

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVII n. 2 febbraio 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print)

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

FEBBRAIO

2

a pag. 5

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE



Immunomodulanti
e infezioni

La vaccinazione
antitetanica
post-esposizione

Psicologia
dell'emergenza

La sindrome
dell'intestino corto

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVII - n. 2 febbraio 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

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-firenze.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

Finito di stampare Febbraio 2019 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art.
13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati per-
sonali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto
gratuitamente, di consultare, far modificare o cancel-
lare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro tratta-
mento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto
potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
a.barresi@omceofi.it

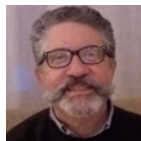


Fondato da
Giovanni Turziani

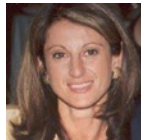
In copertina
Giuseppe Zigaina
La sera nel vigneto
Olio su cartone telato
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 **La pietà si addice ai medici?**
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 6 **"A' generosi, giusta di glorie dispensiera è morte"**
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 8 **La vaccinazione antitetanica post-esposizione:
protocollo per i DEA della Ausl Toscana Centro**
M.G. Santini et al.
- 11 **Immunomodulanti e infezioni: un binomio efficace?**
A. Novelli
- 15 **Migliorare la sicurezza delle cure
Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 8^a)**
C. Sestini et al.
- 18 **La Medicina Integrata nel Servizio Sanitario Toscano**
S. Baccetti
- 20 **Psicologia dell'Emergenza**
I. Barbarisi
- 22 **Incontinenza fecale: non solo pannoloni**
F. Pucciani

RICERCA E CLIMA

- 24 **La sindrome dell'intestino corto in età pediatrica**
A. Morabito et al.

CLIMA E SALUTE

- 27 **Quali effetti per la salute connessi alla siccità?**
M. Morabito et al.

30 - 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

La pietà si addice ai medici?

di *Teresita Mazzei*

Dalla cronaca recente leggiamo che in occasione dell'apertura dell'anno giudiziario il Procuratore Generale di Torino, da uomo di legge, ha pronunciato una frase di eccezionale intensità riferendosi alla ormai celebre "questione migranti": "la pietà è morta, almeno quella declinata nel suo senso laico".

Altrettanto recentemente "L'Espresso", affrontando temi completamente diversi, ha dedicato diverse pagine alla questione del fine vita, prendendo spunto dalla ricorrenza dei dieci anni della morte di Eluana Englaro avvenuta il 9 febbraio 2009. In un articolo intitolato "Quella sera nel Palazzo morì anche la pietà" si ripercorrono i drammatici momenti di lite, insulti e rabbia che caratterizzarono l'aula del Senato alla notizia della morte della ragazza in stato vegetativo da 17 anni.

In entrambi questi esempi l'attenzione di chi legge viene immediatamente e inesorabilmente attratta dalla parola "pietà". Si tratta di un vocabolo che tutti impieghiamo con grande frequenza e in moltissimi contesti, da quelli più elevati a quelli di più immediata e generale comprensione, del tipo "questo film fa veramente pietà!".

Eppure probabilmente molti di noi non si soffermano sul reale signifi-

ficato della parola e, se richiesti di darne una definizione quanto più precisa possibile, verosimilmente si troverebbero in notevole difficoltà.

Allora torniamo studenti e andiamo con umiltà a cercare sui libri.

L'Enciclopedia Treccani fornisce le seguenti definizioni della parola "pietà": "sentimento di affettuoso dolore, di commossa e intensa partecipazione e di solidarietà che si prova nei confronti di chi soffre", "la disposizione a sentirsi solidali con chi soffre", "disposizione dell'animo a sentire affetto e devozione verso i genitori, verso la patria, verso Dio e a operare di conseguenza o, più in generale, rispetto reverenziale per ciò che è considerato sacro" (con significato più vicino a quello originario del latino *pietas*), "devozione religiosa".

In aggiunta "pietà" può descrivere anche "nell'iconografia cristiana l'immagine, dipinta o scolpita, della Madonna che tiene in grembo Cristo morto" (vedi la celeberrima Pietà di Michelangelo) o addirittura, in araldica, riferirsi alla "denominazione dei nati del pellicano, di solito tre, che esso nutre nel nido con il suo sangue aprendosi il petto con il becco".

Indipendentemente dalle religioni e delle ideologie alle quali ognuno di noi fa riferimento, appare ovvio

che il concetto di "pietà" (cosa ben diversa, badiamo bene, dal più ambiguo e sfuggente pietismo) si lega strettamente all'operato del medico, permeandone necessariamente comportamenti ed attitudini.

Credo pertanto che siano assolutamente da condividere le parole del Presidente della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) Anelli quando descrive la pietà dei medici come il riconoscimento nell'altro della comune natura umana, del comune sentire e dei comuni diritti, fondamento imprescindibile dell'attività di cura e assistenza da riservare a qualsiasi persona, senza discriminazione alcuna, nell'esercizio sempre autonomo e indipendente della professione.

In tempi di grande confusione e incertezze, di urla e prevaricazioni, al di là dei proclami e degli schieramenti di qualsiasi parte, credo che ogni medico non dovrebbe dimenticarsi di coltivare con cura il proprio personale concetto di pietà, adattandolo al proprio lavoro e modellandolo sui dettami della nostra Deontologia nell'interesse precipuo di chi sta soffrendo e chiede il nostro aiuto. Da sempre, con i dovuti adattamenti alle differenti realtà storiche, i medici fanno questo.

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

s.baglioni@omceofi.it



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze**

Via Giulio Cesare Vanini, 15 – 50129 – Firenze
Tel. 055.496522 – Fax 055.481045
Email protocollo@omceofi.it - PEC segreteria.fi@pec.omceo.it
Sito web: www.omceofi.it

Firenze, 11/02/2019 - Prot. n. 1312

**AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE
tramite pubblicazione su Toscana Medica**

Oggetto: Convocazione Assemblea Annuale Ordinaria.

A norma degli artt. 23 e seguenti del DPR 05/04/1950 n. 221, è indetta l'Assemblea Annuale Ordinaria degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze per il giorno sabato 30 marzo 2019 alle ore 6 in prima convocazione e per il giorno

domenica 31 marzo 2019 alle ore 10

in seconda convocazione, presso la sede dell'Ordine in Via G.C. Vanini 15 a Firenze, per discutere il seguente O.d.G.:

1. Relazione del Tesoriere e del Collegio dei Revisori dei Conti;
2. Approvazione Bilancio Consuntivo 2018;
3. Approvazione Bilancio Preventivo 2019;
4. Relazione annuale del Presidente.

Durante lo svolgimento dell'Assemblea verranno conferite le onorificenze agli iscritti che hanno compiuto il 50° anniversario della laurea durante il 2018 e nei primi quattro mesi del 2019 (laureati nel 1968 e nei primi quattro mesi del 1969).

Si ricorda che è consentita la delega ad uno degli iscritti all'Ordine, ma che nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. L'eventuale delega deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione.

Cordiali saluti

LA PRESIDENTE

(PROF.SSA TERESITA MAZZEI)

FIRMA SOSTITUITA CON INDICAZIONE A STAMPA
AI SENSI DELL'ART. 3 D.LGS. 39/1993

.....
Il/La sottoscritto/a delega il/la collega Dott. a rappresentarlo/a a tutti gli effetti all'Assemblea di cui al presente avviso di convocazione accettando fin da ora il suo operato.

Firma

“A’ generosi, giusta di glorie dispensiera è morte”

di Donatella Lippi

Il verso foscoliano si adatta in modo particolare alla figura di Filippo Pacini (1812-1883), medico e scienziato, che solo molti anni dopo la sua morte ebbe il riconoscimento della grandezza delle sue scoperte.

Nato il 25 maggio del 1812 a Pistoia, Pacini si era formato presso la Scuola chirurgica di Pistoia, per poi completare la sua formazione a Firenze: nel 1835, ancora studente, presentò alla Società Medico-Fisica Fiorentina una relazione sulla scoperta dei corpuscoli dei nervi digitali che dal 1844 portano il suo nome (“corpuscoli del Pacini”), le terminazioni nervose responsabili della percezione della sensazione tattile e della pressione profonda (Figura 1).

Studio di Istologia, condusse le prime ricerche nella villa di Scornio, di proprietà dell'amico Niccolò Puccini, che mise a sua disposizione, oltre alla



Figura 1 – Preparato istologico. Museo di Anatomia, Scuola di Scienze della Salute Umana, Firenze

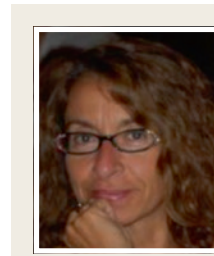
villa, un microscopio costruito dal direttore dell'osservatorio astronomico “La Specola”, Giovan Battista Amici. Fu questo il mezzo, con cui Pacini riuscì a conseguire inaspettate scoperte. Una fra le scoperte più importanti, infatti, fu quella del vibrione del colera, che, però, venne a lungo oscurata dalla successiva ri-scoperta da parte di Robert Koch, a cui, nel 1905, venne assegnato il premio Nobel.

Il colera era una malattia molto diffusa, che aveva già dal 1817 varcato i suoi storici confini, l'India e la regione del Bengala, per diffondersi fuori dal suo territorio di origine, probabilmente grazie alla rivoluzione commerciale e dei trasporti.

Alimentazione inadeguata e condizioni igienico-sanitarie precarie influirono certamente in maniera decisiva nell'espansione della malattia, considerato che il bacillo si diffondeva principalmente attraverso l'ingestione di acque e alimenti contaminati.

In Italia giunse per la prima volta nel luglio del 1835, dando vita a un lungo dibattito che vide coinvolti uomini di scienza, politici e intellettuali, e che mise in luce l'inadeguatezza delle forme di difesa igienica pubblica e le carenze nei sistemi di approvvigionamento idrico e di fognatura delle città.

Il legame tra il colera e l'uso di acque contaminate era stato suggerito e dimostrato da John Snow, che aveva studiato l'epidemia di Londra, provando come i casi della malattia fossero incentrati attorno alla pompa pubblica di Broad Street, da cui



DONATELLA LIPPI

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

sgorgava acqua della compagnia Southwark & Vauxhall: Snow chiese e ottenne che la maniglia della pompa di Broad Street fosse rimossa: a partire da quel giorno, i casi di malattia in quella zona continuarono a diminuire, e in pochi giorni la malattia si esaurì.

Se, ancor prima di “scoprire” l'esistenza del batterio che causa il colera, l'acqua era stata individuata da Snow come fattore importante nella trasmissione della malattia, Filippo Pacini, nello stesso periodo, scopriva e descriveva, invece, il vibrione stesso (Figura 2).

Nel 1854, infatti, durante la pandemia di colera scoppiata a Firenze, in collaborazione con un altro medico e ricercatore pistoiese, Francesco Magni (1828-1888), futuro professore di oftalmologia e rettore dell'Università di Bologna, esaminò sistematicamente il sangue, le feci e le alterazioni delle mucose intestinali dei soggetti morti di colera.

In questo modo, Pacini poté dimostrare la presenza, nella mucosa intestinale, di milioni di elementi che chiamò vibroni.



Figura 2 – Museo di Anatomia, Scuola di Scienze della Salute Umana, Firenze.

La scoperta di Pacini venne completamente ignorata dalla comunità scientifica fino al 1965, quando il Comitato internazionale sulla nomenclatura adottò ufficialmente la denominazione di “Vibrio cholerae Pacini 1854”, per indicare l’agente responsabile della malattia.

Partendo dall’osservazione clinica dello stato di morte apparente dei colerosi, Pacini sviluppò, inoltre, nel 1870 un metodo per la respirazione artificiale, basato sulla mobilitazione ritmica degli arti superiori nel paziente privo di coscienza, che consi-

gliò per resuscitare le persone annegate o avvelenate gas tossici.

Pacini fu docente di Anatomia sublime, cioè di Istologia, e può veramente essere considerato uno dei fondatori di questa disciplina: già dal 1851, infatti, mutò la titolazione del proprio insegnamento in Anatomia istologica e delle regioni del corpo, dando dignità accademica a quella disciplina, fondata nel corso del Settecento da Albrecht von Haller, Andreas Bonn, Marie-François-Xavier Bichat.

Innumerevoli furono i contributi di Pacini, dall’anatomia alla fisiologia e

alla medicina legale, ma, nonostante gli innegabili successi delle sue ricerche, egli lamentò per tutta la vita la tangibile ostilità dell’ambiente scientifico, provata dalla mancata assegnazione del premio dell’Accademia dei Lincei per le scienze biologiche del 1879. A Firenze, Pacini visse in Via di Mezzo: la lapide, posta dal Municipio di Firenze nel 1884, ricorda che fu il luogo dove visse e morì, nel 1883, lo scienziato pistoiese Filippo Pacini, “nelle scienze biologiche maestro insigne”.

donatella.lippi@unifi.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI 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: ammifirenze2013@gmail.com - sito: www.ammifirenze.altervista.org FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviata 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

La vaccinazione antitetanica post-esposizione: protocollo per i DEA della Ausl Toscana Centro

di Maria Grazia Santini, Germana Ruggiano, Paolo Filidei, Luca Nardi, Giovanna Mereu, Simonetta Baretti, Paola Zini

In Italia si registrano ogni anno circa 60 casi di tetano e spesso accade che nei DEA si ricorra alla somministrazione di immunoglobuline in presenza di condizioni potenzialmente a rischio. Opportuno appare pertanto seguire le apposite linee-guida nazionali e regionali.

Parole chiave:

tetano, vaccinazione, prevenzione, Piano Nazionale Vaccinale

La prevenzione del tetano nella popolazione generale si raggiunge attraverso l'adozione del Calendario del Piano Nazionale Vaccinale, ma molti adulti e anziani non sono correttamente immunizzati ed è necessario intervenire nella post-esposizione a trauma, ferita ecc. Per questo motivo è importante concordare con il Dipartimento Emergenza Urgenza (Dea) procedure corrette.

Purtroppo l'Italia continua a registrare quasi la metà dei casi di tetano segnalati nella EU: i casi in Italia ogni anno sono circa 60 e abbiamo il primato

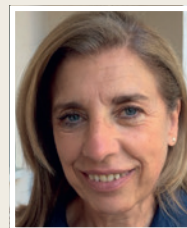
per i casi confermati, come emerge dall'ultimo rapporto dell'Ecdc.

Nonostante le linee di indirizzo nazionali e regionali, presso i Pronto Soccorsi dei Presidi Ospedalieri difficilmente sono applicate le indicazioni per la effettuazione della vaccinazione antitetanica post-esposizione e si ricorre all'uso spesso improprio delle Immunoglobuline (IG).

La necessità di razionalizzare l'uso degli emoderivati e la recente disponibilità in commercio di un test rapido utilizzato al Pronto Soccorso al fine di definire la protezione immunitaria ci hanno dato l'opportunità di rivedere una procedura aziendale, già adottata da diversi anni nella ex Asl di Firenze, in modo da uniformare i comportamenti nella nuova Ausl Toscana Centro.

Si è così costituito un *team* costituito da rappresentanti della Sanità Pubblica, della Direzione Aziendale e del Dipartimento di Emergenza Urgenza per concordare la redazione di un nuovo protocollo, aggiornato secondo le indicazioni del Piano Nazionale Vaccinale, al fine di promuovere procedure omogenee a livello aziendale nella profilassi antitetanica post-esposizione, applicabile in modo prioritario da operatori sanitari della Asl Toscana Centro che prestano attività nei Dea, nelle Direzioni Sanitarie di Presidio, nelle UF Igiene Pubblica e Nutrizione, nel Dipartimento della Assistenza Sanitaria Territoriale e nel Dipartimento della Medicina Generale.

Il Protocollo è stato divulgato a cura



MARIA GRAZIA SANTINI

Già Dipartimento di Prevenzione Area Igiene Pubblica e Nutrizione con incarico specifico sulle vaccinazioni. Dal 1979 si è sempre occupata di Sanità Pubblica con particolare riferimento alle vaccinazioni e malattie infettive. Dal 1996 è stata responsabile della Uf di Sanità Pubblica di Firenze e da giugno 2016 a luglio 2017 ha ricoperto il ruolo di direttore di Area IPN della Ausl Toscana Centro. Specialista in Pediatria, Malattie Infettive, Igiene e Medicina Preventiva. Componente della Commissione Regionale Vaccini dal 1996

GERMANA RUGGIANO

Dipartimento Emergenza Urgenza, Usl Toscana Centro

PAOLO FILIDEI, SIMONETTA BARETTI, PAOLA ZINI

Dipartimento di Prevenzione UFCI PN, Usl Toscana Centro

LUCA NARDI

Direttore rete Ospedaliera Usl Toscana Centro

GIOVANNA MEREU

Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari

delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dai direttori dei Dea.

Il Protocollo prevede 2 fasi:

1. Valutazione dello stato vaccinale.

La situazione vaccinale antitetanica del paziente viene verificata mediante:

- libretto/tesserino delle vaccinazioni, se posseduto dal paziente;
- anamnesi del paziente, in particolare riferita all'esecuzione di un ciclo di base nella vita, considerato che la vaccinazione antitetanica è obbligatoria in Italia dal 1968 e che anche le persone provenienti dall'estero sono state, in genere, vaccinate nell'infanzia;
- consultazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata (Sispc), se disponibile.

Sulla base di quanto sopra indicato, il soggetto può essere inquadrato come:

- *regolarmente vaccinato*: ciclo di base e ultimo richiamo da meno di 10 anni;
- *vaccinato con ultima dose da oltre 10 anni*;
- *non vaccinato o non completamente vaccinato*: nessuna dose o ciclo di base non completato (meno di 3 dosi);
- *con stato vaccinale incerto*: nessuna documentazione disponibile, anamnesi incerta o non attendibile. Nel caso di stato vaccinale incerto il personale Dea può ricorrere al *test* rapido per la ricerca anticorpale, per valutare la presenza o meno di protezione. In caso di esito positivo il soggetto si considera protetto (equivalente a regolarmente vaccinato), altrimenti si conferma lo stato di vaccinazione incerta o incompleta.

Il dosaggio anticorpale può anche essere utile in situazioni particolari quali ad esempio la presenza di controindicazioni alla vaccinazione o alle IG o la storia anamnestica di importanti reazioni locali e/o sistemiche alla somministrazione di una precedente dose di vaccino o IG.

La valutazione dello stato vaccinale deve sempre essere fatta anche nei bambini: nonostante la copertura vaccinale sia attorno o superiore al 95%, non bisogna dare per scontato che le vaccinazioni siano state eseguite.

2. *Profilassi antitetanica*. Valutata la ferita e la situazione vaccinale del

paziente, si procede alla profilassi antitetanica sulla base di quanto indicato dalla Circolare Ministero Sanità n. 16/1996 e successive indicazioni.

Soggetto regolarmente vaccinato

- Se ultima dose del ciclo vaccinale completo inferiore a 5 anni non somministrare né vaccino né IG.
- Se ultima dose del ciclo vaccinale completo eseguita fra 5-10 anni somministrare solo 1 dose di richiamo vaccino.

Soggetto vaccinato con ultima dose da oltre 10 anni

- Somministrare 1 dose di richiamo vaccino + 1 dose di IG solo se la persona si presenta al Pronto Soccorso dopo 24 ore dalla lesione o in stato di *shock*.

Soggetto con vaccinazione assente o incompleta

- Se non sono mai stati somministrati vaccini per tetano o se le dosi della vaccinazione di base sono inferiori a 3 somministrare 1 dose di vaccino + 1 dose di IG.

Soggetto di cui non sia possibile definire lo stato vaccinale

- Si può ricorrere al *test* rapido per la ricerca anticorpale: in caso di esito positivo il soggetto si considera protetto (equivalente a regolarmente vaccinato), altrimenti si conferma lo stato di vaccinazione assente o incompleta.
- Somministrare una dose di IG specifiche.
- Promuovere e somministrare la prima dose di vaccino.
- Raccomandare comunque all'u-

tente di controllare la propria situazione vaccinale.

- Dare indicazioni di prendere l'appuntamento al Cup per il proseguimento del ciclo vaccinale.

Soggetto in stato di incoscienza

- Accertarsi presso gli accompagnatori, parenti e medico curante della situazione vaccinale.
- Se la situazione vaccinale rimane comunque sconosciuta procedere come se il paziente non fosse vaccinato.

Qualora vi sia la necessità di somministrare immunoglobuline, queste devono essere sempre associate al vaccino e mai eseguite da sole.

Nei casi in cui è necessaria la somministrazione sia del vaccino che delle immunoglobuline antitetaniche, utilizzare un sito di somministrazione diverso e una diversa siringa per effettuare le due dosi (Tabella I).

Anamnesi, consenso informato, registrazioni

Prima della somministrazione del vaccino occorre raccogliere l'anamnesi prevaccinale mediante apposita *scheda* per evidenziare eventuali controindicazioni/precauzioni e acquisire il *consenso informato all'atto vaccinale*.

Anche per la somministrazione delle IG è obbligatoria la compilazione del modulo di consenso informato. Nel caso che il paziente rifiuti la somministrazione del vaccino e/o delle IG, il medico lo segnala nel referto, richiedendo la sottoscrizione al paziente.

Si ricorda inoltre che qualora venga-

Situazione vaccinale		Ferita non a rischio		Ferita a rischio [^]	
N. dosi ricevute	Ultima dose	Vaccino	IG tetano	Vaccino	IG tetano
3 o più	< 5 anni	No	No	No**	No
3 o più	5-10 anni	Sì	No	Sì	No
3 o più	>10 anni	Sì	No	Sì	Sì*
Nessuna vaccinazione, meno di 3 dosi o stato vaccinale incerto		Sì	No	Sì	Sì

* Solo in soggetti che si presentano dopo oltre 24 ore dalla ferita o in stato di *shock*; ** Una dose di richiamo di vaccino solo in presenza rischio di infezione particolarmente alto; [^] Ferita contaminata con sporozia, feci, terriccio, saliva, ferite penetranti profonde, exeresi, avulsioni dentarie, ferite da proiettili, schiacciamento, ustioni e congelamento.

Tabella I – Schema riassuntivo.

no rilevati eventi avversi alla vaccinazione è necessario compilare l'apposita scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR).

Immunoglobuline

Il dosaggio delle IG tetano per la profilassi post esposizione è:

- 250 UI per gli adulti nelle prime 24 ore;
- 500 UI in caso di ferite sporche o profonde oppure se la ferita risale a oltre 24 ore, o in adulti con peso corporeo superiore alla media;
- 7 UI/kg fino a un massimo di 250 nei bambini.

I soggetti con AIDS devono sempre ricevere, in caso di ferite, IG, qualunque sia la loro situazione vaccinale.

Al fine di controllare eventuali eventi avversi a insorgenza immediata dopo la vaccinazione (ad esempio *shock* anafilattico) è utile far attendere il paziente almeno 15 minuti in sala di attesa.

Vaccino

Il vaccino da utilizzare è DTP (difterite-tetano-pertosse dosaggio pediatrico) se soggetto di età inferiore a 7 anni compiuti o dTP (difterite-tetano-pertosse dosaggio per adulti) se soggetto di età superiore a 7 anni.

Si precisa che la dose di DTP o dTP può essere utilizzata sia per i richiami vaccinali sia come ciclo di base (come ribadito dalla Circolare Ministeriale del 15 gennaio 2018 relativa ai soggetti inadempienti rispetto alla legge n. 119 del 2017).

Per la vaccinazione di bambini di età inferiore a 7 anni compiuti, è molto importante la valutazione della situazione vaccinale per poter offrire DTPa o DPTa-IPV: infatti il calendario vaccinale nazionale prevede il vaccino quadrivalente con richiami a 6 e 14 anni. In caso di dubbio, se possibile, è preferibile consultare l'anagrafe vaccinale informatizzata, contattare il centro vaccinale o il pediatra di famiglia.

Al fine di controllare eventuali eventi avversi a insorgenza immediata dopo la vaccinazione (ad esempio *shock* anafilattico) è utile fare attendere il

Controindicazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose • Reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino
Precauzioni	<ul style="list-style-type: none"> • S. di Guillain-Barré e sindromi correlate entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino • Malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre • Nevrite periferica dopo la somministrazione di una precedente dose • Reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa) • Reazione di Arthus dopo somministrazione di precedente dose
False controindicazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Storia di reazione locale estesa non di tipo Arthus dopo precedente dose

Tabella II – Tetano (t): controindicazioni alla vaccinazione.

paziente almeno 15 minuti in sala di attesa (Tabella II).

Calendario vaccinazione dTP o DTP

1° dose*	
2° dose*	4-6 settimane dopo la prima
3° dose*	6-12 mesi dopo la seconda
Richiami*	ogni 10 anni

* Per il ciclo di base (prime 2 dosi) e per i richiami è raccomandato l'uso del vaccino dTpa (difterite-tetano-pertosse).

Schema di vaccinazione di adulti e bambini > 7 anni.

1° dose	3° mese di vita vaccino esavalente (difterite-tetano-pertosse-IPV-HIB-HBV)
2° dose	5°-6° mese di vita vaccino esavalente
3° dose	11°-13° mese di vita vaccino esavalente
4° dose	5-6 anni vaccino difterite-tetano-pertosse-IPV

Schema di vaccinazione bambini < 7 anni.

Fermo restando che quello sopra indicato è lo schema vaccinale ideale, non è comunque mai necessario riprendere ex novo il ciclo vaccinale, se interrotto.

Completamento ciclo vaccinale

I soggetti che eseguono presso il Pronto Soccorso la prima o seconda dose del ciclo vaccinale di base devono essere informati dei modi e tempi per la prosecuzione del ciclo vaccinale.

In ogni caso, il ciclo vaccinale non deve mai essere ripreso da capo,

qualunque sia il tempo intercorso dalla dose precedente.

Aggiornamento anagrafe vaccinale

Il medico/sanitario che effettua qualunque vaccinazione è tenuto a:

- verificare, se possibile, la situazione vaccinale pregressa sull'anagrafe vaccinale informatizzata Sisp (Sistema Informativo della Prevenzione Collettiva);
- registrare sempre la vaccinazione effettuata su Sisp;
- consegnare il certificato di vaccinazione.

Documenti di riferimento

- Circolare Ministero Sanità n. 16/1996 *Tetano: misure di profilassi*.
- Deliberazione Regione Toscana 1374/2016 *Calendario vaccinale della Regione Toscana*.
- Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni, documenti Istisan 09/13.
- Regione Toscana: verbale riunione Commissione Regionale Strategie vaccinali del 9 marzo 2017.
- Circolare del Ministero della Salute gennaio 2018.

Conclusioni

L'esperienza di collaborazione con i Dea ha sicuramente aperto un percorso nuovo di promozione delle vaccinazioni per gli utenti e anche per gli operatori sanitari con l'augurio che possa essere una strada per applicare in pieno il Calendario Nazionale Vaccini.

mariagraziasantini1@gmail.com

Immunomodulanti e infezioni: un binomio efficace?

di Andrea Novelli



ANDREA NOVELLI
Dipartimento di Scienze della Salute,
Sezione di Farmacologia Clinica e Oncologia,
Università degli Studi di Firenze

Il razionale dell'impiego di un immunomodulante nelle infezioni respiratorie ricorrenti è legato alla possibilità di migliorare la risposta immunitaria e di potenziare i meccanismi innati di difesa, in modo da ridurre il numero di episodi infettivi e/o di accelerarne la guarigione. Le recenti conoscenze in ambito immunologico permettono una valutazione più accurata degli effetti sia sulla immunità innata che sulla componente adattativa. Allo stato attuale possono risultare utili alcune opzioni terapeutiche naturali come i lisati batterici o di sintesi come il pidotimod.

Parole chiave:
immunomodulanti,
immunità innata e adattativa,
infezioni ricorrenti,
lisati batterici, pidotimod

Gli immunomodulanti, ovvero i modificatori della risposta biologica (*Biological Response Modifiers*, BRM) sono sostanze capaci di modulare l'attività immunitaria, aumentandola o riducendola e possono avere un'origine sia endogena, quindi essere prodotti naturalmente dall'organismo, sia esogena, in forma di prodotti naturali e di sintesi.

Come sappiamo da tempo, l'immunità innata individua i patogeni grazie a una superfamiglia di recettori (*Pattern Recognition Receptors*, PRR) in grado di riconoscere una serie di profili molecolari associati ai patogeni stessi (*Pathogen Associated Molecular Patterns*, PAMP) alla quale appartengono anche i *Toll Like Receptors* (TLR), una famiglia di recettori transmembrana, espressi soprattutto da cellule sentinella come macrofagi e cellule dendritiche, capaci di stimolare la risposta immunitaria. Un aspetto importante dei *Biological Response Modifiers* è quello di agire come agonisti dei *Toll Like Receptors*, con particolare riferimento, per le infezioni batteriche, ai TLR-2 e TLR-4, contribuendo così al potenziamento della risposta alle infezioni microbiche.

In questo ambito, tra le sostanze di tipo naturale vanno in particolar modo ricordate quelle fisiologiche come la lattoferrina, quelle esogene come il Bacillo di Calmette-Guérin (BCG) e i lisati batterici, mentre tra le sostanze di sintesi possiamo citare il pidotimod.

Il miglioramento delle conoscenze ha portato negli ultimi anni a un rinnovato interesse nei confronti della lattoferrina, glicoproteina di 80 kDa appartenente al gruppo delle transferrine, capace di modulare la risposta immunitaria. Si tratta di un vero e proprio peptide antimicrobico, prodotto principalmente dai leucociti polimorfonucleati, presente nel latte dei mammiferi e in altre secrezioni esocrine come la saliva, dotato di una spiccata attività antimicrobica (ascrivibile soprattutto a una sua frazione, la lattoferricina), riconducibile sia a una azione diretta sul microorganismo che a un'azione mediata attraverso la modulazione del sistema immunitario.

In clinica possiamo utilizzare la lattoferrina di origine bovina che si lega a livello intestinale a specifici recettori presenti nella membrana degli enterociti umani, stimolando, mediante produzione di citochine, l'attivazione e la migrazione delle cellule dendritiche e di linfociti e quindi migliorando la risposta in termini di infezione, sintomi di flogosi e anche di prevenzione della cancerogenesi. A oggi tuttavia, rimangono da chiarire la posologia ottimale e le modalità di somministrazione.

Il Bacillo di Calmette e Guérin è un immunomodulante introdotto nel 1921 come vaccino antitubercolare. In realtà l'effetto del Bacillo di Calmette e Guérin nei confronti della TBC, ma anche verso altre infezioni e alcune forme tumorali, è legato ad

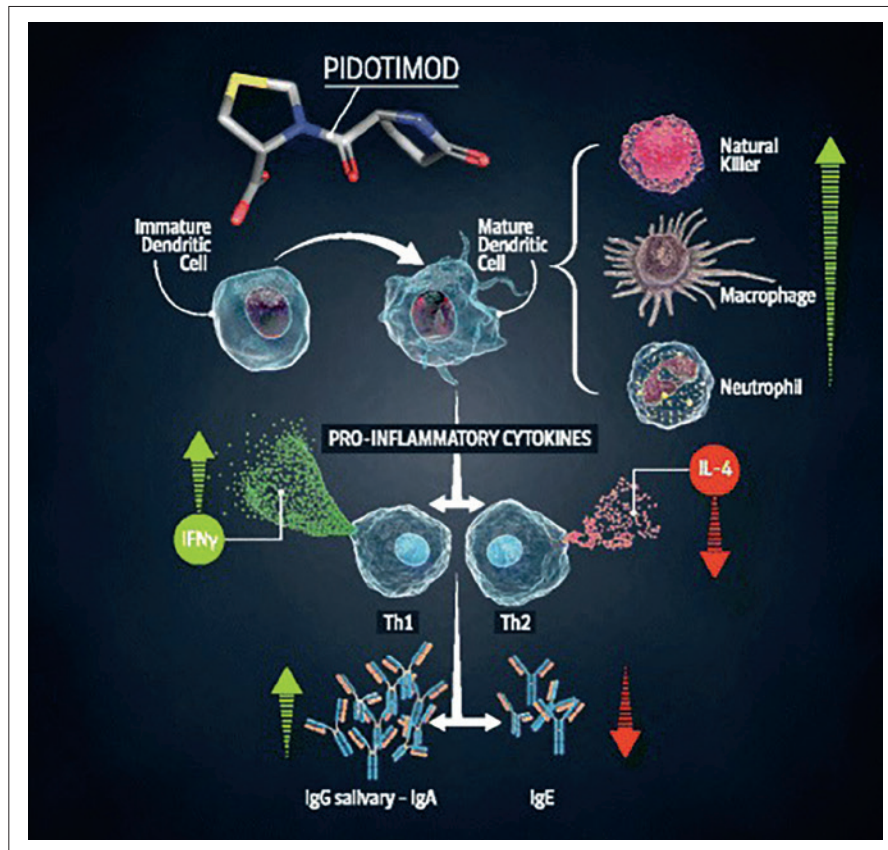


Figura 1 – Meccanismo di azione di pidotimod (da Ferrario BE, Garuti S, Braido F, Canonica GW. *Pidotimod: the state of art*. Clin Mol Allergy 2015;13:8. © Ferrario et al.; licensee BioMed Central 2016).

alcune attività sull'immunità adattativa e su quella innata attraverso meccanismi di tipo epigenetico. Il Bacillo di Calmette e Guérin infatti è in grado di esercitare un effetto di "allenamento", rendendo l'immunità innata più reattiva nei confronti delle infezioni e dei tumori.

Infine, tra i *Biological Response Modifiers* naturali, un ruolo particolare è stato attribuito ai lisati batterici la cui efficacia è stata descritta già all'inizio del secolo scorso.

In genere si tratta di un "cocktail" di batteri Gram-negativi quali *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Klebsiella sp.* e Gram-positivi, come streptococchi e *S. aureus*. In funzione delle tecniche produttive possiamo ottenerli tramite lisi chimica o meccanica o utilizzando frazioni ribosomiali. In questo ambito i lisati meccanici sembrerebbero in grado di promuovere una risposta immunitaria più efficiente. Il mecca-

smo d'azione prevalente è l'effetto sulla immunità innata, mediante attivazione delle cellule dendritiche e stimolazione dei meccanismi effettori dei linfociti T a livello delle mucose delle vie respiratorie. Gli effetti dei lisati batterici sono stati documentati in studi *in vitro* nei quali hanno dimostrato una capacità di attivazione della risposta immunitaria paragonabile a quella indotta dal lipopolisaccaride (LPS) batterico e *in vivo* con la protezione da infezioni sia virali sia batteriche. Tuttavia, di recente l'EMA ha sollevato alcuni dubbi sulla loro efficacia e sicurezza nelle infezioni respiratorie ricorrenti (IRR) nell'adulto e in pediatria, decidendo di rivedere le informazioni disponibili al fine di mantenerne l'autorizzazione al commercio nell'Unione Europea. Del resto, nei confronti dei lisati batterici esiste una nota serie di problemi legati a possibili controin-

diazioni, chiaramente evidenziate nelle schede tecniche di questi prodotti, che sono soprattutto legate alla co-somministrazione di vaccini, al limite di età di utilizzo, alla presenza di febbre, asma, infezioni intestinali acute o malattie autoimmuni.

In merito ai *Biological Response Modifiers* di sintesi va sottolineato che, a differenza di quelli naturali, questi prodotti consentono di determinare con maggiore accuratezza, oltre all'incidenza e al tipo di eventuali effetti collaterali, anche gli aspetti farmacocinetici e farmacodinamici caratteristici. L'archetipo delle molecole sintetiche ad attività modificatrice della risposta biologica è il levamisolo, un derivato imidazo-tiazolico con attività antelmintica che esercita effetti tanto sull'immunità innata, mediante la stimolazione dell'attività fagocitaria dei macrofagi e l'aumentata sintesi delle cellule *Natural Killer* (NK), quanto su quella adattativa, mediante l'aumento del numero dei linfociti T attivati.

Il levamisolo è stato ritirato dal commercio a causa di una elevata incidenza di effetti collaterali. Questa molecola risulta comunque interessante come modello di riferimento per la presenza nella sua struttura di un gruppo di tipo tiazolico che si ritrova in altri *Biological Response Modifiers* sintetici più recenti come imiquimod, resiquimod e pidotimod. Le prime due molecole presentano infatti strutture di tipo imidazolico, mentre pidotimod, un dipeptide sintetizzato in Italia nel 1990, si contraddistingue per un gruppo tiazolidinico e una oxopirrolidina che rappresentano le caratteristiche chimiche alla base dei suoi effetti biologici, immunomodulanti e antinfettivi. La molecola è dotata di un meccanismo d'azione particolarmente interessante ed è attiva sia sull'immunità innata, attraverso la maturazione delle cellule dendritiche e, a cascata, l'attivazione di neutrofili, macrofagi e cellule NK, sia sulla adattativa, mediante il potenziamento dell'attività Th1, con aumentata produzione di interferone gamma (IFN- γ), IgG e IgA salivari

e tramite modulazione dell'attività Th2, con ridotta produzione di IL-4 e IgE (Figura 1).

Pidotimod *in vitro* determina un' aumentata espressione del fattore di trascrizione NF- κ B, mentre *in vivo* nel modello murino, dopo stimolazione con ovalbumina, induce un rilevante aumento nella produzione di IFN- γ sia a livello degli splenociti che nel midollo osseo e di IgG-specifiche anti-ovalbumina. In clinica, la somministrazione di pidotimod per 90 giorni in bambini con sindrome di Down sottoposti a vaccinazione antinfluenzale ha indotto al tempo T30 eT90 una produzione di IgG specifiche e un rapporto tra le sottoclassi IgG1/IgG3 nettamente migliore rispetto al gruppo di controllo. Più recentemente, in uno studio laboratoristico-clinico condotto su bambini ricoverati per polmonite acquisita in comunità (CAP) e sottoposti a terapia antibiotica, sono state osservate nel gruppo trattato con pidotimod una *up-regulation* dei TLR-2 e un' aumentata produzione di IL-12 e TNF α con un potenziamento per un lungo periodo di tempo dell'attività del sistema immunitario e conseguente riduzione del rischio di recidive dell'infezione (Figura 2). Inoltre, uno studio molto recente ha dimostrato la capacità di pidotimod, somministrato per 3 mesi, di riequilibrare le alterazioni del profilo metabolomico osservabili in bambini con infezioni respiratorie ricorrenti, a eccezione solo di alcune espressioni delle funzioni del microbiota che richiedono un periodo più lungo per ritornare alla normalità.

L'efficacia e la tollerabilità della molecola sono state confermate in una metanalisi pubblicata a gennaio 2019 che ha valutato 29 studi condotti in vari Paesi, con oltre 4.000 bambini con infezioni respiratorie ricorrenti e ha evidenziato come il trattamento con pidotimod abbia ridotto il numero di episodi, la durata della sintomatologia e l'uso concomitante di antibiotici rispetto ai soggetti in terapia convenzionale. Il pidotimod è caratterizzato da una

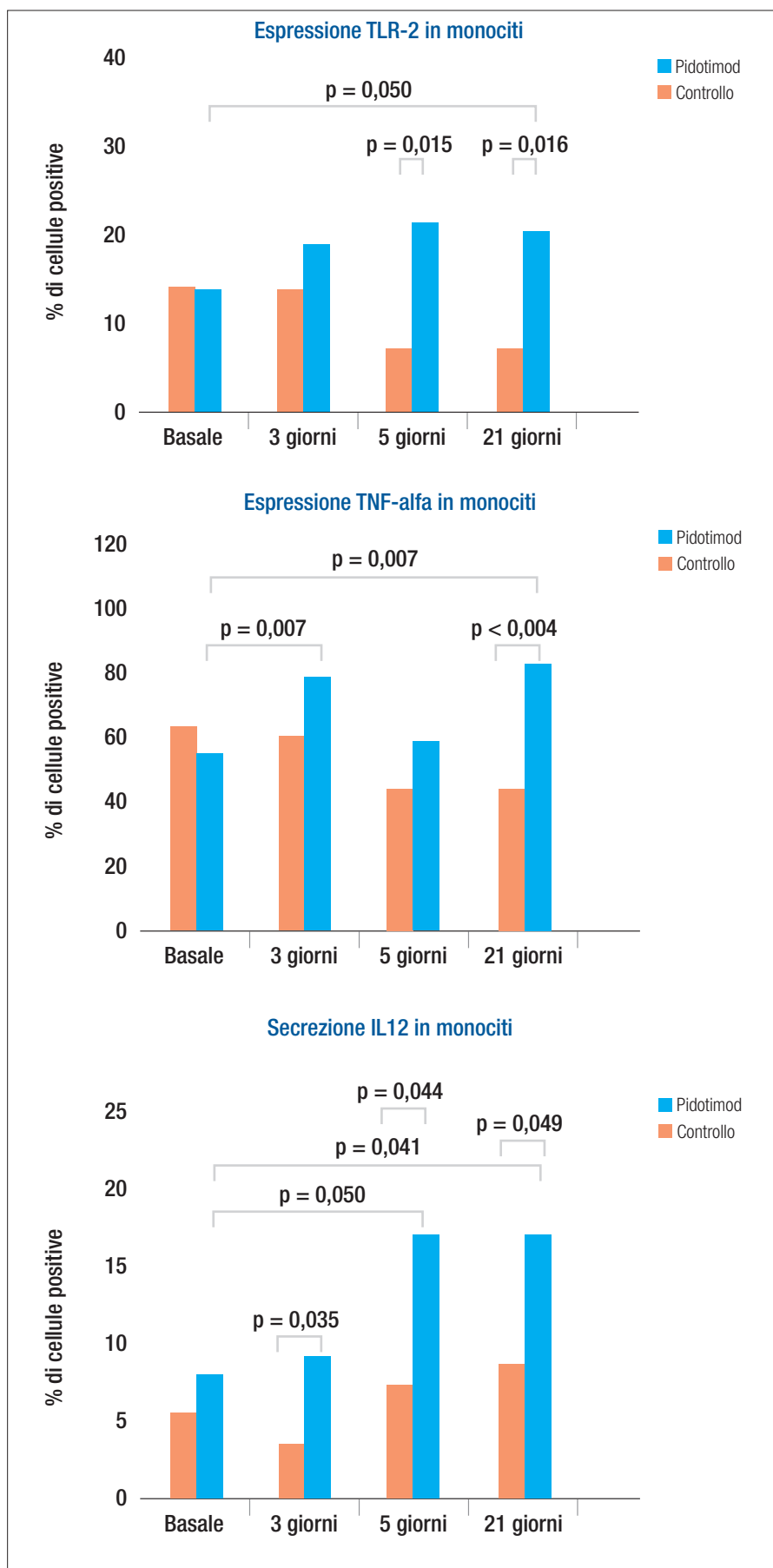


Figura 2 – Effetto del pidotimod (TLR-2, TNF α e IL-12) in bambini con polmonite acquisita in comunità (CAP) e sottoposti a terapia antibiotica (da Esposito et al. 2015, mod.).

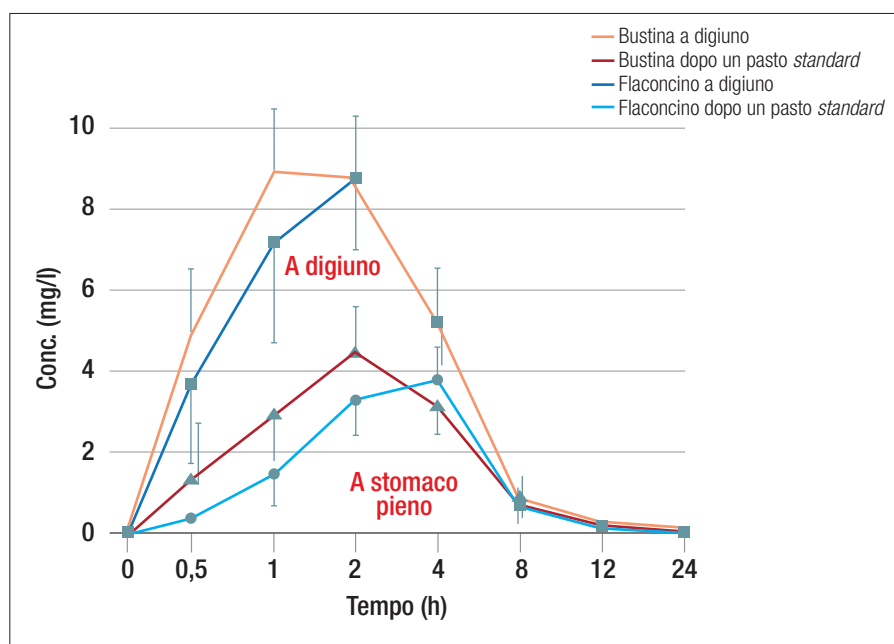


Figura 3 – Effetto del cibo sulla concentrazione di pidotimod in 12 adulti volontari sani (da d'Angelo et al. 1994, mod.).

farmacocinetica lineare che risulta indipendente dalla via di somministrazione e dalla dose, con una semivita di eliminazione di circa 4 ore (Figura 3). Alla posologia normalmente utilizzata (400-800 mg BID)

per os a stomaco pieno, non si osservano differenze cinetiche in funzione dell'età.

In conclusione, si può dire che il razionale dell'impiego di un *Biological Response Modifier* nelle infe-

zioni respiratorie ricorrenti nella popolazione pediatrica e in quella geriatrica è legato alla possibilità di migliorare la risposta immunitaria e di potenziare i meccanismi innati di difesa, in modo da ridurre il numero di episodi infettivi o di accelerarne la guarigione.

Allo stato attuale possono risultare utili alcune opzioni terapeutiche come i lisati batterici, anche se deve essere chiarito in maniera definitiva il potenziale rischio di effetti indesiderati, soprattutto nel trattamento a lungo termine. Problematiche che al momento non sono state invece riscontrate con il pidotimod, un *Biological Response Modifier* di tipo sintetico, capace di modificare la risposta sia dell'immunità innata sia di quella adattativa, intervenendo a vari livelli, anche esercitando un'attività di tipo antiallergico, con un mantenimento prolungato degli effetti che si estendono ben oltre la sola durata temporale del trattamento.

andrea.novelli@unifi.it

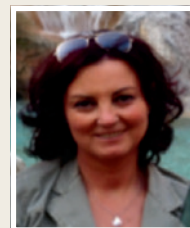
L'Autore dichiara che nel corso della sua attività lavorativa ha ottenuto contributi da Angelini, Gilead, Merck, Named, Pfizer, Valeas, Zambon Group.

Migliorare la sicurezza delle cure

Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 8^a)

La realizzazione delle *morbidity & mortality review* e le criticità del rischio clinico nel 2018

di Cinzia Sestini, Giovanni Falsini



CINZIA SESTINI
Infermiera, laureata in Scienze Infermieristiche Ostetriche, responsabile Posizione Organizzativa Rischio Clinico presso l'Azienda USL Toscana Sud-Est, Sede Operativa di Arezzo. Dal 2005 si occupa di Qualità e Sicurezza del paziente; ha effettuato il 1° Corso di Alta Formazione in Clinical Risk Management della Scuola Superiore Sant'Anna negli anni 2005-2006

GIOVANNI FALSINI
Dipartimento Cardio Neuro Vascolare Azienda Usl Toscana Sud Est, Zona Operativa Arezzo

Gli appunti sul rischio clinico terminano con la descrizione di come si realizza una Rassegna di mortalità e morbilità. Le attività di rischio clinico come l'*incident reporting*, gli *audit*, e le Rassegne di mortalità e morbilità sono strumenti rivolti al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria e alla sicurezza del paziente secondo il ciclo della qualità. Tutti gli operatori sanitari sono chiamati a dare il loro personale contributo.

Parole chiave:

rischio clinico, morbidity & mortality, *audit*, *incident reporting*, sicurezza del paziente

Come si effettua una Rassegna di mortalità e morbilità (M&M)

Ci sono 2 modalità:

- *Reattiva*: a seguito di un evento critico segnalato col sistema dell'*inci-*

dent reporting se, dopo la preanalisi, viene deciso di effettuare una Rassegna di morbilità e mortalità (vedasi le differenze tra *audit* e Rassegna di mortalità e morbilità nella parte sesta dei nostri appunti sul rischio clinico, TM 10-2018).

- *Proattiva*: evento programmato indipendentemente dall'occorrenza di un evento avverso e quindi non collegato a una preanalisi. Viene impiegato per analizzare una specifica problematica o particolari esiti di mortalità o morbilità. Ad esempio, si può usare una Rassegna di mortalità e morbilità per analizzare periodicamente la mortalità in una determinata sindrome clinica o in un percorso sanitario definito. Una Rassegna di mortalità e morbilità proattiva può essere usata anche per la diffusione delle risultanze di un precedente *audit*, a cui avevano partecipato solo le persone interessate. Non ci sono differenze tra le due tipologie di Rassegna di mortalità e morbilità relativamente alla conduzione. La Rassegna di mortalità e morbilità viene preparata da un facilitatore e può essere condotta anche da persone esterne alla UO, esperti nel settore oggetto della riunione su richiesta del facilitatore che comunque supervisiona l'evento.

Nella fase di preparazione della Rassegna di mortalità e morbilità il facilitatore deve occuparsi della logistica dell'evento: definire il luogo e l'orario della riunione e provvedere a informare tutto il personale della UO, generalmente per mezzo di *e-mail* e/o con locandine o altri

strumenti, purché vi sia un congruo anticipo di tempo.

Alla Rassegna di mortalità e morbilità possono essere assegnati crediti ECM purché venga attivata la procedura prevista dalla normativa vigente; per questo vengono raccolti i nominativi dei partecipanti.

La registrazione della Rassegna di mortalità e morbilità su <https://sigrc.sanita.toscana.it>

La registrazione spetta al facilitatore che ha gestito l'evento. I campi previsti per la registrazione sono pochi e vengono indicati nella Tabella I. Il facilitatore accede al Sistema Integrato Gestione Rischio Clinico (SiGrc) con le proprie credenziali, rilasciate generalmente al termine del corso di formazione per Facilitatore Grc.

La modalità di registrazione della Rassegna di mortalità e morbilità proattiva prescinde completamente dalla preanalisi e prevede i campi indicati nella Rassegna di mortalità e morbilità reattiva visti sopra, ma può essere effettuata solo dal *Risk Manager* o da un componente delle *Staff*.

Flusso dei dati sia per *audit* che per Rassegna di mortalità e morbilità

Il flusso dei dati della Rassegna di mortalità e morbilità è analogo a

Campi	Specifiche
Informazioni sulla segnalazione e strutture sanitarie coinvolte <ul style="list-style-type: none"> • data e ora di registrazione • data e ora di effettuazione della Rassegna di mortalità e morbilità 	Se la Rassegna di mortalità e morbilità è l'esito della preanalisi (reattivo)
Tipologia	Caso singolo/processo e Rassegna per la sicurezza
Titolo Rassegna di mortalità e morbilità	
Bibliografia e documenti di riferimento	
Tipologia partecipanti	Ruolo professionale
Elenco nominativo dei partecipanti	

Tabella I – I campi nel record di registrazione della Rassegna di mortalità e morbilità su <https://sigrc.sanita.toscana.it>.

quello degli *audit*. Le segnalazioni vengono inviate al Facilitatore identificato dall'operatore che segnala; nel momento in cui il Facilitatore prende in carico la segnalazione il sistema SiGrc invia una *e-mail* al segnalatore della presa in carico della segnalazione da parte del Facilitatore. Da questo punto in poi il segnalatore non è più visibile nel sistema, in modo da garantirne l'anonimato.

Il Facilitatore a questo punto effettua la preanalisi e sceglie se: 1) archiviare l'evento; 2) fare un *audit*; o 3) fare una Rassegna di mortalità e morbilità. Gli eventi archiviati rimangono nel sistema come fonte dati. La numerosità delle segnalazioni è un indice correlato all'impegno dei Facilitatori della struttura e direttamente alla cultura della qualità e della sicurezza che vi risiede.

Gli *audit* e la Rassegna di mortalità e morbilità vengono registrati dal facilitatore dopo la loro effettuazione. A questo punto gli *alert report* prodotti dagli *audit* e i *report* della Rassegna di mortalità e morbilità vengono inviati da SiGrc al *Risk Manager* aziendale o allo *Staff* (operatori formati che collaborano con il *Risk Management*) per la validazione finale. Il *Risk Management* o lo *Staff* possono richiedere una modifica o integrazione dei dati e quindi l'evento viene rinviato al Facilitatore che effettuerà le opportune modifiche/integrazioni. A questo punto il *Risk Manager/Staff* approva l'evento, che viene inviato al Centro Grc della Regione Toscana; da

questo momento non può più essere modificato.

Gli *audit* e la Rassegna di mortalità e morbilità devono essere analizzati dal *Risk Manager* per identificare le maggiori criticità ed effettuare eventuali interventi mirati alla sicurezza, campagne dedicate, realizzazione di pratiche per la sicurezza del paziente o altri interventi specifici per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Gli *audit* e la Rassegna di mortalità e morbilità vengono anche conteggiati ai fini degli obiettivi di *budget* e per l'accreditamento ed entrano nella valutazione del Laboratorio MeS - Management e Sanità dell'Istituto Sant'Anna di Pisa per il monitoraggio degli obiettivi di rischio clinico.

Crediti ECM (per *audit* e per Rassegna di mortalità e morbilità)

Le attività di rischio clinico (*audit* e Rassegna di mortalità e morbilità) possono venire effettuate in modalità di formazione con accreditamento ai fini degli ECM mediante opportuna comunicazione all'ufficio formazione dell'azienda. Se questa modalità è assolutamente corretta e congrua con gli scopi della Rassegna di mortalità e morbilità, qualche perplessità suscita la realizzazione degli *audit* come evento formativo poiché le persone partecipanti sono generalmente ristrette ai diretti interessati.

Miglioramento continuo della qualità

Le attività di rischio clinico come

l'*incident reporting*, gli *audit* e la Rassegna di mortalità e morbilità rientrano nel miglioramento continuo della qualità basato sul ciclo di Deming: *Plan-Do-Check-Act*.

Siccome si può migliorare solo ciò che si può misurare (indicatore), dobbiamo conoscere il valore di partenza dell'indicatore, lo *standard* (valore soglia al di sotto del quale la prestazione diventa subottimale), poi definire l'obiettivo del miglioramento (*target*) e rivalutare continuamente il nostro sistema (Figura 1).

Le criticità della Gestione del Rischio Clinico nel 2018

A più di 10 anni dall'introduzione negli ospedali italiani della Gestione del Rischio Clinico rimangono molti aspetti ancora critici. La cultura della sicurezza non è adeguatamente diffusa. Una dimostrazione di questo è facilmente tratta dal sistema di *incident reporting online* della Regione Toscana.

Se andiamo a vedere le segnalazioni di eventi avversi, a fronte di una stima attendibile per la realtà italiana di circa 5 eventi avversi per 100 ricoveri, si scopre che gli eventi avversi realmente segnalati sono un numero irrisorio e che generalmente questo corrisponde agli eventi richiesti annualmente per gli obiettivi di *budget*, ossia 3 *audit* e 6 Rassegne di mortalità e morbilità per ogni struttura.

Ciò dipende probabilmente da una *leadership* ancora non sufficientemente sensibilizzata alla tematica della sicurezza delle cure e da una rete degli addetti ai lavori, i cosiddetti Facilitatori del rischio clinico, anch'essi non sufficientemente motivati.

Inoltre la rete dei Facilitatori non è soggetta al minimo controllo funzionale: molti operatori, dopo la loro formazione, rimangono per anni inattivi e la durata media complessiva del loro incarico è troppo breve (mediamente dopo 5 anni si assiste a un cambio nelle singole unità operative).

Un altro aspetto critico è la mancanza di evidenze delle ricadute del sistema di *incident reporting* sulla sicurezza, che finisce per disincentivare gli operatori.

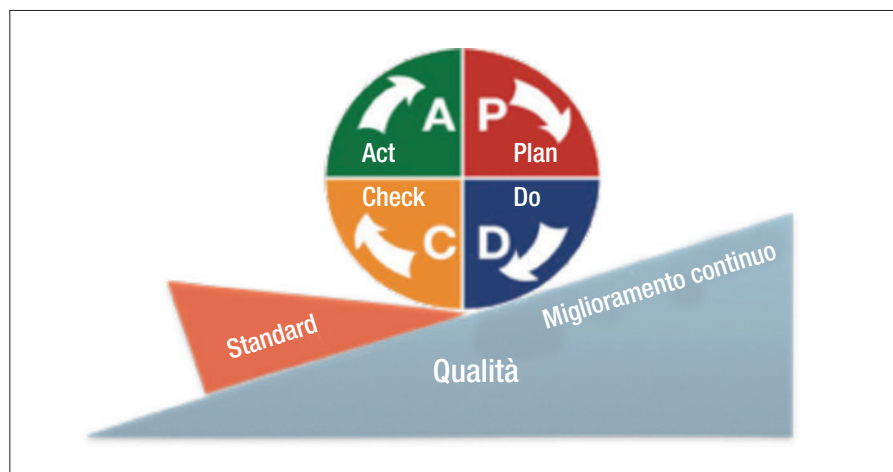


Figura 1 – Rappresentazione schematica del ciclo di Deming.

Le soluzioni a questi aspetti negativi sono e sono state descritte chiaramente già nel 2008 da Farley DO *et al.* come esito di uno studio osservazionale sugli ospedali americani e sono, probabilmente, applicabili anche in Italia.

Questi autori considerano i presupposti per un ambiente dominato dalla cultura della sicurezza, vero perno del rischio clinico: 1) l'impegno dell'organizzazione alla sicurezza (*leadership* motivata); 2) la conoscenza dei rischi delle attività; 3) un ambiente che favorisca la segnalazione degli errori senza timore di biasimo; 4) la collaborazione a tutti i livelli organizzativi per individuare soluzioni alla vulnerabilità.

Quando un errore medico esita nella morte del paziente, dovrebbero essere sistematicamente analizzati e compresi sia le cause fisiopatologiche della morte che i problemi legati all'assistenza sanitaria prestata, mentre generalmente le morti da errori medici non sono nemmeno quantificate.

Il problema degli errori medici non deve essere esente dal metodo scientifico, basato sulle evidenze.

Le strategie che tali autori suggeriscono sono le seguenti:

- i certificati di morte dovrebbero contenere un campo aggiuntivo su eventuali errori medici (in effetti nella versione ICD10 della classificazione delle malattie negli USA

è stata introdotta una voce relativa agli errori medici: cod. ICD 10-CM=Y62-Y65);

- le aziende sanitarie dovrebbero commissionare degli studi indipendenti sugli errori medici;
- un sistema accurato di *incident reporting* è indispensabile per costruire un quadro di riferimento accurato;
- misurare le conseguenze delle cure mediche sugli esiti dei pazienti è un importante prerequisito per lo sviluppo di una cultura dell'apprendere dai propri errori.

Farley DO *et al.* consigliano di attuare interventi diretti a migliorare la sicurezza delle cure distinti in tre punti: 1) rendere gli errori maggiormente visibili; 2) rispondere adeguatamente agli errori; 3) rendere gli errori meno frequenti.

Questi interventi mirano sia alla prevenzione degli errori da parte del singolo individuo sia alla prevenzione degli errori di sistema (Figura 2).

Tutti gli operatori sanitari sono chiamati a dare il loro personale contributo, cosa recentemente ribadita anche dal legislatore (legge n. 24 del 17/3/2017).

Ritorna il concetto espresso nella parte quinta di questi appunti, del giusto bilanciamento nella gestione del rischio tra l'approccio individuale e quello di sistema. Siamo tornati al punto di partenza del nostro ragionamento e quindi il ciclo è terminato.

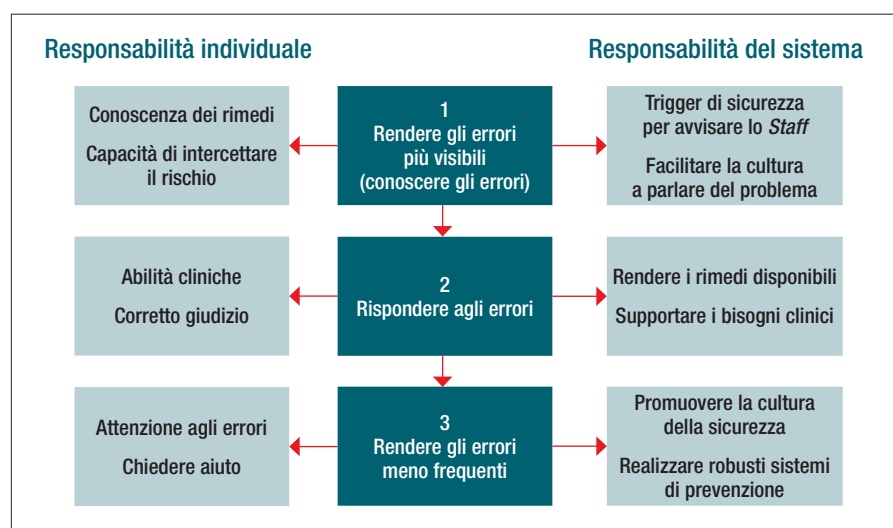


Figura 2 – Modello per ridurre il rischio del paziente da errori individuali e di sistema.

Conclusioni

Abbiamo terminato la nostra esposizione sui principi di gestione del rischio. Il cambio di prospettiva per la realizzazione della cultura della sicurezza è in atto ma ancora molto rimane da fare per poterne valutare le reali ricadute clinico-assistenziali, tecnologiche e organizzative. Nella speranza di non avere annoiato i lettori con questa serie di articoli, auguriamo a tutti di poter essere partecipi del cambiamento e contribuire attivamente al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

cinzia.sestini@uslsudest.toscana.it

La Medicina Integrata nel Servizio Sanitario Toscano

di Sonia Baccetti



SONIA BACCETTI

Esperta in Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese, docente presso la Scuola di Agopuntura della Città di Firenze, membro della Commissione per la Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze. È stata fondatrice e direttrice del Centro Fior di Prugna dell'Azienda USL Toscana Centro e del Centro Regionale per la Medicina Integrata della Regione Toscana

A fronte di un diffuso ricorso alle cure complementari, la Medicina Integrata è una realtà diffusa nel Servizio Sanitario Toscano. A partire dal '96 un lungo *iter* di studio per individuare i settori di maggiore efficacia e sperimentare percorsi integrati di cura ha fatto sì che, almeno in alcuni ambiti come dolore e oncologia, l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia siano considerati sistemi di cura che migliorano la qualità della vita del paziente e favoriscono il cambiamento di stili di vita dannosi alla salute. Si presentano le tappe fondamentali dell'attività di regolamentazione regionale.

Parole chiave:

integrazione, efficacia, appropriatezza, ricerca, formazione, collaborazioni internazionali

Il percorso di integrazione delle Medicine Complementari nel Sistema Sanitario Regionale trova il suo apice nell'art. 4 della L.R. 40/2005 *Disciplina del servizio sanitario regionale*, secondo il quale "I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato... Tali servizi erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia". La stessa legge stabilisce che presso l'Assessorato al Diritto alla Salute opera il Centro regionale per la Medicina Integrata, parte della struttura regionale di governo clinico (art. 43); inoltre 1 rappresentante delle Medicine Complementari (MC) è membro dei consigli dei sanitari delle Aziende USL (art. 44) e 2 rappresentanti sono membri dei consigli dei sanitari delle Aziende ospedaliero-universitarie (art. 45). Il percorso di integrazione, iniziato con il PSR 1996-1998, ha previsto in ogni piano sanitario specifiche azioni programmate basate su ricerca, appropriatezza e qualità delle cure, garantite dalla formazione continua degli operatori nonché l'erogazione delle prestazioni di Medicine Complementari nell'ambito dei LEA regionali, previo il pagamento di un *ticket*, per garantire il diritto di accesso alle cure dei cittadini che ricorrono a tali terapie (D.G.R. 655/2005).

I settori prioritari nei quali sviluppare la Medicina Integrata sono la

lotta al dolore, l'oncologia (cura degli effetti collaterali), la medicina di genere e le patologie respiratorie o atopiche. Fondamentale l'attenzione alla formazione degli operatori: in assenza di normativa nazionale, viene approvata la L.R. 9/2007 che regola l'esercizio delle Medicine Complementari da parte dei medici chirurghi e odontoiatri, veterinari e farmacisti previo *iter* formativo di almeno 3 anni consentendo l'annotazione in appositi elenchi presso gli Ordini professionali. Si prevede poi l'accreditamento degli istituti di formazione extrauniversitaria pubblici e privati. La legge è stata la base dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/2013 che regola a livello nazionale la formazione in Medicine Complementari estesa anche a omotossicologia e antroposofia limitatamente ai medici chirurghi e odontoiatri. Per garantire il coordinamento tecnico-scientifico delle attività di Medicine Complementari (107 a dicembre 2017) sono state individuate le strutture di riferimento regionali: per l'agopuntura nella AUSL Toscana Centro; per la fitoterapia nella AOU Careggi; per l'omeopatia nella AUSL Toscana Nord-Ovest e per la Medicina Integrata nel percorso ospedaliero nella AUSL Toscana Sud-Est. Inoltre per garantire la funzione di

raccordo tra i servizi di Medicine Complementari aziendali, le Aziende Sanitarie toscane hanno istituito un centro di coordinamento aziendale di Medicine Complementari, a valenza gestionale. Uno spazio importante è assegnato poi alla ricerca con il “Bando Ricerca Salute 2018” che ha previsto, nella linea dell'oncologia, una sublinea specifica per le Medicine Complementari. La partecipazione alla *Joint Action EPAAC* della Commissione

Europea e la stipula del recente *Memorandum of Understanding* con il Servizio di Medicina Integrata del MSKCC di New York hanno consentito di stringere solidi legami con le reti europee e internazionali: il percorso di integrazione toscano ha infatti conseguito risultati particolarmente interessanti in campo oncologico, come precisato dalla D.G.R. 418/2015 che definisce le modalità di integrazione nella rete oncologica regionale dei trattamen-

ti integrati dimostrati sicuri ed efficaci. Ancora molte cose rimangono da fare: formazione e aggiornamento continui, definizione delle linee guida terapeutiche, partecipazione ai PDTA nelle patologie più importanti e messa in rete di tutte le attività regionali sono obiettivi che miglioreranno ulteriormente il processo di integrazione delle Medicine Complementari in Toscana.

sonia.baccetti@regione.toscana.it

È questa la prima tappa del percorso di divulgazione medica dei profili delle Medicine Complementari, annunciato nello scorso numero. La dottoressa Baccetti, apripista riconosciuta nel campo, argomenta l'iter legislativo della Regione Toscana, all'interno del quadro normativo nazionale.

Gemma Brandi

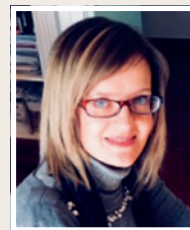
Coordinatrice della Commissione per la Integrazione della Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze



Psicologia dell'Emergenza

La prevenzione e la gestione dei Disturbi da *Stress* nel personale dell'emergenza

di Irene Barbarisi



IRENE BARBARISI

Medico di Emergenza-Urgenza territoriale, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

Medico psicoterapeuta, Grosseto.

01/05/2007-31/01/2010: attività di guardia medica e turistica come medico sostituto, Azienda Usl 9 di Grosseto, Italia.

01/05/2009-31/06/2009: attività di emergenza sanitaria territoriale come medico sostituto, Azienda Usl 9 di Grosseto, Italia

Parole chiave:
emergenza, psicologia,
stress, trauma, operatori

Il personale sanitario dell'emergenza-urgenza è una delle classi più esposte ai Disturbi da *Stress*. Dei risvolti psicologici del soccorso si occupa la Psicologia dell'Emergenza, che opera interventi sulle persone direttamente coinvolte negli eventi critici, sui testimoni dello stesso evento e sui soccorritori. Gli eventi critici sono ad alto impatto emotivo e in grado di avere una forte ricaduta anche sul più esperto degli operatori. Alcuni possono sperimentare una reazione prolungata o più intensa suscettibile di esitare in un Disturbo dell'Adattamento, un Disturbo da *Stress* Acuto o persino un Disturbo da *Stress* post-Traumatico.

Il personale sanitario dell'emergenza-urgenza è una delle classi più esposte ai Disturbi da *Stress*, poiché si trova spesso a operare in situazioni in grado di interferire direttamente sulle competenze tecniche e indirettamente sull'azienda in termini di costi di salute e di produttività. Dei risvolti psicologici del soccorso si occupa la Psicologia dell'Emergenza durante eventi che possono interessare la collettività ed essere definiti di maxi-emergenza (ad esempio calamità naturali, disastri tecnologici, incidenti industriali, chimici, nucleari, pandemie, attacchi terroristici, sommosse, migrazioni forzate, conflitti tra Stati ecc.) oppure durante eventi limitati alla vita quotidiana (ad esempio gravi incidenti stradali, sul lavoro, atti di violenza verso la persona). Il ruolo dello psicologo dell'Emergenza nelle catastrofi viene definito in Italia con la direttiva *Criteri di massima sugli interventi psicosociali nelle catastrofi* del 2006. La Psicologia dell'Emergenza opera interventi sia sulle persone direttamente coinvolte negli eventi critici (*vittime primarie*), sui loro familiari e amici e sui testimoni degli eventi stessi (*vittime secondarie*) sia sui soccorritori (*vittime terziarie*), che possono riportare conseguenze psicologiche post-traumatiche per esposizione indiretta (*traumatizzazione vicaria*).

Le fasi di intervento della Psicologia dell'Emergenza sono:

- *la prevenzione*: vengono preparate le persone a rischio (ad esempio di terremoti) a fronteggiare gli eventi prima che possano accadere;
- *l'emergenza*: vengono attuati interventi di pronto soccorso psicologico volti al sostegno delle persone coinvolte;
- *la post-emergenza*: si cerca di ridurre o di far superare i danni psicologici riportati dalle vittime attraverso interventi di riabilitazione.

Sulla scena dell'evento traumatico, lo psicologo dell'Emergenza può fornire alle vittime un *immediato sostegno emozionale* e offrire loro un *ri-orientamento cognitivo (crisis intervention)*, può fare *diagnosi di Stress Acuto* e attuare una *prevenzione* della Sindrome post-Traumatica da *Stress* facilitando l'accesso a servizi psicologici specialistici; può inoltre *preparare da un punto di vista psicosociale* i soccorritori con una formazione di tipo preventivo sia durante che dopo l'attività di soccorso (sostegno psicologico, desensibilizzazione e interventi sullo *stress* professionale e prevenire il rischio di *burn-out*).

Mitchell ed Everly, psicologi e soccorritori, hanno definito nel 1986 evento o incidente critico *qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolita-*

mente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo. Ogni operatore sperimenta dei vissuti emozionali in base a determinate caratteristiche ed esperienze personali. Chi lavora in emergenza, quindi, presenta un rischio significativo di sviluppare disagio psicologico fino ad arrivare allo sviluppo di veri e propri disturbi psichici. Gli eventi critici sono ad alto impatto emotivo e non rientrano nel campo delle normali esperienze umane. Possono avere una forte ricaduta emotiva anche sul più esperto degli operatori. La ricerca ha dimostrato che lo *stress* da incidente critico colpisce fino all'87% di tutti i lavoratori dei servizi di emergenza, almeno una volta nella loro carriera. Ogni anno, migliaia di operatori coinvolti in incidenti critici possono presentare gravi conseguenze a lungo termine. La maggior parte delle persone non svilupperà un Disturbo da *Stress* post-Traumatico dopo un incidente critico o un evento traumatico, ma ogni operatore sperimenterà reazioni marcate durante e dopo qualsiasi esperienza che metta in pericolo la vita, che sia straziante o estremamente angosciante. Ci si possono aspettare reazioni immediate e a breve termine estremamente comuni. Alcuni individui possono sperimentare una reazione prolungata o più intensa

in grado di esitare in un Disturbo dell'Adattamento, un Disturbo da *Stress* Acuto o persino un Disturbo da *Stress* post-Traumatico. Molte prove suggeriscono che un significativo disagio post-traumatico non è limitato alla sola vittima direttamente coinvolta. La testimonianza di un evento traumatico, il doverne ascoltare resoconti espliciti sono capaci di causare un'ansia seria e prolungata in vari gradi. La definizione di *traumatizzazione vicaria* deriva dall'impatto dell'evento sulle persone (in particolar modo i soccorritori e gli operatori sanitari) che vi sono state esposte attraverso i resoconti espliciti dell'esperienza delle vittime, o in generale dallo stato traumatico che la sola stessa conoscenza di un evento traumatizzante può generare. A oggi, tra gli interventi più efficaci per il trattamento del *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) figurano la Terapia Cognitivo Comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT), l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e la *Mindfulness*, in particolar modo il programma *Mindfulness - Based Stress Reduction* (MBSR). Tra gli approcci emergenti si inseriscono la Terapia Senso-Motoria e il *Trauma Sensitive Yoga*. Una tecnica utile da applicare dopo gli interventi critici è il *Defusing*, un intervento che fa parte del protocollo CISM (*Critical*

Incident Stress Management). Si tratta di un breve colloquio di gruppo tenuto dopo un intervento particolarmente critico; può essere condotto da membri dei servizi di salvataggio, di soccorso o di cure. La tecnica del *Defusing* viene utilizzata "a caldo", ovvero praticata entro alcune ore da un evento critico. Aiuta a diminuire le reazioni emotive prodotte da un'esperienza difficile e rinforza la rete di supporto sociale delle persone che hanno condiviso quel particolare vissuto. Le persone che partecipano possono confrontarsi su ciò che è avvenuto esprimendo i loro pensieri e le loro emozioni. Il *Defusing* è importante per: *diminuire il senso di isolamento, aiutare il ritorno alla normalità tramite soluzioni a breve termine, stabilizzare la fase acuta con la riduzione delle reazioni intense, fornire istruzioni, recuperare una normale funzionalità personale e nel lavoro*. Si consiglia di praticarlo in ogni *équipe* dell'emergenza, dopo ogni intervento critico.

È importante fare formazione sullo *stress* a ciascun operatore sanitario che lavori in emergenza, per promuovere la salute attraverso corretti stili di vita sul lavoro ed evitare lo sviluppo di problemi psicologici.

irene.barbarisi@uslsudest.toscana.it

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il 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](mailto:info:a.barresi@omceofi.it)

Incontinenza fecale: non solo pannoloni

di Filippo Pucciani



FILIPPO PUCCIANI

Professore associato in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi Firenze, afferente al dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale. Docente di Clinica Chirurgica, Specialità Medico-Chirurgiche, Semeiotica Chirurgica nel corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e di Chirurgia nel corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Firenze. Docente di Anatomia Chirurgica dell'ano, del retto e del colon nella Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Firenze

L'incontinenza fecale ha un notevole impatto epidemiologico e si presenta sullo sfondo di molte patologie.

L'approccio medico deve essere diversificato in base alla tipologia dei pazienti e alla severità dell'incontinenza: il medico di base, lo specialista colo-proctologo e il medico delle case di riposo dovrà adottare approcci diversi. La terapia di questo disordine defecatorio utilizzerà mezzi diversi: da terapie conservative, si arriverà, via via, nei casi più complessi a trattamenti sofisticati.

Parole chiave:
incontinenza fecale,
incontinenza fecale post-partum,
incontinenza da urgenza,
incontinenza passiva,
patologie del pavimento pelvico

Per incontinenza fecale si intende la perdita involontaria di feci e/o gas. I dati epidemiologici sono pesanti. Un recente sondaggio statunitense

indica una prevalenza nella popolazione generale pari al 14,4% in un campione di oltre 70.000 soggetti: uno ogni sette individui presenta qualche sintomo di incontinenza fecale. Fattori di rischio sono l'età senile, il sesso maschile, le malattie infiammatorie croniche intestinali, la malattia celiaca, il colon irritabile e il diabete. Un ruolo iatrogeno è rivestito dalla chirurgia retto-anale.

La modalità della perdita fecale si manifesta di solito seguendo due modelli: il primo, incontinenza da urgenza, si realizza nella piena consapevolezza dell'individuo che percepisce l'urgenza defecatoria ma non riesce a posticipare la defecazione per arrivare in tempo ai servizi igienici; il secondo, incontinenza passiva, si realizza senza alcuna percezione cosciente dello stimolo defecatorio con conseguente perdita di feci che sporcano gli indumenti. Indipendentemente dal modello di presentazione, è necessario ricordare che i pazienti giungono all'attenzione del medico con modalità diverse: dal medico di base, in ambulatorio specialistico colo-proctologico, come ospiti di case di riposo. In quest'ultimo ambiente, in pazienti di età superiore a 65 anni, la percentuale di incontinenti si impenna drammaticamente al 49%, associandosi a incontinenza urinaria nel 69% di essi. All'opposto non è da dimenticare la prevalenza dell'incontinenza fecale *post-partum* nelle primipare: il 7% di giovani donne, a 3 mesi dal parto con episiotomia, riportano incontinenza fecale. È facilmente intuibile come l'approccio medico a tutte queste diverse condizioni debba essere forzatamente diversificato, proponendo soluzioni diverse.

Prima di qualsiasi opzione terapeuti-

ca si deve risalire alle cause (Tabella I): solo nell'impossibilità di determinare un'eziologia si parlerà di incontinenza fecale idiopatica, pari al 5% circa di tutte le forme.

L'approccio del medico di base al paziente con incontinenza fecale deve tendere ad acquisire tutte le informazioni utili a impostare un trattamento iniziale. L'anamnesi, l'esame obiettivo, completo di esplorazione rettale e vaginale, l'accurata valutazione dello stato cognitivo dovranno dare gli elementi utili per selezionare i pazienti sostanzialmente in due gruppi: il primo, passibile di un trattamento terapeutico iniziale, il secondo da inviare in un ambulatorio specialistico colo-proctologico. La discriminazione tra i due gruppi nasce dalla gravità dell'incontinenza fecale: l'uso giornaliero di uno o più assorbenti/pannolini/pannoloni associato alla pesante limitazione delle attività sociali (uscite da casa solo per tragitti stradali ben conosciuti per la presenza di *toilettes* disponibili) depone per la gravità del caso e quindi per l'affidamento del paziente a strutture specializzate. Nei pazienti con episodi occasionali di incontinenza fecale, senza alcuna interferenza pratica sulle attività quotidiane, oltre all'u-

Patologia anorettale	Malattie del colon
Post-partum Post-chirurgica – Fistolectomia – Sfinterotomia laterale interna – Emorroidectomia – <i>Sphincter saving operations</i> Prolasso del retto S. perineo discendente Traumi ano-rettali	Malattie infiammatorie croniche intestinali Colon irritabile Diarrea cronica
Malattie sistemiche	Malattie neurologiche
Diabete Celiachia Sclerodermia	Stroke M. Parkinson Sclerosi multipla Distrofia miotonica Malattie midollari Poli neuropatie periferiche
Demenze	Radioterapia pelvica

Tabella I – Cause di incontinenza fecale.

so di *anal plugs* (Peristeen Anal Plug Coloplast®) come trattamento adiuvante e di farmaci anti-diarroici (loperamide), è da provare un trattamento conservativo basato sul raggiungimento di una consistenza fecale con feci morbide e voluminose associato a una defecazione soddisfacente e completa ottenuta in orari prestabiliti. Nel primo caso si utilizzano fibre vegetali quali *psyllium*, galattomannani o la pectina: il rassodamento delle feci semi-liquide è determinante per migliorare la continenza fecale. Nel secondo si possono adottare evacuazioni controllate a orari prefissati, con clisteri evacuativi (ad esempio un litro di acqua tiepida con due cucchiaini di olio di vasellina) o con presidi per irrigazioni coliche (Peristeen®, IrriSedo®), che mirano, con ambedue le modalità, a svuotare completamente il colon e quindi ad avere tante ore libere da episodi di incontinenza fecale, dovendo trascorrere almeno 24 ore di tempo prima che il viscere, una volta svuotato, si possa di nuovo riempire di feci. In caso di insuccesso o di fronte ai pazienti più gravi il medico di base invierà il paziente a un centro coloproctologico che abbia un'equipe multidisciplinare: il proctologo chirurgo, il gastroenterologo, il fisioterapista/infermie-

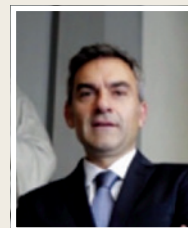
re riabilitatore, il dietologo sono gli specialisti dedicati, che però agiscono con un supporto integrato di radiologi, endoscopisti, urologi, ginecologi. L'incontinenza fecale è all'interno delle patologie del pavimento pelvico, con coesistenza spesso di altre patologie quali i prolassi di organi pelvici, l'incontinenza urinaria, gli esiti di chirurgia pelvica. La risposta terapeutica, dopo un adeguato inquadramento diagnostico clinico-strumentale (manometria anorettale, ecografia endoanale e in casi selezionati *test* neurofisiologici anali e RMN dinamica pelvica), sarà necessariamente complessa e si avvarrà di tecniche sofisticate. Il primo passo, obbligatorio, è il trattamento riabilitativo, che si avvale di cinque tecniche (*biofeedback*, chinesiterapia pelviperineale, riabilitazione volumetrica, elettrostimolazione anale, elettrostimolazione tibiale), che saranno combinate tra loro, in un trattamento multimodale, in modo differenziato e calibrato sul profilo fisiopatologico dei singoli pazienti: il *success rate* riabilitativo è pari all'80,5% circa, con il 23,8% dei pazienti che diventa asintomatico. Nel caso di insuccesso riabilitativo si sceglieranno altre opzioni. Mentre *bulking agents*, radiofrequenza e *self-expandable prostheses* hanno

evidenze scientifiche limitate, ben diverso è il peso della neuromodulazione sacrale: il 70% circa dei pazienti mostra una riduzione degli episodi di incontinenza fecale superiore al 50%. Le opzioni ulteriori sono quelle chirurgiche, riservate sicuramente ai gradi più severi di incontinenza fecale. La sfinteroplastica è utilizzata per lesioni dello sfintere anale esterno, ma ha un *success rate* che si deteriora con il tempo diventando pari al 55% a 10 anni. La graciloplastica dinamica e lo sfintere anale artificiale sono da considerare nei casi con estesi danni sfinteriali e come ultime alternative alla stomia definitiva: i loro successi, anche se limitati al 30-40% dei casi, sono da valorizzare, visto che l'ulteriore *step* chirurgico è quello della colostomia sinistra. Ultimo argomento è l'approccio nelle case di riposo per anziani. L'età avanzata dei pazienti, la coesistenza di problemi cognitivi, la lungodegenza allettata con scarsa mobilità suggeriscono semplicemente di ridurre gli episodi di incontinenza fecale con metodiche di semplice attuazione. I trattamenti più complessi (riabilitativi e/o chirurgici) non sono percorribili, per cui l'adozione delle misure conservative già descritte e l'evacuazione controllata con clisteri bisettimanali sono una proposta terapeutica ragionevole. L'adozione dei semplici pannoloni è da considerare controproducente, considerato che la contaminazione fecale è la prima fonte batterica che agisce sull'infezione delle lesioni da pressione. Concludendo, il mondo sommerso dell'incontinenza fecale necessita di risposte su più fronti, non solo sanitari ma anche sociali. È importante che l'attività medica venga differenziata in base ai bisogni dei pazienti e alla gravità dell'incontinenza fecale e che i servizi sul territorio si occupino dei pazienti più fragili (anziani, con problemi cognitivi, con scarsa mobilità), magari tramite la creazione di Centri per la Continenza fecale e urinaria.

pucciani@unifi.it

La sindrome dell'intestino corto in età pediatrica

di Antonino Morabito, Riccardo Coletta, Marco Ghionzoli, Roberto Lo Piccolo, Alessandra Martin, Flavio Facchini



ANTONINO MORABITO

Dal 2000 si è occupato del management e trattamento chirurgico della sindrome da intestino corto sotto la guida di Adrian Bianchi a Manchester (UK). Dal 2003 Consultant di Chirurgia Pediatrica e Neonatale presso il Royal Manchester Children's Hospital. Nel 2011 ha creato l'Intestinal Failure Unit per il trattamento della sindrome da intestino corto nel paziente adulto e nel 2012 è stato il primo chirurgo in Gran Bretagna a eseguire intervento di allungamento intestinale su adulti. Dal 2012 si occupa del trattamento chirurgico dell'intestino ultracorto con tecniche di riabilitazione intestinale combinate. Da Maggio 2018 Direttore della SOC di Chirurgia Pediatrica dell'AOU Meyer di Firenze.

RICCARDO COLETTA, MARCO GHIONZOLI, ROBERTO LO PICCOLO, ALESSANDRA MARTIN, FLAVIO FACCHINI
SOC Chirurgia Pediatrica,
AOU Meyer Firenze

La sindrome dell'intestino corto (SBS, *Short Bowel Syndrome*) in età pediatrica è una condizione di malassorbimento e dismotilità intestinale conseguente a resezioni chirurgiche estese del piccolo intestino. Allo stato attuale, la gestione dei pazienti affetti da intestino corto segue varie strategie terapeutiche: la nutrizione parenterale totale, la chirurgia ricostruttiva gastrointestinale autologa e, nelle fasi più avanzate della patologia, il trapianto intestinale. Per ottimizzare l'*outcome* dei pazienti affetti da *Short Bowel Syndrome*, è necessaria una presa in carico e un *follow-up* dei pazienti pediatrici presso un centro specializzato, dove un *team* multidisciplinare, composto da varie figure professionali (il chirurgo pediatrico, il neonatologo, il gastroenterologo nutrizionista, il dietista, l'infermiere specialista) collabora attivamente nella gestione del paziente.

Parole chiave:
Short Bowel Syndrome, malassorbimento, ricostruzione intestinale autologa, chirurgia pediatrica

La sindrome dell'intestino corto in età pediatrica è una condizione clinica devastante di malassorbimento e dismotilità intestinale che ha un'incidenza di 25 su 100.000 nati vivi, conseguenza di rare malformazioni congenite o patologie acquisite che comportano resezioni chirurgiche estese del piccolo intestino (enterocolite necrotizzante, volvolo intestinale, gastroschisi e atresie intestinali).

La gestione dei pazienti con intestino corto è complessa e necessita di una presa in carico da parte di un *team* multidisciplinare specializzato nella riabilitazione intestinale (chirurgo, gastroenterologo, dietologo, farmacista, infermiere dedicato).

Considerazioni mediche

Conseguenza diretta della perdita massiva di intestino tenue è l'assorbimento inefficace dei nutrienti che causa malnutrizione, disidratazione e carenza di elettroliti. L'intestino tenue, in particolare nell'infanzia, va incontro a un lento processo di riadattamento: a livello microscopico le cripte si approfondiscono e i villi diventano ipertrofici mentre a livello macroscopico l'intestino va incontro a una massiccia dilatazione caratterizzata da una peristalsi spesso non valida alla quale conseguono traslocazione batterica e un rischio aumentato di sepsi.

Riguardo l'alimentazione, durante l'infanzia vengono introdotti l'allattamento al seno o formule idrolizzate e trigliceridi a catena media (MCT) e viene raccomandata l'integrazione parenterale di vitamine liposolubili e B12; nei bambini più grandi l'avversione al cibo rende spesso difficile l'alimentazione e la presenza di un sondino nasogastrico o di una gastrostomia consente una supplementazione alimentare lenta e continua, anche durante la notte.

Per incrementare il tempo di transito intestinale vengono utilizzati abitualmente inibitori della motilità come codeina, morfina e loperamide mentre la colestiramina libera gli acidi biliari, riducendo i loro effetti lassativi. Infine, una dieta ricca di fibre riduce la diarrea assorbendo acqua. Per contrastare l'aumento di secrezione di gastrina e acido cloridrico, anti H2 o inibitori di pompa protonica sono ausili efficaci. Il sodio urinario deve

essere monitorato e se inferiore a 20 mM si consiglia di solito l'integrazione di sodio per via orale.

I pazienti affetti da intestino corto necessitano di un catetere venoso centrale sia per la somministrazione di sostanze terapeutiche che per il supporto nutritivo. Di fondamentale importanza appare la gestione del catetere al fine di minimizzare eventi come infezioni e occlusioni. La nutrizione parenterale (NP) viene solitamente introdotta precocemente, contestualmente alla perdita dell'intestino. Nel tentativo di ridurre al minimo il danno epatico viene adottata una nutrizione parenterale a "basso contenuto di grassi" (meno di 1 g/kg) integrata con acidi grassi essenziali (omega-3). Ancora oggi la morbilità e la mortalità della nutrizione parenterale a lungo termine sono significative, la qualità della vita dei pazienti è piuttosto bassa ed episodi di sepsi sono comuni.

Considerazioni chirurgiche

Chirurgia ricostruttiva gastrointestinale autologa

La ricostruzione gastrointestinale autologa o "allungamento intestinale" è un insieme di strategie terapeutiche chirurgiche volte sia a ridurre in pazienti selezionati la dipendenza da nutrizione parenterale che a ripristinare l'autonomia enterale, riducendo la necessità di trapianto intestinale.

I principali obiettivi che si prefigge sono quelli di aumentare il tempo di contatto dei nutrienti con le pareti dell'intestino, migliorare la motilità dell'intestino dilatato e aumentare la superficie assorbente. Le procedure di ricostruzione gastrointestinale autologa possono essere combinate e adattate alle esigenze individuali dei pazienti.

Procedure atte a rallentare il transito intestinale

Procedure chirurgiche come il segmento anti-peristaltico, la interposizione del colon e la ricostruzione della valvola ileocecale mirano a rallentare il tempo di transito permettendo più tempo per l'assor-

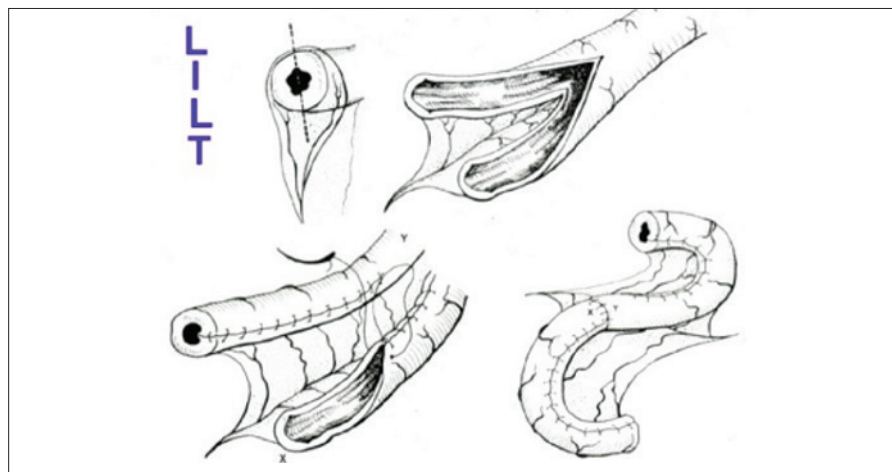


Figura 1 – Longitudinal Intestinal Lengthening and Tailoring (LILT).



Figura 2 – Serial Transverse Enteroplasty (STEP).

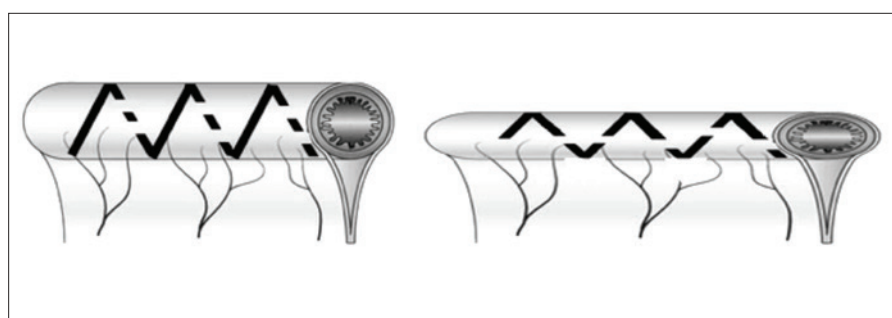


Figura 3 – Spiral Intestinal Lengthening and Tailoring (SILT).

bimento, creando una resistenza controllata e lasciando più tempo di azione agli enzimi digestivi. Le osservazioni suggeriscono che con queste procedure anche la struttura istologica del colon cambia, diventando simile a quella dell'intestino tenue, migliorando ulteriormente l'assorbimento.

Procedure di allungamento

L'idea di una soluzione chirurgica per il trattamento della sindrome dell'intestino corto nasce negli anni '80 del secolo scorso quando Adrian Bianchi propose una tecnica chirurgica di allungamento intestinale longitudinale (LILT, Longitudinal Intestinal Lengthening and Tailoring) basata sulla

incisione longitudinale del viscere e sulla separazione del mesentere in due foglietti: l'intestino dilatato veniva adattato alla metà del calibro senza perdere la superficie assorbente, prevenendo quindi stasi intestinale e traslocazione batterica. Successivamente, nel 2003, viene introdotto un metodo di allungamento tecnicamente meno complesso rispetto al precedente (STEP, *Serial Transverse Enteroplasty*): a procedura conclusa l'intestino "allungato" assume una forma a zig-zag, presentando tuttavia un'alterazione dell'orientamento delle fibre muscolari. L'allungamento intestinale a spirale (SILT, *Spiral Intestinal Lengthening Technique*) è una promettente strategia operativa proposta nel 2014: la parete intestinale viene tagliata lungo una linea a spirale, non si effettua dissezione sul mesentere (LILT), né si modifica drasticamente l'orientamento delle fibre muscolari (STEP) (Figure 1, 2, 3).

Conclusioni

La ricostruzione gastrointestinale autologa nell'intestino corto è un approccio strutturato personalizzato per ricostruire l'intestino rimanente. In pazienti selezionati con intestino ultra-corto (meno di 20 cm), l'iscrizione precoce al programma di riabilitazione intestinale (IRP) serve per migliorare la sopravvivenza. La possibilità di eseguire più di una procedura chirurgica disponibile, simultaneamente o sequenzialmente, potrebbe innescare uno scenario unico per ogni paziente. Inoltre, i genitori/tutori e i pazienti dovrebbero essere informati su tutte le opzioni di trattamento disponibili al fine di prendere una decisione informata. Sfortunatamente al momento attuale la *Short Bowel Syndrome* viene frequentemente trattata in modo *ad hoc* e da chirurghi non esperti in un centro non specializzato. Questo non massimizza l'esito per il paziente.

Con il miglioramento della nutrizione parenterale, l'alimentazione enterale e la chirurgia ricostruttiva intestinale autologa, la sopravvivenza del paziente con intestino corto è migliorata e la durata della nutrizione parenterale si è ridotta significativamente nell'ultimo decennio. La riabilitazione intestinale e la ricostruzione autologa dell'intestino dovrebbero essere considerate come una gestione di prima linea nei pazienti con intestino corto. L'importanza di curare questi pazienti in centri dedicati emerge chiaramente dalla nostra esperienza e dai dati della letteratura. È necessario personalizzare la terapia medica e chirurgica per rispondere alle esigenze del singolo paziente e il centro di riabilitazione e ricostruzione intestinale deve essere in grado di offrire tutte le tecniche, terapie e tecnologie attualmente disponibili.

antonino.morabito@meyer.it



Quali effetti per la salute connessi alla siccità?

di Marco Morabito, Marialaura D'Ambrosio, Alessandro Messeri

A livello globale, in conseguenza del cambiamento climatico, stiamo assistendo a un significativo aumento della siccità con conseguenze devastanti sulla salute oltre che sugli ecosistemi in genere. L'impatto della siccità sulla mortalità è il più elevato tra tutti i disastri naturali rappresentando la causa di circa il 36% di tutti i decessi dovuti a catastrofi naturali. Gli effetti sono evidenti non solo nei Paesi a bassa latitudine ma anche nelle zone temperate e soprattutto nelle aree urbane dove la scarsità di piogge è spesso associata all'accumulo di allergeni, polveri sottili e vari agenti inquinanti con effetti importanti sulla popolazione.

Parole chiave:

disastro naturale, caldo, incendi, cambiamento climatico, malattie infettive

Introduzione

In conseguenza del cambiamento climatico in atto a livello globale, negli ultimi trent'anni stiamo assistendo a un significativo aumento delle temperature associato a una sensibile riduzione delle precipitazioni che, in zone sempre più vaste del pianeta, stanno determinando numerosi e intensi periodi di siccità. In generale, la siccità è definita come un fenomeno naturale determinato da una condizione temporanea in cui si assiste a un periodo prolungato (una stagione o anche uno o più anni) di precipitazioni insolitamente basse (o anche assenti) rispetto alla media climatica di un determinato luogo di interesse e che si traduce in una carenza di acqua, necessaria per la vita di tutti gli organismi viventi.

Come riportato da uno dei *database* (*Emergency Events Database*, EM-DAT) rivolto alla raccolta e al monitoraggio dei disastri naturali e tecnologici verificatisi a livello internazionale dall'inizio del 1900 sino ai giorni d'oggi, sviluppato dal Centro per la Ricerca sull'Epidemiologia dei Disastri (*Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*, CRED) e disponibile pubblicamente (www.emdat.be), la siccità è considerata uno dei più devastanti disastri naturali. Tuttavia si può affermare che un disastro non è mai del tutto "naturale", ma il suo impatto è determinato dall'entità della vulnerabilità di una comunità rispetto al pericolo e dipende da numerosi fattori, di tipo economico, sociale, culturale, istituzionale e politico. A differenza di altre tipologie di disastro, l'insorgenza della siccità è generalmente difficile da rilevare in quanto non si tratta esclusivamente di un fenomeno fi-



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

MARIALAURA D'AMBROSIO
Dipartimento di Scienze della Vita
e dell'Ambiente,
Università Politecnica delle Marche

ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

sico, ma i suoi impatti possono essere esacerbati dalle attività umane e dalle richieste di approvvigionamento idrico. Proprio per questo motivo esistono vari indicatori (Mariani *et al.*, 2018) per individuare e quantificare la siccità da un punto di vista tipicamente meteorologico (diminuzione delle precipitazioni), idrologico (apporto idrico nel suolo, corsi d'acqua o falde acquifere), agricolo (fabbisogno agronomico) e socio-economico (consumi sul territorio) (Wilhite, 2000). Nei casi più gravi, cioè quando la siccità dura per molti anni, l'effetto devastante sull'agricoltura e sull'approvvigionamento idrico può favorire anche altri disastri, come quelli biologici (epidemie) e quelli intenzionali provocati dall'uomo (ad esempio carestie e migrazione di massa), favorendo anche conflitti come quello verificatosi in Siria (Gleick, 2014). Gli scenari climatologici futuri a livello globale purtroppo non sono incoraggianti e tra qualche anno, per il 2025, si stima che circa metà della popolazione mondiale vivrà in condizioni di scarsità di acqua, la cui qualità sta inoltre peggiorando in varie parti del pianeta con impatti importanti per la salute della popolazione.

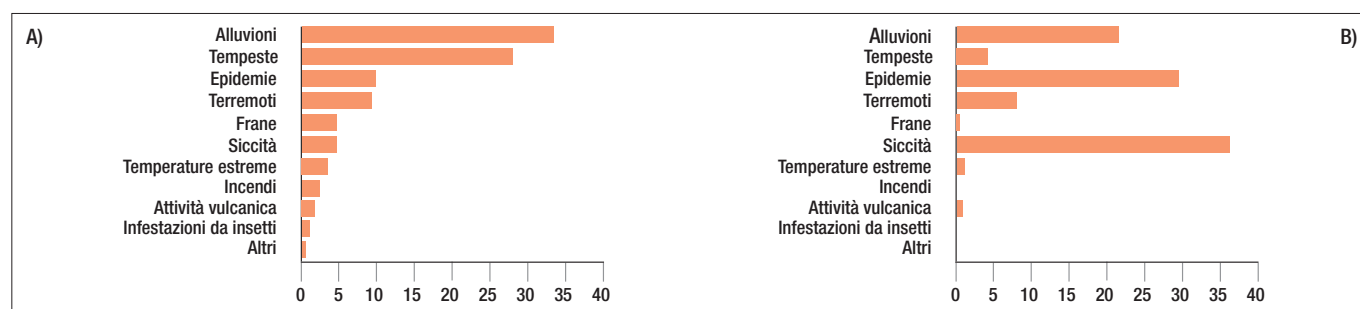


Figura 1 – Frequenze dei disastri naturali (A) e dei decessi associati a ogni disastro (B) a livello mondiale relativi al periodo 1900-2018 (da EM-DAT, www.emdat.be).

Disastri dovuti alla siccità

I risultati riportati in questo paragrafo sono stati realizzati elaborando i dati dei disastri globali archiviati nel *database* internazionale EM-DAT (www.emdat.be). È importante ricordare che tra i criteri adottati affinché un disastro possa essere considerato tale e incluso all'interno del *database* deve essere soddisfatta almeno una delle seguenti condizioni:

- devono essersi verificati almeno 10 decessi;
- devono essere state coinvolte almeno 100 persone (ferite o senza tetto);
- deve essere stata emessa una dichiarazione di “Stato di Emergenza” e/o appello di richiesta di assistenza a livello internazionale”.

Dalle elaborazioni effettuate è risultato che la frequenza dei disastri dovuti alla siccità è inferiore rispetto a quella di alluvioni, tempeste, epidemie e terremoti, e la siccità rappresenta circa il 5% tra tutti i disastri naturali (Figura 1A), prevalentemente concentrati in Africa (44%), seguita da Asia (24%), America (22%), Europa (6%) e Oceania (4%). Ciononostante, l'impatto della siccità sulla mortalità (Figura 1B) è il più elevato tra tutti i disastri naturali: circa il 36% dei decessi dovuto a disastri naturali è attribuito alla siccità, seguito da epidemie (29,4%), alluvioni (21,4%) e terremoti (7,9%). In termini di persone coinvolte, invece, l'impatto dovuto alla siccità (33,6%) è secondo solo alle alluvioni (47,4%), seguito poi dalle tempeste (14,3%) e dai terremoti (2,4%).

Effetti per la salute

Le conseguenze dirette e indirette della siccità sulla salute umana dipendono in gran parte dalla sua durata e gravità, così come dal contesto socio-economico e dalla disponibilità di risorse di un paese. Le malattie legate alla siccità possono essere distinte in (Bifulco e Ranieri, 2017; Stanke *et al.*, 2013):

- *malattie trasmesse per via fecale o orale dall'acqua contaminata* (varie tipologie di diarrea e gastroenteriti causate dal batterio *Escherichia coli* e altri patogeni come *Vibrio cholerae*, la cui diffusione è in aumento in varie aree geografiche);
- *malattie trasmesse da specie patogene che hanno cicli vitali legati all'acqua*, come nel caso della schistosomiasi, la malattia parassitaria tropicale più diffusa al mondo dopo la malaria e che si trasmette attraverso il contatto della pelle con acqua infetta;
- *malattie in cui non il parassita ma il suo vettore ha un ciclo che coinvolge l'acqua*; l'esempio più noto è quello della malaria, malattia infettiva causata da protozoi appartenenti al genere *Plasmodium*, il cui vettore è rappresentato da zanzare del genere *Anopheles* e il cui ciclo vitale si verifica soprattutto in acque stagnanti;
- *malattie in cui la carenza idrica colpisce anche l'igiene personale* con conseguente aumento della diffusione di microrganismi che favoriscono malattie infettive come il tracoma e parassiti come la scabbia o i pidocchi (Sterk *et al.*, 2013).

Tali situazioni sono più frequenti in

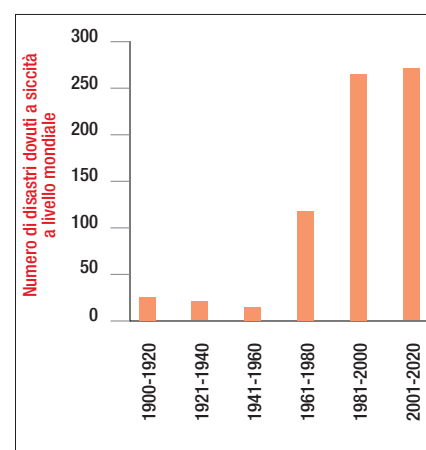


Figura 2 – Andamento dei disastri dovuti a siccità a livello mondiale a partire dal 1900 fino ai giorni d'oggi (da EM-DAT, www.emdat.be).

Africa orientale e Asia meridionale, causate da servizi igienico-sanitari inadeguati e dalla sensibile limitazione all'accesso di acqua potabile che favorisce malattie diarroiche soprattutto nei bambini: è stato stimato che il rischio di malattie diarroiche varia dal 3% all'11% all'aumento di 1 °C della temperatura dell'aria (Franchini e Mannucci, 2015). Nelle aree urbane la scarsità di piogge può essere aggravata dall'accumulo di allergeni, polveri sottili e vari agenti inquinanti favorendo la riacutizzazione di malattie come asma, allergie, bronchiti, polmoniti (D'Amato *et al.*, 2015) oltre che un peggioramento di patologie cardiovascolari (Reid *et al.*, 2016). Gli effetti maggiori si manifestano nei soggetti più vulnerabili come i bambini, gli anziani e chi ha affezioni croniche o predisposizioni come le persone allergiche, i fumatori e i

lavoratori impegnati in attività specifiche. La siccità, inoltre, se associata a elevate temperature può favorire anche un aumento degli incendi, situazione tipica nei paesi del bacino del Mediterraneo (ma non solo), esponendo la popolazione residente su estese aree geografiche a concentrazioni particolarmente elevate di particolato, ozono e altri composti nocivi (Franchini e Mannucci, 2015). Esistono inoltre altre evidenze scientifiche che dimostrano una associazione tra siccità e iponutrizione, malattie mentali e aggravarsi di condizioni patologiche croniche

preesistenti che spesso persistono anche dopo la fine dell'emergenza (Bifulco e Ranieri, 2017).

Conclusioni

Sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e a causa del significativo aumento dei disastri dovuti alla siccità (Figura 2), anche la comunità medica dovrà essere sempre più preparata a fronteggiarne gli effetti nella pratica professionale quotidiana, approfondendo lo studio delle conseguenze per la salute e il benessere della popolazione. Con l'obiettivo di mantenere adeguati

livelli sanitari e di igiene nella comunità e per il contenimento della trasmissione e diffusione di malattie infettive, risulta fondamentale una migliore gestione delle condizioni ambientali e la messa in atto di appropriate strategie. Anche lo sviluppo di tecnologie finalizzate a una più efficiente e prudente gestione di una risorsa idrica di buona qualità (non contaminata e non stagnante) può essere utile.

m.morabito@ibimet.cnr.it



LA TRISTE RIBALTA DELLA COSIDDETTA MALASANITÀ

Grande risalto ha avuto nelle scorse settimane la polemica seguita alla diffusione sui *media* di uno *spot* di una Società che pubblicizza la propria consulenza a favore di coloro che si ritenessero vittime di episodi di cosiddetta malasanità. La vicenda aveva ben presto raggiunto valenza nazionale, moltissime erano state le prese di posizione in merito e anche la RAI alla fine aveva deciso di ritirare dalla programmazione i fotogrammi incriminati. Mentre l'Ordine di Treviso, dove ha sede "Obiettivo Risarcimento" (*la prima società italiana di tutoring per le vittime di malasanità, finalizzata all'ottenimento di un giusto risarcimento*, come si legge sul sito) si è attivato per verificare l'eventuale presenza di comportamenti scorretti da parte di Colleghi, il Presidente della FNMOCeO Anelli ha incontrato quello del Consiglio Nazionale Forense Mascherin per iniziare un percorso di discussione e confronto tra le due professioni al fine di gestire al meglio situazioni come quella adesso alla ribalta, a tutela dei cittadini e dei professionisti attivi in campi definiti "depositari di valori giuridici, sociali e culturali riconosciuti da leggi dello Stato anche attraverso la rispettiva autonomia deontologica".

MOLTI I PROBLEMI PER GLI ALUNNI CHE NECESSITANO DEL SOSTEGNO

Interessanti ma certamente non confortanti appaiono i dati ISTAT che fotografano i bisogni scolastici dei ragazzi che nel nostro Paese necessitano di una qualche forma di sostegno. L'Istituto di Statistica ha analizzato la situazione di 56.690 scuole italiane, frequentate da più di 270.000 ragazzi con necessità di sostegno. In questa popolazione, nella quale la differenza di genere appare significativa (213 maschi ogni 100 femmine), le problematiche di più frequente riscontro sono quelle connesse alla disabilità intellettiva (46%), seguite dai disturbi dello sviluppo e del linguaggio (25 e 20%).

Alcuni numeri. Tra gli Istituti presi in esame 1 su 4 non dispone di postazioni informatiche utilizzabili dai ragazzi con sostegno. Il rapporto ragazzi/insegnanti di sostegno (circa 156.000 secondo i dati del MIUR) è di 1 su 5, ridotto ad 1 su 3 nelle Regioni meridionali. Gli studenti con severa limitazione dell'autonomia possono disporre in media di 12,9 ore di assistenza specifica, con una media di circa 3 ore in più al Nord rispetto al Sud. In generale per il 9% degli alunni con sostegno gli ausili disponibili nelle scuole risultano poco o per niente adatti alle personali esigenze.

I DATI EUROPEI SUI TEMPI MEDI DELLE DEGENZE

Dati Eurostat 2016. In quell'anno la *range* dei tempi medi di una degenza ospedaliera per tutti i tipi di ricovero è stato tra i 5 e i 10 giorni, con una media di 7,3. Le prestazioni peggiori sono state quelle di Repubblica Ceca (9,6 giorni) e Croazia (9,3), mentre i Paesi più virtuosi sono risultati Bulgaria (5,3) e Paesi Bassi (4,5 esclusa la lungodegenza). In questa classifica l'Italia si situa all'ottavo posto con una degenza media di 8,1 giorni per ogni tipo di ricovero. Da notare che dal 2011 al 2016 l'Italia insieme a Malta, Portogallo, Cipro, Spagna, Lussemburgo e Francia ha registrato un progressivo aumento dei tempi medi di degenza in ospedale.

L'ORDINE A FIANCO DEI COLLEGI VOLONTARI

L'Ordine dei Medici di Firenze sostiene convintamente i valori universalistici di equità, di pari diritti e di lotta alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari contenuti nel Giuramento Professionale, soprattutto a tutela delle fasce più deboli della popolazione, particolarmente esposte ai rischi di marginalizzazione.

In quest'ottica, l'Ordine apprezza l'impegno dei medici che prestano la propria opera gratuitamente e volontariamente presso organizzazioni no-profit, mettendo a disposizione in maniera disinteressata la propria professionalità a vantaggio di chi ne ha più bisogno e che di fatto non avrebbe altre opportunità di assistenza.

Pertanto, fermo restando il doveroso rispetto dell'art. 54 comma 4 del Codice di Deontologia Medica, l'Ordine dei Medici assicura il proprio sostegno a tutte le attività e a tutte le iniziative "pro bono" finalizzate alla concreta attuazione dei principi solidaristici di cui sopra, che sono alla base dell'effettivo esercizio del diritto alla salute e all'accesso alle cure.

Art. 54 del Codice Deontologico – comma 4

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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