuano a essere oggetto di discussione scientifica a livello sia nazionale che internazionale e sono in continua evoluzione. In questo modo è stata perfezionata una *flow chart* di trattamento che tiene conto delle differenti esigenze di differenti pazienti secondo livelli di intensità di trattamento crescenti (Figura 3). Lo scopo principale è sempre quello di migliorare complessivamente la qualità della vita del paziente e dei suoi *caregivers*. Tali trattamenti possono poi sovrapporsi, senza necessariamente escludersi a vicenda e richiedono anche di essere adeguati nel tempo con la crescita del paziente. La

risposta al trattamento, infatti, può subire fluttuazioni nel tempo in miglioramento/peggioramento della spasticità e richiede, quindi, periodiche rivalutazioni e progressivi adattamenti in base al tipo di risposta ottenuta.

Quali opzioni terapeutiche

Una volta che nel contesto del *team* multidisciplinare sono state definite le caratteristiche di spasticità, sarà prioritario indirizzare il paziente a ricevere il trattamento migliore. I fattori su cui è possibile agire sono diversi:

- controllo su fattori che possono favorire la spasticità e che riguardano la gestione motoria, i presidi usati per il sostegno e la mobilizzazione, la nutrizione, l'ambiente familiare e quanto di altro può emergere alla valutazione clinica e anamnestica;
- riabilitazione motoria:
 - fisioterapia;
 - logopedia;
- infiltrazioni di tossina botulinica;
- ortesi;
- trattamenti di chirurgia ortopedica funzionale;
- terapia farmacologica:
 - GABA_B agonisti - Baclofen;
 - benzodiazepine (Diazepam, Clonazepam);
 - miorilassanti (Dantrolene, Tiazina);
- trattamento neurochirurgico:
 - impianto pompe per infusione IT di Baclofen (ITB);
 - rizotomia dorsale selettiva (RDS);
 - neurotomia periferica.

È evidente che si tratta di interventi a complessità e invasività crescente. Non necessariamente trovano tutti applicazione. Al contrario, si richiede

Score	Scala di Ashworth
0	Nessun aumento del tono muscolare
1	Leggero aumento del tono muscolare nei movimenti di flessione ed estensione passiva dell'arto
2	Marcato aumento del tono muscolare che comunque non impedisce la flessione/estensione passiva dell'arto
3	Considerevole aumento del tono muscolare, tale da ostacolare i movimenti passivi
4	Arto rigido in flessione o estensione, impossibile la mobilizzazione passiva

Tabella 1

La scala di Ashworth, strumento di misurazione della spasticità.

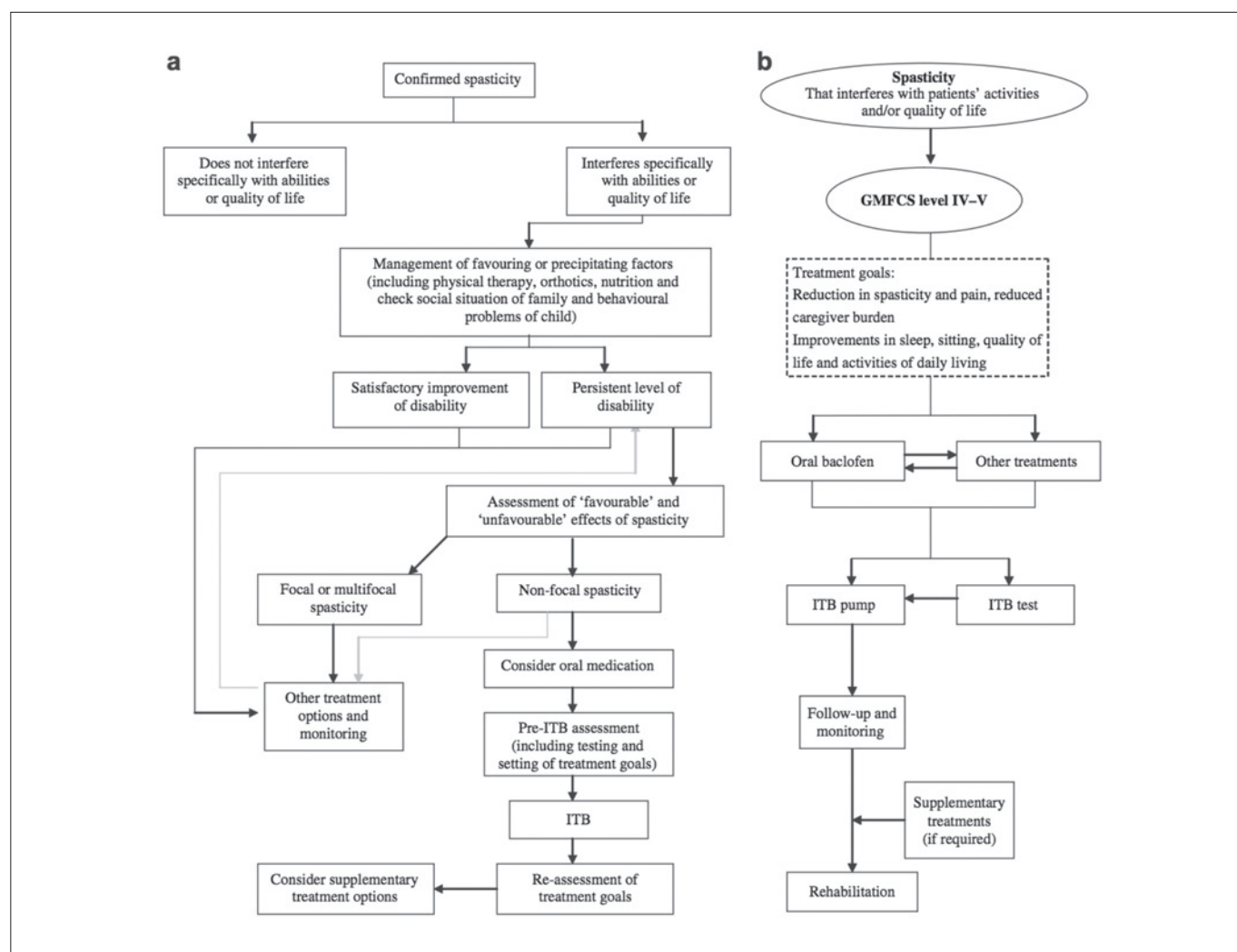


Figura 3 – Flow chart di trattamento dei pazienti affetti da spasticità (da: Dan B, Motta F, Vles JSH, et al. *Consensus on the appropriate use of intrathecal baclofen (ITB) therapy in paediatric spasticity*. Eur J Paediatr Neurol 2010;14:19-28).

una precisa e specifica attività nella selezione dei pazienti che maggiormente possono beneficiare di ciascuno specifico trattamento.

Il trattamento neurochirurgico

Nel contesto della *flow chart* di trattamento, il percorso prevede al suo termine il trattamento neurochirurgico. Questo viene infatti riservato ai pazienti che non rispondono in maniera soddisfacente ai trattamenti medici e riabilitativi sia a causa della invasività naturalmente associata a un intervento chirurgico sia a causa della irreversibilità di alcuni tipi di chirurgia.

Impianto di pompa per infusione IT di Baclofen (ITB)

Il Baclofen è un farmaco nato come

molecola antiepilettica ma dotato di una forte capacità di controllo sulla spasticità muscolare. In particolare, la capacità di ridurre il tono muscolare dipenderebbe dalla capacità di legarsi ai recettori GABA_B nel midollo spinale, con conseguente riduzione dell'effetto eccitatorio sui motoneuroni delle corna anteriori del midollo spinale. Per essere efficace, il farmaco deve entrare nel liquor cefalorachidiano (LCR) e ciò rende necessario, nella somministrazione per os, l'impiego di posologie dell'ordine di mille unità superiori a quelle efficaci per riuscire ad avere una concentrazione liquorale adeguata. Il rischio di effetti indesiderati va quindi inevitabilmente ad aumentare e può consistere in sedazione, cambiamenti del comportamento,

confusione, atassia, poliuria, insonnia. Al contrario, la somministrazione del Baclofen direttamente nello spazio liquorale spinale subaracnoideo, ossia nella sede di azione del farmaco, permette di somministrarne dosi nell'ordine di microgrammi e di ridurre quindi i rischi di effetti collaterali. Per una selezione accurata dei pazienti con maggiori possibilità di beneficiare del Baclofen IT, è possibile eseguire una procedura test prima dell'intervento. Il grado di spasticità viene valutato prima e dopo la somministrazione del farmaco per via IT. Tale test può essere effettuato o tramite puntura lombare o mediante impianto chirurgico del catetere spinale collegato poi a un piccolo *reservoir* posizionato sottocute in cui può essere iniettato il

Baclofen (Figura 4). In molti casi, l'impianto del *reservoir* collegato al catetere spinale è preferito rispetto alla puntura lombare, spesso di difficile esecuzione nei pazienti affetti da spasticità, anche perché il *reservoir* permette la ripetizione del test a dosi crescenti quando necessario. Il test viene somministrato ai pazienti affetti da spasticità grave, generalizzata, non altrimenti correttamente controllata, che limita la qualità della vita, la cui massa corporea sia adeguata a tollerare l'impianto. È inoltre fondamentale la disponibilità del paziente e dei *caregivers* a proseguire con questo iter. Una volta eseguito l'impianto, infatti, sarà necessario provvedere a periodici controlli per valutare l'efficacia del farmaco e la adeguatezza della posologia, per eseguire il re-filling della pompa e provvedere alla sostituzione della pompa stessa al termine del funzionamento della sua batteria. L'impianto della pompa definitiva consiste nell'inserire un catetere di infusione spinale sotto controllo radiologico per verificare il raggiungimento del livello spinale desiderato (possibilmente cervicale o toracico alto quando si desidera ottenere un controllo della tetraparesi spastica; toracico basso-lombare alto nelle diplegie spastiche). Successivamente questo catetere viene collegato alla pompa di infusione a rilascio programmato o a flusso fisso, che viene alloggiata in addome (Figura 5). Nel caso in cui il paziente sia già stato sottoposto a impianto del catetere spinale per eseguire il test, questo sarà disconnesso dal *reservoir* e quindi collegato con la pompa di infusione alloggiata poi in addome. L'attività infusione della pompa può essere attivata direttamente al risveglio del paziente partendo da dosi infusionali minime (50-100 mcg/die a flusso fisso). La dose viene poi adeguata in base alla risposta clinica, aggiungendo anche boli infusionali periodici se necessario. Il decorso post-operatorio prevede una degenza di circa 5 giorni, durante i quali vengono somministrati antibiotici e.v. ad ampio spettro per minimizzare il rischio di



Figura 4 – RX post-operatorio. Posizionamento di catetere spinale connesso a *reservoir* sottocutaneo.



Figura 5 – RX post-operatorio. Posizionamento di pompa per infusione IT connessa a catetere spinale.

contaminazione batterica dell'impianto. Si raccomanda l'applicazione di ghiaccio al di sopra della ferita addominale e di una pancera morbida per ridurre il rischio di sieromi.

Rizotomia dorsale selettiva (RDS)

Per rizotomia dorsale selettiva si intende la sezione di specifiche radicele delle corna posteriori del midollo spinale. Si tratta di una procedura irreversibile, in cui si sezionano, sotto guida elettrofisiologica ed elettromiografica, alcune radicele sensitive nel contesto delle radici posteriori del midollo spinale, identificate nella regio-

ne di maggiore spasticità del paziente. Le radici selezionate sono quelle che hanno un alterato metabolismo dell'acido gamma-amino-butyrico (*non-GABA-absorbing*) e vengono identificate per il loro caratteristico tracciato elettromiografico alterato. Le radici motorie e quelle sensitive a normale metabolismo sono quindi risparmiati. In questo modo, riducendo le afferenze sensoriali anomale, si ottiene l'interruzione dell'arco riflesso che mantiene l'ipertono spastico e si riduce il tono muscolare nei distretti dai cui territori viene interrotta la sensibilità afferente patologica. La rizotomia ha un effetto permanente. Questo tipo di chirurgia viene indicato prevalentemente nelle diplegie spastiche di bambini con adeguato controllo del tronco e senza ritardo neurocognitivo e in pazienti nei quali non può essere impiantata la pompa per infusione IT di Baclofen (inadeguata massa corporea e/o impossibilità a eseguire i controlli periodici necessari per il riempimento della pompa e la sua eventuale sostituzione). La rizotomia può essere effettuata in età pediatrica e adulta, anche se effettuare l'intervento al di sotto dei 6 anni aiuterebbe a ridurre le deformità articolari e ossee che spesso gravano il quadro clinico in età adolescenziale e adulta.

Neurotomia periferica

Questa procedura è applicabile in forme molto focali di spasticità dovute alla contrattura di gruppi muscolari specifici (muscolo bicipite e tricipite brachiale, muscolo flessore ulnare del carpo, muscoli adduttori della coscia, muscolo tibiale) e consiste nella sezione parziale di fibre sensitive e motorie dei nervi periferici (nervo radiale, ulnare, otturatorio, sciatico popliteo, tibiale) previo test di simulazione con blocchi anestesologici selettivi e/o iniezione di tossina botulinica. In età pediatrica è una procedura rara, poiché le forme di spasticità focale sono più frequenti nell'adulto.

barbara.spacca@meyer.it

Se l'1% si prende tutto

di Gavino Maciocco



GAVINO MACIOCCO
medico di Sanità Pubblica, volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di Cooperazione Sanitaria per il Ministero degli Esteri, dirigente di ASL. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per "Toscana Medica" la rubrica "Sanità nel mondo". Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web: www.saluteinternazionale.info

Una minuscola parte (1%) possiede quanto il resto della popolazione mondiale (99%).

Uno squilibrio che causa disastri planetari, mentre migliaia di bambini muoiono ogni giorno per malattie che potrebbero essere facilmente prevenute.

Parole chiave:

Rapporto Oxfam 2018, "we are the 99%", malattie prevenibili, salario minimo

L'1% più ricco della popolazione mondiale possiede quanto il restante 99%, si legge nel Rapporto Oxfam 2018 – *An economy for the 99 percent* – diffuso alla vigilia del World Economic Forum di Davos. Già nel 2011 "We are the 99%" fu lo slogan usato dai dimostranti che a New York dettero vita al movimento "Occupy Wall Street" per denunciare gli abusi e i misfatti del capitalismo finanziario. *We are the 99%* fu anche il titolo di un editoriale di Paul Krugman pubblicato sul *New York Times* nel novembre 2011. "Noi siamo il 99% è un grande slogan (...) – scrive Krugman – coglie perfettamente il problema di una classe media che si oppone a un'élite (e non verso i più

poveri). Inoltre liquida la nozione comune ma sbagliata che la crescita delle diseguaglianze sia principalmente tra i più istruiti e i meno istruiti; i grandi vincitori di questa nuova Età Dorata ("Gilded Age") sono un pugno di persone ricchissime, non i professionisti usciti dal college. Inoltre la percentuale del 99% dello slogan è bassa: gran parte dei profitti dell'1% vanno a un gruppo ancora più piccolo, il top 0,1%, l'uno per mille più ricco della popolazione". Se già dal 2011 era chiarissima la piega che aveva preso la globalizzazione, negli anni successivi la *Gilded Age*¹ si è ulteriormente, scandalosamente rafforzata (Figura 1).

"Ecco a che punto siamo come pianeta nel 2018 – scrive Bernie Sanders in un articolo sul *The Guardian*² –: dopo tutte le guerre, le rivoluzioni e i summit internazionali degli ultimi cento anni, viviamo in un mondo dove un gruppo minuscolo di individui incredibilmente ricchi può esercitare un controllo spropositato sulla vita economica e politica della comunità globale. Nonostante sia difficile da capire, la verità è che le sei persone più ricche del mondo adesso possiedono più ricchezza della parte più povera della popolazione mondiale – 3,7 miliardi di persone –. Inoltre, l'1% più benestante adesso ha più soldi del restante 99%. Nel frattempo, mentre i miliardari ostentano la

loro ricchezza, quasi una persona su sette cerca di sopravvivere con meno di un dollaro e 25 al giorno e – orribile – circa 29.000 bambini muoiono ogni giorno per cause totalmente prevedibili come la diarrea, la malaria e la polmonite (...). Non solo, ma in un periodo di enorme disuguaglianze di ricchezza e di reddito, le persone di tutto il mondo stanno perdendo la fiducia nella democrazia – nei governi scelti dal popolo, per il popolo e del popolo –. Le persone sono sempre più coscienti che l'economia globale è stata truccata per favorire quelli che stanno già in alto a spese di tutti gli altri. E sono arrabbiate. Milioni di persone lavorano sempre di più per salari sempre più bassi rispetto a 40 anni fa, sia negli Stati Uniti che in molti altri Paesi. Osservano la situazione, sentendosi indifesi di fronte ai pochi potenti che comprano le elezioni e a una élite politica ed economica che diventa sempre più ricca, mentre il futuro dei loro figli diventa sempre più cupo. Al centro di tutta questa disparità economica, il mondo assiste a un'avanzata allarmante dell'autoritarismo e dell'estremismo di destra, che alimenta, sfrutta e amplifica il risentimento di coloro che sono stati lasciati indietro, e soffia sul fuoco dell'odio etnico e razziale. Dobbiamo sviluppare un movimento internazionale che affronti l'avidità e l'ideolo-

¹ *Gilded Age* è un periodo della storia americana che va dal 1870 agli inizi del 1900 caratterizzato dalla corruzione politica ed economica e da forti proteste sociali. *The Gilded Age* è anche il titolo di un romanzo scritto da Mark Twain nel 1873.

² www.theguardian.com/commentisfree/2018/jan/14/power-billionaires-bernie-sanders-poverty-life-expectancy-climate-change. Tradotto in italiano: www.largine.it/index.php/bernie-sanders-strappiamo-il-mondo-dalle-mani-di-un-gruppo-minuscolo-di-miliardari.



gia della classe miliardaria e che porti a un mondo di giustizia economica, sociale e ambientale. Sarà una lotta facile, questa? Ovviamente no. Ma è una lotta che non possiamo evitare. La posta in gioco è troppo alta”.

Torniamo al Rapporto 2018 dell'Oxfam, dove si trovano le proposte riassunte in tre punti:

1. porre un limite ai profitti degli azionisti e ai compensi dei *top manager* e garantire che tutti i lavoratori ricevano un salario “minimo” che consenta loro di avere una vita decente;
2. eliminare il *gap* di genere nello stipendio e proteggere i diritti delle donne lavoratrici;
3. far pagare più tasse ai benestanti e reprimere l'evasione fiscale per aumentare la spesa pubblica per Sanità e Istruzione.

Figura 1 – La manna miliardaria (da Oxfam: www.oxfam.org/en/even-it/5-shocking-facts-about-extreme-global-inequality-and-how-even-it-davos).

gavino.maciocco@gmail.com



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

E-mail e PEC:

protocollo@omceofi.it
segreteria.fi@pec.omceo.it

Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00

Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico - Internet: sul sito dell'Ordine - Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito:

<http://italriscossioni.it> (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri

Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: www.ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviate per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Siti: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

Benessere, disagio termico e temperatura percepita all'aperto

di Marco Morabito, Alessandro Messeri



MARCO MORABITO
Istituto di Biometeorologia Firenze,
Consiglio Nazionale delle Ricerche
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze



ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

La valutazione del benessere/disagio termico all'aperto e la comunicazione di questa informazione rappresenta un aspetto importante soprattutto in estate, stagione sempre più spesso caratterizzata da persistenti ondate di calore. La situazione è complicata dall'elevato numero di indici di *stress* termico disponibili utilizzati sul territorio nazionale che, essendo basati su parametri e metodi di calcolo differenti, non sono confrontabili, finendo col creare confusione e incomprensioni. L'articolo affronta l'argomento e fornisce alcuni spunti di riflessione.

Parole chiave:
caldo, freddo,
indici biometeorologici,
biometeorologia, *comfort*.

Introduzione

La valutazione del benessere/disagio termico all'aperto è un argomento molto complesso in quanto chiama

in causa numerosi elementi oggettivi e soggettivo-comportamentali che concorrono a determinare la "percezione termica" dell'ambiente. È possibile fornire, infatti, una definizione di benessere termico tipicamente legata a un aspetto psicologico, quindi come condizione psicofisica in cui il soggetto esprime soddisfazione nei riguardi dell'ambiente termico, oppure legata a un aspetto termosensoriale, cioè come condizione in cui il soggetto non ha né sensazione di caldo né sensazione di freddo.

Questa tematica è trattata con grande dettaglio dalla Biometeorologia e a livello internazionale dalla "International Society of Biometeorology" (ISB, <http://biometeorology.org/>) che ha l'obiettivo primario di creare una comunità di esperti provenienti da vari settori scientifici e con conoscenze specifiche nell'ambito della Meteorologia applicata.

Dagli inizi del secolo scorso, un'intensa attività di ricerca è stata indirizzata allo sviluppo di modelli/indici in grado di descrivere oggettivamente la condizione di benessere/disagio termico in ambienti confinati o esterni in conseguenza dell'andamento micrometeorologico. Questa attività ha portato allo sviluppo di numerosi indici (oltre 100) (Blazejczyk et al., 2012; Epstein, Moran, 2006) in grado di definire, con approcci più o meno complessi e considerando differenti variabili microclimatiche (temperatura, umidità, vento, temperatura globotermometrica ecc.) e individuali/comportamentali (caratteristiche antropometriche di un soggetto, postura, livello di resistenza termica del vestiario indossato, tasso metabolico ecc.), il disagio da freddo e da caldo.

Indici per la valutazione del benessere/disagio termico

Gli indici per la valutazione del benessere/disagio termico in ambiente esterno hanno riscosso inizialmente molto interesse in ambito militare, coinvolgendo quindi soggetti spesso impegnati a operare in ambienti ostili e senza adeguato acclimatamento. Alcuni esempi sono il "Wind Chill Index" sviluppato per quantificare l'esposizione al freddo (basse temperature e intensità del vento) (Siple, Passel, 1945; Steadman, 1971) e ampiamente utilizzato per scopi militari (Santee, 2002) e il "Wet-Bulb Globe Temperature" (WBGT) (Yaglou, Minard, 1957) utilizzato soprattutto dall'esercito americano (Budd, 2008) e successivamente impiegato come riferimento ISO principalmente per la definizione dello *stress* da caldo in ambiti lavorativi (ISO 7243: 2017). Anche a causa della frequenza con cui si verificano condizioni di caldo estremo, spesso persistenti per molti giorni (ondate di calore), sempre maggiore inte-

resse è stato dedicato agli indici per la valutazione del disagio da caldo. Tra essi, i più accurati sono gli indici in grado di considerare non solo l'effetto combinato di temperatura e umidità dell'aria (variabili incluse nella maggior parte degli indici di *stress* da caldo), ma anche l'effetto, non sempre refrigerante oltre certe temperature, del vento e non ultimo quello degli scambi radiativi tra le superfici che delimitano un ambiente e il corpo umano (irraggiamento dalle superfici a una data temperatura e irraggiamento solare). Gli scambi radiativi vengono misurati mediante un globotermometro che permette il calcolo della temperatura media radiante (una misura del bilancio termico tra il corpo umano e l'ambiente circostante), una variabile di grande importanza per la corretta valutazione della situazione all'aperto, dove il contributo dell'irraggiamento solare svolge un ruolo determinante nel condizionare il benessere/disagio termico. Secondo una recente e aggiornata classificazione (Blazejczyk et al., 2012), gli indici di *stress* termico utili per una valutazione all'aperto possono essere suddivisi in tre categorie:

- indici razionali, basati sul calcolo del bilancio d'energia del corpo umano;
- indici empirici, basati su parame-

tri fisiologici oggettivi e variabili soggettive;

- indici diretti, che si fondano sulla misurazione diretta dell'effetto di alcune variabili ambientali.

Nel 2000 la ISB ha istituito una Commissione per lo sviluppo di quello che, attualmente, è considerato lo stato dell'arte degli indici razionali, l'*Universal Thermal Climate Index* (UTCI), definito nell'ambito di un'azione COST (COST action 730, <http://www.utci.org/cost.php>) (Jendritzky et al., 2012). L'UTCI, mediante un complesso modello termofisiologico dinamico multinodo (Fiala et al., 2012) e un sofisticato modello di abbigliamento (Havenith et al., 2012), permette, considerando un soggetto *standard* coinvolto in una specifica attività fisica, un'accurata valutazione del benessere/disagio termico all'aperto (Figura 1).

La temperatura percepita

Le informazioni fornite dall'applicazione degli indici per la valutazione del benessere/disagio termico sono espresse sinteticamente mediante valori adimensionali o secondo una scala di temperatura, a cui è associata una specifica condizione di "potenziale" disagio da caldo e da freddo (*stress* termofisiologico) generalizzabile a livello di popolazione (l'informazione è spesso

indirizzata a un soggetto *standard* con caratteristiche predefinite e in salute). Si parla di "potenziale" impatto ambientale perché la risposta di ciascun individuo è strettamente dipendente da fattori individuali come l'età, le caratteristiche psicofisiche, il tipo di attività svolta, la tipologia di abbigliamento indossato, la durata dell'esposizione e il grado di acclimatazione (Staiger et al., 2010), per citarne alcuni. Quando l'informazione è comunicata sulla base di una scala di temperatura allora si parla anche di "temperatura percepita", termine tradotto in italiano dal nome dell'indice di *stress* termico razionale, la "*Perceived Temperature*" (Staiger et al., 2012), ma si potrebbe parlare anche di temperatura apparente (dall'indice "*Apparent Temperature*") o ancora di temperatura equivalente come nel caso dell'UTCI (Figura 1). Il problema principale che si scatena durante il periodo estivo, però, è relativo all'interpretazione di questo tipo di informazione, dal momento che a livello nazionale vengono utilizzati diversi indicatori di *stress* termico da caldo e il confronto tra essi non è spesso praticabile. Ad esempio il sistema nazionale di allarme città-specifico per prevedere condizioni climatiche a rischio per la salute della popolazione fornisce un valore di "temperatura perce-

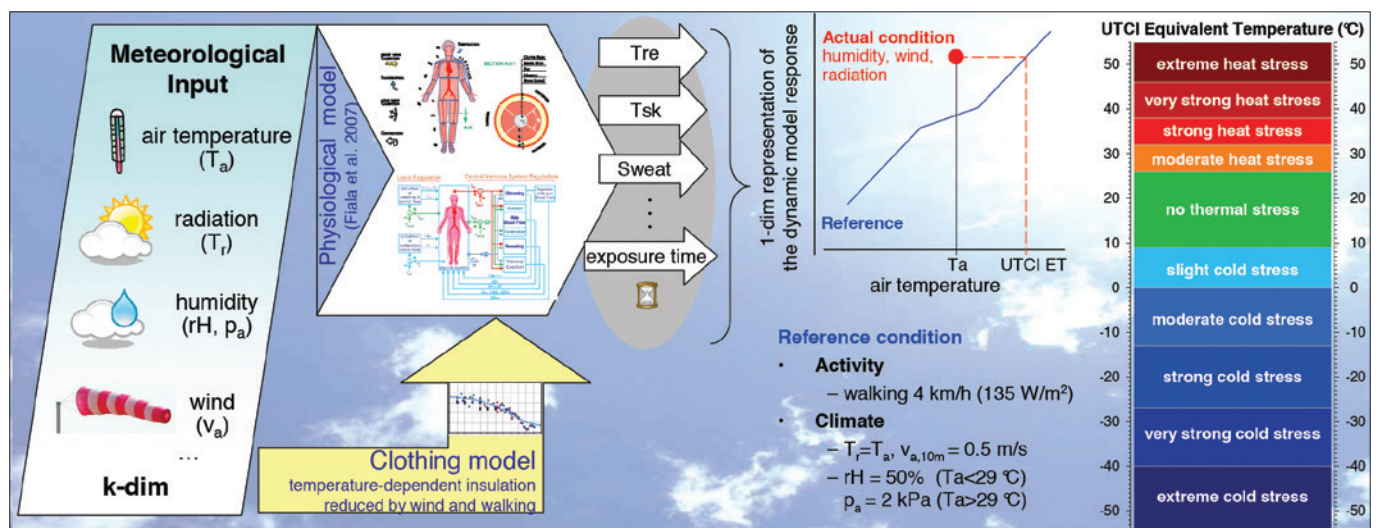


Figura 1 – Schema per il calcolo dell'indice "Universal Thermal Climate Index" (UTCI) (da: www.utci.org/utci_poster.pdf).

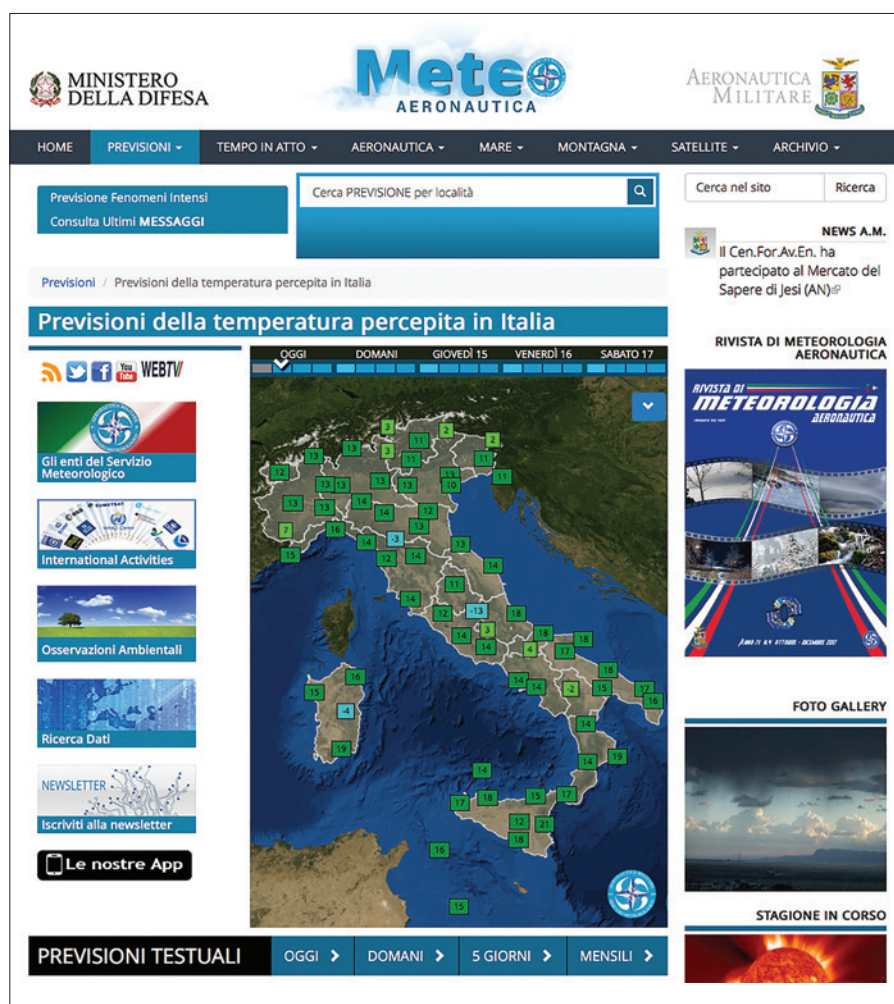


Figura 2 – Previsione della temperatura percepita in Italia disponibile sul sito dell'Aeronautica Militare (da: www.meteoam.it/previsioni/italia/tempPercepita/12/0).

percepita” basato sull'indice “*Humidex*”, mentre il sito dell'aeronautica militare (www.meteoam.it/previsioni/italia/tempPercepita/12/0) permette anche il calcolo della temperatura

percepita dovuta all'effetto combinato di basse temperature e vento (Figura 2).

In altre regioni vengono utilizzati indicatori di *stress* da caldo diver-

si, come l’“*Apparent Temperature Index*”, “*Heat Index*”, l’“*Indice di Thom*”, il WBGT ecc. Ovviamente le scale di “temperatura percepita” fornite da tutti questi indici, essendo basate su parametri microclimatici e metodi di calcolo differenti, non sono confrontabili e possono creare grande confusione quando queste informazioni sono date “in pasto” ai *media* che le comunicano alla popolazione con notizie allarmanti, attente soprattutto a esaltare il sensazionalismo. Una soluzione per ovviare a questo problema di comunicazione, oltre a utilizzare a livello nazionale il medesimo indicatore di *stress* termico (ad esempio l’UTCI, che fornisce un maggiore dettaglio delle informazioni), è anche quella di utilizzare la descrizione testuale della condizione di *stress* termofisiologico (ad esempio disagio debole, moderato, intenso da caldo ecc.) associata al risultato numerico fornito dall’indice. Tale informazione, comunque specifica per un soggetto con determinate caratteristiche e impegnato in una specifica attività fisica, è meno suscettibile di interpretazioni e soprattutto incomprensioni numeriche.

Bibliografia:

m.morabito@ibimet.cnr.it
www.dispaa.unifi.it/vp-60-cibic.html

CONVENZIONI

L’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha stipulato una convenzione per i propri iscritti con il Consorzio Opere di Misericordia per l’organizzazione di corsi ECM a prezzi ridotti.

Informazioni e iscrizioni: **tel. 055.3261500** – training@consorziodm.it.

MORBILLO, I DATI 2017 DELLA AZIENDA USL TOSCANA-CENTRO

Questi i dati resi noti dall'Azienda USL Toscana-Centro relativi alle notifiche per morbillo nel 2017: 124 a Firenze, 26 nell'area pistoiese, 9 per ciascuna in quelle pratese ed empolese. Nel 2016 la stessa Azienda aveva registrato solo 6 casi, 3 a Empoli e 3 a Firenze. Purtroppo a oggi la copertura vaccinale di queste popolazioni è ben inferiore al 95%, considerata la soglia minima di protezione per impedire drasticamente la circolazione dell'agente patogeno. Pertanto l'invito è quello di diffondere quanto più possibile la pratica vaccinale, considerando che le complicanze mortali del morbillo a livello statistico colpiscono dalle 30 alle 100 persone ogni 100.000 soggetti infettati.

11 FEBBRAIO 2018: IL PRIMO OPEN DAY DELL'ORDINE!



Il prof. Gianfranco Scarselli con il maestro di Tango argentino Giuliano Scarpati.



ASIAM Connection Band: Luca Luglio alle tastiere (musicista), Marco Bartolini al basso (Radiologia Careggi), Giuseppe Mazza Chitarra e voce (Mmg), Gianluca Baroncelli (Sax) (musicista), Riccardo Gheri Chitarra e voce (Endocrinologo), Massimo Milli Percussioni (Cardiologia SMN), Massimo Barattini Batteria (Anestesia e rianimazione SMN).



Iris e Letizia con i loro pupazzi in visita all'ospedale.



I Ragazzi del Segretariato Italiano Studenti in Medicina, che hanno organizzato l'Ospedale dei Pupazzi. Da sinistra: Rebecca Vitella, Martina Sperti, Chiara Landini, Arianna Meacci, Nicole Capialdi, Mattia Comella, Giulia Ginestrini. Sono stati presenti anche: Jacopo Giovacchini, Ilaria Di Silvestro, Silvia Licciardo.

IL PUNTO SULLA MALARIA

Documento per una corretta informazione sulla malaria

elaborato dalla Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (SIMET, presidente: prof. Alessandro Bartoloni) con l'adesione della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT, presidente: professor Antonio Chirianni) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM, presidente: professor Maurizio Marceca)

Roma, 15 settembre 2017

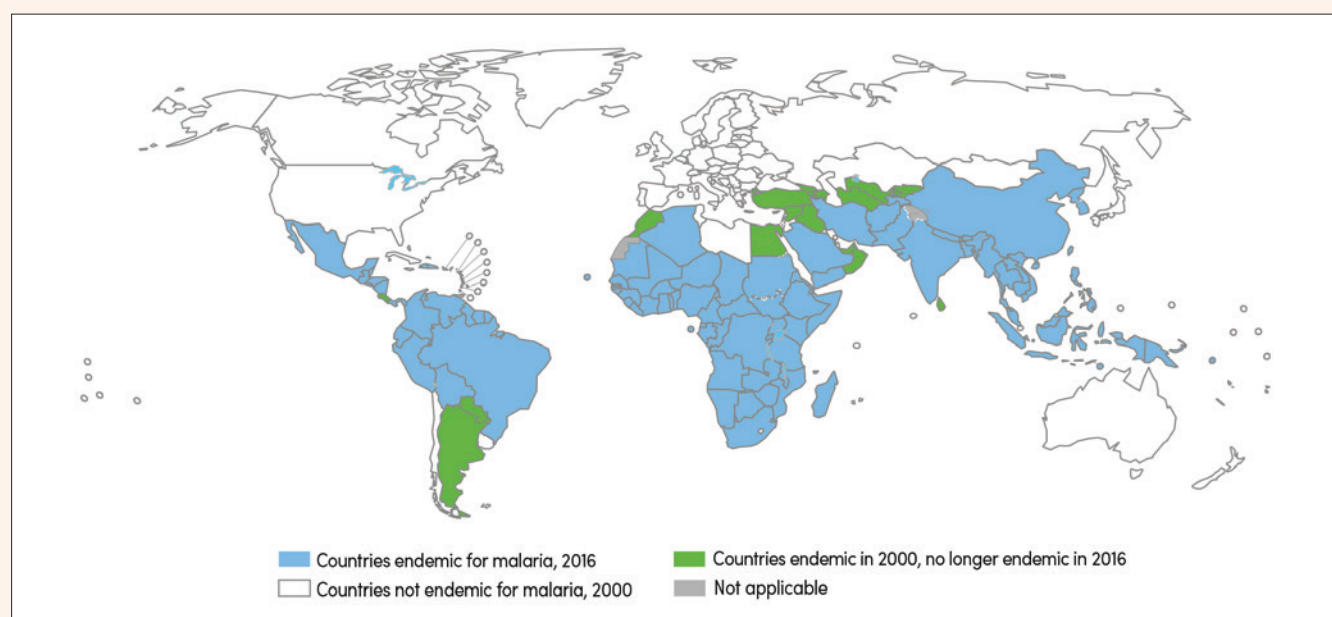
Sulla base dei dati dell'Istituto Superiore di Sanità, negli ultimi 10 anni si notificano in Italia circa 600 casi di malaria per anno, prevalentemente (80%) da *Plasmodium falciparum*. Una parte di casi è osservabile in cittadini italiani che rientrano da viaggi in aree endemiche per malaria (per motivi di lavoro o turismo) mentre un'altra parte è contratta da stranieri, prevalentemente residenti nel nostro Paese, che ritornano nei paesi di origine (Africa Sub-Sahariana prevalentemente) per visitare le proprie famiglie. Tra i cittadini italiani il tasso di mortalità è inferiore all'1%, più basso della media europea.

Preoccupata dal fatto di leggere e ascoltare in questi giorni affermazioni non corrette sulle vie di trasmissione della malaria, sugli insetti vettori in grado di trasmetterla e sul ruolo dei movimenti di popolazioni nel determinarne cambiamenti epidemiologici o rischi concreti per la popolazione italiana, la Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (SIMET) ha ritenuto doveroso contribuire a fornire alcune informazioni chiare utili a tutti coloro che non fanno parte degli "addetti ai lavori", insieme alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) e alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Cosa è la malaria e dove è maggiormente presente

La malaria è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una malattia grave, prevenibile, diagnosticabile e curabile. È diffusa in forma endemica in 95 Paesi, soprattutto in area tropicale. Si stima che ogni anno ci siano circa 200 milioni di casi e 450 mila morti, prevalentemente bambini africani. In pratica, si può stimare che ogni due minuti un bambino africano muoia per malaria.

L'infezione è dovuta a un parassita del genere *Plasmodium*. Se ne conoscono 5 specie: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium knowlesi*. *Plasmodium falciparum* è il principale responsabile dei casi mortali di malaria (malaria terzana maligna).



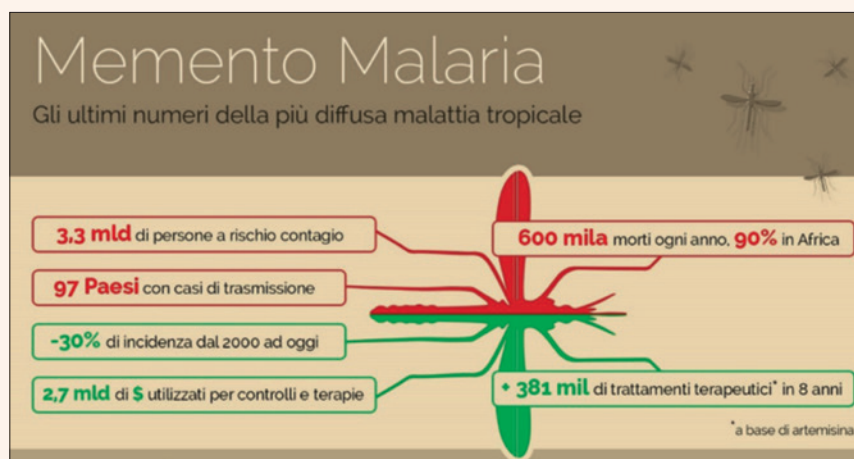
Countries endemic for malaria in 2000 and 2016 (da: World Malaria Report 2016. Geneva: World Health Organization 2017).

La malaria è stata una malattia importante anche in Italia

Nota fin dall'antichità, la malaria è stata una malattia endemica anche in Italia fino a metà del 1900, rappresentando una ben nota causa di episodi febbrili accompagnati da sudorazioni abbondanti e anche da un numero consistente di decessi (circa 9.000 ogni anno agli inizi del 1900).

Numerosi sono stati gli interventi messi in atto nel nostro Paese per controllare questa malattia. Tra questi, all'inizio del 1900, l'introduzione della Legge del Chinino di Stato che permetteva l'impiego di un farmaco efficace per curarla e prevenirla, le campagne

di bonifica delle aree palustri (a partire dai primi anni '20 del secolo scorso) e infine l'avvio di una Campagna di Lotta Antimalarica (piano quinquennale 1947-1951) che prevedeva l'impiego dell'insetticida DDT, conclusasi con l'interruzione della trasmissione della malaria in Italia. Gli ultimi casi di malaria autoctona, da *Plasmodium vivax*, sono stati osservati in Sicilia all'inizio degli anni '60 del secolo scorso e solo nel 1970 l'Italia ha ottenuto la certificazione di Paese libero da malaria da parte dell'OMS.



La Scuola Malariologica Italiana

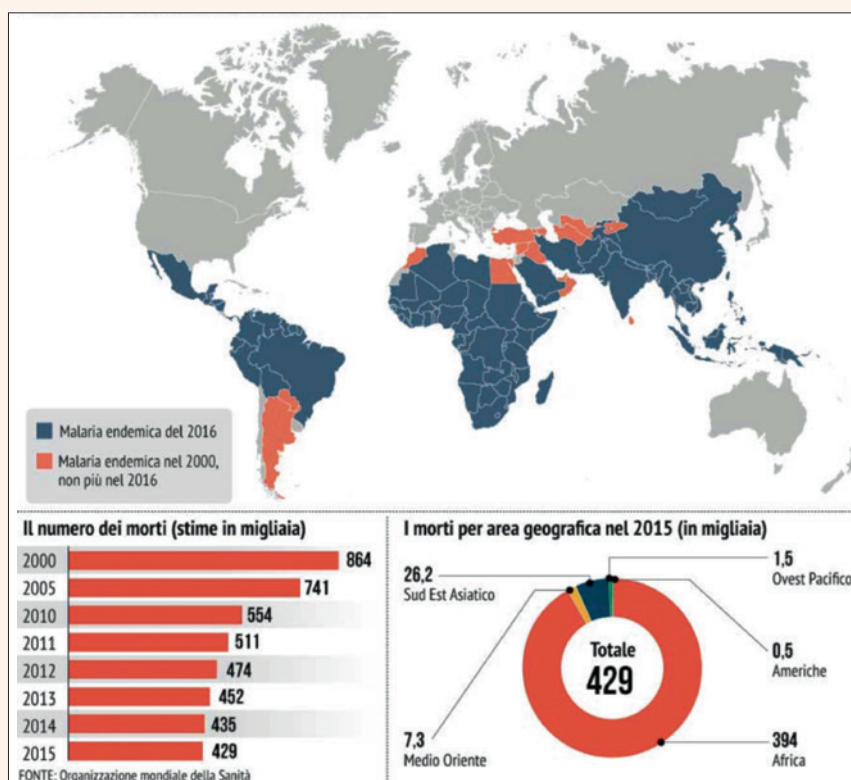
Proprio per la rilevanza di questo problema sanitario sul nostro territorio, la Scuola Malariologica Italiana ha raggiunto livelli di eccellenza, con riconoscimenti a livello internazionale. Proprio alcuni ricercatori italiani (tra questi, Giovanni Battista Grassi, Ettore Marchiafava, Angelo Celli, Camillo Golgi, Amico Bignami, Giuseppe Bastianelli) hanno contribuito all'acquisizione di conoscenze fondamentali sulla malaria.

Da dove deriva il nome malaria

La malattia era ben nota per le sue manifestazioni cliniche e le gravi conseguenze, ma per molto tempo non era stato possibile stabilire la causa di queste febbri. Il termine malaria, adottato a partire dalla seconda metà del 1800, spiega l'ignoranza sulle cause e le vie di trasmissione di questa malattia, attribuita ai miasmi (aria maleodorante) provenienti dalle aree paludose, "mal'aria" appunto.

Come ci si può ammalare di malaria

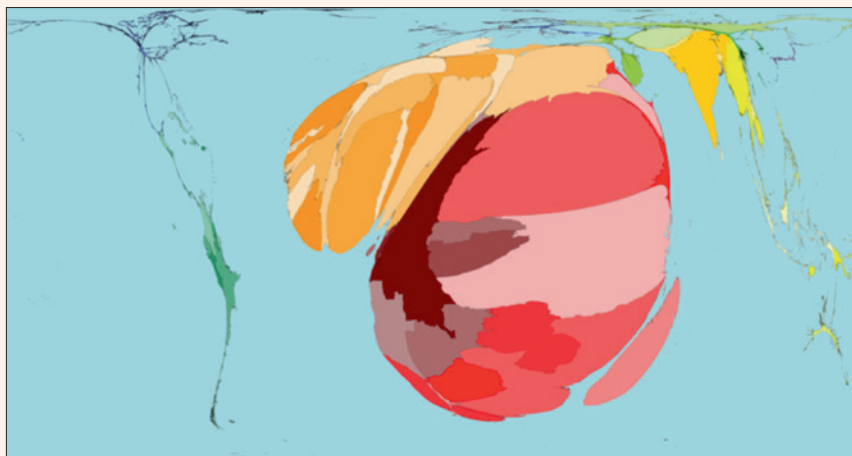
La malaria è trasmessa essenzialmente attraverso una puntura di una zanzara femmina del genere *Anopheles*. Il ciclo inizia quando una zanzara punge una persona portatrice del parassita nel sangue. Solo le zanzare femmine pungono, dal crepuscolo all'alba, per ottenere un pasto di sangue necessario allo sviluppo delle uova e quindi al mantenimento della specie.



La malaria nel mondo.

All'interno della zanzara segue un processo di sviluppo del parassita che porta dopo circa 9-14 giorni (tempo variabile influenzato dalle condizioni atmosferiche, soprattutto temperatura e umidità) a generare numerosi parassiti che si accumulano poi nelle ghiandole salivari. A questo punto la zanzara infettante può, in occasione di un altro pasto di sangue, trasmettere l'infezione a un'altra persona.

Da notare che comunque una singola zanzara che punge una persona con malaria ha scarse probabilità di arrivare ad avere le ghiandole salivari infette e quindi a trasmetterla ad altre persone.



© Copyright Worldmapper.org / Sasi Group (University of Sheffield) and Mark Newman (University of Michigan).

Come si manifesta la malaria

La persona manifesterà i sintomi dopo un periodo d'incubazione variabile (normalmente 10-15 giorni), con la comparsa di febbre, dolori diffusi, mal di testa e talvolta disturbi intestinali quali vomito e diarrea.

Possibilità di trasmissione senza l'intervento di una zanzara

Mentre non esiste alcuna possibilità di trasmissione diretta di malaria da persona a persona, raramente possono osservarsi casi di malaria non trasmessa da zanzare, bensì attraverso trasfusioni di sangue, trapianto d'organo, contaminazione da materiale infetto in ambito ospedaliero o scambio di siringhe tra tossicodipendenti.

Casi di trasmissione criptica

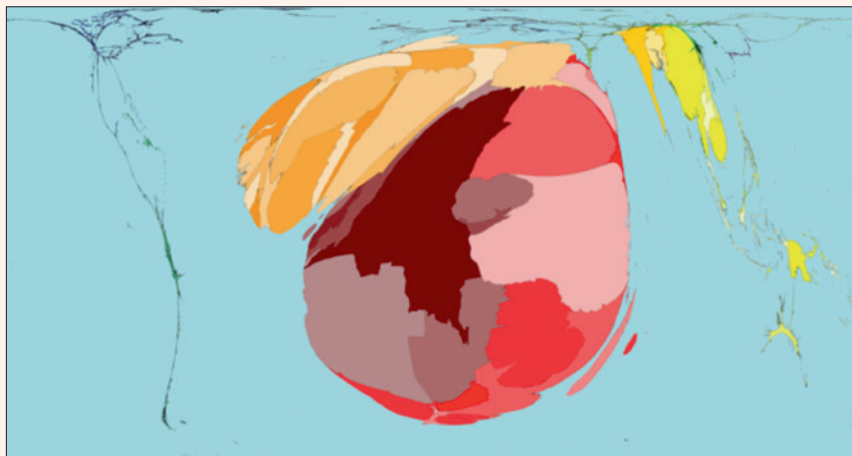
In qualche caso non è possibile stabilire con certezza la via di trasmissione e allora si parla di malaria "criptica", con ipotesi di responsabilità in qualche caso per zanzare arrivate attraverso bagagli (malaria da bagaglio) o aerei (malaria da aeroporto).

Diagnosi e trattamento della malaria

Diagnosticata e trattata tempestivamente la malaria è curabile, mentre le forme non trattate di malaria da *Plasmodium falciparum* possono andare incontro a complicazioni gravi fino all'esito fatale. In Italia abbiamo le capacità diagnostiche e sono sempre più disponibili farmaci efficaci per il trattamento di ogni forma di malaria.

Possibilità di trasmissione attraverso zanzare *Anopheles* presenti in Italia

Sul nostro territorio permangono zanzare del genere *Anopheles* capaci di trasmettere alcuni plasmodi, ma le conoscenze attuali indicano che esse non sono più in grado di trasmettere il *Plasmodium falciparum* di origine africana, responsabile delle forme più gravi. Raramente sono stati documentati casi di malaria, cosiddetta autoctona perché trasmessa da una zanzara indigena, dovuti a *Plasmodium vivax*. Nel 1997 è stato documentato un



© Copyright Worldmapper.org / Sasi Group (University of Sheffield) and Mark Newman (University of Michigan).

caso di malaria da *Plasmodium vivax* e più recentemente altri due casi, non correlati tra loro, sono stati sospettati nel Centro-Sud Italia.

Per un aggiornamento sui vettori capaci di trasmettere i plasmodi in Italia è possibile consultare il documento della Società Italiana di Parassitologia (SOIPA) sul sito www.soipa.it/images/documenti/comunicatosoipa.pdf.

Ruolo delle zanzare comuni e della zanzara tigre

Nessuna possibilità di trasmissione di malaria è invece attribuibile alle zanzare comuni (genere *Culex*) o alla cosiddetta zanzara tigre (*Aedes albopictus*).

Info: alessandro.bartoloni@unifi.it

PREVENZIONE ODONTOIATRICA NELLE SCUOLE

Tutti i bambini di 6-7 anni di età delle scuole primarie della USL Toscana-Centro anche quest'anno sono entrati a fare parte del progetto "Prevenzione odontoiatrica primaria" volto a identificare precocemente eventuali problematiche di carattere odontoiatrico, con particolare attenzione per le classi sociali più disagiate. Gli igienisti dentali della USL si recano nelle scuole e nei casi sospetti attivano la consulenza specialistica gratuita. Nel 2017 aderirono al progetto ben 125 classi per un totale di 2.552 bambini. Obiettivo di quest'anno è raggiungere quota 3.500, pari al 25% dell'intera popolazione settenne presente nel territorio di competenza della USL Toscana-Centro.

IN VIA DI REALIZZAZIONE LA NUOVA SdS EMPOLESE VALDARNO VALDELSA

È iniziato in questo periodo il complesso processo tecnico-amministrativo in conclusione a luglio prossimo che dovrà condurre alla nascita della nuova Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa. La costituenda SdS nascerà dalla fusione delle attuali SdS Empolese, Valdarno e Valdarno Inferiore e comprenderà 15 Comuni. Suoi principali obiettivi saranno la riorganizzazione dei servizi rivolti all'assistenza delle persone fragili, la realizzazione di interventi mirati a sostegno delle azioni a contrasto della povertà, l'attivazione del modello regionale di presa in carico delle persone con disabilità, l'attivazione di sportelli riservati ai cittadini, il riconoscimento delle attività svolte dal Terzo Settore.

SETTORE SOCIO-SANITARIO: LE DONNE TANTO PER CAMBIARE GUADAGNANO MENO DEGLI UOMINI

I contabili europei di Eurostat, studiando i dati relativi all'anno 2014, hanno evidenziato che nel campo dell'assistenza socio-sanitaria in Europa le donne guadagnano circa il 28% in meno rispetto agli uomini, il che significa una media di circa 43.367 euro annui per gli uomini contro soltanto 31.088 per le lavoratrici. Il nostro Paese si posiziona al terzultimo posto, seguito soltanto da Finlandia e Gran Bretagna. Nel piccolo Lussemburgo, unico esempio europeo, si riscontra invece la tendenza opposta, che porta le donne a guadagnare in media circa 801 euro in più rispetto ai colleghi maschi, mentre la differenza minore si riscontra in Belgio con 89 euro comunque sempre a favore degli uomini.

CROLLA IN ITALIA LA VACCINAZIONE CONTRO L'INFLUENZA NEGLI ANZIANI

L'allarme arriva dall'OMS: delle circa 44.000 persone che in Europa muoiono ogni anno a causa dell'influenza, 34.000 hanno più di 65 anni di età. Se per gli esperti occorrerebbe raggiungere una copertura vaccinale di almeno il 75%, le statistiche dicono che nel nostro continente si vaccina solo un anziano su tre e in molti Stati la copertura arriva a mala pena al 40%. La situazione in Italia non è assolutamente tra le più favorevoli se è vero che siamo passati dal 66% della popolazione ultra-sessantacinquenne vaccinata durante la stagione dell'influenza 2008-2009 al 49% raggiunto nel biennio 2014-2015.



**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284
info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it