Volume 61, Numero 1 gennaio-marzo 2017

SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110

CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2017

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
http://cespes.unipg.it
rivistecespes@gmail.com

Abbonamento (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 57 / on-line € 50
Privati: cartaceo € 42 / on-line € 30
Soci SItI: cartaceo € 26 / on-line € 18
Soci CARD: cartaceo € 26 / on-line € 18
Estero: cartaceo € 65 / on-line € 55
Un fascicolo: cartaceo € 13 / on-line € 8

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258
Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA
codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI
rivistecespes@gmail.com
tel.: 075.585.7355
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT
Grafox Srl
via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia
tel.: 075.5171532

@ Copyright: Cultura e Salute Editore Perugia testi, fotografie, disegni, riproduzione vietata

SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 61, n. 1, gennaio-marzo 2017

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / http//cespes.unipg.it

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNEI), Roma / *Eric Breton*, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / *Antonio Cappelli,* Centro Italiano Ricerca sui Servizi Sanitari e Sociali, Roma / *Riccardo Casadei*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Carla Collicelli,* Fondazione CENSIS, Roma / *Paolo Contu*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / *Michele Conversano*, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / *Claudio Cricelli*, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / *Paolo Da Col*, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / *Barbara D'Avanzo*, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / *Enrico Desideri*, Azienda USL Toscana Sud Est / *Paola di Nicola*, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / *Floriana Falcinelli,* Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / *Giuseppe Fattori*, Azienda USL Modena / *Carlo Favaretti*, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / *Luigi Ferrannini*, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / *Sabrina Flamini*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / *Fabrizio Fornari*, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / *Fausto Francia*, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / *Patrizia Garista*, INDIRE, Roma / *Salvatore Geraci*, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / *Gilberto Gentili*, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / *Mariano Giacchi,* CREPS, Università di Siena / *Guido Giarelli*, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / *Margherita Giannoni*, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / *Marco Ingrosso*, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / *Lynne Kennedy*, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / *Domenico Lagravinese*, ASL Bari / *Gavino Maciocco*, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / *Edvige Mancinelli*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Liliana Minelli*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Maurice Mittelmark*, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / *Aldo Morrone*, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / *Damiano Parretti*, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / *Rossana Pasquini*, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / *Enrico Petrangeli*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / *Giancarlo Pocetta*, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / *Walter Ricciardi*, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / *Pio Enrico Ricci Bitti*, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / *Carlo Romagnoli*, Azienda USL Umbria 1, Perugia / *Roberto Romizi*, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / *Marzia Sandroni,* Azienda USL Toscana Sud Est / *Tiziano Scarponi,* Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbra / *Francesco Scotti*, Gruppo Tecnico Inter-regionale per la Salute Mentale, Regione Umbria / *Tullio Seppilli*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / *Gianfranco Tarsitani*, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / *Enrico Tempesta*, Osservatorio Permanente Giovani e Alcool, Roma / *Maria Triassi*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / *Lenneke Vaandrager*, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / *Maria Giovanna Vicarelli*, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / *Mauro Volpi*, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

	5	*In questo numero*
Editoriale	7	Educazione digitale per una cittadinanza informata. Quando i nodi vengono al pettine *Digital education and informed citizens. Your signs will find you out* **Lamberto Briziarelli**
Dibattito	10	Medicina e società: per una alleanza di saperi *Medicine and society: an alliance for knowledge* **Ambrogio Santambrogio**
Articoli	18	Neurobiologia dell'addiction. Il paradigma della cocaina *Neurobiology of addiction. The paradigm of cocaine* **Rosolino Vico Ricci, Luigi Ferrannini**
	41	Promozione della corretta alimentazione e dell'attività motoria nei soggetti con diabete di tipo 2: evidenze e prospettive *Promotion of correct diet and physical activity in patients with type 2 diabetes: evidence and perspectives* **Francesca Gallè, Valeria Di Onofrio, Assunta Cirella, Mirella Di Dio, Alessandra Miele, Francesco Siciliano, Simone Forte, Patrizia Belfiore e Giorgio Liguori**
	48	Verso una gestione integrata della cronicità: il progetto P.I.C.A.S.S.O. a sei mesi dall'avvio. Esperienza dell'ASL di Alessandria (Regione Piemonte) *Towards an integrated management of chronic diseases: P.I.C.A.S.S.O. project results for the first six months. Experience of the Health Local Unit of Alessandria (Piemonte Region)* **Viola Amprino, Elide Azzan, Maria Elisena Focati, Maria Rosaria Gualano, Alessia Piacenza, Simone Lazzaro Porretto, Roberta Siliquini, Roberto Stura, Paola Varese, Gilberto Gentili**

64 Le condizioni di salute dei detenuti in Umbria
Prisoners health conditions in Umbria
Anna Cirronis, Alberto Busnelli, Fabio Voller, Marco Grignani

79 Studio sulle esperienze di sofferenza di persone con sclerosi multipla: implicazioni per l'empowerment e la promozione della salute
Study on experiences of suffering of people with multiple sclerosis: implications for empowerment and health promotion
Alberto Caoci, Eleonora Cocco

93 Lo screening nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle Residenze Sanitarie Assistite, l'esperienza di una ASL Toscana
Nutritional screening of the elderly hospitalized in the nursing homes, the experience of a local health authority in Tuscany
Silvia Memmini, Mariapia Macchiarulo, Alberto Tomasi, Luigi Rossi, Bianca Maria Mulini, Fausto Bruno Morgantini

101 Prevalenza delle patologie degenerative vertebrali in un campione rappresentativo della Polizia locale di Napoli
Degenerative spinal disorders prevalence in a representative sample of the Local Naples Police
Annalisa Molisso, Umberto Carbone

Recensioni 107

Documenti 109 Happy Ageing. Alleanza per l'invecchiamento attivo
Position paper n.2 Attività fisica e salute

117 La tassa che allunga la vita
Aumentare le imposte sui tabacchi ne scoraggia l'acquisto, riduce cancro e malattie cardiache, promuove il benessere economico
Appello di società scientifiche e istituzioni sanitarie

In questo numero

L'approccio globale che caratterizza la nostra Rivista allarga necessariamente il campo dei contributi a corpi disciplinari affini, che sono comunque attinenti alla promozione della salute; essi divengono centrali per "fare sistema" e rendere sempre meglio comprensibile ed applicabile il concetto di "integrazione" fra tutte le problematiche sanitarie e di salute. Apre la serie di contributi *Ambrogio Santambrogio* con un tema dedicato all'integrazione tra saperi; "la scienza, in medicina come in tutti gli altri settori (comprese le scienze sociali), vive oggi di specializzazioni. Come ricomporre i saperi specialistici acquisiti in una conoscenza di insieme e dell'insieme? Un importante spunto di riflessione e analisi anche per aprire il dibattito con i nostri Lettori.
Ferrannini e *Ricci* propongono una rassegna di letteratura dedicata alla ricerca, in specie preclinica e sperimentale, sui meccanismi di azione delle sostanze d'abuso e sulla loro complessa influenza sul funzionamento del SNC. I risultati delle analisi nell'ambito della prevenzione, della clinica e del trattamento, impongono di agire sui fattori ambientali protettivi - i contesti familiari e sociali -, sullo sviluppo delle abilità personali per far fronte agli eventi di vita stressanti. Si rende necessaria la costruzione di un atto di cura che ponga al centro il valore del singolo, una diagnosi che non sia solo "banalmente" tossicologica ma abbia un forte orientamento sulla persona con i suoi molti differenti bisogni sempre caratterizzati da sofferenza, senza la possibilità di costruire gerarchie o rapporti di causa-effetto: in sintesi "medicina nella complessità".
Francesca Gallè et al riportano un modello sperimentale di prevenzione terziaria basato sull'integrazione di attività motoria e supporto motivazionale nel percorso terapeutico del diabete mellito di tipo 2 Il progetto ha compreso interventi di educazione al movimento ed alla corretta alimentazione, con un programma di attività fisica adattata. Il principale punto di forza del modello è rappresentato dall'interconnessione tra le diverse figure coinvolte (medici, allenatori, *counselors*), che ha permesso di accompagnare e sostenere attivamente i pazienti; è possibile ipotizzare che l'adozione di tale modello possa comportare un abbattimento dei costi per riduzione delle ospedalizzazioni, minore ricorso alle prestazioni specialistiche ed alla prescrizioni di farmaci.
Le più recenti modifiche demografiche ed epidemiologiche nel nostro Paese hanno richiesto un'inversione di tendenza culturale e un adeguamento delle risposte assistenziali. A fronte di

una medicina sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza. L'articolo di *Viola Amprino et al* descrive il complesso e articolato Progetto P.I.C.A.S.S.O., sviluppato sulla base del paradigma della sanità di iniziativa, volto al potenziamento della presa in carico del cittadino fragile (età, patologie croniche, caratteristiche socio-economiche, assunzione di poli-terapie). Anche un ottimo esempio di integrazione Ospedale - Territorio.
Anna Cirronis et al riferiscono sulle condizioni di salute dei detenuti nelle strutture detentive umbre nell'ambito di uno studio nazionale, con particolare attenzione ai disturbi psichici. Una sezione dello studio è riservata alla rilevazione dei fattori di rischio suicidario e alla valutazione dell'efficacia delle misure preventive attualmente messe in atto. È imperativo etico anche per la sanità pubblica tutelare la salute di questa popolazione particolarmente fragile: strutturare una raccolta e analisi stabile e sistematica dei dati sanitari è utile al fine di contribuire a migliorare le condizioni di vita e di salute dei soggetti e attuare interventi terapeutici più adeguati ai loro reali bisogni. L'articolo di *Alberto Caoci e Eleonora Cocco* espone i risultati di una ricerca qualitativa sui vissuti e le esperienze di sofferenza tra le persone affette da sclerosi multipla. La studio è stato svolto attraverso l'analisi di contenuto delle narrazioni di persone affette da questa patologia. L'approccio ha evitato di censurare la sofferenza incarnata in esperienze di malattia, di ridurla a categorie e generalizzazioni che prescindono dai vissuti personali e dal contesto sociale. I medici - ribadiscono gli Autori - possono dare un contributo significativo per affrontare la sofferenza dei loro pazienti non solo agendo farmacologicamente sulla loro "patologia" ma anche contrastando i processi sociali di stereotipizzazione e disabilitazione che trasformano l'esperienza di malattia cronica in un marchio di disvalore morale. Un vero esempio di promozione della salute ed empowerment. Relativo alle problematiche degli anziani istituzionalizzati il contributo di *Silvia Memmini et al*. I soggetti in questione sono caratterizzati da numerose fragilità che possono complicarsi in relazione al cambiamento dell'ambiente di vita. È stata effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio di malnutrizione nei soggetti over 65 ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite dell'ASL Toscana Nordovest- zona di Lucca; i risultati dello studio confermano che il cambiamento dello stile di vita successivo all'istituzionalizzazione richiede una valutazione costante dello stato nutrizionale dell'anziano. Affinché l'intervento preventivo risulti efficace è necessario che la gestione nutrizionale venga attuata sin dalla fase di scelta degli alimenti e pertanto è indispensabile la formazione di tutti gli operatori coinvolti nella preparazione e nella distribuzione degli alimenti.
Chiude questo primo numero dell'annata 2017 l'articolo di *Molisso e Carbone* che riporta uno studio sulla prevalenza della patologia della colonna vertebrale in un campione costituito da 1392 Agenti della Polizia Locale di Napoli. Si evidenzia che l'esposizione a condizioni climatiche sfavorevoli e l'obbligo del mantenimento della postura eretta, fattori coesistenti negli addetti alla regolazione del traffico veicolare, hanno una maggiore potenzialità di determinare danni alla colonna vertebrale.

Editoriale

Educazione digitale per una cittadinanza informata. Quando i nodi vengono al pettine

Digital education and informed citizens. Your signs will find you out

Lamberto Briziarelli

È da tempo in atto un'interessante ed ampia discussione sul "*digital divide",* il *gap* che separa in modo esiziale la generazione degli utilizzatori permanenti ed esclusivi degli strumenti digitali e frequentatori permanenti della rete da quella di coloro che ne sono del tutto esclusi o che ne fanno un uso limitato, sia per incapacità oggettiva o perché conservano abitudini inveterate, come l'amore per la carta stampata e fanno ricorso alla rete solo per avere informazioni particolari, con un uso selettivo e cauto.

Tutti siamo più o meno convinti che la generazione degli anzianotti, diciamo così, è senza dubbio svantaggiata rispetto ai primi, per dover perdere più tempo ma soprattutto per essere spesso esclusi dall'accesso diretto a molti servizi, pubblici o privati, a seguito dell'informatizzazione di molte pratiche ed alla sostituzione dei tradizionali sportelli con automatismi vari. Anche da parte della pubblica amministrazione che dovrebbe al contrario facilitare l'accesso degli utenti aventi diritto. L'esempio più banale ma più deprecato (e non dai soli vecchi o vecchioni) è quello dei centralini automatici, che richiedono numerose digitazioni prima di avere la possibilità di essere serviti o di poter ascoltare la voce di una persona, il mitico e desiderato "operatore". Le sole voci umane vere sono quelle degli sfruttati dei "call center" che non rendono servizi ai perseguitati ma vogliono solo appioppare qualche prodotto od illusorio vantaggio. E questi sono sempre presenti, assidui sollecitatori e conversatori, per lo più nell'ora dei pasti o del riposino.

Però, da qualche tempo, si sta lentamente cambiando il giudizio sull'effettiva utilità dell'uso dei marchingegni moderni e sul futuro sempre più popolato di automatismi e di veri automi che sostituiranno gli umani. Non dal versante della reale utilità di questi strumenti per molte funzioni che restano un ausilio importante all'uso del quale dovremo tutti necessariamente abituarci ed essere dunque digitalmente alfabetizzati ma su uno molto più importante che riguarda le capacità intellettive, lo sviluppo dell'intelligenza critica.

Molto si è già detto a proposito della necessità di controllare debitamente il tempo che i giova-

ni, e specie i giovanissimi, passano di fronte ad uno schermo, dalla TV– oramai sempre meno usata – ai tanti gadget che vanno sotto la voce di *smart*, onde evitare danni di diversa natura.
Ma ora si sta evidenziando qualcosa di peggio, che ha a che vedere con il rischio di creare un insieme di individui non socializzanti, che non formano una comunità, di cittadini senza cittadinanza, politicamente poco capaci e con ridotte capacità intellettive. Molto si discute già sul fatto che le nozioni non vengono acquisite con lo studio e l'esercizio della memoria ma facendo ricorso al semplice piatto pronto, precotto e premasticato, andandole a cercare al momento del bisogno. Senza sapere ciò che è a monte e il contesto in cui si trova. Non servono più la tabellina, né la tavola di Mendelejev, per fare una moltiplicazione o individuare il peso atomico di un elemento e il suo posto nell'insieme degli elementi. Tanto è tutto nel web!
Tutto bene, tutto facile, tutto e subito, niente storia, niente geografia, niente latino, né matematica; perché tanta fatica, a che serve imparare a memoria? Ma spesso i fatti sono diversi da quello che si immagina e la realtà si mostra, per fortuna, diversa dalla fantasia e dall'illusione, smentisce le scorciatoie facili, ne rivela la fallacia e soprattutto il pericolo.
E così, nel paese più avanzato dal punto di vista della modernità e della *balburdie* informatica, del miracolo del cablaggio e dell'iper-tecnologia, in sedi prestigiose si sta elevando un grido di allarme molto forte e si propone un nuovo processo educativo, di ri-educazione, si potrebbe meglio dire, della popolazione.
Con la dizione originale "*digital literacy-informed citizenship*" si sta sviluppando un movimento che rivendica l'assoluta necessità dello sviluppo di una (nuova) cultura informatica se si vuole giungere alla formazione di una cittadinanza realmente informata che, al momento, tale non è.
Questa operazione non è il frutto di una proposta illuministica o la riflessione di filosofi utopici, né l'affermarsi di una nuova religione, bensì prende le mosse dai risultati, come si conviene e si deve fare, di un'attenta ricerca fatta nell'Università di Stanford, negli USA. Con strumenti adeguati sono state studiate le nuove generazioni, nate dopo l'introduzione diffusa della digitalizzazione, il monde dei cosiddetti "nativi digitali" per evidenziarne le capacità di comprensione e di analisi riguardo alla massa di informazioni che circolano sulla rete, nei social e in tutte le altre forme di raccolta e diffusione.
I risultati sono, più che sorprendenti, catastrofici. Una fortissima maggioranza degli studenti esaminati, totalmente legati agli strumenti informatici e frequentatori abituali, non sono in grado di giudicare la qualità delle informazioni che utilizzano. Non si parla della quantità di sciocchezze diffuse a piene mani dai cosiddetti *social* né delle imprecisioni o inesattezze contenute in molti contenitori di tipo enciclopedico non soggetti a verifica di qualità, né dell'uso truffaldino del mezzo a fini di parte o di interesse; si indaga bensì della incapacità dei giovani digitali nativi a riconoscere le scemenze, le bufale, a discriminare il vero dal falso grossolano. In breve i ricercatori parlano di riduzione delle capacità intellettive, del mancato sviluppo di un'intelligenza critica. Poco istruiti, poco acculturati e poco accorti, si potrebbe concludere con qualche malignità. Se non peggio, soggetti facilmente a inganni e turlupinature, incapaci di operare scelte autonome,

assumere decisioni derivanti da ponderate riflessioni e non da subitanee e improbabili illusioni.
Senza entrare nel merito delle diverse posizioni, essendo la ricerca iniziata già nel 2014, l'allarme trova conferma anche dalle recenti vicende elettorali in quel Paese ma anche in Europa. Dove si è potuta riscontrare, come condiviso da tutti gli analisti, una completa scotomizzazione fra i bisogni, le condizioni di vita e di lavoro, e le scelte elettorali dominate completamente da populismi irrazionali e rivolte a favore di temi e candidati contrari alle prime.
In Italia, del tutto recentemente l'Osservatorio giovani dell'istituto G. Toniolo ha diffuso un'anteprima di uno studio su "Diffusione, uso, insidie dei social network", condotto nel mese di gennaio dell'anno in corso su oltre 2.000 individui fra i 20 ed i 34 anni di età. I dati non sono molto difformi dallo studio prima ricordato, anche se le classi di età non sono del tutto le stesse ed ugualmente le percentuali sull'uso e sugli errori di valutazione differiscono, con valori meno preoccupanti per la popolazione del nostro Paese. Ma la rappresentazione del fenomeno è molto simile, rispetto alla facilità con cui gli utenti dei social possono essere tratti in inganno o non hanno sufficiente capacità critica per discriminare il vero dal falso.
Per il nostro lavoro di soggetti che intervengono sulla popolazione per aiutare gli individui ad operare scelte razionali nei confronti della salute si pone un duplice ordine di problemi, sui contenuti rispetto ai tanti imbonitori che popolano i media ovunque e di continuo (in uno degli ultimi numeri abbiamo esaminato il problema dell'alimentazione e degli alimenti) e, secondo, sull'uso dei mezzi innovativi della comunicazione. Al momento ci fermiamo, aprendo su questi punti un forte spunto alla riflessione.
Non si vuole ovviamente riproporre una nuova forma di luddismo, bensì invitare a ragionare sul che fare, sul come utilizzare al meglio questi strumenti che offrono indubbi vantaggi e rendono a moltissime persone la vita più facile, Basti pensare solamente, per quelli che riescono a farlo, alla possibilità di acquistare i biglietti del treno, operazione sempre più difficile per la chiusura di molte stazioni e gli orari che praticano quelle ancora aperte. La soluzione è evidente, ancorché non facile, la stessa per molti altri strumenti: fare buon uso di essi, dalla fissione nucleare al taglierino.
Difficile il percorso con cui costruire e realizzare un processo formativo di tutti sul corretto uso di essi e creare una coscienza critica, matura a partire dalle generazioni dei giovanissimi, ai quali mettiamo in mano aggeggi incredibili, fin dalla culla. Ma assolutamente necessario.
Qui comincia – o si ripropone – ancora un discorso vecchio, il ruolo dei genitori e della famiglia come primo momento educativo, ovviamente messi in grado ed aiutati a svolgerlo. Nel Paese del Vaticano, dove sembrerebbe della massima importanza la *pietas cristiana,* a questa istituzione fondamentale della società viene riservato uno spazio amplissimo a parole assai ridotto in termini reali. Come al solito molte chiacchiere e pochissimi fatti.
Del ruolo delle istituzioni formative non serve parlarne, sappiamo tutti cosa dovrebbero fare e non occorre auspicare che lo facciano, è un loro preciso dovere.

Per saperne di più: //ed.stanford.edu/node/10003?newsletter=true. Http://www.rapportogiovani.it/diffusione-uso-insidie-dei-social-network-i-dati-dellosservatorio-giovani-dellistituto-toniolo/

Dibattito

Medicina e società: per una alleanza di saperi[1]

Medicine and society: an alliance for knowledge

Ambrogio Santambrogio

Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: ricerca, specializzazione, medicina, sociologia, integrazione

RIASSUNTO

Fare ricerca e produrre scienza implica oggi un processo di specializzazione sempre maggiore, che si amplia con l'aumento dei risultati che si raggiungono. La comunicazione di questi ultimi è resa sempre più difficile dallo sviluppo iper specializzato dei linguaggi tecnici, elemento che ha esiti importanti sulla natura e sullo sviluppo delle comunità scientifiche, producendo, talvolta, gravi effetti di disintegrazione.

I problemi che emergono da questo processo sono condensati nella contraddizione tra particolare e generale, tra scomposizione e riunificazione e appartengono alla scienza medica così come alla stessa sociologia.

Se, da un lato, è ormai inevitabile la specializzazione, dall'altro occorre fare ricerca specialistica senza dimenticare l'intero cui la parte studiata appartiene e provare a ricomporre i saperi specialistici acquisiti in una conoscenza d'insieme e dell'insieme. Inevitabile che un modo nuovo di fare ricerca possa avere ricadute significative anche sulla didattica. Solo un approccio diverso alla ricerca che, all'interno di ogni specifico ambito, si ponga coerentemente il compito, a partire dalla specializzazione che produce saperi specifici, di una loro ricomposizione nella prospettiva di una conoscenza dell'insieme, anche nella consapevolezza che tale obiettivo probabilmente non sarà mai raggiunto definitivamente, sviluppa quella forma mentis che favorisce poi una maggiore apertura interdisciplinare.

Ciò renderà i risultati potenzialmente in grado di produrre ricadute sulla mentalità collettiva e sulle politiche pubbliche.

1. Questo testo coincide con la lezione magistrale da me tenuta il 5 aprile 2016 per l'apertura del secondo modulo *Teorie, metodi e strumenti per la ricerca in promozione ed educazione alla salute per la comunità* del Master in *Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione alla salute per la comunità*, Dipartimento di Medicina, Università di Perugia. Ringrazio la Prof.ssa Liliana Minelli per avermi invitato a tenere la lezione e tutti i presenti, che mi hanno onorato della loro presenza e stimolato con le loro domande.

Autore per corrispondenza: ambrogio.santambrogio@unipg.it

Keywords: research, specialization, medicine, sociology, integration

SUMMARY
The increasing specialization in research and in the production of science today is directly linked with the increase of the results that are achieved. The communication of the results of this kind of research is becoming more and more difficult do to the development of hyper-specialized technical languages, an element that has important results on the nature and development of scientific communities, leading to sometimes severe effects of disintegration.
The problems that emerge from this process are condensed in the contradiction between the particular and the general, between decomposition and reunification and belong to both, medical science as well as to sociology.
If, on the one hand, the specialization inevitable, on the other must be kept on mind the hole picture and try to reassemble the specialized knowledge with the whole. Inevitable that a this way of doing research may have significant repercussions on teaching. Only a different approach to research that, within each specific field, keeps the task to recreate the hole picture from the specific research, even if probably this target will never be reached, it would at least create a mindset that my open to interdisciplinary openness. This my potentially produce effects on the community and public policies.

La medicina può correre oggi il rischio di tornare ad essere una medicina "senza società", sia sul piano della ricerca, sia su quello delle reali politiche sanitarie. La medicina è naturalmente interna alla società, ma per molti versi è come se, per i suoi fini concreti, possa diventare estranea al contesto in cui opera. Da decenni ormai in Italia si parla di integrazione socio-sanitaria, ma i risultati continuano, secondo me, ad essere scarsi. Soprattutto in periodi di crisi, come quello che si sta attraversando, la "società" e il "sociale" vengono sentiti, alla fine, come un costo che non ci si può permettere e, davanti alle presunte "sofisticherie" dell'approccio sociale alla medicina, riemerge prepotentemente la dimensione *hard* della medicina pura. Se tagli si devono fare, non è certo nei confronti di quest'ultima dimensione che si interviene. Parafrasando Geertz, si può dire che gli aspetti medici sono la "torta" e quelli sociali solo la "panna" sopra la torta: se è possibile, la si aggiunge e la cosa fa un bell'effetto; se non è possibile, meglio badare al sodo.
Ci sono aspetti profondi alla base di questo modo di pensare, che purtroppo riguarda tutti, medici, ricercatori, amministratori, politici e cittadini. Il più importante di questi aspetti, secondo me, ha a che vedere con la base del processo con cui si fa medicina, cioè con la ricerca e con la didattica. Poiché parlo all'interno di un *master* universitario, vorrei brevemente soffermarmi, per prima cosa, proprio su questa base, da cui dipende poi tutto il resto. Iniziando dalla ricerca.
Oggi fare ricerca e produrre scienza implica un processo di specializzazione sempre maggiore, che aumenta con l'aumento dei risultati che si raggiungono. In medicina, non si tratta solo di una progressiva disintegrazione in minuscoli frammenti dell'insieme del corpo umano (già separato dalla sua "anima"), ma anche, e forse soprattutto, dello sviluppo di linguaggi

specialistici comprensibili ormai solo a cerchie di ricercatori sempre più ristrette.
C'è qualcosa di inevitabile in tutto ciò, ed è impensabile un "luddismo" tecnologico che si opponga a questa iper specializzazione. I vantaggi sono ovviamente evidenti. Il progresso della conoscenza è sotto agli occhi di tutti e le scienze, *in primis* le scienze mediche, hanno fatto passi da gigante. E, probabilmente, c'è un nesso strettissimo tra iper specializzazione e risultati scientifici. Gli svantaggi, o per lo meno i limiti, sono però altrettanto evidenti. La ricerca è sempre più orientata tecnicamente, e risponde sempre più alla domanda "come"?, piuttosto che alla domanda "perché"? Il fine della ricerca, insomma, è sottratto alla ricerca stessa: scopo del produrre scienza è quello di identificare mezzi idonei per raggiungere un fine sempre più indipendente e sottratto alla valutazione e al controllo del ricercatore. Diventa perciò sempre più difficile, come sopra si diceva, comunicare i risultati della ricerca, anche a causa dello sviluppo iper specializzato dei linguaggi tecnici. Questo fatto ha effetti importanti sulla natura e sullo sviluppo delle comunità scientifiche, producendo, in molti casi, gravi effetti di disintegrazione.
Da più parti, e non solo dalle medicine olistiche e/o da approcci più o meno scientifici, si richiama ormai sempre più l'urgenza di considerare il corpo umano come un tutt'uno. Rimane il fatto che, soprattutto a livello di ricerca, l'insieme non viene mai preso in considerazione: conosco diversi ottimi ricercatori che dedicano la propria vita di laboratorio a poche cellule o, addirittura, a componenti di esse. Si tratta ovviamente di un fenomeno che riguarda tutte le scienze, non solo la scienza medica. In effetti, lo sviluppo scientifico moderno, a partire già dalle prime formulazioni del metodo scientifico, ha sempre più sottolineato la centralità del processo di induzione e di settorializzazione. Scomporre analiticamente l'insieme, frantumandolo in parti che si ritengono significative, è l'operazione che già i grandi pittori dell'umanesimo e del rinascimento facevano nell'intento di comprendere il funzionamento del corpo umano.
Emblematico da questo punto di vista è il grande quadro *Lezione di anatomia del Dottor Tulp* di Rembrandt. Nella raffigurazione, il corpo da sezionare giace sul tavolo come mero oggetto scomponibile sotto l'occhio, e il bisturi, del docente. Si tratta, in prima battuta, del farsi mero oggetto della vita. Essa viene compresa negandola: l'*oggettivazione* è il processo che produce *oggettività* perché viene cancellata la vera essenza della realtà, il suo essere vita. L'oggettività – la scientificità – della conoscenza è quindi il risultato di una preliminare oggettivazione del corpo umano: togliendo ad esso il suo aspetto vitale, esso viene trasformato in un oggetto oggettivamente studiabile. Il corpo umano diventa mera natura, cui diventa applicabile lo stesso metodo dell'osservazione induttiva che si applica allo studio delle montagne, degli astri o delle nuvole. La curiosità scientifica, che brilla negli occhi e nell'atteggiamento di maestro e allievi, si esercita su un oggetto specifico – il Dott. Tulp sta mostrando il funzionamento dei tendini del braccio – separato dal corpo e indipendente da esso. Il tendine è solo oggetto parte di un oggetto più ampio, il cui funzionamento può essere spiegato meccanicamente come parte di un meccanismo più ampio.
Rembrandt sottolinea qui un aspetto decisivo nella storia dell'evoluzione della professione

del medico, che caratterizza proprio l'epoca in cui il quadro viene dipinto, l'inizio del XVII secolo: l'unificazione di teoria (il grosso volume rappresentato a destra nel quadro) e prassi (la vivisezione, sino ad allora praticata da barbieri e cerusici, non dai medici). Il salto di qualità della medicina si compie dunque con l'unificazione di teoria e prassi: la teoria trova un oggetto su cui esercitare il metodo della ricerca, e l'oggetto viene inventato oggettivando il corpo umano, riducendolo cioè a cosa sezionabile. La luce che investe il corpo è la luce che investe un oggetto osservato dal nuovo metodo di indagine. Il fatto che tutti i personaggi siano storicamente reali – il Dott. Tulp, i suoi allievi, il corpo del morto (un criminale appena impiccato) – sottolinea maggiormente la concretezza realistica di una operazione di reale ricerca scientifica. Il quadro rappresenta iconograficamente la nascita della medicina moderna.

Dal bisturi del Dott. Tulp ai bisturi elettronici e computerizzati di oggi il passo è storicamente lungo, ma breve dal punto di vista logico. La differenza è soprattutto di tipo tecnico, non di impostazione generale. Ciò che è cambiato è il risultato di un progressivo processo di specializzazione e di frantumazione, nel senso sopra richiamato. I problemi che emergono da questo processo sono condensati ora nella contraddizione tra particolare e generale, tra scomposizione e riunificazione dell'oggetto corpo, contraddizione che, significativamente, si scarica sul ruolo del medico di medicina generale. Egli è posto sul bivio invalicabile che separa il paziente, inteso come soggetto, e la terapia, che viene applicata da approcci specialistici non direttamente di competenza del medico. La frantumazione del corpo corrisponde ai – ed è creata dai – saperi specialistici della scienza medica, ed il medico governa, con tutte le difficoltà e le contraddizioni che sorgono, il confine tra l'uno e gli altri.

Come sopra si diceva, naturalmente, non è possibile pensare di tornare a tecnologie obsolete ed è altrettanto evidente che non è proponibile un'inversione di tendenza: la scienza, in medicina come in tutti gli altri settori (anche nelle scienze sociali), vive di specializzazione. Per fare un esempio che conosco bene, laddove i grandi sociologi del passato, i padri fondatori della nostra scienza, si occupavano di "società", o per lo meno i loro studi specialistici avevano comunque di mira il tentativo di fornire una interpretazione di insieme di cosa sia e di come funzioni la società moderna, oggi gran parte delle nostre ricerche si sofferma su oggetti specifici e sempre più ristretti (gli immigrati in un quartiere; i rapporti tra padre e madre nella famiglia; i processi di partecipazione all'interno di una associazione; il ruolo delle donne in una specifica azienda; ecc.) dimenticando, e questo è l'aspetto decisivo, che i risultati raggiunti rimangono muti se non vengono ricollegati all'insieme da cui sono stati separati. Una volta esisteva la sociologia; oggi esistono la sociologia della famiglia, del lavoro, della devianza, della cultura, del territorio, del diritto, dei fenomeni politici, ecc., e non si sa più bene chi studi la "società".

Dal punto di vista della ricerca, mi sembra che sia proprio questo il punto: se, da un lato, è ormai inevitabile la specializzazione, dall'altro occorre: 1. fare ricerca specialistica senza dimenticare l'intero cui la parte studiata appartiene; 2. provare a ricomporre i saperi specialistici acquisiti in una conoscenza d'insieme e dell'insieme. Sono queste le due strategie, dal mio punto di vista,

che consentono ad una scienza sociologica sempre più specializzata di continuare ad essere "scienza della società".
Vale la stessa cosa per la medicina? Può essa continuare ad essere scienza del corpo umano (e magari, ancor più ambiziosamente, scienza dell'uomo), così come, solo per fare qualche esempio, la psicologia è scienza della psiche, le scienze naturali sono scienze della natura e le biologia scienza della vita? Ha senso continuare a pensare che oggetto delle nostre ricerche sia fornire una conoscenza – intesa come ricomposizione di saperi specialistici – della società, della psiche, del corpo, della natura, della vita, oppure pensiamo che porre queste domande sia anti-scientifico, sia il frutto di un'ambizione da dilettante, olistica o persino esoterica? E, aspetto ancor più decisivo, se la scienza pensasse che per essere tale deve cancellare dal suo orizzonte di ricerca proprio queste domande, a chi e a cosa lasciamo il compito di rispondere ad esse?
Solo un approccio diverso alla ricerca che, all'interno di ogni specifico ambito, si ponga coerentemente il compito, a partire dalla specializzazione che produce saperi specifici, di una loro ricomposizione nella prospettiva di una conoscenza dell'insieme, anche nella consapevolezza che tale obiettivo probabilmente non sarà mai raggiunto definitivamente, sviluppa quella *forma mentis* che favorisce poi una maggiore apertura interdisciplinare. Detto più direttamente: l'occhio scientifico che, dall'interno del proprio laboratorio, guarda senza pregiudizio al laboratorio vicino in qualche modo sviluppa una curiosità che, prima o poi, lo porta a capire che anche il lavoro altrui – di quell'altro che sente disciplinariamente lontano – può essere utile alla causa comune.
Per tornare all'esempio del quadro di Rembrandt, bisognerebbe studiare il tendine sapendo che è il particolare di un insieme e, di conseguenza, con la consapevolezza che occorre una collaborazione con altri specialisti della stessa disciplina medica. Questo esercizio al confronto può consentire di guardare anche ad altri approcci disciplinari, ad altre scienze, nel tentativo, se possibile, di ridare vita a quell'oggetto corpo che giace sul lettino dell'anatomista.
Inevitabile che un modo nuovo di fare ricerca possa avere ricadute significative anche sulla didattica. Si tratta di una comune apertura di mentalità che può avere solo effetti positivi. Non mi soffermo su questo aspetto perché proprio la sede in cui sto parlando è un ottimo esempio di quello che voglio sostenere. Insisto: non si tratta di dimenticare, o sminuire, la specificità della propria ricerca: si tratta piuttosto di sentirsi tutti ispirati da una comune vocazione scientifica che, attraverso la valorizzazione delle specificità, produce molteplici ambiti di ricerca che devono poi imparare a collaborare.
Vorrei fare un piccolo esempio che mi riguarda direttamente. Ho da poco concluso una ricerca in Umbria sull'uso quotidiano degli psicofarmaci, cioè in situazioni "non patologiche", ove non sia presente una malattia mentale conclamata. L'equipe di ricerca da me diretta era composta da sociologi, antropologi, psicologi e da un farmacologo. Abbiamo intervistato medici di medicina generale, farmacisti, operatori dei servizi (Sert e Csm), tra cui anche qualche direttore (in genere psichiatri), un po' su tutto il territorio regionale, quindi sia nei centri urbani che nelle periferie,

ma anche in piccoli e piccolissimi centri sparsi sul territorio.
Il principale risultato della ricerca è stata la messa in luce di un consumo enorme e diffuso di psicofarmaci: tutti gli intervistati concordano sul fatto che questi farmaci sono tra i più venduti in Italia – se non forse i più venduti in assoluto – e che il loro consumo è in forte aumento. Inoltre, tale consumo riguarda trasversalmente un po' tutti i soggetti, per età, per genere, per specificità territoriale, per classe sociale e per livello culturale. Alcune categorie sono particolarmente coinvolte (ad esempio, gli anziani, che devono affrontare l'ansia e la depressione create dalla solitudine e dalla difficoltà a prendere sonno). Dalla ricerca emerge però una realtà per cui qualsiasi problema della nostra vita (studenti che non riescono a dare un esame; persone che perdono il lavoro o che faticano a trovarlo; morte di una persona cara; abbandoni, separazioni o divorzi; difficoltà a relazionarsi con gli altri; richieste di eccessive prestazioni lavorative; un generale senso di incertezza e di difficoltà; problemi sessuali; sentimenti di abbandono e di solitudine; ecc. ecc.) trova una risposta relativamente facile e relativamente disponibile nell'assunzione di farmaci.
Si è così davanti ad una vera e propria quotidianizzazione del sintomo, del farmaco e della terapia, resa possibile da un processo di standardizzazione della diagnosi, che è soprattutto il prodotto delle caratteristiche intrinseche di questi farmaci: poche semplici molecole alla base di una gran quantità di prodotti; una confezione e un formato che li rendono facili da gestire e da assumere; un'immagine che li presenta come prodotti di pronto, immediato e probabilmente efficace uso. Insomma: ognuno arriva dal medico con il proprio problema; con il suo specifico modo di viverlo; con la propria difficoltà nell'affrontarlo e gestirlo. Poi tutto questo eterogeneo universo viene centrifugato e ridotto a pochi schemi interpretativi, cui si collegano poche semplici diagnosi che si affrontano con poche molecole uguali per tutti.
Non voglio qui soffermarmi sul ruolo che il mercato gioca in tutto ciò, perché sarebbe troppo semplice mettere in luce la dimensione "sociale" del problema. Si potrebbe, inoltre, mostrare come l'uso di categorie prodotte socialmente renda operativizzabile il meccanismo sopra descritto. Ad esempio, si pensi alla distinzione sociale tra farmaco e droga: il primo concetto ha ormai definitivamente perso quell'ambivalenza che la sua etimologia porta con sé. Il suo lato oscuro, di pericolosità, viene completamente cancellato e scaricato sull'altro termine, quello di droga. Un farmaco fa bene, punto.
L'aspetto però centrale della questione è che le cause all'origine dei problemi dei "pazienti" sono per lo più, se non completamente, psico-sociali e non biologiche. Certo non è facile separare le due dimensioni, perché non è detto che anche una banale gastrite – per fare un esempio – non abbia anch'essa origini psicologiche e sociali. Il fatto è che nell'universo da noi studiato ciò che il paziente denuncia al medico ha prevalentemente cause non biologiche: un anziano meno solo e con più relazioni sociali non sarebbe depresso, così come non lo sarebbe un giovane che potesse maggiormente confidare sul suo futuro. A tutto ciò, sembrano associarsi una generale fragilità e una diffusa incertezza, entrambe del tutto nuove, probabilmente sconosciute alle

generazioni che ci hanno precedute.
Proprio alla luce di tutto ciò, emerge il *bias* che si crea laddove, a fronte di problemi diffusi di tipo psico-sociale, che vengono rilevati solo attraverso le parole del paziente (e che non possono perciò avere un riscontro diagnostico, per lo meno nello studio del medico di medicina generale, così come si fa, per dire, con una polmonite o un'infezione), si risponde con una diagnosi medica e con una terapia farmacologica. Con dei costi, ultimo aspetto rilevante, enormi e a carico per lo più del sistema sanitario nazionale.
Se si tiene conto degli aspetti sopra brevemente delineati, si capisce bene come la "panna" del sociale sia qualcosa di più rispetto al semplice abbellimento sulla "torta" dell'approccio medico: dal punto di vista scientifico, è chiaro come sia necessario il dialogo all'interno delle discipline mediche (si pensi al rapporto, fondamentale nell'esempio della nostra ricerca, tra medico di medicina generale e psichiatra) e tra queste e le scienze sociali; dal punto di vista delle politiche sanitarie, il "sociale" (e lo "psicologico" insieme ad esso) non è qualcosa che può essere aggiunto, un semplice *surplus* che può essere lasciato cadere alla prima difficoltà economica. E questo anche solo in un'ottica economica di semplice gestione dei costi.
Al contrario, la sostanza della questione sembra essere sempre sanitaria, anche in nome di una retorica della "concretezza": il concetto di salute è essenzialmente medico, il resto appaiono "chiacchiere". Agli aspetti sanitari viene dedicata la gran parte delle risorse, la gran parte dell'attenzione, la centralità della filosofia di intervento (in termini anche di risorse umane), la gran parte delle politiche concrete. Abbiamo così politiche sanitarie senza società.
Io sono sociologo. Non vorrei far pensare che tutto ciò sia espressione di un atteggiamento partigiano. Non si tratta di questo, naturalmente. Non vorrei neppure che la rivendicazione della dimensione sociale assomigli a quelle politiche di riconoscimento di genere che passano per le quote rosa, come se l'obiettivo sia quello di ottenere anche per le nostre discipline, e per il punto di vista che portano con sé, un po' di riconoscimento. Il punto è un altro. Così come le differenze di genere non devono essere pensate come deviazioni rispetto al dato per scontato dei rapporti normali, cioè confezionati su misura per il maschio, ma devono essere assunte come rapporti da interpretare all'interno di due grandezze di riferimento parimenti problematiche, allo stesso modo occorre riconoscere una reale parità di dignità tra approcci scientifici diversi e la necessaria complementarità tra approcci di intervento diversi. Soprattutto perché li si considera complementari!
Tenendo sempre ben presente che esiste non solo una funzione *tecnica* dei saperi (di qualunque tipo essi siano), ma anche un ruolo *pubblico* della conoscenza scientifica. Quella cioè di fornire alla sfera pubblica, alla opinione pubblica, una *conoscenza oggettiva, pubblica, condivisibile e critica* capace di contribuire alle decisioni sul "perché", non lasciandole così all'irrazionalità di nuovi populismi e/o fondamentalismi, di ogni genere.
In questo mio intervento, parlando in un contesto accademico, ho inteso soffermarmi soprattutto sul ruolo che la ricerca può avere per un cambiamento di prospettiva, capace

potenzialmente di avere ricadute anche sulla mentalità collettiva e sulle politiche pubbliche. Lo sviluppo e l'affermazione di una medicina sempre più sociale, che sia strumento per una riconsiderazione del rapporto tra fare scienza medica e società, passa perciò in primo luogo per una "nuova alleanza" – cito consapevolmente il titolo del famoso libro del 1981 di Prigogine e Stengers – tra discipline diverse, da un approccio che metta al centro dalla ricerca e della didattica una nuova interdisciplinarietà dei saperi. Senza un approccio metodologicamente nuovo, la medicina rimarrà sempre estranea al sociale.

BIBLIOGRAFIA

1. Geertz C. Interpretazione di culture. Bologna: Il Mulino, 1998.
2. Santambrogio A (a cura di) Psicofarmaci e quotidianità. Perugia: Morlacchi, 2016.
3. Prigogine I, Stengers I. La nuova alleanza. Torino: Einaudi, 1981.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sistema Salute, 61, 1 2017: pp. 18-40

Neurobiologia dell'addiction. Il paradigma della cocaina

Neurobiology of addiction. The paradigm of cocaine

Rosolino Vico Ricci[1], Luigi Ferrannini[2]

1. Psichiatra e Psicoterapeuta, Libero Professionista. Già Direttore del Dipartimento Dipendenze e Dipartimento Salute Mentale e SERT ASL 5 "Spezzino", La Spezia. "Spezia Salute", Via Carducci n. 1, La Spezia

2. *Psichiatra, Professore a contratto Università di Genova, Past Presidente Società Italiana di Psichiatria*

Parole chiave: addiction, cocaina, sistema nervoso centrale, neurotrasmissione, dopamina, recettori d2, decision-making, funzioni esecutive, craving, ricaduta, complessità, personalizzazione

RIASSUNTO

La ricerca internazionale odierna, preclinica e neuro scientifica sulle dipendenze, si orienta in modo particolare sul problema dell'azione delle sostanze d'abuso, in particolare eccitanti, sul sistema nervoso centrale.

Le aree cerebrali interessate sono organizzate nella parte posteriore, nelle aree mediane o centrali del cervello e nel mesencefalo, due, in particolare sono le zone, la prima quella detta Area Ventrale Tegmentale (VTA) ricca di cellule contenenti dopamina, queste cellule hanno proiezioni assonali in due settori importanti, il Sistema Limbico ed il Cervello Anteriore (diencefalo e telencefalo); i segnali raccolti ed emessi da quelle aree sono critici per la sopravvivenza, l'alimentazione e la riproduzione. La maggior parte delle sostanze d'abuso hanno potenti effetti su queste regioni e sono implicate nello sviluppo della dipendenza cosi come nella motivazione alla ricerca di sostanza e, inoltre, in tutti gli eventi clinici conseguenti, come la dipendenza, la ricaduta e le difficoltà di trattamento.

Tutte queste aree ricevono informazioni da altre zone per coordinare bene le emozioni ed i comportamenti di risposta agli stimoli esterni.Le sostanze, quindi, nella loro potente azione cerebrale, sono connesse a varie conseguenze, al di là del comportamento specifico detto craving, come distorsioni cognitive, dell'apprendimento, della decodificazione delle emozioni, del controllo degli impulsi e del comportamento in senso lato.

Autori per corrispondenza: vicoricci@tin.it; aferrannini@libero.it

Keywords: addiction, cocaine, central nervous system, neurotransmission, dopamine, d2 receptors, decision-making, executive functions, craving, relapse, complexity, personalization

SUMMARY
The current international research, pre-clinical and neuroscientific, on addiction, is oriented especially on the problem of the action of drugs of abuse, particularly the exciting ones, on the central nervous system.
The involved brain areas are organized in the back, middle or central parts and in the midbrain. Two areas are the most involved: the one called ventral tegmental area (VTA) and the other which includes the limbic system and the front brain (diencephalon and cerebrum). The VTA is rich in dopamine-containing cells, these cells have axonal projections in the limbic system and front brain; the collected signals and output from those areas are critical to the survival, nutrition and reproduction.
Most drugs of abuse have powerful effects on these regions and are involved in the development of addiction as well as in the motivation for further research of substance and in all subsequent clinical events, such as addiction, relapse and the difficulties of treatment. These sites receive information from other areas to coordinate emotions and response behaviour to external inputs.
In their powerful brain action, the substances areconnected to various consequences, beyond the specific behaviour, the craving: cognitive distortions, learning, decoding of emotions, impulse control and behaviour in general.

"Non conosciamo un solo evento fisico cerebrale che possa essere considerato
l'esatto equivalente di alcun evento psicopatologico.
Siamo solo a conoscenza di fattori che influenzano la vita psichica: non sappiamo
mai la causa, ma solo una causa." (K.Jaspers)

Introduzione

Attualmente gli sforzi della ricerca preclinica nell'ambito delle dipendenze e della neurobiologia si concentrano in modo particolare sul problema dell'azione della cocaina sul sistema nervoso centrale, da un lato perché, sul piano clinico, tale condizione è sempre più diffusa e le conseguenze negative, sul Sistema Nervoso Centrale (SNC), a lungo termine si fanno sempre più certe; da un altro lato si riescono ad evidenziare o dedurre molte funzioni specifiche di alcune aree del SNC.
Le aree cerebrali interessate dagli studi e bersaglio principale delle sostanze, in particolare cocaina, sono organizzate nella parte posteriore, nelle aree mediane o centrali del cervello e nel mesencefalo, due, in particolare sono le zone:

- La prima l'Area Ventrale Tegmentale (VTA) ricca di cellule contenenti dopamina, queste cellule hanno proiezioni assonali in due zone importanti, il Sistema Limbico e la Corteccia Cerebrale Anteriore (diencefalo e telencefalo); i segnali che viaggiano tra quelle aree sono critici per la sopravvivenza, l'alimentazione e la riproduzione. La maggior parte delle

sostanze d'abuso hanno potenti effetti su queste aree e sono implicate nello sviluppo della dipendenza così come nella distorsione della motivazione. Le proiezioni dal VTA verso il Nucleo Accumbens (NA) sono conosciute come Sistema Dopaminergico Mesolimbico, questo sistema neurotrasmettitoriale è implicato nel determinare il vero potenziale droga – dipendenza da parte delle sostanze psicoattive.

- La seconda è la Sostanza Nigra, collocata nel cervello centrale (Nuclei Grigi Centroencefalici), questa ha proiezioni sempre verso il diencefalo ed il telencefalo e svolge un compito particolare nel coordinamento e nella esecuzione delle attività motorie, infatti, se degenera è implicata nella Malattia di Parkinson.

Altre Aree interessate sono: il Diencefalo, composto dal talamo, ipotalamo e pituitaria, è implicato nella regolazione ormonale, nelle funzioni viscerali e nella regolazione della temperatura; il Telencefalo è rappresentato dalla parte più ampia del Sistema Nervoso Centrale, la massa grigia dei corpi cellulari della corteccia, essa si divide in differenti aree – lobi – con diversa specializzazione.

La corteccia cerebrale è implicata nella dipendenza da sostanze, prima di tutto nella percezione e nelle sensazioni e poi nei complessi comportamenti (funzioni esecutive) e ideazioni connesse al craving e al discontrollo dell'uso delle sostanze (bias attentivi, coping, controllo inibitorio e così via).

Altre strutture sottostanti la cortex sono i Gangli della Base – il caudato, il putamen, il globo pallido e l'amigdala, che in parte appartiene al sistema limbico – implicati nel comportamento motorio volontario; il caudato ed il putamen sono anche conosciuti come Striato, appena sotto c'è un'area chiave per la dipendenza da sostanze e la motivazione, conosciuta come Nucleo Accumbens (NA) costituito di una regione centrale (core) ed una esterna l'involucro (shell). Questo nucleo ha una importanza notevole nella dipendenza poiché è connesso con la motivazione e l'apprendimento, esso è il segnalatore del valore degli stimoli motivazionali; le sostanze incrementano la dopamina in tale nucleo che è, quindi, individuato come luogo significativo nel rinforzo nell'uso di droga.

Il Sistema Limbico (SL) è un'altra regione fondamentale per le neuroscienze della dipendenza, esso svolge un ruolo significativo nell'area delle emozioni, motivazione e apprendimento, interagisce con la cortex e con il NA; del SL fanno parte l'ippocampo, che svolge un ruolo importante nella memorizzazione e l'amigdala che gioca un compito critico nella memoria delle emozioni in senso lato ed in particolare della memoria delle emozioni droga correlate (1). Tutte queste aree ricevono informazioni sensoriali da altre aree per coordinare al meglio le emozioni ed i comportamenti di risposta agli stimoli esterni ed interni (espliciti ed impliciti).

1. La cocaina come paradigma dell'effetto delle sostanze sul SNC

Nel SNC la cocaina agisce da bloccante del trasporto delle monoamine, in particolare nella fase di ricaptazione presinaptica dopo l'effetto di stimolo recettoriale post sinaptico, con affinità specifica con dopamina, serotonina e i trasportatori norepinefrinici. La cocaina ed il trasporta-

tore della dopamina, cui è legata, ben si vede mediante indagini di neuroimaging in particolare con la PET (2). L'antagonismo sui trasportatori proteinici determina la permanenza di grandi quantità di dopamina nel vallo sinaptico, ne consegue, ed è largamente accettato, che l'azione della cocaina è data dalla sua capacità di bloccare il reuptake della dopamina nel vallo con alta disponibilità del trasmettitore ad agire sui recettori post sinaptici. Il rinforzo dell'attività dopaminergica, da parte della cocaina, è dovuto, in particolare, all'incremento della azione della dopamina sui recettori D2. Questa azione è responsabile dello stato di euforia e di tutti i correlati emotivi, affettivi e comportamentali, avvertiti dai consumatori di cocaina (3).
La cocaina ha anche altri effetti, infatti, in un lavoro del 1998 Beatriz A. Rocha e colleghi (4) evidenziano che topolini sprovvisti del trasportatore di dopamina, per carenza genica nel produrlo, continuano la ricerca di assunzione di cocaina, dopo induzione ad assumerla; questo è dovuto al fatto che la cocaina è capace anche di facilitare la trasmissione serotoninergica nel NA (5).
Il coinvolgimento della serotonina nell'addiction è abbastanza certo, si può affermare che essa sia il secondo neuro trasmettitore implicato negli effetti della cocaina; in particolare viene considerato il rapporto tra la cocaina e la stimolazione dei recettori 5–HT2C e 5–HT2A; vari studi hanno dimostrato che la stimolazione di tali recettori nel ratto previene il tipico comportamento cocaina indotto: operatività, comportamento di ricerca dopo cessazione e auto somministrazione.
Si è lavorato per dimostrare che è il recettore 5-HT2C è quello implicato nella azione della cocaina. Cunninghan KA e altri in pubblicazioni, già dell'anno 2006, valutano gli effetti della manipolazione del recettore 5–HT2C sul richiamo del comportamento iperattivo condizionato. In uno studio successivo gli stessi autori tendono a dimostrare che l'attività della cocaina è collegata e connessa alla stimolazione dei recettori 5–HT2C; infatti essi somministrano, in una gabbia test, cocaina ai ratti per alcuni giorni (15 mg pro Kg al giorno per 7 giorni), poi danno un bloccante dei recettori 5–HT2C ad un gruppo, uno stimolante dei 5–HT2C ad un altro gruppo e una soluzione salina ad altri; successivamente vengono riposti nella gabbia test (quella in cui sono stati abituati a ricevere cocaina), accade che quelli con soluzione salina hanno una modesta iperattività, quelli con lo stimolante 5–HT2C una normale attività all'interno della gabbia e quelli con il bloccante del recettore un grave iperattività (6-7).
In sintesi appare che il recettore 5–HT2C sia implicato negli stimoli ambientali connessi all'esperienza della cocaina, sempre gli studi citati sembrano dimostrare che l'inibizione dei recettori 5–HT2A siano implicati nel frenare la risposta agli stimoli ambientali cocaina connessi. Ne consegue, in linea teorica, che la messa a punto di un farmaco che blocca i 5–HT2A e stimola i 5–HT2C potrebbe prevenire la ricaduta nell'uso di cocaina, i lavori, in tal senso, sono in corso (8).
Infine la serotonina è coinvolta in molte situazioni cliniche e comportamentali, in particolare, in questo caso, quelle ricompensanti (sonno, alimentazione, umore) e quelle sui processi cognitivi, in senso lato, di autoregolazione, così come è nota la sua influenza sulla dopamina, infatti, è in grado di incidere sui sistemi di ricompensa dopamina mediati nel cervello e nella corteccia.

2. Dati di ricerca e di neuroimaging

I dati di ricerca attuale su quanto sopra esposto sono assai vasti e dimostrano una particolare attenzione da parte di molti neuroscienziati. Si prenderanno in considerazione alcuni lavori di particolare valore innovativo.

La plasticità delle sinapsi glutammatergiche[1] sembra essere il meccanismo fondamentale con cui l'esperienza modifica le funzioni neuronali finalizzate a futuri comportamenti. In modelli animali di dipendenza, i segnali glutammatergici (GA) nel NA esercitano un forte controllo sul comportamento di ricerca di droga. Non ci sono certezze su come le droghe modifichino in tal senso la plasticità sinaptica nel NA. Ricerche condotte su frammenti di NA con cellule integre hanno rilevato modifiche bidirezionali nelle sinapsi GA dopo esposizione in vitro alla cocaina. Si è notato un sostanziale potenziamento del recettore AMPAR mediatore della trasmissione sinaptica glutammatergica; tuttavia anche una singola esposizione, dopo un lungo periodo di astinenza porta a un potente stimolo sulla ipoattività sinaptica, riportandola all'iniziale potenziamento. Queste durature modifiche nelle risposte dell'AMPAR e della plasticità può fornire un substrato neuronale per spiegare l'elaborazione dello stimolo droga – correlato in soggetti con esperienza di droga (9). Il concetto che si avanza, in relazione alla plasticità sinaptica[2], è che, facilmente, una modifica dell'AMPAR (accentuazione della sua attività) indotta da cocaina nelle vie GA può essere riaccesa dopo interruzione dello stimolo cocainico; in particolare si assiste ad un modo singolare di processare gli stimoli ambientali (attribuzione di esagerata salienza agli stimoli diretti ed indiretti droga connessi).

L'esposizione cronica a cocaina è in grado di determinare un aumento della disponibilità di recettori D2 nello striato; alcuni ricercatori si sono posti il problema se questo aumento è dovuto in particolare ad un aspetto motivazionale cioè la ricerca attiva di cocaina oppure se la sostanza di per sé ne determina un incremento. Lavorando con ratti, i ricercatori, hanno somministrato passivamente sostanza ad alcuni, altri sono stai indotti ad una ricerca attiva. Quelli che avevano avuto cocaina in modo passivo registravano una riduzione dei recettori D2 nel caudato,

1. Il glutammato è un neurotrasmettitore aminoacidico presente un po' ovunque nel SNC ed ha funzione eccitatoria, ha 4 unità sub recettoriali, è importante nell'apprendimento e gioca un ruolo significativo nell'ippocampo; è molto attivato dagli Allucinogeni e dalla Fenciclidina, in ogni caso è implicato nell'attività di altre droghe, come la cocaina, e svolge un ruolo nella regolazione modulatoria delle risposte neuronali.

2. La plasticità sinaptica consiste nella possibilità da parte dei differenti neuroni di rispondere agli stimoli, ambientali e non come può essere l'azione delle sostanze sulle cellule, modificando in aumento e/o riduzione la produzione di nuove proteine mediante l'attivazione di specifici RNA m, queste danno vita a nuovi recettori e nuovi canali ionici adatti ad accentuare o l'una o l'altra attività neurotrasmettitoriale. Un'altra conseguenza è che l'estinzione degli stimoli induce processi a rovescio – riduzione di specifico RNA m, proteine e recettori, spegnendo o attenuando una particolare attività. Nel caso delle droghe abbiamo visto come è possibile che una attività messa in silenzio con la disintossicazione può essere riaccesa immediatamente con uno specifico stimolo, questo spiega bene la ricaduta.

nel putamen, nella shell e nel core del NA. Quelli che avevano cercato attivamente cocaina mostravano un incremento dell'RNA m D2 correlato nell'AVT. Sembra allora che l'aumento dei D2 nello striato e nel SL sia dovuto alla cocaina, se cercata attivamente, connesso quindi alla motivazione (10).

Un aspetto significativo della ricerca è riferito alla componente motivazionale, legata al comportamento di ricerca di sostanza ("seeking behavior of drug"), abbiamo visto sopra che gli stimoli attivanti il ricordo del consumo portano ad attivazione di RNA m e della spinta all'azione per trovare la sostanza.

Un interessante lavoro di Calu DJ e altri dell'anno 2007 (11), il cui abstract inizia dicendo: "… Drug addicts make poor decisions …" (… I tossicodipendenti riescono a prendere scarse decisioni … è una affermazione che la clinica quotidiana lo dimostra in modo empirico, ma assai certo), correla dati di anomalia corticale al problema dell'astinenza da cocaina[3] e pone, questa ultima, in relazione a deficit della corteccia orbito frontale. Calu DJ e colleghi utilizzano animali di laboratorio (topi e scimmie) e, per testarne la capacità decisionale, li sottopongono al Reversal – Learnig Task (RLT)[4]. Si è potuto osservare un persistente cadere al RLT di topi e scimmie solo se erano sottoposti ad un uso non occasionale di cocaina, sottoposti cioè ad assunzione rafforzata (somministrazione involontaria protratta). Il problema è che il modello animale potrebbe non essere valido per il comportamento umano sull'uso di cocaina o altre droghe. Resta non chiaro se la prova che le basse performances al RTL (deficit di riorganizzazione cognitiva alla soluzione di problemi) connesso alla somministrazione di cocaina sia valido anche per un uso occasionale o "volontario" come può essere in dipendenti umani. Gli autori, allora, hanno voluto vedere se, esponendo i ratti alla auto somministrazione di cocaina occasionale e valutati, più di un mese dopo, mediante RTL, dopo 1 e 30 giorni di astinenza, ci fossero cambiamenti.

Alla fine i ricercatori hanno potuto osservare un robusto incremento, tempo – dipendente, del comportamento di ricerca di cocaina stimolo – indotto, in entrambe le estinzioni (assenza di assunzione dopo 1 e 30 giorni) e ancora un severo indebolimento del RTL. In questo lavoro sembra apparire che le attività corticali (orbito frontali) siano implicate nella scelta dell'opportuna decisione. Il loro "malfunzionamento" dopo esposizione a cocaina, può spiegare sia la

3. In generale sembra essere bassa la tolleranza per gli effetti della cocaina, sebbene possa essere alta la tolleranza in una singola sessione di ripetuto uso di sostanza. La astinenza da cocaina non è così drammatica come quella da oppiacei, essa può indurre un "post – high down", che può contribuire ad un conseguente uso di cocaina o uso di altra droga. Durante l'astinenza protratta, la corteccia orbito frontale delle persone con dipendenza da cocaina è ipoattiva in proporzione al livello di dopamina D2 presente nello striato. È, attualmente, proposto che la dipendenza induce una alterazione dei circuiti orbito frontali correlato al comportamento compulsivo ripetitivo (13).

4. Si tratta di un test che, in sostanza, valuta la capacità di modificare velocemente un modello comportamentale appreso in relazione a determinati dati ambientali, al modificarsi di questi. Condizione che necessita di riadeguare e rivedere il modello precedente, in relazione a nuovi dati di contesto.

ricaduta per superare il deficit sia la induzione di più persistenti difficoltà cognitive nell'area del "decision – making"; come appare da dati clinici empirici.
Ancora, nell'ambito dei lavori che mettono in evidenza il ruolo della carenza di attività dopaminergica in condizioni di astinenza e le aree interessate dagli stimoli inducenti la ricerca di cocaina, abbiamo un articolo di Hollander JA e altri, del 2007, dove si sonda se l'attività del NA si accentua con stimoli cocainici dopo astinenza, in particolare si valuta se entra in azione la shell o il core dell'NA o entrambi. L'esperimento è condotto con ratti esposti preventivamente a cocaina mediante un training di auto somministrazione e registrazione elettrofisiologia delle cellule del NA. Sono state previste tre fasi di sperimentazione, dopo giorni o mesi di non auto somministrazione di cocaina:

- Esposizione improvvisa, inaspettata, a stimolo cocainico.
- Risposta del ratto anche in assenza di droga.
- Lo stimolo cocainico è presentato a caso tra l'azione di rinforzo e l'auto somministrazione di cocaina.

Lo stimolo significativo incrementa l'attività del core del NA ma non dell'involucro (shell) ancora dopo un mese di astinenza, questo accade indipendentemente dalla casualità o dalla assunzione effettiva di cocaina. I risultati sono che il core del NA ha una neuro modulazione da stimolo cocainico sia in fase iniziale, sia durante, sia dopo molti giorni dall'interruzione dell'esposizione. Resta quindi una sensibilità allo stimolo anche dopo parecchio tempo dalla interruzione che porta facilmente alla ricaduta e, quindi, all'uso di sostanza (12).
Gli effetti citotossici della cocaina sono stati valutati in molti studi, in essi viene evidenziato che la sostanza è in grado di ridurre l'attività del BNDF (Brain Derived Neurotrophic Factor), tale azione sembra mediata dall'induzione di difficoltà dell'RNA m connesso alla espressione del BNDF. La cocaina sembra capace, quindi, di determinare tale effetto citotossico e quindi far precipitare i danni cerebrali conseguenti al suo uso. Tale considerazione appare dal lavoro di Yan QS. et all., nel 2007 (14) condotto su cellule ippocampali di ratto. Tale articolo introduce assai bene dal punto di vista della spiegazione del substrato interessato ai processi di deterioramento cognitivo dei pazienti con uso cronico di cocaina, peraltro le cellule studiate da Yan QS e collaboratori sono notoriamente implicate nei processi di memorizzazione in particolare quella dichiarativa[5].
Vediamo ora alcune ricerche che dimostrano, attraverso immagini cerebrali prodotte con PET o RMN, gli effetti della cocaina sul SNC, in particolare quali sono le aree interessate e quali meccanismi supportano le differenze di immagine tra non consumatori e consumatori di cocaina.

5. In estrema sintesi possiamo distinguere una memoria a lungo temine (long term – memory) organizzata in memoria dichiarativa (descrizione di eventi e fatti) che è in relazione alla attività ippocampale e non dichiarativa o procedurale – classica (esecuzione di atti è azioni motorie e non che sono apprese e si attivano quasi in modo automatico), la quale è in relazione con lo striato, l'amigdala e l'accumbens (queste sono tutte particolarmente, sensibili all'azione delle droghe in particolare la cocaina. Infine abbiamo una memoria di lavoro (working memory) di pertinenza della cortex frontale.

Sull'American J. Psychiatry nel 2005 appare un articolo di Michael Nader e collaboratori dove si pongono in relazione immagini del SNC che evidenziano la densità dei recettori D2 e si mette in relazione il tutto alla espressività genica degli stessi, alla facilità all'uso di cocaina e alle conseguenze sui recettori dopo esposizione cronica alla sostanza, non solo, si valorizzano anche i fattori ambientali che possono o meno indurre l'uso della cocaina, il lavoro di ricerca è condotto sulle scimmie che più di ogni altro animale si avvicinano al cervello ed al comportamento umano (14).

3. Il nodo della vulnerabilità

È possibile mediante PET con (F18) fluoroclebopride, un ligando specifico per i recettori D2, evidenziare sia la densità degli stessi che la localizzazione nel SNC, si è potuto osservare che l'espressività genica dei recettori non ha uguale distribuzione nelle scimmie oggetto di studio, alcuni primati, oggetto di studio, hanno una alta densità recettoriale, altri hanno bassa densità, dimostrata con la PET; il tutto in condizioni naturali, non esposti a cocaina o a contatto sociale. Si è potuto evidenziare, inoltre, che le scimmie tolte da una condizione di vita isolata e poste all'interno del gruppo, esposte quindi a vita sociale, dopo un po' di tempo si assiste alla formazione di un gruppo di primati dominanti, i quali possiedono una naturale alta densità di D2 e un gruppo di scimmie subordinate, le quali hanno una bassa densità di D2 (dimostrata con PET).

I due gruppi, messi in condizioni di stress ambientali, rispondono alla somministrazione di cocaina in modo assai diverso: sottoposte allo stimolo cocainico alcune si attivano molto ("high responder"), per l'auto somministrazione, altre molto poco ("low responder"); quelle più ad alta risposte sono in carenza di recettori D2, le altre in normale condizione recettoriale.

Ancora si è osservato che le scimmie D2 normali sono in grado di meglio sopportare lo stress (migliore risposta all'innalzamento dei corticosteroidi) e hanno, dopo permanenza in gruppo, un incremento dei D2.

Queste scoperte mettono in evidenza che:

- I recettori D2 sono nei differenti individui rappresentati in modo diverso – maggiore o minore densità – in relazione alla espressività genica che ne determina la formazione sulle membrane cellulari.
- Il contatto sociale nei soggetti con buona densità recettoriale ne incrementa la formazione.
- L'avere buona disponibilità di D2 rende capaci di resistere allo stress ambientale e determina una minore sensibilità alle droghe, in questo caso la cocaina.
- La dotazione recettoriale D2 risulta essere capace di determinare maggiore o minore vulnerabilità alle sostanze d'abuso.
- I recettori D2 sono maggiormente rappresentati nelle scimmie dominanti.

Trasferire queste conoscenze, sebbene con prudenza, in ambiente clinico porta a molte conseguenze operative, di comprensione delle difficoltà dei pazienti e delle necessità terapeutiche.

4. Il nodo delle conseguenze al persistere nell'uso di sostanze d'abuso

Cosa accade all'assetto recettoriale dopo somministrazione per alcune settimane di cocaina? quale conseguenza al persistere della stessa a lungo nel vallo sinaptico? I ricercatori osservano che il tutto rende le scimmie subalterne più attive, più gratificate. Una domanda ulteriore è: ma alla lunga, al persistere della stimolazione cocainica, che accade?

L'osservazione costante è il ridursi della densità dei recettori D2 con la tipica *down - regulation*, nello striato, nel caudato, nell'accumbens e nella corteccia orbito frontale, di cui sopra si è ben fatto il punto. Questo evento precede o segue l'iperstimolazione cocainica e recettoriale?

Per valutare il tutto si sono esposte le scimmie dominanti con alta densità D2 per un lungo periodo a forzata somministrazione di cocaina, il risultato è che confrontando le PET iniziali con quelle finali queste ultime sono povere di densità D2 come quelle delle scimmie subordinate. Ulteriore questione è se basse dosi per lungo tempo o alte dosi per breve tempo producono *down – regulation*? Alla fine, dopo somministrazioni fatte con varie modalità, si è potuto dimostrare che la riduzione della densità dei recettori D2 è data dal self – *administration*, cioè quando la ricompensa è scelta dal soggetto (sempre animale).

Sempre riguardo agli umani la domanda è ancora se la preesistente ridotta presenza di D2 con le conseguenze cognitive viste induce uso di sostanze? oppure, i ridotti D2, le ridotte performance, sono conseguenza dell'uso di cocaina?

Ancora in riferimento alle scimmie dominanti e subordinate, in conclusione, le scoperte suggeriscono che l'ambiente può sostanzialmente influenzare la preferenza nella scelta di droga in alternativa alla non droga (cibo versus cocaina) anche quando non differisce tra i gruppi il livello di ligandi D2; infatti i due gruppi sottoposti a cocaina alla fine, per i motivi descritti, hanno bassi livelli di recettori D2; se sottoposti a stimolo droga versus cibo le scimmie a naturale bassa densità D2 però scelgono la droga.

Tutto questo ha conseguenze sulle funzioni cognitive, il *decision – making* e la scelta comportamentale? K.I. Bollaa KI e collaboratori, nel 2003, in un articolo pubblicato su "Neuroimaging" dal titolo: "La disfunzione corteccia orbito frontale nel processo decisionale nei consumatori di cocaina astinenti", così si esprimono nell'abstract: "I consumatori di cocaina dimostrano difettoso processo decisionale come manifestato dalla loro incapacità di interrompere i comportamenti di ricerca problematica della droga. La corteccia orbito frontale (OFC) svolge un ruolo importante nel processo decisionale. In questo studio preliminare abbiamo testato se i consumatori di cocaina dopo 25 giorni-astinenza mostrano alterazioni nella normalizzazione del flusso ematico cerebrale (rCBF) nella OFC mediante PET con isotopo 15O, durante il compito decisionale testato con il "Iowa Gambling Task" (IGT). Questo compito misura la capacità di pesare la ricompensa a breve termine rispetto alle perdite a lungo termine. Un lavoro di controllo abbinato agli aspetti sensomotori del compito, ma che non richiede il processo decisionale. I consumatori di cocaina (N = 13) hanno mostrato una maggiore attivazione durante l'esecuzione dell'IGT nella OFC destra e minore attivazione nella corteccia prefrontale dorsola-

terale (DLPFC) destra e nella corteccia prefrontale mediale (MPFC) sinistra rispetto al gruppo di controllo (n = 13). Una migliore prestazione nello Iowa Gambling Task è stato associato ad una maggiore attivazione nella destra OFC in entrambi i gruppi. Inoltre, la quantità di cocaina usata (grammi / settimana) prima dei 25 giorni di astinenza forzata era correlata negativamente con l'attivazione nel OFC sinistra. Maggiore attivazione nella OFC nei consumatori di cocaina rispetto ad un gruppo di controllo può riflettere differenze nella previsione di ricompensa, mentre meno di attivazione nella DLPFC e MPFC può riflettere le differenze di pianificazione e di memoria di lavoro. Questi risultati suggeriscono che chi abusa di cocaina mostra anomalie funzionali persistenti nelle reti neurali prefrontali coinvolte nel processo decisionale, effetti che sono correlati all'abuso di cocaina. La compromissione del processo decisionale potrebbe contribuire allo sviluppo della dipendenza e minare i tentativi di astinenza" (15-16).

5. Il nodo delle conseguenze astinenza – ricaduta – recupero della popolazione recettoriale D2

Qui si pone il rapporto tra la situazione di astinenza e la ricaduta nel rapporto con la condizione recettoriale. Che cosa accade dopo l'interruzione, l'astinenza dall'uso, alle aree cerebrali interessate striato, caudato, accumbens e corteccia orbito frontale e prefrontale? Tutto questo è molto importante poiché sappiamo essere l'astinenza un periodo assai vulnerabile del paziente e di grande impegno terapeutico per i curanti: la ricaduta è sempre in agguato.

Lo studio in menzione sui primati, trattati per oltre tre anni con cocaina, osservati con PET con (F18) fluoroclebopride per lo stesso periodo e dopo la cessazione della somministrazione di sostanza, fino al settimo mese. Il tutto è stato comparato con le immagini ottenute con la medesima metodica, all'inizio della somministrazione di cocaina e si è dimostrata una riduzione di più del 20 % dei recettori D2 ancora il settimo mese.

Quindi sembra che la cronica assunzione di cocaina determini un persistente riduzione dei sti recettoriali D2 per oltre sette mesi.

Collegato all'astinenza abbiamo il craving[6]: nel modello animale si utilizzano per valutare il "*reinstatement*"[7]:

- il "*priming*"[8]connesso alla prima riassunzione
- gli stimoli droga – correlati
- le condizioni di stress.

Anche in questo caso gli autori hanno sottoposto a stimoli diversi (iniezione di cocaina a diverso dosaggio, somministrazione di cibo) le scimmie del gruppo dominante e subordinato; in estrema sintesi, alla fine, hanno potuto dimostrare che le scimmie subordinate, in media, sono

6. stato mentale di forte desiderio per certi oggetti o esperienze, cui seguono comportamenti incontrollabili di soddisfacimento del desiderio.

7. Ripristino o ricaduta nel consumo di droga.

8. Innesco o stimolo che induce alla prima riassunzione.

più sensibili al rinforzo con dosi significative di cocaina e/o meno sensibili agli effetti avversi della cocaina rispetto alle scimmie dominanti.
Tra le tante conclusioni che gli autori fanno una è più saliente:
"… L'ambiente può profondamente influenzare la vulnerabilità all'uso di sostanze, il mantenimento dell'uso e la ricaduta. La ricchezza dell'ambiente e lo stress da esso proveniente può influenzare il funzionamento cerebrale e la vulnerabilità all'uso di droghe. Inoltre, anche nell'uso di droghe a lungo termine, le variabili ambientali possono influenzare gli effetti comportamentali della cocaina. … Un gran numero di ricerche descrivono i benefici conseguenti all'arricchimento ambientale, nel riguardo della predisposizione genetica all'abuso di droga. Come le scoperte pre cliniche suggeriscono che le misure dell'esito saranno migliorate, non solo ponendo gli individui fuori dagli stressanti ambientali, ma anche fornendo rinforzi alternativi, se questi sono migliori condizioni di vita, lavoro e altre attività".
Osservazioni sovrapponibili sono state fatte successivamente in persone che assumevano sostanze, anche in questo caso gli studi sono condotti su cocainomani, in particolare è significativo il lavoro di Nora Volkow, direttrice del NIDA[9]; ella a partire dagli anni '90 ha studiato a lungo il rapporto tra uso di sostanze recettori D2, la loro rappresentazione in varie aree cerebrali e conseguenze cognitivo comportamentali.
Vediamo l'introduzione ad alcuni lavori dell'autrice e collaboratori.
"… Negli esseri umani gli effetti di rinforzo delle droghe sono associati a significativi e rapidi aumenti di dopamina extracellulare, che imitano quelli determinati dalle cellule dopaminergiche, ma sono più intensi e di lunga durata. Dato che le cellule dopaminergiche innescano la risposta a stimoli salienti, l'attivazione sovra fisiologica da sostanze d'abuso è vissuto come altamente saliente (guida l'attenzione, l'eccitazione, l'apprendimento e la motivazione condizionata). L'uso di droga ripetuto può alzare le soglie richieste per l'attivazione delle cellule della dopamina e la relativa informazione post sinaptica. Infatti, gli studi di imaging mostrano che nei tossicodipendenti si osservano diminuzioni di recettori dopamina D2 e del rilascio di dopamina.
Questa diminuzione della funzione della dopamina è associato ad una ridotta attività regionale nella cortex orbito frontale (coinvolta nella attribuzione di salienza; cui risultano comportamenti compulsivi), del giro del cingolo (coinvolto nel controllo inibitorio; cui consegue condotta in impulsiva) e nella corteccia prefrontale dorsolaterale (coinvolta nelle funzioni esecutive; da cui risulta una anomalia nella regolazione delle azioni volontarie). In parallelo, il condizionamento innescato dalle droghe porta ad un rinforzo dei segnali dopaminergici, quando si è esposti agli stimoli condizionati, cui segue la motivazione per procurarsi la droga, in parte attraverso l'attivazione di aree prefrontali e delle regioni striatali. Questi risultati implicano deficit di attività connesse alla dopamina, con disregolazione prefrontale e striatale; è la perdita di controllo e di assunzione di droga compulsiva, che si verifica quando la persona dipendente assume la sostanza o è esposto a stimoli condizionati. La funzione della dopamina è diminuita

9. NIDA, National Institute on Drug Abuse. USA.

nei soggetti tossicodipendenti e riduce anche la loro sensibilità ai rinforzi naturali …" (17-18).
"… Le sostanze di abuso esercitano i loro effetti rinforzanti iniziali innescando ondate sovra fisiologiche di dopamina nel nucleo accumbens che attivano la via striatale diretta attraverso i recettori D1 e inibiscono la via indiretta striato-corticale attraverso i recettori D2. La somministrazione ripetuta di droga innesca cambiamenti neuro plastici negli input glutammatergici nello striato e nei neuroni dopaminergici del mesencefalo, migliorando così la reattività del cervello agli stimoli della droga, riducendo la sensibilità alle ricompense non connesse alle sostanze stupefacenti, indebolendo l'autoregolazione, aumentando la sensibilità agli stimoli stressanti e la disforia. I deficit indotti dalle droghe sono di lunga durata …" (19).

6. Eventi di tipo cognitivo

Difficoltà cognitive sono state descritte da tempo in soggetti consumatori cronici di cocaina e altre sostanze, tale condizione di deficit riflette modificazioni che avvengono nella corteccia, in particolare orbito frontale, nelle aree sub corticali e nei meccanismi della neuro modulazione che sostengono la cognizione; la cura e la riabilitazione devono tener conto di tali eventi.
Le persone che sono dipendenti da cocaina hanno specifiche difficoltà nelle funzioni esecutive, nel prendere decisioni innovative e alternative e nel giudizio, tutto questo è collegato a specifiche disfunzione nelle regioni corticali frontali.
"… Studi con la PET, come già descritto, hanno dimostrato che la stimolazione secondaria a uso di cocaina del sistema dopaminergico attiva circuiti che implicano la corteccia orbito frontale, il giro cingolato, il talamo, il NA e lo striato. Tale eventi portano a considerare che i dipendenti da cocaina sono indotti all'intenso desiderio di sostanza, come risultato della perdita del controllo nella ricerca di sostanza" (20).
Si presenta con sufficiente evidenza l'esistenza di una "sindrome neurologica" come esito di uso cronico ed a lungo termine di cocaina. Tali soggetti mostrano un indebolimento delle performance nei test sul funzionamento motorio ed hanno ridotti tempi di reazione rispetto ai controlli normali non dipendenti.
Quindi ci sono prove di conseguenze neurologiche e psichiatriche rispetto all'uso prolungato di cocaina – e altri stimolanti – per la possibile anomalia neuronale.
Queste alterazioni includono:

- Ischemia focale e globale cerebrale
- Emorragie cerebrali
- Infarti
- Neuropatia del nervo ottico
- Atrofia cerebrale
- Deficit cognitivi
- Disturbi dell'umore
- Disturbi motori, dei gesti e dei movimenti

Abbiamo poi varie aree cognitive in difficoltà, in sostanza un largo spettro di anomalie nella cognizione:
- Difficoltà nella motivazione e nell'insight
- Disinibizione nel comportamento
- Deficit dell'attenzione
- Instabilità emotiva
- Impulsività
- Aggressività
- Depressione
- Anedonia
- Persistente deficit motorio

Tutte queste condizioni possono determinare l'alto tasso di ricaduta e possono presentarsi anche dopo anni di astinenza …" (21).
Quanto sopra accennato comporta una seria difficoltà cognitiva globale, infatti, sono indebolite l'attenzione, l'apprendimento, i tempi di reazione e la flessibilità cognitiva, tali eventi, tra l'altro, hanno pesanti conseguenze sui trattamenti in generale e in particolare su quello che oggi si indica come elettivo, la terapia cognitivo comportamentale (CBT).
In un articolo di Mann A. (2004) che riporta una sintesi dei lavori di vari autori che si occupano della valutazione dell'esito della CBT in cocainomani si dimostra chiaramente come la CBT tradizionale abbia alti tassi di drop-out dopo la quarta settimana di trattamento dei pazienti che successivamente analizzati si erano dimostrati, mediante valutazioni testistiche, in difficoltà nell'attenzione, ragionamento astratto, memoria, processamento spaziale e tempi di reazione (22).
Aharonovich E. (2003) e altri, in relazione alla loro esperienza suggeriscono di modificare la tecnica tradizionale della CBT per andare incontro alle necessità dei pazienti e così ridurre l'entità dei drop-out. Egli dice che banalmente per facilitare l'attenzione e la memorizzazione si può fare anziché una seduta settimanale di 60 minuti due di 30 minuti e così via. Questa descrizione dimostra, con evidenza, la correlazione tra l'uso cronico di cocaina, le conseguenze cognitive, la sua valutazione in fase di presa in carico del paziente, la scelta del trattamento e l'esito (23).

7. Ricognizione

La complessità e l'articolazione di quanto sopra detto portano alla necessità di una ricognizione di sintesi.
Il SNC nella condizione di uso di sostanze è impegnato sia nella sua parte antica sia nella sua parte recente, così come le aree profonde che quelle più superficiali; sia la parte anteriore, la centrale o mediana che il mesencefalo; questo indica la vastità degli effetti delle sostanze, in particolare la cocaina, sul cervello.
Più in dettaglio sono interessati L'Area Ventrale Tegmentale (VTA) con i suoi rapporti con il Sistema Limbico, il Diencefalo ed il Telencefalo; inoltre con il Nucleo Accumbens. La corteccia

implicata è soprattutto quella Orbito Frontale. Da ultimo il Sistema Limbico di cui è parte l'ippocampo.
I neurotrasmettitori fondamentali di tali aree sono prima di tutto la dopamina poi serotonina e norepinefrina: la cocaina ha particolare capacità nel bloccare la ricaptazione di tali trasmettitori potenziandone l'effetto in acuto.
La dopamina è implicata nella regolazione di molte attività: emozioni, apprendimento, motivazione, scelta della risposta agli stimoli esterni oltre al noto sistema di ricompensa. La serotonina oltre a modulare gli effetti dopaminergici è in relazione con la regolazione del sonno, l'alimentazione, i processi cognitivi, l'umore e la autoregolazione.
Il glutammato è un altro neurotrasmettitore implicato nelle azioni della cocaina, esso ha il compito di modulare l'attività neuronale un po' in tutto il SNC, ma anche nel NA, mediante una funzione eccitatoria. Pare che la cocaina sia in grado di incrementare l'azione del recettore glutammatergico AMPAR, dimostrando effetti sulla plasticità neuronale.
La questione della plasticità è osservata anche nella condizione in cui si studia la densità dei recettori D2; sembra che la ricerca attiva di cocaina determini un aumento dei D2 in relazione all'attivazione dell'RNA m responsabile della formazione di tali recettori.
Eventi di natura cognitiva sono implicati nel consumo di cocaina, alcuni sono collegati ad un deficit di funzionamento della corteccia orbito frontale; ratti esposti a cocaina, dopo estinzione breve e prolungata dello stimolo cocainico, impiegano un tempo lungo, o non riescono, a risolvere semplici compiti di ricerca di soluzioni ambientali per rallentamento dell'attività corticale. Si è potuto osservare, con esposizione di ratti a cocaina e registrazioni elettro fisiologiche del NA, che questo, in particolare il core, si attiva in modo significativo, dopo astensione da esposizione a cocaina, al primo stimolo droga correlato. Siamo pienamente nel campo del disturbo cognitivo indotto da cocaina e nell'area che spiega sia l'astinenza che la ricaduta.
La cocaina è in grado di ridurre l'attività dei fattori trofici neuronali, studi condotti sull'ippocampo di ratto hanno dimostrato che la sostanza è in grado di influire negativamente sull'RNA m che è deputato alla formazione del fattore di crescita neuronale BNDF. I deficit cognitivi e la citotossicità della cocaina sembrano dovuti a tale effetto.
Un'altra particolarità della cocaina sembra essere quella di interferire sulla espressività genica di enzimi implicati nel metabolismo della dopamina, per esempio la espressività della DβH (Dopamina β-Idrossilasi)[10], appare ridotta in soggetti assuntori di cocaina omozigoti per il gene cui è connessa la sintesi di DβH. Questo fatto sembra porre due questioni: interferenza sul gene e conseguente difetto metabolico, cui alcuni autori correlano la presenza di sintomi paranoidei cocaina indotti. In ogni caso i risultati sono ancora contrastanti e gli autori suggeriscono la necessità di procedure con ulteriori ricerche (24-25).
La vulnerabilità all'uso di cocaina, e di droghe più in generale, gli eventi recettoriali connessi

10. La dopamina beta-monoossigenasi, anche conosciuta come dopamina β-idrossilasi (DBH), è un enzima appartenente alla classe delle ossidoreduttasi, che catalizza la trasformazione della dopamina in noradrenalina

all'esposizione cronica e le conseguenze post interruzione sono questioni cardine per la clinica. In particolare, rispetto alla vulnerabilità abbiamo le seguenti conseguenze:

- I recettori D2 sono nei differenti individui rappresentati in modo diverso – maggiore o minore densità – in relazione alla espressività genica che ne determina la formazione sulle membrane cellulari
- Il contatto sociale nei soggetti con buona densità recettoriale ne incrementa la formazione
- L'avere buona disponibilità di D2 rende capaci di resistere allo stress ambientale e determina una minore sensibilità alle droghe
- La dotazione recettoriale D2 risulta essere capace di determinare maggiore o minore vulnerabilità alle sostanze d'abuso
- I recettori D2 sono maggiormente rappresentati in primati dominanti.

Rispetto alla esposizione cronica si assiste:

- Alla ridotta densità dei D2 ed alla loro down - regulation, nello striato, nel caudato, nell'accumbens e nella corteccia orbito frontale
- La condizione è più rappresentata se la scelta dell'uso è soggettiva e non forzata
- I soggetti a bassa densità naturale rispetto a quelli ad alta, dopo esposizione e interruzione e nuova esposizione a stimoli ambientali droga correlati sono indotti più facilmente e velocemente all'uso della sostanza.

Rispetto alla astinenza – ricaduta e recupero dei D2 abbiamo:

- La ridotta densità dei recettori D2 e il minor consumo di glucosio nella corteccia orbito frontale, determinano un globale disagio (cognitivo, emozionale e motorio) che può persistere anche oltre sette mesi, dopo l'interruzione dell'uso di droga
- La prima assunzione determina il fenomeno del priming
- Gli stimoli – droga correlati hanno particolare valenza ed attrazione
- Lo stress è facilmente induttore di riassunzione di sostanze.

Le persone che sono dipendenti da cocaina hanno specifiche difficoltà nelle funzioni esecutive, nel decision - making e nel giudizio, tutto questo è collegato a specifiche disfunzioni nelle regioni corticali frontali.

Molti autori hanno considerato che tali deficit determinano spesso esito negativo nella terapia, di essi occorre tenere conto per attivare modifiche dei trattamenti in atto e adeguarli alle esigenze cognitive dei pazienti.

8. Conclusioni: neurobiologia dell'addiction e medicina della complessità

1. La breve letteratura descritta, sebbene dedicata alla ricerca in gran parte preclinica e sperimentale, quindi fuori della realtà operativa quotidiana, appare chiara nella descrizione dei meccanismi di azione delle sostanze d'abuso, della complessa influenza sul funzionamento del SNC e delle conseguenze a lungo termine sulla sregolazione neurotrasmettitoriale.

È, inoltre, molto istruttiva la concettualizzazione di vulnerabilità connessa al substrato gene-

tico, in particolare riguardo alla espressività recettoriale D2 e della Dopamina β-idrossilasi, in particolare se collegata alla influenza dell'ambiente riguardo alla facilitazione o meno dello sviluppo di dipendenza da sostanze.
Un'ulteriore osservazione riguarda il rapporto tra l'uso di sostanze e i deficit cognitivi a breve, a lungo e lunghissimo termine (in alcuni casi scarsamente reversibili), che complicano in modo sostanziale i processi di cura e recupero. Tali deficit sono riassumibili nel modo seguente: anomalie nel processo decisionale, deficit nelle funzioni esecutive, difficoltà nella sfera attentiva, riduzione del campo esperienziale ed affettivo-relazionale. Alterazioni del comportamento, sostanzialmente guidato dal craving, dai fattori di innesco dell'uso di sostanze di natura esplicita ed implicita; inoltre, condotte impulsive e alterazione della sfera affettiva ed emotiva, a volte distorsione della percezione della realtà.
Molte di queste condizioni sono sovrapponibili a disturbi psichiatrici, in alcuni casi sono precedenti, in altri si slatentizzano, in altri ancora sono presenti in modo significativo in fase di astensione dalle sostanze.
Sul piano operativo, nell'ambito della prevenzione, della clinica (diagnosi) e del trattamento, conseguono alcuni suggerimenti: a) poiché non conosciamo a priori la vulnerabilità per l'uso di sostanze (sebbene l'esperienza indichi che alcuni contesti familiari e sociali sono fortemente a rischio per l'addiction), non resta che agire sui fattori ambientali protettivi, che sono adatti alla prevenzione (evidenziazione dei contesti familiari e sociali che sono notoriamente fattori di rischio ed azioni precoci su di essi), in particolare sono indicati gli interventi di sviluppo delle abilità personali in grado di far fronte agli eventi di vita stressanti e delle competenze cognitive allargate; b) si rende necessaria una diagnosi che non sia solo "banalmente" tossicologica, ma abbia un forte orientamento sull'assetto cognitivo della persona, sulle competenze e le abilità sopravvissute alla dipendenza e su quelle compromesse, esse sono propedeutiche al trattamento; c) risulta inevitabile una valutazione psichiatrica, al fine di evidenziare i precedenti e le condizioni attuali: tale valutazione è necessaria al fine di applicare corretti ed appropriati trattamenti farmacologici, ad esempio la stabilizzazione dell'umore, generalmente compromesso in ogni dipendenza da sostanze, in particolare nelle fasi di astensione dall'uso; d) infine, l'assessment cognitivo risulta essenziale sia nel trattamento psicoterapeutico, meglio se orientato alla CBT o alla DBT (Dialectical Behavior Therapy), con modifiche della tecnica in relazione alla forza cognitiva della persona, sia nella applicazione di percorsi riabilitativi fondati, in primis sulle abilità residue e successivamente sul recupero di quelle perdute o attenuate.

2. Ma allora, possiamo concludere che sia tutto chiaro e tutti gli elementi neurobiologici spiegano il quadro clinico e ci orientano nelle terapie da mettere in atto?
Abbiamo volutamente richiamato Jaspers all'inizio del nostro lavoro per ricordare, a noi ed a tutti, che la ricerca non spiega tutto e che non vi è un rapporto diretto (del tipo causa-effetto) tra gli eventi fisici e quelli psicopatologici.

Questo anche perché ogni fenotipo è complesso e quindi si impone una personalizzazione della cura (26), capace di connettere la medicina basata sulle evidenze e la storia (non solo di malattia) della persona.
L'uomo è una grande opera incompiuta, non in senso evoluzionistico, ma in riferimento alla storia di ogni singolo individuo. Infatti la vita costruisce continui cambiamenti dell'essere umano sul piano biologico, somatico, psicologico, relazionale, senza mai arrivare ad un punto finale, a qualsiasi età. Ma la medicina deterministica ha compreso il cambiamento della realtà umana e delle conoscenze avvenuto in questi anni, che rende insostenibile un approccio statico al bisogno di cure?
L'affermazione sull'incompiutezza pone diverse problematiche, che devono essere esaminate con attenzione perché l'affermazione stessa non diventi motivo per sminuire il valore della persona e per adottare modelli relativistici. La continua evoluzione costituisce al contrario l'apice della dignità della persona umana, mai inquadrabile all'interno di schemi rigidi e precostituiti, ma sempre diversa come frutto dei propri atti, in un processo continuo di arricchimento e di differenziazione. In questa prospettiva la medicina più avanzata rappresenta una frontiera dell'innovazione culturale, perché è arrivata -seppure per vie contorte- al riconoscimento della continua evoluzione dell'individuo nel corso della vita; allo stesso tempo è anche l'area che trarrà maggiori vantaggi concreti dal progresso del pensiero e dei modelli concreti di prassi clinica. Peraltro per compiere ulteriori avanzamenti deve imparare a navigare tra i grandi dilemmi del nostro tempo, per costruire atti di cura adatti alle diverse circostanze vitali. Si pensi alle antinomie tra tecnologia e relazione, tra progresso che ha permesso l'aumento della curabilità di molte malattie prima incurabili, e della speranza di vita e la crisi che esso stesso ha indotto nei modelli di assistenza, tra la scienza puntiforme che si rivolge ad una singola condizione e la scienza che affronta i problemi della libertà dal dolore e dalla perdita di autonomia della persona in qualsiasi circostanza.
La medicina (e quindi i processi di cura, che ne costituiscono la parte essenziale) è una scienza che cambia; qualsiasi difesa di una più o meno rigida staticità non interpreta l'esigenza che questa scienza sia sempre al servizio dell'uomo, superando le proprie intrinseche ambivalenze.
L'opera incompiuta significa che non è possibile individuare un fenotipo stabile come oggetto delle cure, ma che è necessario adattare ogni intervento clinico alle circostanze del "qui e ora", in un'evoluzione senza fine come conseguenza della ricchezza delle interazioni che si sviluppano nel tempo. Ciò richiede la continua misurazione della condizione vitale della persona, ma non deve però limitarsi ad essere uno strumento tecnico, ma incorporare anche le componenti biografiche dell'individuo. È necessaria un'analisi che sappia cogliere il senso di una storia biologica ed umana e la multiforme apparenza del reale. Per buona parte della medicina contemporanea la cura porta alla cronicizzazione del disturbo, quindi al suo prolungarsi nel tempo. La medicina narrativa (il cui statuto culturale è però ancor oggi solo intuitivo) è lo strumento che meglio di altri comprende il significato del lungo durare delle sofferenze. La narrazione peraltro

è la migliore descrizione degli eventi adattativi che accompagnano sempre la vita, in particolare quella della persona affetta da malattie croniche; peraltro è anche un mezzo per cogliere le sfumature di una vita biologica che non è mai silente per chi sa guardare.
La continua evoluzione del fenotipo oggetto di cure apre alla dimensione della complessità. L'evoluzione nel tempo è caratterizzata da fattori multipli che interagiscono in modo imprevedibile. Gli eventi complessi possono essere così riassunti: i sistemi biologici costituiscono una realtà unitaria, che supera la comprensione delle singole parti; il sistema prevede la valutazione contemporanea delle sue componenti, senza seguire regole gerarchiche; il sistema non segue comportamenti lineari ed è continuamente perturbato dalla comparsa di nuove situazioni od eventi. La semplificazione non appartiene quindi alle modalità corrette per affrontare la tematiche della salute e della malattia; di conseguenza la formazione degli operatori deve incentrarsi sulla complessità come strumento di lettura di ogni situazione clinica, "Medicina della complessità" significa affrontare i problemi della persona che presenta molti differenti bisogni sempre caratterizzati da sofferenza, senza la possibilità di costruire gerarchie o rapporti di causa-effetto; "medicina nella complessità" significa curare con determinazione, anche quando sembrerebbe che troppi fattori interagiscono con l'atto stesso e la sua potenziale efficacia. Ne discendono modelli di cura che intervengono agendo sulla realtà costituita dalla prospettiva biologica e personale del paziente e da quella culturale e psicologica del medico; le possibilità di successo sono date dalla capacità di leggere le dinamiche vitali di chi soffre senza preconcetti, con grande capacità di adattamento e di "trascinare" le indicazioni della medicina formalizzata all'interno di una situazione assolutamente peculiare. Il tutto talvolta richiede coraggio, perché apparentemente si agisce "fuori dalla regole", che sempre svolgono una funzione protettiva per gli operatori sanitari, anche se spesso in ambito clinico inducono un "addormentamento" della capacità realistica di curare qui e ora.
Il fallimento della visione genomocentrica, cioè della illusione (potremmo chiamarla "speranza non affidabile"?) di capire/prevedere tutto (per fortuna l'uomo è un'opera incompiuta, perché è questa incompiutezza che mantiene sempre i giochi aperti), impone la centralità dell'intreccio, del rapporto tra visione esterna e visione interna, della ricomposizione della frammentazione. Dimensione estetica, quindi, gestaltica, narrativa. Ma allora è necessario indagare quali possono essere i contributi in questa direzione delle discipline mediche e psicologiche (ma anche antropologiche e sociali) nei processi di personalizzazione: la psicopatologia classica, cioè capire per cambiare; le neuroscienze moderne, tra prevedibilità ed imprevisto; la psicoanalisi e le psicologie dinamiche, con la centralità di fattori costruttori/de-costruttori (prima l'Edipo, oggi il trauma); la psicologia della salute, nella sua moderna accezione e sviluppo clinico (fattori di protezione e resilienza). Ma anche la medicina interna, non frammentata dagli specialisti, con la sua visione del corpo e del suo funzionamento, e la costruzione della dimensione clinica (segni, linguaggi, sguardi, ipotesi, prove…), fatta di rapporti corporei e di relazioni.
L'evoluzione complessiva dello scenario culturale e clinico sopra indicato, fondato sulla realtà

del fenotipo complesso in continua modificazione, porta alla costruzione di un atto di cura che pone al centro la personalizzazione, come risposta mirata e adeguata al bisogno del singolo. Quindi l'itinerario: riconoscimento della complessità della condizione di chi riceve le cure-lettura del fenotipo instabile-continuo adattamento delle cure a questa realtà da parte di chi fornisce le cure porta ad una medicina che interpreta il valore del singolo come centro di qualsiasi atto, il cui rispetto sul piano clinico, prima ancora che umano, è alla base di ogni atto che voglia raggiungere un livello adeguato di efficacia. L'unica via percorribile (peraltro questi concetti non sono per nulla nuovi, perché già presenti nel pensiero clinico da Ippocrate a Osler; quest'ultimo più di cento anni fa dichiarava che "è molto più importante conoscere il paziente che ha una certa malattia rispetto a conoscere che malattia ha un certo paziente").
La personalizzazione della medicina deve anche fare i conti con la possibilità di smontare le certezze diagnostiche strumentali, ricomponendo in un processo virtuoso le spiegazioni ed i dubbi. Molti criteri diagnostici standardizzati hanno non pochi bias, fare diagnosi diventa un processo di omologazione piuttosto che di differenziazione, la diagnosi viene fatta spesso guardando gli esami diagnostici e non guardando il paziente (la perdita dello sguardo, non solo clinico), come fare una fotografia con il cellulare. Ed anche non esiste una "clinica globalizzata", perché i sintomi somatici e mentali (pensiamo, per esempio, proprio all'uso ed alla dipendenza da sostanze) hanno modalità di estrinsecazione e vissuti differenti a seconda delle culture, delle storie collettive, degli aspetti religiosi e spirituali, che incidono sempre di più nei processi di cura (adesione ai trattamenti, fattori di resilienza e loro ricaduta sull'outcome clinico). Si tratta quindi di rilanciare una forte integrazione tra approccio categoriale ed approccio dimensionale, superando anche conflitti di interessi (non solo economici) e creando ponti tra sintomi e vissuti. La clinica è uno spazio di sintesi tra analizzare, spiegare e comprendere, per il professionista e per il paziente: crocicchio epistemologico, spazio di negoziazione, sguardo anche contemplativo produttore di comunicazione, di alleanza, di rispetto e di senso.
Fattori importanti diventano quindi: a) il cambiamento continuo dello scenario epidemiologico delle malattie, non certo ultime quelle dell'area delle dipendenza patologiche, con l'aumento continuo di comorbilità prima sconosciute; b) il mutamento della metodologia della diagnosi e della prognosi, in conseguenza – come abbiamo ampiamente dimostrato in questo lavoro – del successo raggiunto negli ultimi decenni dalle tecnologie di imaging, biochimiche e genetiche, tuttavia non ancora integrato in un sistema che permetta di comprendere analiticamente i percorsi vitali del singolo ammalato, in modo di costruire un modello personalizzato di cure; c) il fare diagnosi e costruire una prognosi non costituisce un processo di omologazione, ma permette di identificare nel singolo la presenza di un evento patologico che interagisce con la struttura biologica e con la vita dell'individuo stesso, in una continua modulazione che porta ad un'evoluzione differenziata, che determina il bisogno di cure assolutamente unico per quell'individuo; d) la prognosi deve tener conto della capacità di resilienza del singolo individuo, fattore individuale e imprevedibile, che riassume tutta "la misteriosa realtà della vita", cioè

la ricchezza dell'esperienza individuale.
La risposta personalizzata deve considerare non solo i geni (che pure devono essere esaminati attraverso il modello delle loro interazioni), ma anche la storia (la dimensione tempo) e la collocazione nello spazio. Il problema dell'epigenetica e dei trascrittomi è centrale in questa analisi, anche se mancano gli strumenti interpretativi. Su questa linea le molte condizioni psicosociali (povertà, solitudine, mancanza di cultura e di ruolo, ecc.) che rappresentano rilevanti fattori di rischio di morbosità e mortalità impongono una conoscenza di come queste hanno modificato la struttura biologica e vitale del soggetto.
Una medicina che nei prossimi anni sappia risolvere gli interrogativi sopraindicati avrà compiuto un enorme progresso nella capacità di cura. Il pensiero clinico deve risolvere la dialettica tra la complessità da una parte, che impone di considerare tutte le componenti del sistema persona ammalata e rispetta le differenze, i percorsi incerti, le problematiche difformi, e la ricomposizione dall'altra. Chi ritenesse questa logica troppo teorica dimentica la clinica, nella quale ci si muove "mettendo assieme i pezzi", pur senza imporre un'omogeneità che non esiste in natura. Non ci si deve illudere che questa dialettica possa essere presto superata, ma attraverso questa tensione si costruiscono i processi più avanzati della medicina contemporanea. Peraltro il mettere assieme i pezzi consente non solo di curare sul piano tecnico, ma anche di riconoscere il valore della singola persona, di combattere la sua perdita di significato, di senso e di valore. Ma i due aspetti non sono tra loro separati, perché solo riconoscendo la realtà del singolo individuo si può curare bene e al contrario una cura efficace è la base per ridare libertà e dignità alla persona, nella quale la malattia può compromettere anche i valori più profondi.
In un nostro recente articolo (27), abbiamo cercato di delineare i mutamenti clinici ed organizzativi dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia (SERT), in relazione alla modificazione del quadro epidemiologico, delle patologie e delle popolazioni interessate (età, genere, classe sociale, …).

3. Si rende quindi necessaria la definizione di modelli di presa in carico di queste specifiche complessità in ambito territoriale, ambulatoriale e domiciliare, con la precisazione dei compiti dei vari settori, della interazione tra essi e dei modi di valutazione del procedere dei Piani Assistenziali Personalizzati (PAI). Appare fondamentale la definizione della responsabilità del caso secondo i principi del "case management". Infine la definizione delle risorse economiche da investire sulle singole aree di intervento, compresa la residenzialità e la semiresidenzialità.
Quanto sopra potrebbe essere articolato in linee guida che, individuate le specificità patologiche trans servizi, ne descrivano le procedure diagnostiche, i punti salienti delle stesse, le relative azioni di cura, la loro descrizione, le figure interessate nell'attuazione, i sistemi di monitoraggio-valutazione ed i livelli di responsabilità. È chiaro che nel lavoro con le dipendenze, come per i disturbi psichiatrici maggiori, i servizi specifici non possono lavorare in modo separato e devono mettersi in relazione operativa con altri: il modello dipartimento-distretto rappresenta meglio il processo di attivazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA),

che metta in rete tutti i servizi coinvolti nella presa in carico: dall'ospedale al territorio, dalla prevenzione alla riabilitazione.
In un recente lavoro Scotti e Tempesta (28) si interrogano – a fronte dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni che hanno portato a nuovi bisogni di cura ed a nuove tecniche di trattamento – su alcune questioni fondamentali: a) come raggiungere e coinvolgere i giovani in un processo di responsabilizzazione dei comportamenti in relazione alla salute individuale e collettiva ?; b) quali strumenti e quali linguaggio?; c) come costruire una rete di riferimento all'individuazione precoce e relativo supporto della vulnerabilità individuale?; d) quale ruolo e responsabilità dei mezzi di comunicazione di massa nel costruire una "pedagogia della responsabilità"?; e) quali programmi e quali risorse?
Quesiti centrali, ai quali non è facile rispondere in modo semplicistico, in una società che ha da sempre affrontato il tema delle dipendenze con normative (da libertarie a repressive in modo alternato), organizzazioni (dalle Comunità Terapeutiche ai SERT) ed attori (da operatori sanitari di varie discipline – che hanno operato in una moderna concezione sanitaria delle dipendenze patologiche – ad educatori, pedagogisti, sacerdoti che hanno privilegiato l'approccio educativo-rieducativo, favorendo una lettura del fenomeno come un fatto individuale da contrastare con il coinvolgimento del soggetto in altre concezioni di vita).
Per concludere, vorremmo soffermarci brevemente sul secondo quesito, vista la centralità che nella nostra società – liquida o priva di speranza e di desiderio, per effetto della crisi culturale, sociale e di governance, prima ancora di quella economica - che è spesso più conseguenza che causa delle precedenti – ha avuto la fragilizzazione di quelle che A. Correale (29) identificava come "istituzioni consolidanti": la famiglia, la scuola e le istituzioni religiose.
Certo, oggi dobbiamo fare i conti con problemi nuovi: dalla multiculturalità, che modifica anche contenuti ed obiettivi della religiosità, alle variegate forme di (pseudo) comunicazione in rete, che rendono al tempo stesso tutti liberi e dipendenti, superinformati o misinformati.
Si rende quindi necessario un profondo cambiamento – con un continuo supporto delle istituzioni sociali e sanitarie, soprattutto alla famiglia ed al mondo scolastico – degli strumenti e dei linguaggi, per favorire la ripresa di processi di consolidamento delle identità individuali e collettive, in tutte le fasi della vita.
In altre parole, il rilancio della speranza e del desiderio, come ci ricorda Alda Merini: " Da queste profonde ferite usciranno farfalle libere."

BIBLIOGRAFIA

1. Lamprecht R. The Role of Actin Cytoskeleton in Memory Formation in Amygdala. Frontiers in Molecular Neuroscience | www.frontiersin.org. March 2016 | Volume 9 | Article 23.
2. Volkow ND, Fowler JS, Gatley SJ, et all. PET evaluation of the dopamine system of the human brain. J Nucl Med. 1996 Jul; 37(7):1242-56.
3. Cocaina Abuse and Addiction. NIDA, Research Report Series. 2004.
4. Rocha BA, Fumagalli F, Gainetdinov RR, et all., Cocaine self-administration in dopamine-transporter knockout mice. Nature Neuroscience 1998; 1: 132-137.
5. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization, 2004.
6. Liu S, Cunningham K A. Serotonin (2C) receptors (5-HT(2C)R) control expression of cocaine induced conditioned hyperactivity. Drug and Alcohol Dependence 2006; 81.
7. Filip M, Bubar M J, Cunningham K A. Contribution of serotonin (5-HT) 5-HT2 receptor subtypes to the discriminative stimulus effects of cocaine in rats. Psychopharmacology 2006; 183.
8. Whitten L. Serotonin System May Have Potential as a Target for Cocaine Medications Research Findings. NIDA Notes Staff Writer 2007; 21(3).
9. Kourrich S, Rothwell PE, Klug JR, and Mark JT. Cocaine experience controls bidirectional synaptic plasticity in the nucleus Accumbens. J Neurosci, Jul 25, 2007; (30) 7921-7928.
10. Stefański R, Ziółkowska B, Kuśmider M, et all.Active versus passive cocaine administration: differences in the neuroadaptive changes in the brain dopaminergic system. Brain Res 2007; 9: 1157:1-10.
11. Calu DJ, Stalnaker TA, Theresa M. Franz TM. Withdrawal from cocaine self-administration produces long-lasting deficits in orbitofrontal-dependent reversal learning in rats. Learn Mem. 2007; Apr 27; 14(5): 325-328.
12. Hollander JA, Carelli RM Cocaine-associated stimuli increase cocaine seeking and activate accumbens core neurons after abstinence. J Neurosci 2007; Mar 28; 27 (13): 3535-9.
13. Volkow NV e Fowler G. Cocaina Abuse and Addiction. Research Report Series, NIDA. 2004.
14. Yan QS, Feng Mi, Yan SE. RNA interference-mediated inhibition of brain-derived neurotrophic factor expression increases cocaine's cytotoxicity in cultured cells. Neurosci Lett.2006; Mar Dec 15; 6;414(2):165-9.
15. Nader MA, Czoty PW. PET Imaging of Dopamine D2 Receptors in Monkey Models of Cocaine Abuse: Genetic Predisposition Versus Environmental Modulation. Am J Psychiatry 2005; 162:1473-1482.
16. Verdejo-García, Péréz-García M, Bechara, Recknor E. Decision Making and the Iowa Gambling Task: Ecological validity in individuals with substance dependence. Psychologica Belgica 2006; 46-1/2: 55-78.
17. Bollaa KI, Eldretha DA, LondonbED. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. Neuroimage. 2003; July; 19(3): 1085-1094.
18. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Baler R, Telang F. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. Neuropharmacology. 2009; 56(Suppl 1): 3-8.
19. Asensio S, Romero MJ, Romero FJ, Wong C, Nelly, Klein A, Tomasi D,Wang GJ, Telang F, Volkow ND, Goldstein RZ. Striatal dopamine D2 receptor availability predicts the thalamic and medial prefrontal responses to reward in cocaine abusers three years later. Synapse, 2010; May, 64(5): 397-402.
20. Volkow NV, Morales M. The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. Cell 162, 2015; August 13: 712-725.
21. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization; 2004.
22. Mann A. Cocaine Abusers' Cognitive Deficits Compromise Treatment Outcomes. Nida Notes. Apr 2004.
23. Aharonovich E, Nunes E, Hasin D. Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. Drug Alcohol Depend. 2003; Augu20, 71 (2): 207-211.
24. Guindalini C, Laranjeira R, Collier D, Messas G, Vallada H, Breen G. Dopamine-beta hydroxylase polymorphism and cocaine addiction. Behav Brain Funct, 2008; Jan 3;4:1.

25. Liu S, Green CE, Lane SD, Kosten TR, Moeller FG, Nielsen DA, Schmitz JM. The influence of dopamine-hydroxylase gene polymorphism rs1611115 on levodopa/carbidopa treatment for cocaine dependence: a preliminary study. Pharmacogenet Genomics. 2014; Jul, 24(7):370-3
26. Ferrannini L, Trabucchi M. La personalizzazione della medicina : il fenotipo complesso e la cura. PSICOGERIATRIA 2013; VIII (1): 15-20.
27. Ricci RV, Ferrannini L. I servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: cambiamenti clinici e organizzativi negli ultimi venti anni. Sistema Salute 2016; 60 (2): 61-79.
28. Scotti F, Tempesta E. A conclusione della Monografia. Sistema Salute 2016; 60 (2): 80.
29. Correale A. Area traumatica e campo istituzionale. Roma: Ed. Borla; 2006 .

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Promozione della corretta alimentazione e dell'attività motoria nei soggetti con diabete di tipo 2: evidenze e prospettive

Promotion of correct diet and physical activity in patients with type 2 diabetes: evidence and perspectives

Francesca Gallè, Valeria Di Onofrio, Assunta Cirella, Mirella Di Dio, Alessandra Miele, Francesco Siciliano, Simone Forte, Patrizia Belfiore e Giorgio Liguori

Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"

Parole chiave: diabete tipo 2; stili di vita; alimentazione; attività motoria; gestione della patologia

RIASSUNTO

Obiettivi: implementare un modello multidisciplinare di prevenzione terziaria basato sull'integrazione di attività motoria e supporto motivazionale nel percorso terapeutico del diabete mellito di tipo 2 (DM2).

Metodologia: soggetti affetti da DM2 di età 50-70 anni sono stati reclutati e suddivisi su base volontaria tra gruppo di intervento (GI) e gruppo di controllo (GC). Il GI ha seguito per 9 mesi un programma di attività fisica adattata e un percorso di educazione motorio-nutrizionale, mentre il GC ha partecipato ad un incontro informativo sui corretti stili di vita. Ad inizio e fine intervento sono stati rilevati parametri antropometrici, clinici ed emato-chimici in entrambi i gruppi. Nei partecipanti sono stati anche valutati: forma fisica, tramite Senior Fitness Test; percezione dello stato di salute, mediante Short Form 12; qualità di vita e abitudini motorie e alimentari, attraverso questionari precedentemente validati.

Risultati: su 190 partecipanti, 59 (31%) hanno concluso l'intervento; novanta soggetti hanno costituito il GC. Nel GI si è rilevato un miglioramento di quasi tutti i parametri considerati, con variazioni significative ($p<0,05$) per indice di massa corporea, pressione arteriosa, glicemia e, nei maschi, di circonferenza vita. Non sono stati rilevati analoghi miglioramenti nel GC. Nei partecipanti all'intervento è stato inoltre registrato un miglioramento in forza, resistenza e agilità, qualità di vita e percezione dello stato di salute.

Autore per corrispondenza: giorgio.liguori@uniparthenope.it

Discussione e conclusioni: il modello realizzato si configura come un valido strumento per la gestione del DM2. L'elevata percentuale di abbandono rappresenta un elemento critico da considerare per migliorarne le possibili future applicazioni.

Key words: type 2 diabetes; lifestyles; diet; physical activity; disease management

SUMMARY

Objectives: to evaluate a multidisciplinary model integrated with physical activity and motivational support in the therapeutic management of type 2 diabetes mellitus (DM2).

Methodology: subjects with DM2 aged 50-70 years were enrolled and divided on voluntary basis between intervention group (IG) and control group (CG). IG followed a 9-month program of adapted physical activity and nutritional/movement education, while CG participated to a group meeting about healthy lifestyles. Body measures and clinical data were collected at the start and at the end of the intervention in both groups. Fitness (Senior Fitness Test), health status perception (Short Form 12), quality of life and behaviors related to physical activity and nutrition were also evaluated among participants.

Result: on a total of 190 participants, 59 (31%) completed the intervention; ninety subjects composed the CG. An improvement in considered parameters was registered in IG, with significant reductions ($p<0,05$) in body mass index, blood pressure, glycemic index and waist circumference in males. Similar changes were not observed in CG. Participants showed also improvements in strength, resistance and agility, quality of life and health status perception.

Discussion and conclusions: the proposed model seems to be a valid instrument for DM2 management. The high level of dropout is an element of concern that should be addressed in future applications.

Introduzione

Con una prevalenza del 5,4%, il diabete rappresenta una delle malattie croniche maggiormente diffuse nella popolazione italiana (1). Alla gestione del diabete mellito di tipo 2 (DM2), che rappresenta il 90% dei casi, è associato un ingente impiego di risorse sia di tipo socio-sanitario e assistenziale che economico. L'aumento della prevalenza che il DM2 ha fatto registrare negli ultimi decenni è in parte legato all'invecchiamento generale della popolazione, ma soprattutto alla diffusione di condizioni di rischio come sovrappeso, obesità, sedentarietà (2). È ormai noto, infatti, il ruolo che alcuni stili di vita non salutari quali scorretta alimentazione e inattività fisica possono avere nel determinare l'insorgenza del DM2 e nel complicarne il trattamento, mentre l'attività fisica svolta costantemente e associata ad un adeguato regime alimentare si è dimostrata efficace nella prevenzione e nel trattamento della patologia diabetica (3-4). L'aderenza alla dieta mediterranea, oltre a ridurre del 30% la probabilità di sviluppare diabete di tipo 2, comporta nei soggetti già affetti dalla patologia un miglioramento dell'omeostasi glicidica, misurabile come abbassamento della glicemia e dell'emoglobina glicosilata (5).

Esiste l'evidenza di come l'aumento di attività fisica, unito ad una modesta riduzione di peso, riescano a ridurre considerevolmente l'incidenza del DM2 negli individui con alterata tolleranza al glucosio, mentre programmi di esercizio strutturato hanno effetti statisticamente e clinicamente positivi sul controllo glicemico e sulla riduzione delle complicanze nei soggetti

già colpiti dalla patologia (6-7).
Pertanto, l'implementazione di percorsi che educhino i soggetti diabetici all'adozione di corrette abitudini alimentari e alla pratica dell'attività motoria si configura come una strategia di sanità pubblica ottimale per il controllo della patologia. Le linee guida per la cura e la gestione del diabete mellito emanate dall'Associazione Medici Diabetologi e dalla Società Italiana Diabete nel 2016 raccomandano la realizzazione di programmi interdisciplinari di educazione ai corretti stili di vita (8).
Sulla base di tali premesse, il Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere dell'Università degli Studi di Napoli "*Parthenope*" e l'Agenzia Regionale della Sanità (ARSAN) della Campania hanno sperimentato, nell'ambito del progetto finanziato nel 2012 dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute dal titolo *"Counseling motorio ed Attività Fisica Adattata quali azioni educativo-formative per ridefinire il percorso terapeutico e migliorare la qualità di vita del paziente con diabete mellito tipo 2"**, un modello terapeutico finalizzato all'introduzione di programmi di attività fisica e counseling motorio-nutrizionale nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del DM2. Alla creazione di tale modello hanno contribuito, come previsto dal bando ministeriale, 4 regioni partner: Piemonte (Università di Torino), Lazio (Università di Roma *"Foro Italico"*), Puglia (Università di Foggia) e Sicilia (Università di Palermo).

Metodologia

Il progetto prevedeva la realizzazione di interventi di promozione di comportamenti salutari tra pazienti affetti da DM2, al fine di migliorarne le condizioni di salute e la qualità di vita. Gli interventi includevano un percorso di educazione al movimento e alla corretta alimentazione e un programma di attività fisica adattata. L'efficacia del modello proposto è stata valutata attraverso uno studio sperimentale in cui i soggetti che hanno partecipato alle attività sono stati messi a confronto con un gruppo di controllo costituito da pazienti con caratteristiche simili che non hanno preso parte all'intervento.
Per lo svolgimento delle attività previste sono stati coinvolti medici di base e diabetologi afferenti alla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e alla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) operanti nel territorio della provincia di Napoli, che hanno reclutato e monitorato i pazienti.
I criteri di inclusione erano i seguenti: età compresa tra 50 e 70 anni, assenza di complicanze gravi, Indice di Massa Corporea (IMC) ≥25 kg/m^2, abitudini sedentarie (attività fisica pari a 3-4 MET/settimana) e data della diagnosi ≥ 12 mesi.
Dopo la valutazione dell'idoneità fisica, tutti i soggetti che hanno fornito il proprio consenso informato hanno partecipato ad un incontro informativo, nel quale sono stati discussi i benefici del movimento e della dieta sulla gestione della malattia, e sono stati forniti consigli relativi all'adozione di corretti stili di vita. Successivamente, i partecipanti sono stati ripartiti su base

volontaria tra gruppo di intervento, avviato alle attività, e gruppo di controllo.
L'intervento ha avuto la durata di 9 mesi. Il programma di attività motoria, condotto da professionisti delle Scienze Motorie esperti in AFA, è stato organizzato in sedute di durata pari a 50-60 minuti e frequenza pari a 3 giorni a settimana, comprendenti esercizi per l'allenamento dell'apparato cardiovascolare, muscolare ed osteoarticolare adeguati alle condizioni e alle caratteristiche di ciascun soggetto. Il protocollo motorio includeva una camminata o marcia della durata di circa 5 minuti (fase di riscaldamento), una fase di camminata veloce ad alta intensità per circa 20 minuti (allenamento aerobico), esercizi di rafforzamento muscolare svolti per 20 minuti con e senza l'ausilio di macchine isotoniche (allenamento di resistenza); esercizi per l'equilibrio e l'agilità, svolti per 10 minuti mediante giochi con la palla o altre attrezzature (allenamento dell'equilibrio), ed esercizi di flessibilità statica e dinamica negli ultimi 5 minuti (allenamento della flessibilità). Le strutture coinvolte nelle attività sono state individuate mediante apposito bando e selezionate in base alla manifestata disponibilità di personale, attrezzature, spazi e tempi, e alla dislocazione territoriale.
Il percorso di educazione motorio-nutrizionale si è strutturato in incontri collettivi condotti con frequenza mensile da professionisti psicologi e nutrizionisti e finalizzati a rinforzare la consapevolezza e la motivazione dei partecipanti nei confronti dell'attività fisica e della corretta alimentazione. Nel corso di tali incontri i professionisti, dopo una fase di ascolto e discussione su rischi e benefici relativi agli stili di vita assunti dai partecipanti, fornivano loro indicazioni sull'adozione di modifiche al comportamento alimentare e alle abitudini motorie, e sostegno al cambiamento. Attraverso dimostrazioni pratiche con esempi di vita quotidiana, i soggetti venivano educati ad un'alimentazione basata sui principi della dieta mediterranea, e venivano loro forniti consigli utili anche per il consumo di pasti lontano da casa o per la preparazione di pasti veloci. Per quanto riguarda l'abitudine al movimento, venivano loro offerti esempi e suggerite strategie per incrementare, in modo semplice e piacevole, i propri livelli di attività fisica quotidiana.
Prima dell'inizio delle attività (T_0) e al termine delle stesse (T_1) i soggetti di entrambi i gruppi sono stati sottoposti alla rilevazione di parametri antropometrici (IMC, circonferenza vita); i medici hanno fornito dati relativi ai parametri clinici ed emato-chimici (pressione arteriosa, glicemia, HbA1c, colesterolo totale e HDL) relativi ai pazienti partecipanti. La fitness raggiunta nel gruppo di intervento è stata valutata mediante Senior Fitness Test (arm curl test e chair stand test per valutare la forza, back scratch test e sit-and-reach test per la flessibilità, 8-foot up-and-go test per l'agilità e 2-minute step in place test per determinare la capacità aerobica); nei partecipanti sono state inoltre indagate alcune variabili psico-comportamentali (percezione dello stato di salute rilevata mediante Short Form 12; qualità di vita, abitudini motorie e alimentari valutate mediante questionari precedentemente validati).
Per ogni parametro sono state valutate tramite test *t* di Student o test del chi quadrato eventuali variazioni intervenute col procedere delle attività; il confronto tra il gruppo di intervento e

quello di controllo è stato eseguito tramite ANOVA. Il valore di significatività assunto è stato p=0,05. L'analisi statistica è stata effettuata mediante SPSS versione 21.0 per Windows.

Risultati e Conclusioni

Su 512 soggetti invitati, 247 (48,2%) hanno accettato di partecipare al progetto; 190 (76,9%) pazienti sono entrati a far parte del gruppo di studio, ma solo 59 tra questi (36,3%) hanno terminato il percorso motorio e quello educativo. Tra i controlli, 90 soggetti hanno completato il follow-up.

I risultati rilevati hanno mostrato nei partecipanti alle attività motorie un notevole miglioramento dei parametri clinico-metabolici e di quelli relativi alle prestazioni fisiche: in tali pazienti si è rile-

Tabella 1- Valori medi dei parametri antropometrici e clinico-metabolici misurati ad inizio (T0) e fine attività (T1) nel gruppo di intervento (GI) e nel gruppo di controllo (GC), con relativi livelli di significatività

	GI			GC			
	T_0	T_1		T_0	T_1		
	media±DS	media±DS	p^1	media±DS	media±DS	p^1	p^2
IMC	31,3±9,5	26,8±2,7	0,01*	33,3±11,1	30,6±4,2	0,3	0,045*
Circonferenza vita (cm)							
Femmine	100,3±14,1	94,0±17,0	0,49	109,2±7,5	105,2±5,3	0,35	0,33
Maschi	106,5±11,9	90,4±10,7	0*	94,3±16,7	92,2±11,7	0,78	0,03*
Pressione sistolica	134,0±13,3	125,0±13,8	0,04*	136,4±11,9	133,1±10,3	0,44	0,001*
Pressione diastolica	77,0±9,4	71,0±6,2	0,03*	75,7±9,3	76,5±6,2	0,79	0,001*
Glicemia (mg/dl)	145,2±39,9	119,2±19,2	0,02*	150,4±80,8	136,0±23,2	0,49	0,007*
HbA1c(%)	6,6±0,9	6,2±0,7	0,22	7,0±1,8	14,1±19,2	0,12	0,00*
Colesterolo tot. (mg/dl)	176,3±41,9	177,3±24,7	0,9	185,0±44,3	181,0±42,2	0,79	0,00*
HDL (mg/dl)	49,0±9,2	52,0±12,0	0,5	52,1±11,4	49,3±11,1	0,48	0,00*

[1]test t di Student - [2]ANOVA

vato al termine del percorso un miglioramento di quasi tutti i parametri considerati, con variazioni significative (p<0,05) per IMC, pressione sistolica e diastolica, consumo massimo di ossigeno e glicemia; la riduzione della circonferenza vita è risultata significativa solo nella componente maschile. Analoghi miglioramenti non sono stati rilevati nel gruppo di controllo (Tabella 1).

Forza, resistenza e agilità sono aumentate sensibilmente in relazione alla pratica di AFA (Figura

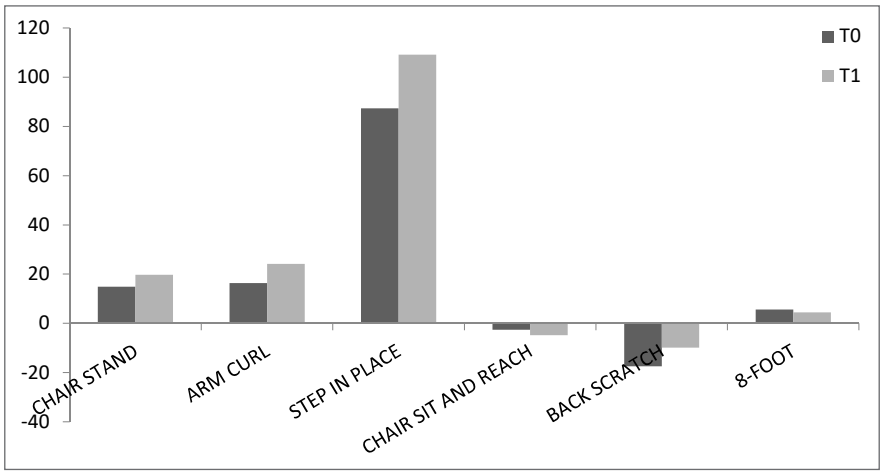

Figura 1- Variazioni delle capacità motorie misurate mediante Senior Fitness Test prima (T0) e dopo l'intervento (T1) nei partecipanti alle attività. Punteggi medi riferiti al numero di ripetizioni (arm curl, chair stand, 2-minute step in place), alla distanza/lunghezza in cm (sit-and-reach, back scratch), o al tempo in sec (8-foot up-and-go).

1). Per i soggetti del gruppo di intervento è stato inoltre registrato un miglioramento della qualità di vita (11% in media); al termine del percorso più del 50% dei pazienti ha dichiarato di sentirsi in uno stato di salute "buona" o "molto buona" e il 90% di questi ha dichiarato di praticare regolarmente attività fisica nella propria vita quotidiana.

I cambiamenti rilevati nelle abitudini alimentari hanno permesso di valutare positivamente gli effetti dell'intervento di educazione nutrizionale: al termine delle attività la totalità dei partecipanti dichiarava di praticare la prima colazione (+4%) ed è aumentata considerevolmente la quota di soggetti che dichiaravano di consumare 5 pasti al giorno (+23%) e spuntini a base di frutta (+24%), mentre è diminuito il numero di soggetti che dichiaravano di dolcificare le proprie bevande (-4%), con una riduzione, tra coloro che ancora riportavano questa abitudine, dell'impiego di zucchero bianco (-4%) o dolcificanti (-3%) a favore dell'utilizzo di zucchero di canna (+10%) o miele (+3%). A fine intervento, inoltre, nessun partecipante riportava frequenti episodi di ipoglicemia nel corso della giornata (-17%).

L'analisi delle variabili fisiche e psicologiche dei partecipanti al programma ha mostrato l'efficacia del modello socio-assistenziale realizzato, che quindi si configura come un valido intervento di prevenzione terziaria del DM2 potenzialmente applicabile sul territorio. Sulla base dei risultati ottenuti, è possibile ipotizzare che l'adozione di tale modello possa portare un notevole abbattimento dei costi correlato alla riduzione delle ospedalizzazioni e del ricorso alle prestazioni specialistiche, oltre che delle prescrizioni di farmaci.

Il principale punto di forza del modello è stato rappresentato dall'interconnessione tra le diverse figure coinvolte (medici, allenatori, *counselors*), che ha permesso di accompagnare e sostenere

attivamente i pazienti nell'adozione di uno stile di vita più attivo e salutare. Tuttavia, nonostante la strategia messa in atto abbia prodotto ottimi risultati tra i partecipanti, essa non è risultata efficace in termini di *compliance*: la bassa adesione e soprattutto la scarsa persistenza dei pazienti nelle attività programmate rappresentano infatti le maggiori criticità rilevate nell'implementazione del modello. Nonostante i livelli di abbandono registrati siano inferiori a quelli ottenuti in altri studi (4, 9), essi riflettono sicuramente la scarsa propensione all'attività fisica di una parte della popolazione italiana, quale quella meridionale, tradizionalmente sedentaria (1).
Risulta pertanto necessario potenziare la partecipazione dei soggetti interessati mediante interventi motivazionali più incisivi, in fase di reclutamento e lungo tutto il percorso. Probabilmente la realizzazione di interventi di formazione inerenti i metodi dell'educazione alla salute indirizzati ai professionisti con cui i pazienti si trovano ad interagire potrebbero risultare utili a tale scopo.
Considerati gli esiti positivi del progetto, si auspica che il modello integrato proposto, con gli opportuni miglioramenti, possa continuare ad essere applicato ed esteso ad altre realtà territoriali e alla gestione di altre cronicità.

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Nazionale di Statistica. Aspetti della vita quotidiana. 2014. Disponibile su: http://dati.istat.it/. Ultimo accesso 15 settembre 2016.
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014.Genava: WHO Press; 2014.
3. Nunan D, Mahtani KR, Roberts N, Heneghan C. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. Syst Rev 2013; 2: 56.
4. Huang XL, Pan JH, Chen D, Chen J, Chen F, Hu TT. Efficacy of lifestyle interventions in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Eur J Intern Med 2016; 27: 37-47.
5. Salas-Salvadó J, Guasch-Ferré M, Lee CH, Estruch R, Clish CB, Ros E. Protective Effects of the Mediterranean Diet on Type 2 Diabetes and Metabolic Syndrome. J Nutr. 2016 Mar 9. pii: jn218487.
6. Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C, White RD. Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2006; 29(6): 1433-1438.
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes–2006. Diabetes Care 2006; 29(1): s4-s42.
8. Associazione Medici Diabetologi – Società Italiana di Diabetologia – Diabete Italia. Standard italiani per la cura del diabete mellito. Linee-guida e raccomandazioni. Torino: Infomedica; 2016.
9. Mendes R, Sousa N, Themudo-Barata J, Reis V. Impact of a community-based exercise programme on physical fitness in middle-aged and older patients with type 2 diabetes. Gac Sanit 2016; 30(3): 215-220.

** Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM*

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Verso una gestione integrata della cronicità: il progetto P.I.C.A.S.S.O. a sei mesi dall'avvio. Esperienza dell'ASL di Alessandria (Regione Piemonte)

Towards an integrated management of chronic diseases: P.I.C.A.S.S.O. project results for the first six months. Experience of the Health Local Unit of Alessandria (Piemonte Region)

Viola Amprino[1], Elide Azzan[2], Maria Elisena Focati[3], Maria Rosaria Gualano[4], Alessia Piacenza[5], Simone Lazzaro Porretto[6], Roberta Siliquini[4], Roberto Stura[7], Paola Varese[8], Gilberto Gentili[9]

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino
2. Direzione Sanitaria ASL Alessandria
3. Direzione delle Professioni Sanitarie ASL ALessandria
4. Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino
5. Dipartimento Strutturale della Riabilitazione-Fragilità-Continuità Assistenziale Presidio Ospedaliero Ovada ASL Alessandria
6. Direzione Presidi Ospedalieri ASL Alessandria
7. Coordinamento Distretti ASL Alessandria
8. S.C. Medicina Generale Presidio Ospedaliero Ovada ASL Alessandria
9. Direzione Generale ASL Alessandria

Parole chiave: fragilità; anziani; modelli assistenziali.

Obiettivi: il Progetto è volto al potenziamento della presa in carico del cittadino fragile (età, patologie croniche, caratteristiche socio-economiche, assunzione di politerapie) nell'attuazione del concetto di rete assistenziale intesa come collaborazione multiprofessionale secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa.
Metodi: il Progetto si articola su tre linee: 1) *Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.), 2) Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.) e 3) Progetto di ricerca Prima vengo io! Per un migliore uso dei farmaci.* Il Distretto di Acqui Terme/Ovada, considerate le caratteristiche epidemiologiche e l'avvio dell'Infermiere di Famiglia (I.F.), è stato

Autore per corrispondenza: viola.amprino@unito.it

scelto per la fase sperimentale della durata di un anno, iniziata a dicembre 2015.
1) Il C.A.F. rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio in cui trova collocazione l'Infermiere di Famiglia.
2) I posti letto di O.B.T. attivati presso la Struttura Complessa di Medicina Generale sono gestiti dai Medici di Assistenza Primaria (MAP) e da personale infermieristico; l'osservazione non può superare le 24h.
3) Il Progetto di ricerca *Primavengoio*! ha l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica nei pazienti anziani in politerapia attraverso un'azione di *deprescribing* (Criteri di Beers).
Risultati: gli utenti presi in carico dall'I.F. nei primi sei mesi sono stati: 38 con diabete, 26 scompenso circolatorio, 14 BPCO e 13 altro (pazienti presi in carico provenienti da altre declinazioni progettuali) (età media 80±11.9). I pazienti afferenti all'O.B.T. sono stati 25 (13 osservazioni cliniche, 5 trasfusioni, 4 somministrazioni terapie e 3 preparazioni per esami diagnostici) con durata media dell'osservazione 6h49±6.0 e età media 73.6±18.8. Nell'ambito del *deprescribing* sono state analizzate n.414 lettere di dimissione (criteri di esclusione: decesso n.43, ricovero>1 n.3, lungodegenti n.25, *missing* n.42) e considerate per l'analisi n.301. L'analisi multivariata ha mostrato che la degenza ≥21 giorni (OR=2.58 IC=1.20-5.54), aumenta significativamente la probabilità di assumere una politerapia alla dimissione.
Conclusioni: la gestione integrata del paziente fragile con cronicità è auspicabile per potenziare la presa in carico.

Key words: fragile; elderly people; health care models

SUMMARY
Objectives: the project aims to implement a multi-professional clinical network based on clinical and organizational appropriateness in order to intake fragile citizens (age, chronic diseases, socioeconomic status, use of polypharmacy).
Methods: the Project consists of three lines: 1) Fragile Centre (F.C.), 2) Brief Territorial Observation (B.T.O.) and 3) Observational Research *I come first! For better use of medicines*. The District of Acqui Terme/Ovada, given the epidemiological characteristics and the ongoing project of the Family and Community Nurse (F.N.) has been chosen for the pilot phase lasting one year (started on December 2015).
1) The F.C. is a Unique Access Point in the territory and with a Family and Community Nurse.
2) The B.T.O. beds activated at the ward of General Medicine are managed by Family Doctors and nursing staff; the observation can not exceed the 24 hours.
3) The research project *I come first!* aims to improve therapeutic adherence in elderly patients in polytherapy through deprescribing action (Beers Criteria).
Results: patients taken in charge by the F.N. in the first six months were: 38 with diabetes, 26 heart failure, 14 COPD and 13 other (patients taken in charge from others lines of the Project) (mean age 80 ± 11.9). The patients referred to the B.T.O. were 25 (13 clinical observations, 5 transfusions, 4 therapy administration and 3 preparations for diagnostic tests) with a mean 6 h observation time. 49 ± 6.0 and mean age 73.6 ± 18.8. Within the context of deprescribing we have been analyzed n.414 discharge letters (exclusion criteria: deaths=43, hospitalization>1=3, long-term patients=25, missing=42) and we have been considered for analysis n.301. Multivariate analysis showed that the length of hospital stay ≥ 21 days (OR=2.58 CI =1.20 to 5.54), significantly increases the likelihood of taking multiple medications at discharge.
Conclusions: the integrated management of the patient with chronic illness is desirable to improve the care.

1. Introduzione

1.1. Contesto Epidemiologico

La transizione epidemiologica, caratterizzata principalmente dal progressivo invecchiamento della popolazione, interessa il Piemonte analogamente al contesto europeo e nazionale.

L'invecchiamento della popolazione conseguente alle migliori condizioni di salute, si è tradotto in un cambiamento dello scenario epidemiologico, caratterizzato da un aumento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie cronico-degenerative. Secondo le rilevazioni ISTAT (ISTAT, 2011) il 38.6% dei residenti, in Italia, soffre di almeno una patologia cronica e il 20.1% della popolazione dichiara di avere almeno due patologie croniche (1). Considerando le fasce d'età più anziane, le percentuali salgono in modo evidente: secondo gli ultimi dati (2013) si dichiara affetto da almeno due malattie croniche il 48.7% delle persone dai 65 ai 74 anni ed il 68.1% di quelle ultrasettantacinquenni (2).
Le modifiche demografiche ed epidemiologiche illustrate hanno richiesto un'inversione di tendenza culturale e un adeguamento delle risposte assistenziali. A fronte di una medicina sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza (1).
In tale panorama si è sviluppato il paradigma della *medicina di iniziativa* con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (*self care* e *family learning*) e sociali a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità. Concetto opposto a quello dell'assistenza ospedaliera per cui prevale il paradigma dell'attesa con il quale si evidenzia un modello assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.
I due paradigmi confluiscono e intervengono nel creare una rete unica con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale della persona e la continuità nelle cure (3).
Il modello di riferimento della sanità d'iniziativa è il *Chronic Care Model (CCM)* un approccio assistenziale innovativo, sviluppato negli anni '90 dal professor Wagner in California, che pone il paziente, adeguatamente formato e sensibilizzato, al centro di un modello multiprofessionale basato sull'interazione tra diversi operatori sanitari (4-7).
Il *Chronic Care Model*, in tutte le sue varianti, si struttura su alcuni elementi fondamentali:
- la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- l'organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- il coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse;
- la programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi;
- la definizione di percorsi assistenziali per le malattie croniche;
- il supporto dei sistemi informatici per ottimizzare la raccolta e la gestione dei dati clinici.

La variante americana denominata *Kaiser Permanente* (8), per garantire la sostenibilità economica del sistema, identifica tre livelli differenti di bisogni assistenziali ai quali corrispondono risposte

diversificate, costituite dai seguenti approcci chiave:
1. *Self Care and Self Management*: sostenere le persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé e aiutarle nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni;
2. *Disease Management:* formare team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli;
3. *Case Management:* formare i *case managers* (solitamente infermieri) che sappiano assumersi la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema integrato di assistenza che prenda in carico i pazienti ad alto rischio con necessità complesse;
4. *Knowledge management:* sviluppare negli operatori la capacità di identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione generale, effettuare valutazioni dei bisogni, conoscere le risorse disponibili (umane, organizzative e finanziarie) e identificare gli andamenti del processo assistenziale.
Pertanto nel modello del *Chronic Care Model* la gestione delle malattie croniche è affidata ad un gruppo costituito da diverse figure professionali (Medici di Assistenza Primaria, Medici Specialisti, Infermieri) che opera in maniera integrata sulla base di una divisione delle competenze.

1.2. Il ruolo degli infermieri nelle cure territoriali

La transizione organizzativa dei sistemi sanitari, conseguente a quella epidemiologica, ha introdotto il concetto di territorio quale luogo principale dell'assistenza primaria opposto al sistema ospedalo-centrico, non più sufficiente a far fronte alle nuove sfide della cronicità (9).
Il processo di riqualificazione dell'assistenza territoriale richiede scelte organizzative che definiscano con precisione le competenze e i ruoli professionali, con la finalità di fornire al cittadino la risposta più appropriata nel *setting* assistenziale più adeguato. L'infermiere è figura indispensabile dell'organizzazione territoriale per la gestione dei soggetti affetti da patologia cronica, in quanto rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona. Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità rappresentano uno sviluppo strategico del sistema delle cure territoriali, dove si eroga medicina di iniziativa rivolta a target specifici di cittadini, in stretta connessione con Medici di Assistenza Primaria (MAP), specialisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e la rete dei servizi. L'ambulatorio infermieristico è uno dei luoghi elettivi per il supporto all'autocura, all'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* nonché per attività di prevenzione ed educazione alla salute della comunità (10,11).
Emergono chiaramente almeno tre funzioni fondamentali previste nel Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 14 settembre 1994, n. 739) (12):
1. funzione di prevenzione;
2. funzione di educazione terapeutica;
3. funzione di assistenza.

L'OMS da tempo sostiene l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza e nel

1999 la risposta europea si è tradotta nella pubblicazione di un documento programmatico *Health 21* che ha definito una nuova tipologia di infermiere, l'"Infermiere di Famiglia" (I.F.) la cui collocazione è prevista, congiuntamente al Medico di Assistenza Primaria, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base che comprende dalla promozione della salute alla prevenzione della malattia, dalla riabilitazione all'assistenza dei malati cronici e terminali (13).
L'I.F. ha una funzione di collegamento tra le diverse figure professionali della rete dei servizi finalizzata al raggiungimento di una maggiore integrazione multidisciplinare che si basa su un sistema di lavoro integrato ed è *case manager,* ovvero garante del miglioramento della qualità e della continuità delle cure (14).
I Medici di Assistenza Primaria e l'Infermiere di Famiglia, condividendo i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali riferiti alle principali patologie croniche possono gestire il complesso processo assistenziale indirizzato a raggiungere la presa in carico completa dell'assistito.
L'educazione terapeutica del paziente (15) deve renderlo capace di acquisire e mantenere abilità che gli consentano di gestire al meglio la propria vita di malato. Si tratta, quindi, di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria e focalizzato sul paziente che comprende l'apprendimento dell'auto-cura riguardo la malattia, i trattamenti prescritti, l'assistenza in ospedale e presso gli altri ambiti assistenziali, l'informazione organizzativa, i comportamenti legati alla salute ed alla malattia. Il suo scopo è aiutare i pazienti e le famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare con gli operatori sanitari, a vivere in modo sano, a migliorare o mantenere la qualità della vita. Come riporta D'Ivernois, l'applicazione dell'automonitoraggio della patologia da parte del paziente può ritardare le complicazioni della malattia e ridurre la dipendenza permettendo una qualità della vita superiore (16).
Inoltre una maggiore conoscenza della malattia cronica conduce il paziente a migliorare anche in termini di aderenza terapeutica poiché la scarsa aderenza alle modalità prescrittive nei trattamenti cronici è tra le principali cause di non efficacia della terapia farmacologica e rappresenta, di conseguenza, un fattore modificabile fondamentale per il miglioramento dello stato di salute e l'ottimizzazione del consumo di risorse (17).
Gli indicatori demografici della Regione Piemonte confermano il trend nazionale ed evidenziano un numero di persone ultrasessantacinquenni, a fine 2003, pari a 936.000 unità, corrispondente al 21.9% dell'intera popolazione, mentre nel 2014 risulta essere di 1.082.540 unità, pari al 24.5% (18) (alla stessa data, in Italia, erano 12.639.829 i soggetti di età superiore a 65 anni, pari al 21.2 % del totale della popolazione) (19). Tra le ASL piemontesi, quella di Alessandria (AL) è, per le caratteristiche epidemiologiche e indici demografici, tra le più anziane; infatti i cittadini ultra sessantacinquenni rappresentano il 27% della popolazione totale (n. 119.671).
In tale contesto, la Direzione Aziendale dell'ASL AL ha elaborato il *Progetto P.I.C.A.S.S.O (Progetto di Integrazione della Continuità e Appropriatezza Socio-Sanitaria e Ospedaliera)*, articolato su tre linee principali fortemente interconnesse, volte all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione territoriale, con il fine ultimo di implementare la presa in carico e l'accoglienza del

cittadino fragile in un'ottica di medicina d'iniziativa anziché di attesa. L'iniziativa mira a rafforzare l'*empowerment* del cittadino attraverso la promozione di corretti stili di vita e si pone, tra gli obiettivi, la piena applicazione del concetto di multi-professionalità inteso come collaborazione tra Medici Specialisti, Medici di Assistenza Primaria, Infermieri di Famiglia, Infermieri Territoriali, Ospedalieri e Farmacisti Territoriali. Il Progetto ha come obiettivo generale quello di promuovere la presa in carico del cittadino fragile "a pochi passi da casa" nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e come obiettivi specifici il miglioramento della qualità dell'assistenza ai cittadini con cronicità, la maggiore aderenza terapeutica e la riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) e dei conseguenti ricoveri.

2. Materiali e Metodi

L'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Alessandria (ASL AL) comprende 4 Distretti: Alessandria-Valenza, Acqui Terme-Ovada, Casale Monferrato, Novi Ligure-Tortona. La rete ospedaliera presente sul territorio è costituita da 5 Presidi con una popolazione assistita pari a 453.000 abitanti. Le caratteristiche epidemiologiche dell'ambito territoriale di Ovada nel Distretto di Acqui Terme-Ovada (abitanti tot. n. 27.840; età ≥ 65 anni n. 8.164) e l'avvio dell'Infermieristica di Famiglia lo hanno reso il territorio ideale per la prima fase sperimentale del Progetto (dicembre 2015-dicembre 2016).

Il Progetto si struttura su tre linee d'azione differenti:

1) Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.);
2) Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.);
3) Progetto di ricerca "Primavengoio! Per un migliore uso dei farmaci".

1) *Il Centro di Accoglienza delle Fragilità*, collocato presso la sede distrettuale di Ovada, rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio per i cittadini.

Gli infermieri territoriali garantiscono la presenza settimanale per la presa in carico dei bisogni assistenziali degli utenti. La gestione operativa del Centro è affidata al Coordinatore Infermieristico unico del Distretto e degli Ambulatori Ospedalieri del Presidio: un singolo gestore infermieristico di risorse trans-murarie che risponde all'obiettivo di favorire il percorso integrativo tra Ospedale e Territorio e che attiva, se necessario, contatti con Medici di Assistenza Primaria, Medici Ospedalieri e Territoriali, Psicologi, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Infermieri di Famiglia. Il C.A.F. annovera tra le attività principali l'accoglienza dei cittadini e la consulenza informativa sui servizi presenti nel territorio dell'ASL e sulle modalità di accesso. Inoltre, in base alle necessità assistenziali rilevate, i cittadini sono inviati alla struttura territoriale di Cure Domiciliari più idonea.

Nel contesto del C.A.F. assume un ruolo principale nell'assistenza primaria l'Infermiere di Famiglia (I.F.). I pazienti da seguire nella gestione della cronicità sono individuati tra gli assistiti dei MAP. A seguito dell'acquisizione del consenso informato del paziente a far parte del percorso

assistenziale, l'I.F. valuta i bisogni assistenziali e redige un piano di cura personalizzato seguendo un percorso prestabilito per specifica patologia cronica sulla cui base vengono pianificati ed effettuati gli accessi necessari per garantire il monitoraggio e la stabilità dello stato di salute.
Le fasi operative per l'attivazione del C.A.F. hanno richiesto:
- individuazione degli spazi destinati a ospitare l'attività, nelle sedi del Distretto di Acqui Terme/Ovada (ambito territoriale ovadese);
- formazione del personale infermieristico tramite la tecnica *learning by doing* al fine di applicare in modo ottimale il processo di assistenza infermieristica e di educazione terapeutica al singolo individuo e alla famiglia;
- creazione della cartella infermieristica di presa in carico del paziente specifica per l'I.F. focalizzata sui principali fattori di rischio modificabili con automonitoraggio delle patologie croniche, gestione delle politerapie, prevenzione delle riacutizzazioni e, attraverso l'Indice di Morisky, valutazione dell'aderenza terapeutica (20).
La "Morisky Medication Adherence Scale", si compone di 4 item: *Si è mai dimenticato di assumere i farmaci? È occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci? Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia? Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?* Ogni risposta positiva corrisponde ad un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa a 1. I pazienti con punteggio di 1-2 sono considerati poco aderenti; quelli con punteggio di 3-4 sono considerati aderenti. La scala validata e auto-riferita ha mostrato potere predittivo nella misurazione dell'aderenza.

2) Attivazione posti letto di Osservazione Breve Territoriale.
Il Progetto prevede l'attivazione presso la Struttura Complessa (S.C.) Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Ovada di quattro posti letto per l'Osservazione Breve Territoriale, a gestione diretta dei Medici di Assistenza Primaria con la collaborazione integrata del personale infermieristico territoriale e ospedaliero, quale modalità assistenziale residenziale nella rete dei servizi del Distretto.
L'O.B.T. rappresenta un modello unico nel panorama regionale, in cui l'osservazione clinica dell'utente fragile non può superare le 24h.
I destinatari dell'O.B.T. sono pazienti affetti da patologie croniche che non necessitano della complessità del II livello assistenziale (ospedale per acuti) e che non possono essere indirizzati alle Cure Domiciliari in considerazione delle particolari condizioni di fragilità sanitaria e/o sociale e, in special modo, per assenza di *caregiver*. I principali trattamenti previsti sono:
- terapia endovena di breve durata, ma ripetuta durante il giorno (es. diuretici, antibiotici, terapia idropinica);
- necessità di monitoraggio clinico in assenza di *caregiver*;
- preparazioni per esami diagnostici (colonscopia, tomografia computerizzata con mezzo di contrasto).

Le fasi operative del Progetto sono state le seguenti:
- individuazione degli spazi idonei destinati a ospitare l'O.B.T. all'interno del Presidio Ospedaliero di Ovada;
- predisposizione della modulistica "Proposta di inserimento paziente in Osservazione Breve Territoriale";
- definizione della cartella di presa in carico O.B.T. costituita da diario clinico, Indice di Morisky per la valutazione dell'aderenza terapeutica, questionario sullo stato di salute SF-36 e questionario di gradimento creato ad hoc.

L'inserimento dei pazienti nell'O.B.T. avviene attraverso la compilazione da parte del Medico di Assistenza Primaria dell'impegnativa specifica per O.B.T. e del modello "Proposta di inserimento paziente in O.B.T." in collaborazione con l'I.F.-CPSE Cure Domiciliari. Viene effettuata la comunicazione di inserimento da parte dell'I.F. alla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (D.S.P.O.), Direttore S.C. e CPSE. L'accoglienza del paziente al momento dell'accesso in O.B.T. è gestita dall'I.F. con supervisione del Medico di Assistenza Primaria. La gestione clinica dei pazienti arruolati avviene attraverso accessi diurni (garantiti in base alle necessità cliniche e assistenziali del paziente) effettuati dai Medici di Assistenza Primaria e dagli operatori infermieristici territoriali e/o ospedalieri al fine di garantire la presa in carico complessiva per tutta la durata della permanenza. Le urgenze/emergenze intraospedaliere sono gestite secondo il "Piano Interno di risposta alle Emergenze Cliniche Intraospedaliere del Presidio".

3) *Lo studio Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci* ha il duplice obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica, l'appropriatezza clinica e gestionale di pazienti con BPCO in politerapia attraverso un intervento combinato di riabilitazione respiratoria e promozione di corretti stili di vita e un'azione di prioritarizzazione o *deprescribing* dei farmaci nei dimessi dalla Struttura di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Ovada.

La parte progettuale inerente il trattamento di pazienti affetti da BPCO prevede il reclutamento attivo da parte dello specialista pneumologo del P.O. secondo i seguenti criteri di inclusione: pazienti con poli-patologie cronico-degenerative in poli-trattamento farmacologico, motivati a introdurre cambiamenti attivi del proprio stili di vita e in grado di accedere, anche accompagnati, presso gli ambulatori di visita e partecipare agli interventi educazionali programmati e alle attività riabilitative proposte; sono esclusi pazienti ad alto rischio di riacutizzazione di malattia, con instabilità clinica o non in grado di partecipare attivamente ai programmi proposti.

I pazienti con grado di ostruzione lieve-moderato-grave (Progetto GOLD) entrano in un programma multidisciplinare di riabilitazione respiratoria in cui sono considerati tutti i principali parametri respiratori e i difetti di parete (21).

I pazienti sono sottoposti a programmi di allenamento allo sforzo impostati secondo la prova da sforzo iniziale e seguono un piano di cura individuale che prevede l'uso di tecniche riabilitative specifiche e strumentali volte a migliorare la capacità del parenchima polmonare. È

inoltre valutato lo stato nutrizionale prescrivendo diete ipocaloriche in caso di obesità oppure iperproteiche, iperlipidiche in caso di cachessia con eventuale supporto di integratori.
I pazienti vengono gestiti in collaborazione tra lo specialista ambulatoriale di Pneumologia e l'Infermiere di Famiglia. Le variabili d'interesse e la terapia sono raccolte a cadenza trimestrale dal Medico Specialista e dall'I.F. attraverso apposita scheda di raccolta dati, creata ad hoc per il Progetto. Per valutare l'impatto della BPCO sullo stato di salute del paziente è stato utilizzato il Questionario CAT (COPD Assessment Test) che si compone di otto quesiti (ognuno con una scala di valore da 0 a 5 con range dello score 0-40), selezionati fra molti altri poiché in grado di rappresentare un'ampia serie di situazioni cliniche in corso di malattia (22).
Nell'ottica di integrazione Ospedale-Territorio, la seconda linea di *Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci* si articola sull'analisi delle terapie prescritte ai pazienti anziani (età ≥ 65 anni) durante la dimissione dalla Struttura di Medicina Generale del P.O di Ovada. I medici della Struttura, al momento della prescrizione della terapia alla dimissione, applicano, secondo quanto stabilito dai *Criteri di Beers* italiani, il *deprescribing* dei farmaci non appropriati con particolare attenzione alle politerapie (23). Sebbene non esista una definizione di politerapia comunemente accettata, molto spesso è definita da cut-off stabiliti sulla base del numero di medicinali assunti nel contesto analizzato, che possono variare da 2 a 10; nel Progetto è stato definito come livello di attenzione un numero di farmaci prescritti pari a 9. All'interno del Progetto viene effettuata l'analisi a posteriori dei comportamenti prescrittivi, la condivisione delle evidenze e la messa a punto di una metodologia di revisione delle prescrizioni in atto.
Inoltre, per sensibilizzare i pazienti/*caregivers* sull'importanza della terapia prescritta, nella lettera di dimissione è stato introdotto il codice colore: rosso (terapia salvavita da non sospendere), giallo (terapia importante sospendibile esclusivamente da parte del medico in concomitanza di specifiche situazioni), verde (terapia importante che garantisce il migliore esito del trattamento) e bianco (terapia di supporto che può variare colore secondo differenti condizioni cliniche).
Le singole declinazioni progettuali sono valutate attraverso indicatori di esito quali l'incremento della presa in carico dei pazienti con cronicità attraverso modello assistenziale proattivo, la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri impropri.

2.1 Analisi dei dati

Le variabili anamnestiche delle tre linee progettuali sono state analizzate con il software STATA Versione 13 e la metodologia impiegata ha previsto due differenti momenti:
- fase descrittiva per le tre linee progettuali: descrizione della distribuzione del fenomeno in esame e di possibili fattori determinanti;
- fase inferenziale relativa al *Progetto Primavengoio!* inerente al *deprescribing* dei farmaci. È stata condotta un'analisi univariata attraverso i test statistici più appropriati (*chi quadro* e *chi quadro for trend* per variabili categoriche o *test t di Student* per le variabili quantitative) e multivariata con costruzione di un modello di regressione logistica multipla, che ha consentito di rivelare

potenziali associazioni fra l'outcome di interesse (assunzione di una politerapia composta da n ≥ 9 farmaci) e le variabili indipendenti, (età, genere, presenza di codice colore sulla lettera di dimissione, diagnosi patologia tumorale secondo classificazione ICD-IX-CM, durata della degenza ospedaliera) quantizzando il contributo indipendente di ciascuna di esse attraverso il calcolo degli Odds Ratio (OR) e dei relativi intervalli di confidenza al 95%. Il livello di significatività statistica è stato fissato per valori di p≤0.05.
Le variabili inserite nel modello sono state le seguenti: età (tre categorie: età < 65 anni=0, età compresa tra 65-79 anni=1, età ≥ 80 anni=2), genere (due categorie: maschio=0, femmina=1), durata della degenza (0-10 giorni=0, compresa tra 11 e 20 giorni=1, ≥ 21 giorni=2), patologia tumorale secondo ICD-IX-CM (no=0, si=1), codice colore (no=0, si=1).

3. Risultati

L'analisi descrittiva relativa ai primi sei mesi della fase sperimentale (dicembre 2015-maggio 2016) ha evidenziato i risultati esposti di seguito.
1) Gli utenti afferenti al C.A.F., presi in carico dall'Infermiere di Famiglia, sono stati 91, di cui 41 maschi (45%) e 50 femmine (55%) con età media± deviazione standard pari a 80 ± 11.9 anni, suddivisi tra le seguenti patologie: 38 con diabete mellito, 26 scompenso cardiocircolatorio, 14 patologie respiratorie ostruttive (BPCO) e 13 presi in carico provenienti dalle altre declinazioni progettuali (O.B.T e *Primavengoio!)*.
L'I.F. ha preso in carico 61 pazienti (67%) presso il domicilio e 30 presso l'ambulatorio (33%) del C.A.F. con una media di 73 accessi mensili; alcuni interventi hanno avuto un rapporto di 1:1 (controllo prescrizione idrica/alimentare), altri 1:20 (interventi di educazione terapeutica).
I Medici di Assistenza Primaria aderenti al Progetto sono stati 14 (67%) e gli accessi dell'I.F. sono variati tra 1/settimana ad 1/mese in base alle necessità assistenziali. Nessun paziente preso in carico ha effettuato un accesso in PS per riacutizzazione della patologia cronica mentre 5 pazienti (5%) hanno effettuato passaggi per altre cause.
Il 100% dei pazienti individuati dai MAP sono stati presi in carico dall'I.F.; inoltre il questionario CAT per valutare la qualità della vita dei pazienti con BPCO e l'Indice di Morisky sono stati somministrati a tutti i pazienti durante la prima visita.
2) I pazienti afferenti all'O.B.T. sono stati 25 di cui 13 maschi (52%) e 12 femmine (48%) con durata media dell'osservazione pari a 6h49 ±6.0 ed età media di 73.6 ±18 anni.
Le prestazioni eseguite sono state: 13 accertamenti clinici, 5 emotrasfusioni, 4 somministrazioni terapie e 3 preparazioni per esami diagnostici (colonscopia e tomografia computerizzata con mdc). Nessuna osservazione è stata seguita da ricovero. Per verificare l'aderenza alle terapie è stato somministrato l'Indice di Morisky registrato nel 100% dei casi che ha riportato aderenza con score pari a 4 per 84% dei pazienti. Il questionario SF36 è stato completato in modo completo nel 65% dei casi mentre il questionario di gradimento nel 72% dei casi; la soddisfazione in merito al nuovo servizio di O.B.T. fornito ha ottenuto una valutazione ottima

per 82% dei pazienti.
3) Per lo studio *Primavengoio!* inerente alla promozione di corretti stili di vita sono stati reclutati 23 pazienti (deceduti n.2) con BPCO di grado lieve n.6 (28.6%), moderato n.4 (19%) e grave n.11 (52.4%) di cui 4 femmine (19%) e 17 maschi (81%) con età media 73.7± 6.6 in fase di stabilità clinica e sottoposti a riabilitazione respiratoria e consulenza nutrizionale. La terapia ha registrato un n. medio di farmaci per paziente pari a 6 ± 2.19 e una media di comorbilità pari a 2.2 ± 1.4.
Considerato il valore medio di BMI 28.76± 5.63, 13 pazienti (61.9%) sono stati sottoposti esclusivamente al ciclo di riabilitazione respiratoria, mentre 8 (38.1%) hanno effettuato anche la consulenza nutrizionale.
Per lo studio *Primavengoio!* relativo al *deprescribing* della terapia alla dimissione dalla struttura ospedaliera sono state analizzate n.414 lettere di dimissione (criteri di esclusione: decesso n.43, ricovero>1 n.3, lungodegenti n.25, missing n.42) e considerate per l'analisi finale n.301. Le caratteristiche del campione sono riassunte nella Tab. n.1.
Il 77% dei pazienti con età ≥65 ha ricevuto una terapia ≤8 farmaci. I farmaci non appropriati secondo Criteri di Beers sono stati 89/1691 (5.3%).
L'analisi multivariata, corretta per sesso, età, durata degenza, diagnosi ICD-IX-CM, codice colore, ha mostrato che l'età compresa tra 65 e 79 anni (OR=4.07 IC=1.11-14.90), l'età≥80 aa (OR=3.55 IC=1.01-12.54) e la durata degenza ≥ 21 giorni (OR=2.58 IC=1.20-5.54) aumentano significativamente la probabilità di assumere una politerapia alla dimissione (Tab. n.2).
Complessivamente, confrontando il primo semestre 2015 rispetto al 2016, si osserva una riduzione del 3% degli accessi in PS presso il Presidio Ospedaliero di Ovada e una riduzione del 19% degli accessi in PS seguiti da ricovero.

4. Discussione e conclusione

Nel contesto nazionale di riorganizzazione delle cure primarie, alcune Regioni tra cui la Lombardia con l'istituzione dei CReG (*Chronic Related Group*), l'Emilia Romagna attraverso le Case della Salute e la Toscana con l'attuazione della Legge 189/2012-Decreto Balduzzi che ha comportato l'attivazione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità multi-professionali Cure Complesse Primarie) hanno messo in atto modelli assistenziali innovativi.
Il Piemonte attraverso la Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n. 1-600 del 19.11.2014", ha dato anch'esso avvio alla riorganizzazione dell'assistenza primaria attraverso l'attivazione di AFT e UCCP. Tuttavia, in questo scenario riorganizzativo, il processo di deospedalizzazione, se non accompagnato da un contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, determina, di fatto, l'impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria adeguata alle nuove sfide sanitarie.
L'attuazione del *Chronic Care Model* nella rete assistenziale italiana si inserisce in un contesto variegato in cui il parziale coordinamento tra i tre livelli di assistenza (degenza ospedaliera,

Tabella 1- Caratteristiche del campione preso in esame per declinazione progettuale PRIMAVENGOIO! Per un miglior Uso dei Farmaci-Deprescribing Pazienti

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE		
VARIABILE	**N (Tot=301)**	**%**
- GENERE		
MASCHIO	142	47.2
FEMMINA	159	52.8
- FASCE ETÀ		
< 65 ANNI	42	13.9
65-79 ANNI	85	28.2
≥ 80 ANNI	174	57.9
ETA MEDIA (±SD)	78.3±13.8	
- CODICE COLORE		
SI	199	66.3
NO	102	33.7
- N. FARMACI		
0-8	239	79.4
≥ 9	62	20.6
N. FARMACI MEDIO (±SD)	6.2±2.9	
- DURATA RICOVERO		
0-10 GIORNI	174	57.8
11-20 GIORNI	83	27.6
≥ 21 GIORNI	44	14.6
DURATA MEDIA (±SD)	12.0±8.6	
- DIAGNOSI ICD-IX-CM		
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	54	17.9
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	16	5.3
MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE	15	5.0
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	16	5.3
MALATTIE INFETTIVE	21	7.0
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	17	5.7
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	66	21.9
TUMORI	47	15.6
TRAUMATISMI	9	3.0
MALATTIE DEL SANGUE	14	4.7
ALTRO	26	8.6

assistenza primaria, specialistica territoriale) ha generato una discontinuità delle cure nella gestione del percorso del cittadino con cronicità dovuta anche alla struttura aperta del SSN che permette l'accesso all'assistenza a qualunque livello senza seguire un percorso ben definito (11). Inoltre, alcune caratteristiche del sistema quali la carenza di risorse e la medicina difensiva con il proliferare di pratiche cliniche e assistenziali volte a garantire la tutela medico-legale del professionista concorrono a creare una situazione di immobilità in cui viene ad essere carente la presa in carico del cittadino. Come riportato nei Quaderni della Cronicità, per la Sanità in Italia non si spende troppo – i livelli di spesa pro- capite sono di circa il 20%

Tabella 2- Analisi univariata e multivariata per declinazione progettuale Primavengoio! Per un miglior uso dei farmaci-deprescribing pazienti.

ASSUNZIONE POLITERAPIA ALLA DIMISSIONE		
VARIABILI INDIPENDENTI	**O.R.CRUDE (IC 95%)**	**O.R. ADJUSTED (IC 95%)**
1) ETÀ		
< 65 ANNI	1.00	1.00
65-79 ANNI	**4.82 (1.36-17.14)***	**4.07 (1.11-14.90)***
≥ 80 ANNI	3.39 (0.99-11.60)	**3.55 (1.01-12.54)***
2) GENERE		
MASCHIO	1.00	1.00
FEMMINA	0.57 (0.32-1.01)	0.54 (0.29-1.00)
3) DURATA DEGENZA		
0-10 GG	1.00	1.00
11-20 GG	1.38 (0.71-2.67)	1.31 (0.67-2.57)
≥ 21 GG	**2.58 (1.23-5.42)***	**2.58 (1.20-5.54)***
4) CODICE COLORE		
NO	1.00	1.00
SI	1.59 (0.85-2.99)	1.27 (0.66-2.47)
5) DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE		
ALTRE PATOLOGIE	1.00	1.00
PATOLOGIE ONCOLOGICHE	0.89 (0.41-1.97)	0.99 (0.43-2.24)

inferiori a quelli della media europea – ma si spende spesso male, con forti differenze tra le strutture, penalizzando l'innovazione (10). Per riequilibrare il sistema, è necessario garantire l'appropriatezza dell'assistenza a cui consegue la razionalizzazione delle risorse.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e il Piano delle Cronicità hanno posto l'attenzione sulle nuove sfide inerenti alla cronicità che il SSN sta affrontando, sottolineando la necessità di potenziare la presa in carico attraverso strumenti di *governance* specifici (2, 25).

Per rispondere alla transizione epidemiologica in atto da alcuni anni, il Progetto P.I.C.A.S.S.O. si è sviluppato su tre cardini principali: l'educazione terapeutica del paziente e della famiglia con particolare attenzione all'aderenza terapeutica e all'appropriatezza gestionale e clinica nella presa in carico della cronicità.

Il Progetto ha richiesto un continuo scambio professionale tra gli attori del sistema sanitario quali medici, infermieri, Direzione Distrettuale e Direzione Aziendale nell'ottica di sviluppare quella capacità d'iniziativa in grado di individuare un bisogno clinico prima della manifestazione in acuzie. Le evidenze scientifiche oramai da anni dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato basato sull'educazione terapeutica e sulla prevenzione, riducono significativamente l'ospedalizzazione. Nel Progetto P.I.C.A.S.S.O. l'Infermiere di Famiglia, attraverso un'azione mirata di gestione della cronicità sana ovvero con condizioni cliniche non

scompensate, si interfaccia con gli altri professionisti per un management integrato, prende in carico i pazienti fragili senza *caregiver* nel momento in cui necessitano di un'osservazione più approfondita presso i letti di O.B.T. e secondo Linee Guida validate promuove l'*empowerment* del paziente e del *caregiver* al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione. L'educazione terapeutica dovrebbe essere continua poiché, come sostenuto dalle evidenze scientifiche, un solo ciclo non è sufficiente a far raggiungere gli obiettivi di apprendimento; inoltre l'attivazione di programmi di promozione della salute implicano una *policy* globale che non si limiti ad intraprendere azioni in ambito sanitario, ma si estenda in altri settori. Nell'ambito ovadese, per esempio, le associazioni di volontariato rappresentano una forte integrazione al sistema sanitario attraverso l'attivazione di corsi di attività fisica adattata, di cammino e di educazione alimentare. In un programma integrato di presa in carico delle cronicità, in cui il sistema è *patient centered,* la soddisfazione relativa ai servizi sanitari-assistenziali, come si osserva dalle risposte fornite al questionario di gradimento O.B.T., risulta elevata e la qualità della vita del paziente migliora contribuendo a diminuire, come rilevato dai risultati progettuali dei primi sei mesi, gli accessi in Pronto Soccorso.

Nell'ottica di integrazione Ospedale-Territorio, considerato che la qualità prescrittiva negli ultra sessantacinquenni e, più in generale, il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica clinica, risulta generalmente insoddisfacente e non presenta un significativo miglioramento negli ultimi anni (21), la linea progettuale *Primavengoio!* ha posto l'attenzione sulle prescrizioni di farmaci ai pazienti anziani. Complessivamente i farmaci prescritti non idonei, secondo i criteri di appropriatezza analizzati, hanno presentato frequenza contenuta e sono stati principalmente imputabili alle classi degli antipsicotici convenzionali e atipici.

Inoltre l'analisi multivariata ha dimostrato come una degenza prolungata favorisca l'assunzione di politerapie, quindi, per contrastare la tendenza all'ospedalizzazione, appare necessario potenziare le cure presso il domicilio. Infine considerati i dati nazionali che attestano l'aderenza alla terapia per la cura delle patologie respiratorie croniche intorno al 26%, focus specifico è stato posto per i pazienti affetti da BPCO attraverso una gestione integrata tra professionisti ospedalieri e territoriali.

Le principali criticità rilevate nell'attuazione del Progetto sono state la somministrazione di questionari validati e l'informatizzazione dei servizi. Se il CAT Test e l'Indice di Morisky, essendo composti da poche domande di semplice comprensione non hanno creato problemi nella compilazione, la raccolta delle informazioni per il questionario SF-36 è stata difficoltosa. Inoltre, appare necessario rivedere il supporto informatico aziendale in un'ottica di condivisione dei dati rilevati e di compatibilità nei vari percorsi di cura; i professionisti sanitari devono poter disporre di piattaforme condivise su cui tracciare la storia clinica del cittadino che entra nel percorso di cura.

I limiti del Progetto consistono principalmente nella bassa numerosità campionaria dovuta alla scelta dell'ambito territoriale in cui eseguire la fase di sperimentazione. A questo proposito,

al termine della fase pilota, il Progetto sarà esteso ai rimanenti Distretti dell'ASL AL a partire da quello di riferimento di Ovada con il coinvolgimento anche del territorio di Acqui Terme; nell'ottica di introduzione di modelli assistenziali innovativi e appropriati appare attuabile, in futuro, la conversione dei letti di O.B.T. in Ospedale di Comunità.
Questo studio, attraverso la sperimentazione di una gestione integrata del cittadino con cronicità, suggerisce come l'attivazione di modelli innovativi renda possibile una migliore soddisfazione nei confronti delle cure fornite dal Sistema Sanitario seppure in un contesto di risorse limitate.

BIBLIOGRAFIA

1. Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.
2. Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale Cronicità 2016. Roma: Ministero della Salute; 2016.
3. Fondazione Istud. Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza. Report 2013 Accessibile al sito: http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4056763.pdf
4. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1998; 1: 2-4.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Journal of the American Medical Association 2002; 288: 1775-1779.
6. Coleman K1, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff (Millwood). 2009; 28: 75-85.
7. ARS Toscana-Agenzia Regionale Sanità. Le malattie croniche in Toscana. 2016. Accessibile al sito: https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/malattie_croniche/piano_sanitario_regionale_2008_2010_dalla_medicina_di_attesa_alla_sanit_iniziativa.pdf
8. Boult C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model. The Permanente Journal 2008; 12: 50-54.
9. Visca G. Il concetto di governance epistemiologica nell'approccio alla criticità. Rivista Medica Italiana Online Anno II 2013; 2.
10. Il Sole 24h. Quaderni della Accademia Nazionale di Medicina. Cure primarie h24. Chronic Care Model e Medicina di Iniziativa. 2014.
11. Bonatti ML. La gestione della cronicità nel setting della Medicina Generale. Corso di aggiornamento per medici di medicina generale; 2012.
12. D.M. 14 settembre 1994, n. 739 - Profilo professionale dell'infermiere
13. World Health Organization. European Health for All Series. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Geneva: WHO; 1999.
14. Chiari P Santullo A. L'infermiere case manager - dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill; 2010.
15. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic disease. Geneva: WHO; 1998.
16. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Educare il Paziente. Un Approccio Pedagogico. Milano: McGraw-Hill Companies; 2006.
17. Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2015. Roma: Il Pensiero

Scientifico Editore; 2014.
18. Sistemapiemonte. Piemonte STAtistica e B.D.D.E. 2016. Accessibile al sito: http://www.ruparpiemonte.it/infostat/risultati.jsp
19. Rapporto Osserva Salute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma 2014. Accessibile al sito: http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2014/14
20. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich) 2008; 10:348-354.
21. BPCO, Progetto Mondiale. Aggiornamento 2009 adattamento italiano. Accessibile al sito: http://www.goldcopd.it
22. Dal Negro R W. IL questionario CAT (CODP Assesment Test). Medicina Toracica; 2010.
23. Regione Emilia Romagna. Appropriatezza prescrittiva nella popolazione anziana. Elenco farmaci potenzialmente inappropriati ed eventuali alternative terapeutiche. 2012.
24. Formenti E, Peru M, Magro L. Il Monitor Facilitatore: ruolo attivo nella clinical governance e nella creazione di una cultura di Farmacovigilanza, intesa come strumento per la tutela della salute pubblica e strategia di razionalizzazione della spesa ospedaliera. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6: 23-25.
25. Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sistema Salute, 61, 1 2017: pp. 64-78

Le condizioni di salute dei detenuti in Umbria

Prisoners health conditions in Umbria

Anna Cirronis[1], Alberto Busnelli[1], Fabio Voller[2], Marco Grignani[3]

1. Ricercatore CCM
2. Agenzia regionale di sanità della Toscana - Osservatorio di Epidemiologia
3. Dipartimento Salute Mentale Usl Umbria 1

Parole chiave: salute in carcere, disturbi psichici in carcere, Umbria, stili di vita e interventi di educazione alla salute

RIASSUNTO

Obiettivi: lo studio si propone di rilevare le condizioni di salute nelle strutture detentive umbre, con particolare attenzione ai disturbi psichici, ai fini di strutturare più efficaci strumenti di raccolta e trasmissione dei dati e da adottare misure preventive e interventi terapeutici più adeguati ai reali bisogni. Una sezione dello studio è riservata alla rilevazione dei fattori di rischio suicidari e alla valutazione dell'efficacia delle misure preventive messe in atto.
Metodi: il lavoro è parte di uno studio epidemiologico (Programma del Ministero della Salute/CCM 2012) finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) e ha riguardato la popolazione dei detenuti presenti al 03 Febbraio 2014 nelle strutture carcerarie di 6 regioni italiane. Come strumento di rilevazione è stata utilizzata la "scheda clinica informatizzata" elaborata dall'ARS Toscana. Sono stati estrapolati dall'indagine epidemiologica complessiva, i dati socio-demografici e sanitari, con particolare attenzione ai disturbi psichici, relativi alla coorte dei detenuti presenti nelle quattro strutture carcerarie umbre (Perugia, Terni, Spoleto, Orvieto). I dati sanitari includono la rilevazione dei fattori di rischio, delle patologie codificate secondo la classificazione ICD-9-CM e dei rispettivi trattamenti farmacologici, la segnalazione di eventuali atti autolesionistici e autosoppressivi verificatisi all'interno delle strutture detentive. Relativamente alla C.C. Capanne di Perugia è stato valutato il rischio suicidario nei detenuti giunti da libertà presso la struttura detentiva nel periodo tra il 03 Febbraio 2014 e il 03 Giugno 2014. Per questa valutazione è stata utilizzata la scala di Blaauw come strumento di screening di I livello e la valutazione psicologica come strumento

Autore per corrispondenza: marco.grignani@uslumbria1.it

di screening di II livello.
Risultati: la popolazione detentiva umbra rispecchia, seppure con alcune differenze, le caratteristiche socio-demografiche della popolazione carceraria italiana. Gli stessi risultati si ottengono andando a valutare i dati socio-sanitari. Relativamente alla valutazione del rischio suicidario nei nuovi giunti da libertà, sembra che gli strumenti di screening attualmente utilizzati nonché le misure preventive ad oggi messe in atto siano efficaci, visto che nel periodo di osservazione non si sono verificati episodi di suicidio.
Conclusioni: lo studio conferma, innanzitutto, la necessità di elaborare uno strumento clinico informatizzato utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie per migliorare il percorso sanitario e fornire risposte preventive e terapeutiche adeguate ai reali bisogni. Potenziare l'intero processo assistenziale, anche adottando protocolli di cura multidisciplinari, determinerebbe un miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione carceraria.

Kew words: health in prison, psychic disturbs in prison, Umbria, lifestyle and health education interventions

SUMMARY
Objectives: the study is aimed to evaluate health conditions in correctional centers in Umbria, with particular attention to psychic disturbs, with the purpose to structure more effective data collection and transmission instruments as well as to adopt preventive measures and therapeutic interventions more appropriate answer to real needs. A section of the study is dedicated to the survey on suicide risk factors and efficacy assessment of the preventive measures currently applied.
Methods: the work is part of an epidemiologic study financed by the Ministry of Health within the Project of the National center for disease prevention and control (CCM) and was aimed at the population of prisoners present in the correctional centers of six Italian regions on the 3rd of February of 2014. As a survey tool was used the "computerized medical record" made by the ARS Toscana. Healthcare and socio-demographic data were extrapolated from the overall epidemiologic survey, with particular attention to psychic disturbs related to the population of prisoners present in the four Umbria prison centers (Perugia, Terni, Spoleto and Orvieto). Healthcare data included the risk factor survey, all diseases that are classified according to the ICD-9-CM classification of pharmacological treatments and reports of possible self-injury acts or suicide occurred in detention facilities. With regard to the detention facility of C.C. Capanne di Perugia the study assessed the suicide risk of new prisoners in the period between 3rd of February - 3rd of June 2014. For this assessment the Blaauw scale was used as a I° level screening and the psychological assessment as a II° level screening tool.
Results: the Umbria detention population reflects, although there are some differences, the socio-demographic characteristics of the Italian prison population. The same results are obtained from the assessment of the socio-health data. With regard to the suicide risk evaluation on new prisoners, it appears that both the screening methods and the preventive measures that are currently in use are effective, considering that during the assessment period no suicide episodes have occurred.
Conclusions: the study confirms, the necessity to achieve a computerized clinic tool that is applicable to all the detention centers in order to improve the health path and provide preventive and therapeutic answers which are calibrated to real needs. The enhancement of the whole welfare process, also through the adoption of multidisciplinary therapy protocols, could determine an improvement of health conditions of the prison population.

Introduzione

Molti studi internazionali (1-5) dimostrano che la popolazione carceraria è ad alto rischio per quanto riguarda le condizioni di salute. Infatti, nonostante sia una popolazione anagraficamente piuttosto giovane, vi si rileva una prevalenza nettamente superiore, rispetto alla popolazione generale, di varie patologie e soprattutto di disturbi psichici. La maggior parte dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più poveri, per cui la detenzione rappresenta la prima occasione per ricevere un iniziale e adeguato livello di assistenza e quindi un'importante forma di prevenzione ai fini di ridurre la vulnerabilità sociale dal punto di vista sanitario. L'assistenza sanitaria all'interno delle strutture detentive presenta numerose difficoltà relativamente alle tempistiche diagnostiche e terapeutiche, anche perché manca, in numerose strutture carcerarie italiane, un sistema di informatizzazione che semplifichi il monitoraggio dello stato di salute dei detenuti e che permetta una valutazione oggettiva delle reali esigenze all'interno dei penitenziari. Per questo motivo il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattia (CCM), ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti presenti il 3 Febbraio 2014 nelle strutture carcerarie di 6 regioni italiane, tra cui l'Umbria.

Obiettivi

Lo studio analizza i dati ottenuti dall'indagine effettuata a livello nazionale, al fine di valutare le attuali condizioni di salute all'interno delle strutture penitenziarie umbre, dedicando un'attenzione specifica ai disturbi psichici, per assicurare interventi più mirati ed efficaci e realizzare una più significativa prevenzione primaria e secondaria. Lo studio si propone inoltre di rilevare il numero di atti autolesionistici e/o autosoppressivi verificatisi nell'ultimo anno di detenzione nelle quattro strutture carcerarie umbre, evidenziando le modalità utilizzate per la messa in atto e le caratteristiche socio-demografiche e sanitarie della popolazione interessata. Attraverso l'analisi dei dati è stato possibile valutare l'efficacia di alcuni strumenti di screening utilizzati per rilevare precocemente il rischio suicidario e per attivare efficaci e funzionali strategie di prevenzione.

Metodi

In Umbria lo studio è stato effettuato sui detenuti presenti il 3 Febbraio 2014 nelle 4 strutture detentive della regione (Perugia, Spoleto, Terni, Orvieto). I dati, estrapolati dalle cartelle cliniche di tutti i detenuti presenti in quella data nelle quattro strutture carcerarie, sono stati utilizzati per compilare la "scheda clinica informatizzata" (6-7), uno strumento elaborato appositamente dalla regione Toscana, capofila dello studio, per l'indagine nazionale ed utilizzato da tutte le regioni coinvolte nello studio. Nel rispetto delle norme sulla privacy, il programma di inserimento dati prevedeva l'anonimizzazione del dato attraverso la conversione dei principali dati anagrafici in un codice alfanumerico. Questo procedimento ha permesso l'invio delle informazioni ed ha consentito alla regione Toscana (ARS) di procedere all'elaborazione dei dati.

La scheda clinica informatizzata utilizza il linguaggio PYTON e si compone di due sezioni, una che permette la raccolta di informazioni di carattere generale sulla situazione socio-demografica della popolazione detenuta, la seconda che affronta più specificatamente l'aspetto sanitario. La prima sezione, infatti, fornisce informazioni riguardo l'età, il genere, la nazionalità, gli anni di studio e la provenienza del detenuto (da libertà, da altro Istituto, da Centro Diagnostico Terapeutico, da affidamento sociale o da arresti domiciliari).La seconda, invece, offre la possibilità di valutare l'eventuale presenza di stili di vita a rischio nella popolazione carceraria, richiedendo di inserire dati riguardo il consumo di tabacco e il numero di sigarette fumate quotidianamente, il peso e l'altezza e il numero di ore trascorse in cella al giorno. Essa comprende, inoltre, la registrazione delle diagnosi, considerando una sola diagnosi principale e illimitate diagnosi secondarie, codificate secondo la classificazione ICD-9-CM (8), e i rispettivi trattamenti farmacologici erogati.
La scheda ha permesso anche di rilevare informazioni riguardo l'eventuale messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi, specificando il numero di episodi verificatisi nell'ultimo anno di detenzione per ogni soggetto e le modalità utilizzate. Una sezione particolare dello studio è stata dedicata alla valutazione del rischio suicidario. Considerando che uno dei momenti più a rischio è l'ingresso nella struttura detentiva per coloro che provengono da una condizione di libertà (9-10), in Umbria si è scelto di restringere l'osservazione alla C.C. Capanne di Perugia, includendo, per questa parte dello studio, soltanto i nuovi giunti da libertà, con o senza precedenti di reclusione, nel periodo compreso dal 3 Febbraio al 3 Giugno 2014.
Per questa sezione è stata utilizzata la stessa scheda clinica informatizzata, integrata inizialmente con lo strumento di screening di I livello, uguale per tutte le regioni partecipanti allo studio, e successivamente con lo strumento di screening di II livello, scelto a discrezione delle regioni.
Come strumento di screening di I livello è stata scelta la scala di Blaauw (11-13) che risponde ad adeguati criteri di sensibilità e di specificità e può essere somministrata sia da personale medico che infermieristico. La scala è composta da 8 item a risposta dicotomica a ciascuno dei quali è attribuito un punteggio. La somma di essi individua il soggetto potenzialmente a rischio di suicidio, con una buona sensibilità, considerando il cut-off a 24.
Il protocollo dello studio prevedeva che entro otto ore dall'ingresso nella struttura detentiva il nuovo giunto da libertà venisse sottoposto a visita medica, inclusa la somministrazione della scala di Blaauw. In caso di punteggio superiore a 24, il detenuto veniva considerato a rischio suicidario e quindi entro 48 ore doveva essere sottoposto allo strumento di screening di II livello prescelto, cioè colloquio e valutazione da parte dello psicologo. In caso di positività per rischio suicidario allo screening di II livello, il caso veniva segnalato agli agenti di sorveglianza per l'attivazione di misure precauzionali specifiche.

Risultati: i dati socio-demografici

Al 3 Febbraio 2014 nelle 4 strutture detentive umbre erano presenti 1469 detenuti. Sono stati inseriti nello studio 1248 detenuti, per una copertura complessiva pari all'85%. Il 15% dei dati

persi è conseguenza del rapido turn-over che si verifica in alcune strutture e quindi alla non disponibilità, al momento della raccolta dei dati, della cartella clinica che, in caso di trasferimento, viene inviata presso la nuova struttura di accoglienza. Dei 1248 detenuti arruolati nello studio, 1216 (97,4%) sono di genere maschile, 31 (2,5%) sono di genere femminile, 1 (0,1%) trans gender.

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
GENERE		
Uomini	94,2	97,4
Donne	5,5	2,5
Transgender	0,3	0,1

*Fonte dati ISTAT 2014

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni. L'età media dei detenuti in Umbria risulta più elevata rispetto a quella rilevata nelle altre strutture carcerarie italiane (età media umbra di 42,4 anni vs 39,6 anni.

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
FASCIA DI ETA'		
18-24	7,8	3,1
25-29	12,7	9,8
30-39	33,1	31,5
40-49	26,6	29,3
50-59	14,2	18,5
60-69	4,8	6,1
70 +	0,9	1,7

In relazione al Paese di provenienza, risulta che il 65,5% della popolazione detenuta nelle carceri umbre è italiana, mentre il 34,5% è straniera e tra questi ultimi l'area continentale maggiormente rappresentata è l'Africa Settentrionale (14,5%).

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
NAZIONALITA'		
Italiana	53,7	65,5
Straniera	46,3	34,5

Dai dati relativi all'età media e al Paese di provenienza dei detenuti arruolati in Umbria, risulta che l'età media della popolazione carceraria italiana è più elevata rispetto a quella dei detenuti

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
AREA CONTINENTALE		
Italia	53,7	65,5
Africa Settentrionale	15,4	14,5
Unione Europea	11,5	5,8
Paesi non UE	9,2	8,4
Africa Occidentale	3,8	3,3
America centro-meridionale	2,8	1,0
Asia	1,7	0,7
Medio Oriente	1,1	0,3
Alta Africa	0,7	0,3
America Settentrionale	-	-
Oceania	-	-

stranieri (43,6 anni vs 35 anni). Il livello di istruzione della popolazione detenuta è stato calcolato in anni di studio che poi sono stati convertiti in titolo di studio utilizzando uno schema di approssimazione generale. Il livello di istruzione della popolazione detenuta è risultato più basso tra gli stranieri rispetto agli italiani (circa 8 anni in media per gli italiani vs circa 7 anni per i detenuti stranieri). Per quanto riguarda la provenienza dei detenuti, in Umbria una quota decisamente elevata rispetto alla situazione a livello nazionale proviene da altri istituti, mentre una quota significativamente più bassa proviene da libertà, con o senza precedenti di reclusione.

Risultati: le patologie

La parte sanitaria della scheda clinica dedicata alla rilevazione di stili di vita a rischio nella popolazione carceraria umbra ha fornito dati che riflettono la situazione a livello nazionale. Nel complesso, infatti, in linea con le aspettative, si può affermare che nella popolazione detenuta più frequentemente che nella popolazione generale vengono adottati stili di vita a rischio per patologie acute e croniche.

I dati raccolti in Umbria dimostrano che la prevalenza di fumatori tra i detenuti reclutati nello studio è superiore al 70% rispetto al 20,4% riscontrato tra i cittadini maggiorenni liberi. La media giornaliera di sigarette fumate è di circa 18,6 verso una media di 12,7 rilevata nella popolazione libera.

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
PROVENIENZA		
Libertà senza precedenti	21,5	6,0
Libertà con precedenti	19,2	2,2
Altri istituti	55,1	77,4
CTD	0,4	0,4
Affidamento sociale	0,2	0,0
Arresti domiciliari	2,2	0,7
Altro	1,5	13,4

Valutando il peso e l'altezza dei detenuti è possibile ricavare il BMI (14). La percentuale di soggetti obesi negli istituti penitenziari umbri è superiore a quella riscontrata in tutte le altre regioni. Dei 1248 soggetti reclutati è stato possibile calcolare il BMI di 881 detenuti, tra cui il 18,4% risulta obeso rispetto ad una percentuale che supera di poco il 10% riscontrata nelle altre regioni. In generale il problema dell'obesità riguarda principalmente le detenute donne rispetto ai detenuti maschi, ma anche rispetto alla popolazione libera femminile. Il dato relativo all'elevata percentuale di soggetti obesi nelle strutture penitenziarie umbre è certamente correlabile al numero di ore trascorse in cella (18,0) al momento della raccolta dei dati, più alto rispetto alla media nazionale (16,5 ore). Lunghi periodi di inattività forzata durante la detenzione possono contribuire a determinare o a peggiorare una condizione di obesità.

BMI	UMBRIA % (N= 881)
Obeso	18,4
Sovrappeso	38,1
Normopeso	41,7
Sottopeso	1,8
TOTALE	100,0

In Umbria, come nelle altre strutture detentive italiane, la maggior parte dei detenuti presenta problematiche di tipo sanitario: il 58,1% ha almeno una diagnosi di malattia contro il 41,9% che non ha alcuna patologia in atto. La presenza di malattie correla in maniera lineare con l'età, infatti maggiore è l'età, maggiore è la possibilità di trovare detenuti malati. I detenuti italiani presentano più patologie rispetto agli stranieri e ciò sembra dipendere sia dal fatto che in media l'età dei detenuti italiani è più alta rispetto a quella degli stranieri, sia dal cosiddetto "effetto migrante sano". Tra le patologie presenti in Umbria troviamo, in ordine di frequenza, i disturbi psichici, le malattie del sistema circolatorio, le malattie del sistema endocrino e del metabolismo, le malattie infettive e parassitarie e le malattie dell'apparato digerente. In minore percentuale ci sono le ma-

lattie dell'apparato respiratorio, le malattie dell'apparato genitourinario, le malattie del sistema nervoso, i traumatismi e gli avvelenamenti, le malattie della pelle e del sottocutaneo, i tumori, le malattie osteomuscolari e del connettivo, le malattie del sangue e degli organi emopoietici.
Come prevedibile, valutando la distribuzione delle malattie nella popolazione carceraria, i farmaci del sistema nervoso sono quelli maggiormente prescritti all'interno delle strutture detentive. Difficilmente si tratta di monoterapie. Infatti considerando la totalità dei farmaci prescritti, ogni detenuto assume una media di 2,8 farmaci.

GRANDI GRUPPI DIPATOLOGIE	DATO NAZIONALE (N= 15.751)	UMBRIA (N= 1.135)
Disturbi psichici	42,9%	47,2%
Malattie del sistema circolatorio	8,8%	13,3%
Malattie del sistema endocrino e del metabolismo	6,7%	8,5%
Malattie infettive e parassitarie	9,3%	8,0%
Malattie dell'apparato digerente	11,6%	6,0%
Malattie dell'apparato respiratorio	3,9%	3,5%
Malattie dell'apparato genito-urinario	2,1%	2,5%
Malattie del sistema nervoso	2,9%	2,4%
Traumatismi e avvelenamenti	1,7%	2,2%
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,3%	1,7%
Tumori	0,6%	1,2%
Malattie osteomuscolari e del connettivo	3,7%	1,1%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,4%	0,3%
Altre condizioni patologiche	4,1%	2,1%
TOTALE	100%	100%

Risultati: i disturbi psichici

L'alta prevalenza di disturbi psichici nelle carceri potrebbe essere spiegata in due modi; alcuni studi (14), infatti, sostengono che i problemi di salute mentale precedono la reclusione, mentre altri (15) sostengono che la malattia mentale sia una conseguenza della situazione detentiva che andrebbe a peggiorare condizioni già precarie. I disturbi psichici, pur essendo classificati attraverso i codici ICD-9-CM, sono stati classificati successivamente in 10 categorie diagnostiche, applicando la categorizzazione utilizzata all'interno del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale degli adulti (SIRSM), così da rendere possibile il confronto tra la realtà detentiva e quella all'interno dei Servizi di salute mentale.
In Umbria il 47,2% dei detenuti reclutati presenta disturbi psichici e tra essi prevalgono, tra i

detenuti maschi italiani e nord-africani, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze seguiti dai disturbi nevrotici e dell'adattamento, mentre, tra le detenute femmine, la frequenza dei disturbi è sostanzialmente invertita, vedendo una prevalenza dei disturbi nevrotici e delle reazioni di adattamento seguiti dal disturbo da dipendenza da sostanze. Senza considerare le differenze di genere, i disturbi da dipendenza da sostanza coinvolgono il 18,8% dei detenuti in Umbria, quindi rappresentano la patologia più frequente nella categoria dei disturbi psichici, seppure si tratta di un valore tendenzialmente più basso rispetto a quelli riscontrati a livello nazionale. In linea con i dati nazionali, i disturbi da dipendenza da sostanze tendono a ridursi come frequenza mano a mano che aumenta l'età, infatti l'età media dei detenuti affetti da questa patologia è di circa 37 anni, con i maggiori picchi di percentuale nelle fasce di età comprese tra i 18 e i 49 anni, mentre le percentuali si riducono sensibilmente spostando l'attenzione sulle fasce di età più elevate (meno del 30% negli ultra60enni).

DIAGNOSI DISTURBO PSICHICO	% SUL TOTALE DEI DISTURBI PSICHICI (DATO NAZIONALE)	% SUL TOTALE DEI DETENUTI ARRUOLATI (DATO NAZIONALE)	% SUL TOTALE DEI DETENUTI ARRUOLATI IN UMBRIA (N= 1.248)	% SUL TOTALE DELLE DIAGNOSI IN UMBRIA
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	49,6%	23,6%	18,8%	44,3%
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	27,6%	17,3%	11,7%	27,3%
Disturbi affettivi psicotici	4,4%	2,7%	4,0%	9,7%
Disturbi della personalità e del comportamento	2,7%	1,6%	3,8%	9,2%
Disturbi depressivi non psicotici	1,4%	0,9%	1,3%	3,0%
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	1,1%	0,7%	1,2%	2,8%
Disturbi mentali alcol-correlati	9,0%	5,6%	0,8%	1,9%
Disturbi da Spettro schizofrenico	1,0%	0,6%	0,7%	1,7%
Oligofrenie e ritardo mentale	0,1%	0,0%	-	-
Disturbi del comportamento alimentare	0,1%	0,0%	-	-
Altro	3,2%	2,0%	0,1%	0,2%

I disturbi nevrotici e i disturbi dell'adattamento, insieme ai disturbi affettivi psicotici, al contrario, tendono ad aumentare progressivamente con l'aumentare dell'età. I disturbi alcol-correlati, infine, non sembrano avere correlazioni particolari con l'età, infatti non si rilevano differenze significative nelle varie fasce di età. Incrociando i dati relativi ai disturbi psichici con il Paese di provenienza, si nota che più del 50% dei detenuti nord-africani è affetto da disturbi da dipendenza da sostanze e la stessa percentuale si ritrova tra i detenuti italiani, mentre sono meno

interessati i detenuti provenienti dall'Est europeo che invece più frequentemente presentano patologie alcol-correlate. Tutte le altre categorie diagnostiche, invece, riguardano principalmente i detenuti italiani rispetto a quelli stranieri.
Due recenti studi finlandesi (16-17) hanno evidenziato come il disturbo da dipendenza da sostanze all'interno delle strutture detentive abbia subito negli ultimi 20 anni un incremento esponenziale di circa 10 volte, passando dal 5 al 50%, sia negli uomini che nelle donne. La sostanza stupefacente più utilizzata è la cocaina, abbastanza comune in tutte le fasce di età ma con un picco tra gli ultra60enni, seguita dagli oppioidi, con un picco nella fascia di età tra i 40 e i 59 anni, e dai cannabinoidi, il cui utilizzo invece prevale tra le persone più giovani. La categoria dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze può essere suddivisa in 3 ulteriori stati patologici: l'abuso di droghe senza dipendenza, la dipendenza da droghe e le psicosi indotte da droghe. Considerando le caratteristiche delle varie sostanze stupefacenti, è ovvio che nel caso della cocaina e dei cannabinoidi più spesso si rileva l'abuso senza dipendenza, mentre nel caso degli oppioidi prevale la dipendenza rispetto all'abuso.
Per quanto riguarda le psicosi indotte da droghe, il disturbo più frequente è l'intossicazione che si manifesta con sintomi diversi a seconda della sostanza assunta. Abbastanza frequentemente si ritrovano anche deliri, allucinazioni, disturbi dell'umore e disturbi del sonno legati all'utilizzo di sostanze. Il 74% dei detenuti con disturbo psichico da dipendenza di sostanze è affetto da un'altra condizione morbosa, in particolare da un altro disturbo psichico o da una malattia infettiva. Tra i farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi psichici troviamo prevalentemente ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici, antiepilettici e ipnotici e sedativi. Meno frequentemente vengono prescritti farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza e sostanze anticolinergiche.
La distribuzione dei trattamenti utilizzati nelle strutture detentive umbre riflette i dati a livello nazionale. Raramente si tratta di monoterapie. Infatti in media ogni detenuto trattato assume più di due principi attivi. Tra gli ansiolitici nella quasi totalità dei casi vengono prescritti farmaci della classe delle benzodiazepine, mentre in rarissimi casi sono utilizzati gli anti-istaminici di I generazione. Essi vengono utilizzati per il trattamento dei disturbi d'ansia, per i disturbi dell'adattamento e per i disturbi da dipendenza da sostanze.
Tra i neurolettici sono maggiormente prescritti gli antipsicotici atipici rispetto ai tipici. Essi vengono utilizzati per il trattamento dei disturbi psicotici e dei disturbi di personalità. Gli antiepilettici vengono utilizzati principalmente come stabilizzatori dell'umore nel trattamento di alcuni sintomi derivanti da disturbi di personalità e nei disturbi da dipendenza da sostanze. Tra gli antidepressivi i più utilizzati sono gli SSRI, seguiti dalla mirtazapina e dalla venlafaxina. Più raramente vengono prescritti gli antidepressivi triciclici.
Questi farmaci vengono usati per il trattamento dei sintomi correlati ai disturbi dell'adattamento e ai disturbi affettivi psicotici. Recenti Linee Guida inglesi (18-19) hanno suddiviso alcuni farmaci, tra cui gli antidepressivi in tre categorie, in base alla pericolosità del loro utilizzo nelle carceri:
1. Farmaci non appropriati in carcere (Red Medicines)

2. Farmaci utilizzabili soltanto quando le alternative hanno avuto scarso successo (Amber Medicines)
3. Farmaci di prima scelta (Green Medicines).

SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO	FARMACI
Ansiolitici	317 (39,6%)
Antidepressivi	139 (17,4%)
Antipsicotici	127 (15,9%
Antiepilettici	98(12,3%)
Ipnotici e sedativi	76 (9,5%)
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	24 (3,0%)
Sostanze anticolinergiche	16 (2,0%)
Altri analgesici ed antipiretici	1 (0,1%)
Oppioidi	1 (0,1%)
Preparazioni antivertigine	1 (0,1%)
TOTALE	800 (100%)

Tra i Green Medicines ci sono gli SSRI, mentre tra gli Amber ci sono i NaSSA, gli SNRI e il trazodone, mentre tra i Red Medicines ci sono i triciclici. La distribuzione dei farmaci prescritti nelle strutture detentive umbre sembra riflettere perfettamente le linee guida previste per l'uso degli antidepressivi nelle carceri. Tra gli ipnotici e i sedativi prevale lo zolpidem, anche se spesso vengono utilizzate le benzodiazepine. Tra i farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza troviamo il metadone, la buprenorfina e il disulfiram. Tra le sostanze anticolinergiche le due sostanze più utilizzate sono il biperidene, utilizzato per ridurre l'eccessiva sudorazione nei soggetti che fanno uso di metadone, e l'orfenadrina, utilizzata per ridurre gli effetti collaterali di tipo extra-piramidale indotti dai neurolettici.

Risultati: gli atti autolesionistici

Come detto, all'interno della scheda clinica utilizzata nello studio era presente una sezione specifica dedicata alla rilevazione di atti autolesionistici e/o suicidari eventualmente messi in atto entro l'ultimo anno di detenzione. Nelle strutture detentive umbre sono stati registrati, sul totale dei detenuti arruolati, 56 atti di autolesionismo (5,2%). Il dato è in linea con quelli ottenuti nelle altre strutture carcerarie. Più basso risulta, invece, il numero di atti reiterati in media per persona e ciò può dipendere anche dal fatto che nella popolazione detentiva umbra il gruppo dei trans gender, tra cui si registra la maggiore tendenza alla reiterazione, è decisamente poco rappresentato. La modalità utilizzata più frequentemente per la messa in atto di gesti autolesivi nella popolazione detenuta, sia maschile che femminile, è l'utilizzo di taglienti. Nella

popolazione carceraria maschile sono frequenti anche l'ingestione di corpi estranei e lo sciopero dello fame. Quest'ultima modalità, comunque, più che un vero intento autolesionistico sembra avere principalmente un significato dimostrativo, utilizzato come strumento di protesta o di richiesta. Meno frequentemente si ritrova il trauma auto-provocato. Tra le detenute donne, dopo l'utilizzo di taglienti, troviamo il trauma auto-provocato, l'ingestione di corpi estranei e più raramente lo sciopero della fame. L'età maggiormente coinvolta è quella compresa tra i 18 e i 39 anni (70% di tutte le autolesioni). Tra le etnie, i più a rischio sono i nordafricani tra cui si registra una maggiore frequenza di atti autolesionistici e una maggiore frequenza di reiterazioni. Incrociando i dati relativi alla rilevazione del gesto autolesionistico con quello relativo alla diagnosi, si rileva che più dell'80% dei detenuti che ha messo in atto un gesto autolesionistico soffre di disturbi psichici; in particolare la maggior parte è affetta da un disturbo da dipendenza, ma sono presenti anche diagnosi di disturbo nevrotico o di adattamento e di disturbo di personalità.

Risultati: gli atti suicidari

Gli atti di autosoppressione rilevati nelle strutture detentive umbre nell'ultimo anno di detenzione riguardano otto detenuti sul totale degli arruolati (0,7%). Il valore è inferiore rispetto a quello registrato in tutte le altre strutture detentive italiane che hanno partecipato allo studio. In Umbria l'80% dei tentativi di autosoppressione è stato effettuato con impiccagione, mentre il 20% con avvelenamento. Più coinvolto è il genere femminile, mentre le reiterazioni dell'atto non mettono in evidenza differenze di genere. L'età maggiormente interessata, come per gli atti di autolesione, è quella compresa tra i 18 ei 39 anni. Riguardo l'etnia, il gesto suicidario ricalca il gesto autolesionistico, infatti prevale tra i nordafricani. Sul totale dei detenuti che ha compiuto atti suicidari, l'81,8% è affetto da una diagnosi psichiatrica, con una media di 1,6 diagnosi pro-capite. Tra le diagnosi psichiatriche troviamo i disturbi nevrotici e di adattamento e i disturbi mentali da dipendenza da sostanze con una frequenza invertita rispetto agli atti autolesionistici.

Risultati: il rischio suicidario

Nel periodo dal 3 febbraio al 3 giugno 2014 nella C.C. Capanne sono stati registrati 50 nuovi giunti da libertà, di cui 22 (44%) senza precedenti reclusioni e 28 (56%) con precedenti reclusioni. Tra i 50 detenuti sottoposti alla scala di Blaauw 23 (46%) sono risultati negativi e 27 (54%) positivi. I 27 positivi sono stati sottoposti allo screening di II livello; purtroppo in questa coorte molti dati sono stati persi, a causa del rapido turn-over all'interno della struttura, per cui abbiamo i dati relativi solo a 7 detenuti. Tra i 7 detenuti controllati c'erano 1 donna e 6 maschi. Solo 1 detenuto maschio di 33 anni è risultato positivo allo screening di II livello. Nessun atto suicidario è stato messo in atto tra i detenuti risultati negativi allo screening di I livello, né tra quelli positivi allo screening di I livello ma negativi a quello di II livello, né tra il detenuto positivo agli screening di I e di II livello.

Discussione e conclusioni

Dai dati dello studio emerge innanzitutto che la popolazione carceraria umbra è formata per la grande maggioranza da detenuti maschi, dato abbastanza prevedibile considerato che solo la C.C. Capanne Perugia ospita una popolazione femminile. L'età media è leggermente più elevata rispetto a quella riscontrata nelle altre strutture penitenziarie nazionali e ciò può essere risultato del fatto che nelle carceri umbre prevalgono i detenuti italiani, che appartengono a fasce di età leggermente superiori rispetto ai detenuti stranieri, rappresentati in minor percentuale in confronto agli altri istituti detentivi. L'età media superiore rispetto alla media nazionale, potrebbe spiegare anche la diversa distribuzione delle diagnosi registrate nelle strutture detentive umbre rispetto ai dati nazionali.

La distribuzione della popolazione carceraria umbra riguardo il Paese d'origine rispecchia poco la popolazione libera residente, perché la percentuale di detenuti stranieri è nel complesso inferiore rispetto al valore nazionale (46,3%), nonostante la regione abbia un'elevata rappresentanza di cittadini stranieri residenti (11%, tra le più alte tra le regioni italiane) di cui comunque solo una minima parte proviene dall'Africa Settentrionale, che, invece, rappresenta il gruppo etnico maggiormente rappresentato tra i detenuti stranieri. Questo può essere correlato al fatto che in Umbria la maggior parte dei detenuti proviene da altri istituti, con una frequenza decisamente più alta rispetto alle altre regioni, mentre solo una minima parte, più bassa rispetto alla media nazionale, proviene da condizioni di libertà. Come ci si aspettava, considerando le caratteristiche socio-culturali di coloro che arrivano alla detenzione, la popolazione carceraria tende ad adottare stili di vita fortemente a rischio. La frequente abitudine al fumo e l'elevata percentuale di soggetti obesi, riscontrata nelle strutture carcerarie umbre, rappresentano i principali fattori di rischio.

Tutti i dati dimostrano, in effetti, che molte patologie sono presenti con percentuali insolitamente alte per una popolazione tutto sommato giovane. Reale è quindi il rischio di ritrovarsi in un futuro molto prossimo con un carico notevole di malattie croniche all'interno delle strutture penitenziarie. L'alta percentuale di soggetti obesi nelle carceri umbre va certamente associato all'elevato numero di ore trascorse in cella, al momento della raccolta dei dati, che si traducono ovviamente in lunghi periodi di inattività. Va anche rilevato che i dati relativi al peso e all'altezza dei detenuti sono più spesso riferiti al momento dell'ingresso nella struttura detentiva, quindi più che riflettere una problematica all'interno dei 4 istituti penitenziari umbri, il dato sembra essere associabile alle basse condizioni socio-economiche e culturali che precedono la detenzione. Si è deciso di concentrare l'attenzione soltanto sui disturbi psichici perché essi sono la patologia maggiormente rappresentata in Umbria, come in tutte le altre strutture detentive italiane, ma anche perché rappresentano una vera emergenza all'interno degli istituti carcerari, relativamente alle maggiori difficoltà di gestione del detenuto con patologia psichica, considerato anche l'elevato rischio di messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi. Spesso la problematica psichica esiste già prima della detenzione e frequentemente ne rappresenta in

qualche modo la causa. Basti pensare al fatto che la maggior parte dei disturbi psichici diagnosticati rientra nella categoria dei disturbi da dipendenza da sostanze. Tuttavia, i dati dimostrano che nella maggior parte dei casi, alla diagnosi principale, sono associate una o più diagnosi secondarie sempre di tipo psichiatrico; ciò va ovviamente a complicare ulteriormente la gestione del detenuto, richiedendo un intervento multidisciplinare quanto più possibile strutturato. L'intervento farmacologico all'interno della struttura carceraria rappresenta un aspetto estremamente importante, ma dovrebbe essere supportato anche da adeguato sostegno che dia continuità e renda efficace l'intervento sanitario durante e dopo la detenzione. Questo aspetto acquisisce un importante significato perché limitando o almeno contenendo alcune problematiche, si può aiutare l'individuo ad affrontare meglio l'esperienza detentiva e il suo rientro nella comunità, considerando che spesso il contesto socio-economico e culturale sarà lo stesso di quello che lo ha portato alla detenzione.

Migliorare le condizioni cliniche all'interno delle strutture detentive e programmare interventi specifici e mirati per rispondere alle esigenze dei detenuti, può servire innanzitutto a ridurre situazioni conflittuali all'interno delle strutture carcerarie anche nei confronti della Polizia Penitenziaria stessa e soprattutto potrebbe portare a ridurre il rischio di messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi, anche solo per scopo dimostrativo.

Varie sono le situazioni che possono spingere il detenuto al compimento di questi atti e che quindi meritano particolare attenzione ai fini di un'efficace prevenzione. Il rischio è sensibilmente più elevato al momento dell'ingresso, specialmente per i soggetti alla prima esperienza detentiva, ma possono essere potenzialmente pericolosi anche le fasi dell'attesa o dell'esito del processo (specialmente in caso di condanne lunghe). Rischi accertati sono anche il trasferimento da un carcere all'altro o semplicemente la comunicazione stessa del trasferimento, l'esito negativo di un ricorso o la revoca di una misura alternativa di detenzione. L'elevato numero di lesioni con taglienti e di avvelenamenti con gas fa supporre che, seppure sia giusto assicurare la possibilità al detenuto di mantenere un'attenzione alla cura di sé, va fatta una specifica valutazione ai fini di identificare quei soggetti per cui alcune situazioni possono diventare un fattore di rischio.

Dallo studio emerge, inoltre, la necessità di elaborare uno strumento clinico informatizzato utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie che, oltre a migliorare il percorso sanitario, può facilitare la trasmissione delle informazioni cliniche da un istituto all'altro, garantendo la continuità assistenziale del detenuto durante i frequenti trasferimenti. Il suo utilizzo, inoltre, permetterebbe anche di conoscere in maniera più esaustiva i bisogni di salute della popolazione detenuta e di strutturare e programmare in maniera efficace la totalità degli interventi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. J Epidemiol Community Health 2009; 63: 912-919.
2. World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. Prisons and Health. WHO 2014: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1.
3. Wilper AP et al. The Health and health cure of US prisoners: results of a nationwide survey. Am J Public Health 2009; 99: 666-672.
4. Condon L, Gill H, Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. J Clin Nurs 2007; 16 (7): 1201-1209.
5. Schnittker J, John A. Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. J Health Soc Behav 2007; 48 (2): 115-130.
6. Voller F, Silvestri C, Orsini C, Aversa L, Da Frè, Cipriani F. Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana. Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6): 297-306.
7. La salute dei detenuti in Toscana – Anno 2012. Collana dei Documenti ARS. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.
8. International Classification of Deseases – 9th Revision – Clinical Modification: Classificazione Internazionale delle malattie, IX revisione – modifica clinica.
9. La prevenzione dei suicidi in carcere: contributi per la conoscenza del fenomeno. Quaderni ISSP Numero 8. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Istituto Superiore Studi Penitenziari. Roma, dicembre 2011.
10. http://www.giustizia.it/resources/cms/documents/la_prevenzione_dei _suicidi_in_carcere.pdf.
11. World Health Organization (WHO) – International Association for Suicide Prevention (IASP). La prevenzione del suicidio nelle carceri. Management of Mental and BrainDisorders, Department of Mental Health and Substance Abuse,Geneve: WHO; 2007.
12. Blaauw E, Kerkhof Ad. Suicides in Detentie. Den Haag, Elsevier; 1999.
13. Blaauw E, Kerkhof Ad, Hayes LM. Demographic, criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. Suicide Life Threat Behav 2005; 35 (1): 63-75.
14. Kerkhof Ad, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centres. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Univeristy Press; 2011.
15. Scott D, Codd H. Controversial issues in prisons. Open University Press, 2011.
16. Lintonen T, Vartiainen H, Aarnio J et al. Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem. Subst Use Misuse 2011; 46(4): 440-51.
17. Lintonen T, Obstbaum Y, Aarnio J et al. The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47 (5): 835-42.
18. Linee guida per la scelta dei farmaci antidepressivi BIF Mag-Giu 2001 N.3 – AIFA.
19. Safer Prescribing in Prisons. Guidance for clinicians. Royal College of General Practitioners, 2011: http://www.drugsandalcohol.ie/16294/#

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Studio sulle esperienze di sofferenza di persone con sclerosi multipla: implicazioni per l'empowerment e la promozione della salute

Study on experiences of suffering of people with multiple sclerosis: implications for empowerment and health promotion

Alberto Caoci[1], Eleonora Cocco[2]

1. Antropologo culturale, Università di Cagliari
2. Neurologa, Università di Cagliari

Parole chiave: rottura biografica, sofferenza, educazione alla salute, empowerment, grounded theory

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo si propone di dar conto dei risultati di una ricerca qualitativa sui vissuti e le esperienze di sofferenza tra le persone con sclerosi multipla (SM), come possibile contributo ad iniziative di promozione della salute ed empowerment a loro rivolte.

Metodi: la studio è stato svolto attraverso l'analisi del contenuto delle narrazioni di persone affette da Sclerosi Multipla con un approccio fenomenologico-interpretativo e Grounded Theory e il supporto del programma di analisi qualitativa NVivo 11.

Risultati: il discorso biomedico tende a censurare la sofferenza incarnata in esperienze di malattia quando la riduce a categorie extralocali, cioè a generalizzazioni che prescindono dai vissuti personali e dal contesto sociale all'interno dei quali prende forma.

Conclusioni: i medici possono dare un contributo significativo ad affrontare la sofferenza dei loro pazienti non solo agendo farmacologicamente sulla loro "patologia", ma anche contrastando i processi sociali di stereotipizzazione e disabilitazione che considerano l'esperienza di malattia cronica come un marchio di disvalore morale. In altre parole quando sollecitano i loro pazienti a prendersi cura delle loro ferite, comprese quelle esistenziali inscritte in un "corpo sociale e politico", invitandoli a restare aperti al cambiamento.

Key words: biographical disruption, suffering, health education, empowerment, grounded theory.

Autore per corrispondenza: alberto.caoci@gmail.com

SUMMARY
Objective: the aim of the article is to report the results of a qualitative research study regarding the illness, and suffering, experienced by people with multiple sclerosis (MS), as a possible input to promote a specific health promotion and empowerment program.
Methods: the qualitative study has been performed by analyzing the content of narrations by people with MS, using a phenomenological interpretive approach and the application of the Grounded Theory method, supported by software for qualitative analysis, NVivo11.
Results: biomedical discourse tends to censure the suffering embodied in a patient's own experience of illness by reducing it to some extralocal categories, which are generalizations that disregard the individual's lived experience, and the social context in which it occurs.
Conclusions: physicians could give a significant contribution to facing their patients' suffering by not only approaching the "disease" pharmacologically, but also confronting the social processes of stereotyping and disabilitation which place a low moral value on patients' experience with chronic diseases. In other words physicians could solicit patients to take care of their wounds, including the existential ones embedded in the "social and political body" and by inviting them to be open to change.

Introduzione

L'articolo dà conto dei risultati di una ricerca qualitativa sui vissuti e le esperienze di sofferenza tra le persone con sclerosi multipla (SM), come possibile contributo ad iniziative di educazione alla salute ed empowerment[1] a loro rivolte[2]. La studio è stato svolto attraverso l'analisi di 22 interviste in profondità a persone con SM e a 9 operatori sanitari del Centro Regionale per la diagnosi e la cura della SM dell'ospedale Binaghi di Cagliari. Sono state oggetto di analisi anche 10 patografie e le narrazioni presenti nel blog *Giovani oltre la SM*[3] e nel forum *I primi passi nel mondo della sclerosi multipla*[4].

L'analisi del contenuto delle narrazioni (off-line e on-line) è stata effettuata attraverso un approccio fenomenologico-interpretativo e Grounded Theory (1), con il supporto del programma di analisi qualitativa NVivo 11.

Dallo studio emerge che l'esperienza di vita delle persone con la SM è certamente condizionata dagli aspetti biomedici della malattia ma che questa, come ci ricordano Scheper-Hughes e Lock (2), è imprescindibilmente inscritta in un corpo individuale, sociale e politico. L'esperienza di vita delle persone con la SM è quindi oltre che un fatto materiale e fisico, una realtà simbolica, una seconda pelle (3) con cui dover fare i conti all'interno di specifiche relazioni e contesti socio-cul-

1. In promozione della salute il termine 'Empowerment' esprime il processo mediante il quale individui e comunità acquisiscono il controllo sui fattori e le decisioni che influenzano la propria vita e la propria salute, acquisendo potere e sviluppando la propria capacità di ottenere accesso alle risorse e alle reti sociali e di far sentire la propria voce (4).
2. Per un approfondimento sui concetti e le pratiche riferite alla promozione della salute e all'educazione sanitaria si veda il volume 60, n.1, del 2016 della rivista Sistema Salute. In particolare i saggi di L. Briziarelli, P. Contu, M. Minelli, T. Seppilli (5).
3. http://www.giovanioltrelasm.it
4. http://iprimipassinelmondodellasclerosimultipla.forumfree.it

turali. Diremo pure che la distinzione tra il materiale e il simbolico, funzionale a sostenere peculiari posizionamenti disciplinari e analitici, risulta nell'esperienza delle persone con SM piuttosto inefficace a descrivere ciò che esse vivono all'interno del loro "corpo pensante e consapevole" (2), almeno quanto la convenzionale dicotomia tra sofferenza e dolore. Ma andiamo per gradi.

1. Cenni epidemiologici sulla Sclerosi Multipla

La SM è una malattia cronica del sistema nervoso centrale caratterizzata da infiammazione, demielinizzazione e degenerazione assonale. La malattia colpisce persone prevalentemente di sesso femminile (rapporto F:M di circa 2,5 a 1), nell'età compresa tra i 20 e i 40 anni (6). La SM è presente in tutto il mondo ma la sua distribuzione segue un gradiente legato alla latitudine, aumentando con esso. Un'eccezione a questa tendenza è rappresentata dalla Sardegna che, nonostante la sua localizzazione geografica, presenta una prevalenza (210/100000 abitanti) tra le più alte al mondo (7).

Le manifestazioni cliniche sono estremamente eterogenee e possono interessare tutti i sistemi funzionali del sistema nervoso centrale (visivo, motorio, sensitivo, sfinterico, cerebellare, cognitivo, ecc.). Il decorso della malattia tra le persone che ne sono affette è variabile ed è difficile prevederne l'evoluzione nel tempo. Nell'85-90% dei casi la malattia presenta un decorso recidivante remittente (RR) caratterizzato da periodi di riacutizzazione seguiti da periodi di remissione. Nella maggior parte delle persone con SM, nei primi anni di malattia, gli episodi sono seguiti da una remissione completa, successivamente con il progredire della malattia le recidive possono lasciare degli esiti permanenti. Di media dopo i 15 anni il decorso della malattia si modifica e la persona entra in una fase definita di progressione secondaria; in questo caso le recidive diventano sempre meno frequenti e compare un graduale e costante accumulo di disabilità che nel corso del tempo può portare a una sempre maggiore perdita di autonomia. Il rimanente 10-15% dei pazienti presenta invece la progressione di disabilità sin dall'esordio e, in media, un'età più avanzata (tra 40 e i 60 anni) alla comparsa dei primi disturbi. Oltre all'accumulo di disabilità, numerosi studi recenti hanno dimostrato una riduzione media di circa otto anni dell'aspettativa di vita nei pazienti affetti da SM (8). Le attuali terapie farmacologiche tendono a modificare significativamente il decorso della malattia. Nonostante ciò, in Italia, la rappresentazione sociale è ancora profondamente legata all'immagine di una persona con un'importante disabilità fisica, spesso in sedia a rotelle.

2. La sofferenza tra letteratura socio-antropologica e narrazioni di persone con SM

La sofferenza, secondo la definizione di Eric Cassell (9), si verifica quando è presente una minaccia alla propria persona, che va a colpire soprattutto il sé, termine che identifica l'insieme di qualità e caratteristiche psichiche, fisiche, spirituali e morali che un individuo utilizza per definire sé stesso in relazione al proprio contesto sociale. Pertanto, va rimarcato, la dimensione del

sé va inquadrata come esperienza dinamica, relazionale, processuale, aperta al cambiamento. Come nel caso di persone affette da SM sono il sé del sofferente e il senso della propria esistenza a essere rimessi in gioco nell'esperienza di malattia, in quel processo caratterizzato da ciò che Mike Bury (10) ha chiamato "rottura biografica".
I vissuti di sofferenza, va anche ricordato, sono strettamente influenzati da fattori culturali e - per convenzione - assumono caratteri di corporeità quando sono interrelati al dolore. Infatti, il dolore, nella definizione dello IASP (International Association of Study of Pain), è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tissutale in atto o potenziale, o descritta in riferimento a tale forma di danno (11). Pertanto sofferenza e dolore non sono sinonimi dal momento che la prima è possibile anche in assenza del secondo e viceversa. La differenza principale tra dolore e sofferenza sembra consistere nel fatto che mentre il primo è solitamente originato-associato a una parte del corpo, il secondo interessa l'individuo nella sua totalità.
Nelle scienze mediche la distinzione tra dolore e sofferenza è infatti ritenuta significativa in quanto generalmente sono differenti gli interventi per affrontarli. Ma va anche ricordato, seguendo David Morris (12), che dobbiamo in qualche modo evitare di rafforzare la dicotomia tra il dolore, come esperienza puramente fisica, materiale, e la sofferenza, quale esperienza che va oltre ciò (psicologica, esistenziale, sociale, culturale). Intanto perché il dolore non è un'esperienza esclusivamente fisica, per capire ciò basterebbe osservare i differenti modi di vivere culturalmente il dolore, poi perché la sofferenza può essere causata da un dolore, cronico o acuto che sia, e può essere somatizzata. Se ci sono dicotomie, dice Arthur Frank (13), un sociologo canadese che si è confrontato con il tema della sofferenza anche in relazione alla sua esperienza di malattia, queste sono al suo interno.
Come evidenziano numerose narrazioni di persone con SM in rapporto al periodo in cui si riceve la diagnosi, le dicotomie cominciano quando ci si sente separati dalla esistenza che si stava vivendo e dalle persone che ci stavano intorno.

[5]*Vuoto, terrore, angoscia, destabilizzazione, confusione, insicurezza, voglia di piangere, mancanza di stabilità. Ecco le parole che mi vengono in mente se penso a quello che è successo a me 6 anni fa…*

La prima volta che sentii la diagnosi fu quando, nascosta in una stanza, ho sentito mio padre parlarne con mia sorella. In quel momento mi guardai allo specchio e capì che lì tutto sarebbe cambiato, tutta la mia vita si sarebbe capovolta. La paura più grande era ed è essere vista in un modo diverso dalle persone che mi circondano.

In altre parole, evidenzia Frank, descrivendo la sua esperienza quando per errore gli venne diagnosticato un tumore: *io stavo diventando altro da quello che ero stato e da quello che gli altri cono-*

5. I riferimenti agli autori delle narrazioni vengono omessi per la tutela della privacy.

scevano. Il mio sentirmi altro non era legato alla mancanza di supporto sociale. Anzi era proprio l'alta qualità del supporto che ricevevo, in assenza di dolore o di conseguenze fisiche, che posizionavano la mia sofferenza in una estrema desolazione. La mia sensazione di essere messo da parte non aveva niente a che fare con le risorse materiali che immaginavo avrei comunque potuto avere (13 p. 353).
L'esperienza della sofferenza appare perciò prevalentemente legata a ciò che è stato perso e non è più recuperabile. Al centro della sofferenza sembra inoltre esserci la sensazione che c'è qualcosa di irrimediabilmente sbagliato nella nostra vita, così come la percezione di una realtà che non è più quella di un tempo e con cui bisogna comunque "fare i conti" (13).

Ricovero, cortisone a dosi da cavallo endovena, prelievo del liquor, risonanza magnetica all'encefalo e dopo 4 mesi di ricerche e tira e molla, è arrivata la diagnosi.
Quel giorno non sapevo se essere triste o felice del fatto che finalmente la mia malattia aveva un nome. Felice perché potevo iniziare delle cure e sperare di star meglio, triste perché era come se avessi scoperto di avere un difetto di fabbrica.

La sofferenza sembra perciò condurci da un'altra parte rispetto a come la nostra vita sarebbe dovuta essere. È quindi sostanzialmente l'espressione di una perdita, presente o futura, e di un'assenza.

Dopo il ricovero e la flebo di cortisone che mi ha aiutato a riassorbire i sintomi, è arrivata la diagnosi, a gennaio 2016. È stato un pugno in pieno stomaco, come se prendessero tutto quello che hai dentro il corpo e ti svuotassero. Mi son sentita proprio così: vuota.

Mi sentii svuotata e sconfitta. La malattia era entrata nella mia vita, facendo a pezzi ogni cosa e ora mi lasciava sola con i cocci appuntiti della mia esistenza.

In relazione alla diagnosi di tumore, Frank (13) evidenzia che la sua sofferenza era soprattutto legata ai ricordi di ciò che aveva vissuto e all'idea di un possibile futuro non più realizzabile. Sulla stessa scia si inseriscono numerose narrazioni di persone con SM.

Il mondo continua a correre intorno a me ma io son ferma. Ferma a quel 31 luglio quando il mio mondo è crollato.

*Il futuro, il futuro, dov'*è qu*esto maledetto futuro, arriverà, basta aspettare e lentamente diventerà presente, infine passato, e sarà ed è sempre stato così, ma allora perché la SM lo rende cupo, perché lo rende lontano ed incerto.*

L'esperienza della sofferenza è perciò riassumibile nel mito della ferita che non uccide, ma che non può essere guarita (13 p. 355).

Da qualche tempo, evidenzia la Charmaz (14), le ricerche che affrontano il tema della sofferenza sembrano essersi intensificate, orientandosi soprattutto verso lo studio dei significati soggettivi della perdita e dello stigma (3, 15-18); le esperienze di malattia e disabilità (19-21); il corpo (2, 17, 22-23); l'analisi narrativa e performativa dei vissuti di malattia (24-26).
Evidentemente questi lavori forniscono un quadro significativo dello stato dell'arte sul campo degli studi sulla sofferenza in relazione alle esperienze di malattia, ma, seguendo la Charmaz (14), la nostra analisi sposta l'attenzione verso le forme di sofferenza e i modi in cui i significati morali modellano le relazioni tra la sofferenza e il sé.
Teniamo a mente che il sé è il nucleo centrale della persona e che lo stesso si costituisce – nella dinamicità processuale e relazionale che lo caratterizza – integrando le cognizioni che abbiamo sull'ambiente sociale, su noi stessi, sul nostro comportamento (27).
La sofferenza può portare a uno sviluppo o a una regressione del sé, così come può attivare un percorso di ricerca che induce a riconoscersi come saggi o, d'altra parte, a sprofondare nella depressione, nella disperazione e nel caos (14).
Per studiare il rapporto tra la sofferenza e il sé, dobbiamo perciò cercare di comprendere quali tipi di esperienze può sollecitare la sofferenza in relazione al proprio status morale e al contesto morale in cui la stessa prende forma. Lo status morale, va evidenziato, è il riconoscimento sociale di essere in possesso di alcuni attributi e valori umani che sono fonte di un giudizio. Come vedremo le storie di sofferenza emerse durante le interviste, le patografie e la scrittura sul blog e il forum analizzati riflettono, ridefiniscono o resistono a tale status morale. L'esperienza di sofferenza è infatti associata a valori morali, di segno positivo o negativo, in base al fatto che questa venga o meno considerata legittima. Una persona con malattia può fare certe affermazioni morali e/o vedersi attribuire dei giudizi morali come ad esempio: meritevole, dipendente, bisognoso (14), ma anche - emergono dalle interviste, dalle patografie e dalle narrazioni sui social media analizzati - adeguato, inadeguato, furbo, opportunista, coraggioso, combattente, arrendevole, rassegnato, attivo, passivo, generoso, egoista, solidale ecc.
Nel caso in cui la sofferenza possa essere associata a un elevato status morale (come nel caso del mito dell'eroe che esce vittorioso contro ogni previsione) le storie raccontate dalle persone con SM sono accolte con stupore e meraviglia. In questo caso, come evidenziano alcune narrazioni, il sé acquisisce uno status morale elevato. La persona viene considerata speciale, la sua storia avvincente è ricca di qualità e virtù.

Ho scelto di non avere paura, sapendo che tutto sarebbe dipeso da me, come del resto in passato, e dalla mia capacità di ascoltarmi e di scegliere le cose che più mi facevano stare bene, senza ascoltare le preoccupazioni dei miei familiari. Oggi sono un avvocato soddisfatto del proprio lavoro che si è imposto di affrontare la vita personale e lavorativa con la serenità di chi ha imparato a convivere con una patologia difficile da comprendere. Quella che doveva essere una Morte è diventata la Svolta della mia Vita. La vita è ciò che scegliamo che sia, sempre, bisogna solo avere il coraggio di decidere senza paura di sbagliare.

Una "battaglia eroica" e il consenso sociale che la sua narrazione riceve trasformano evidentemente sia la persona che il suo ambiente.

Già da ragazzina, vivevo i combattimenti di Judo come banco di prova, resoconto di quanto e come avevo vissuto la preparazione, di quanto stavo crescendo. Oggi, pur con la mia indole agonistica sempre in prima linea, la prima vittoria è quella di salire sulla bici e concludere la gara … che naturalmente conduco al massimo delle mie possibilità. Non posso negare, sarei ipocrita se dicessi il contrario, che corro per vincere e stare sul gradino più alto del podio è una sensazione unica[6].

Roby è l'esempio più vero che ci possa essere su come volere è potere, mi hanno sempre toccato le sue parole a riguardo del suo approccio con l'handbike … per gioco … per sfida… e tutti sappiamo che risultati straordinari è riuscita a portare. Il mio non vuole essere semplicemente un elogio a Roberta, ma una testimonianza che possa dar forza e coraggio a tutti coloro che hanno voglia di provare, di mettersi in gioco, di domandarsi "perché no"? Roberta c'è l'ha fatta! è diventata Campionessa, ha assaporato la vittoria, ha gustato la solidarietà, la sana competizione e la sportività, nella mia testa sono ancora nitide le immagini di quando l'ho vista tagliare il traguardo (…), immagini che riempiono il mio cuore di gioia, e che fanno bene, non solo al cuore ma anche all'anima. Vorrei vedere più persone avvicinarsi a questo sport, vorrei conoscere più Roberte possibili in Italia, vorrei, semplicemente che tutte le persone possano provare ciò che ha provato Roberta…[7]

La protezione dello status morale può però anche comportare dei rischi per la propria salute (14). Non di rado, infatti, le persone possono dare priorità a preservare la continuità del sé più che alla malattia. Ciò è facilmente riscontrabile nell'uso discrezionale delle terapie farmacologiche tra chi vuole preservare il proprio status morale di lavoratore competente o di chi trascura sintomi e/o indicazioni mediche in nome della sua capacità di reagire e gestire autonomamente la malattia.

Mi autoconvinsi in quel momento di non essere malata, anche se il mio neurologo non lasciò nulla nel dubbio: ero fortunata che il quadro fosse rimasto tale ma i sintomi erano inequivocabilmente da attribuirsi alla SM.
Intanto mi laureai in infermieristica e fortunatamente trovai presto lavoro. L'interferone diventò di troppo...non si sposava affatto con la mia vita lavorativa, e lo sospesi…

D'altra parte, il sostegno alla propria integrità e al proprio status morale può sfociare in una resistenza alle prescrizioni terapeutiche del proprio neurologo quando non lo si riconosce all'altezza delle aspettative in lui riposte.

6. Testimonianza di una persona con SM presente sul blog giovanioltrelasm
7. Post di risposta alla testimonianza precedente presente sul blog giovanioltrelasm

Troppo spesso si trovano soltanto medici pavidi che si nascondono dietro i numeri degli esami clinici e, solo attraverso di essi, guardano il malato, avendone una visione parziale e distorta.

Onnipresente nella tutela del proprio status morale è la lotta per una vita caratterizzata dalla "normalità", oltre ogni forma di discriminazione, emarginazione e pietismo-compassione.

La cosa peggiore è sentirsi trattare in modo diverso… io dai miei amici, dalla mia famiglia e dal mio ragazzo voglio e pretendo che mi trattino in modo normale, che mi trattino male, che mi prendano in giro se necessario… perché questo voglio essere… Normale!

Come evidenzia la Charmaz (14), l'autonomia del sé è condizionata dal mantenimento del controllo sul proprio corpo, sulla propria salute, sulla propria esistenza. La perdita di controllo, infatti, porta inevitabilmente alla svalutazione del proprio sé e tendenzialmente a vivere emozioni di colpa e vergogna per la propria malattia.

Come si riesce a pensare a se stessi, ad accettare le "conseguenze" della malattia senza sentirsi in difetto verso la società? Ecco la mia grande verità, il non sentirmi accettata dal mondo. Nonostante combatta per i nostri diritti, alla fine nel giornaliero la maggior parte delle persone che incontro non mi vede parte del suo mondo. Perché sono una disabile "non visibile" (…). Ecco la mia grande verità, il non sentirmi accettata dal mondo.

Pochissime persone sanno della mia patologia, è come se mi vergognassi di questa condizione, come se dipendesse da me. Come se avessi fatto un tremendo errore e dovessi vergognarmi.

3. Promuovere la salute e l'empowerment delle persone con SM attraverso uno sguardo più consapevole sulla sofferenza da parte degli operatori sanitari

Le storie di malattia delle persone con SM emerse durante le interviste, le patografie e presenti sui social media generano racconti morali su cosa sia giusto o sbagliato nella propria esperienza di vita, sui "vizi e le virtù" con cui questa si affronta. Pertanto le narrazioni diventano oggetto di analisi, riflessione, sintesi, consapevolizzazione e apertura o meno al cambiamento da parte delle persone con malattia e il loro ambiente sociale di riferimento. Va però constatato che il linguaggio tecnico e l'approccio medico generalmente non lasciano spazio alla sofferenza. A riguardo Smith scrive "la forza di un testo teorico è isolare il discorso contro le voci sovversive" (28 p. 155). La sofferenza è quindi considerata la voce sovversiva nel discorso biomedico, nonostante la sua "presa in carico", o semplicemente la sua consapevolizzazione, possa essere considerata di fondamentale importanza nella definizione dei percorsi terapeutici e nell'alleanza medico-paziente. Il discorso biomedico tende infatti a censurare la sofferenza incarnata in esperienze personali quando la riduce a categorie extralocali (classificazioni che organizzano le

risposte) (13). I medici, formati a una narrazione scientifica e biomedica, non rispondono alla persona che soffre, ma alla persona concepita come espressione di un tipo di sofferenza che il professionista ha imparato a riconoscere. I modelli medici, perciò, così potenti contro ciò che può essere localizzato, identificato e affrontato, appaiono impotenti contro la sofferenza che resiste alla localizzazione, all'identificazione e al trattamento. Rispetto alla sua esperienza Frank scrive: *La censura della mia sofferenza si è cristallizzata in un gigantesco fondo d'ansia* (13 p. 361). Rispetto alla progettazione di programmi di educazione alla salute ed empowerment di persone con SM vale perciò la pena ricordare che ascoltare, raccogliere, comprendere e amplificare le voci delle persone sofferenti, oltre che offrire ai medici la possibilità di un maggiore impegno con le storie dei loro assistiti, permette di riconoscere quali storie i destinatari delle loro cure non hanno ancora raccontato. A volte, va ricordato, impegnarsi con queste storie significa ascoltare il silenzio, in particolare quelle tracce di esperienza che resistono a diventare una narrazione.
Insomma, nella convinzione che le narrazioni on-line e off-line di persone con SM, pur con le specifiche peculiarità veicolate da un testo orale o scritto, dalle dinamiche relazionali e dalle aspettative riposte nell'uditore, siano caratterizzate dalla voglia di confrontarsi, di imparare dalle esperienze altrui, ma anche di dar voce al non detto o al non ascoltato nell'ambulatorio medico, è auspicabile che gli operatori sanitari sempre più acquisiscano confidenza con la ricchezza esistenziale e sociale che queste veicolano.

4. Alcune note conclusive

I medici, pur con livelli differenti, sono consapevoli dei vissuti di sofferenza, dei bisogni, delle intenzionalità delle persone con SM. Questa consapevolezza, non sempre però sembra trovare spazio nella definizione dei percorsi di cura, specialmente quando le richieste delle persone con SM vanno a scontrarsi con i riferimenti disciplinari di un approccio razionalista e generalizzante di stampo biomedico. Questa condizione richiede ai medici un atteggiamento di mediazione tra il farsi carico dei bisogni di cura, lasciando spazi di autodeterminazione alle persone con SM, anche quando questi non collimano con la proposta razionalista della medicina basata sulle prove di efficacia, e l'attenersi alle linee guida – per quanto anche queste non assolute – sostenute dalla letteratura scientifica. A parte i principi giuridici dell'autodeterminazione nelle cure e del consenso informato, trovare una sintesi tra le esigenze delle persone con SM e gli obiettivi degli operatori sanitari resta una sfida aperta, in particolar modo laddove vi è una resistenza, o una bassa *compliance*, alle numerose proposte terapeutico-farmacologiche. Come evidenzia una neurologa del centro SM di Cagliari:
…non essendoci delle regole scritte ed essendoci delle regole non scritte tu devi applicare entrambe le cose, non c'è un decalogo che ti dice allora, arriva il paziente se è così gli dai questo, se è così gli dai quest*'altro, se è così gli dai quest'altro ancora. Lo fai su una base di caratteristiche che sono, innanzitutto, anche l'idea che ti fai del paziente… a volte è importante cosa hai percepito di quel paziente. Se è un paziente che ha capito, che non ha capito, quanto ha capito… e quindi quanto*

è in grado di portare a casa. Perché a quel punto è meglio fare una terapia più semplice ma che sei sicuro che faccia piuttosto che fargliene fare una complicata che non farà mai e quindi li devi venire a un compromesso, che ovviamente il paziente non capisce, perché non lo può capire. Tu dovresti spiegarglielo, il problema sono quelli che ti dicono: "non mi ha fatto niente". Però tu hai fatto un compromesso, come si può dire, proprio per salvarlo. E poi ci possono essere altre situazioni, come la giovane donna che ti può dire che prima o poi vorrà una gravidanza, o persone che ti dicono che fanno un lavoro in cui non deve emergere che fanno una terapia in nessun modo. Allora li, a seconda degli elementi che ti danno, le difficoltà, ti devi districare e trovare una terapia che possa [andar bene]… quando poi non hanno altre patologie associate che possono rendere più difficile la cosa. Però tra regole scritte e regole non scritte, diciamo che devi trovare un bilanciamento. La difficoltà sta nel fatto che non c'è una uniformità di azione, perché ci sono molte variabili. Ed essendoci molte variabili non ci può essere uno schema precompilato. Fai così, fai cosà, fai così, fai cosà, in linea generale… Poi ti arrivano situazioni che strapuzzano, e allora lì le idee sono molto chiare, vai dritto… gli elementi di gravità ci sono per cui tutte queste variabili non entrano. Dipende dal peso specifico che ha ogni singola situazione.
(…) è anche vero che noi siamo un po' severi e un po' poco disponibili nei confronti di alcune scelte. Io faccio sempre il confronto con i tumori, anche se non è la stessa cosa, per dire come in questa patologia ci sia troppa libera scelta. Troppa! Perché quando arrivano qua [i pazienti] hanno un po', io la chiamo, la sindrome del supermercato. Cioè io entro e… voglio questo. No, non è che tu vuoi questo… questo ti viene dato nel momento in cui ci sono le caratteristiche. Ma io lo ho letto su internet. Ovviamente qui ci sono le due facce della medaglia (…) ci sono infatti le esasperazioni di tutto questo. Perché non è possibile che uno non faccia la terapia per ragioni che, per me ovviamente, non sono significative.

Numerose persone con la SM mettono però in evidenza che le terapie per funzionare devono essere accettate. Accettarle significa trovare un alleato in grado, nel breve periodo, di contenere le ricadute e, nel lungo periodo, arrestare o perlomeno limitare la progressione di malattia e disabilità. Ma accettare le terapie significa per la maggior parte delle persone con SM, oltre che impegnarsi in un "investimento" per il futuro, trovare un buon equilibrio tra i benefici ricevuti, gli eventuali effetti collaterali nel qui e ora, e le diverse forme di pregiudizio e stigma implicite nella medicalizzazione della propria salute. Questo equilibrio si presenta piuttosto problematico in particolar modo con alcune terapie che determinano significativi effetti collaterali avversi e che tendono a peggiorare la qualità della vita delle persone con SM o ad esporle a dei possibili rischi di contrarre altre malattie, alcune delle quali, se pur con un basso indice di mortalità, percepite come rischiose.
Affinché le terapie farmacologiche vengano accettate, e quindi abbiano la possibilità di essere assunte dalle persone con SM, sembra infatti che debbano presentare un gradiente simile a ciò che l'etnopaleontologo francese André Leroi-Gourhan ha chiamato estetica funzionale (29).

A partire dalla sua analisi sul sistema dell'arte moderna, incentrato sull'autoreferenzialità delle opere, Leroi-Gourhan ci ricorda che nella maggior parte delle società extra-occidentali affinché gli oggetti e le *performances* possano essere riconosciuti esteticamente soddisfacenti devono essere riconosciuti come utili a qualcosa, nonché essere socialmente accettati una volta superata una sorta di censura collettiva. La valutazione del farmaco, allo stesso modo, viene effettuata dalle persone con SM in relazione alla sua efficacia rispetto al contenimento o alla neutralizzazione del decorso di malattia, ai rischi degli effetti collaterali, ma anche sulla base di meccanismi sociali che rimandano ai processi di differenziazione e stigma. È questo il caso della terapia con l'interferone, a volte mal digerito, quando non proprio boicottato dalle giovani donne (nonostante la sua efficacia nel contenimento delle ricadute) oltre che per lo stato simil-influenzale e il calo d'umore che induce, per i segni che lascia sul corpo la pressione esercitata dall'ago dell'autoiniettore e, più in generale, per la frequenza delle iniezioni. Segni sul corpo che, come altre espressioni della malattia, quali per esempio le difficoltà nella deambulazione e il mantenimento dell'equilibrio del corpo nella postura statica e dinamica, rappresentano indicatori di diversità e alterità e come tali vanno affrontati.
Un ruolo fondamentale nella decisione delle persone con SM di aderire ad una proposta terapeutica è però, evidentemente, giocato sulla qualità del rapporto instaurato con il proprio neurologo.

La sensibilità [del medico] è nel capire il paziente non solo a livello professionale ma, diciamo, umano. Io purtroppo ho avuto l'uno e l'altro. Con la dottoressa [attuale] c'è un rapporto bellissimo… si è un medico, però è umana, è una persona… In alcuni momenti è come una sorella, un'amica… ti consiglia! C'è questo rapporto, certo professionale, io ascolto quello che mi dice perché te lo dice in un certo modo che riesci ad accettarlo quello che ti dice. Quello penso che sia la cosa più importante… Poi se io vado da un medico e quello ti dice solo fai così… anche con un linguaggio che io non capisco, mi parla in un linguaggio scientifico, allora… alt un momento, io non ci capisco niente (…). Penso che un medico si debba abbassare a ogni paziente. C'è quello che ha bisogno di essere più strattonato, e quello che ha bisogno di essere più coccolato. Io penso questo, che un medico debba essere non un extra terrestre ma umano.

La fiducia delle persone con SM verso il proprio neurologo e, più in generale, di chi è affetto da una malattia cronica nei confronti del medico curante, è perciò legata non solo al riconoscimento delle sue competenze tecnico-professionali ma anche alla sua capacità di mantenere e rafforzare l'integrità della persona in cura, evitando pratiche di disabilitazione (30).
I medici possono perciò dare un contributo significativo ad affrontare la sofferenza dei loro pazienti non solo agendo farmacologicamente sulla loro "patologia", ma anche contrastando i processi sociali di essenzializzazione, stereotipizzazione e disabilitazione che considerano l'esperienza di malattia cronica come un marchio di disvalore morale. In altre parole quando

sollecitano i loro "pazienti" a prendersi cura delle loro ferite, comprese quelle esistenziali inscritte in un corpo sociale e politico, invitandoli a restare aperti al cambiamento. Il clinico non può quindi eludere la responsabilità dell'incontro con la sofferenza che è alla base della "rottura biografica" e della "congestione esistenziale" che l'esperienza di malattia produce ma, allo stesso tempo, se vuole sollecitare processi di cambiamento sui propri assistiti, deve rifiutare di inquadrarla in categorie che escludono i vissuti personali e i contesti socio-culturali all'interno dei quali prende forma.
Inoltre, come osserva Sandro Spinsanti, la buona medicina deve inaugurare una nuova stagione etica che sostituisca al paternalismo dell'epoca precedente, la collaborazione attiva del paziente nella definizione degli obiettivi dell'intervento sanitario. Fermo restando la validità dell'orientamento medico "al bene del paziente", tale finalità deve combinarsi con quanto del proprio bene può e deve definire il paziente stesso (31). Per fare ciò, egli "*diventa sempre più consapevole e interessato a capire che ciò che gli sta succedendo e sempre meno disposto a delegare agli altri i problemi che lo riguardano (…). Non è più considerato attore passivo ed esterno, ma trova collocazione al centro del processo di cura (…)*" (32 p.57).
L'approccio narrativo nella pratica medica sollecita quindi gli operatori sanitari a riconoscere, assorbire, interpretare ed essere mossi dalle storie di malattia. Infatti quando i clinici sviluppano una competenza narrativa mostrano una maggiore capacità di ascoltare con attenzione, adottare il punto di vista dell'altro, seguire il filo narrativo della storia di un altro, essere curiosi delle motivazioni e delle esperienze, tollerare le incertezze delle storie (33). I medici, secondo Rita Charon, hanno perciò bisogno di un training rigoroso e disciplinato nella lettura e nella scrittura narrativa sia per il loro bene - ricevere un aiuto nel fronteggiare i traumi emotivi inevitabilmente connessi al lavoro clinico - sia per il bene dei destinatari delle loro cure (34).
Pertanto, dare spazio all'interno dell'incontro clinico all'esperienza di malattia e ai vissuti di sofferenza appare per il medico necessario allo scopo di ottenere dati utili per l'inquadramento della patologia e la definizione partecipata del percorso terapeutico.
In conclusione è necessario evocare un altro tema cruciale sulla educazione della salute e all'empowerment delle persone con SM, e cioè il tema della speranza. Come evidenzia Cheryl Mattingly:

Considero la speranza non come qualcosa che nasce dalle promesse delle contemporanee biotecnologie o all'interno dei discorsi dominanti, e che – secondo i casi – possono generare ottimismo o pessimismo, quanto piuttosto come qualcosa che sta innanzitutto dentro le pratiche concrete di persone che lottano per vivere malgrado la loro condizione di malati cronici. La speranza implica l'atto di creare, o provare a creare, delle vite che abbiano valore anche quando si vive nel mezzo della sofferenza, con nessuna prospettiva che ciò abbia termine. La speranza è anche la lotta rivolta a forgiare nuove comunità di cura che si estendono dal mondo clinico a quello familiare (35 p. 6).

Roberto Beneduce ci ricorda che la speranza diventa, nel contesto della cura, una pratica di

lotta contro la sofferenza, anche quando non c'è alcuna possibilità che essa possa avere fine. La speranza diventa però anche l'occasione per alimentare un diverso significato della cura e unire curanti, malati e familiari nella comune lotta contro la sfida delle malattie croniche.
La speranza diventa perciò un antidoto nei confronti di un discorso biomedico che spesso si accontenta di diagnosticare, e persino quando cura, "non lotta" come dovrebbe e potrebbe per restituire un valore alla condizione di chi da solo non sembra trovarlo, e ancora meno ascolta le sue ansie e la sua volontà di resistere a partire dalla sua storia e i suoi progetti di vita (36 p.68).
In altre parole, ci ricorda una persona con SM in cura nel centro cagliaritano:

Dietro questa discussione, ciò che può essere questa discussione, c'è una vita dietro. Cioè io svolgo una vita… Io sto spendendo qui [al centro] cinque minuti, dieci minuti, un'ora della mia vita, ma dietro c'è tutta una storia… che non conosce, purtroppo, il mio medico. Quindi se io faccio certe scelte è perché sono ponderate rispetto a quello che ho fuori, alla mia famiglia, alla mia vita (…) ai miei valori…

BIBLIOGRAFIA

1. Chamaz K. Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: Sage; 2006.
2. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly 1987; 1:6-41.
3. Scheper-Hughes N, Lock M. Speaking "Truth" to Illness: Metaphors, Reification, and a Pedagogy for Patients. Medical Anthropology Quarterly 1986; 5:137-140.
4. Contu P. Educazione Sanitaria? Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2016; 60(1):10-15.
5. Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2016; 60(1).
6. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. Lancet 2008; 372 (9648):1502-17.
7. Cocco E, Sardu C, Massa R, Mamusa E, Musu L, Ferrigno P, Melis M, Montomoli C, Ferretti V, Coghe G, Fenu G, Frau J, Lorefice L, Carboni N, Contu P, Marrosu MG. Epidemiology of multiple sclerosis in south-western Sardinia. Mult Scler 2011; 17(11):1282-9.
8. Scalfari A, Knappertz V, Cutter G, Goodin DS, Ashton R, Ebers GC. Mortality in patients with multiple sclerosis. Neurology 2013; 81(2):184-92.
9. Cassell, JE. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, 2 Ed., Oxford, New York: Oxford University Press; 2004.
10. Bury MR. (1982), Chronic illness as biographical distruption, Sociology of health and illness 1982;2:167-182.
11. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy, Seattle: IASP Press; 1994.
12. Morris DB. The culture of pain. Berkeley: University of California Press; 1991.
13. Frank A. Can we research suffering, Qualitative Health Research 2001; 3: 353-362.
14. Charmaz K. Stories of Suffering: Subjective, Tales and Research Narratives, Qualitative Health Research 1999;3: 362-382.
15. Brody H. Stories of sickness. New Haven: Yale University Press; 1987.
16. Charmaz K. Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill, Sociology of Health & Illness 1983;5:168-195.

17. Charmaz K. Good days, bad days: The self in chronic illness and time. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1991.
18. Kleinman A. The illness narratives: Suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988.
19. Frank, A. The wounded storyteller: Body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
20. Robinson I. Personal narratives, social careers and medical courses: Analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. Social Science and Medicine 1990; 30:1173-1186.
21. Weitz R. Life with AIDS. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1991.
22. Charmaz K. The body, identity, and self: Adapting to impairment, Sociological Quarterly 1995;36:657-680.
23. Turner B. The body and society, Oxford: Blackwell; 1984.
24. Mattingly C. Performance narratives in the clinical world, in Greenhalgh T, Hurwitz B, Vieda S. Narrative research in health and illness. London, United Kingdom: BMJ Books; 2004.Pp. 73-94.
25. Mattingly C, Garro L. Narrative representations of illness and healing. Social Science and Medicine 1994; 38:771-860.
26. Williams G. The genesis of chronic illness: Narrative reconstruction. Sociology of Health & Illness 1984;6:175-200.
27. Bruner J. La ricerca del significato. Per una psicologia culturale. Torino: Bollati-Boringhieri; 1990
28. Smith DE. Reading the social: Critique, theory, and investigations, Toronto: University of Toronto Press; 1999.
29. Leoi-Gourhan A. Il gesto e la parola (2 vol). Torino: Einaudi; 1977.
30. Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute, Milano: Baroli; 2005.
31. Spinsanti S. L'alleanza terapeutica. Le dimensioni della salute, Roma: Città Nuova; 1988.
32. Favretto G, Bonamini E. La qualità nelle aziende sanitarie. In: Favretto G. Il cliente nella sanità I risultati di un percorso di ricerca, Milano: Franco Angeli; 2002.
33. Veglia F. Narrazione: origine, funzioni, necessità. In: Ruggerini C, Manzotti S, et al., Narrazione e disabilità intellettiva. Valorizzare le esperienze individuali nei percorsi educativi e di cura. Trento: Erikson; 2013.
34. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness, Oxford, New York: Oxfortd Univesity press; 2006.
34. Mattingly C. The paradoxe of hope. Journeys throughout a clinical borderland. Berkley: University of California; 2010.
36. Beneduce R. Antropologia medica critica. Sentieri di ricerca. Salute e Società, Milano: Franco Angeli: 2015; 57-70.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Lo studio è stato cofinanziato dalla Fondazione di Sardegna (Prat.2015.0538; Titolo del progetto: Tra illness, disease e sickness: Educare alla salute nella sclerosi multipla)

Lo screening nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle Residenze Sanitarie Assistite, l'esperienza di una ASL Toscana

Nutritional screening of the elderly hospitalized in the nursing homes, the experience of a local health authority in Tuscany

Silvia Memmini[1], Mariapia Macchiarulo[1], Alberto Tomasi[2], Luigi Rossi[3], Bianca Maria Mulini[2], Fausto Bruno Morgantini [2]

1. Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa
2. ASL Toscana Nordovest, U.O. Igiene Pubblica e Nutrizione
3. ASL Toscana Nordovest, Direzione distretto zona di Lucca

Parole chiave: nutrizione in casa di cura, fragilità, anziani

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare lo stato nutrizionale e il rischio di malnutrizione dei soggetti over 65 (esclusi pazienti neoplastici o con aspettativa di vita inferiore a tre mesi) ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite dell'ASL Toscana Nordovest- zona di Lucca dal 1 Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2015.

Metodi: sono state selezionate le cartelle nutrizionali degli ospiti ricoverati nel periodo indicato: è stato registrato lo stato nutrizionale presente al momento della prima rilevazione e il rischio di malnutrizione secondo lo screening MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

Risultati: nel periodo considerato 637 soggetti sono stati sottoposti ad almeno uno screening nutrizionale, di questi il 70% non aveva alterazioni ponderali né in eccesso né in difetto. Per quanto riguarda il rischio di malnutrizione, il MUST ha rivelato il 78% dei soggetti a basso rischio di malnutrizione, il 17% a medio rischio e il 5% ad alto rischio.

Conclusioni: lo screening nutrizionale rappresenta un valido strumento per rilevare lo stato nutrizionale dei soggetti

Autore per corrispondenza: alberto.tomasi@uslnordovest.toscana.it

ricoverati in RSA e per impostare un intervento preventivo finalizzato al mantenimento dello stato di salute e/o alla prevenzione delle complicanze delle patologie già in atto. Si tratta, infatti, di una categoria fragile, che con l'istituzionalizzazione va incontro al cambiamento dello stile di vita rischiando maggior sedentarietà e isolamento sociale. Affinché l'intervento preventivo risulti efficace, è necessario che la gestione nutrizionale venga attuata sin dalla fase di scelta degli alimenti e pertanto è indispensabile la formazione di tutti gli operatori coinvolti nella preparazione e nella distribuzione degli alimenti.

Keywords: nutrition in nursing homes, elder, fragility

SUMMARY

Objectives: to assess the nutritional status and the risk of malnutrition of the people over 65 (except patients with cancer or life expectancy inferior than three months) hospitalized in the nursing homes of the local health authority, ASL northwest Tuscany, Lucca, between January 2013 and 31 December 2015.

Methods: Have been selected the nutritional folders of the elderly guest hospitalized in the period indicated. Was recorded nutritional status present at the time of initial recognition and the risk of malnutrition with the score MUST (Malnutrion Universal Screening Tool).

Results: 637 guests had been subjected to at least one nutritional screening. Of these 70% had not reported weight alterations. MUST screening revealed a low risk of malnutrition in 78% of the observed, a medium risk in the 17% and an high risk in the 5%.

Conclusions: nutritional screening is a valuable tool to detect the nutritional status of hospitalized subjects in nursing homes and to set up a preventive intervention aimed at maintaining the health status and / or prevention of complications of the diseases already in place. This concept is even more specific in a fragile category which, with the institutionalization, goes to a change in the lifestyle risking a more sedentary and social isolation. However, for an effective preventive intervention, it is necessary to manage the nutrition status since the stage of selection of foods and, therefore, it is essential to train all operators involved in the preparation and distribution of food.

Introduzione

Se nel soggetto sano l'intervento nutrizionale ha come obiettivo il mantenimento e la promozione della salute, nel soggetto affetto da patologia ha anche finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze. Un'alimentazione qualitativamente o quantitativamente insufficiente può aggravare le condizioni patologiche iniziali che, a loro volta, possono limitare il fisiologico assorbimento e utilizzo degli alimenti da parte dell'organismo. Gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistite sono caratterizzati da elevata dipendenza funzionale, multi patologia cronica e politerapia a cui, molto frequentemente, si associano compromissione cognitiva, problematiche affettivo-emotive e psichiatrico-comportamentali. La malnutrizione calorico-proteica è, di per sé, considerata un fattore patogenetico e di mantenimento del ciclo delle fragilità (sarcopenia, riduzione delle difese immunitarie, infiammazione cronica) che già affliggono i soggetti istituzionalizzati (1 - 2). In questi soggetti anche il rischio di disidratazione è elevato in conseguenza sia delle modifiche fisiologiche legate all'età sia delle patologie insorte, aumentando il rischio di ospedalizzazione e di mortalità per trombo-embolie, alterazioni elettrolitiche,

insufficienza renale acuta, rabdomiolisi, tossicità da farmaci.
Si stima che la malnutrizione nell'anziano sia correlata in gran parte all'ambiente in cui vive: in Italia la prevalenza è del 4-10% quando vive in casa, mentre in casa di riposo, ospedale o strutture di lungodegenza raggiunge rispettivamente il 20%, 40% e 70% (3). Inoltre, studi nazionali hanno messo in evidenza che il vitto è il parametro maggiormente percepito dal soggetto ricoverato, che gli attribuisce significati che vanno oltre il mero aspetto alberghiero (4). La prevalenza della malnutrizione aumenta con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi e la prevalenza di tale condizione varia in base allo strumento utilizzato. La letteratura riporta che, in Europa, la malnutrizione si riscontra in media nel 35% dei soggetti ammessi in una struttura sanitaria e che tale condizione si aggrava, nella maggior parte dei casi, durante la permanenza (5). Nell'anziano la prevalenza di malnutrizione in difetto oscilla tra il 10% e il 50%, mentre l'eccesso ponderale ha valori compresi tra il 20% e il 50% (6). La malnutrizione è correlata con la presenza di deficit cognitivi: 4,4% nei soggetti che non hanno problemi cognitivi vrs 59,5% in chi ha problemi cognitivi (7).
La disfagia colpisce dal 13% al 50% gli ospiti delle RSA; l'incidenza varia a seconda della patologia di base e può arrivare all'84% in chi è affetto da Alzheimer, al 60% nella Sclerosi laterale amiotrofica, 50% nei pazienti colpiti da ictus, 40% da Sclerosi Multipla e 35% nel Parkinson. Il paziente disfagico necessita di attenzione particolare per le complicanze dovute a un'eventuale aspirazione tracheale del cibo che possono esitare in una polmonite ab ingestis (3% in RSA), insufficienza respiratoria o exitus per soffocamento.
In conseguenza di queste evidenze, la comunità scientifica e le istituzioni sanitarie hanno redatto linee guida e protocolli operativi per gestire la questione nutrizionale in una popolazione che ha bisogni sanitari e sociali eterogenei e che non è esente da valutazioni di tipo etico, ad esempio come e quando procedere alla Nutrizione Enterale Totale (NET) in un paziente affetto da demenza avanzata (8). La perdita di autonomia nei soggetti over 65 riguarda quasi un anziano su cinque (il tasso di disabilità è pari al 193,3 per mille e tra gli ottantenni ed oltre raggiunge il 476,7 per mille) e la ragioneria generale dello Stato ha previsto che nel 2050 la crescita della spesa per l'assistenza agli anziani sarà del 61% e quella per le patologie acute del 26%. Considerando che è ormai consolidato che lo stile di vita influenzi l'insorgenza e il decorso della gran parte delle patologie croniche che affliggono gli anziani, l'intervento nutrizionale proattivo sull'anziano acquista un'importanza fondamentale anche sotto il profilo della sostenibilità economica (9).
Nel contesto regionale toscano, l'inserimento in RSA avviene nell'ambito del percorso assistenziale, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). Possono essere ospitate in RSA le persone residenti nei Comuni del Territorio di competenza dell'Azienda che abbiano le seguenti caratteristiche: età superiore o uguale ai 65 anni o assimilabili a quadro morboso geriatrico, per le quali la valutazione multidimensionale abbia definito un PAP di tipo residenziale. Possono essere inseriti anche soggetti giovani

con handicap psico-fisico grave secondo l'art. 3 della legge n.104/92. Il PAP residenziale viene stabilito in seguito all'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e inadeguatezza ambientale tali da rendere impossibile, in via temporanea o permanente, un piano di assistenza domiciliare. Il bisogno assistenziale è dato dall'integrazione tra un bisogno sanitario e un bisogno sociale (Isogravità e Adeguatezza della condizione ambientale). Le persone che possiedono i requisiti per l'inserimento in RSA sono collocati in una graduatoria unica, ordinata in modo decrescente, secondo il principio della gravità socio-sanitaria.

Il protocollo per la valutazione nutrizionale

Nell'ASL Toscana Nordovest, zona di Lucca, è stato elaborato e adottato un protocollo operativo per la valutazione nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle RSA. Lo scopo del protocollo è quello di ottenere il miglioramento delle condizioni di salute degli anziani oggetto dell'intervento, attraverso l'individuazione e conseguente assistenza dei soggetti malnutriti e a rischio di malnutrizione. Il protocollo prevede per la gestione nutrizionale un team multi professionale composto da medici di medicina generale (MMG), medici igienisti e infermieri dell'Unità Operativa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (U.O I.A.N) e operatori sanitari dell'RSA (10). Al momento del ricovero, l'ospite/paziente è sottoposto a uno screening nutrizionale iniziale effettuato dal personale formato dell' RSA, mentre il personale U.O I.A.N, con periodicità semestrale, procede all'effettuazione di verifiche antropometriche, eventuali indagini di laboratorio (che vengono riportati in una cartella nutrizionale apposita) e alla somministrazione di un questionario semiquantitativo per la stima degli scarti alimentari (11). Quest'ultimo consente di calcolare in termini percentuali l'assunzione dietetica ed è finalizzato alla verifica della copertura dei fabbisogni e alla corretta programmazione di strategie nutrizionali. Nel caso in cui vengano riscontrati casi conclamati o ad elevato rischio di malnutrizione, viene coinvolto anche il Medico di Medicina Generale (MMG) che ha in carico il paziente e che collabora nell'impostazione dell'eventuale intervento dietoterapico. Il protocollo prevede che, in base ai dati raccolti, il rischio nutrizionale venga valutato secondo il MUST (Malnutritional Universal Screening Tool for Adults) (12). L'utilizzo del MUST si compone di cinque fasi:

1. Misurare altezza e peso per ottenere il valore di BMI. In caso di impossibilità a ottenere altezza e peso usare le procedure alternative e attribuire il punteggio.
2. Annotare la percentuale di perdita involontaria di peso, utilizzando le apposite tavole per l'attribuzione del punteggio.
3. Stabilire la presenza di una eventuale malattia acuta o di un ridotto apporto nutrizionale e dare il punteggio relativo.
4. Sommare i punteggi delle fasi 1,2 e 3 per ottenere il rischio globale di malnutrizione.
5. Identificare il rischio, la sua gravità e definire le strategie per il management e per sviluppare un piano assistenziale.

Al termine, viene attribuito uno score che è espressione del rischio nutrizionale (in difetto) e

per il quale sono previsti interventi diversi. Si parla di basso rischio quando il punteggio totale è 0; rischio medio quando il punteggio totale è 1; rischio elevato quando il punteggio totale è superiore o uguale a 2. Nel primo caso è sufficiente continuare il monitoraggio del paziente dopo sei mesi; nel secondo caso occorre registrare l'assunzione alimentare per tre giorni al fine di verificare l'adeguatezza nutrizionale. A tal fine è stato predisposto un apposito diario alimentare giornaliero, per il controllo dell'intake calorico e dei nutrienti, compilato dal personale di assistenza adeguatamente istruito (13). Nei casi particolarmente a rischio, viene avviata una supplementazione nutrizionale attraverso l'introduzione di alcuni alimenti in aggiunta alla normale dieta, dando la preferenza a prodotto semplici, di facile reperibilità e costi limitati (omogeneizzati, liofilizzati, gelati, budini, yogurt) prima di passare all'uso di integratori farmaceutici. Per ogni situazione riscontrata, a rischio medio o elevato, viene comunque sempre coinvolto il medico di medicina generale che ha in carico il paziente per ogni decisione da intraprendere per il piano assistenziale e per l'eventuale attivazione del Centro di nutrizione clinica e artificiale o del COAD (Centrale Operativa Assistenza Distrettuale).
Parallelamente agli interventi descritti, è prevista una attività di formazione e addestramento, per il personale di assistenza sanitaria operante nelle RSA, su tematiche igienico-nutrizionali e sulla valutazione del rischio nutrizionale.

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato valutare il rischio nutrizionale dei soggetti over 65 (esclusi pazienti neoplastici o con aspettativa di vita inferiore a tre mesi) ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite dell'ASL Toscana Nordovest - zona di Lucca, dal 1 Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2015. L'indagine era anche finalizzata a valutare l'efficacia e la sostenibilità di un intervento di monitoraggio della malnutrizione per difetto basato sulla valutazione del rischio secondo MUST e sulla precoce definizione di piani assistenziali per i soggetti riscontrati a rischio medio o elevato, analizzando anche le eventuali criticità del protocollo adottato per rendere più efficace l'intervento.

Materiali e metodi

A partire dalle cartelle nutrizionali degli anziani istituzionalizzati nelle RSA dell'ex ASL 2 Lucca è stato creato un database contenente il codice identificativo dell'ospite, la data delle visite effettuate e i risultati ottenuti con lo screening MUST. Il periodo oggetto di studio è stato il triennio 2013-2015.

Risultati

Nel periodo considerato 636 soggetti sono stati sottoposti ad almeno uno screening. Di questi, 445 sono risultati normopeso, 59 obesi, 104 sovrappeso e 29 sottopeso (figura 1). In base allo screening MUST 497 soggetti (78%) sono risultati a basso rischio di malnutrizione, 108

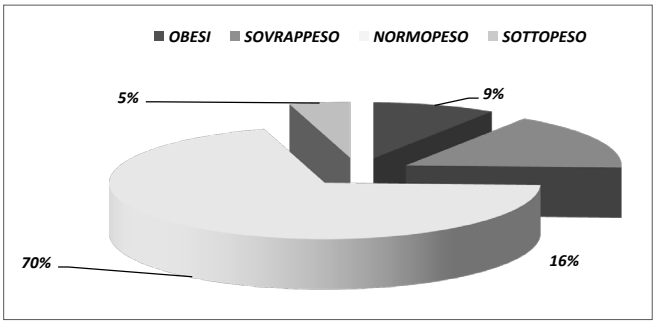

Figura 1- Risultati dello screening

(17%) a medio rischio e 31 (5%) a alto rischio (figura 2).
Nel corso dell'applicazione del protocollo operativo, sono emerse alcune criticità che richiedono appropriati interventi correttivi. Risulta ancora scarsa la consapevolezza, da parte dei professionisti sanitari e del personale di assistenza, dell'importanza di una valutazione routinaria del rischio malnutrizione; in alcune strutture si evidenzia la mancata registrazione anche dei più semplici parametri nutrizionali (peso, altezza) all'ingresso dell'ospite. Un altro limite evidenziato è la frequente assenza di idonei strumenti di monitoraggio del peso per i soggetti con disabilità fisica, come per es. bilance pesapersone a sedia o a pedana.

Conclusioni

La valutazione nutrizionale negli anziani istituzionalizzati riveste un'importanza strategica. I soggetti istituzionalizzati sono caratterizzati da numerose fragilità che possono complicarsi in relazione al cambiamento dell'ambiente di vita. Per questo gli screening nutrizionali, iniziali e periodici, rappresentano un momento fondamentale in cui viene registrato lo stato di salute del paziente per impostare l'intervento nutrizionale.
Abbiamo riscontrato che negli anziani l'attenzione è focalizzata principalmente sulla malnutrizione in difetto, ma non di meno devono essere considerati gli stati di eccesso ponderale (14). Per quanto, in questi soggetti, una modica eccedenza di peso può essere tollerata (3-5 Kg rispetto al peso forma dell'età adulta) perché considerata fisiologicamente "protettiva" per la salute, sono ampiamente documentate le relazioni tra eccesso ponderale e malattie croniche-degenerative. Inoltre, la sedentarietà e la progressiva riduzione del metabolismo basale favoriscono con maggiore frequenza le ulcere da decubito, frattura di femore e disturbi vascolari periferici (15). È per questo che l'aspetto nutrizionale nelle RSA e più in generale nelle strutture assistenziali, deve essere gestito sin dalla fase di redazione del capitolato delle aziende che hanno in appalto la refezione, per la scelta degli ingredienti, degli alimenti e delle modalità più indicate per la

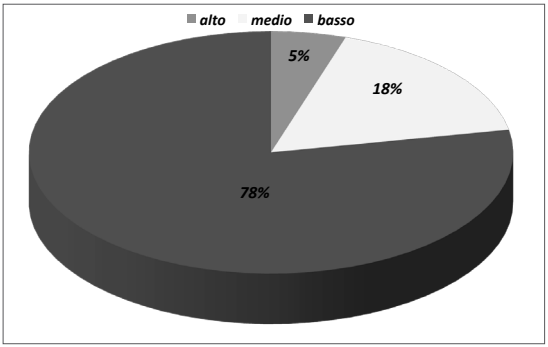

Figura 2- Rischio di malnutrizione secondo il MUST

preparazione dei piatti in tale utenza. In alcune particolari categorie di ospiti, ad esempio nei disfagici, gli alimenti devono essere scelti e preparati, oltre che in base al gradimento individuale, anche secondo la palatabilità e la consistenza. Il bolo deve essere coeso e compatto nel passaggio dalla bocca allo stomaco, cibi che tendono a scomporsi (riso) devono essere evitati, così come è bene evitare cibi che hanno la temperatura corrispondente a quella corporea.
Laddove possibile, è importante permettere al singolo di scegliere secondo i gusti, ma in un regime dietetico confacente al proprio stato di salute. Per gli ospiti che riescono a mangiare da soli va favorita l'autonomia incoraggiandoli a mantenere abitudini e comportamenti corretti, ad esempio, accompagnando l'ospite in bagno per il lavaggio delle mani prima del pasto e per l'igiene del cavo orale dopo il pasto, a occupare i posti assegnati a tavola (16).
Possiamo ritenere consolidato il concetto che dieta corretta deve soddisfare il fabbisogno energetico e plastico dell'anziano, rispettare la corretta proporzione tra i nutrienti e l'adeguata composizione e distribuzione dei pasti nell'arco della giornata, ma altrettanto importante è gestire quotidianamente la prescrizione dell'intervento preventivo che altrimenti non potrebbe essere efficace (17). Per questo la formazione di tutto il personale implicato nel processo (dagli addetti alla preparazione agli addetti alla somministrazione) diventa fondamentale così come gli audit per l'analisi dei punti critici e la predisposizione delle azioni di miglioramento.
Sono in programma interventi mirati alla formazione/informazione degli operatori e al miglioramento e diffusione della comunicazione dei risultati degli screening effettuati, con l'obiettivo di arrivare all'adozione di una "scheda ospite" che preveda sempre l'effettuazione all'ingresso e periodica dello screening MUST.

BIBLIOGRAFIA

1. Fried LP et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults:Evidence for a phenotype. Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences 52001; 6: M146-M157.
2. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. Am J Clin Nutr. 2001; 74: 6-24.
3. Amerio ML, Borello S, Ciorba A, et al. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. Ministero della Salute http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1435_allegato.pdf
4. Lucchin L, D'Amicis A, Gentile MG et al. A National representative survey of hospital malnutrition: the PIMAI (Project: Iatrogenic MAlnutrition in Italy) study. Mediterr J Nutr Metab. 2009, 2:171.
5. Amerio ML, Bianchi S. La malnutrizione ospedaliera. ADI Magazine. 2009; 4: 282-83.
6. Beck AM, Balkn Un, Furst P. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr. 2001; 20: 455-60.
7. Pilotto A, Scarcelli C, Addante F, Franceschi M. Valutazione multidimensionale per l'anziano fragile. MD. Medic Doct, 2008; 27: 20-22.
8. Attanasio A, Bedin M, Mantineo G et al. La valutazione degli outcomes e le implicazioni etiche e gestionali della nutrizione enterale. G Gerontol. 2006; 54: 145-52.
9. Bonaccorsi G, Santomauro F, Lorini C. L'alimentazione dell'anziano. Ann Ig. 2013; 25 (Suppl.1): 89-96.
10. Linee di indirizzo regionali per la ristorazione assistenziale. Delibera Regione Toscana n°35 del 24/01/2012.
11. Lorini C, Mencacci M, Bonaccorsi G. Qualità dell'assistenza nelle residenze sanitarie assistite: revisione della letteratura e degli indicatori di struttura, di processo e esito e del rischio di malnutrizione. Ann Ig. 2012; 24: 359-68.
12. Malnutritiona Advisory Group. Malnutritiona Universal Screening Tool for adults. MUSt, Bapen 2003. www.bapen.org.uk/PDFS/MUST/MUSTEXPLAN.PDF
13. Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ. Nutritional management in long term care: development of a clinical guideline. J Gerontol 2000; 55(12) 725-34.
14. Elia M, Stratton JR. Consideration for screening tool selection and role of predective and concurrent validity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011; 14: 425-33.
15. Progetto Mattoni SSN. Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione finale. Disponibile http:// www.mattoni.salutre.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN
16. Elia M, Stratton JR. Consideration for screening tool selection and role of predective and concurrent validity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011; 14: 425-33.
17. Atti del Congresso nazionale ADI " La nutrizione ospedaliera e la ristorazione sul territorio" Milano 20-21 febbraio 1998.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Prevalenza delle patologie degenerative vertebrali in un campione rappresentativo della Polizia locale di Napoli

Degenerative spinal disorders prevalence in a representative sample of the Local Naples Police

Annalisa Molisso[1], Umberto Carbone[2]

1. Tecnico della Prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro
2. Professore associato di scienze tecniche mediche applicate, Dipartimento di Sanità pubblica, Università degli Studi di Napoli FedericoII

Parole chiave: patologie osteoarticolari, agenti di polizia locale, fattori di rischio

RIASSUNTO

I disturbi osteoarticolari sono divenuti la più frequente forma di patologia correlata al lavoro, alla determinazione della quale concorrono diversi fattori di rischio. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare la prevalenza di danni a carico dell'apparato osteoarticolare, in particolare della colonna vertebrale, in un campione costituito da 1392 Agenti della Polizia Locale di Napoli. La definizione delle patologie osteoarticolari è scaturita dall'elaborazione combinata dei dati anamnestici e clinici. L'elaborazione dei risultati è stata resa possibile dal preliminare inserimento di dati codificati degli esiti delle singole visite in un programma di elaborazione statistica SPSS 21.0. Sono stati effettuati calcoli di prevalenza delle patologie della colonna vertebrale, nelle diverse stratificazioni caratterizzanti il campione in considerazione di diversi fattori quali il genere, fasce d'età, luoghi di lavoro. Tali calcoli hanno evidenziato che l'età costituisce un elemento significativamente influente in entrambi i generi, ed ancora che l'esposizione a condizioni climatiche sfavorevoli e l'obbligo del mantenimento della postura eretta, fattori coesistenti negli addetti alla regolazione del traffico veicolare, hanno una maggiore potenzialità di determinare danni alla colonna vertebrale.

Keywords: osteo-articular diseases, local policy, risk factors

SUMMARY

Bone and joint disorders have become the most common form of work-related disease, the determination of which combine several risk factors. Objective of the study was to evaluate the prevalence of damages for the osteoarticular

tract, particularly of the spine, in a sample of 1392 agents of the Local Police of Naples. The definition osteoarticular disorders has resulted from the combined process of the medical history and clinical data. The analysis of the results was made possible by the preliminary insertion of coded data of the outcomes of individual visits in a statistical processing program SPSS 21.0. Calculations of prevailing diseases of the spine were performed, in the different layers that characterize the sample, considering various factors such as gender, age groups and workplaces. These calculations have shown that age is a significantly influential factor in both genders, and even that exposure to unfavorable weather conditions and the obligation of maintenance of upright posture, factors coexisting in those assigned to the regulation of vehicular traffic, have a higher potential to cause damage to the spine.

Introduzione

Secondo le più recenti statistiche internazionali, negli ultimi anni i disturbi osteoarticolari sono divenuti la più frequente forma di patologia correlata al lavoro, alla determinazione della quale concorrono diversi fattori di rischio, quali il sovraccarico biomeccanico (DSM), gli sforzi contro resistenze e le non congruità posturali. Frequentemente questi fattori di rischio sono trasversali a molti comparti produttivi e, soprattutto, attivi con meccanismi di sinergia. Peraltro, le patologie degenerative osteoarticolari rappresentano uno dei principali problemi sanitari nel mondo del lavoro per i costi economici diretti e indiretti da esse determinati (1-3). Nonostante sia riconosciuta l'alta prevalenza delle patologie osteoarticolari tra i lavoratori, non sempre l'associazione tra esse e il lavoro è univocamente definita in rapporto con la concorrenza di numerosi altri fattori potenziali determinanti, di natura individuale e di contesto ambientale e sociale. Molte informazioni sono disponibili, anche se non sempre concordi, sugli effetti dell'età, della massa corporea, delle abitudini di vita (4-6). Anche i fattori psicosociali sono implicati nello sviluppo delle malattie osteoarticolari: un alto stress psichico e/o una ridotta soddisfazione nel lavoro sono correlati con l'aumento dei back disorders e della sintomatologia muscolo scheletrica in differenti regioni del corpo (7-8).

Obiettivo

Obiettivo dello studio è stato valutare la prevalenza di danni a carico dell'apparato osteoarticolare, in particolare della colonna vertebrale, in una categoria di lavoratori scarsamente interessata a tale tipo di valutazione, quale è quella degli Agenti della Polizia Locale, attraverso un'analisi critica della prevalenza delle diverse forme patologiche del sistema osteoarticolare in funzione di potenziali fattori di rischio extralavorativo e lavorativo.

Materiali e Metodi

Il Campione analizzato è costituito da 1392 Agenti della Polizia Locale del Comune di Napoli, 295 donne e 1097 uomini, sottoposti a Sorveglianza Sanitaria ex D. lgs.vo 81/08 presso la Sezione di Medicina del Lavoro del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Napoli Federico II

negli anni 2012 e 2013 (9-10). L'età media è stata rispettivamente pari a 38,18 anni nelle donne, d.s. 7,35, e pari a 38,58 anni negli uomini, d.s. 7,72, praticamente sovrapponibili.
Nel corso della sorveglianza sanitaria una approfondita attenzione valutativa è stata riservata all'apparato osteoarticolare, in particolare alla colonna vertebrale, in funzione di un progetto di valutazione della reale dimensione della morbosità di questo apparato, essendo esso la principale sede dei disturbi lamentati dagli Agenti di Polizia locale.
La definizione delle patologie osteoarticolari è scaturita dall'elaborazione combinata dei dati anamnestici e clinici, questi ultimi scaturenti dall'applicazione del metodo di valutazione delle perfomance osteoarticolari secondo il modello tridimensionale dinamico, elaborato alla fine degli anni ottanta dalla EPM (11-14).
L'elaborazione dei risultati è stata resa possibile dal preliminare inserimento di dati codificati degli esiti delle singole visite in un programma di elaborazione statistica SPSS 21.0. Sono stati effettuati calcoli di prevalenza delle patologie della colonna vertebrale, separatamente per tratti interessati, nelle diverse stratificazioni caratterizzanti il campione: genere, fasce d'età, luoghi di lavoro e caratteristiche del rischio per l'apparato osteoarticolare. Sono stati, inoltre, eseguiti calcoli statistici per la valutazione di eventuali differenze in funzione delle variabili sopra riportate.

Risultati

Nella prima tabella sono riportate le prevalenze delle patologie vertebrali, distinte per genere.
Il test del Chi-quadro ha consentito di evidenziare alta significatività delle differenze di prevalenza tra donne e uomini (<0,01), a svantaggio delle donne per il riscontro delle più alte

Tabella 1- Patologie cervicali e lombari per genere

	Donne		Uomini	
	N°	%	N°	%
Spondilopatie cervicali	67	22,7	105	9,6
Spondilopatie lombari	84	28,5	232	21,1

prevalenze di patologia (15).
Una prima valutazione di possibile dipendenza da variabili individuali della prevalenza delle patologie vertebrali ha riguardato quella cronologica. Nella seconda tabella sono riportate le prevalenze delle patologie, distinte per genere e stratificate in due fasce d'età, fino a 45 anni e oltre. Questa suddivisione binaria è scaturita dal riferimento ai dati statistici, che segnalano quanto la prevalenza di patologie degenerative vertebrali tenda ad aumentare nella popolazione generale a partire da 45 anni.
Il test del Chi-quadro ha confermato la sussistenza di un'alta differenza statistica per entrambe le patologie tra le donne e gli uomini in entrambe le fasce d'età (sig. <0,01). Considerando,

invece, separatamente i generi, il test ha dimostrato che nelle donne il crescere dell'età costituisce un significativo fattore di innalzamento della prevalenza delle patologie vertebrali,

Tabella 2- Prevalenze distinte per genere e stratificate per fasce d'età.

	Donne		Uomini	
	< 45	>45	< 45	>45
Spondilopatie cervicali	20,2%	35,4%	9,3%	10,7%
Spondilopatie lombari	24,7%	47,9%	20,3%	24,6%

con significatività <0,05 per il tratto cervicale e <0,01 per quello lombare, mentre negli uomini non sono state evidenti differenze statisticamente significative nelle due fasce d'età.
I fattori specifici del rischio presi in considerazione sono costituiti dal luogo di lavoro e dalla natura dell'obbligo posturale. Nel primo caso è stata operata una distinzione in tre gruppi, rispettivamente corrispondenti all'impegno lavorativo esclusivamente in aree interne d'ufficio, in alternanza tra aree interne ed esterne ed esclusivamente in aree esterne per la regolazione del traffico veicolare. Per quanto attiene al rischio posturale, è stata considerata la doppia possibilità, rispettivamente dell'obbligo posturale assiso o eretto o dell'alternanza libera tra le due posture. Nelle tabelle terza e quarta sono riportati le prevalenze calcolate delle patologie.
Una significativa differenza nella prevalenza di patologie vertebrali tra i luoghi di lavoro è stata rilevata dal test del Chi-quadro nelle donne (sig. <0,05), mentre alcuna differenza è emersa nel

Tabella 3- Prevalenze distinte per genere e stratificate per luogo di lavoro.

	Donne		Uomini		
	Esterno/interno	Esterno	Interno	Esterno/interno	Esterno
Spondilopatie cervicali	18,8%	29,8%	9,4%	10,5%	6,9%
Spondilopatie lombari	23,6%	37,5%	19,9%	23,2%	27,6%

Tabella 4- Prevalenze distinte per genere e stratificate per tipo di impegno posturale.

	Donne		Uomini	
	P. libera	P. obbligata	P. libera	P. obbligata
Spondilopatie cervicali	24,3%	22,5%	12,0%	9,3%
Spondilopatie lombari	35,1%	27,5%	25,0%	20,7%

confronto tra i dati di prevalenza negli uomini. Nessuna differenza statistica ha caratterizzato le due possibilità posturali in entrambi i generi.

Considerazioni e conclusioni

La prima considerazione riguarda la dimensione della prevalenza di patologie degenerative sintomatiche a carico della colonna vertebrale nel campione esaminato di Agenti della Polizia locale. I valori calcolati in assoluto sono stati più alti di quelli riscontrati in un vasto gruppo di lavoratori (2150 donne e 6693 uomini), appartenenti ai settori terziario, industriale operaio e dell'autotrasporto, osservati presso la stessa struttura di Medicina del Lavoro per la Sorveglianza sanitaria ex Decreto legislativo 81/08 negli stessi anni. Con la sola differenza del settore dell'autotrasporto, nel quale la prevalenza di spondilopatie lombari è stata più alta, negli Agenti della Polizia, in entrambi i generi, la colonna vertebrale è apparsa come maggiormente interessata da una patologia degenerativa sintomatica a parità di anni delle popolazioni osservate.
Per quanto attiene ai probabili determinanti delle prevalenze di patologie, in linea con le evidenze epidemiologiche dalla letteratura scientifica e con i risultati di osservazioni sugli altri campioni di lavoratori precedentemente citati, l'età costituisce un fattore significativamente influente poiché, al crescere di essa, corrispondono aumenti di prevalenza con significatività statistica in entrambi i generi, anche se maggiore in quello femminile (16). Considerando che differenze statisticamente significative sono state riscontrate tra i generi, a svantaggio di quello femminile, sia in assoluto, sia nelle stratificazioni per fasce d'età, è emerso che nelle attività proprie delle Polizia locale il genere femminile è a maggiore rischio di patologia degenerativa a carico della colonna vertebrale (17).
Le caratteristiche del lavoro nel senso del luogo nel quale esso prevalentemente o esclusivamente si svolge appaiono indicative della maggiore potenzialità del lavoro di regolazione del traffico veicolare nel determinare danni alla colonna vertebrale, verosimilmente per la coesistenza del rischio da esposizione a condizioni climatiche sfavorevoli e dall'obbligo del mantenimento della postura eretta, anche se questo aspetto del rischio appare contraddetto dai dati emersi delle patologie quando è stata considerata la variabile posturale. La spiegazione più vicina al reale di questa discordanza del dato è riferibile al fatto che, ai momenti di osservazione del campione, una significativa aliquota di agenti adibiti ad attività con ridotto o assente obbligo posturale era stata in precedenza destinata a questo tipo di attività per la sussistenza di handicap fisici, la gran parte dei quali proprio costituiti da patologie osteoarticolari.
Benché il campione sul quale sono stati elaborati i dati sia stato sufficientemente rappresentativo della consistenza numerica della Polizia locale di Napoli, le conclusioni possono solo avere valori certi di contingenza locale ed essere, tutt'al più, spunti di osservazioni di confronto, dai quali sarà possibile e scientificamente plausibile dedurre considerazioni di carattere generale sulla relazione tra l'attività delle Polizie locali nelle sue diversificazioni operative e la morbosità osteoarticolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro: Disturbi musculoscheletrici degli arti superiori e del collo legati all'attività lavorativa. http://ew2007.osha.europa.eu
2. European Agency for Safety and Health: Work Gender issues in safety and health at work: A review. 2003 osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/209
3. Fit for Work Italia 2011. http://www.reumatologia.it/obj/dossier.pdf
4. Bener A, Alwash R, Gaber T et al. Obesity and low back pain. Coll. Antropol. 2003; 27: 95-104.
5. Hoe VC, Utquhart DM, Kelsall HL et al. Ergonomic design and training for preventing work-relatedmusculoskeletal disorders of the upper llimb and neck in adult. Cochrane Database Syst Rev.2012; Aug 15; 8:CD008570
6. Leboeuf-Yde C. Body Weight and Low Back Pain: A Systematic Literature Review of 56 Journal Articles Reporting on 65 Epidemiologic Studies. Spine. 2000; 25: 226-237.
7. Carbone U, Boggia B, Cimmino F et al. Disturbi e patologie osteoarticolari in lavoratori di differenti settori: interazioni tra i fattori di rischio individuale e lavorativo. Sorrento, 67° Congresso Nazionale SIMLII, 6-9 novembre 2004.
8. Della Valle E, Carbone U, Grieco L et al. Il lavoro e lo stile di vita nelle patologie osteomuscolari. Sorrento, 67° Congresso Nazionale SIMLII, 6-9 novembre 2004
9. Regione Campania. Norme in materia di polizia amministrativa regionale e locale e politiche di sicurezza. L.R. n. 12 del 13/6/2003 pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Campania n. 27 del 13 giugno 2003.
10. Repubblica Italiana. Legge quadro sull'ordinamento della Polizia Municipale. Legge n. 65 del 7/3/1986 pubblicata sulla GU n. 62 del 15 marzo 1986.
11. INAIL. I disturbi muscolo scheletrici lavorativi La causa, l'insorgenza, la prevenzione, la tutela assicurativa.
12. INAIL 2012 www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_166_allegato.pdf
13. INAIL: I disturbi muscolo scheletrici lavorativi La causa, l'insorgenza, la prevenzione, la tutela assicurativa. Inail 2012. www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_166_allegato.pdf
14. INAIL - Consulenza Statistico Attuariale Settore Banche Dati Statistiche Malattie professionali - Osteo-articolari e muscolo-tendinee denunciate all'INAIL Anni manifestazione: 2006-2010. sitiarcheologici.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/MalattieProfessionali/Documents/DATISTATISTICI_MUSCOLOSCHELETRICHE.pdf
15. Reale E, Carbone U. Il genere nel lavoro. Valutare e prevenire i rischi lavorativi nella donna. Milano: F. Angeli; 2009.
16. Sancini A, Tomei F, Tomei G, et al. Spinal and temporo-mandibular disorders in male workers of the StatePolice. Acta Odontol Scand. 2013, 71:671-5.
17. Scanzani D. Gender issues in safety and health work. G. Sanità Pubblica 2004; 60: 191-2.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Recensioni

Michael Marmot, La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto (edizione italiana a cura di Giampaoli S. e Traversa G.), Il Pensiero Scientifico editore, Roma, 2016, pp.233

Fin dal suo titolo "La salute disuguale", il libro di Sir Michael Marmot è esplicativo: la salute non è uguale per tutti né nella sua genesi - diversa esposizione ai fattori positivi di salute per classe sociale -, né nella sua promozione - diversa applicazione di scelte politiche sanitarie per gruppi privilegiati e non -, né nella risoluzione dei danni che alla salute si arrecano - diversa distribuzione dei saperi e delle tecnologie per risolvere i problemi di salute -. Marmot è professore di Epidemiologia e Sanità Pubblica presso la University College London e presidente dell'Associazione mondiale dei medici (World Medical association), è diventato famoso in tutto il mondo a metà degli anni duemila quando a capo della Commissione su i determinanti sociali di salute - voluta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - fece letteralmente esplodere la riflessione su le cause (sociali) delle cause (materiali) delle patologie, detto in altre parole su i fondamenti filosofici della giustizia sociale, cioè del ruolo delle disuguaglianze sociali sulla salute - argomento per certi aspetti iniziato da J. Rawls quando nel 1971 uscì il suo libro intitolato "A Theory of Justice". La solidità scientifica degli studi epidemiologici, che attraverso dati ed osservazioni documentano le evidenze sulle diseguaglianze sociali nella salute tra paesi ed entro paesi, ha un ruolo cruciale nelle argomentazioni inerenti il fatto che le ineguaglianze dimostrabili evitabili in salute sono da considerare ingiuste per il danno che apportano nella popolazione, e da utilizzare come indicatore proxi del grado di giustizia sociale (livello di civiltà) di una società. Marmot ci suggerisce che il livello socio-economico influenza la salute ma anche che la povertà non è qualcosa di definitivo ed insuperabile, per questo occorre lavorare con azioni sociali, economiche e politiche per ridurre quanto più possibile il gradiente di svantaggio sociale e di conseguenza il gradiente di svantaggio in salute tra le persone. Nel capitolo primo intitolato "L'organizzazione della miseria" si dice subito «La salute è troppo importante per essere affidata esclusivamente ai medici. Essa non dipende solo dall'accesso alle soluzioni tecniche della medicina, ma dalla natura della società», mentre nell'ultimo capitolo "Organizzare la speranza" Marmot conclude «…se vivete in un paese con un sistema sociale poco sviluppato fate qualcosa e si vedrà la differenza; se il vostro paese è già sulla buona strada, fate di più. E se siete nei paesi scandinavi, fate meglio. Fate qualcosa. Fate di più. Fate meglio». Questo è il messaggio gridato dall'Autore dall'inizio alla fine, passando per l'elencazione di chi è la responsabilità - le cause delle cause - e di come, per esempio, i primi anni di vita abbiano una profonda influenza sulla salute da adulti determinando disuguaglianze nell'aspettativa di vita e nella sua qualità. Due terzi delle circa duecento pagine del libro sono dedicate alla descrizione delle evidenze che possono migliorare la salute e l'equità in salute includendo tutte le sfere del vivere umano: sviluppo infantile, istruzione, condizioni di lavoro ed occupazione, circostanze favorevoli per le persone anziane, comunità resilienti: ma dobbiamo volerlo, dice Marmot, in un'ottica di equità interna alle generazioni e fra generazioni. La lettura del libro è molto affascinante, anche per la ricchezza di colte citazioni, di interessanti episodi personali riportati (alle conferenze in giro per il mondo!) e della "tagliente ironia" presente qua e là, come scrive Rodolfo Saracci nella presentazione del libro.

Liliana Minelli

F. Bottaccioli, A.G. Bottaccioli. Psiconeuro-endocrino-immunologia e scienza della cura integrata. Il Manuale EDRA, Milano, 2017 pagg. 394

I nostri lettori conoscono Francesco Bottaccioli e la sua collaboratrice, per aver già pubblicato su questa rivista loro contributi ed il loro impegno nella ricerca e nella proposizione di modelli avanzati per un nuovo approccio della medicina verso gli umani nella completa applicazione della visione olistica e di una più ampia considerazione di essi con l'ambiente in cui sono collocati. Di rilevantissimo interesse gli studi sull'epigenetica, apparsi in un importante contributo edito nel 2014 (Epigenetica e immunoneuropsicoimmunologia).

Il volume che segnaliamo può essere considerato la presentazione complessiva dell'elaborazione dello studioso, partendo dai presupposti teorico filosofici ed applicandoli alla medicina, non solo terapeutica ma partendo dalla condizione generale dell'uomo nel suo ambiente fa riferimento al complesso della vita.

L'opera, si articola in 5 parti ed una conclusione:

1. Le basi storiche e filosofiche, in cui viene sintetizzato il riferimento di fondo dell'intera opera, il passaggio dal riduzionismo all'olismo, avendo come nuovo paradigma la PsicoNeuroEndocrinoImmunologia.
2. Il mutamento della basi delle scienze biologiche, partendo dalla rivoluzione tra genetica ed epigenetica vengono esplorate fin dalle prime fasi della vita, le caratteristiche psicobiologiche e il rapporto salute-malattia, i generi ed il sesso.
3. I sistemi di regolazione e l'unità dell'organismo, attraverso l'analisi della regolazione nervosa, neuroendocrina, immunitaria, psichica si giunge alla descrizione delle relazioni bidirezionali tra il complesso dei sistemi biologici e la psiche.
4. I modulatori del network umano, in cui si analizzano l'ambiente fisco e sociale, i ritmi biologici, alimentazione e attività fisica, le tecniche per la mente e le terapie naturali come complemento delle attività proprie dell'individuo.
5. Nuove idee sulle malattie, nella quale vengono prese in considerazione una serie di patologie, trattate con la visione olistica, prendendo in considerazione aspetti fisiopatologici, clinici, ambientali, storico-politici, economici, comportamentali, in una ricomposizione di uomo, ambiente, prevenzione, cura, promozione della salute.

La trattazione si conclude, come ci si sarebbe aspettato dopo tutto quanto precede, con una breve considerazione per il futuro, l'adozione di una scienza della cura integrata.

La trattazione, come si potrebbe pensare dalla sola presentazione, non è una proposizione ideologica né una nuova filosofia né una critica della medicina ufficiale ma si poggia su basi scientifiche precise, ogni capitolo è accompagnato da una ricca bibliografia di riferimento, del tutto aggiornata e da letture consigliate.

Credo che questo volume debba essere letto attentamente da tutti coloro che operano in sanità, nei diversi campi e può essere destinato a studenti, professionisti della cura, ricercatori e docenti. Un modo innovativo di trattare della salute e della malattia, che è anche molto utile a coloro che sono coinvolti nella più generale applicazione della filosofia della Promozione della salute.

Lamberto Briziarelli

Documenti

Happy Ageing. Alleanza per l'invecchiamento attivo Position paper n.2 Attività fisica e salute

Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente dibattito su che cosa si intenda per "salute" (1, 2). Un editoriale di Fiona Godlee (3), Direttore del British Medical Journal, un'importante rivista scientifica internazionale, propone questa definizione di salute: "Capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone". Adattarsi sembra essere quindi la parola chiave. Ma adattarsi a cosa, a chi e, più in generale, come si può costruire e favorire la capacità umana di adattarsi e adeguarsi? Una delle possibili risposte a questa domanda viene dal Comitato Regionale Europeo dell'OMS che nel 2011, in occasione della sua sessantunesima sessione, ha confermato all'Ufficio Regionale europeo il mandato di elaborare una nuova politica sanitaria europea, la Salute 2020 (4). Per raggiungere gli obiettivi della Salute 2020, sono necessarie politiche efficaci per l'invecchiamento sano, in risposta al rapido invecchiamento demografico in atto in Europa. L'invecchiamento sano o attivo viene quindi definito come un processo che "permette agli individui di realizzare il proprio potenziale per il benessere fisico, sociale e mentale attraverso l'intero corso dell'esistenza e di prendere parte attiva alla società, fornendo loro al contempo protezione, sicurezza e cure adeguate quando necessitino di assistenza" (5).

L'attività fisica fa bene e non va confusa con lo sport

Un invecchiamento sano è collegato allo stato di salute nelle fasi precedenti della vita. Una regolare attività fisica contribuisce a una significativa riduzione degli stati patologici degenerativi.

Un'attività fisica regolare aumenta l'aspettativa media di vita inibendo lo sviluppo di malattie cardiovascolari, diabete, malattie neoplastiche del colon e della mammella e depressione, riduce il rischio di fratture di femore e vertebrali ed aiuta il controllo del peso corporeo. Un'attività fisica regolare aumenta inoltre l'aspettativa media di vita contrastando lo sviluppo di malattie croniche, mitigando le alterazioni biologiche legate all'età e le relative conseguenze sulla salute e sul benessere, e contribuendo a preservare la capacità funzionale (6).

Per "**attività fisica**" si intende qualunque movimento corporeo prodotto dai muscoli utilizzando energia; questa definizione comprende lo sport e altre attività come giocare, camminare, dedicarsi ai lavori domestici o al giardinaggio.

Con "**esercizio**" (o "ginnastica" e, in senso esteso, "allenamento") si indica una serie di movimenti ripetitivi, codificati e organizzati volti al miglioramento o al mantenimento di uno o più componenti della forma fisica (7).

Happy Ageing è l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, nata nel 2014 per promuovere nel nostro Paese politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'anziano e a sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo. Di HappyAgeing fanno parte la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, i sindacati FNP CISL, SPI CGIL e UIL Pensionati, la Federazione Anziani e Pensionati ACLI e Federsanità ANCI.

La **riabilitazione** consiste invece in una serie di attività volte a recuperare la funzione persa o ridotta in seguito ad un evento patologico o traumatico utilizzando gli strumenti dell'esercizio terapeutico e della rieducazione funzionale. Lo scopo è restituire il paziente al proprio contesto di vita nelle migliori condizioni di autonomia possibili.

Attività fisica e Attività Fisica Adattata (AFA) non sono la stessa cosa

Anche se i benefici dell'attività fisica nell'invecchiamento sono conosciuti, non tutte le forme di attività fisica producono gli stessi benefici e sono indicate per tutte le persone. Come sopra detto, l'attività fisica non è riabilitazione e quindi non può e non deve essere considerata "sanitaria" ma rientra a pieno titolo nell'ambito delle attività che esercitano un benefico effetto sull'organismo umano e come tale da incentivare nell'ambito della promozione di stili di vita (8).

Esiste una differenza tra le varie forme di attività fisica come la "ginnastica dolce" o i "gruppi di cammino" e l'Attività Fisica Adattata (AFA). Nel primo caso gruppi di persone *non omogenee* per età e condizioni di salute svolgono esercizi ripetitivi e uguali per tutti mentre nel secondo caso, con l'Attività Fisica Adattata, l'esercizio viene *adattato* alla persona generalmente affetta da una patologia cronica. La "ginnastica dolce" non tratta le patologie.

Nel 1986 a Berlino fu data la prima vera definizione di APA (Adapted Physical Activity): "APA comprende ogni movimento, attività fisica o sport che può essere praticato da individui limitati nelle loro capacità da deficit fisici, psicologici, mentali o da alterazioni di alcune grandi funzioni".

L'AFA secondo quanto definito nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione della Ministero della Salute del 2011 (9) ha diversi ruoli: "*ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione, promuovere stili di vita più corretti (prevenzione) ed appare quindi come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di creare un circolo virtuoso. L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile. Da un'AFA svolta con regolarità potranno derivare: miglioramento del cammino, della resistenza allo sforzo, minori difficoltà a compiere le attività della vita quotidiana necessarie per l'autonomia in ambito domestico e fuori casa; essa, inoltre, favorisce ed incentiva la socializzazione, migliorando il tono dell'umore, la motivazione, le relazioni sociali e familiari.*

Infine non va dimenticato il valore dell'AFA in senso educazionale - formativo attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel proprio progetto di salute e di autonomia possibile, grazie alla promozione di una regolare attività e di più appropriati stili di vita. I luoghi in cui si svolgono le AFA possono essere palestre comunali, strutture protette, associazioni, centri fitness, spazi all'aperto (piste ciclabili, percorsi vita, ecc), comunque non ambienti sanitari.

Tutti debbono mantenersi fisicamente attivi

Per gli adulti dai 65 anni in poi, l'attività fisica include quella praticata durante il tempo libero, gli spostamenti (ad esempio a piedi o in bicicletta), le attività lavorative (per gli individui ancora in servizio), il gioco, i lavori domestici, lo sport e altri esercizi di tipo programmato, nel contesto dell'attività quotidiana, familiare e della comunità. Un'attività fisica applicata con regolarità, può migliorare la salute cardiorespiratoria, il tono muscolare, la salute funzionale e ossea, ridurre il rischio di malattie non trasmissibili, di depressione e di declino delle funzioni cognitive. Per tale attività valgono le seguenti raccomandazioni:

1. Gli adulti dai 65 anni in poi dovrebbero praticare almeno 150 minuti di attività fisica di tipo aerobico di moderata intensità nel corso della settimana, oppure praticare almeno 75 minuti di attività fisica di tipo aerobico di intensità elevata nel corso della settimana, oppure una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata.
2. L'attività di tipo aerobico dovrebbe essere praticata per periodi continuativi della durata di almeno 10 minuti.
3. Per ottenere benefici aggiuntivi per la salute, gli adulti appartenenti a questa fascia di età dovrebbero aumen-

tare l'attività fisica di tipo aerobico di intensità moderata fino a 300 minuti a settimana, oppure praticare 150 minuti di attività fisica di tipo aerobico di intensità elevata a settimana, oppure una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata.
4. Gli adulti dai 65 anni in poi con scarsa mobilità, dovrebbero praticare un'attività fisica per il miglioramento dell'equilibrio e la prevenzione delle cadute almeno tre volte a settimana.
5. Bisognerebbe praticare attività che rafforzino i principali gruppi muscolari almeno due giorni a settimana.
6. Gli adulti appartenenti a questa fascia di età che non possono svolgere la quantità raccomandata di attività fisica, a causa delle loro condizioni di salute, dovrebbero comunque mantenersi fisicamente attivi al massimo livello consentito dalle loro capacità e condizioni. L'AFA può essere una risposta.

L'AFA trova indicazioni prevalenti nei soggetti affetti da patologia cronica
Oltre l'80% della popolazione anziana è affetta da malattie croniche. Lo comunica l'XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità CnAMC - Cittadinanzattiva Emergenza famiglie: "L'insostenibile leggerezza del Welfare" (10). Il 50% delle attività sanitarie è rivolto alla cura delle condizioni croniche: si arriverà al 60% nel 2020.
L'AFA può essere un valido strumento per combattere la cronicizzazione perché può ridurre il danno, alleviare la sofferenza, sostenere le risorse esistenti, migliorare la qualità di vita anche se l'intervento non è certo del risultato, non è definitivo e non sempre è chiaro attraverso quali meccanismi si è ottenuto un miglioramento.
L'obiettivo rimane comunque quello di ricercare il "benessere possibile", ricercare una situazione relazionale positiva ad un costo contenuto.

L'AFA deve essere fatta per gruppi funzionali omogenei
L'età avanzata, nella maggioranza dei soggetti con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, fenomeno legato per di più ad un aumento dell'età correlato delle patologie croniche. È stato dimostrato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta mediamente 4,9 malattie, mentre nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie è 5,4. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia cronica e l'osteoartrosi aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrosi e 2,3 per la cardiopatia cronica. Ci si riferisce per esempio a una persona affetta da parkinsonismo e da esiti di ictus, con cardiopatia oppure insufficienza respiratoria, oppure da artrosi alle grosse articolazioni degli arti inferiori.
Partendo da questi dati di letteratura diventa inappropriato proporre l'AFA riferita alla patologia d'organo del paziente. Si propone l'AFA per gruppi quanto più possibile omogenei per *funzione residua* e quindi AFA nelle limitazioni funzionali dell'apparato locomotore, nelle alterazioni del tono muscolare, nel ricondizionamento cardiovascolare.
Questo approccio di stratificazione del gruppo AFA risponde bene anche ad esigenze territoriali laddove, in situazioni geografiche complesse come ad esempio nelle aree montane, non esiste la possibilità di mettere insieme in un unico gruppo pazienti affetti da una *singola patologia* d'organo. L'AFA è salute-orientata e funzione orientata e non malattia-orientata.

Ogni attività fisica può essere modificata o adattata
L'attività fisica deve svolgersi tenendo conto delle esigenze specifiche della persona con disabilità, e può prevedere modifiche in modo tale da adattare l'esercizio alla persona. Chiave di volta dell'Attività Fisica Adattata ed elemento cardine è proprio l'adattamento ovverosia partire e programmare l'attività fisica sulle esigenze della persona.
L'adattamento è la capacità di controllare le variabili con l'obiettivo di ottenere i risultati desiderati apportando modifiche all'interno dell'ecosistema (persona, ambiente, compito).

Tutti i soggetti in condizione di cronicità possono partecipare a gruppi di Attività Fisica Adattata. L'AFA non è riabilitazione

Come già detto l'AFA non è una attività riabilitativa e non è una attività sanitaria. Poiché il sistema sanitario è sempre più orientato alla riduzione dei tempi di degenza, è necessario che le cure e gli interventi extraospedalieri siano in grado di rispondere ai nuovi bisogni legati alla cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali.

Le normative regionali attualmente vanno nel senso di codificare l'appropriatezza prescrittiva in riabilitazione, vincolando il trattamento riabilitativo a eventi acuti e in generale contingentandone l'erogazione in caso di condizioni croniche e riservando invece le risorse sanitarie a quelle in cui vi sia una prognosi favorevole di recupero funzionale. Come già accennato, la prevenzione della cronicità si ottiene solo mantendendo un'attività fisica per tutto l'anno, obiettivo che può essere raggiunto con l'attività fisica e con AFA.

Pertanto, e a maggiore chiarimento, si sottolinea che il ruolo della riabilitazione nel sistema sanitario è recuperare funzione persa o ridotta in seguito ad un evento patologico o traumatico utilizzando gli strumenti dell'"esercizio terapeutico" e della rieducazione funzionale. Lo scopo è restituire il paziente al proprio domicilio nelle migliori condizioni di autonomia possibili (9).

Per evitare l'ulteriore declino funzionale è necessario, dopo la riabilitazione, mantenere l'autonomia funzionale raggiunta attraverso un percorso di continuità assistenziale in cui sia prevista una forma di attività fisica. Tutti i soggetti in condizione di cronicità possono partecipare a gruppi di Attività Fisica Adattata o anche a semplici forme di attività fisica regolare con risultati positivi in termini di funzione fisica, qualità della vita e fatica (11).

L'Attività fisica regolare può ridurre l'utilizzo di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale

Per le persone in condizione di cronicità, svolgere un'attività fisica costante in programmi strutturati e controllati nel tempo, permette l'ottenimento ed il mantenimento di buoni risultati in termini di performance fisica e cardiorespiratoria, qualità della vita, riducendo la necessità di utilizzo dei servizi di riabilitazione e, più in generale, potendo determinare un significativo risparmio di risorse del Sistema Sanitario Nazionale (12).

È stato dimostrato per esempio che una moderata ma regolare attività fisica può migliorare la "fitness" e non aumenta il rischio di riacutizzazione dolorosa in pazienti con mal di schiena cronico: è tuttavia necessaria una collaborazione stretta tra fisioterapista ed esperto nel training fisico per aggiustare le tecniche ed evitare complicanze (13). Ancora, la pratica del "nordic walking" può essere efficace nel migliorare la velocità del cammino, ridurre il dolore senza aumentare la dispnea nonostante l'aumento del carico di lavoro cardiorespiratorio, nei pazienti con "claudicatio intermittens" (14). L'attività fisica può essere anche utile per mantenere nel tempo i risultati ottenuti con la riabilitazione in soggetti che, per la loro patologia, sono fortemente a rischio di ritornare alla condizione di ipomobilità, come per esempio quelli con broncopneumopatia cronica ostruttiva (15). Al contrario un basso livello di attività fisica è uno dei fattori che, in condizioni di disabilità cronica, si associa ad un più elevato consumo di risorse sanitarie (16).

Ruolo del Medico di Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha il compito di promuovere le diverse forme di attività fisica, considerando lo stato di salute della persona che ha in carico, il contesto fisico e sociale in cui vive e soprattutto le controindicazioni per lo stato di salute. Se la persona è in condizione di disabilità e cronicità potrà essere inviata al Fisiatra per il percorso di AFA Speciale.

Come si può accedere ad un programma di attività fisica?

Come può orientarsi una persona che voglia invecchiare attivamente ed intenda iniziare una forma di attività fisica? A quale tipo di attività orientarsi ed a chi rivolgersi? La risposta più sicura è sempre rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale o ad uno specialista appartenente al Servizio Sanitario Nazionale. Questi,

dopo una valutazione clinica, indicherà un programma ritagliato per quella persona che sarà diverso a seconda dell'età, della presenza o meno di malattie più o meno invalidanti e/o livelli differenti di disabilità, tenendo conto della situazione socioambientale della persona (se vive in famiglia, in città o in montagna, in una casa al piano terra piuttosto che al quinto piano senza ascensore).

Indicazioni per le diverse tipologie di attività fisica

Per persone anziane in sostanziale stato di benessere, ma sedentarie, il MMG potrà consigliare un'attività aspecifica, cioè valida per tutti, che possiamo definire in questo documento, **"attività fisica per la salute"** per distinguerla dalle altre tipologia di attività. Si tratta delle cosiddette **"ginnastiche dolci"** e "**slow moving"** che hanno come obiettivo la riattivazione psicofisica cioè la ripresa delle capacità di autonomia nelle azioni quotidiane e l'incremento delle relazioni e delle attività sociali, oppure dei **"gruppi di cammino",** ossia gruppi di persone che si ritrovano in appositi luoghi come spazi verdi, zone pedonali, ecc. per sperimentare il cammino (da leggero ad intenso), seguiti da accompagnatori esperti.

Per chi ha invece una forma cronica e lieve di disabilità di varia entità ma stabilizzata, per es. dolori cronici agli arti inferiori o mal di schiena ed ha già fatto cicli di riabilitazione, il MMG potrà indicare un'**Attività Fisica Adattata (AFA)**, cioè un'attività fisica specifica per gruppi omogenei ed adattata alla persona. Questi soggetti devono sapere che per loro ripetere "cicli" di riabilitazione durante l'anno può essere inappropriato. Infatti il transitorio beneficio fisico ottenuto con il "ciclo" riabilitativo non deriva dagli effetti terapeutici dell'esercizio riabilitativo in se stesso ma semplicemente dalla ripresa strutturata di un'attività motoria che si ottiene inevitabilmente con la riabilitazione. Solo chi ha, al contrario, un peggioramento funzionale o un deficit da studiare potrà essere indirizzato allo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa che valuterà l'eventuale necessità riabilitativa (vedi tabella sinottica).

In Italia non c'è solo l'AFA per il mal di schiena ma esistono anche programmi di AFA più "evoluti", cosiddette **AFA speciali**, per disabilità più complesse come l'ictus cerebrale in fare stabilizzata o la Malattia di Parkinson o la Sclerosi Multipla. Pure le persone con questo tipo di disabilità risentono dei danni della sedentarietà e hanno bisogno di programmi non riabilitativi finalizzati a mantenere l'attività fisica. In questo caso l'invio avviene

Tabella sinottica sulle possibili risposte alle persone "over 65" con problematiche legate alla sedentarietà.

Condizione di salute della persona	Attività fisica per la salute (es. ginnastica dolce)	AFA	AFA speciale	Riabilitazione
Stato di buona salute (in assenza di disabilità) ma a rischio di sedentarietà per stile di vita	X			
Disabilità minore cronica stabilizzata (es. mal di schiena cronico, sindrome dolorosa cronica degli arti inferiori) in assenza di indicazione alla riabilitazione o al termine di questa		X		
Disabilità maggiore cronica stabilizzata (M. di Parkinson, esiti di ictus cerebrale, Sclerosi Multipla, ecc.) in assenza attuale di indicazione alla riabilitazione o al termine di questa			X	
Peggioramento funzionale o deficit motorio da valutare				X

direttamente dall'area riabilitativa (specialista Fisiatra).
Nella stessa persona l'Attività Fisica Adattata (AFA) può essere, nel tempo, sostituita da altri interventi già citati, qualora il soggetto presenti dei miglioramenti delle funzioni motorie ottenuti con l'AFA stessa. Se il soggetto inserito in programmi di AFA mal di schiena migliora, e se il suo problema di base non è grave, può col tempo aderire a gruppi di attività "diversa" e non più adattata, in una logica di miglioramento progressivo, partecipando per esempio alla "ginnastica dolce" o ai "gruppi di cammino" validi per le persone in stato di benessere ma sedentarie.

L'AFA può avere delle controindicazioni
La prima controindicazione alla partecipazione a gruppi di lavoro AFA è rappresentato da un quadro di alterazioni della funzione cognitiva. Un'altra controindicazione è rappresentata da patologie a carico del sistema cardiaco di una certa gravità (scompenso cardiaco > NHYA 2, angina instabile, recente infarto, ecc) e i quadri di ipo e ipertensione non controllati. La necessità di supporto di ossigeno per una conduzione della quotidianità, è da considerarsi un altro fattore di esclusione così, come qualsiasi sindrome dolorosa tanto grave da impedire l'esecuzione di qualsiasi forma di esercizio o tutte le alterazioni di funzioni anch'esse manifestate in forma complessa (gravi alterazioni dell'equilibrio, gravi alterazioni della coordinazione, gravi aumenti del tono muscolare, presenza di sindromi psichiatriche, ecc). In questi casi è necessaria un'accurata valutazione medica per indirizzare la persona al percorso di gestione del caso più adeguato in ambito sanitario.

Percorso AFA: l'esempio della regione Toscana
La Toscana è stata tra le prime Regioni in Italia a normare i percorsi AFA nel proprio Servizio Sanitario Regionale. Infatti con al DGR N° 595 del 30.5.2005, integrata con DGR 1081/2005 e DGR 1082/2005 (17, 18) questa Regione ha previsto che sono attivabili percorsi di "attività motoria adattata" dedicati sia a soggetti sani che a soggetti con ridotta capacità motoria legata all'età (sindromi algiche da ipomobilità) o in condizioni cliniche stabilizzate negli esiti. L'AFA, non essendo ricompresa nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Regionale, è stata inclusa nei programmi di stile di vita corretti ed educazione alla salute previsti nell'ambito dei Piani Integrati di Salute.
Nella DGR 595/2005 il **percorso AFA** viene considerato come una delle tre opzioni all'interno del complessivo percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di Medicina Fisica e Riabilitazione, insieme al percorso assistenziale specialistico di Medicina Fisica (terapie fisiche) ed a quello assistenziale ambulatoriale di Riabilitazione per disabilità complessa.
In pratica le modalità di accesso al percorso AFA della Toscana prevedono che "i pazienti che presentano artrosi, anche riacutizzata e dolorosa, situazioni di prevenzione di fratture da fragilità e dell'osteoporosi oppure esiti stabilizzati anche con riduzione di capacità motoria dopo percorso 2", (percorso di Medicina Fisica, ndr) "devono essere invitati, dopo adeguato momento di educazione sanitaria e se non presentano controindicazioni, a svolgere "attività motoria adattata "presso società sportive, palestre ed altre strutture opportunamente individuate dalla USL e segnalate in apposito elenco a cittadini e medici." I medici devono informare i pazienti "che l'attività sarà svolta a prezzo sociale di 2,5 euro a incontro. Non è necessario fare alcun tipo di richiesta, anzi i cittadini possono direttamente accedere alle strutture. Non è necessario certificato per attività ludico motoria".
I danni secondari alla sedentarietà possono comparire anche nelle persone con livelli maggiori di disabilità. Anzi, tale rischio è maggiore in queste persone rispetto a chi presenta disabilità motoria minimale perchè esse, per la propria malattia, tendono a muoversi pochissimo.
A tale riguardo sempre in Toscana è stata avviata la cosiddetta **AFA "speciale"** che è volta ad intervenire su forme cronicizzate di disabilità maggiore (es. esiti di ictus cerebrale o Sclerosi Multipla). Per questa attività l'invio è totalmente proveniente dal mondo della riabilitazione e limitatamente alle fasi di uscita da un percorso riabilitativo.

La stessa DGR n. 595/2005 ha attribuito alle Aziende sanitarie un ruolo di coordinamento e promozione organizzativa dell'AFA nonchè di controllo di qualità dell'intero processo, impegnandole a:

a) "individuare i soggetti competenti e/o adeguatamente formati ad assicurare l'attività motoria adattata, alle condizioni economiche di cui all'accordo, rappresentati da Associazioni Sportive, Palestre ecc. e rendere accessibili i loro elenchi sia ai cittadini sia ai Medici (gli URP aziendali possono dare informazioni in merito)**;**
b) concordare con i soggetti individuati protocolli-programmi di intervento compatibili con lo stato psicofisico dei soggetti utenti;
c) monitorare l'attività sia per quanto attiene alla safety che alla aderenza, alla frequenza, nonché a registrare le cause di abbandono;
d) verificare l'attuazione secondo i criteri e le modalità stabilite;
e) informare ed indirizzare gli utenti interessati anche avvalendosi delle associazioni dei pensionati firmatarie dell'accordo;
f) formare ed informare gli operatori sanitari;
g) collaborare, ove possibile, all'informazione degli addetti di cui al punto a) mettendo a disposizione i propri operatori sanitari".

Oggi l'Attività Fisica Adattata in Toscana si è diffusa e consolidata nel territorio coinvolgendo nel tempo migliaia di utenti e costituendo una risorsa importante, priva di eventi avversi, per i percorsi di salute e partecipazione sociale. Inoltre l'AFA, si è diffusa con successo in altre Regioni italiane seppure con aspetti e modalità organizzative diverse.

Conclusioni

Per quanto sopra esposto, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo "Happy Ageing" si impegna a:

- Promuovere l'attività fisica regolare per aumentare l'aspettativa media di vita contrastando lo sviluppo di malattie croniche e le alterazioni biologiche legate all'età e per migliorare l'utilizzo delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale
- Fornire un orientamento agli utenti al di sopra dei 65 anni riguardo al panorama delle molteplici iniziative di attività fisica che sono oggi disponibili
- Sostenere l'importanza in ogni caso di un controllo medico preliminare per ottenere un'indicazione appropriata sul tipo di attività fisica più idonea al singolo individuo
- Facilitare la diffusione nei territori da un lato di iniziative di attività fisica aspecifica ("ginnastiche dolci, slow moving, gruppi di cammino") rivolte a persone in buone condizioni cliniche ma a rischio di sedentarietà e dall'altro di Attività Fisica Adattata di vario tipo dedicate a gruppi di persone in condizioni di cronicità e disabilità
- Contrastare l'utilizzo inappropriato dei servizi di riabilitazione per il trattamento dei problemi altrimenti risolvibili con forme di attività motoria non sanitaria
- Sostenere l'importanza di un'adeguata formazione e competenza del personale tecnico che opera in ogni palestra in cui viene svolta attività fisica
- Stimolare le Aziende USL a farsi garanti dell'appropriatezza dei percorsi di attività fisica, della qualità delle prestazioni effettuate nelle palestre e del monitoraggio dei risultati

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ* 2008;337:a2900.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163.
3. Godlee F. What is health? BMJ 2011; 343:d4817.
4. Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int).
5. Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa. Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020. Malta, 10-13 settembre 2012 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf)
6. Physical activity health topic. http://www.who.int/topics/physical_activity/en
7. Exercise and Physical Activity for Older Adults – Copyright © 2009 by the American College of Sports Medicine.
8. Global status report on noncommunicable diseases 2014 "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility" - www.who.int/entity/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/.
9. Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.
10. XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità CnAMC - Cittadinanzattiva Emergenza famiglie: "L'insostenibile leggerezza del Welfare". 30/09/2012.
11. Tresoldi T, Foti F, Masuelli M, Vanni Frajese G, Rossi P, Modesti A, Bei R, Giganti MR. Effects of Dragon Boat Training on Cytokine Production and Oxidative Stress in Breast Cancer Patients: A Pilot Study. Open Journal of Immunology, 2014, 4, 22-29.
12. Tsiachristas A, Burgers L, Rutten-van Mölken MP. Cost-Effectiveness of Disease Management Programs for Cardiovascular Risk and COPD in The Netherlands. Value Health. 2015 Dec;18(8):977-86.
13. A. Ribaud, I. Tavares, E. Viollet, M. Julia, C. Herisson, A. Dupeyron. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2013;56:576-594.
14. C. Oakley, I. Zwierska, G. Tew, J.D. Beard, J.M. Saxton. Nordic Poles Immediately Improve Walking Distance in Patients with Intermittent Claudication. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;36:689-694.
15. Pleguezuelos E, Pérez ME, Guirao L, Samitier B, Ortega P, Vila X, Solans M, Riera A, Moreno E, Merí A, Miravitlles M. Improving physical activity in patients with COPD with urban walking circuits. Respir Med. 2013 Dec;107(12):1948-56.
16. García-Polo C, Alcázar-Navarrete B, Ruiz-Iturriaga LA, Herrejón A, Ros-Lucas JA, García-Sidro P, Tirado-Conde G, López-Campos JL, Martínez-Rivera C, Costán-Galicia J, Mayoralas-Alises S, De Miguel-Díez J, Miravitlles M; InEPOC Group. Factors associated with high healthcare resource utilisation among COPD patients. Respir Med. 2012 Dec;106(12):1734-42.
17. https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/.../dgr_595_2005.pdf.
18. www.regione.toscana.it/.../a7a785e5-7934-4bc6-8556-54173c8a0087.

La tassa che allunga la vita

Aumentare le imposte sui tabacchi ne scoraggia l'acquisto, riduce cancro e malattie cardiache, promuove il benessere economico

Appello di società scientifiche e istituzioni sanitarie

Il sistema sanitario nazionale è sotto-finanziato e vacilla sotto il peso crescente di malattie croniche

Secondo i dati 2015 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia è pari a $ 2470, una cifra inferiore alla media europea, a quella del Regno Unito ($ 3163), della Francia ($ 3464), della Germania ($ 4474). C'è il rischio di ulteriori riduzioni, proprio oggi che il Sistema Sanitario è sottoposto a una sempre maggiore pressione dovuta alle malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, respiratorie e diabete).

Il fumo è causa principale delle malattie croniche che gravano sui servizi sanitari e danneggiano l'economia

L'impatto del tabacco sulla salute della popolazione può essere illustrato dai dati dell'autorevole *Institute of Health Metrics and Evaluation*, in base ai quali in Italia il numero di decessi attribuibile al fumo di tabacco nel 2015 ammontava a 95.917: circa 49mila per malattie neoplastiche, 23mila per malattie cardiovascolari, 21mila per malattie respiratorie, e gli altri per specifiche malattie come il diabete. Questo grande carico di sofferenze grava innanzitutto sui malati, poi sul sistema sanitario, quindi sui contribuenti ed infine sull'economia, perché provoca perdita di produttività.

Le evidenze sulle conseguenze economiche del tabacco sono state recentemente raccolte in uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) condotto da 90 esperti nei campi dell'economia e della salute pubblica. Le conclusioni dello studio ci dicono che i costi economici del tabacco sono sostanziali e includono quelli dell'assistenza sanitaria per curare le malattie causate dal fumo di tabacco e la perdita della produttività derivante da morbosità e mortalità fumo-correlate. Nelle famiglie povere, l'uso del tabacco acuisce la povertà, perché provoca aumento dei costi delle cure per la salute, riduce le entrate e la produttività e distoglie le limitate risorse dai bisogni primari.

È indispensabile intervenire sui prezzi troppo bassi dei prodotti del tabacco

Esistono diverse misure, previste dalla Convenzione quadro per il controllo del tabacco, sottoscritta anche dall'Italia, che sono efficaci per contenere il consumo di tabacco. Oltre ai divieti di fumo nei luoghi pubblici ed ai divieti di vendita ai minori, alle campagne informative, la misura ritenuta più efficace e con il rapporto costo/efficacia più favorevole è l'aumento dei prezzi, che rende i prodotti del tabacco meno accessibili, soprattutto ai giovani e ai gruppi più vulnerabili. Secondo l'OMS, una politica, prolungata nel tempo, di aumenti consistenti

delle accise sui tabacchi, estesa a tutti i prodotti ed accompagnata dal contrasto al contrabbando, è in grado di ridurre la prevalenza di fumatori e aumentare il gettito fiscale, senza deprimere l'economia.
L'Italia è tra i paesi occidentali dell'Unione Europea con i prezzi delle sigarette più bassi: inferiori a quelli di Francia e Germania e addirittura inferiori alla metà di quelli della Gran Bretagna, secondo i dati riferiti al 2015 della *Tobacco Manifacturers' Association*.

Il Governo pianifichi l'aumento di almeno 1 euro delle accise sulle sigarette e, in proporzione, degli altri prodotti del tabacco
Le ricadute negative del fumo su tutta la società e le conoscenza imperfette sui danni del tabacco da parte dei consumatori (soprattutto degli adolescenti che sono bersaglio del marketing delle compagnie del tabacco), legittimano e rendono indispensabile l'intervento del Governo a salvaguardia di salute ed economia.
Come ribadito dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal manifesto per l'*Endgame del tabacco,* sottoscritto da oltre trenta società medico-scientifiche italiane, è necessaria una politica di aumenti programmati e consistenti dei prezzi, realizzata attraverso l'incremento delle accise, capace di migliorare la salute e il gettito fiscale, senza deprimere l'economia.
Il Governo aumenti di almeno 1 euro le accise sui pacchetti di sigarette e in proporzione quelle su tutti i prodotti del tabacco, destinando i proventi al Sistema sanitario nazionale impegnandolo a sostenere le persone che vogliono smettere di fumare.

Gruppo promotore della strategia di endgame del tabacco in Italia (http://www.tobaccoendgame.it/), a cui hanno aderito le seguenti società ed istituti scientifici:
AIE - Associazione Italiana di Epidemiologia; SNOP – Società Nazionale Operatori della Prevenzione; SITAB - Società Italiana di Tabaccologica; Allineare Sanità e Salute; SIMG - Società italiana di medicina generale; Associazione Ambiente & Lavoro; AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori; AIAS - Associazione professionale Italiana Ambiente e Sicurezza; ANPEQ - Ass. naz. Prof.le Esperti Qualificati in Radioprotezione ; SIA – Società Italiana di Alcologia; CIIP - Consulta Interassociativa Italiana della Prevenzione; SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; SISMEC – Società Italiana Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica; Consulta-SCV - Consulta delle società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare; AiFOS - Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza sul Lavoro; ISDE – Associazione Medici per l'Ambiente; SIPREC – Società Italiana Prevenzione Cardiovascolare; AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica; AIPO – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri; Legambiente; SIC - Società italiana di cardiologia; SIP – Società Italiana di Pediatria; SIMLII – Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; ANDI – Associazione Nazionale Dentisti Italiani; SPREAD-Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion; Slow Medicine; Fondazione ANDI - Fondazione Associazione Nazionale Dentisti Italiani; SITD – Società Italiana Tossicodipendenze; Società Italiana di Chirurgia Toracica; Associazione Italiana di Radioprotezione Medica; ASSOPREV - Associazione di Imprese per la Salute e la Sicurezza del Lavoro; Società Italiana di Pneumologia/Italian Respiratory Society (SIP/IRS); ISI - Istituto Stomatologico Italiano; ANMA - Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti; IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri; ISPO - Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica; CNT - Consulta Nazionale sul Tabagismo e Agenzia Nazionale per la Prevenzione

Fonti dei dati:
- Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE: https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
- Danni del tabacco alla salute: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
- Economia del tabacco: http://www.who.int/tobacco/publications/economics/nci-monograph-series-21/en/
- Prezzi delle sigarette: http://www.the-tma.org.uk/wpcontent/
- uploads/2015/05/AIT_EU_MAP_PREMIUM_CIGARETTES_MARCH_2015_b.jpg
- Manifesto per l'*endgame* del tabacco: http://www.tobaccoendgame.it

Finito di stampare nel mese di marzo 2017

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.
Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.
Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:
• il titolo (inglese e italiano)
• 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
• riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.
Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.
Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore
La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse
Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.
Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it