

# 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. 10 - Dicembre 2012  
Sped. Abb. Postale 70%  
Filiale di Ancona

n. 10  
DICEMBRE



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



*Il Presidente e il Consiglio dell'Ordine  
dei medici chirurghi e odontoiatri  
augura  
un sereno Natale ed un felice anno nuovo  
a tutti gli iscritti e alle loro famiglie*



**Direttore Responsabile**

Fulvio Borromei

**Vice Direttore**

Maria Beatrice Bilò

**Coordinatore di Redazione**

Marco Silvestrelli

**Vice Coordinatori**

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

**Redazione**

Maria Chiara Brugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

**Consiglio Direttivo**

*Presidente*

Fulvio Borromei

*Vice Presidente*

Maria Beatrice Bilò

*Segretario*

Arcangela Guerrieri

*Tesoriere*

Quirino Massimo Ricci

*Consiglieri*

Vincenzo Berdini

Francesco Braccioni

Anna Campanati

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Giovanni Petruzzi

Bice Previtiera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Stefano Tucci (od.)

**Revisori dei conti effettivi**

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

**Revisore dei conti supplente**

Maddalena Vichi

**Commissione Odontoiatrica**

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Brugnami

Francesco Maria Montecchiani

Roberto Tartuferi

*In copertina: Ancona, Mole vanvitelliana*

*Questo numero è stato chiuso il  
7 dicembre 2012*

*Non ci si assume la responsabilità  
di eventuali errori di stampa*

**EDITORIALE**

*Prendere coscienza che è necessaria  
una rivoluzione etica della professione* ..... **4**

**NOTIZIE DALLA REDAZIONE**

*La nuova legislazione di farmacovigilanza* ..... **5**

*La questione demografica* ..... **6**

*“Gestione del paziente anziano  
con multimorbilità”* ..... **11**

**DALLA FNOMCeO**

*Lettera aperta del Comitato Centrale  
della FNOMCeO ai medici italiani* ..... **15**

**INSERTO**

*Alcune note esplicative sull'ozono terapia* ..... **20**

**BUONA SANITA'**

*MIXING PerCorso interattivo per Specialisti* ... **24**

*La sordità nell'anziano* ..... **27**

*Invecchiare in salute si può: il progetto  
anni attivi* ..... **29**

*Giornata mondiale contro la ipertensione  
arteriosa* ..... **30**

*Giornata mondiale senza tabacco* ..... **34**

**INDIMENTICABILI**

*Manlio Caucci* ..... **38**

# Prendere coscienza che è necessaria una rivoluzione etica della professione

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

Trovare la strada per intraprendere e sviluppare un processo di grande rinnovamento e di grande svolta non è certamente facile in ambito professionale. Costituiscono ostacoli da superare una falsa idea di medicina, di progresso scientifico, di responsabilità, un economismo prevalente, l'assenza di memoria storica che deve accompagnare il procedere in sanità, improvvisazione e applicazione di metodi e procedure che non tengono conto del nostro Codice Deontologico e questi sono solo alcuni aspetti.

La manifestazione che si è svolta sabato 27 ottobre a Roma che ha visto tutte le rappresentanze mediche e la nostra federazione ordinistica può essere letta come un segnale visibile, mediatico, per lanciare un allarme alla politica ma anche a tutti i cittadini di come sia diventata insostenibile la nostra condizione professionale.

La reingegnerizzazione di tutto il sistema sanitario alla luce della revisione della spesa pone seri problemi di sopravvivenza sia di standard professionali, della loro appropriatezza ed efficacia ma può mettere in crisi anche il percorso etico che deve accompagnare l'opera del medico.

Per far fronte a queste difficoltà, a questa emergenza è necessario a mio avviso guardare le problematiche anche con gli occhi del passato, quindi attraverso la nostra storia, attraverso le azioni e le opere dei nostri Maestri, di quelli che hanno avuto il coraggio di lasciare una impronta con i loro comportamenti, con i loro insegnamenti e che hanno permesso di realizzare un "Welfare state" che oggi è considerato elemento di civiltà.

Oggi la classe medica deve poter essere ascoltata nelle sedi istituzionali con attenzione, le nostre argomentazioni devono essere vagliate e valutate ed affrontate con senso di responsabilità in un'ottica di interesse comune ma anche di sviluppo professionale che guardi i prossimi dieci anni.

La Bioetica deve tornare ad essere lo strumento di sviluppo e crescita, la nostra guida nei

comportamenti a cominciare dal rapporto medico, paziente, cittadino. Questo rapporto è da tempo minato da più fattori che portano ad una conflittualità alimentata inoltre anche da scandalose campagne pubblicitarie di alcuni studi legali che in maniera subdola stimolano a denunciare indiscriminatamente i medici ed odontoiatri, indipendentemente da loro vere responsabilità.

Anche il modo in cui spesso siamo costretti a lavorare non ci permette di utilizzare in maniera ottimale le nostre risorse professionali.

La nostra riscossa deve iniziare cominciando a ripensare il ruolo, i compiti, i rapporti di lavoro, le interazioni con le altre professioni sanitarie e dobbiamo farlo rapportandoci costantemente con il nostro Codice Deontologico.

La nostra professione e la nostra etica si sviluppa e si estrinseca costantemente nel nostro lavoro e attività professionale, nella medicina ospedaliera ed universitaria, nella medicina del territorio e di famiglia, nei confronti delle linee guida da applicare, nel linguaggio da adoperare, nella cura della cronicità e disabilità, nella terminalità, con i grandi anziani, di fronte alle responsabilità, con la politica ed il management, sviluppando e realizzando un contesto umano di grande valore. Tutto ciò rappresenta un grande valore aggiunto.

Dobbiamo interrogarci e dare risposte. Dobbiamo riscoprirci e conoscerci meglio per sviluppare quella unitarietà che da sola ci potrà permettere di affrontare le sfide ineludibili che ci aspettano.

Voglio sollecitarvi a riflettere su questi argomenti e a far sì che voi stessi vi diate le risposte. L'OMNCEO di Ancona ha realizzato una ricerca, con il CRISS della nostra Università della Prof. Giovanna Vicarelli, sui colleghi medici ed odontoiatri iscritti dal 2001 al 2011 al nostro Ordine che ci ha permesso di conoscere questo spaccato di professione giovane. Partiremo da qui per dare il via alla nostra rivoluzione che potrà diventare tale se darete il vostro contributo di esperienza e vita professionale.

# La nuova legislazione di farmacovigilanza

Dott.ssa Chiara Rossi

Responsabile farmacovigilanza - Servizio farmaceutico Area vasta 2

E' chiaro che non si conosce tutto su un farmaco al momento della sua autorizzazione all'immissione in commercio. Ci sono pazienti che non entrano mai nelle sperimentazioni cliniche pre-marketing e nella pratica clinica corrente vi sono pazienti che prendono più farmaci, che hanno profili genetici diversi, che soffrono di più malattie con possibili insufficienze d'organo. In questo contesto s'inserisce la Farmacovigilanza, definita come il complesso di attività finalizzate a valutare in maniera continuativa tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare per tutti i medicinali in commercio un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione, attraverso l'individuazione e la segnalazione delle reazioni avverse (ADRs).

L'OMS indica come gold standard delle segnalazioni di reazioni avverse (ADRs), 30 segnalazioni ogni 100.000 abitanti, mentre per gli ospedali 15 segnalazioni ogni 100.000 giornate di ricovero. In Italia purtroppo siamo ancora lontani.

Le reazioni avverse (ADRs) non influenzano solo la salute della popolazione, si è calcolato che in tutta la UE vi sono circa 197.000 morti l'anno, ma hanno anche elevati costi economici, calcolati in circa 79 miliardi di euro l'anno in tutta la UE. Indagini su questo problema sono state condotte solo in periodi recenti, probabilmente poiché si è entrati in un'epoca di contenimento dei costi per la sanità. Inoltre è stato stimato che il 5% di tutti gli accessi in ospedale sono dovuti a reazioni avverse (ADRs), che il 5% di tutti i pazienti già ricoverati in ospedale presenta una ADR, che le ADRs sono al quinto posto tra le cause di morte in ospedale. Pertanto, si è reso necessario intervenire sulle normative in vigore al fine di promuovere e proteggere la salute pubblica riducendo il numero e la gravità delle ADRs e migliorando l'uso dei medicinali attraverso diversi tipi di intervento.

In quest'ottica è stata modificata la normativa europea in materia di **farmacovigilanza** con l'adozione nel 2010, del Regolamento UE

1235/2010, la cui applicazione è operativa dal **2 luglio 2012**, e della Direttiva 2010/84/UE, attualmente in fase di recepimento. L'introduzione della nuova normativa europea pone le basi per una svolta epocale nell'approccio concettuale e metodologico di questa disciplina e si pone come obiettivo quello di rendere l'intero sistema più coordinato e coerente.

In primo luogo, cambia la definizione di reazione avversa intesa ora come **"Effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale"**. Di fatto, con tale definizione, che è indipendente dal tipo di uso del medicinale, saranno oggetto di segnalazione tutte le reazioni avverse, incluse anche quelle derivanti da errore terapeutico, abuso, misuso, uso off label, sovradosaggio ed esposizione professionale.

Fondamentalmente, i cambiamenti introdotti tendono ad aumentare l'efficacia, la rapidità e la trasparenza degli interventi di FV attraverso regole che mirano a:

- rafforzare i sistemi di farmacovigilanza, (ruoli e responsabilità chiaramente definiti per tutte le parti);
- razionalizzare le attività tra gli Stati Membri ad esempio attraverso una ripartizione delle stesse attività; con condivisione del lavoro svolto evitando duplicazioni;
- incrementare la partecipazione dei pazienti e degli operatori sanitari;
- migliorare i sistemi di comunicazione delle decisioni prese e darne adeguata motivazione;
- aumentare la trasparenza.

E' ora possibile effettuare una segnalazione spontanea di sospetta **reazione avversa** secondo due diverse modalità:

- compilare la "scheda cartacea" di segnalazione di sospetta **reazione avversa** e inoltrarla al Responsabile di **farmacovigilanza** della propria struttura di appartenenza.
- compilare on-line la **"scheda elettronica"** di segnalazione di sospetta reazione avversa" e inoltrarla tramite e-mail al Responsa-

bile di **Farmacovigilanza** della propria struttura di appartenenza.

La scheda unica (farmaci e vaccini) di “sospetta reazione avversa” e la guida alla compilazione può essere scaricata direttamente al seguente indirizzo:

**[www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rete-nazionale-di-farmacovigilanza](http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rete-nazionale-di-farmacovigilanza)**

I riferimenti e i contatti e-mail di tutti i Responsabili di FV sono disponibili sul sito dell’AIFA:

**[www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili](http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili)**

Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse costituiscono un’importante fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza, in quanto consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all’uso di tutti i farmaci disponibili sul territorio nazionale. Le ADR che hanno provocato la morte del paziente o altre reazioni avverse classificate come gravi, devono essere segnalate “tempestivamente”. Non è previsto (per il segnalatore) un tempo limite; la tempistica scatta per il responsabile aziendale di FV dal momento che riceve la segnalazione. La segnalazione, una

volta inserita dal Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza sul portale AIFA, arriva per conoscenza anche alla Regione Marche e all’azienda farmaceutica priva dei dati del segnalatore.

La mancata segnalazione non comporta sanzioni. Tuttavia, soprattutto nei casi di reazione avversa grave e qualora vi siano richieste di risarcimento del paziente, il magistrato o la Direzione dell’Azienda potrebbe richiedere il motivo della mancata segnalazione, dato che in tali casi esiste un obbligo.

La segnalazione delle ADR non è solo un dovere professionale, ma rappresenta un obbligo “morale”.

“E’ obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico. (Codice di Deontologia Medica, art. 13).

Fonti:

**[www.farmacovigilanza.org](http://www.farmacovigilanza.org)**

**[www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rete-nazionale-di-farmacovigilanza](http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rete-nazionale-di-farmacovigilanza)**

## La questione demografica

Marco Morbidoni, Antonella Guidi, Elisa Ambrogiani

Osservatorio Epidemiologico Area Vasta 2 (sede di Ancona)

*Una delle questioni che si dibatte da lungo tempo nel mondo è certamente la questione demografica. Esiste infatti una necessità alla quale la comunità umana mondiale deve rispondere: l’aumento della popolazione e gli effetti che questa ha sull’intero pianeta e nel modo di vivere nel mondo.*

*Sia che si voglia difendere l’ambiente naturale e preservare le risorse in esso presenti, o che si lavori per spegnere i focolai di violenza già accesi ed evitare altre guerre, o ci si preoccupi di preservare il benessere psicofisico dell’umanità intera e far sì che ogni essere umano sulla Terra abbia di che vivere, crescere e gioire, un passo obbligato sarà quello di prendere coscienza del fenomeno demografico.*

*Anche in Sanità il problema è molto sentito: da anni si susseguono studi sulle popolazioni e in particolare sulle disuguaglianze in sanità legate alla disponibilità di servizi e cure, all’accessibilità delle cure stesse, alle modalità di fare prevenzione, agli strumenti utilizzati, ecc... Ma il nodo fondamentale resta quello di avere i dati a disposizione per poter ragionare correttamente.*

*Sperando di fare cosa utile abbiamo quindi pensato di produrre una scheda tematica relativa alla popolazione della Area Vasta 2 e, in occasione della giornata mondiale della popolazione, distribuirla attraverso i canali telematici disponibili ai medici e agli operatori sanitari del ns. territorio.*



U.O. Epidemiologia Ancona  
Scheda tematica



## 11 luglio 2012 Giornata Mondiale della Popolazione

La popolazione totale dell'Area Vasta 2 (comprendente le ex ZZTT di Senigallia, Jesi Fabriano e Ancona) al 1° gennaio 2011 è di 494.522 persone, di cui il 48,3% maschi, con un'età media di 44,4 anni (tab. 1).

**Tab. 1 – Popolazione Area Vasta 2 al 01/01/2011**

Ex Zone T.	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale
Zona 4	38719	48,4	41329	51,6	80048
Zona 5	52980	48,4	56542	51,6	109522
Zona 6	23347	48,1	25237	51,9	48584
Zona 7	123685	48,2	132683	51,8	256368
<b>Area vasta 2</b>	<b>238731</b>	<b>48,3</b>	<b>255791</b>	<b>51,7</b>	<b>494522</b>



La distribuzione per fasce d'età denota una prevalenza della fascia intermedia (40-64 anni, 34,8%) cosiddetta 'lavorativa' (visto anche che negli ultimi anni si inizia a lavorare sempre più tardi); seguono i giovani-adulti (29%). La differenza tra i due generi è più aperta nelle fasce giovani, a vantaggio dei maschi, e si inverte nelle fasce più anziane (sopravvivenza delle femmine) (tab.2).

**Tab. 2 Distribuzione della popolazione dell'AV2 per fasce di età**

Fascia	Maschi	% fascia sul totale		Maschi + Femmine		Totale
		Maschi	Femmine	Femmine	Totale	
0-14	34074	14,3	32213	12,6	66287	13,4
15-39	73033	30,6	70600	27,6	143633	29
40-64	84602	35,4	87340	34,1	171942	34,8
65-74	24296	10,2	28355	11,1	52651	10,6
75 e più	22726	9,5	37283	14,6	60009	12,2
<b>Totale</b>	<b>238731</b>	<b>100</b>	<b>255791</b>	<b>100</b>	<b>494522</b>	<b>100</b>

La struttura per età della popolazione mostra la presenza di anziani in misura superiore al dato regionale, dell'area del centro Italia e nazionale (22,3% di av2 contro 20,3% nazionale). In alcune ex zone si arriva addirittura a 23,7% di popolazione ultrasessantacinquenne (Senigallia) mentre la ex zt di Ancona sembra essere la più 'giovane' (in misura comunque inferiore al dato nazionale) (tab. 3).

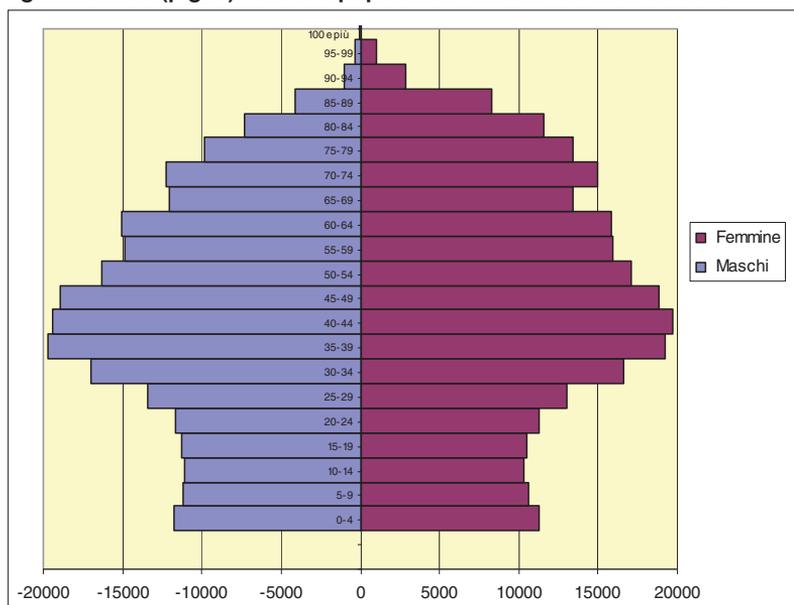
**Tab. 3 Struttura per età della popolazione AV2 al 1° gennaio 2011 – Distribuzione per ex Zone e confronto Marche, Centro Italia e Italia (valori percentuali).**

Ex Zone T.	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Zona 4	12,7	63,5	23,7
Zona 5	13,5	63,5	23,0

Zona 6	13,4	63,4	23,2
Zona 7	13,6	64,1	22,3
Area vasta 2	13,4	63,8	22,8
Marche	13,3	64,2	22,4
Centro Italia	13,4	65,1	21,5
ITALIA	14,1	65,7	20,3

La piramide dell'età (che da un po' di tempo assomiglia sempre più ad una 'pigna') mostra ancora una popolazione che da circa 30-35 anni ha modificato le sue abitudini 'demografiche': sempre meno bambini e una mortalità che, seppur diminuita per il miglioramento delle cure e dello stile di vita degli anziani, supera comunque la bassa natalità (fig. 1).

Fig 1 Piramide (pigna) delle età popolazione Area Vasta 2 al 01/01/2011



La popolazione è in modo molto diversa distribuita sul territorio: la densità di Fabriano (89,7 persone per Km<sup>2</sup>) è circa 6 volte inferiore a quella della ex zt di Ancona (tab. 4).

Tab. 4 Densità della popolazione Area Vasta 2 al 01/01/2011

Ex Zone territoriali	Popolazione	Superficie Km <sup>2</sup>	Densità
Zona 4	80048	456,8	175,2
Zona 5	109522	673,2	162,7
Zona 6	48584	542,9	89,5
Zona 7	256368	479,8	534,3
<b>Totale Area vasta 2</b>	<b>494522</b>	<b>2152,7</b>	<b>229,7</b>



Nell'Area Vasta 2 il **movimento naturale** della popolazione è negativo (-613) con un decremento di -1,2 % che si spiega con un deficit di nascite rispetto ai decessi.

Il **movimento migratorio**, sia interno (da e per altri comuni), sia dall'estero, è del 7,5%.

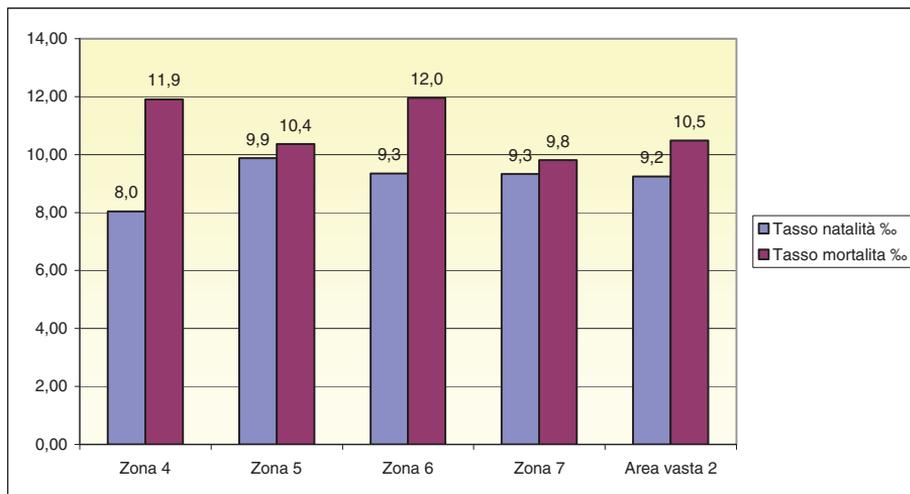
Il tasso di **incremento totale** (naturale più migratorio) che mostra un'ampia variabilità tra i comuni, risulta del 7 % (tab. 5).

**Tab. 5 Bilancio Demografico della popolazione Area Vasta 2 al 01/01/2011**

Ex zone	Saldi					totale	Tassi di incremento		
	naturale	Migratorio					naturale	migratorio	totale
		Totale migratorio	di cui da/per altri comuni	di cui da/per estero	per altri motivi				
Zona 4	-309	755	360	489	-94	446	-3,9	9,4	5,6
Zona 5	-53	469	-100	742	-173	416	-0,5	4,3	3,8
Zona 6	-127	174	-91	317	-52	47	-2,6	3,6	1
Zona 7	-124	1911	262	1916	-267	1787	-0,5	7,5	7
<b>AV2</b>	<b>-613</b>	<b>3309</b>	<b>431</b>	<b>3464</b>	<b>-586</b>	<b>2696</b>	<b>-1,2</b>	<b>7,5</b>	<b>7</b>

La natalità nell'area vasta 2 è lievemente più alta nella ex zt5 di Jesi con una forbice di 1,3 % tra questa e la più bassa, ex zt 4 di Senigallia (differenza percentuale di circa 20%); la mortalità è più alta a Fabriano (12 %) e la più bassa ad Ancona (9,8 %) (fig. 2 tab. 7).

**Fig. 2 Distribuzione di frequenza dei tassi di natalità e mortalità nell'AV2 - anno 2011**



**Indicatori della popolazione**

Gli indicatori raccolti, e suddivisi per le 4 ex zt, mostrano una situazione critica a Fabriano con ‘dipendenza strutturale’ e ‘ricambio popolazione attiva’ molto elevati, assieme ad una mortalità sopra la media di av, mentre Jesi mostra un ragguardevole punto positivo nella ‘fecondità’ e nell’indice di natalità complessivo (tab. 6 e 7).

**Tab. 6 – Indicatori di popolazione delle ex zz.tt. dell’Area Vasta 2**

INDICE	AV2	Ex zt4 Senigallia	Ex zt5 Jesi	Ex zt6 Fabriano	Ex zt 7 Ancona
Indice dip. Strutturale	21,3%	21,7%	22,4%	23,8%	22,8%
ricambio pop. attiva	112,5%	115,5%	110,1%	115,7%	112,1%
indice di fecondità	4,2%	3,7%	4,5%	4,2%	4,2%
indice di vecchiaia	170,0%	186,3%	170,7%	173,0%	164,3%
indice Invecchiamento	22,8%	23,7%	23,0%	23,2%	22,3%

**Tab. 7 – Tassi grezzi di natalità e mortalità nelle ex zt dell’Area Vasta 2**

TASSO G.	AV2	Ex zt 4 Senigallia	Ex zt 5 Jesi	Ex zt 6 Fabriano	Ex zt 7 Ancona
Natalità	9,24	8,05	9,88	9,34	9,33
Mortalità	10,48	11,91	10,36	11,96	9,81

Glossario:

**Incremento naturale (tasso di):** Differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità

**Saldo naturale:** eccedenza o deficit di nascite rispetto ai decessi.

**Saldo migratorio:** differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza. Il movimento migratorio può essere distinto tra interno ed estero a seconda che si considerino le iscrizioni e cancellazioni da o per altri comuni italiani o quelle da altri paesi

**Indice di dipendenza strutturale:** rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

**Indice di ricambio della popolazione attiva:** rapporto tra la popolazione di età 60-64 anni e più e la popolazione di età 15-19 anni, moltiplicato per 100

**Indice di fecondità totale:** esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni).

**Indice di vecchiaia:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100

**Indice di invecchiamento:** rapporto tra la popolazione di età ≥ 65 anni e più e la popolazione totale, per 100

**Mortalità (tasso di):** Rapporto tra il numero dei decessi nell’anno e l’ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

**Natalità (tasso di):** Rapporto tra il numero dei nati vivi dell’anno e l’ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

a cura di:

**Antonella Guidi, Elisa Ambrogiani, Marco Morbidoni**

Unità Operativa di Epidemiologia, via C. Colombo 106, 60127 Ancona  
Tel. 071-8705684, fax 071-8705322, email marco.morbidoni@sanita.marche.it

## “Gestione del paziente anziano con multimorbilità”

Paolo Orlandoni

Responsabile UOSD Terapia Nutrizionale INRCA - Ancona

Il 15 settembre 2012 si svolto ad Ancona nell’Auditorium dell’INRCA il primo Corso di Aggiornamento per medici Ospedalieri e medici di Medicina Generale dal titolo: “Gestione del paziente anziano con multimorbilità”.

Il Corso è stato organizzato dalla collaborazione fra il Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico dell’INRCA e le associazioni dei Medici di Medicina Generale FIMG e SIMG, con il patrocinio dell’Ordine dei Medici della Provincia di Ancona.

L’argomento è di particolare interesse e di estrema attualità, in quanto l’invecchiamento della popolazione e la riduzione di risorse economiche rendono indispensabili la costituzione di percorsi assistenziali condivisi fra ospedale e territorio, per evitare la riospedalizzazione precoce e l’inefficacia delle terapie.

Nell’intervento di apertura dei lavori il Direttore Sanitario di Istituto dott **Claudio Maria Maffei** ha sottolineato l’importanza di questa iniziativa nel contribuire a realizzare sempre meglio l’obiettivo di sistema sanitario di mantenere quanto più possibile l’anziano fragile al proprio domicilio e di limitare quanto più possibile la fase ospedaliera acuta. Allo stesso tempo l’incontro con i Medici di Medicina Generale è utile per evidenziare come le competenze di un Ospedale Geriatrico possono essere di aiuto alla gestione della cronicità a livello territoriale attraverso strumenti come: ambulatori dedicati a problematiche specifiche, telemedicina, ospedalizzazione domiciliare, formazione dei familiari e dei caregiver. L’INRCA, come sottolineato dal Diretto Ospedaliero di Ancona e Fermo, dott.ssa **Serenella David**, è oggi in grado di offrire un’esperienza consolidata nella cura dei pazienti anziani con pluripatologia, con un approccio specifico alle diverse problematiche che tali pazienti

presentano nell’attuazioni dei vari protocolli terapeutici.

Il confronto con i Medici di Medicina Generale è importante per evidenziare eventuali criticità nelle fasi di ammissione e di dimissione dei pazienti, il cui superamento contribuirà a migliorare i percorsi di integrazione fra INRCA e Territorio.

Le relazioni, tenute in contemporanea da specialisti dell’INRCA e da MMG, hanno approfondito quattro problematiche cliniche spesso presenti nel paziente anziano fragile con multi morbilità: **la gestione dell’Acuzie; la gestione dello Scompenso Cardiaco, la gestione della Demenza e la gestione della Malnutrizione Calorico-Proteica.**

Il dott. **Antonio Cherubini**, Direttore della Geriatria 1 ed Accettazione Geriatrica d’Urgenza, e il dott. **Marco Grandi**, MMG e Tutore in Medicina Generale, hanno sottolineato come la Sindrome clinica della Fragilità, individuata non più di 30 anni, stia caratterizzando la Medicina della nostra epoca. Con il rapido invecchiamento della popolazione si è imposta all’attenzione dei clinici una nuova categoria di pazienti, con le seguenti caratteristiche: età molto avanzata ( $\geq 80$  anni), multimorbilità, elevata suscettibilità a sviluppare malattie acute, che si manifestano con quadri clinici atipici (confusione mentale, instabilità posturale, cadute), fluttuazioni rapide dello stato di salute, lenta capacità di recupero, comunque quasi sempre parziale, elevata mortalità. Per questi pazienti è stato coniato il termine di Anziani Fragili; l’essenza del concetto di fragilità è quella della vulnerabilità. L’anziano fragile è infatti un paziente estremamente vulnerabile nei confronti della comparsa o dell’aggravamento di malattie e della disabilità. Questi soggetti si caratterizzano per le continue richieste di intervento al MMG e per le ripetute

ospedalizzazioni. In corso di **Malattie Acute** gli anziani fragili sviluppano una serie di complicanze, come Lesioni da decubito, il delirium e le cadute, dovute soprattutto alle carenze assistenziali e professionali dei vari reparti specialistici ospedalieri. L'ospedalizzazione comporta per tali pazienti il rischio di allattamento e del conseguente sviluppo delle sindromi da immobilizzazione, di eventi avversi da farmaci, di complicanze da procedure diagnostiche e terapeutiche. Esistono solide evidenze scientifiche che il ricovero in un reparto di Geriatria, in confronto al ricovero in un reparto di medicina tradizionale, è in grado di migliorare gli out come di salute dei pazienti fragili, riducendo il rischio di declino funzionale e di mortalità ed aumentando la probabilità di ritornare al proprio domicilio. Per evitare precoci riospedalizzazioni è importante che vi sia uno stretto scambio di informazioni fra geriatra e MMG.

La comunicazione fra specialista e MMG è ancor più importante nella gestione del paziente con **Scompenso Cardiaco**, come sottolineato nelle relazioni del dott **Roberto Antonicelli**, Direttore della Cardiologia e Telemedicina, e del dott. **Guido Sampaolo**, Direttore Area Didattica Centro di Riferimento della Regione Marche per la Medicina Generale. Lo Scompenso Cardiaco, una patologia in rapido aumento per l'invecchiamento della popolazione, presenta alcune problematiche gestionali particolarmente pressanti: insufficiente "supporto familiare", scarsa possibilità di "monitoraggio" a domicilio, elevato tasso di ri-ospedalizzazioni, altissimi costi. Sul versante Terapeutico le problematiche sono rappresentate da: eterogeneità biologica e clinica, scarsità di evidenze da trial clinici, totale "scollamento" tra il mondo dei trial e quello reale, scarsa aderenza alla terapia e adesione sub-ottimale alle linee guida. Lo Scompenso Cardiaco rappresenta una patologia che potrebbe essere trattata prevalentemente a domicilio, facendo leva sulla Famiglia, sul MMG, sulla "Badante", sul Telecontrollo Remoto, sull'Alleanza Terapeutica e sulla Informatizzazione condivisa. La Telemedicina potrà rappresentare nel futuro uno strumento sempre più valido nella gestione domiciliare

del paziente con Scompenso Cardiaco, a patto di risolvere alcune problematiche: Problemi tecnologici (affidabilità delle reti, protocolli di standardizzazione), Eterogenicità dell'approccio clinico (protocolli operativi condivisi, metodologie di valutazione standardizzate), Corretta individuazione delle popolazioni eleggibili e nuovi modelli nella valutazione dei risultati., Problemi Medico-legali, Rimborso delle prestazioni (SSN).

Il dott. **Oswaldo Scarpino**, Direttore della Neurologia e del Dipartimento Geriatrico Medico e il dott. Marco Montesi MMG hanno sottolineato che la **Demenza** è una sindrome clinica caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive, tra le quali la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente; oltre ai sintomi cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento. Nelle vari fasi della malattia numerosi problemi etici e medico-legali specifici assumono caratteristiche diverse. Il medico ricopre un ruolo decisivo e delicato, perché è chiamato a prendere decisioni in rapporto ai desideri del paziente, raramente espressi in modo diretto in questa condizione patologica, e dei familiari, alla disponibilità delle diverse pressioni della società. Il MMG ha un ruolo importante nella diagnosi precoce, che dà la possibilità di trattare alcuni sintomi della malattia e permette al paziente di pianificare il suo futuro, quando è ancora in grado di prendere decisioni. La diagnosi precoce permette un intervento farmacologico e psicosociale più efficace nel rallentare la perdita di autosufficienza, nel ritardare la comparsa di complicanze e nel ritardare il momento dell'istituzionalizzazione. Il MMG è anche il gestore del paziente con Demenza (case manager) che coordina la rete dei servizi e programma periodicamente (almeno ogni 3 mesi) il monitoraggio della terapia farmacologica e non. Nelle fasi avanzate della demenza il quadro clinico è dominato dalla comparsa di complicanze, che rappresentano un importante fattore di rischio di disabilità: Malnutrizione, Lesioni da decubito, Cadute, Incontinenza, Allettamento. La presenza di disgia



e/o di malnutrizione sono indicazioni alla Terapia Nutrizionale, sia per os che artificiale, che risulta tanto più efficace quanto più precoce è la diagnosi e l'intervento. La Gastrostomia Endoscopica Percutanea non rappresenta la terapia nutrizionale ma il mezzo di somministrazione più indicato, a patto che venga realizzato quando le condizioni cliniche del paziente non sono scadute o terminali. Solo una rete di servizi coordinati ed integrati può offrire un corretto approccio terapeutico al paziente con demenza e alla sua famiglia. I servizi devono agire su livelli diversi: ambulatoriale, domiciliare, ospedaliero, riabilitativo, residenzialità diurna e continuativa.

Il dott. **Paolo Orlandoni**, Responsabile dell'UO di Terapia Nutrizionale – Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare, e la dott.ssa **Tatiana Giuliano**, Responsabile formazione giovani MMG, hanno affrontato le problematiche terapeutiche e gestionali della Malnutrizione Calorico-Proteica (MCP) nel paziente anziano con multi morbidità. La MCP rappresenta uno stato di deplezione delle riserve corporee di energia e/o di azoto in grado di influenzare di per sé

l'evoluzione e la prognosi di una malattia, e che può essere prevenuto e trattato con adeguati interventi nutrizionali. In Italia i pazienti che arrivano in ospedale per un ricovero nel 30-50% dei casi soffrono già di malnutrizione; tra gli anziani istituzionalizzati la malnutrizione oscilla tra il 30 e il 60% e in quelli ospedalizzati varia tra il 20 e il 40% (Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, et al. ESPEN Guidelines on parenteral Nutrition: geriatrics. Clin Nutr 2009;28:461-6. fino al 75% (SINPE:Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo).

La malnutrizione rappresenta una malattia rilevante e spesso sottovalutata; la MCP è una malattia che condiziona l'evoluzione di altre malattie acute e croniche, come ad esempio la demenza, gli interventi chirurgici, le patologie oncologiche, ect. La Terapia Nutrizionale è una delle due sole armi della medicina, assieme all'attività motoria, ad influenzare il circolo vizioso che porta il paziente fragile con multimorbidità verso la riduzione della massa e della forza muscolare (Sarcopenia) e la perdita di autonomia (Disabilità). Il meccanismo patogenetico è rappresentato dai mediatori

dell'infiammazione, prodotti sia dalle patologie croniche e che dalla sarcopenia, che modificano il metabolismo in senso catabolico, con degradazione delle masse muscolari per produrre maggiore energia. La valutazione dello stato nutrizionale (monitoraggio del peso corporeo, dosaggio della prealbumina) deve rientrare fra le principali valutazioni cliniche sia del MMG che del Medico Specialista ospedaliero di fronte ad un paziente anziano fragile. La Terapia Nutrizionale può prevenire e curare gli effetti negativi della malnutrizione e dell'ipermetabolismo, prevenendo l'insorgenza di infezioni, di lesioni da decubito, di polmoniti ab-ingestis e quindi dei costi sanitari relativi al trattamento e all'assistenza (personale, giornate di degenza, ect). La Terapia Nutrizionale per essere efficace va prescritta da uno Specialista, che sia in grado di valutare le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali e le complicanze sia tecniche che metaboliche e di programmare il monitoraggio, in base alle condizioni cliniche del paziente. Se la Terapia nutrizionale viene eseguita a domicilio, è necessario mantenere un livello efficace ed efficiente di monitoraggio clinico e di cura, attraverso un dialogo continuo e un massimo livello di integrazione delle professionalità d'interfaccia tra ospedale e territorio. Mediante un programma concordato tra il MMG ed il Medico dell'U.O di Nutrizione Clinica e i Servizi Territoriali è possibile assistere a domicilio il paziente che necessita di una terapia nutrizionale, con il fine di migliorare l'efficacia clinica degli interventi e la qualità di vita del paziente stesso e della sua famiglia. Ciò comporterebbe la diminuzione dei costi di gestione territoriali, il numero degli accessi impropri al Pronto Soccorso e una ottimizzazione delle risorse ospedaliere. La terapia nutrizionale a domicilio quindi diventa oggi un vero atto terapeutico per il paziente che trova nella formazione della famiglia o del caregiver di riferimento e nel servizio ADI la condizione imprescindibile per una ottima gestione territoriale. **L'UO di Terapia Nutrizionale dell'INRCA** di Ancona segue a domicilio circa 120 pazienti al giorno, attuando un monitoraggio nutrizionale e clinico, mediante apposite attrezzature e con sistemi di Telemedi-

cina, una volta al mese senza spostare il paziente in ospedale e senza costi aggiuntivi per il SSN. Il Servizio Domiciliare permette di personalizzare la terapia nutrizionale, modificandola secondo le variazioni dello stato nutrizionale e delle patologie concomitanti; ciò ha permesso di migliorare la sopravvivenza dei pazienti, di migliorare la qualità di vita dei famigliari e di ridurre le complicanze ed i costi di ospedalizzazione.

In mancanza di Linee Guida specifiche sulle Terapie e sui modelli Assistenziali al paziente anziano con multimorbilità è necessario implementare la **Ricerca** in questo settore, sia nel paziente acuto ricoverato che nel paziente cronico gestito sul territorio, come sottolineato dalla dott.ssa **Fabrizia Lattanzio**, Direttore Scientifico dell'INRCA, e dalla dott.ssa **Marilena Capriotti**, Presidente per la provincia di Ancona della Società Italiana di Medicina Generale. **L'INRCA** è impegnata nella Ricerca Traslazionale, per migliorare la salute dei pazienti anziani e l'organizzazione sanitaria ad essi dedicata. Le linee di ricerca corrente dell'INRCA sono: 1) invecchiamento e longevità, 2) prevenzione della fragilità, 3) invecchiamento e farmaci, 4) organizzazione e gestione dei servizi geriatrici. Dal 2001 l'attività di ricerca può essere condotta in Italia presso gli ambulatori dei medici di medicina generale singoli e/o associati (GU n.139 del 18/6/2001). I campi di ricerca sono incentrati sui principi della Medicina generale: - Cure centrate sul paziente e Modello Olistico (epidemiologia familiare, impatto della malattia sulla famiglia, ruolo della famiglia di fronte al malato ect) - Abilità specifica al Problem Solving (Storia naturale della malattia, studi di incidenza, sorveglianza farmaco-epidemiologica, ect), - Approccio integrato (bioetica, educazione sanitaria ect) – Orientamento alla comunità (organizzazione dei servizi, lavoro e malattia, ambiente e psiche ect).

La realtà dei Paesi Occidentali è la crisi economica! La sfida è quella di evitare di caricare sui più fragili il peso delle difficoltà! L'alleanza fra Medici di Medicina Generale e Medici Medicina Specialistica può orientare le scelte politiche al raggiungimento di questo obiettivo.



FNOMCeO

*Al Presidente*

**Ai presidenti degli ordini  
provinciali dei medici chirurghi  
e degli odontoiatri**

Cari Amici,

Vi faccio pervenire il documento, sotto forma di “lettera aperta ai medici italiani”, che il Comitato Centrale della Federazione ha approvato e sulla cui base, ha deciso di aderire e partecipare alla **manifestazione del 27 ottobre p.v. a Roma.**

Coloro tra Voi che condividono la lettera e lo spirito del documento, nonchè l’adesione alla manifestazione, sono pregati di inviare una mail alla presidenza della FNOMCeO comunicando la propria presenza.

La Vostra partecipazione può essere favorita dallo svolgimento - domenica 28 ottobre - del Consiglio Nazionale Straordinario dell’EMPAM.

Conto sulla Vostra adesione e sulle iniziative che penserete di mettere in atto per garantire la massima presenza delle nostre istituzioni e Vi prego di dare la massima diffusione a Vostra disposizione.

Cordialità,

**Amedeo Bianco**

Allegato: lettera aperta

### ***Lettera aperta del Comitato Centrale della FNOMCeO ai medici italiani***

Negli ultimi anni ingravescenti e irrisolte criticità che hanno sconvolto gli assetti economico-finanziari dell'UE, hanno precipitato il nostro Paese in una condizione di assoluta emergenza e supportato interventi sulla finanza pubblica che hanno colpito strati vastissimi della nostra società e profondamente ferito i ceti più deboli. Sono stati coinvolti i redditi con l'aumento sia delle tassazioni dirette che gravano sui soliti noti, compresa una pesante patrimoniale sulla prima casa, sia di quelle indirette che incidono indistintamente sui consumi. Sono soprattutto svanite platee di redditi, stante la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro per la chiusura di migliaia di imprese, con un calo dei consumi che deprime la domanda e comprime la produzione di beni; in poche parole la spirale della recessione economica da cui è incerta l'uscita.

Restano al palo le attese dei giovani di una occupazione consona alle loro capacità e competenze e con loro la forza e la ricchezza delle speranze per il futuro.

Una tempesta quasi perfetta si è abbattuta anche sul nostro Welfare, con una dura riforma delle pensioni pubbliche e privatizzate, con la riduzione degli investimenti nel campo della istruzione e formazione pubblica, con il taglio dei trasferimenti finanziari a Regioni, Province e Comuni in gran parte utilizzati nel produrre servizi per i cittadini.

In tale contesto, alla sanità pubblica è stato chiesto moltissimo, considerando che dal 2012 al 2015, per effetto combinato delle manovre finanziarie Berlusconi-Tremonti, del "Salva Italia" e dell'ultimissima *Spending Review* del Presidente Monti, dovrà scontare una riduzione complessiva di finanziamenti pari a circa 21 miliardi di euro e i primi annunci della Legge di Stabilità prevedono ulteriori 1,6 Mld di tagli nel biennio 2013/14.

Nel frattempo, in deroga al principio costituzionale di leale collaborazione, ogni occasione è buona per accendere contrapposizioni tra Regioni, Governo e Parlamento, il che da una parte rende palese l'ambiguità interpretativa della legislazione concorrente in materia di ordinamento della sanità e, dall'altra, rende cogente la necessità di correggere questo federalismo imperfetto che non sempre ha intercettato un ceto politico all'altezza dei compiti, quando non addirittura inquinato dal malaffare.

In campo sanitario il clima di incertezza se non di stallo è palese: siamo ancora in attesa di due atti programmatici di estrema rilevanza ai fini di una efficace programmazione del SSN e cioè il nuovo Patto della Salute e la ridefinizione dei LEA, mentre non c'è ancora accordo per il riparto del fondo sanitario 2012, che deve

altresì scontare i 900 milioni di euro che la *Spending Review* prevede in riduzione già in corso di anno; il prossimo anno saranno 1,8 Mld.

Questa durissima riduzione del finanziamento pubblico definisce prospettive molto anguste per il nostro Servizio Sanitario Nazionale, preconstituendo le condizioni materiali perché praticamente tutte le Regioni, prima o poi, saranno tecnicamente da inserire in un piano di rientro da cui verosimilmente usciranno con più pressione fiscale e più ticket per i cittadini residenti a fronte di un sostanziale razionamento, più o meno implicito, delle prestazioni.

In tale difficilissima situazione, che vede il paese impoverirsi allargando vecchie disuguaglianze e producendone di nuove, la nostra sanità pubblica, formidabile strumento di coesione sociale, perde in equità ed universalismo, riducendo le garanzie di quel diritto alla tutela della salute, unico ed indivisibile, sancito come fondamentale dall'art. 32 della Costituzione.

Già oggi la contrazione dell'offerta sanitaria pubblica - per giunta gravata da ticket elevati in alcuni settori (farmaci, specialistica ambulatoriale, diagnostica, etc) - unitamente ad ammalianti offerte di prestazioni low cost, sospingono ceti più o meno abbienti a soluzioni di parziale o totale uscita dal sistema pubblico, indirizzandoli verso forme di sanità privata. Un fenomeno minaccioso, che mette in discussione il principio fondante della solidarietà che individua nelle varie forme di fiscalità generale le fonti di finanziamento del SSN.

La nostra spesa, sia pubblica che globale per la sanità, rapportata al PIL ed in assoluto pro/capite è tra le più basse dell'EU 15, quella privata (out of pocket) è analogamente tra le più alte, stimata vicina ai 40 Mld di euro/anno.

I medici che operano in conto e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, circa 235.000 professionisti, sono stati chiamati ad un contributo non indifferente con il blocco dei contratti, delle convenzioni e delle retribuzioni - al momento fino al 2014 - con prelievi aggiuntivi a quelli IRPEF, su scaglioni di reddito superiore ai 90.000 euro lordi per la dirigenza del SSN, con blocchi e tagli alle dinamiche di sviluppo professionale e di carriera, con forti limitazioni al *turn over*, con il dilagare della precarizzazione dei rapporti di lavoro (stimati al 7-8% della sola dirigenza medica), con la drastica riduzione dei posti letto per acuti senza un contestuale e coerente investimento in quelli di postacuzie, residenziali e/o domiciliari e soprattutto in assenza di una riforma organica delle cure primarie, con la riduzione lineare della spesa per farmaci e presidi biomedicali.

Questo è quanto viene richiesto ai medici e di cui gli stessi dovranno rendere conto ai cittadini nel lavoro quotidiano di prima linea, laddove cioè sono chiamati a

reggere il fronte di una domanda sanitaria in crescita quali-quantitativa, pur con risorse decrescenti.

A fronte delle funzioni svolte, delicate ed usuranti, nella gestione delle organizzazioni sanitarie sempre più assillate dal contenimento dei costi, i medici vengono invece ricondotti ad anonimi fattori produttivi da sottoporre a controllo, mentre il loro prodotto - i delicati servizi di tutela della salute - viene valutato e assimilato alla mera quantificazione dei costi che genera.

Non riteniamo possano essere queste le finalità della riforma aziendalista della sanità, che in quasi venti anni è rimasta sostanzialmente ferma al modello gestionale tipico dell'industria manifatturiera, non affrontando le contraddizioni specifiche di un settore che produce un bene, la salute, intriso di valori professionali, etici, civili e sociali.

Le morse di questa tenaglia si stringono da tempo e, con modalità e finalità intollerabili ed inaccettabili, pretendono di marginalizzare e subordinare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità del medico a cui, in più occasioni, sia la Corte Costituzionale sia la Cassazione hanno sempre ricondotto il diritto alla cura e quello di curare.

L'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità che rivendichiamo, vuole concorrere alla sostenibilità del nostro sistema sanitario, ma è preliminare e necessario rovesciare il paradigma dominante, considerando la professione medica come una fonte di soluzione dei problemi e non come una delle cause degli stessi.

Questa consunzione del ruolo del medico nelle organizzazioni è altresì aggravata, su un profilo più generale, da altre questioni irrisolte e già implose nel sistema: la crescita del contenzioso civile e penale che sollecita comportamenti professionali difensivistici costosi e paradossalmente pericolosi, la sostanziale inadeguatezza della formazione rispetto alla complessità delle competenze tecnico-professionali e alla diversità del moderno esercizio professionale spesso chiamato ad andare oltre il tradizionale paradigma biomedico della salute e della malattia, l'ingresso massiccio nella medicina e nella sanità dell'I.C.T. che globalizza le informazioni e moltiplica velocemente i saperi, la spinta consumeristica del bene salute che contrattualizza - sul piano commerciale - la delicata relazione medico-paziente.

Nel domandarci che cosa poter fare per evitare, o quanto meno contrastare, questa deriva e disegnare una prospettiva per la professione e la sanità, riteniamo non più sufficiente legittimamente difendere i tradizionali ruoli, funzioni e ambiti di competenze, ma occorre anche promuovere innovazioni nella cultura tecnico-

professionale, nella formazione universitaria e long-life, nella deontologia, nei modelli di organizzazione dei servizi.

Anche in futuro non sarà possibile mantenere un sistema di tutela della salute equo, universalistico, solidale e di qualità, se la nostra professione viene sconfitta nei suoi valori etici e civili sanciti dalla Deontologia, non sufficientemente attrezzata sul piano dei saperi e delle competenze rapportate alla moderna complessità dei processi di cura ed assistenza, marginalizzata nelle catene decisionali delle organizzazioni sanitarie, lasciata sola a reggere la forbice tra ciò che per la medicina e la sanità è possibile e quanto, invece, non lo è.

Come già verificatosi in passato, la nostra professione si trova dinanzi a scelte cruciali e difficili e l'unica cosa che non può permettersi è quella di non scegliere, arroccandosi in fragili cittadelle di culture ed interessi.

**Il Comitato Centrale della FNOMCeO**, sulla base di queste considerazioni e nella prospettiva di sostenere una piattaforma professionale per i necessari cambiamenti, **parteciperà alla manifestazione indetta dalle OO.SS mediche, il giorno 27 Ottobre 2012**, e invita tutti i Presidenti di Ordine, i Componenti i Consigli Direttivi Provinciali, gli iscritti tutti a formalizzare la loro adesione all'iniziativa e a partecipare di persona.

Saremo presenti con un unico "striscione" su cui verranno riportati i tre principi, oggi fortemente messi in discussione, che saldano la nostra etica professionale a quella civile del nostro paese, identificata nell'articolo 32 della Costituzione:

***INDIPENDENZA - AUTONOMIA - RESPONSABILITA'***

***per garantire ai cittadini il diritto alla cura e ai medici il diritto-dovere di curare***

Il Comitato Centrale della FNOMCeO

**Alcune Note Esplicative sull'OZONO TERAPIA Riservata ai Medici Chirurghi**

# **Recenti Acquisizioni e Meccanismi d'Azione**

## **Studi Clinici Randomizzati e Principali**

### **Indicazioni Cliniche**

*A Cura di:*

*Lamberto Re (MD), Giuseppe Malcangi (MD), Bordicchia Marica (PhD), Silvia Bustacchini (MD), Miguel Angel Morales Segura (MD) e Oriano Mercante (MD)*

L'Ozono Terapia o Ozormesi Clinica rappresenta oggi una tra le tecniche terapeutiche cosiddette integrative o complementari in grado di assumere un significato clinico importante in diverse patologie caratterizzate prevalentemente dal sintomo "Dolore".

Conosciuta per lo più come tecnica di supporto nei casi di ernie discali e patologie della colonna (1, 2), va consolidandosi come tecnica non invasiva per il trattamento di numerose patologie dolorose e, soprattutto, nella prevenzione di malattie legate allo stress ossidativo (3).

La recente produzione scientifica e l'avvio d'importanti studi clinici randomizzati in diverse parti del mondo, con una particolare evidenza anche nel continente asiatico e in Cina, impone una maggiore considerazione e conoscenza dei vari meccanismi bio-umoral alla base delle sempre più evidenti attività terapeutiche esercitate dall'ozono a dosi minimali.

L'allungamento dell'età della popolazione, ancorché auspicato o auspicabile, rappresenta un fenomeno che sta allarmando i Governi di molti Paesi per via delle enormi spese sanitarie che il controllo del sintomo dolore produrrà se non si interverrà con

metodi efficaci al fine di garantire una buona qualità di vita e ottimizzare la prevenzione di malattie degenerative caratteristiche della popolazione anziana.

Nonostante la spesa mondiale sia in continua crescita alcune fonti USA citano che circa il 60-80 % della popolazione è insoddisfatta del trattamento ricevuto e si rivolge autonomamente a terapie naturali o complementari che peraltro non sono sempre scevre da effetti indesiderati soprattutto se poco conosciute.

E' per tale motivo che paradossalmente la grave crisi economica mondiale, che obbliga a tagli costanti della spesa sanitaria che si ripercuotono negativamente e prevalentemente sulla popolazione anziana, diventa oggi la più strategica e formidabile alleata di terapie integrative quali l'ozono spingendo la ricerca verso soluzioni terapeutiche più economiche.

A nostro parere, visto anche il crescente impiego a livello internazionale e ai sempre più numerosi lavori clinici, si impone una seria e attenta valutazione delle consolidate potenzialità dell'Ozono Terapia sia nel campo del trattamento del dolore che nella prevenzione dei danni dell'invecchiamento legati prevalentemente allo stress ossidativo.

A tale scopo, su iniziativa della Regione Marche che ha proposto e finanziato il progetto con Atto Regionale approvato nel Novembre del 2007 (Delibera Consiglio Regionale 20-11-2007, n. 70), è stato finalmente avviato uno studio randomizzato da eseguirsi presso la struttura INRCA di Ancona (Protocol Code Number INRCA-02-2011 codice EudraCT 2011-003185-33).

Il progetto, dal titolo “Studio prospettico, controllato, randomizzato, in cieco di valutazione degli effetti dell’ossigeno-ozono (O2-O3 per via intramuscolare paravertebrale) sul dolore lombare, in soggetti di età > 65 anni”, è in fase di reclutamento ed è già visibile in sede AIFA (<http://ricerca-clinica.agenziafarmaco.it>) e nel sito internazionale dedicato ai lavori clinici di interesse multidisciplinare ClinicalTrialGov (<http://clinicaltrials.gov>).

L’ozono, in quanto ossidante, se opportunamente somministrato a dosi condizionanti è in grado di evocare una sorprendente risposta da parte dei sistemi antiossidanti mitocondriali che a loro volta contrastano i danni provocati dal fenomeno dell’invecchiamento riducendo la comparsa di malattie degenerative caratteristiche della popolazione più anziana.

Molti dei secondi messaggeri prodotti in seguito alla somministrazione di ozono attivano una serie di risposte bio-umorali a cascata responsabili sia dell’effetto analgesico acuto che dell’effetto positivo nelle patologie discali a lungo termine. Quindi sia nel caso della somministrazione intradiscale che in quella paravertebrale l’ozono agisce ai seguenti livelli:

**a.** Inibizione della Prostaglandina E2 e della Fosfolipasi A2 (come gli steroidi) e di altre citochine pro-infiammatorie (IL-1, 2, 8, 12, 15, interferone- $\alpha$ );

- b.** Aumento del rilascio di citochine immunomodulanti (IL-10, fattore B1): analgesiche and anti-infiammatorie;
- c.** Miglioramento del microcircolo per attivazione del NO endoteliale, riduzione stasi venosa e conseguente effetto analgesico (infatti la radice nervosa è estremamente sensibile all’ipossia!);
- d.** Disidratazione del materiale erniato e riaggiustamento della matrice mucopolisaccaridica e dei proteoglicani per un effetto chimico diretto dell’ozono;
- e.** Successiva stimolazione, approssimativamente 5 settimane, e rigenerazione della matrice lesionata con formazione di nuovi vasi sanguigni e riduzione in toto del volume del disco.

Come si può vedere, sia nella sindrome da compressione radicolare che in altre patologie, vengono esaltati almeno due meccanismi d’azione dell’ozono con una prevalenza per l’aspetto biumorale sia per gli effetti acuti che per quelli cronici indotti dall’ozono. Una recente meta-analisi evidenzia risultati clinici positivi sovrapponibili a quelli ottenuti in chirurgia ma con un minor rischio di effetti avversi e a costi estremamente vantaggiosi (4, 5).

I meccanismi cosiddetti “meccanici” indotti dall’ozono nelle discopatie, ancorché presenti, non rappresentano quindi il principale effetto del gas che sarebbe invece dipendente dai secondi messaggeri prodotti in conseguenza del piccolo stimolo ossidativo che segue la somministrazione di dosi controllate di ozono (6, 7), molto simile al processo descritto per l’NRF2 che tramite la sua interazione con il sito denominato Elemento della Risposta Antiossidante (ARE) media l’attivazione trascrizionale di geni presenti nelle cellule esposte e moderato stress ossidativo (8).

Come è noto alcune abitudini di vita non corrette come l'alimentazione, il fumo, lo stress o altri fattori sono in grado di condizionare negativamente il processo d'invecchiamento "fisiologico" con la possibile induzione di danni e polimorfismi del DNA anticipando quei processi degenerativi

caratteristici della popolazione anziana. Alcuni dati sono indicativi di effetti positivi indotti dalla somministrazione di piccole dosi di ozono, appunto con una tecnica che viene definita come "ozormesi clinica", sostenendo i processi cellulari suscettibili di danno biologico (9).

### ***Principali indicazioni terapeutiche dell'ozono per specialità***

<b><i>Specializzazione</i></b>	<b><i>Patologia</i></b>
<b>Dermatologia</b>	<b>Herpes Zoster e Simplex, Acne, Eczema, Lipodistrofia (Cellulite), Micosi, Psoriasi, Dermatite atopica.</b>
<b>Medicina Interna</b>	<b>Epatiti, Diabete, Aterosclerosi (6), Asma, Bronchiti, Gastriti e Ulcere, Morbo di Crohn e Costipazione.</b>
<b>Nefrologia / Dialisi</b>	<b>Coadiuvante nel trattamento delle malattie ischemico-metaboliche e dialisi.</b>
<b>Neurologia</b>	<b>Mal di Testa, Depressione, Cefalea a Grappolo, Disordini neuro-vascolari e neuro-vegetativi.</b>
<b>Odontostomatologia</b>	<b>Carie, Parodontopatie, Complemento Post Chirurgia, Periodontiti, Afte.</b>
<b>Ortopedia /Reumatologia</b>	<b>Conflitti Radicolari, Mal di Schiena, Cervicalgia, Ernia Discale, Lombalgia, Reumatismo Articolare, Osteoartrite, Periartrite, Artrite Reumatoide, Traumatismi dello Sport e Non.</b>
<b>Angiologia</b>	<b>Insufficienza Venosa, Ulcere Diabetiche, Coronaropatie, Gangrene, Ulcere Post Flebitiche, Vasculopatie Periferiche.</b>
<b>Ginecologia</b>	<b>Infezioni Batteriche da Protozoi o Micosi, Bartoliniti, Vaginiti, Menopausa, Infiammazione cronica della pelvi, infertilità.</b>
<b>Immunologia</b>	<b>Immuno-modulatore, disordini autoimmuni, coadiuvante nei trattamenti con radiazioni o immunodeficienze croniche o acquisite.</b>

Appare quindi più comprensibile come tale terapia, recentemente rivalutata da importanti lavori scientifici, sia potenzialmente utile in molteplici affezioni apparentemente diverse come collocazione clinica e come meccanismo patogenetico. Infatti, il sito mitocondriale che sembrerebbe rappresentare il bersaglio principale dell'azione ormetica dell'ozono è ubiquitario ed essenziale per la vita cellulare così come per la sua morte o meglio apoptosi.

Le principali indicazioni cliniche, alcune ancora in fase di studio clinico, sono indicate nella Tabella. Una spiegazione più esauriente sulle dosi e sulla metodica di somministrazione (Iniezioni, Sacca Plastica, Grande Autoemo, Piccola Autoemo, Topica) può essere visualizzata dalla Dichiarazione di Madrid sull'Ozono Terapia, accettata da diverse Società Internazionali di Ozono Terapia (10).

## BIBLIOGRAFIA

1. Paoloni M, Di Sante L, Cacchio A, Apuzzo D, Marotta S, Razzano M, Franzini M, Santilli V. **Intramuscular oxygen-ozone therapy in the treatment of acute back pain with lumbar disc herniation: a multicenter, randomized, double-blind, clinical trial of active and simulated lumbar paravertebral injection.** Spine (Phila Pa 1976). 2009 Jun 1;34(13):1337-44.
2. Andreula CF, Simonetti L, de Santis F, et al. **Minimally invasive oxygen ozone therapy for lumbar disk herniation.** Am J Neuroradiol 2003;24:996-1000.
3. Lamberto Re, Mohamed N:Mawsouf, Silvia Menéndez, Olga S.León, Gregorio M. Sánchez, Frank Hernández. **Ozone therapy: Clinical and basic evidence of its therapeutic potential.** Arch. Med. Res. 39:17-26, 2008
4. Steppan, J., Meaders, T., Muto, M. and Murphy, K. J., **A metaanalysis of the effectiveness and safety of ozone treatments for herniated lumbar discs,** J Vasc Interv Radiol, 2010, 21: 534-548.
5. De Oliveira Magalhaes, F. N., Dotta, L., Sasse, A., Teixeira, M. J. and Fonoff, E. T., **Ozone Therapy as a Treatment for Low Back Pain Secondary to Herniated Disc: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials,** Pain Physician, 2012, 15: E115-129.
6. Gregorio Martinez-Sanchez, Livan Delgado-Roche, Arquimides Diaz-Batista, Gema Perez-Davison, Lamberto Re. **Effects of ozone therapy on haemostatic and oxidative stress index in coronary artery disease,** European Journal of Pharmacology 691 (2012) 156-162.
7. Lamberto Re, Gregorio M. Sánchez, Nabil Mawsouf. **Clinical evidence of ozone interaction with pain mediators.** Saudi Med J 2011; Vol. 32 (12) 1363:1367.
8. Rushmore TH, Morton MR, Pickett CB. **The antioxidant responsive element (ARE). Activation by oxidative stress and identification of the DNA consensus sequence required for functional activity.** J. Biol. Chem. 1991 266:11632-39.
9. Lamberto Re, Giuseppe Malcangi, Gregorio Martinez-Sanchez, **Medical ozone is now ready for a scientific challenge: current status and future perspectives,** Journal of Experimental and Integrative Medicine 2012; 2(3):193-196.
10. AEPROMO, **Madrid Declaration on Ozone Therapy,** in International Meeting of Ozone Therapy Schools, ISCO3, Madrid, Spain, 2010.

# MIXING PerCorso interattivo per Specialisti: una esperienza che coinvolge la pediatria ospedaliera e del territorio

## COME LO "VIVE" IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il Mixing è giunto quest'anno alla 10ª edizione! Cominciato in sordina, guardato con scetticismo da noi pediatri di libera scelta, si può invece definire l'evento dell'anno per la pediatria Marchigiana. La formula è sicuramente vincente. Non si tratta, infatti, di un convegno tradizionale strutturato con presentazioni o letture magistrali, ma rappresenta nei suoi contenuti e nella sua formulazione una "riunione collegiale" interattiva.

L'evento si svolge nell'intera giornata del venerdì e nella mattinata di sabato. Dopo due o

tre interventi su temi di ampio respiro culturale, che non riguardano solo la pediatria in senso stretto, i partecipanti si dividono in piccoli gruppi che discutono, guidati da un esperto e coordinati da un tutor, specifici temi di interesse per il pediatra.

La figura del tutor, solitamente un pediatra di libera scelta, è centrale in questo convegno, poiché individua insieme all'esperto, gli aspetti di importanza strategica per la pediatria del territorio e ne fa una breve presentazione prima che l'esperto affronti l'argomento nei diversi aspetti clinici.

Per i tutor questo rappresenta una grande oc-





casione di crescita culturale, non solo perché permette di confrontarsi direttamente con l'esperto ma anche perché induce a stimolare l'intervento attivo dei colleghi sui temi trattati. Gli argomenti svolti nel corso degli anni hanno affrontato molteplici campi della medicina pediatrica quali le malattie allergiche e respiratorie, l'immunologia, la farmacologia, le vaccinazioni, l'alimentazione, la dermatologia, l'endocrinologia, la nefrologia, la neurologia, l'otorino laringoiatria e altre sub specialità pediatriche. Il "taglio" molto pratico degli interventi richiesti ai relatori alle relazioni e la formula "a piccoli gruppi" permettono ai partecipanti di intervenire attivamente alla discussione e di chiarire eventuali dubbi con l'esperto e di confrontare con gli altri le proprie esperienze professionali.

Personalmente ho avuto l'opportunità di essere tutor in ben sette edizioni del Mixing e questa esperienza ha sicuramente rappresentato per me, come per i miei colleghi un'occasione unica di crescita culturale e di stimolo alla revisione critica della letteratura internazionale.

Altra peculiarità di questo convegno è la sessione "the Best Ten" durante la quale il professor de Benedictis presenta e discute in aula i migliori dieci articoli della letteratura internazionale dell'anno sul tema delle malattie respiratorie e allergiche del bambino. Davvero

uno straordinario aggiornamento in tempo reale, irrinunciabile per tutti noi e frequentatissimo nonostante la sessione si svolga, per non interferire con le altre, alle 7.30 del mattino di sabato mattina !!

Un ringraziamento particolare a chi ogni anno con grande impegno e con professionalità prepara questo bellissimo e ormai atteso evento trasmettendo a tutti entusiasmo e voglia di apprendere. Non posso in chiusura non ringraziare anche la segretaria dell'evento, la "mitica" Consuelo, a cui si deve l'enorme supporto nella fase organizzativa e realizzativa!

**Arcangela Guerrieri**  
*Pediatra di libera scelta*

### COME LO "VIVE" IL RESPONSABILE DEL COMITATO SCIENTIFICO

Quando Mixing è nato – allora lavoravo in Clinica Pediatrica a Perugia – ero animato da un unico desiderio: quello di proporre cultura e, soprattutto, trasferirla.

Fu subito un convegno "diverso". Ed apparve chiaro sin dalla prima edizione che la formula ideata era quella giusta per attirare l'attenzione di chi, indipendentemente dal ruolo ricoperto nel panorama della pediatria, avesse davvero desiderio di dare e ricevere cultura.

La formula didattica originaria utilizzava due poli di apprendimento: la presentazione da parte di esperti in seduta plenaria di temi di particolare interesse culturale su aspetti scientifici e sociali (aggiornamento) e la trattazione di argomenti di squisita natura pediatrica nell'interno di gruppi di lavoro guidati da tutor (formazione).

Il successo ottenuto con questa nuova idea di aggregazione culturale convinse sulla bontà dell'iniziativa e sulla opportunità di proseguire il percorso sul sentiero tracciato. Con il mio trasferimento ad Ancona, MIXING si è arricchito di altri elementi risultati poi strategici per il successo raccolto negli anni. L'inserimento di pediatri di libera scelta nel comitato scientifico e il ruolo progressivamente maggiore dei tutor nel mediare l'interattività nei gruppi di studio hanno certamente costituito indubbi valori aggiunti per l'iniziativa.

I "best five" (i migliori articoli della letteratura in tema pneumo-allergologico) - altra idea vincente nella edizione originaria - sono apparsi subito insufficienti per soddisfare la curiosità degli appassionati e sono presto diventati "best ten". La sessione, prevista in orario antelucano prima dell'inizio dei gruppi di lavoro, ha raccolto nel tempo consensi sempre più numerosi ed è diventata una tappa d'obbligo di aggiornamento per i pediatri.

I cocktail famosi sono tali per la qualità equili-

brata dei loro componenti. Non sono solo gli ingredienti ad essere importanti per il gusto finale, ma è determinante il modo in cui essi sono dosati e miscelati nel "mixer".

Così MIXING, che ha sempre mostrato un invidiabile equilibrio tra le sue componenti. Non solo pediatria come scienza medica, ma anche aspetti attuali di medicina sociale (es. la violenza sul minore, il bambino immigrato, internet e salute, il dolore nel bambino, pianeta disabilità, il pediatra e la famiglia) e di cultura generale (il futuro informatico, la potenzialità della rete pediatrica, il rapporto medico-paziente, la rivoluzione della famiglia, la ricerca al servizio dei bambini, le scienze omiche).

A distanza di 10 anni è lecito azzardare qualche consuntivo. Non ci sono dubbi sul fatto che il contenuto (e il clima) che caratterizzano MIXING abbiano migliorato il modello assistenziale della pediatria anconetana e regionale, ma abbiano soprattutto rafforzato il rapporto comunicativo tra ospedale e territorio, tradizionalmente difficile. Il merito di questo traguardo raggiunto è di tutti: dei docenti per la qualità del sapere trasmesso, dei discenti per la loro attiva partecipazione e, forse, anche di chi un giorno pensò a un modo diverso di proporre e ricevere cultura.

**Fernando Maria de Benedictis**

*Direttore Pediatria, Ospedale Salesi, Ancona*



# La sordità nell'anziano

M.V. Scoponi

Primario Emerito Ospedale G. Salesi

Il linguaggio è l'espressione della ragione dell'uomo, è il risultato della formazione della parola per imitazione, è essenziale per la formazione della società.

Basta solo ricordare che nei secoli bui al sordomuto era negata la capacità di stipulare, di essere tutori, e né potevano fare da testimoni nei testamenti, né fare essi stessi testamento. Secondo l'OMS circa 280 milioni di persone nel mondo hanno subito una diminuzione dell'udito da moderata a grave, con le gravi ripercussioni di ordine fisico, psicologico e sociale. L'apprendimento linguistico dipende dalla intera partecipazione di tutta la personalità dell'uomo, necessita del perfetto funzionamento di tutte le vie sensoriali, necessita della elaborazione, a livello dei centri superiori dell'encefalo, della simbolizzazione con i significati (suoni) linguistici verbali, e di tutti i significati sensoriali ed effettivi portati da situazioni visute ed immediatamente strutturate in oggetti indissociabili.

E' compito della medicina quindi quello di studiare le funzioni del corpo umano allo scopo di conservare la salute, di combattere e di prevenire le malattie.

Al tempo stesso i molti successi della medicina in questo secolo sono spesso il frutto di acquisizioni di altre discipline scientifiche i cui risultati trovano sbocco anche nella scienza medica.

La conoscenza delle scoperte tecnologiche ha dato l'avvio ad una nuova scienza: la bioingegneria, che ha permesso alla medicina di attuare interventi preventivi in grado di stroncare, o comunque contenere o correggere patologie vecchie di millenni che, come abbiamo visto, avevano gravi ripercussioni sociali nella vita delle popolazioni.

In questo settore l'indagine strumentale audio-logica è oggi uno strumento indispensabile

nella diagnosi delle ipoacusie. Tali apparecchiature sempre più sofisticate, permettono diagnosi sempre più precoci. La bioingegneria ci ha inoltre fornito apparecchi di riabilitazione uditiva sempre più miniaturizzati e potenti. La felice combinazione, nel campo della sordità, della diagnosi precoce e della precoce riabilitazione all'ascolto, hanno permesso la vittoria sul "sordomutismo". Oggi pertanto il portatore del deficit sensoriale non deve più essere considerato tale secondo la menomazione che ha e per quello che non può fare, ma deve essere seguito ed aiutato sulla base di quello che può fare, sulla base delle potenzialità di cui ancora dispone, elementi questi che sono stati valorizzati solo in epoche recenti.

Questo punto di vista, nella sua semplicità, è rivoluzionario rispetto ai vecchi e radicati concetti, infatti la prospettiva di recupero si fonda sulla valutazione delle potenzialità personali, o che possono divenire tali tramite particolari forme di sostegno sia terapeutico che sociale.

Nelle Marche abbiamo avuto la fortuna di avere politici illuminati, attenti al progresso medico-scientifico, ne hanno compreso l'importanza e l'hanno tradotta in applicazioni pratiche per il recupero sociale di coloro che erano stati colpiti da tale menomazione.

La legge regionale n. 11 del 23 febbraio 2000 della Regione Marche ha stabilito che in tutto il territorio si proceda alla lotta ed alla prevenzione delle disabilità dei soggetti con danno uditivo.

La legge regionale 23 febbraio 2000 è una legge importantissima anzitutto perchè programmatoria e perchè pone seriamente la questione della centralizzazione di prestazioni specialistiche e la diffusione dei servizi sul territorio.

Con l'art. 1 si è voluto sancire chiaramente che la finalità della legge è quella di rimuovere, quindi di addivenire ad azione concreta e definitiva, gli ostacoli che impediscono la integrazione sociale della persona non udente e si vuole intervenire nelle varie fasi di bisogno non per semplice assistenzialismo economico, cosa che purtroppo avviene sovente divenendo settore economico, ma per stabilire piena parità tra i cittadini eliminando quanto impedisce pari opportunità in ogni campo e fase della vita.

La presbiacusia dal greco "presbios" è una patologia sociale "fisiologicamente" collegata con l'allungamento della vita. Anch'essa, come la sordità nella prima infanzia, può essere prevenuta nei suoi effetti, e correttamente gestita. Comunicare vuol dire produrre segnali che influenzano il "comportamento" di altri individui. "La comunicazione è frutto della parola", caratteristica esclusiva dell'essere umano. Il non udire impedisce la comunicazione fra gli individui: il comunicare forma la "società". Il non udire isola l'uomo dal contesto sociale.

**Per garantire la corretta comunicazione verbale concorrono tre fattori essenziali:**

- L'integrità automatica dei centri fonatori
- L'utilizzo delle facoltà intellettuali
- La perfetta funzionalità dell'apparato uditivo.

Comunicazione e linguaggio sono quindi due fenomeni biologici filogeneticamente ed ontogeneticamente ben distinti, anche se innegabilmente legati da un complesso rapporto di interdipendenza.

Poichè le parole sono combinazioni di suoni fonetici e il canale sensoriale abilitato a ricevere è quello uditivo, gli stimoli sonori fonetici, opportunamente trasformati dalle strutture neurosensoriali acustiche, risalgono fino alla corteccia celebrale dove poi vengono percepiti. La corretta percezione delle forme linguali, quindi, è un presupposto indispensabile per la loro interpretazione. L'udito in altri termini elabora l'aspetto acustico delle parole in modo che il cervello possa integrarlo.

Nella comunicazione verbale il ruolo funzionale più importante è riservato quindi all'organo dell'udito, poichè è impegnato in entrambi i processi, sia in quello di codificazione sia in quello di decodificazione.

La Diagnosi precoce delle ipoacusie negli anziani annullerà il periodo di silenzio, e l'anello della catena Udito-Attività percettiva acustica e neuronale si ripristinerà, la parola verrà captata-trattenuta-rielaborata e l'anziano ipoacustico non sarà più considerato un "menomato", non diventerà più un "costo per la società" ma sarà una "ricchezza" per le generazioni più giovani.

**Il non udire bene è causa di:**

- Pericolo per le incolumità personali
- Insicurezza
- Senso di inferiorità
- Depressione
- Diffidenza
- Isolamento sociale.

**Ne derivano:**

- Emarginazione
- Non autosufficienza
- Costi per la società.

Controllare l'udito con l'esame audiometrico è dunque un dovere sociale. Le protesi acustiche oggi sono efficaci ed estetiche, eppure in Italia la protesizzazione è la più bassa in Europa.

E' nostro compito informare gli anziani che nel complesso programma di riabilitazione audio verbale la protesizzazione acustica rappresenta quindi una tappa fondamentale.

Tale informazione agisce pesantemente sulla vita degli uomini ma permette una integrazione tra società e sanitario.

Così operando tutti noi ci faremo riconoscere da migliaia e migliaia di "deboli di udito" quali portatori di un messaggio moderno e importante, quello della diagnosi precoce e della protesizzazione in tempo utile!

Sarà questa la nostra sfida nei prossimi anni, questo significherà veramente essere medici.

# INVECCHIARE IN SALUTE SI PUO': IL PROGETTO ANNI ATTIVI

L'Unione Europea ha proclamato il 2012 "anno dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni".

L'INRCA, proseguendo l'impegno istituzionale di promozione di un invecchiamento di successo, ha inaugurato una palestra dedicata agli over 65.

La pratica di una corretta attività fisica è fondamentale per il mantenimento dello stato di salute e numerose evidenze scientifiche dimostrano a qualunque età essa offra benefici psicofisici contrastando i fisiologici processi di invecchiamento.

## PERCHE' UNA PALESTRA DEDICATA AGLI OVER 65

I soggetti anziani italiani non praticano attività fisica perché:

- **non esiste una vera cultura della fitness a livello di popolazione**
- **le palestre non sono "ingegnerizzate" per l'anziano**
- **spesso gli istruttori non hanno una cultura specifica**
- **l'anziano nelle comuni palestre soffre il confronto con i più giovani ed esiste una sorta di ghettizzazione per gli anziani che desiderano praticare attività fisica.**

Quindi, per chi non abbia familiarità alla pratica sportiva è spesso difficile recarsi in una comune palestra dove il confronto con persone giovani ed allenate può rendere frustrante un momento che deve essere anzitutto rilassante; inoltre, le persone anziane hanno bisogni particolari sia dal punto di vista delle attrezzature (che devono essere rispettose delle limitazioni funzionali e poco traumatizzanti sulle strutture corporee impegnate) sia dal punto di vista dei programmi di allenamento che possono e devono essere personalizzati e finalizzati al raggiungimento di risultati specifici. E' necessario inoltre che gli istruttori abbiano una formazione idonea a comprendere i bisogni specifici valutando adeguatamente rischi e potenzialità del singolo.

## COME NASCE IL PROGETTO

La palestra è stata cofinanziata dalla Fondazione Cariverona e dall'INRCA ed il progetto sviluppato dai medici dell'INRCA in collaborazione con i professionisti della pratica sportiva e dell'educazione fisica FIDAL (Federazione Italiana di Atletica Leggera) ed ADEFS (Associazione degli insegnanti di educazione fisica e dei laureati in scienze motorie).

## DOVE SI SVOLGE

La palestra è stata realizzata all'interno del Palaindoor di Ancona, la più grande struttura stabile per l'atletica al coperto di tutta Italia, sede anche del campionato italiano Master indoor.

## I PROGRAMMI

Verranno implementati quattro programmi di attività, ciascuno finalizzato ad una particolare problematica di salute:

- mantenimento dell'efficienza muscolo scheletrica;
- contrasto della sarcopenia ed osteoporosi;
- equilibrio e mantenimento efficienza cognitiva;
- fitness metabolico.

Scopo dei programmi è anche educare alla attività fisica così da poter proseguire in autonomia la pratica sportiva e non perdere i benefici conseguiti.

All'ingresso ed al termine di ciascun programma verranno effettuati dei test per la valutazione del beneficio ottenuto da ogni partecipante.

## CHI PUO' ACCEDERE

La palestra è dedicata a persone al di sopra di 65 anni che non abbiano patologie che impediscano o controindichino l'attività motoria (necessaria certificazione medica).

E' necessaria, come per qualsiasi palestra una assicurazione che verrà pagata insieme alla prima quota mensile (55 euro per 12 ore al mese) per l'accesso alla palestra, quest'ultima e' stabilita dalla FIDAL.

## COME ACCEDERE

Per accedere ai corsi bisogna rivolgersi al medico curante, l'unico che conosca a fondo le esigenze dei propri assistiti e possa giudicare la necessità dell'attività fisica e consigliare sul percorso più idoneo. Inoltre, il Medico di Medicina generale, stabilirà la necessità di accedere al programma, dovrà effettuare la valutazione di idoneità.

Il Medico potrà effettuare direttamente la prenotazione dopo avere ottenuto username e password per lo specifico sito telefonando al numero verde: 800867065 (Lun-Ven dalle 9 alle 13).

Tali credenziali, specifiche per ogni medico andranno inserite al sito: [www.inrca.it/anniattivi.asp](http://www.inrca.it/anniattivi.asp)

Noi crediamo a questo progetto e speriamo anche che i Collegi della Medicina Generale ci credano e ci aiutino a concretizzarlo.



Unità Operativa di Epidemiologia  
Ancona  
Scheda tematica



## GIORNATA MONDIALE CONTRO LA IPERTENSIONE ARTERIOSA 17 MAGGIO 2012

Il 17 maggio 2012 si svolge la VIII Giornata Mondiale contro l'ipertensione Arteriosa (I.A.), promossa in tutto il mondo dalla World Hypertension League.

Circa 600 milioni di persone nel mondo, soprattutto in occidente, presentano questo importante fattore di rischio cardiovascolare; complessivamente infatti 7,1 milioni di persone muore ogni anno a causa dell'ipertensione e delle sue complicazioni

E' inoltre la seconda causa di visite ambulatoriali negli Stati Uniti (circa 30 milioni di visite l'anno) e in Italia circa 12 milioni di accessi ambulatoriali ogni anno sono dovuti all'I.A..

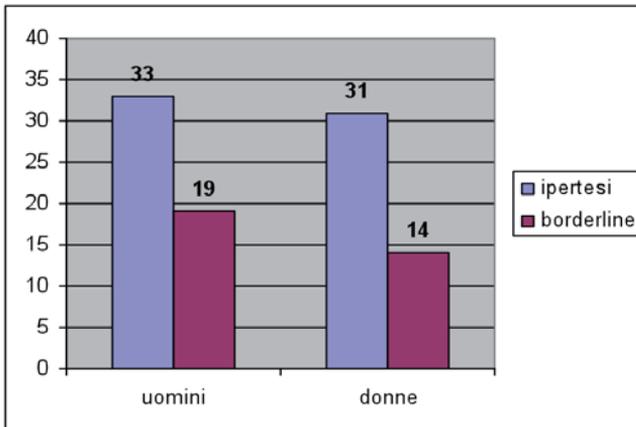
### La situazione della Ipertensione Arteriosa in Italia

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

Si stima che gli ipertesi nel nostro Paese siano circa 15 milioni, 33% uomini e 31% donne (fig. A). Sono definiti ipertesi coloro che presentano PA Sistolica maggiore di 160 mmHg e PA Diastolica maggiore a 95 mmHg o in trattamento anti-ipertensivo; sono cosiddetti "borderline" chi presenta PA Sistolica tra 140 e 159 mmHg e PA Diastolica tra 90 e 94 mmHg.

Figura A – percentuale di adulti con diagnosi di IA



Dati di prevalenza dell'ipertensione arteriosa nella popolazione italiana, tratti da "Atlante italiano delle Malattie Cardiovascolari" persone tra 35 e 74 anni.

Di tutti gli ipertesi solo il 50% sa di esserlo e solo il 25% segue una cura.

Inoltre il 75% degli ipertesi non assume i farmaci secondo le prescrizioni, oppure non li assume affatto, solo il 10-20% degli ipertesi ha la pressione adeguatamente controllata con la terapia.

Nella popolazione italiana totale, anche se la maggior parte degli ipertesi (69%) segue un trattamento farmacologico regolare, i valori di pressione sistolica e diastolica media sono circa

148 mmHg e 89 mmHg rispettivamente. Molti ipertesi inoltre presentano altri fattori di rischio cardiovascolare associati: Il 28,7 % ha abitudine al fumo, il 36,4% presenta sovrappeso o obesità, il 55,9% ha il colesterolo elevato e il 15% è affetto da diabete mellito.

Il 49% delle donne in menopausa manifesta pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg o è sotto regolare trattamento farmacologico specifico. Il 18% ha un valore di pressione sistolica compreso tra 140 e 160 mmHg e di pressione diastolica tra 90 e 95 mmHg.

La familiarità per ipertensione arteriosa riguarda il 41% degli uomini e il 54% delle donne.

Negli anziani, il 52% degli uomini e il 57% delle donne è iperteso o sotto regolare trattamento anti-ipertensivo.

L'ipertensione sotto-diagnosticata e mal gestita, dal punto di vista del trattamento, aumenta esponenzialmente il rischio di subire eventi cardiovascolari – soprattutto infarto e ictus – che infatti sono sempre la causa di morte più frequente in tutti i Paesi industrializzati.

Il dato positivo - che dovrebbe far riflettere sulla necessità di aumentare la prevenzione delle malattie cardiovascolari attraverso specifiche campagne mirate ad informare sui rischi connessi all'ipertensione - è invece che, tra i pazienti che sono riusciti a seguire un regime terapeutico corretto per almeno 5 anni, è stata osservata una diminuzione:

- del 25% degli eventi coronarici (angina, infarto)
- del 35- 42% degli eventi cerebrovascolari (ictus)
- di più del 50% dello scompenso cardiaco oltre alla protezione dall'insufficienza renale.

### Quante persone sono ipertese nella Area Vasta 2 ?

Nell'Area Vasta 2 da almeno 5 anni è in corso l'indagine nazionale PASSI che monitora mensilmente alcuni aspetti della salute dei marchigiani. Da questo sistema di sorveglianza sappiamo che nell'AV di Ancona il 20,6% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione. In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (38% nella fascia 50-69 anni)
- nelle persone con livello istruzione basso
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone con eccesso ponderale (tab. 1)

Tabella 1 – persone con diagnosi di ipertensione, AV2 2007-2009

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*		Area Vasta Ancona - PASSI 2007 - 2009 (n= 1128)	
Caratteristiche	Ipertesi % (IC95%)		
<b>Totale</b>	<b>20,6</b>	<b>18,3-23,1</b>	
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	5,7	3,5-9,0	
35 - 49	12,9	9,8-16,8	
50 - 69	38,0	33,5-42,8	
<b>Sesso</b>			
uomini	19,7	16,6-23,2	
donne	21,5	18,2-25,3	
<b>Istruzione**</b>			
bassa	28,1	24,1-32,5	
alta	15,5	12,9-18,5	
<b>Difficoltà economiche</b>			
sì	23,0	19,6-26,9	
no	18,4	15,4-21,8	
<b>Stato nutrizionale</b>			
sotto/normopeso	13,2	10,7-16,1	
sovrappeso/obeso	30,5	26,5-34,9	

\* tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Tra le ex Zone Territoriali dell'Area Vasta di Ancona, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 19,3% della ZT 5 Jesi al 21,9% della ZT 4 Senigallia.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22% (21% Nord-Est Italia), dato questo che si sovrappone a quello regionale che risulta essere del 20,2%.

**A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?**

Nell' Area Vasta 2 di Ancona il 90,6% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6,1% più di 2 anni fa, mentre il restante 3,3% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

- nella fascia d'età intermedia (35-49)
- nelle persone con livello istruzione basso (tab. 2).

Tra le ex Zone Territoriali dell'Area Vasta di Ancona, la ZT 6 Fabriano si differenzia per una più alta percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (range dall'87,3% ZT 5 Jesi al 94,2% ZT 6 Fabriano).

L'84% degli intervistati delle Aree Vaste regionali riferisce di avere misurato almeno una volta la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni.

Nelle ASL, a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83% (85% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.

**Tabella 2 – persone con p.a. misurata negli ultimi 2 anni, AV2 2007-2009**

**Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni**  
Area Vasta Ancona PASSI 2007/2009 (n= 1167)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>90,6</b>	<b>88,7-92,2</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	85,8	81,6-89,4
35 - 49	94,1	91,1-96,1
50 - 69	91,1	87,9-93,5
<b>Sesso</b>		
uomini	90,1	87,4-92,3
donne	91,1	88,4-93,3
<b>Istruzione*</b>		
bassa	93,6	90,8-95,5
alta	88,6	85,9-90,8
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	90,5	87,6-92,7
no	90,7	88,0-92,8

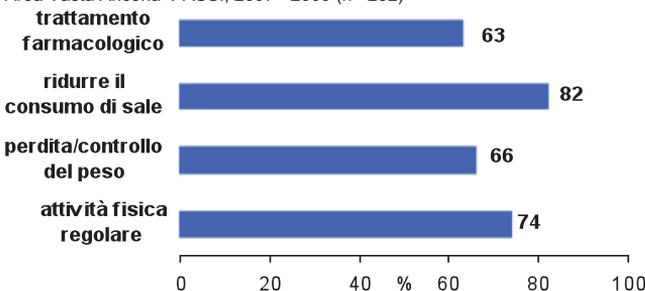
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?**

Nell'Area Vasta 2 di Ancona il 63,4% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi. Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di sale (82%)
- ridurre o mantenere il peso corporeo (66%)
- svolgere regolare attività fisica (74%) (fig. B)

**Figura B - Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico** (ogni variabile considerata indipendentemente)  
Area Vasta Ancona PASSI, 2007 - 2009 (n= 232)



Tra le ex Zone Territoriali dell'Area Vasta di Ancona, la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci è maggiore nelle ZT 5 Jesi (68,8%) e ZT 6 Fabriano (68,6%); nelle ZZ.TT 4 e 7 si osservano valori più bassi, rispettivamente 56,5% e 59,2%.

Tra le Aree Vaste regionali, si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 57% di Macerata al 79% di Pesaro Urbino).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71% (70% Nord-Est Italia).

## ***In sintesi...***

Si stima che nell'Area Vasta di Ancona, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a una persona su tre al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Si stima che circa una persona su sette non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa due ipertesi su tre.



## **A cura di:**

**Marco Morbidoni, Antonella Guidi, Elisa Ambrogiani**



## 31 maggio 2012: Giornata Mondiale senza Tabacco

### L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Oltre al tabacco<sup>1</sup>, una sigaretta contiene molti componenti e, ad ogni boccata, durante la combustione, si sprigionano **più di 4000 sostanze chimiche**.



Tra le più pericolose c'è il **catrame** che contiene sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie e sostanze irritanti, che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema.

La **nicotina**, inoltre, è un alcaloide che influenza il sistema cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza.

Il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile" in quanto causa di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente: gli studi epidemiologici più ottimisti valutano che il rischio cumulativo di morte per tumore polmonare sia di un morto ogni 1.000 persone esposte al fumo passivo. Questo rischio pur essendo enormemente inferiore a quello dei fumatori attivi tuttavia decisamente poco accettabile.

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa: 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Si stima che di 1.000 maschi adulti che fumano uno morirà di morte violenta, sei moriranno per incidente stradale, 250 saranno uccisi dal tabacco per patologie ad esso correlate.

### I danni del fumo di sigaretta<sup>2</sup>

Gli organi colpiti dal fumo di tabacco sono molteplici: l'apparato broncopolmonare e quello cardiovascolare sono i più bersagliati. Il "Center for Disease Control and Prevention" (CDC) degli U.S.A. ha identificato 27 malattie fumo-correlate. Ogni malattia ha un particolare rischio correlato al fumo. La gravità dei danni fisici dovuti all'esposizione (anche passiva) al fumo di tabacco, è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso. Più precisamente sono determinanti: età di inizio, numero di sigarette giornaliere, numero di anni di fumo e inalazione più o meno profonda del fumo.

Le principali patologie fumo-correlate sono:

- **Tumore al polmone**

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità il 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 20-25% degli incidenti cardiovascolari, sono dovuti al fumo di tabacco. In Italia si stima che il fumo sia responsabile del **91%** di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del **55% nelle donne**, per un totale di **circa 30.000 morti l'anno**.

### • Infarto e cardiopatie ischemiche

Il fumo è la causa principale di infarto e di malattie coronariche in uomini e donne e si associa al 30% delle morti causate da malattie coronariche, ad un aumentato rischio di morte improvvisa

**Smettendo di fumare il rischio si riduce dopo solo un anno di astinenza.**

**Dopo 20 anni diventa simile, ma sempre un po' superiore a quello di chi non ha mai fumato.**

Il fumo di sigaretta facilita non solo l'arteriosclerosi delle coronarie, ma di tutte le arterie. Questo provoca specialmente nei fumatori numerose malattie. Eccone alcune:

### • Stroke

Lo stroke (colpo apoplettico) è al terzo posto fra le cause di morte negli U.S.A. ed anche in Italia è molto frequente. Il rischio di incidenti di questo tipo aumenta del doppio o del quadruplo tra i fumatori.

**Smettendo di fumare il rischio si riduce drasticamente già dopo un anno.**

**Dopo 5-10 anni diventa sovrapponibile a quello di chi non ha mai fumato.**

Inoltre ci sono evidenze riguardo i danni da fumo di sigaretta per:

**Aneurisma aortico**, chi ne soffre non dovrebbe fumare, perchè i decessi per rottura sono 6 volte più numerosi tra i fumatori

**Demenza**, recenti studi, evidenziano che il tabagismo, con l'andare del tempo, aumenta il rischio di problemi mentali. Il fumo, una volta introdotto, causa un restringimento ed un indurimento delle arterie, compromettendo l'apporto di ossigeno al cervello.

Infine non vanno dimenticati i danni al **cavo orale e sull'estetica** (diminuzione delle difese immunitarie nei confronti della placca batterica; ingiallimento della dentina; aumenta il rischio di gengiviti; promozione dell'insorgenza del cancro della bocca) e l'**invecchiamento della pelle e aumento di raucedine** (il fumo accelera l'invecchiamento della pelle e provoca un aumento della raucedine con un rischio relativo per le forti fumatrici, + di 10 sigg./die, e di 14,2 per la raucedine)

### Danni del fumo sulla gravidanza

Il fumo provoca menopause più precoci di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici in quanto il fumo altera la normale produzione di ormoni sessuali femminili. Una donna gravida che fuma ha un aumentato rischio di aborti di bambini nati morti, e di avere neonati sottopeso (- 200 g. in media). Il fumo durante la gravidanza può causare un ritardo di crescita e di sviluppo mentale oltre che polmonare (capacità respiratoria inferiore del 10%) del bambino.

### Danni del fumo sulla sessualità maschile

Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio importantissimo nello sviluppo sia dell'aterosclerosi che della disfunzione erettile del pene. In un importante Studio condotto in Massachusetts (Massachusetts Male Aging Study-MMAS) si è riscontrato che il fumo di sigaretta amplifica notevolmente il rischio di impotenza, specie quando associato a patologie cardiovascolari e relative terapie farmacologiche. Nei pazienti trattati per una patologia cardiaca la probabilità di una impotenza completa era del 56% tra i fumatori e del 21% tra i non fumatori. Il fumo inoltre può ridurre la fertilità mediante riduzione della densità dello sperma, del numero e della mobilità degli spermatozoi

### Effetti su altri organi

Il fumo aumenta il rischio di cancro: della vescica, del fegato, della laringe, dell'esofago, del pancreas. Il fumo è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo e la progressione di un precece



danno renale diabetico (albuminuria) e per il peggioramento della retinopatia nei giovani soggetti diabetici.

## I dati dal Sistema di sorveglianza PASSI per l'Area Vasta 2 (ex Zone Territoriali di Ancona, Senigallia, Jesi e Fabriano)

PASSI è un sistema di sorveglianza su abitudini e stili di vita che si basa sulla somministrazione di un questionario tramite intervista telefonica ad un campione di popolazione estratto con metodo casuale semplice dalle liste dell'anagrafe degli assistiti in età compresa tra 18 e 69 anni.

Tra gli intervistati dell'Area Vasta 2 (n.1165) rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta:

- il 51% degli intervistati ha riferito di non fumare
- il 27,8% di essere fumatore
- il 20 % di essere un ex fumatore.
- l'1,2 % degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi

I "fumatori in astensione" sono ancora considerati fumatori dall'OMS.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (31% versus 25%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (58% versus 44%).

Nella Regione Marche il 50% degli intervistati ha riferito di non fumare, il 29% di essere fumatore, il 20% di essere un ex fumatore. L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi; nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale<sup>3</sup>, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50%.

Nell'Area Vasta 2 il range di fumatori va da un massimo del 32,1% nella ex Zona di Senigallia (1 su 3 intervistati fuma) ad un minimo del 25,2% nella ex zona di Ancona (1 fumatore su 5 intervistati).

La prevalenza più elevata di fumatori si è osservata:

- tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 18-34 anni)
- tra gli uomini
- tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
- tra le persone con difficoltà economiche.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno.

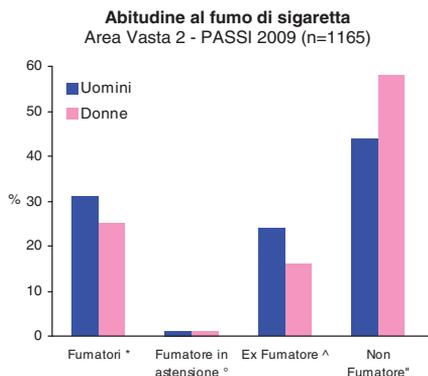
I "forti fumatori", con *oltre* 20 sigarette al dì, sono il 7%; si segnala, però, che ben il 17% dei fumatori ha dichiarato di fumare 20 sigarette al dì.

## Le domande e l'attenzione di medici e operatori sanitari

Nella Area Vasta 2 circa il 37% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:

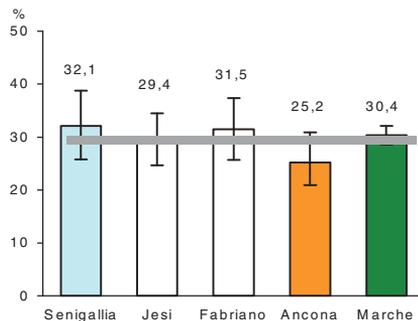
- il 65% dei fumatori



\* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

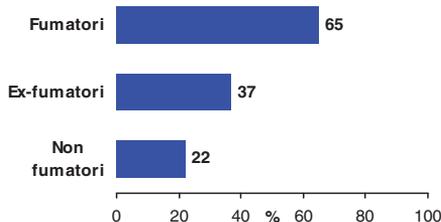


- il 37% degli ex fumatori
- il 22% dei non fumatori.

Tra i fumatori, il 57% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (25%). Nella regione Marche i 41% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ed il 57% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale le percentuali sono sovrapponibili a quelli regionali (42% interpellati e 57% di fumatori consigliati di smettere di fumare).

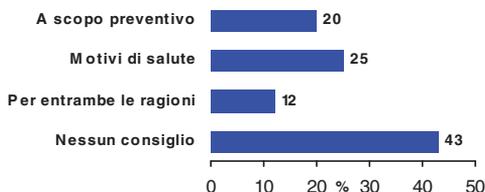
**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo**

Area Vasta 2 - PASSI 2009 (n=1062)\*



**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione**

Area Vasta 2 - Passi 2009 (n=276)\*



\*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## I luoghi di cura nella Area Vasta 2 – sede di Ancona

Dalle interviste effettuate risulta che fra gli ex fumatori, solo l'0,5% ha riferito di aver fruito di servizi della Area Vasta 2. Per questo occorre ricordare che **presso la sede di Ancona** sono presenti alcuni servizi attivi per i trattamenti del tabagismo:

- **Centro Anti-fumo c/o Poliambulatorio 2000**  
**Distretto Centro- Ancona** Via C. Colombo 106  
 Tel. 0718705007- 08  
 Dr. V. Valeri – Dott.ssa S. Fraboni

- **Centro Anti-fumo c/o U.O. Pneumologia - Ambulatorio**  
 Ospedale SS. Benvenuto e Rocco – Osimo  
 Tel. 071 71713027

- **Corsi per smettere di fumare c/o Centro Multimediale di Camerano**  
 Ufficio Promozione della Salute Dipartimento di Prevenzione  
 Via C. Colombo 106 – Ancona  
 Tel. 071 8705591-92  
 Dott. S. Berti (stefano.berti@sanita.marche.it)



*Baciam invece!*

### Bibliografia:

1. Guadagnare salute - Stili di vita > Fumo - Rischi per la salute, Ministero della Salute  
<http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=463&menu=fumo>
2. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: I danni derivati dal consumo di sigarette  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_463\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf)
3. Rapporto nazionale Passi 2010: abitudine al fumo <http://www.epicentro.iss.it/passi/R2010Fumo.asp>
4. Report Passi rilevazione Area Vasta 2 – Ancona, Jesi, Fabriano, Senigallia – periodo 2007-2009  
[http://www.asurzona7.marche.it/media/files/16583\\_passi\\_av2007\\_2009.pdf](http://www.asurzona7.marche.it/media/files/16583_passi_av2007_2009.pdf)

a cura di:

**Antonella Guidi, Elisa Ambrogiani, Marco Morbidoni**

Unità Operativa di Epidemiologia, via C. Colombo 106, 60127 Ancona  
 Tel. 071-8705684, fax 071-8705322, email marco.morbidoni@sanita.marche.it

## Manlio Caucci

***Ritengo che questo breve tratto di storia di vita personale e professionale di un nostro autorevole Collega il prof Manlio Caucci, che tralaltro è stato vicepresidente del nostro Ordine professionale per ben venti anni, vada letto con attenzione e visto come la realizzazione ed il compimento di quella fusione tra uomo e professionista di valore alla quale noi tutti dobbiamo sottendere.***

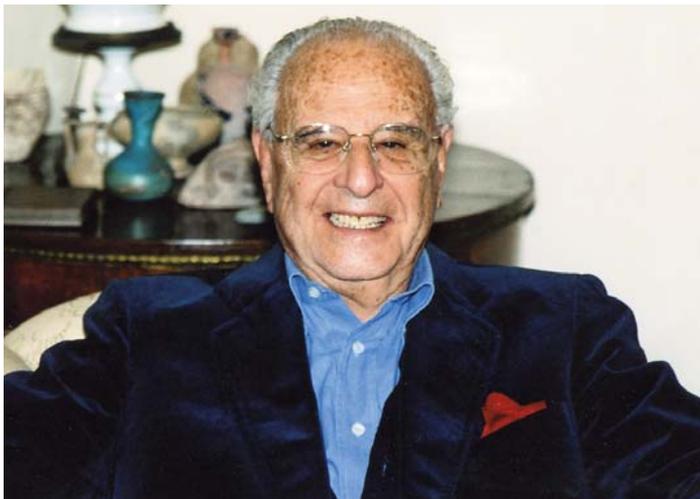
***Presidente  
Fulvio Borromei***

Manlio Caucci è nato a Roma il 18 Giugno 1915 da padre medico (noto ginecologo) e da madre di ottima famiglia di costruttori romani. A soli 11 anni rimane orfano e viene accolto nella casa di Ancona dove risiedeva la sorella maggiore, da poco sposata con Andrea Papini. Andrea accoglie il giovane cognato come un figlio e lo educa severamente. Grazie all'aiuto economico dell'ordine dei medici studia a Roma e si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1941 e nello stesso anno prende l'abilitazione presso l'Università di Padova, rispettando la tradizione, purtroppo persa nel tempo, di abilitarsi alla professione in altro Ateneo.

L'esperienza universitaria gli rimarrà sempre nel cuore e durante tutta la vita racconta al figlio medico e ai nipoti medici innumerevoli aneddoti del periodo universitario. Subito dopo la laurea è chiamato alle armi e destinato in qualità di ufficiale medico ad un reparto della divisione alpina dislocata in Montenegro. Qui, pochi giorni dopo l'8 settembre 43, viene catturato dai tedeschi - alleati sino al giorno prima- e deportato in Germania.

Pur confuso e nauseato per l'infamante resa e lo sfacelo che la disorganizzazione dei comandi superiori aveva causato, rimane fedele al giuramento di ufficiale rifiutandosi di collaborare con i tedeschi e subendo così una durissima prigionia.

Dopo la guerra si specializza a Bologna in chirurgia generale, urologia, traumatologia e orto-



pedia con Giuseppe Forni e Francesco Delitala. Intanto lavora all'ospedale Umberto I di Ancona, come assistente di medicina, chirurgia e ostetricia, rispettivamente con Franco Patrignani, Giulio Bombi e Aldo Gusso. Quindi nel 1946 passa all'ospedale pediatrico della stessa città, il Salesi, come aiuto di Alberto Caucci, primario di chirurgia e suo cugino nonchè medaglia d'oro al valore civile per la sua attività professionale. Al Salesi Manlio Caucci è primario di chirurgia dal 1959 al 1985 e direttore sanitario dal 1980 al 1985. Nel 1973 collabora fattivamente per la realizzazione della Facoltà medica nell'Ateneo anconetano dove terrà la cattedra di chirurgia pediatrica dal 1973 al 1985 realizzando quindi il suo sogno scientifico di chirurgo-ricercatore. Egli infatti ha sempre affrontato il lavoro clinico di chirurgo senza perdere mai di vista la ricerca scientifica assorbita ed assaporata durante gli studi universitari e post-universitari che Egli porrà sempre alla base dei suoi pro-

gressi clinico-chirurgici. Segue con passione il Maestro Alberto che aveva sapientemente raccolto a Parigi, presso il noto Ospedale Necker, gli insegnamenti del Padre internazionale della chirurgia pediatrica Louis Ombrédanne, soprattutto nel campo dei testicoli ritenuti dove Ombrédanne spiccava per le sue doti innovative. Si occupa quindi, sotto la rigida guida di Alberto, di una patologia sottovalutata: il testicolo fluttuante. In collaborazione con il Prof Francesco Osculati, allora Direttore dell'Istituto di Anatomia dell'Università d'Ancona, inizia uno studio approfondito di questa patologia seguendo i pazienti per oltre un ventennio. A coronamento di tali studi pubblica nel 1997 (ben 12 anni dopo la data del suo pensionamento) uno storico lavoro sulla prestigiosa rivista americana "Sterility and Fertility" in cui i suoi dati dimostrano inequivocabilmente la natura patologica del testicolo fluttuante indicando per esso la necessità di una cura precoce per prevenire la sterilità in età adulta. Con questa mentalità scientifica Manlio Caucci, nella sua lunga carriera, compie oltre 50.000 interventi, 30.000 di chirurgia pediatrica e 20.000 di chirurgia generale, mettendo a punto tecniche personali nel campo della urologia pediatrica, in particolare per l'ipospadia e il criptorchidismo.

Oltre alla pubblicazione storica sopra riportata Egli è autore di altre 150 pubblicazioni scientifiche e animatore di molti eventi, tra i quali il terzo congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica - di cui Caucci è stato uno dei fondatori e di cui sarà anche Presidente - con un incontro internazionale di urologia pediatrica ad Ancona nel 1964.

Negli anni '80 viene nominato "Cittadino Emerito" dal Comune di Ancona per i suoi meriti professionali.

Nel 2004 la Società Italiana di Urologia Pediatrica gli ha conferito il riconoscimento di "Padre e Maestro della Chirurgia Pediatrica Marchigiana".

Nel maggio 2011, all'età di 96 anni, Manlio Caucci pubblica il libro "Io, Dio e l'altro. Pensieri del mattino di un novantenne qualunque" nella collana dell'Accademia Marchigiana di Scienze Lettere ed Arti di Ancona, di cui è

stato presidente dal 1985 al 1987.

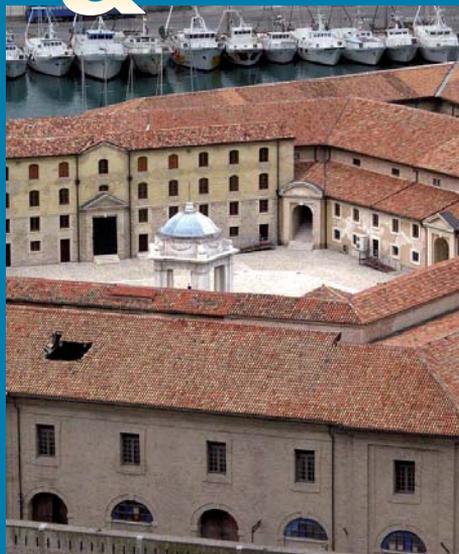
Il libro è una sorta di diario o di zibaldone di pensieri, composto in due momenti tra loro lontani. La prima parte è scritta tra il 1998 e il 2007, quando Caucci è ormai da tempo in pensione. Sostenuto da una memoria straordinaria, passa in rassegna la sua vita di bambino, adolescente e adulto, con una scrittura disinvolta e senza pudori: la famiglia di ieri e di oggi, gli studi, gli amori, le passioni, la natura, il mare prima di tutto, quello di Ancona e delle Tremiti. Riflette inoltre sui grandi temi di sempre: gli ideali, le ideologie, la politica, la religione, la fede, l'esistenza di Dio. La medicina che ha occupato e quasi dominato la vita di Caucci, vorrebbe essere da lui in qualche modo archiviata, ma spesso torna in primo piano con i ricordi dei maestri, dei collaboratori, dei colleghi ed amici, e soprattutto dei pazienti con i quali ha sempre cercato di stabilire un rapporto personale. Ed ecco i pensieri sulla vita, la malattia, la morte, l'interruzione di gravidanza, l'eutanasia, del professionista esperto, che ben conosce i limiti umani e conserva intatto l'ottimismo giovanile.

La seconda parte è scritta tra il 1943 e il 1945, durante il periodo di prigionia in Germania. Manlio Caucci è uno dei pochi italiani che rifiuta di collaborare con i tedeschi e con la Repubblica Sociale di Benito Mussolini, e paga questa scelta con una prigionia durissima. In un quaderno che doveva servire per i suoi studi di medicina, rivolgendosi ai famigliari e alla fidanzata Fiammetta, annota tutto quel che può del presente e del passato e sogna un futuro migliore, utilizzando la scrittura per trattenerne l'umanità e la vita stessa, di cui sembra essersi perso il valore.

La sua grande figura di chirurgo e scienziato scompare di fronte alla sua umanità, al suo modo di rapportarsi con gli altri, al suo modo di trasmettere il suo amore per le cose semplici e complesse della vita. Tutti coloro che hanno avuto il privilegio di conoscerlo lo ricorderanno sempre con amore, rispetto e ammirazione.

***Tratto in parte dalla recensione del libro "Io, Dio e l'altro" della Prof.ssa Stefania Fortuna dell'Università Politecnica delle Marche***

# medici & medici



[www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)  
[segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)