

medici &medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 15 - Ottobre 2007
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

15
OTTOBRE

Periodico di informazione Medico-Sanitaria
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona



Nasce una nuova rubrica

LEGGIAMO INSIEME IL CODICE DEONTOLOGICO



Novembre 2007

Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

ha intenzione di comprare una casa o un appartamento e sta cercando una banca cui appoggiarsi per accendere un mutuo?

Se questo è quello di cui ha bisogno, siamo lieti di informarLa che oggi la Banca dell'Adriatico Spa, Le ha riservato gli interessanti e vantaggiosi mutui della Linea Domus **a condizioni del tutto particolari**.

Fra queste, potrà ad esempio contare su **uno sconto del 60% sulle spese di istruttoria e un tasso** sul finanziamento **decisamente agevolato**.

Ad esempio le condizioni valide per il mese di **NOVEMBRE 2007** sono:

DURATA MUTUO	DOMUS FISSO	
	TASSO *	RATA MENSILE PER MILLE EURO *
5 anni	EUROIRS 5 ANNI + 0,7 = 5,15%	18,94
10 anni	EUROIRS 10 ANNI + 0,7 = 5,25%	10,73
15 anni	EUROIRS 15 ANNI + 0,7 = 5,40%	8,12
20 anni	EUROIRS 20 ANNI + 0,7 = 5,45%	6,85
25 anni	EUROIRS 25 ANNI + 0,9 = 5,65%	6,23
30 anni	EUROIRS 30 ANNI + 1,0 = 5,75%	5,84

(*) IRS RILEVATO IL 26/10/2007

DURATA MUTUO	DOMUS VARIABILE	
	TASSO **	RATA MENSILE PER MILLE EURO **
5 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	18,85
10 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	10,59
15 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	7,89
20 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	6,58
25 anni	EURIBOR 1 M. + 1,00% = 5,157%	5,94
30 anni	EURIBOR 1 M. + 1,00% = 5,157%	5,46

(**) EURIBOR 1 MESE RILEVATO IL 30/10/2007 PARI AL 4,157%

In più, grazie alla nostra esperienza di leader del settore, le formule di mutuo che Le offriamo sono davvero molte, e ciascuna è stata studiata per venire incontro a una Sua specifica esigenza.

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso le nostre Filiali per parlare dei mutui Domus e di tutti gli altri prodotti del Sanpaolo. Non esiti quindi a contattarci, anche per fissare un appuntamento nell'orario a Lei più comodo.

TEAM DOMUS DI ANCONA - VIA MONTEBELLO 57/59 - TEL 071 2280302 - Sig. APPOLLONI ADRIANO

A presto, quindi, e con le nostre più vive cordialità.

BANCA DELL'ADRIATICO SPA

La concessione del mutuo è subordinata all'approvazione della Filiale Sanpaolo Banca dell'Adriatico, presso la quale sono a Sua disposizione i Fogli Informativi riportanti tutte le condizioni economiche praticate.

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Vice Direttore
Francesco Lattanzi

Coordinatore di Redazione
Maria Beatrice Bilò

Vice Coordinatore
Marco Silvestrelli

Redazione
Vincenzo Berdini
Federico Fabbri
Sergio Giustini
Riccardo Sestili

Consiglio Direttivo

Presidente
Fulvio Borromei

Vice Presidente
Francesco Lattanzi

Segretario
Nicola Battelli

Tesoriere
Quirino Massimo Ricci

Consiglieri
Vincenzo Berdini
Maria Beatrice Bilò
Sergio Cascia
Marcello Maria D'Errico
Giordano Giostra
Sergio Giustini
Arcangela Guerrieri
Maria Giovanna Magiera
Stefano Polonara
Riccardo Sestili
Marco Silvestrelli
Federico Fabbri (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi
Mario Perli
Giovanni Petrucci
Giuliano Rochetti

Revisore dei conti supplente
Maria Meleti

Commissione Odontoiatrica
Federico Fabbri
Tiziana Giampaoli
Francesco Montecchiani
Augusto Sertori
Stefano Tucci

In copertina:
Ancona, Loggia dei Mercanti
(particolare)

Questo numero è stato chiuso il
26 ottobre 2007

Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

<i>Una informazione appropriata</i>	4
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	5

LEGGIAMO INSIEME IL CODICE DEONTOLOGICO

<i>Nasce una nuova rubrica</i>	6
--------------------------------------	---

INFORMAZIONI

<i>Il giuramento di Ippocrate ora è anonimo</i>	8
<i>3ª Edizione Premio "Prof. Franco Bianchi"</i>	9
<i>Nuova disciplina dei rapporti normativi ed economici con i medici di famiglia</i>	10
<i>Bando di concorso per l'assegnazione di n.1 premio di laurea "Prof. Franco Bianchi"</i>	12

DAL MINISTERO

<i>Attività di lavoro autonomo mediche svolte nelle strutture sanitarie private</i>	14
---	----

RUBRICA GIOVANI

17

BUONA SANITA'

<i>Endocrinologia pediatrica: aspetti clinici emergenti e modelli di gestione integrata</i>	18
<i>La Sorveglianza Nutrizionale nella Regione Marche</i>	22
<i>La valutazione della fibrosi epatica con Fibroscan</i>	27
<i>"Per la vostra salute donne del mondo": video in 11 lingue</i>	32
<i>Gestione ambulatoriale della fibrillazione atriale nel grande anziano</i>	36

CONGRESSI, CORSI, INIZIATIVE

39

Una informazione appropriata

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

Ritengo che in una società equilibrata le problematiche in campo debbano essere affrontate con competenza, onestà intellettuale e con una progettualità che guardi al bene comune.

Un compito ineludibile, per creare questo stato di coscienza, compete al mondo dell'informazione. Questa, a mio avviso, dovrebbe sempre perseguire un obiettivo formativo di un cittadino che sia in grado di difendere, tutelare e vivere con partecipazione **la res publica**.

Sono rimasto meravigliato nel leggere, poi in maniera occasionale, il titolo di un articolo comparso sul Corriere della Sera dello scorso 23 settembre che recitava così: **L'allarme dei medici: troppe donne. Poi, la federazione degli ordini di categoria: dobbiamo trovare rimedi**.

Tutto ciò è accaduto alla vigilia di un Convegno Nazionale (nell'ambito di un consiglio nazionale) organizzato a Caserta: **Medicina e Sanità declinate al femminile**.

Questo convegno si è prefisso di fare una analisi seria e approfondita sull'attuale panorama sanitario declinato al femminile, ma anche di garan-

tire che questo fenomeno non trovi ostacoli sgombrando il campo da vincoli o ridotte opportunità. Infatti la FNOMCeO si propone di sostenere e promuovere leggi ed iniziative politiche che permettano al cambiamento di genere di essere ben accolto dal sistema. Inoltre un altro obiettivo è stato quello di far emergere proposte concrete affinché le donne possano sviluppare appieno le proprie capacità e competenze.

Quindi l'attenzione che la FNOMCeO ha posto alla forte presenza del mondo femminile nella nostra professione non evidenziava nessuna preoccupazione ma anzi sottolineava la necessità di garantire pari diritti e pari opportunità.

Allora ci si chiede il perché di questa distorta informazione che ha costretto il nostro Presidente Amedeo Bianco a precisazioni e smentite su come l'argomento era stato presentato dalla stampa. A chi giovi tutto ciò non riesco a comprenderlo, nè alla informazione, nè alla verità, nè al progresso di una società civile sempre più divisa da incomprensioni e conflitti che a volte paralizza- no un progresso necessario per il nostro sviluppo sociale e culturale.



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Ancona**

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

giovedì 13 dicembre 2007 ore 16,30

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n° 221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per mercoledì 12 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

GIOVEDÌ 13 DICEMBRE 2007 ore 16,30
IN SECONDA CONVOCAZIONE

presso il JOLLY HOTEL - Via Rupi XXIX Settembre, 14 - ANCONA

con il seguente
ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2006; variazione Bilancio; presentazione Bilancio preventivo 2008;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 4) Premiazione per il 50° e 60° anno di laurea;
- 5) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 6) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. I bilanci sono in visione presso l'Ordine.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Tagliando per delega

Il sottoscritto dott./prof. _____

delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 13 DICEMBRE 2007

il dott./prof. _____

(data)

(firma)

Nasce una nuova rubrica: *Leggiamo insieme il codice deontologico*

di Fulvio Borromei

Esigenza che il comitato di redazione sente in quanto ritiene indispensabile per una PROFESSIONE conoscere bene il proprio Codice come strumento e guida nell'operare quotidiano. Questa iniziativa vuole anche far conoscere i cambiamenti avvenuti dopo l'ultima stesura realizzata nello scorso dicembre 2006.

INIZIAMO CON L'ARTICOLO 62: ATTIVITÀ MEDICOLEGALE

L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento.

L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di una adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia Medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.

In casi di particolare complessità clinica ed in

ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.

Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.





L'espletamento di prestazioni medico legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti, costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale.

L'articolo 62 inizia individuando nella correttezza morale e sulla consapevolezza della responsabilità del compito come **punti essenziali** dell'operare Medico legale e senza condizionamenti di ogni genere.

Fa seguito la **COMPETENZA** medico legale e scientifica presupposto imprescindibile per un appropriato operare. Sono competenti coloro che hanno un curriculum evidente in merito a tale attività e/o specifica specializzazione con relativa iscrizione ad apposito albo.

Si intersecano esperienza, specialità specifica in medicina legale e specialità comprovata in una particolare disciplina.

Infatti l'articolo recita anche che: *"in casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale E' DOVEROSO che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e*

competenza nella disciplina coinvolta".

Questo passaggio sottolinea come una possibile integrazione sia auspicabile per meglio svolgere un ruolo di estrema importanza e delicatezza con l'obiettivo della VERITA' possibile, dove fanno da corollario il rispetto della oggettività e della dialettica scientifica, supportate dalla prudenza anche se si è consulenti di parte.

In sintesi, si deve sempre essere al servizio della VERITA' nel rispetto del decoro professionale. La normativa attuale permette l'iscrizione all'albo dei consulenti anche dei non specialisti medico legali e al magistrato compete in autonomia la nomina del CTU. Da ricordare che l'insegnamento universitario della medicina legale ha anche lo scopo di porre ogni medico in grado di conoscere i complessi rapporti del diritto con la realtà biologica.

Qualsiasi medico, anche quello non esercente in senso stretto la medicina legale, deve essere in grado di poter adempiere i propri doveri legali e morali nell'esercizio dell'attività professionale sempre più complessa nei suoi aspetti pubblicistici.

Il Giuramento di Ippocrate ora è anonimo

E' importante riflettere e commentare il Giuramento di Ippocrate nella nostra era, per cui volentieri pubblichiamo questa riflessione di un nostro iscritto

di Giuseppe Olivetti

Associazione Medicina e Persona

Alla fine è stato rieditato il nuovo testo del Giuramento di Ippocrate. Quello che per decenni ha ispirato e guidato, sin dal primo giorno di laurea ciascuno di noi, il giovane medico che si apprestava alla professione; alla professione, perché dire all'*esercizio della professione* è riduttivo. Da tempo il giuramento originario era stato portato ad esempio dell'atteggiamento paternalistico del medico, a fronte della libertà di autodeterminazione del paziente; era dunque imminente una revisione del testo, se non altro per attualizzarne questi due aspetti: ridimensionare la libertà assoluta del medico che impone terapie e la supina accettazione di queste da parte del paziente.

Quello che per decenni è stato declamato dal medico neolaureato durante la seduta di discussione della tesi di laurea, con tanto di commozione personale e di chi assisteva, come di chi è all'inizio di una avventura umana, grande, densa di responsabilità, ma anche di fascino, e che oggi viene chiamata in modo asettico "*esercizio della professione*". Il 23 marzo 2007 ne è stato rieditato il testo, rivisto già a tappe negli anni trascorsi.

C'è una distanza sensibile tra le due versioni. Ippocrate, medico e capo di una scuola medi-

ca, cosciente dell'importanza della sua professione rivolta in primis all'uomo e della necessità di educare i giovani interessati all'arte della medicina, scrisse il primo testo ispirato al motivo di fondo della propria arte medica e con esso affascinò generazioni di adepti: in esso si esprimeva chiaramente il fine e (per la prima volta) il metodo (quello clinico, dei cinque sensi, non magico, come era stato fino ad allora) di una professione che non è come tutte le altre.

Una prova questa che il semplice intuito della natura umana esprime, perché lo possiede "in natura", il desiderio di fare il bene e di soccorrere all'altro che è nel bisogno, atteggiamento che, dopo secoli di storia, il cristianesimo valorizzerà e arricchirà a partire dalla nascita di Cristo, con la dimensione della *carità*.

Nel Giuramento di Ippocrate c'è un respiro nello sguardo sulla professione che non c'è nel giuramento moderno e che è ben espresso nella frase di Saint Exupéry, ne "*Il Piccolo Principe*": "*Se vuoi costruire una barca, non radunare uomini per tagliare legna, dividere i compiti e impartire ordini, ma insegna loro la nostalgia per il mare vasto e infinito*".

Manca al nuovo giuramento professionale il fascino della dimensione di "vocazione" del lavoro del medico, e questa mancanza è all'origine di tanti problemi della sanità oggi, non solo italiana. Ciò che rendeva libero il medico - e nello stesso tempo responsabile dell'assolvimento del compito - era il giuramento davanti a un altro, il Dio, *da cui dipendevano medico e paziente*, e da cui derivava "l'etica" nel successivo declinarsi del lavoro.

Nel nuovo testo il medico giura a se stesso. Sarà forte tanto da resistere ad ogni condizionamento culturale, così da continuare ad adempiere a questa che, più che un mestiere, è una missione? La soggettivizzazione di un compito è sempre a rischio di interpretazioni personali, e il giuramento può diventare formale: eliminata la presenza di una autorità superiore, indipendente dal giudizio dell'uomo e in virtù della quale siano chiari i principi irrinunciabili di questa professione, si scade in una logica contrattuale e si è preda del relativismo.



3^a Edizione Premio “Prof. Franco Bianchi” Tesi di Laurea in Medicina dello Sport

di Fabio Santelli

Presidente Regionale Marche F.M.S.I.

La sera del 20 aprile 2007 presso il Ristorante Passetto di Ancona, è stato consegnato al Dr Paolo Pirchio di Loreto, specializzando in Ortopedia e Traumatologia presso l'Università Politecnica delle Marche Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Premio Prof. Franco Bianchi, che è giunto alla sua terza edizione. Il candidato aveva presentato la sua Tesi di Laurea nella branca dell'Ortopedia affine alla Medicina dello Sport, dal titolo “Le instabilità della Scapolo-Omerale: trattamenti chirurgici a confronto”. La commissione giudicatrice composta dal Dr Fabio Santelli in rappresentanza del “Centro Regionale di Medicina dello Sport” di Ancona fondato nel 1991 e diretto per molti anni proprio dal Prof. Bianchi, dal sig. Germano Peschini in rappresentanza del Panathlon International Club di Ancona, e componente della Scuola Regionale Marche dello Sport del Coni di Ancona, dal Dr. Fulvio Borromei Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Ancona e dal Dr. Francesco Lattanzi Vice presidente dell'Ordine e Dirigente Medico presso il Salesi di Ancona; dopo aver vagliato attentamente sia i contenuti delle Tesi, sia il Curriculum sportivo presentato dai Candidati, ha ritenuto in maniera unanime di giudicare vincitore il Dr. Pirchio.



La serata è iniziata con la consegna dei Premi Fair Play alla Carriera Sportiva e alla Promozione Sportiva e proseguita con la presentazione da parte del Prof. Antonio Gigante Correlatore e del Prof. Francesco Greco Relatore della Tesi del Dr. Pirchio. Lo scopo della Tesi prevedeva il mettere a confronto due metodiche chirurgiche completamente differenti, per il trattamento della instabilità della articolazione scapolo-omerale, come spesso accade per esempio in atleti che giocano a pallavolo. Il momento centrale della serata si è avuto con la consegna da parte della Sig.ra Bianchi e del Dr. Borromei del Premio Prof. Franco Bianchi. Ospiti della serata numerose autorità politiche e sociali della Provincia di Ancona, e ospite d'onore il Prof. Carlo Tranquilli, Medico Sportivo delle Nazionali Giovanili di Calcio, il quale ha presentato una relazione dal titolo “Visita Medico Sportiva Agonistica e non Agonistica, come prevenzione della salute degli Atleti”.

La relazione ha fornito utili chiarimenti sull'importanza dell'esecuzione di indagini come la spirometria e l'elettrocardiogramma con cadenza annuale, al fine di consentire un valido e costante momento di screening, sia sugli atleti professionisti, ma soprattutto sugli atleti non professionisti che praticano sport per divertimento, perché la visita medico sportiva è rimasta l'unica ad essere effettuata e quindi controlla la salute nelle fasce di età molto importanti, essendo state abolite la visita medica scolastica e la visita militare.



Nuova disciplina dei rapporti normativi ed economici con i medici di famiglia che redigono certificazione a favore degli assicurati Inail.

Invio della certificazione medica on-line

di Sandro Passamonti

Direttore Generale Inail

Si comunica che con il recente accordo siglato tra Inail e rappresentanze di categoria dei medici di famiglia (FIMG-SIMET e SMI ex CU-MI) sono stati disciplinati i nuovi rapporti normativi ed economici in merito alla certificazione redatta a favore degli assicurati Inail.

I punti cardine dell'accordo in **vigore dal 7/9/2007**, prevedono in particolare:

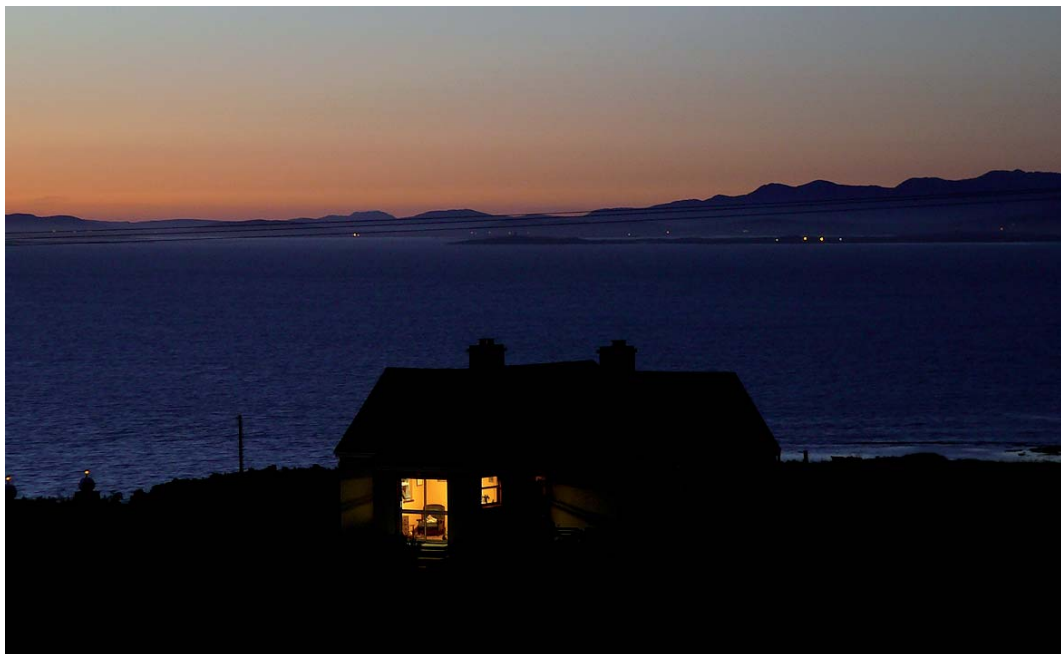
- l'utilizzo esclusivo di modulistica Inail (moodello 1SS per gli infortuni e 5SS per le malattie professionali);
- la tempestività nella trasmissione da parte del medico della certificazione sia cartacea che nella modalità on-line, che deve avvenire entro il primo giorno di attività ambulatoriale successivo alla visita (nel caso che l'attività ambulatoriale non si svolga dal lunedì al venerdì ogni medico è invitato a comuni-

care l'orario ambulatoriale alla sede Inail più vicina);

- la completezza nella compilazione della certificazione sia nei campi relativi agli elementi clinici e diagnostici che in quelli anagrafici;
- la trasmissione della denuncia segnalazione prevista dall'art. 139 T.U. 1124/65 (che, si ricorda, ogni medico è tenuto ad effettuare ogni volta che riconosca l'esistenza di una delle malattie indicate nell'elenco approvato con D.M. 27/4/2004, anche se il lavoratore non sia soggetto alla materia Inail e senza la sua espressa volontà) ai fini della alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate istituito dall'art 10 del D.Lgs. 38/2000.

Quindi, per opportuna informativa si eviden-





zia che non potranno essere liquidati quei certificati che:

- siano redatti su modulistica non Inail;
- siano trasmessi dal medico in ritardo;
- siano incompleti.

A tale riguardo, l'Inail, su richiesta del medico, fornirà sia la modulistica, compresa quella per la denuncia/segnalazione di cui all'art. 139 T.U., che le buste preaffrancate per spedire la certificazione.

Il compenso per la redazione di ciascun certificato è di euro 27,50 sino ad un massimo di tre certificati compresa la prima certificazione con eventuale "franchigia". La liquidazione dei compensi avverrà ogni trimestre sulla base delle distinte presentate.

Non sono previsti compensi, oltre che per i casi sopra indicati, per i certificati successivi al terzo, per quelli redatti in occasione della riapertura del caso (ricaduta), per quelli emessi successivamente alla presa in carico dell'assicurato da parte dell'Inail.

Particolare rilievo nell'accordo è stato posto sulla redazione della certificazione su mezzo informatico e la relativa trasmissione della stessa per via telematica.

E' previsto infatti un aumento del compenso di euro 5 a favore dei medici che invieranno la certificazione tramite internet, mediante l'utilizzo della specifica procedura di compilazione ed inoltre, on-line ed off-line, predisposta dall'Istituto e disponibile sul sito web www.inail.it punto cliente grandi utenti, in cui sarà consultabile nella sezione "help" l'apposito manuale per la compilazione dei certificati on-line.

La comunicazione in oggetto sarà inviata a breve, ad ogni medico del collegio provinciale e conterrà in particolare l'indicazione di un numero telefonico del referente della sede Inail competente che il medico dovrà contattare per ottenere l'abilitazione alla citata procedura informatica.

Si confida pertanto nella piena collaborazione di codesti Ordini per assicurare la massima diffusione su quanto previsto dal nuovo accordo, in particolare per quel che concerne l'utilizzo delle procedure di trasmissione dei certificati on-line.

Bando di concorso per l'assegnazione di n.1 premio di laurea "Prof. Franco Bianchi" (4ª edizione)

Art. 1

E' indetto il concorso per l'assegnazione di n. 1 premio di laurea dell'importo di euro 1.300,00, offerto dalla Sig.ra Bianchi, in collaborazione con il Centro Regionale di Medicina dello Sport e con il Panathlon Club di Ancona.

Art. 2

Possono partecipare al premio di cui all'art. 1 i laureati di **Medicina-Chirurgia** presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona negli anni solari 2005-2007, che abbiano discusso la propria tesi di laurea in una branca affine alla Medicina Sportiva (Cardiologia, Ortopedia, Fisioterapia, Neurologia, Pneumologia) ed in possesso anche dei seguenti requisiti:

- che siano iscritti ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;
- che praticano o abbiano praticato un'attività sportiva amatoriale e/o agonistica;
- che non siano risultati assegnatari di altri premi di laurea o di studio nello stesso periodo.

Art. 3

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona - Via Michelangelo Buonarroti n° 1 - 60125 Ancona, **entro il 31 dicembre 2007**.

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se spedita entro il suddetto termine; farà fede il timbro postale.

Art. 4

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, pena l'esclusione dal concorso:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data ed il luogo di nascita;
- 3) il domicilio eletto ai fini dal concorso con espressa menzione dell'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso;
- 4) il possesso del diploma di laurea conseguito presso la Facoltà di Medicina-Chi-

rurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, nonché la data del suo conseguimento;

- 5) l'iscrizione ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;
- 6) l'attività sportiva svolta;
- 7) di non aver già percepito altri premi di laurea o di studio banditi da questo Ordine;
- 8) di non aver riportato condanne penali.

La domanda, a pena di esclusione dovrà essere corredata di copia della tesi di laurea che rimarrà agli atti presso la sede dell'Ordine dei Medici.

Art. 5

La Commissione Giudicatrice è composta da quattro componenti:

- due membri designati dall'Ordine dei Medici-Chirurghi di Ancona;
- un membro designato dal Panathlon Club di Ancona;
- un membro del Consiglio Direttivo del Centro Regionale di Medicina dello Sport "Prof. F. Bianchi", in rappresentanza della famiglia Bianchi che ne diviene Presidente della Commissione.

Art. 6

Per la valutazione dei candidati, al fine della individuazione del vincitore, verranno prese in considerazione:

1) il voto di laurea (max 20 punti)

- 100 = 1.2 punti
- 101 = 2.4
- 102 = 3.6
- 103 = 4.8
- 104 = 6.0
- 105 = 7.2
- 106 = 8.4
- 107 = 9.6
- 108 = 10.8
- 109 = 12.00
- 110 = 16.00
- 110 e lode = 20.00

2) curriculum sportivo (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);

3) qualità della tesi (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);

Art. 7

Nel caso in cui non si presentino candidati oppure la Commissione giudicatrice ritenga di non assegnare il premio suddetto, l'importo relativo sarà utilizzato per istituire un successivo bando di concorso che avrà i medesimi criteri.

Art. 8

L'importo relativo alla borsa di studio verrà consegnato direttamente al vincitore dalla Signora Maria Costantina Venturini Bianchi.

Il Presidente
Dr Fulvio Borromei

ORDINE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

Allegato 1 al bando di concorso
FACSIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Buonarroti, 1
60125 ANCONA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Domicilio eletto ai fini del concorso: Via _____ n. _____
Comune di _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Tel. _____:

CHIEDE

di partecipare al concorso per l'assegnazione del premio di laurea "Prof. Franco Bianchi" bandito dall'Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di Ancona.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina-Chirurgia conseguita presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di _____;
- di praticare o di aver praticato le seguenti attività sportive:
_____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione del succitato domicilio eletto ai fini del concorso.

ALLEGA alla presente:

copia della tesi di laurea.

Data _____

FIRMA

Attività di lavoro autonomo mediche e paramediche svolte nelle strutture sanitarie private

Art. 1, commi da 38 a 42 della legge 27 dicembre 2006, n. 296

1. PREMESSA

I commi da 38 a 42 dell'articolo unico della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria 2007), hanno introdotto, a decorrere dal 1 marzo 2007, l'obbligo della riscossione accentrata dei compensi dovuti per attività di lavoro autonomo mediche e paramediche svolte nell'ambito di strutture sanitarie private.

Le relative disposizioni, volte a favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti, non modificano il trattamento fiscale e gli adempimenti in capo ai professionisti ai fini delle imposte sui redditi e dell'Iva.

2. SOGGETTI INTERESSATI

Le disposizioni in argomento prevedono che la riscossione dei compensi dovuti al professionista per attività medica e paramedica resa nell'ambito di una struttura sanitaria privata debba essere effettuata in modo unitario dalle strutture sanitarie, che pertanto hanno l'obbligo, per ciascuna prestazione resa, di "incassare il compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo e a riversarlo contestualmente al medesimo" (comma 38, lettera a).

L'obbligo è posto in capo alle "strutture sanitarie private" che ospitano, mettono a disposizione dei professionisti ovvero concedono loro in affitto i locali della struttura aziendale per l'esercizio di attività di lavoro autonomo mediche o paramediche.

Per strutture sanitarie private si intendono le società, gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari.

3. AMBITO OGGETTIVO DI APPLICAZIONE DELLA NORMA

La riscossione accentrata ha per oggetto i compensi spettanti agli esercenti "attività di lavoro autonomo medica e paramedica" ossia agli esercenti arti e professioni, la cui attività dia luogo a reddito di lavoro autonomo ai sensi dell'art. 53 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con d.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917. In particolare, la norma in esame si riferisce ai compensi correlati alle pre-

stazioni di natura sanitaria rese dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente.

Ne consegue che esulano dall'ambito applicativo delle disposizioni in commento le prestazioni rese direttamente al paziente, per il tramite del professionista, dalla struttura sanitaria privata, nell'ambito di un rapporto che vede la struttura sanitaria stessa impegnata nella organizzazione dei servizi medici e paramedici, nella qualità di parte del rapporto contrattuale instaurato con il cliente.

In tal caso, non sussistono, invero, le esigenze di monitoraggio dei compensi derivanti dall'esercizio di professioni sanitarie, posto che la struttura sanitaria, quale soggetto esercente l'attività medica o paramedica, è tenuta a presentare - tra l'altro - la dichiarazione dei sostituti d'imposta di cui all'art. 4 del d.P.R. 22 luglio 1998, n.322, essendo obbligata ad effettuare la ritenuta d'acconto di cui all'art. 25 del d.P.R. 29 settembre 1973, n. 600, nei confronti del professionista cui corrisponde, a titolo di corrispettivo delle prestazioni fruite, il compenso di lavoro autonomo.

Parimenti, non rientrano nell'ambito applicativo della norma in argomento le prestazioni rese dal sanitario in regime di intramoenia. In tale ipotesi, il medico opera, infatti, nel quadro di un rapporto assimilato a quello di lavoro dipendente e la prestazione sanitaria è formalmente resa al paziente dall'ente di cui il medico è dipendente (cfr. circolare n. 4/E del 28 gennaio 2005).

Per attività medica e paramedica si intende quella di diagnosi, cura e riabilitazione resa nell'esercizio delle professioni ed arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'articolo 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche, ovvero individuate con decreto del Ministero della salute.

4. RISCOSSIONE ACCENTRATA IN NOME E PER CONTO DEL PROFESSIONISTA

Le somme riscosse dalla struttura sanitaria rilevano, ai fini impositivi, nei confronti del prestatore di lavoro autonomo, mentre la struttura

sanitaria che ne cura la riscossione, funge da tramite tra il prestatore di lavoro autonomo ed il paziente.

Di conseguenza, il professionista che ha eseguito la prestazione sanitaria è tenuto ad emettere fattura nei confronti del paziente a norma degli articoli 6 e 21 del d.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633.

Il pagamento del corrispettivo della prestazione professionale, invece, sia esso in contanti, tramite assegno o altro mezzo di pagamento, deve essere eseguito "nelle mani" della struttura sanitaria che agisce in nome e per conto del professionista; in nome e per conto di quest'ultimo, in particolare, la struttura sanitaria riscuoterà il contante, ovvero, per i pagamenti alternativi al contante, ne curerà la riscossione provvedendo, a seconda dei casi, al rilascio o al ritiro del documento comprovante il pagamento (scontrino della carta di credito o bancomat, ricevuta di bonifico bancario, assegno da conto corrente, ecc.).

Gli importi riscossi (in contanti) ovvero i documenti ritirati o emessi (per pagamenti relativi al contante) devono essere rispettivamente riversati o consegnati, da parte della struttura, al professionista interessato.

Si ritiene che, previo consenso del professionista, la riscossione accentrata in argomento possa effettuarsi anche mediante i servizi di carte di credito e bancomat appoggiati sul conto bancario della struttura sanitaria che, successivamente, avrà cura di accreditare il relativo importo sul conto bancario del professionista.

All'atto del pagamento del compenso, la stessa struttura sanitaria rilascia al paziente, garantendo il rispetto della riservatezza dei dati trattati, apposita quietanza attestante l'avvenuto pagamento del compenso incassato o gestito in nome e per conto del professionista, mediante annotazione in calce alla fattura emessa dal professionista, che specifichi le modalità e, per i pagamenti diversi dal contante, gli estremi identificativi del mezzo di pagamento; per quietanze di importo superiore a euro 77,47, l'imposta di bollo, pari a euro 1,81, prevista dall'articolo 13, della parte prima della tariffa, allegato A, annessa al d.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, è dovuta dal professionista in nome e per conto del quale il compenso viene riscosso. Resta inteso che l'obbligo di riscossione da parte della struttura sanitaria non interferisce e quindi non altera la portata delle disposizioni recate dall'articolo 35, commi 12 e 12-bis del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, converti-

to, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, che limitano l'uso del denaro contante nel pagamento dei compensi.

Anche la struttura sanitaria che effettua la riscossione accentrata, in particolare, potrà riscuotere il compenso in contanti solo per importi non superiori a 1.000 euro fino al 30 giugno 2008, ovvero non superiori a 500 euro fino al 30 giugno 2009; a decorrere dal 1 luglio 2009, infine, il compenso in contanti potrà essere riscosso solo per importi non superiori a 100 euro.

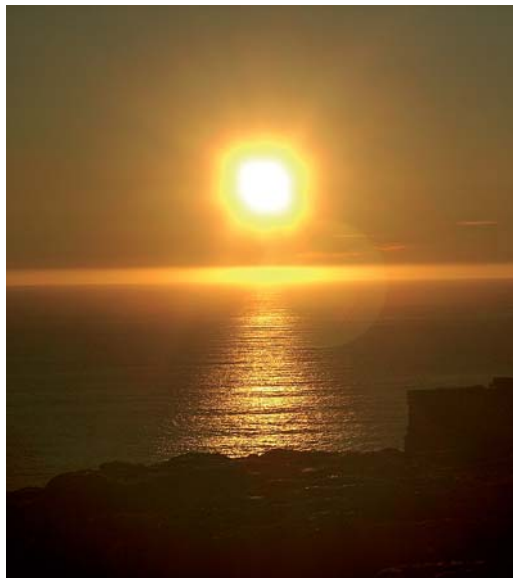
5. OBBLIGO DI REGISTRAZIONE

La struttura sanitaria deve provvedere alla registrazione "nelle strutture contabili obbligatorie o in apposito registro" del compenso incassato o gestito (comma 38, lettera b).

L'obbligo di registrazione può essere assolto mediante annotazione separata nelle scritture contabili che il soggetto gestore della struttura è obbligato a tenere in relazione alla propria attività oppure mediante annotazione in un registro appositamente istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 38, della legge n. 296 del 2006.

Nei registri appena richiamati, la struttura sanitaria avrà cura di annotare, distintamente per ciascuna operazione di riscossione:

- data del pagamento ed estremi della fattura emessa dal professionista;
- generalità e codice fiscale del professionista destinatario del compenso;
- ammontare del corrispettivo riscosso;
- modalità di pagamento (contante; tipo ed



estremi del documento emesso/ricevuto per pagamenti alternativi al contante).

L'obbligo di registrazione dei compensi incassati da parte delle strutture sanitarie private non fa venire meno l'obbligo del professionista di registrare nelle proprie scritture contabili il compenso percepito, giacchè l'articolo 1, comma 42 della menzionata legge finanziaria stabilisce espressamente che "restano fermi in capo ai singoli prestatori di lavoro autonomo tutti gli obblighi formali e sostanziali previsti per lo svolgimento dell'attività".

6. OBBLIGO DI COMUNICAZIONE TELEMATICA

Strumentalmente alla procedura introdotta è l'obbligo da parte delle strutture sanitarie private di comunicare telematicamente all'Agenzia delle entrate "l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente" con le modalità ed entro i termini che saranno definiti con il provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle entrate richiamato dall'articolo 1, comma 40 della legge finanziaria per il 2007.

Fino all'approvazione del provvedimento in parola, pertanto, la struttura sanitaria privata non è tenuta ad effettuare la comunicazione suddetta, pur dovendo assolvere dal 1 marzo 2007 agli adempimenti introdotti dall'articolo

1, comma 38, della legge finanziaria 2007, posto che le disposizioni illustrate hanno immediato valore precettivo.

7. SANZIONI

Indipendentemente dalle sanzioni applicabili nei confronti dei professionisti nelle ipotesi di omessa fatturazione e di omessa registrazione dei compensi, il comma 42 del citato articolo unico prevede specifiche sanzioni per le violazioni degli obblighi a carico delle strutture sanitarie private.

In caso di violazione degli obblighi di incassare il compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro e di registrazione del medesimo compenso nelle scritture obbligatorie ovvero in apposito registro, la struttura sanitaria è assoggettata alla sanzione amministrativa da 1.033 euro a 7.747 euro prevista dall'articolo 9 del d.lgs. 18 dicembre 1997, n. 471, con riguardo agli obblighi relativi alla contabilità.

Nell'ipotesi di omessa trasmissione telematica dei compensi incassati in nome e per conto dei professionisti ovvero di comunicazione di dati incompleti o non veritieri è applicabile la sanzione amministrativa da 258 euro a 2.066 euro prevista dall'articolo 11, comma 1, lett. a), del citato decreto, per la violazione degli obblighi di comunicazione prescritti dalla legge tributaria.



Ciao a tutti!

Eccoci di nuovo al nostro appuntamento con la Rubrica Giovani e come sempre mi sono sforzata di scegliere un argomento che possa risultare interessante. Lo so che molti di voi si aspettavano un articolo sulla recente riforma delle Scuole di Specializzazione e, soprattutto, sul nuovo contratto che finalmente, proprio in questi giorni, stiamo firmando, ma visto che alcuni aspetti della nostra nuova situazione di "medici in formazione specialistica" non sono affatto definiti, preferisco aspettare che sia tutto un po' più chiaro. Se qualcuno vuole dire o chiedere qualcosa potete comunque sempre farvi sentire, c'è spazio per tutti e risponderò volentieri a ogni domanda che vorrete farmi.

Al momento preferisco parlarvi di un argomento che rimane secondo me una spina nel fianco della preparazione di tutti i giovani medici... la ricerca. Ma sarò breve. Vorrei darvi solo uno spunto di riflessione e magari di discussione, insomma... voglio sapere da voi come vivete e come vorreste vivere la ricerca all'interno del vostro percorso di formazione.

Iniziamo con qualche breve domanda: durante la specializzazione quanti di voi partecipano attivamente a progetti di ricerca sia clinica che di base? E quanti di voi lavorano (e hanno il proprio nome) su articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali? Nel corso della scuola di specializzazione mediamente quanti articoli riuscite a pubblicare? E in quanti comparite fra i primi nomi? Queste domande, vi assicuro, non vogliono essere provocatorie ma semplicemente conoscitive. Mi sono resa conto girando un pochino per l'Italia e incontrando colleghi di altre scuole che anche nel campo della ricerca esiste una grossa discrepanza. Esistono realtà in cui è normale che lo specializzando segua (anche con ruolo di responsabilità) un progetto di ricerca o un trial clinico, mentre in alcune scuole la parola "ricerca" è semplicemente bandita in tutte le sue sfumature linguistiche! Ci sono poi realtà in cui si improvvisano lavori che mimano progetti di ricerca ma che, purtroppo, poco hanno a che vedere con il rigore e la metodologia scientifica che, credo, dovrebbe far parte del nostro bagaglio culturale alla fine del percorso di formazione. Insomma... il solito caos così teneramente italiano...

Mi rendo conto che la ricerca non sempre può essere accessibile a tutti. Richiede costanza e spesso molti sacrifici, ma credo che chiunque voglia tentare di intraprendere una strada simile debba averne le possibilità. Già... e quali sono queste possibilità? Tralasciando il dottorato di ricerca, che può essere fatto sia prima che dopo la specia-

lizzazione, direi che sarebbe bello sfruttare al meglio anche il periodo stesso della specializzazione. Quello che vorrei sapere è in quante scuole viene veramente dato spazio ai giovani.

Sappiamo che il mondo accademico italiano è piuttosto "maturo", per utilizzare un eufemismo, e che un po' di rinnovamento sarebbe auspicabile, ma perché ciò avvenga è indispensabile che venga lasciato spazio agli ultimi arrivati, che sicuramente potrebbero compensare la mancanza di esperienza con l'entusiasmo dell'inizio e magari con qualche idea originale.

I PREMI NOBEL DI OGGI NON ERANO FORSE I RAGAZZI DI IERI?

Ma scegliere di intraprendere la strada della ricerca oggi è rischioso. Non c'è nessuna garanzia, non solo di successo ma soprattutto di stabilità. Il precariato fino a 40 anni è l'ipotesi più probabile, e a volte anche la più rosea. E già sento le voci di alcuni "grandi" rispondermi che noi giovani di oggi siamo viziati e non abbiamo spirito di sacrificio; che la ricerca si fa a prescindere dai risultati che si vorrebbero ottenere e che potremmo anche non raggiungere mai... vero. Non posso negare che fare ricerca significa a volte fare una scommessa... il problema è che la posta in gioco è la nostra vita e il prolungamento dei tempi di studio verificatosi negli ultimi decenni ci obbliga a essere, più che viziati, realisti. Otteniamo una specializzazione mediamente a 30 anni e a quel punto dobbiamo guardarci intorno e decidere cosa fare da grandi... il problema è che grandi lo siamo già. Sono passati i tempi eroici delle doppie o triple specializzazioni. Oggi la parola d'ordine è "concretezza". Sono sempre fermamente convinta che "tutto è possibile, basta volerlo" ma mi rendo anche conto che alcune cose sono, oggettivamente, un tantino più difficili da realizzare.

Senza cadere nei soliti luoghi comuni, che troppo spesso sentiamo ripetere quando si parla di ricerca in Italia, vorrei sapere da voi (grandi e piccoli) cosa ne pensate.

Fate ricerca seriamente nella vostra scuola? Per i giovani: vi sentite coinvolti? Quanti di voi parlando del proprio futuro pensano "farò il ricercatore"? Per i più grandi: date spazio ai giovani che avete l'oneroso compito di formare?

E' piuttosto facile ascoltare le lamentele di tutti, questa volta mi piacerebbe raccogliere delle esperienze positive. Ho l'impressione che la ricerca in Italia sia difficile in ogni realtà, e che i giovani non abbiano stimoli adeguati per poterla scegliere come strada da percorrere... spero che riusciate a farmi cambiare idea!

Aspetto i vostri commenti... sapete come trovarmi. Alla prossima Rubrica.

Bianca Lattanzi (biancadoc@hotmail.it)

Endocrinologia pediatrica: aspetti clinici emergenti e modelli di gestione integrata

di V. Cherubini

Centro di Endocrinologia Pediatrica

La malattia endocrina, pur non essendo particolarmente frequente in età pediatrica, si configura spesso come patologia cronica che accompagna il bambino per gran parte della sua vita. A volte può essere diagnosticata con ritardo, comportando tra l'altro problemi di crescita; richiede sempre l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici specialistici da aggiornare periodicamente sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche. Quando l'esordio della malattia endocrina è acuto, la diagnosi ed il trattamento devono essere molto tempestivi per assicurare una pronta risoluzione dell'episodio ed evitare complicazioni che possano esporre a rischio la vita. Compito particolarmente importante dell'endocrinologo pediatrico è quello di favorire la continuità assistenziale durante tutta l'età pediatrica, ma anche nel passaggio a quella adulta, costituendo così un nodo centrale nel sistema di rete sanitaria, che vede coinvolti i pediatri ed i medici di famiglia, i medici ospedalieri, e gli endocrinologi dell'adulto.

Lo scopo di questo articolo è quello di offrire una panoramica su alcuni aspetti dell'attività assistenziale e di ricerca svolti presso la Clinica Pediatrica di Ancona, nell'ambito della patologia endocrina.

CENTRO REGIONALE DIABETOLOGIA PEDIATRICA

Tra le malattie croniche dell'infanzia il diabete mellito di tipo 1 ha probabilmente l'incidenza maggiore, se ci riferiamo alle patologie gravi. Nonostante ciò può essere considerata una malattia rara, essendo la sua prevalenza stimabile tra 0,2 e 0,3 per 1000. L'analisi dell'incidenza in Italia dimostra che nel decennio 1989-2000 si è verificato un trend positivo di 3,6 % per anno. Quindi oggi il tasso di incidenza è più alto del 36 % rispetto a dieci anni fa. Tale incremento ha interessato tutte le fasce di età pediatrica, con un picco nei bambini da 0-4 anni, in cui il trend ha superato il 5 % per anno. Grazie alla legge regionale n. 38/1987,

nella Regione Marche, accanto a 13 centri di diabetologia dell'adulto, è stato previsto un centro regionale per la diabetologia pediatrica. La S.O.S. di Diabetologia, collocata nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, Presidio Salesi, fa parte della S.O.D. di Clinica Pediatrica dell'Università Politecnica delle Marche.

Attività assistenziale

La gestione della malattia diabetica si svolge essenzialmente attraverso attività ambulatoriali e di consulenza.

- L'attività ambulatoriale è caratterizzata da un intervento di tipo plurispecialistico, che coinvolge diverse figure professionali: diabetologo, infermiere, psicologo, dietista, oculista, neurologo. Il primo obiettivo è quello di ottimizzare il programma terapeutico attraverso lo strumento fondamentale dell'*educazione terapeutica*, che comprende anche consulenza nutrizionale e psicologica. Viene inoltre effettuato lo screening delle complicanze (retinografia, elettroencefalografia, test cardio-vascolari) e delle malattie che potenzialmente possono associarsi al diabete (celiachia, tiroidite autoimmune).
- Il day hospital si alterna alle visite, nei casi in cui è richiesta un'osservazione continuativa del paziente.
- Il ricovero ordinario è necessario solo in pochi casi: esordio della malattia, complicazioni metaboliche acute, scompenso metabolico grave. Momento particolarmente delicato è l'esordio della malattia. Durante la degenza ospedaliera, che dura di solito circa una settimana, vengono forniti al bambino e alla famiglia gli strumenti medici, psicologici e nutrizionali necessari ad affrontare ciò che segue la diagnosi di una malattia cronica dal forte impatto sociale oltre che personale.

Educazione terapeutica

Il diabete è una malattia invalidante che gene-

ra costi economici e biologici di rilievo, legati prevalentemente alle complicazioni croniche; basti pensare che nel 2002 il 20% del bilancio della sanità degli Stati Uniti era devoluto al diabete e per oltre il 95% alle sue complicanze. E' noto d'altro canto che è possibile prevenire queste complicanze attraverso una corretta gestione della malattia. Al riguardo il ruolo centrale dell'intervento sanitario è rappresentato dall'*educazione terapeutica*, che costituisce quindi l'obiettivo principale (*Mission*) del nostro Centro.

L'educazione consente di migliorare l'adesione del bambino e della sua famiglia al programma terapeutico e si articola attraverso corsi di base, individuali e collettivi, che vengono svolti sempre dalle diverse figure professionali in maniera integrata.

- *Il corso di base* svolto in occasione dell'esordio della malattia, è teorico-pratico, ed ha una durata di almeno 12 ore, distribuite in più giornate. Durante questa fase il bambino e la famiglia vengono informati sulla malattia e cominciano a confrontarsi con gli aspetti pratici che la sua gestione comporta. Una particolare attenzione viene riservata al recupero di tranquillità del nucleo familiare, provato dopo la fase acuta, e al raggiungimento di una iniziale autonomia. La letteratura scientifica dimostra che quanto migliore è l'educazione ottenuta nel momento iniziale, tanto migliore è il controllo metabolico nel lungo periodo e minori i costi legati alle complicazioni acute e croniche.
- *I corsi individuali* sono multidisciplinari e indirizzati alla verifica dell'aderenza al programma terapeutico, oltre che al miglioramento della gestione della malattia; essi consentono tra l'altro di individuare obietti-

vi intermedi personalizzati. Sono particolarmente utili per le famiglie con più disagio e per gli extracomunitari in cui si aggiunge la difficoltà della comprensione linguistica.

- *I corsi collettivi* sono rivolti a gruppi di pazienti omogenei per età. Nel caso di bambini piccoli vengono coinvolti anche i genitori. Il confronto e la condivisione di esperienze forniscono al singolo una rassicurazione e permettono una migliore adesione alla terapia.

Campi scuola

Il Centro, in collaborazione con l'AFAID (Associazione delle Famiglie con Adolescenti o Infanti Diabetici), organizza ogni anno tre *campi scuola*, nell'ambito di un progetto regionale per l'assistenza al bambino/adolescente con diabete. La funzione del campo è quella di favorire l'autonomia nella gestione della malattia, attraverso l'associazione del messaggio educativo con esperienze piacevoli di vita di gruppo.

- Un campo è dedicato a bambini di età inferiore ai 10 anni o vicini all'esordio della malattia; rappresenta un valido supporto per aiutare il nucleo familiare a riadattarsi a un nuovo schema di vita, condizionato dal diabete.
- Un altro tipo di campo si rivolge a bambini di età compresa tra 10 e 14 anni; attraverso il gioco si insegnano gli elementi fondamentali per la gestione autonoma della malattia.
- Un terzo campo, infine, è specifico per adolescenti di 15-20 anni; in questa fase delicata della vita, l'ambiente del campo permette un facile scambio di esperienze attraverso la nascita di forti legami di amicizia tra i ragazzi e consente agli operatori una comunicazione efficace.



Altri servizi del Centro

- Servizio telefonico continuativo (dal lunedì al giovedì ore 8.00-17.00, il venerdì 8.00-14.00, il Pronto Soccorso per urgenze ed emergenze negli altri orari) per migliorare la qualità del servizio assistenziale a tutti i bambini con diabete, alle loro famiglie e ai medici curanti.
- Distribuzione gratuita, dietro prescrizione medica, di presidi diagnostici e terapeutici necessari alla gestione domiciliare del diabete. La distribuzione del materiale avviene durante il day hospital, la visita ambulatoriale o il ricovero ordinario. In caso di necessità particolari è possibile ritirare i presidi dal lunedì al venerdì dalle 12.30 alle 13.30, previo accordo telefonico.
- Rilascio di certificazioni riguardanti attività sportiva agonistica e non, indennità mensile di frequenza, patente di guida.
- Organizzazione di corsi di informazione e formazione sul diabete per il personale docente al fine di garantire la sicurezza e la tranquillità al bambino nell'ambiente scolastico.
- Collaborazione con altre strutture della regione (Centri dell'adulto, altre strutture pediatriche e associazioni di volontariato) per offrire un percorso assistenziale integrato su vari livelli di rete regionale.

CENTRO REGIONALE IPOTIROIDISMO CONGENITO

L'Ipotiroidismo Congenito (IC) è la più frequente endocrinopatia dell'età evolutiva: nel mondo e in Italia 1 neonato su 3000-4000 nati vivi è colpito da questa patologia causata, nella maggior parte dei casi, da alterazioni nella embriogenesi della ghiandola tiroidea. Tali alterazioni si manifestano con assenza della ghiandola stessa (agenesia), ipoplasia, o con la presenza di abbozzi tiroidei in sede ectopica (ectopia), generalmente insufficienti ad assicurare un normale apporto di ormoni tiroidei. Più raramente l'IC è provocato da un deficit geneticamente determinato di enzimi deputati alla sintesi degli ormoni tiroidei. Ancor più rare (circa 1 su 100.000) sono le forme secondarie di IC dovute ad un deficit congenito ipotalamo-ipofisario. Grazie allo screening neonatale, sono diventati obsoleti i danni dovuti alla carenza protratta di ormoni tiroidei. Nelle Marche l'attività di screening neonatale (centro screening: S.O.D. Neuropsichiatria Infantile Fano) è iniziata nel 1981, oltre dieci anni in anticipo rispetto alla legge nazionale,

che decretava l'obbligatorietà di tale procedura su tutto il territorio nazionale.

Il centro di diagnosi e follow-up (S.O.S. Ipotiroidismo Congenito, S.O.D. Clinica Pediatrica) segue complessivamente oltre 130 bambini con IC.

Attività assistenziale

La diagnosi costituisce un momento molto importante nella vita del bambino e della sua famiglia perché, se confermata, richiede una terapia farmacologica per tutta la vita. Si rende necessaria pertanto una valutazione clinico-strumentale che consenta di effettuare una diagnosi di certezza, tenendo in considerazione tutte le varietà cliniche che l'ipotiroidismo congenito può comprendere (disgenesie, sindromi genetiche, ecc.). Ugualmente, molto delicata è anche la fase dell'istruzione alla gestione del trattamento domiciliare, per evitare i rischi legati ad errori di dosaggio della terapia. Il follow-up clinico e biochimico si articola attraverso visite ambulatoriali trimestrali fino all'età di un anno, semestrali fino a tre anni, poi annuali, in collaborazione con il centro di follow-up neuro-psicologico (S.O.D. Neuropsichiatria Fano) e il pediatra di famiglia.

CENTRO DI ENDOCRINOLOGIA

Oltre alle patologie del pancreas endocrino e della tiroide, altri tre settori dell'endocrinologia pediatrica rivestono un'importanza primaria: ipofisi, surrene, anomalie dello sviluppo puberale e della crescita.

- Negli ultimi 20 anni, grazie al progresso nel campo delle terapie oncologiche, si è assistito ad un aumento della patologia ipofisaria, secondaria a trattamento chemio e radio-terapico. I bambini affetti da tumori, superata la fase acuta della malattia, necessitano di un attento follow-up endocrinologico per garantire una crescita e uno sviluppo puberale normali. Viene realizzata per questo una gestione integrata tra il Centro di Endocrinologia, la S.O.S. di Oncoematologia Pediatrica e il pediatra di famiglia.
- L'anticipo della pubertà è un altro problema di endocrinologia pediatrica emergente negli ultimi anni, legato probabilmente ad un progressivo incremento dell'estrogenizzazione ambientale (fitoestrogeni, carni animali arricchite di estrogeni, pesticidi utilizzati in agricoltura con effetto estrogeno-simile). L'au-

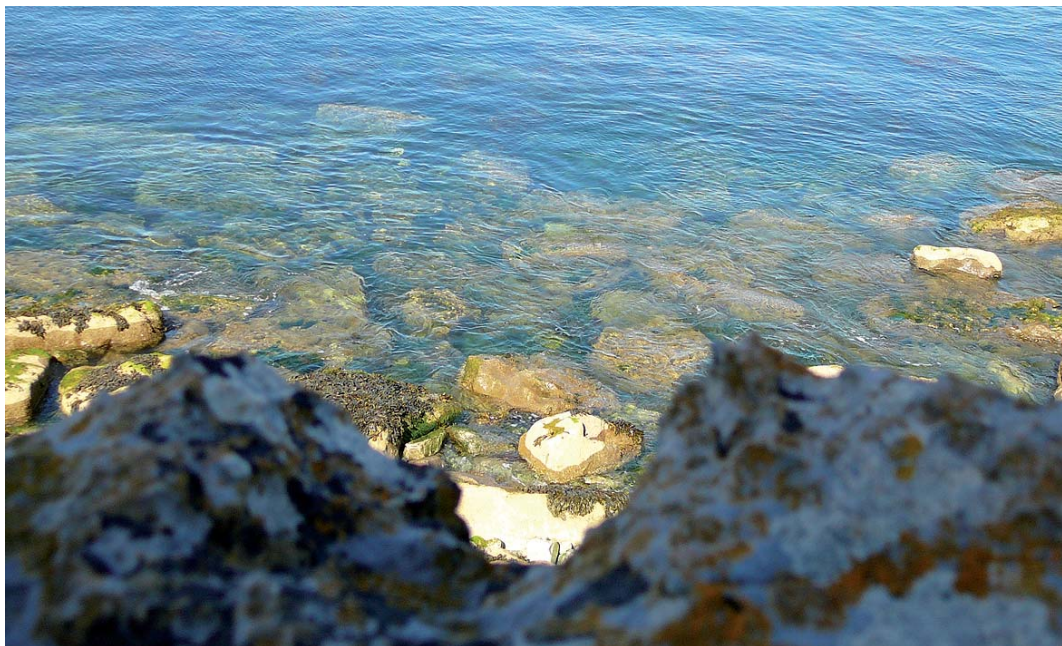
mento degli estrogeni può comportare anche ritardo puberale nel maschio. L'alterazione del "timing" di comparsa dei caratteri sessuali secondari, sia nel maschio che nella femmina, può diventare motivo di disagio psicologico nel bambino che si sente diverso dai suoi coetanei. Inoltre i disturbi della pubertà possono interferire con il raggiungimento di un'altezza adulta normale.

- La bassa statura è generalmente motivo di disagio psicologico e a volte può essere esso stesso causa di bassa statura, 'psychosocial deprivation syndrome'. La disponibilità dell'ormone della crescita (GH) bio-sintetico, introdotto nel commercio verso la fine degli anni '80, ha cambiato radicalmente la prognosi dei bambini affetti da deficit di GH. D'altro canto il suo utilizzo non sempre appropriato, potrebbe condurre ad un aggravio dei costi per il sistema sanitario e al rischio di possibili effetti collaterali. Al riguardo l'Istituto Superiore di Sanità (*Supplemento alla Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10/01/2007*) si fa carico della sorveglianza epidemiologica nazionale mediante un Registro informatizzato dell'ormone della crescita, con lo scopo di garantire l'appropriatezza d'uso dell'ormone.
- Grazie ai progressi della biologia molecola-

re, che permette di individuare i difetti genetici che sono alla base di alcune patologie del surrene (sindrome adrenogenitale), è possibile offrire un *counseling* alla famiglia in vista di una nuova gravidanza. Se non gestite adeguatamente, le malattie del surrene possono associarsi a disturbi della crescita oltre che a rischi di episodi critici acuti. In collaborazione con il pediatra di famiglia, il centro mira ad assicurare la terapia più idonea a garanzia di una migliore qualità di vita.

Alla luce di queste considerazioni appare evidente la necessità di sviluppare l'attività dell'endocrinologia pediatrica in modo dinamico, consentendo l'assistenza diretta ai casi più gravi che richiedono una ospedalizzazione, offrendo consulenza per i casi gestibili nel territorio e svolgendo un follow-up specialistico per i pazienti cronici. In ogni caso risulta essenziale mantenere attiva una stretta collaborazione per la gestione integrata, con i pediatri ed i medici di famiglia e delle altre Strutture Ospedaliere del territorio.

**V.Chelibini, A.Iannilli, R. D'Ascenzo,
M.C.Alessandrelli, C.Palmurella, A.Paparusso**
Centro di Endocrinologia Pediatrica
Istituto di Scienze Materno Infantili,
Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali
Riuniti "Umberto I-G.M.Lancisi-G.Salesi"



La Sorveglianza Nutrizionale nella Regione Marche

di Giordano Giostra

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Specialista in Scienza dell'Alimentazione

Se ne parla, se ne parla da lustri: la vera epidemia dei nostri tempi è l'eccesso di peso.

I cambiamenti ambientali, sociali e connessi allo stile di vita a cui si è assistito negli ultimi decenni, implicanti un atteggiamento sempre più sedentario ed un consumo di alimenti ad alta densità energetica, hanno determinato un bilancio energetico sempre più positivo con conseguente accumulo di tessuto adiposo in strati sempre più ampi della popolazione.

Di fronte a tale problematica il Piano sanitario della Regione Marche 2003/2006, in applicativa del Piano Sanitario Nazionale in DPR 23/05/2003, ha considerato l'obiettivo di attuare un "Programma di informazione sulla qualità nutrizionale degli alimenti e di rilevazione epidemiologica delle abitudini alimentari delle popolazioni in fascia di età scolastica".

La scelta della Regione Marche, preso atto della grande difficoltà nel trattamento di questi quadri clinici (l'obesità è malattia cronica) ed in linea con le conclusioni cui sono giunti gli ambiti di studio e di ricerca internazionali (Conferenza Internazionale sulla Nutrizione 1992, World Health Assembly 1998/1999, 2000, 20002), è stata quella di investire nella prevenzione e, in questa prima fase, particolarmente intorno all'obesità in età pediatrica prevedendo un Progetto Regionale di Sorveglianza Nutrizionale e di Educazione alla corretta alimentazione nella popolazione scolastica ed affidandolo, in fase di prima applicazione, ai SIAN in ottica di Promozione della Salute (art. 11 LR 13/2003). Progetto in seguito ripreso ed aggiornato nel contesto del Piano Nazionale della Prevenzione.

Attualmente l'indagine condotta è giunta al quarto anno di applicazione e coincide col termine della presente sperimentazione. E' infatti in fase di avanzata elaborazione il "Sistema di sorveglianza sugli stili di vita e di comportamenti relativi alla salute dell'età evolutiva" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità che troverà la sua progressiva applicazione già dal 2008 con l'attuazione di un "Sistema di indagini sui rischi comportamentali tra i giovani in età scolare" a valenza Nazionale ed

armonizzato a livello Europeo.

La finalità, ambiziosa, del programma congiunto scuola-salute a livello nazionale, è quella di fornire ai bambini ed ai ragazzi negli anni della loro formazione culturale e psicologica, gli strumenti più adatti per conoscere ed evitare i comportamenti, gli atteggiamenti e i rischi che possono danneggiare la salute, mettendoli in grado di tutelare non solo la propria ma anche la salute altrui. Altro obiettivo è quello di favorire l'acquisizione del legame tra comportamenti personali e salute, promuovendo negli allievi la ricerca e la scoperta del valore positivo di una vita sana, valorizzando l'apertura verso gli altri e stimolando un atteggiamento positivo verso le diversità, quale fonte di arricchimento culturale e sociale.

Proprio per raggiungere tali obiettivi in data 5 gennaio c.a. i Ministeri della Pubblica Istruzione e della Salute hanno siglato un Protocollo di Intesa nel quale si sono impegnati a definire strategie comuni tra salute e scuola ed a realizzare un programma di interventi che impegni il sistema scolastico ed il sistema sanitario sia per la prevenzione di patologie croniche che per il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Tali nuovi impegnativi traguardi richiederanno la collaborazione al SIAN di tutte le forze in gioco (Medici di medicina generale, Pediatri di libera Scelta, Colleghi Ospedalieri...) di fronte non più ad una seppur importante sperimentazione, ma ad un intervento globale.

OBIETTIVI

In estrema sintesi: ci si è ispirati ad un sistema operativo di intervento condiviso, coerente ed a valenza complessiva. Infatti, fino ad allora, nella Regione Marche, pur assistendo a meritevoli ed interessanti esperienze locali, le indagini epidemiologiche orientate verso l'eccesso di peso non avevano mai avuto respiro di carattere regionale intero oltre a risultare destinate a target non sempre omogenei e seguendo metodiche spesso non sovrapponibili. In primo luogo, si è creato un modello di rilevazione dati in ambito Regionale che risultas-

se omogeneo, sufficientemente attendibile e proceduralmente comparabile; quindi, per attivare un primo approccio con la conoscenza delle abitudini alimentari della nostra popolazione, si è ricorsi alla strutturazione di questionari che risultassero il più possibile ampi e comunque in grado di fornire dati su base regionale in assetto di omogeneità e dunque anche comparabili.

In terzo luogo si è avvertita la esigenza di attuare interventi di educazione alla corretta alimentazione in sintonia con la Docenza Scolastica, con le famiglie e col personale addetto alle mense scolastiche per promuovere corrette abitudini. Inoltre, ma non ultima nelle priorità, l'attenzione si è concentrata nel definire un sistema informatizzato che consentisse l'inserimento, l'elaborazione e l'analisi dei dati acquisiti al fine della istituzione di una vera e propria banca dati informatica regionale con carattere di dinamicità. Il coinvolgimento della Docenza Scolastica è risultato essere essenziale.

LE CRITICITÀ E I PUNTI DI FORZA

Nelle Marche i SIAN sono capillarmente presenti in tutte le 13 Zona Territoriali dell'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) pur se con livelli organizzativi differenziati.

Riuscire a passare "dagli intenti alle azioni" ha rappresentato lo stimolo potente che ha consentito di fornire una ulteriore concreta dimostrazione della evoluzione mentale ed operativa che i SIAN stanno vivendo, in questa complessa fase storica, sia in ambito di Sicurezza Alimentare che in quello di Igiene Nutrizionale. Ciò nella logica della sperimentazione non finalizzata puramente a se stessa, bensì destinata sia a consentire di acquisire esperienza e formazione anche "sul campo", che a redigere i primi documenti complessivi ed a validità estesa intorno all'argomento "eccesso di peso". L'aver poi agito su quattro età target (5,7,9,12 anni) con il coinvolgimento formale di 2190 ragazzi e loro famiglie (ma con adesioni per circa 8500 nuclei familiari) ha reso del tutto peculiare la Sorveglianza Nutrizionale Marchigiana rispetto a tutte le analoghe esperienze attuate dai Colleghi SIAN in Italia.

Naturalmente il percorso operativo non è stato privo di difficoltà (cercare di conquistare la Docenza Scolastica di fronte ad altri Progetti, le problematiche a volte inattese espresse dalle famiglie, la creazione di una rete di comunicazione costante, le diverse velocità di azione seguite dai vari SIAN, le particolarità locali

qua e là emerse, le defezioni dovute al diniego di consentire le misurazioni antropometriche ai propri figli...), ma il risultato finale è stato pur sempre appagante anche se nella logica del pionierismo.

I RISULTATI

Dal punto di vista tecnico sintetizzare in poche righe 180 pagine di relazione ricche di grafici e di commenti non appare possibile.

Nella presente trattazione si è fatto ricorso a pochi grafici essenziali per inquadrare di massima la problematica emersa che potrà meglio essere affrontata ricorrendo al sito **www.veterinariaalimentimarche.it** cui si rimanda.

Comunque il riscontro a ricaduta del lavoro svolto su tutti coloro che, a qualunque titolo, ne avessero interesse, è stato curato nell'anno 2007 dalla ASUR che ha inoltrato circa 3500 copie del CD che riporta nel dettaglio tutti i risultati conseguiti.

Di certo anche la realtà Marchigiana si è dimostrata non immune dalla epidemia dell'eccesso di peso ed i dati riscontrati, in linea con le evidenze nazionali, debbono porci in uno stato di "allerta vigile" e di "impegno operativo costante".

Molto importante resta la collaborazione attiva richiesta alla Docenza Scolastica, quale chiave di volta per attuare gli interventi di Promozione della Salute.

Attualmente è in corso l'analisi dell'indagine effettuata nell'anno 2005/2006 che ha la particolarità di essere stata estesa al 15% della popolazione scolastica della nostra Regione e quindi di risultare di maggior attendibilità complessiva.

Inoltre è in fase di elaborazione ed analisi il riepilogo dei dati e delle indicazioni ottenute distinte per Zone Territoriali: ciò permetterà di supporre una prima ripartizione e suddivisione delle problematiche emerse in ambito "eccesso di peso" e quindi di ipotizzare diversi interventi di promozione della salute in ottica di corretta alimentazione e di attività fisica, parcellizzata per Zone Territoriali.

Infine si stanno ponendo le basi per l'attuazione del "Sistema di sorveglianza sugli stili di vita e di comportamenti relativi alla salute dell'età evolutiva" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità che troverà la sua progressiva applicazione già dal 2008 con l'attuazione di un "Sistema di indagini sui rischi comportamentali tra i giovani in età scolare" a valenza Nazionale ed armonizzato a livello Europeo" che richiederà un impegno più ampio di tutte le forze in gioco.

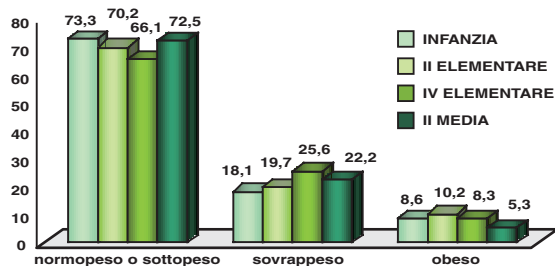


Grafico 1: Stato ponderale nutrizionale dei bambini

Rappresentazione in aggregato complessivo (età e sesso). Si rileva un andamento che per il sovrappeso parte dall'1,8% dei ragazzi (di 5 anni) per giungere ad un picco del 25,6% a 9 anni mentre per l'obesità si va da un 10,3% di massima (7 anni) al 5,3% di minima (a 12 anni).

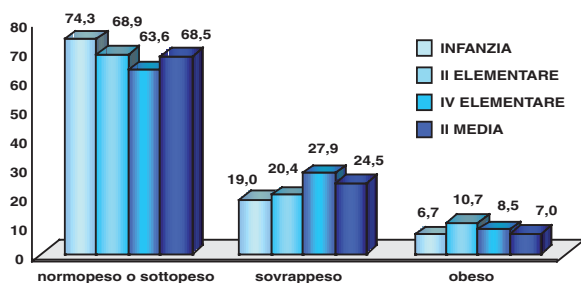


Grafico 2: Stato ponderale nutrizionale maschi

Rappresentazione sesso maschile. Si può ben vedere come il picco del sovrappeso (27,5% dei ragazzi testati) si situi ai 9 anni e quello dell'obesità (10,7% del campione) ai 7 anni.

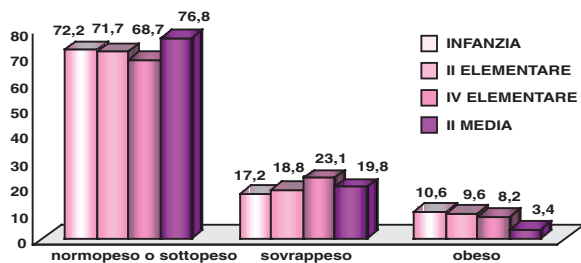


Grafico 3: Stato ponderale nutrizionale femminile

Rappresentazione sesso femminile. Si può ben vedere come il picco del sovrappeso (23,1% dei ragazzi testati) si situi ai 9 anni e quello dell'obesità (10,6% del campione) ai 5 anni.

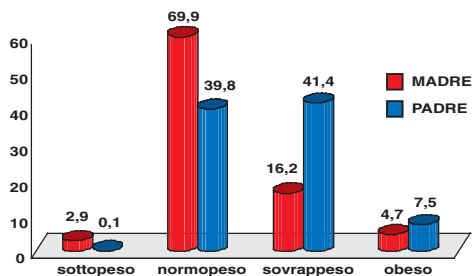


Grafico 4: Stato ponderale nutrizionale dei genitori

I papà sono protagonisti sia del sovrappeso (41,4% rispetto al 16,2% delle mamme) che dell'obesità (7,5% contro il 4,7% delle mamme).

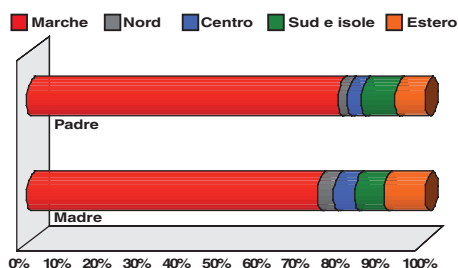


Grafico 5: Provenienza dei genitori

La questione della provenienza dei genitori dei ragazzi indagati acquista un valore notevole. Nella fattispecie la grande maggioranza dei papà (71,5%) e delle mamme (69,8%) oggetto di indagine è risultata essere originaria marchigiana.

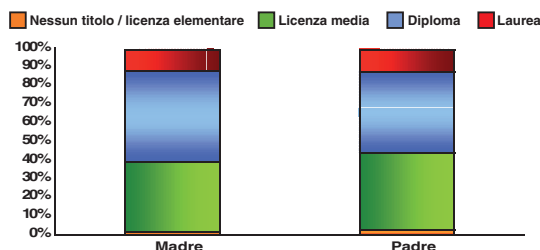


Grafico 6: Grado di istruzione dei genitori

L'indagine vede la prevalenza nei due sessi del possesso di un diploma di scuola media superiore (47,2% nelle mamme e 40,1% nei papà), seguito dalla licenza media (37,8% nei maschi e 36% nelle femmine).

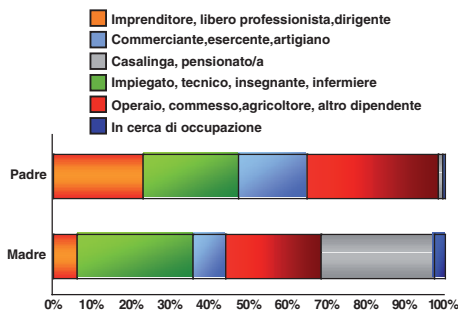


Grafico 7: Professione dei genitori

L'indagine ha constatato come le professioni più frequenti nei padri siano quelle (30,6%) di "operaio, commesso, agricoltore od altro dipendente". Nelle mamme, invece, prevalgono le figure di "impiegato, tecnico, insegnante, infermiere (28,4%)".

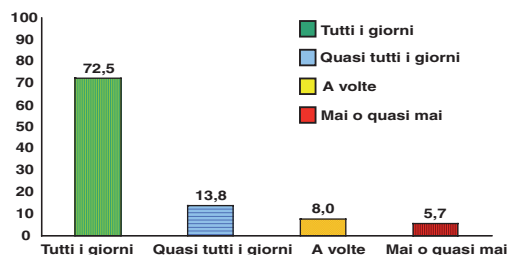


Grafico 8: Frequenza di consumo della prima colazione

Gli alunni di quarta elementare consumano la colazione "tutti i giorni" nel 72,5% dei casi e "quasi tutti i giorni" nel 13,8% dei casi. Il che depone per un valore cumulato del 86,3% di colazioni fatte. Preoccupa un po' il dato del 5,7% dei ragazzi che la colazione non la fanno proprio "mai".

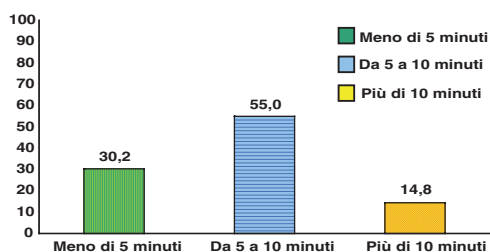


Grafico 9: Tempo impiegato per la prima colazione

E' una prima colazione consumata, per lo più (97,1%) "a casa" ed impegna un giusto tempo ("da 5 a 10 minuti" per il 55% dei ragazzi ed "oltre i 10 minuti" per il 14,8% degli stessi).

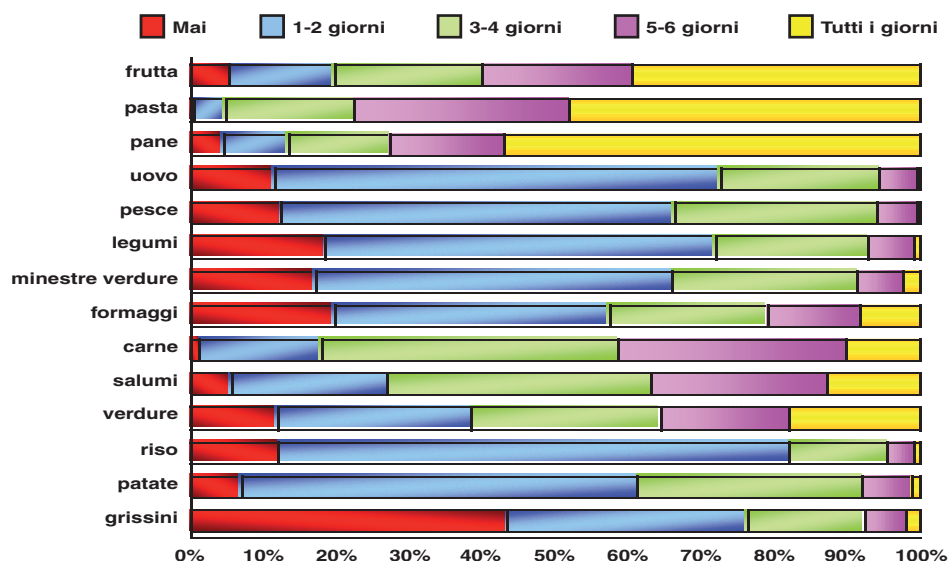


Grafico 10: Frequenze di consumo

Si ritiene essere molto utile possedere una rappresentazione della frequenza dei consumi alimentari delle famiglie marchigiane quale punto di riferimento per comprendere le basi alimentari anche dei ragazzi in età scolare.

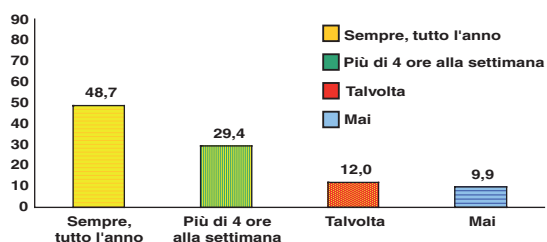


Grafico 11: Svolge una attività fisica

E' consolante constatare come il 48,7% degli intervistati dichiarò di svolgere "attività fisica" per "tutto l'anno" (il che non si traduce come "ogni giorno dell'anno", ma volendo intendersi come un impegno ricorrente per tutto l'anno).

La valutazione della fibrosi epatica con Fibroscan

di Fausto Ancarani
Clinica delle Malattie Infettive

LA DIAGNOSI DELLE MALATTIE EPATICHE CRONICHE

Le malattie epatiche croniche rappresentano un problema di notevole rilevanza sociale che si ritiene possa interessare fino a 5 milioni di persone in Italia (5-10% della popolazione generale).

Il decorso può variare da un paziente all'altro, fino ad evolvere in circa il 30 per cento dei casi in cirrosi epatica in un periodo di tempo di 15-30 anni, il 3-7 per cento dei pazienti con cirrosi sviluppa epatocarcinoma (HCC), in media dopo 25-30 anni dall'infezione.

L'evoluzione in cirrosi o in HCC porta il paziente, in tempi più o meno lunghi, al decesso per insufficienza epatica o, come unica possibilità terapeutica, al trapianto di fegato.

Le epatopatie croniche sono così classificabili:

Epatiti virali:

- epatite C (da HCV), da sola si stima che colpisca il 3% della popolazione italiana;
- epatite B (da HBV) e D (da HDV), in drastica riduzione dopo l'introduzione della vaccinazione obbligatoria per i nati dopo il 1981, ma ancora presente sia nelle fasce di popolazione più anziane che negli immigrati;
- altre epatiti da virus ancora sconosciuti, che sembrano avere una evoluzione analoga, ma di cui non possiamo fare nessuna valutazione statistica né prognostica: è probabile che molte cirrosi epatiche definite "criptogenetiche" possano avere questa eziologia.

Epatiti tossiche:

- alcolica, ha rappresentato in passato un grave problema sociale, attualmente è in riduzione ma è tutt'altro che un problema risolto considerando il persistente abuso di alcool su importanti fasce di popolazione, anche giovanile e di ceti diversi;
- altri tossici esogeni, come tossici ambientali, uso cronico di droghe o di farmaci epatotossici, ecc. Anche questo è un settore poco esplorato e scarsamente quantificabile.

Epatiti dismetaboliche:

- causate principalmente da malattie dismetaboliche (diabete, iperlipidemie) o da stili di vita che determinano obesità o abusi ali-



mentari. Si tratta di forme oggetto di studio crescente, caratterizzate da accumulo di grasso nel fegato (steatosi epatica) che in alcuni casi possono evolvere in cirrosi (NASH o steatoepatite).

Altre forme di epatite meno frequenti come le forme autoimmunitarie, la cirrosi biliare primitiva e quelle ad eziologia sconosciuta.

Questa breve disamina delle epatopatie croniche fa comprendere come sia sempre più importante una diagnostica epatologica che consenta di valutare correttamente la malattia epatica.

In particolare per il medico è importante determinare:

- la gravità della malattia epatica al momento della diagnosi;
- le caratteristiche di evolutività: il peggioramento nel tempo, il rischio di cirrosi, il grado di compenso epatico nei soggetti cirrotici e la velocità di progressione in insufficienza epatica terminale.



L'importanza di una diagnosi circostanziata è ancora maggiore se consideriamo i numerosi interventi terapeutici che sono possibili a seconda delle diverse eziologie e delle diverse fasi di malattia: terapie antivirali, terapie per il recupero dall'uso di alcool o di droghe, trattamento delle forme dismetaboliche, profilassi e trattamento delle complicanze e dello scompenso della cirrosi epatica, trapianto di fegato.

LA FIBROSI EPATICA

Le diverse forme di epatite cronica sono caratterizzate da un fattore comune, che assume pertanto un ruolo diagnostico centrale: la fibrosi epatica.

Infatti tutte le malattie descritte determinano una reazione necro-infiammatoria epatica, che innesca, come meccanismo riparativo, la deposizione di tessuto fibroso nel parenchima epatico. L'incremento progressivo negli anni di fibrosi può determinare in alcuni soggetti lo sviluppo della cirrosi.

L'entità, la distribuzione e la velocità dell'accumulo di fibrosi rappresenta il fattore principale che caratterizza la gravità dell'epatite cronica ed il rischio di cirrosi e carcinoma epatico (HCC).

Pertanto negli anni si è tentato di mettere a punto metodiche diagnostiche che consentissero di valutare l'entità della fibrosi epatica.

METODICHE DIAGNOSTICHE DI FIBROSI EPATICA

La biopsia epatica

E' ancora oggi il "golden standard" della diagnostica epatologica perché è l'unica metodica che consente di valutare la gravità e il rischio evolutivo della malattia epatica, attraverso la determinazione del grado di fibrosi e

di attività necro-infiammatoria e, contemporaneamente, di valutare numerosi altri cofattori come la steatosi, l'accumulo di ferro, la presenza di componenti infettive (virali, batteriche, parassitarie), la colestasi, ecc.

La biopsia epatica è tuttavia una metodica invasiva che presenta una serie di inconvenienti:

- richiede particolare esperienza sia nella esecuzione che nella lettura: circa il 20% di discrepanza tra patologi diversi;
- richiede un'assistenza ecografia;
- rischi di complicazioni: dolore, sanguinamento (1/1000) reazioni avverse gravi (1/10.000);
- necessità di ricovero in day hospital e costo: circa 1.000 euro;
- possibilità di errore di campionamento sia quantitativa (frustoli di almeno 2,5 cm) sia per la possibile diversità istologica (circa 1/3) tra diverse aree epatiche;
- informazione statica: troppo invasiva per valutazioni di follow up perché non è ripetibile frequentemente.

Tecniche di imaging: Ecografia, TAC, RMN

Hanno fatto molti progressi negli ultimi anni, sia come diffusione che come miglioramento tecnologico e danno un'informazione accurata soprattutto per quanto riguarda gli aspetti sia morfologici che funzionali delle strutture epatiche (neoformazioni, vascolarizzazione arteriosa, venosa, vie biliari, ecc.).

Tuttavia per quanto riguarda la valutazione della fibrosi hanno il limite che ancora non vi sono parametri che consentano una quantificazione corretta nelle forme iniziali e intermedie, per cui le tecniche di imaging sono poco utili per la diagnostica delle epatiti croniche, mentre hanno una importanza prevalente per la diagnostica della cirrosi e delle sue complicanze.

Inoltre richiedono personale di particolare esperienza ed hanno un costo elevato.

Correlati clinici

Si tratta di segni clinici semeiotici come l'epato e splenomegalia, la consistenza del fegato, il margine epatico, la presenza di ascite, di circoli venosi superficiali, di spider nevi, ecc. Questi segni clinici sono di facile determinazione, ma sono utili soltanto nella fase della cirrosi epatica avanzata e consentono una valutazione abbastanza grossolana, in confronto con le altre moderne metodiche diagnostiche.

Markers sierologici

Negli ultimi anni si è cercato di individuare alcuni markers sierologici che, attraverso un semplice prelievo di sangue, consentissero una valutazione indiretta della fibrosi epatica. Si tratta di indici di reattività acuta ($\alpha 2$ macroglobulina, ApoA1), di fibrinolisi (chitinasi, MMPs), di fibrogenesi (collagene IV, procollagene, laminina, acido ialuronico), di prodotti della risposta infiammatoria o della deposizione di collagene (TIMPs, inibitori della degradazione della matrice) ed indici clinici (piastrine, bilirubina, GGT, AST, ALT).

Lo studio di questi markers ha portato alla costruzione di indici o scores di fibrosi, formulati considerando markers diversi con "peso" diagnostico diverso. Diversi sono i test oggetto di studio ed alcuni hanno avuto una validazione clinica: Fibrotest, Forns, ELF, APRI, SHASTA, FIB-4, Fibrospect, ecc.

I risultati ottenuti attualmente sono interessanti: tuttavia ancora oggi non disponiamo di indici di facile esecuzione e sufficientemente attendibili per determinare il grado di fibrosi, soprattutto nelle fasi iniziali ed intermedie delle epatiti croniche.

Pertanto la valutazione dei markers sierologici non è di grande utilità nella pratica clinica quotidiana, pur avendo interessanti prospettive soprattutto se usati in combinazione con le altre metodiche diagnostiche.

FIBROSCAN

In questo panorama di nuove metodiche diagnostiche della fibrosi epatica si è inserito da qualche anno anche l'esame Fibroscan o elastografia transitoria, come una delle tecniche più interessanti. Il test è stato messo a punto nel 2003, da un gruppo di ricerca francese.

Esso utilizza uno strumento chiamato **Fibroscan** e consente di valutare il grado di rigidità (*stiffness*) del fegato, secondo il presupposto che la fibrosi altera l'elasticità epatica determinando un aumento della rigidità dell'organo.

La velocità di propagazione di un'onda meccanica che attraversa il fegato è proporzionale alla rigidità dell'organo: quanto più il fegato è rigido tanto più velocemente si propaga l'onda. L'esame Fibroscan consiste nell'applicare un piccolo impulso meccanico alla cute appoggiando una sonda a livello di uno spazio intercostale sovrastante il parenchima epatico (fianco destro).

Lo strumento, tramite un fascio di ultrasuoni, analizza la velocità dell'onda meccanica in-

dotta e calcola un indice numerico espresso in Kilo Pascal (K Pa).

La misurazione viene effettuata in un cilindro di parenchima epatico di 4 cm x 1 cm di diametro che viene esplorato dalla sonda ad ultrasuoni.

Ogni rilevazione impiega pochi secondi, ne vengono eseguite almeno 10 allo scopo di ridurre il margine di errore e si calcola il valore medio come indice finale. L'esame dura nel complesso 5-10 minuti e non reca al paziente alcuna sensazione di dolore né di fastidio. L'unico limite è rappresentato dal fatto che l'esame non è fattibile nei pazienti con ascite e obesità.

Il Fibroscan presenta pertanto notevoli vantaggi:

- semplicità di esecuzione;
- non invasività;
- costo limitato;
- scarsamente operatore-dipendente;
- frequentemente ripetibile.

Il Fibroscan è stato validato soprattutto nelle epatiti virali croniche da HCV, in gruppi numerosi di pazienti, confrontandolo con i risultati delle biopsie epatiche e di altre metodiche diagnostiche e si è visto che vi è una corrispondenza diagnostica che varia dal 84 al 94%.

Poiché una delle indicazioni più comuni alla biopsia epatica è la valutazione del grado di fibrosi del fegato per decidere se intraprendere la terapia antivirale, l'elastografia transitoria può rappresentare un'alternativa alla biopsia.



Come effettuare un esame Fibroscan

Il Fibroscan è collocato presso l'Ambulatorio di Epatologia della Clinica Malattie Infettive di Ancona e la sua attività è coordinata dal Dr. Fausto Ancarani, responsabile della SOS di Epatologia.

Per eseguire un esame Fibroscan è opportuno contattare i sanitari della Clinica di Malattie Infettive o della Clinica di Gastroenterologia oppure direttamente l'Ambulatorio di Epatologia ai numeri telefonici 071 596 3831 / 3480 tutte le mattine dal lunedì al venerdì (ore 9 - 13).

L'esame viene eseguito per i pazienti esterni preferibilmente dalle 11 alle 12 oppure in altra fascia oraria concordata direttamente con i medici interessati.

Attualmente non vi sono tempi di attesa rilevanti, comunque inferiori ad 1 settimana.



Modalità di esecuzione

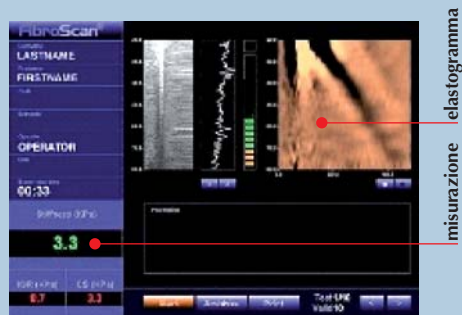
Il Fibroscan è un esame che consente di valutare il grado di rigidità (stiffness) del fegato, secondo il presupposto che la fibrosi altera l'elasticità epatica determinando una progressiva rigidità dell'organo. Il principio fisico che lo sostiene consiste nel generare un'onda meccanica che attraversa il fegato

e misurarne poi la velocità di propagazione tramite un fascio di ultrasuoni. La velocità di propagazione dell'onda è proporzionale alla rigidità del fegato: quanto più il fegato è rigido tanto più velocemente si propaga l'onda meccanica.

Un esame Fibroscan si esegue applicando un piccolo impulso meccanico con una sonda appoggiata nella cute di in uno spazio intercostale sovrastante il parenchima epatico (fianco destro).



Attraverso la stessa sonda viene inviato un piccolo fascio di ultrasuoni che esplora un cilindro di parenchima epatico di 4 cm, del diametro di 1 cm. Il segnale ultrasonico registra il passaggio dell'onda meccanica all'interno del cilindro di tessuto che viene tradotto in un tracciato o elastogramma la cui pendenza esprime la velocità dell'onda elastica ed il grado di stiffness epatica viene misurato numericamente in Kilo Pascal (K Pa).



Ogni rilevazione impiega pochi secondi; allo scopo di ridurre il margine di errore di ogni singola rilevazione ne vengono eseguite almeno 10 e viene calcolato il valore medio come indice finale.

L'esame ha una durata complessiva di 5 - 10 minuti e non provoca nessuna sensazione di dolore o di fastidio nel paziente.

Infatti accertare un certo di grado di fibrosi epatica con un semplice esame Fibroscan, consente di evitare una biopsia epatica in circa la metà dei soggetti.

Da questo punto di vista pertanto il Fibroscan rappresenta, oltre che un vantaggio per il paziente, anche un vantaggio per il Servizio Sanitario Nazionale, perché consente di ridurre i costi di un certo numero di biopsie epatiche. Altri e forse più importanti applicazioni del Fibroscan sono la valutazione della risposta terapeutica nella riduzione o stabilizzazione della fibrosi e la valutazione nel tempo della progressione delle malattie epatiche croniche e della cirrosi.

Tali vantaggi sono ancora più evidenti nei pazienti che presentano un rischio di evoluzione più rapido e grave come gli immunodepressi, i soggetti con coinfezione HIV e i trapiantati di fegato con recidiva della malattia primitiva. Il Fibroscan è stato introdotto anche in Italia da circa 2 anni.

La Clinica di Malattie Infettive, diretta dal professor Giorgio Scalise, e la Clinica di Gastroenterologia, diretta da professor Antonio Benedetti, dell'Università di Ancona hanno in dotazione il Fibroscan da circa un anno ed hanno ormai acquisito una notevole esperienza nel suo utilizzo.

A tutt'oggi sono l'unico centro dotato di Fibroscan della Regione Marche e uno dei pochi dell'Italia centro-meridionale.

In un anno di attività sono stati effettuati oltre 600 esami, più della metà in soggetti con epatite cronica da HCV, gli altri in soggetti affetti da epatite da HBV, coinfezioni virali multiple, epatite alcolica, autoimmunitaria, cirrosi biliare primitiva, trapianto di fegato.

In oltre il 90% dei casi l'esame è risultato tecnicamente attendibile e solo nel 3% non è stato eseguibile, principalmente per obesità.

SINTESI DELLE INDICAZIONI CLINICHE DEL FIBROSCAN

1. Determinazione del grado di fibrosi nei soggetti con epatite cronica virale, sia da HCV che da HBV.
2. Indicazione ad intraprendere il trattamento antivirale negli stessi soggetti.
3. Valutazione dei risultati della terapia antivirale sulla fibrosi epatica effettuando l'esame prima e dopo il ciclo terapeutico ed a distanza di anni.
4. Valutazione dell'evoluzione della fibrosi epatica nel corso degli anni nei soggetti non trattati o non responsivi al trattamento.
5. Determinazione del grado di fibrosi in altre forme di epatite, come quella alcolica, autoimmune, colestatica, steatoepatite, ecc.
6. Valutazione della severità della cirrosi epatica e del rischio di complicanze.
7. Valutazione della progressione di malattia in soggetti ad alto rischio:
 - soggetti con infezione da HIV;
 - trapiantati di fegato con recidiva della malattia primitiva;
 - soggetti con molteplici cofattori di danno epatico (infezioni virali multiple, abuso alcolico, dislipidemie, emocromatosi, emofilia, ecc.).

*Azienda Ospedaliero Universitaria
Clinica delle Malattie Infettive
Ospedali Riuniti
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Direttore: Prof. Giorgio Scalise*

*SOS - Diagnostica e terapia sperimentale
in epatologia e trapianto di fegato
Responsabile: Dr. Fausto Ancarani*

*Ambulatorio di Epatologia
Responsabile: Dr. Fausto Ancarani*



"Per la vostra salute donne del mondo": video in 11 lingue

di Patrizia Carletti

Responsabile osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze / ARS Marche

1. COME NASCE IL VIDEO E A QUALI PROBLEMI INTENDE RISPONDERE

Il video "Per la vostra salute donne del mondo" è stato prodotto nell'ambito di un progetto regionale denominato "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche", obiettivo del Piano Sanitario Regionale 2003-2006.

Il progetto è stato realizzato, nel corso del 2005, dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche, in partenariato con l'Associazione Senza Confini di Ancona¹ e con il sostegno economico della Fondazione Cariverona e dell'ARS/Marche.

Il progetto ha come obiettivo generale quello di aumentare l'efficacia dei servizi sanitari pubblici nella tutela della salute materno-infantile della popolazione immigrata.

Le indagini quali-quantitative mostrano, infatti, che le donne immigrate sono svantaggiate nell'accesso ai servizi e sono meno informate delle donne italiane con conseguenti ricadute negative sul loro stato di salute.

In particolare, i dati epidemiologici della regione Marche sulla salute della donna immigrata² evidenziano i seguenti punti critici:

- elevato rischio di effettuare tardivamente i controlli in gravidanza (rischio relativo per le immigrate rispetto alle marchigiane pari a 4,5);
- mancata partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita (partecipano ai corsi il 33% delle marchigiane contro il 5% delle immigrate);
- scarsa fruizione dell'assistenza domiciliare post-parto (ne fruiscono il 14,5% delle marchigiane contro il 9,5% delle immigrate);

- carenza nelle informazioni ad esempio sul parto e travaglio (il 60% delle immigrate riferisce di aver avuto informazioni inadeguate su travaglio e parto durante la gravidanza vs il 44% delle marchigiane);
- elevato ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza (IVG) da parte delle immigrate (le IVG rappresentano circa 1/3 di tutte le IVG della regione).

Tali dati sono confermati anche da indagini nazionali, molte delle quali rilevano anche un ridotto ricorso alle indagini invasive prenatali ed incidenze di natimortalità e mortalità neonatali significativamente più alte nelle immigrate.

Le interviste alle donne immigrate hanno inoltre evidenziato una scarsa conoscenza dei diritti all'assistenza sanitaria, confusione sugli esami da effettuare in gravidanza, scarse conoscenze sull'esistenza e sull'utilità dei corsi di preparazione alla nascita, sull'allattamento al seno (come e fino a quando praticarlo), sull'utilità del colostro, sullo svezzamento, sui rischi di rimanere incinta durante l'allattamento, e, infine, scarsa conoscenza dei metodi anticoncezionali esistenti.

Nella pratica quotidiana, inoltre, gli operatori dei servizi sanitari riscontrano notevoli difficoltà di comunicazione e di relazione con l'utenza straniera.

Alla luce di quanto sopra si è voluto costruire uno strumento, un video plurilingue, per colmare un vuoto informativo e per suggerire comportamenti sanitari corretti.

Il lavoro è stato condotto da un gruppo multidisciplinare³, portatore di saperi e punti di vista diversi.

1 - Associazione Senza Confini - Ancona: è un'associazione di volontariato che da più di 10 anni si occupa del diritto e della tutela della salute degli immigrati in Italia. Ha ideato e proposto il progetto. Fornisce un servizio di mediazione interculturale in ambito socio-sanitario; i mediatori dell'Associazione hanno partecipato al gruppo di lavoro dando un prezioso contributo nei contenuti, nelle modalità di approccio alle questioni culturali e nel coinvolgimento di donne straniere che hanno vissuto direttamente l'esperienza della gravidanza in Italia.

2 - Dubbini L, De Giacomi V. G, Carletti P, Mancini C. Il Percorso nascita nella regione Marche, 2003. Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze: Il ricorso al ricovero da parte della popolazione immigrata, www.ars.marche.it.

3 - Responsabile scientifica - medico epidemiologo; pedagoga interculturale; coordinatrice di un servizio di mediazione culturale; ginecologa di un consultorio; pediatria di base; ostetrica di un consultorio; assistente sanitaria di un servizio vaccinazioni; mediatrici culturali delle 10 lingue straniere del video, con esperienza di lavoro nei consultori; sociologa interculturale; operatore cinematografico.



La composizione del gruppo di progetto e l'impiego di un metodo partecipativo hanno garantito un approccio interculturale alle questioni inerenti la salute femminile e consentito di lavorare tenendo costantemente presenti i differenti punti di vista e di utilizzare a pieno il prezioso contributo delle donne immigrate.

2. CARATTERISTICHE E CONTENUTI DEL VIDEO

La scelta dei contenuti informativi del video si è basata su: i dati epidemiologici, le evidenze scientifiche in campo medico, il punto di vista dei professionisti dei servizi sanitari, l'esperienza delle mediatrici interculturali, il punto di vista di donne immigrate di varia nazionalità (45 donne immigrate di 23 nazionalità coinvolte in focus group, interviste, biografie, lavoro di gruppo).

Il video è in **11 lingue**: italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, cinese, albanese, rumeno, ucraino, bengala.

E' articolato in cinque capitoli, ciascuno della durata di cinque minuti, che possono essere consultati singolarmente:

1. cosa fare durante la gravidanza;
2. il parto;
3. il periodo dopo il parto e l'allattamento

al seno;

4. le cure del bambino (svezzamento) e della mamma;

5. la salute femminile e la contraccezione.

Si parla, inoltre del diritto all'assistenza sanitaria, come e dove riceverla e della gratuità delle prestazioni.

Nel **primo capitolo**, cosa fare durante la gravidanza, si è voluto sottolineare che, sebbene la gravidanza sia un evento fisiologico, è opportuno che le donne effettuino i controlli necessari per la prevenzione di patologie materno-infantili e che i controlli devono essere fatti precocemente. Questo perché le donne immigrate hanno un rischio di effettuare controlli tardivi in gravidanza molto superiore alle italiane. E' stato più volte ribadito che il Consultorio è il servizio a cui la donna dovrebbe rivolgersi, e che i controlli sono gratuiti e sono un diritto anche per le donne senza permesso di soggiorno. E' stata inoltre sottolineata l'importanza di partecipare al corso di preparazione alla nascita, in quanto le donne immigrate difficilmente li frequentano. Il corso di preparazione alla nascita è una opportunità rilevante per l'informazione alla donna e si associa ad una maggiore prevalenza di parto spontaneo e ad una maggiore prevalenza dell'allattamento al seno.

інформація Для вашого здоров'я, жінки світу
 信息:[为了世界妇女的健康]
 Informacion: Për shëndetin tuaj gra nga bota
 Information: Pour votre santé femmes du monde
 Information: For your health, women of the world
 Va Informam: Pentru sănătatea voastră doamnelor
 معلومات هامة من أجل صحتكم سيدات العالم
 інформація Для вашого здоров'я жінчини мира
 Informacion: ¡A la salud de las mujeres del mundo!

தமிழ் கனி அறிவுரை - பூக்கொடி அறம்

Per la vostra salute donne del mondo

È un video nella tua lingua che ti dà informazioni su:

- contraccezione
- gravidanza
- allattamento
- svezzamento
- interruzione volontaria di gravidanza
- i diritti all'assistenza sanitaria
- ... e altro ancora

Puoi chiedere di vedere questo filmato al Consultorio della ASL, al reparto di maternità dell'ospedale e ad altri servizi.

REGIONE MARCHE
 ESIT marche
 senza confini
 AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Nel **secondo capitolo**, il parto, è stata sottolineata la possibilità di effettuare il parto secondo varie modalità e di avere la presenza del marito e l'importanza di tenere il bambino con sé subito dopo il parto. E' noto, infatti che il *rooming in* favorisce l'attaccamento al seno. A causa dei frequenti episodi di abbandono in strada di neonati, il gruppo di lavoro ha ritenuto indispensabile informare la donna che, se non può o non desidera tenere il bambino, può lasciarlo in ospedale per essere adottato, in anonimato e senza commettere alcun reato. E' stato anche sottolineato che il bambino deve essere iscritto all'anagrafe comunale, anche se figlio di genitori senza permesso di soggiorno. Nel **terzo capitolo**, è stata affrontata la questione del colostro in quanto in alcune culture questo non viene dato al bambino perché ritenuto nocivo o, comunque, un alimento da scartare. Si è cercato di dare un'informazione completa sull'allattamento in quanto le donne, le immigrate più delle italiane, hanno riferito di avere poche informazioni sull'allattamento sia durante la gravidanza che al punto nascita. E' stato sottolineato il valore insostituibile dal punto di vista nutrizionale del latte materno e che l'allattamento dovrebbe essere esclusivo fino a 6 mesi; viene più volte ribadito che il

bambino deve essere attaccato al seno subito dopo il parto in quanto questo favorisce la produzione del latte (attualmente nella regione Marche soltanto il 60% delle donne attaccano al seno il bambino entro le due ore dal parto). Vengono mostrate immagini su come deve essere correttamente attaccato al seno il bambino e le azioni per prevenire e trattare alcune complicazioni quali l'ingorgo latteo e le ragadi. Ciò perché l'80% delle donne che interrompono l'allattamento al seno prima del terzo mese riferiscono di averlo fatto per "mancanza o insufficienza di latte" e l'8% per ragadi o mastiti: è evidente, pertanto, che una migliore informazione può ridurre le rinunce o gli abbandoni per questi motivi. Viene anche detto che il latte può essere spremuto e conservato.

Nel **quarto capitolo** si spiega quali sono le attenzioni per la propria salute che la donna deve avere nel puerperio.

Inoltre vengono date indicazioni per controllare lo stato di salute e la crescita del bambino e su come svezzare il bambino. Si è cercato di insistere su come deve essere fatto lo svezzamento, in quanto in molte culture vengono somministrati al bambino tipi di alimenti non adeguati (es. budini, dolci) e in tempi sbagliati (troppo precocemente). Per rendere accessibile a tutti un corretto svezzamento si è parlato genericamente di verdure, pastine, farine, olio di oliva, carne.

Viene anche spiegato che ogni bambino che nasce in Italia o che arriva in Italia da un altro paese ha il diritto ad avere gratuitamente l'assistenza pediatrica, o comunque un'assistenza gratuita anche se non si è in possesso del permesso di soggiorno.

Successivamente si è posto l'accento sulle vaccinazioni sottolineando che entro il 3° mese di vita tutti i bambini devono essere vaccinati contro poliomielite, tetano, difterite e epatite e che le vaccinazioni sono obbligatorie e gratuite.

Nel **quinto capitolo** si parla della contraccezione, una problematica introdotta già nel terzo capitolo in cui si sottolinea che anche se la donna allatta, può rimanere incinta e che, quindi, è opportuno ricorrere ad un contraccettivo appropriato se non si desidera una nuova gravidanza. La contraccezione è un tema alquanto complesso da affrontare con le donne immigrate non solo perché coinvolge la sfera intima della donna, ma interessa il tipo di rapporto con il partner, e riguarda il vissuto, l'immaginario, la simbologia, le abitudini, la cultura e le politiche di pianificazione

familiare dei paesi di origine. Tuttavia l'elevato ricorso delle immigrate all'interruzione volontaria di gravidanza (nella regione Marche, come nel resto dell'Italia, più di un terzo di tutte le interruzione volontarie di gravidanza sono effettuate dalle immigrate) rende urgente l'informazione corretta sulla contraccezione.

Molte donne pensano che i "metodi naturali" siano sufficienti a evitare una gravidanza, tuttavia attraverso le testimonianze dirette si spiega che essi non sono affatto sicuri. Si illustrano poi i diversi metodi contraccettivi: la pillola, la spirale, la pillola in cerotto, quella ad anello, il preservativo. Il messaggio che si è voluto trasmettere è che esistono svariati metodi, ognuno con i propri vantaggi e *svantaggi*, ma sta alla donna scegliere, insieme al ginecologo, quello che meglio le si adatta.

Se malgrado tutto si resta incinta e non si desidera portare a termine la gravidanza, si può ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza che in Italia è legale e gratuita, anche per le donne senza permesso di soggiorno, e deve essere effettuata entro i primi 3 mesi di gravidanza. Per sapere come avviare la procedura occorre rivolgersi al Consultorio. Si è voluto insistere sul fatto che l'interruzione di gravidanza non è un metodo contraccettivo e che, specialmente se ripetuta, può causare alla donna danni psicologici e fisici, quali la perdita della fertilità o infezioni e infiammazioni croniche. Si sollecita pertanto la donna ad evitare l'interruzione volontaria di gravidanza scegliendo un metodo moderno di contraccezione.

3. RACCOMANDAZIONI PER L'UTILIZZO DEL VIDEO

Il video "Per la vostra salute donne del mondo" è destinato alle donne immigrate (e non) che si rivolgono ai servizi sanitari.

E' stato ideato per essere distribuito ai servizi sanitari – consultori, reparti di maternità, reparti di pediatria, servizi vaccinazioni, ambulatori per immigrati, pediatri, Medici di Medicina Generale – con l'intento di aumentarne l'efficacia nella tutela della salute materno-infantile della popolazione immigrata.

E' stato prodotto anche materiale informativo in più lingue per informare le donne sulla possibilità di vedere il video nella propria lingua.

Il video deve essere mostrato alle donne dai professionisti dei servizi sanitari che dovranno continuare ad essere al fianco delle donne immigrate per completare le risposte alle tante domande che esse pongono.

Il video, che ovviamente non può e non deve essere esaustivo rispetto ai bisogni di informazione sulla salute della donna e del bambino, non deve sostituire la relazione clinica tra operatore sanitario italiano e donne immigrate; esso vuole facilitarla, offrendo un aiuto agli operatori sanitari e fornendo alla donna straniera l'opportunità di ascoltare le informazioni nella propria lingua.

Ad oggi sono le ostetriche⁴ le figure professionali più coinvolte nell'impiego del video che è in uso presso tutti i punti nascita e la maggior parte dei consultori della regione Marche. In circa un anno sono state effettuate 1.129 proiezioni e sono state raggiunte 2.027 donne, di cui il 14% italiane. Tra le donne immigrate i gruppi più numerosi che hanno visto il video sono le marocchine, le albanesi, le cinesi e le rumene⁵.

Per ulteriori informazioni consultare il sito:
http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/
I professionisti e i Servizi interessati ad utilizzare il video e/o ad avere il materiale informativo in più lingue possono farne richiesta a:
Osservatorio epidemiologico sulle
diseguaglianze / ARS Marche
Tel. 0718064057, Fax 0718064056,
E-mail: diseguaglianze@regione.marche.it

Gruppo di lavoro:
Patrizia Carletti, Stefania Sinigaglia,
Francesca Polverini, Stefania Vichi,
Fiorenza Giorgetti, Maria Grazia Bianchi,
Maria Rita Carletti, Grazia Pompilio,
Margherita Piermaria, Gabriella Luppino,
Luana Gaetani

Mediatrici Linguistico Culturali:
Nazmie Ceka, Nawal Daoud, Joelle Garnier,
Neli Isaj, Syed Zeaul Karim,
George Kingsley Awuah, Natalia Padureanu,
Rita Paolisso, Lily Miriam Sanchez Agreda,
Oksana Shatokhina, Gu Tian

4 - Le ostetriche hanno partecipato ad un Corso regionale di formazione teorico-pratico di 50 ore, avente l'obiettivo di individuare e condividere le migliori strategie per l'impiego del video nei loro servizi di appartenenza. Alle ostetriche e ai loro Collegi Provinciali deve essere riconosciuto il notevole impegno nella realizzazione del progetto.

5 - Il report sul monitoraggio dell'uso del video è disponibili nel sito: www.ars.marche.it (Osservatorio Diseguaglianze).

Gestione ambulatoriale della fibrillazione atriale nel grande anziano

Un esempio di gestione integrata, tra il medico di medicina generale e lo specialista cardiologo, tramite la tecnica della telemedicina

La fibrillazione atriale, una forma di aritmia cardiaca sostenuta da un'attività elettrica totalmente disorganizzata che eccita gli atri in modo caotico e con una frequenza variabile da 400 a 650 bpm, è sicuramente l'aritmia di più frequente riscontro nella pratica clinica quotidiana, ed in costante crescita in rapporto all'aumentare della età di vita media. La sua prevalenza è infatti direttamente correlata all'età, potendo variare dallo 0,5% nella fascia di età compresa tra 50-59 anni e giungere fino al 10% al di sopra degli 80 anni.

Se ne distinguono 4 forme:

- **PAROSSISTICA**, se dura massimo sette giorni e l'interruzione dell'attacco avviene spontaneamente;
- **PERSISTENTE**, se si rendono necessari interventi terapeutici per interrompere l'attacco;
- **PERMANENTE o CRONICA**, se non si riesce a ripristinare il ritmo sinusale;
- **RECIDIVANTE**, se dopo l'interruzione dell'attacco (spontanea o farmacologica) si ha una recidiva dell'aritmia.

In presenza di fibrillazione atriale il paziente può risultare completamente asintomatico op-

pure mostrare sintomi prevalentemente derivanti dall'alterazione emodinamica.

L'approccio terapeutico della FA segue un algoritmo decisionale che prevede:

- se FA <48 ore si procede alla cardioversione farmacologica (utilizzando prevalentemente flecainide, propafenone e amiodarone) e/o elettrica;
- se FA >48 ore si procede alla ecocardiografia trans-esofagea e se tale esame non evidenzia trombi atriali si procede alla cardioversione, altrimenti si procede alla scoagulazione con eparina e dicumarolici (INR 2-3) per un mese e si programma la successiva cardioversione a meno che il ritmo sinusale non si sia ristabilito spontaneamente.

Nel caso invece di una forma permanente o cronica l'obiettivo è di mantenere sotto controllo la frequenza ventricolare utilizzando uno dei seguenti principi attivi: digitale, calcioantagonisti non diidropiridinici (verapamil, diltiazem), beta-bloccanti.

Sempre più alta è la percentuale di pazienti grandi anziani che il medico di medicina generale si trova ad assistere nel suo ambulatorio.





rio e si rende quindi sempre più evidente la necessità di poter trattare questi pazienti a domicilio senza dover accedere alla struttura ospedaliera al fine di evitare processi diagnostico-terapeutici stressanti.

La tecnica della Telemedicina ha permesso questo nuovo approccio ambulatoriale a patologie normalmente di pertinenza ospedaliera. Infatti per Telemedicina si intende l'integrazione, il monitoraggio e la gestione del paziente, usando sistemi che consentano un pronto accesso alle consulenze di esperti e alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente e le informazioni risiedano.

Emblematico è il caso di un paziente, il Sig. T C, di 97 anni di età seguito, da oltre 15 anni presso lo stesso studio di medicina generale, che durante un controllo ambulatoriale occasionale ha visto il riscontro di un'alterazione del ritmo cardiaco al rilievo del polso radiale. L'esecuzione di un Ecg nell'ambulatorio di medicina generale, tramite la tecnica della Telemedicina ha permesso di definire l'aritmia come FA a elevata frequenza ventricolare media (FVM 120 bpm) e l'immediato contatto con lo specialista ha permesso di decidere di uscire dagli schemi diagnostici classici, evitando quindi l'esecuzione di un ecocardiogramma transesofageo, tenendo conto della totale asintomaticità del paziente e del terrore che esprimevano i suoi occhi per questa nuova problematica che si trovava ad affrontare.

Dalla integrazione tra il medico di medicina generale e lo specialista cardiologo è derivata la decisione di trattare il paziente con farmaci che garantissero un controllo della frequenza cardiaca (calcio antagonisti non diidropiridinici e diossina) più anticoagulanti orali al fine di evitare complicanze tromboemboliche.

Nel momento in cui, trascorso un mese dall'inizio della terapia con anticoagulanti orali e farmaci per il controllo della FC, in occasione della valutazione cardiologia ambulatoriale si metteva in luce il persistere della FA, seppure con una frequenza ventricolare media nella norma associata sempre a un buon compenso emodinamico, si è posto il quesito se procedere o meno alla cardioversione.

La risposta, condivisa dal MMG e dal CARDIO-LOGO, trova le sue ragioni negli elementi precedentemente segnalati e cioè l'età avanzata, il buon compenso clinico e la volontà di cercare di gestire la nuova patologia con il minore impegno emozionale possibile. Ecco perché si è optato per evitare la cardioversione e continuare con la terapia farmacologica in atto.

Al paziente è stata poi programmata una successiva visita cardiologia, Ecg ed Ecocardiogramma in ambito ospedaliero; durante tale controllo si è evidenziato l'inaspettato ripristino del ritmo sinusale poi riconfermato mediante l'esecuzione di un seguente tracciato ECG grafico per mezzo del servizio di Telemedicina.



A tal punto ci si è trovati di fronte ad una nuova scelta terapeutica: continuare la duplice terapia con calcio antagonisti non diidropiridinici e digossina o sospenderli iniziando l'utilizzo di un beta-bloccante associato ad un sartanico, come suggerito dallo specialista.

Anche in questo caso la scelta è stata determinata dalla volontà di non destabilizzare il buon equilibrio psico-fisico del paziente che aveva espresso perplessità a modificare ulteriormente lo schema terapeutico peraltro efficace e ben tollerato.

Era ovvio invece, una volta documentato il ripristino del ritmo sinusale e la sua persistenza, sospendere il dicumarolico, visto anche l'elevato rischio emorragico che aumenta con l'età, e sostituirlo con un antiaggregante quale la ticlopidina.

Tralasciando ogni tipo di riflessione sui costi della patologia e/o sulla incidenza dei ricoveri per Fibrillazione Atriale, occorre ribadire che il MMG si trova già ora sempre più chiamato a riconoscere, eventualmente trattare e poi monitorare tale patologia.

Trattasi inoltre di una patologia molto più insidiosa di quanto si possa immaginare, poiché pur essendo una malattia non ad elevata mortalità, a volte addirittura asintomatica come in questo caso, può diventare sintomatica, essere responsabile di un progressivo deterioramento della funzione cardiaca ed è comun-

que gravata da un maggiore rischio tromboembolico, potenzialmente mortale.

Di fronte a questo paziente si sono tenuti in considerazione gli studi presenti in letteratura, ma in realtà la scelta è stata determinata primariamente dalla visione globale del paziente, anziano, in relativo benessere, totalmente asintomatico e il cui volto esprimeva il terrore dovuto a questa nuova patologia che gli veniva diagnosticata.

Punto di forza è stato il disporre immediatamente di una documentazione strumentale e poter relazionarsi subito con lo specialista, condividendo dubbi e proposte terapeutiche. Così, alla fine di questa avventura, il sig T.C. continua ad andare in studio per le solite prescrizioni, sottolineando il suo star bene e quasi sfuggendo alle domande... con la sola preoccupazione di affrontare la stagione invernale.

Dott.ssa Mazzarini Alessandra

MMG asl 7, Ancona, Animatore SIMG

Dott.ssa Silvetti Francesca

Medico tirocinante, studio di medicina generale

Dott.ssa Ripa Chiara

Dott Roberto Antonicelli

UO Cardiologia, ITIC;

Centro di Telemedicina, Istituto Scientifico

INRCA, Ancona



Ministero della Salute

Profilassi antifebbre gialla:

riferimenti normativi per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, modalità di certificazione di avvenuta vaccinazione

Nelle ultime settimane sono pervenute numerose richieste di chiarimenti in merito alla effettuazione della vaccinazione contro la febbre gialla e al rilascio del relativo Certificato di Vaccinazione Internazionale di avvenuta vaccinazione, riguardo le quali si ritengono opportune le seguenti precisazioni.

La vaccinazione antifebbre gialla o antiamarillica, ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale, è l'unica vaccinazione che può essere richiesta obbligatoriamente a tutti coloro che si rechino in Paesi in cui la malattia è presente allo stato endemico, ovvero in cui sono presenti i vettori dell'infezione.

Riguardo quest'ultimo aspetto, molti paesi richiedono la vaccinazione a tutti i viaggiatori che provengono da zone infette.

Il certificato nazionale di avvenuta vaccinazione è valido solo se conforme al modello approvato dall'OMS e rilasciato da un Centro di Vaccinazione contro la Febbre Gialla, legalmente autorizzato a fornire questa prestazione dal Ministero della Salute.

Tale precisazione è riportata anche nella scheda tecnica presente in tutte le confezioni della specialità medicinale "Stamaril", unica formulazione di vaccino antiamarillico al momento autorizzato per la commercializzazione in Italia.

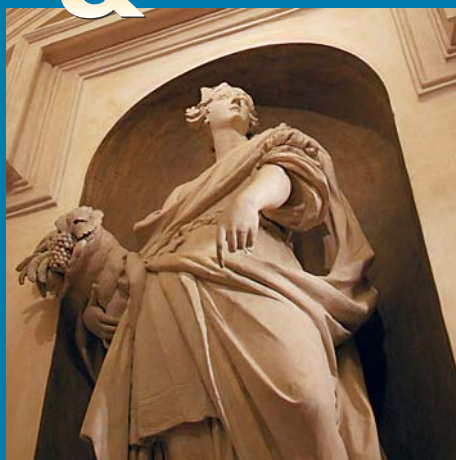
I centri di vaccinazione contro la febbre gialla sono strutture sanitarie pubbliche, e in rari, selezionati casi, private accreditate, autorizzate dal Ministero della Salute, su proposta delle Regioni e PP.AA., per mezzo di un decreto ministeriale, aggiornato annualmente. Non vengono autorizzati alla effettuazione della vaccinazione antiamarillica ai fini internazionali singoli sanitari, per quanto in possesso della abilitazione professionale.

Tale decreto autorizza tutti i Centri Vaccinali che ne fanno richiesta e che sono in possesso dei *"...requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, riportati nell'allegato, che fa parte integrante del presente decreto"* (art.1 del D.P.R. del 14 gennaio 1997).

L'elenco dei centri autorizzati viene comunicato all'OMS ai fini del riconoscimento a livello internazionale della validità dei certificati di vaccinazione emessi da questi.

Considerata la rilevanza medico-legale dell'argomento trattato, si prega di voler dare massima diffusione alla presente nota.

medici &medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it