



MEDICO TRENINO

giugno 2013
nuova serie - numero 2

ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI TRENTO

DIRETTORE responsabile
Alberto Folgheraiter

DIRETTORE editoriale
dott. Giuseppe Zumiani

COORDINATORE dell'edizione
dott. Fabrizio Zappaterra

CONSIGLIO DIRETTIVO
dott. Giuliano Brunori, dott.ssa Monica
Costantini, dott. Giulio Del Dot, dott. Mario
Virginio Di Risio, dott. Germano Fachinat,
dott. Fausto Fiorile, dott. Marco Ioppi,
dott.ssa Imelda Menghini, dott. Michele Motter,
dott. Carlo Pedrolli, dott. Silvano Piffer,
dott. Domenico Sicheri, dott. Fulvio Spagnoli,
dott. Maurizio Virdia, dott. Fabrizio Zappaterra,
dott. Mario Zuanni, dott. Giuseppe Zumiani

Editore: Ordine Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Trento
Via V. Zambra, 16 - 38121 Trento

I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino

CONTATTI:
Ordine: Tel. 0461 825094
Fax 0461 829360
e-mail: info@ordinemedicitn.org
Posta certificata:
segreteria.tn@pec.omceo.it
Odontoiatri:
presidenzacao.tn@pec.omceo.it

Medico Trentino
Bollettino d'informazione dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento
Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51
Stampa: Nuove Arti Grafiche s.c. - Trento
Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)
art. 1 comma 2, DBC Trento
Anno LX - N. 4 / 2012
Tassa pagata - Taxe parçue • Propr.:
Ordine dei Medici e Odontoiatri
della provincia di Trento

Medico Trentino

Bollettino d'informazione

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento

In questo numero

- 2 Una legge contro gli "stregoni"?
Accordo Stato-Regioni per la medicina non convenzionale
- 3 La posizione dell'Ordine:
via libera agli "stregoni"
- 4 Stelvio:
spostata al 7 settembre l'arrampicata

ATTUALITÀ

- 5 Responsabilità professionale:
un'assicurazione per i medici
- 6 AVIS del Trentino:
nel 2012, duemila donazioni in più
- 9 Lo scienziato Pier Pandolfi
il 19 giugno all'Ordine
- 10 Ricordo di Arrigo Guella
era il decano dei medici Trentini

PREVIDENZA

- 11 I medici possono restare in servizio fino a 70 anni
- 12 Rapporto Eurispes:
Italiani favorevoli all'eutanasia
I medici per un collega "Grazie di cuore"
- 13 Ospedali psichiatrici giudiziari e staminali:
approvata la legge

MEDICI E TERZO MONDO

- 14 Uganda:
nel calo dell'HIV una mano da Trento

LETTERE

- 17 Ribellarsi a un certo modo di fare giornalismo

EDITORIA

- 18 Il bollettino dei malati reumatici
Le malattie dette "del silenzio"
- 19 I problemi dei malati reumatici

LA NOSTRA STORIA

- 21 Le epidemie di fine secolo XIX e la credulità della popolazione
Insufficiente il manicomio di Pergine Valsugana
- 22 La Camera dei medici
- 23 Al ritrovo dei medici si parla giudicariese
- 24 Ancora stragi per la differite
L'epilessia curata col bromuro

NOTE CUF

- 25 Modificata nota AIFA 13

L'hanno chiamata "legge contro gli stregoni". È stata approvata a larga maggioranza dal consiglio provinciale di Trento nel pomeriggio di martedì 16 aprile 2013. Tale legge, che prevede "norme in materia di discipline bionaturali", proposta dal verde Roberto Bombarda, ha unificato tre testi presentati, in materia, da Pino Morandini (PDL), Mario Casna (Gruppo misto), Margherita Cogo (PD). Quattro gli astenuti e un voto contrario.

In verità, la competenza su questo tema è dello Stato. Il provvedimento legislativo approvato dal Consiglio Provinciale di Trento apre un tavolo per la formazione degli operatori nel campo delle discipline bionaturali.

In altre sedi si parla di "medicines e pratiche non convenzionali" (linee guida del Consiglio Nazionale FNOMCeO – 12 dicembre 2009), ma in quel caso l'argomento e la pratica sono rivolti esclusivamente ai medici. Infatti, nel testo approvato a Trento, non si sfiora nemmeno in lontananza l'argomento "medicina". Nei cinque articoli della legge 22 aprile 2013, n. 7 (è la data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione) si dice che "La Provincia valorizza le discipline bionaturali [...] che hanno come finalità

il mantenimento o il recupero dello stato di benessere della persona per il miglioramento della sua qualità di vita". Si consente l'istituzione da parte degli "operatori in discipline bionaturali" di "reti del benessere". È istituito un "elenco provinciale dei soggetti che offrono formazione

Maria Vittoria Agostini (Unione per il Trentino) ha messo in guardia dalle cosiddette medicine alternative a quella ufficiale, che illudono le persone. Un approccio di tipo olistico alla persona è importante e deve essere presente anche nella comunicazione medico-paziente

Approvata dal consiglio Provinciale di Trento È una legge contro gli "stregoni"?

di Alberto Folgheraiter

nelle discipline bionaturali" e, presso la "Provincia è istituito il tavolo delle discipline bionaturali che è nominato dalla Giunta Provinciale e resta in carica cinque anni".

Nel corso del dibattito, due medici consiglieri provinciali hanno sottolineato proprio il pericolo "che ci si affidi a queste discipline al posto delle prestazioni sanitarie, poiché tali metodiche sono viste, spesso, come una vera e propria pratica medica. Se è giusto fare ordine nella materia, il rischio è che la gente si avvalga delle discipline bionaturali come attività mediche. I danni, in questo caso, sono superiori ai benefici" (Claudio Eccher, della Civica).

per non alimentare una fuga verso pratiche alternative. Tuttavia, ha aggiunto la dott.ssa Agostini, "naturale non significa innocuo. Si possono utilizzare integratori che rischiano di danneggiare anche gravemente la salute della persona. Come quando, per curare le neoplasie, si assumono proteine al posto della chemioterapia. La medicina naturale, invece, è importantissima nella prevenzione. Si tratta di evitare che molti pazienti finiscano nelle mani degli stregoni".

Pubblichiamo, a parte, la posizione del presidente dell'Ordine (il dott. Giuseppe Zumiani). In sede di dibattito, in Consiglio Provinciale, si sono sollevati dubbi su una legge

L'accordo Stato-Regioni per le MNC

L'accordo Governo-Regioni del 7 febbraio 2013 prende le mosse dalla Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo (29 maggio 1997) seguita dalla Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa (4 novembre 1999). Con tali atti s'invitavano gli Stati membri ad affrontare i problemi connessi all'utilizzo delle "Medicine Non

Convenzionali" per "garantire ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica ed insieme assicurare loro il più alto livello di sicurezza ed informazione corretta".

Inoltre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la Risoluzione WHO 56.31 del 28 maggio 2003, ha sollecitato "gli Stati membri a formulare e implementare politiche e regolamenti nazionali nel campo delle MNC (Medicine Non Convenzionali), con particolare riferimento alla formazione del personale".

L'accordo Stato-Regioni, del 7 febbraio scorso, definisce i metodi diagnostico, clinico e terapeutico di Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia. Prevede l'istituzione presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurgici e odontoiatri di elenchi dei professionisti esercenti tali pratiche di MNC. Fissa i criteri per la formazione dei medici, le metodologie formative, l'accreditamento di soggetti pubblici e privati. Infine, dà indicazioni contro un eventuale conflitto di interesse.

che, se per Claudio Civettini (Lega Nord) “toglie spazio ai ciarlatani”, per Franca Penasa (Lega Nord) è inadatta come strumento e sarà quindi impugnata dallo Stato che ha competenza nel settore. Per Giuseppe Filippin (Gruppo Misto) “non serve a nulla” e per Bruno Firmani (Idv) “è un tentativo di regolamentare il settore, ma non sono troppo ottimista”.

Mario Casna (Gruppo misto), uno dei proponenti, ha precisato che “queste norme mirano a far uscire dal buio chi lavora per il benessere delle persone, difendendo la clientela”. Per Pino Morandini (Pdl) c'è la preoccupazione “di tutelare gli utenti dagli apprendisti stregoni interessati a illudere solo il portafoglio delle persone. Giusto evitare confusioni con le cure mediche, ma è un fatto che si sta facendo strada nella società una cultura delle pratiche volte al benessere globale e anche interiore della persona, troppo spesso ignorato dalla sanità ufficiale. Si cura il corpo dimenticando le energie spirituali che, se ben considerate dalle discipline bionaturali, possono bilanciare quelle fisiche”. Leggi in questo settore sono già state introdotte dalle regioni Toscana e Lombardia.

La posizione dell'Ordine: Via libera agli “stregoni”

intervista al dott. Giuseppe Zumiani

Una legge sulle discipline bionaturali. Ce n'era bisogno?

“Assolutamente no. Normare addirittura delle pratiche che non sono ma simulano caratterizzazione medica o sanitaria, che senso ha? Il problema è diverso. Se si viene a conoscenza che ci sono praticanti che propinano pozioni magiche devono intervenire i NAS, ma non si fa una legge per... legittimare eventuali abusi”.

Nel testo non si parla mai di “medicina”, termine che resta sottotraccia come un convitato di pietra. Sul testo della legge che cosa ha da dire l'Ordine dei Medici?

“Il testo mi pare una cosa discutibile, dove l'organo politico si arroga il ruolo di individuare e di valutare attività e pratiche “finalizzate al mantenimento e al recupero dello stato di benessere della persona per il miglioramento della qualità della vita”. Questo è uno dei concetti dell'OMS (1948)

sulla salute. Questa è parte integrante di un processo di disciplina sanitaria”. Inoltre nell'art. 5 della legge (“Tavolo provinciale delle discipline bionaturali”) si fa rife-



dott. Giuseppe Zumiani

rimento all'Assessore competente per la materia. Quale? Agricoltura, Sport, Ambiente?

Nel testo e nel dibattito in Consiglio Provinciale si è sempre parlato di tutela di clienti non di pazienti. È sufficiente per non ingenerare equivoci?

“Questo è giusto. Anche se, a ben vedere, il termine “clienti” è stato usato pure dalle Aziende Sanitarie e questo noi lo abbiamo sempre rigettato. Non mi scandalizza più di tanto perché in un mondo di mercato si identifica il paziente col cliente. Non è condivisibile, invece, il fatto che “l'organo politico individua gli standard qualitativi e i requisiti previsti dal comma 2” per attività definite non sanitarie ma che dovrebbero tutelare “lo



stato di benessere psicofisico delle persone”. Certo che il benessere psico-fisico può essere conseguito anche con attività ginniche, ludiche, sportive, eccetera. Ma da questa legge, il messaggio che ne trae il lettore è ingannevole”.

È un negare per affermare...

“Proprio così”. Questo è dare libera iniziativa “alla legge contro gli stregoni” che li legittima nel loro operare. A ogni buon conto, il testo sarà inviato alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - FNOMCeO per un’opportuna valutazione da parte del Consiglio Nazionale.

Le dirò di più: abbiamo bloccato un’iniziativa con la quale, presso un rinomato stabilimento termale trentino, accreditato presso il Servizio Sanitario provinciale, a un tavolo sulla dietologia, accanto a un professore universitario e a un medico, figurava un barbiere il quale avrebbe dovuto relazionare sugli aspetti tricologici dell’alimentazione. Mi dica lei se questo è deontologicamente da permettere. Di fatto la Conferenza è stata interrotta”.

Intanto, il 7 febbraio scorso

la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni (e da noi Province autonome di Trento e di Bolzano) ha approvato un accordo avente per oggetto la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri che esercitano l’Agopuntura, la Fitoterapia e l’Omeopatia. In verità anche l’Antroposofia e l’Omotossicologia rientrerebbero nella regolamentazione. Si tratta, come spiega la FNOMCeO, di un “esercizio professionale medico non convenzionale” e la stessa FNOMCeO ha attivato un “Osservatorio sulle Medicine non convenzionali”. Qual è la risposta dell’Ordine di Trento?

“Questo è un processo culturale che è stato discusso e dibattuto per dieci anni anche in sede della Federazione dei Medici. Parte da Terni e si perde nella notte dei tempi. Poi ha avuto degli atti normativi, non leggi, fatti dalla conferenza Stato-Regioni. Ultimamente (7 febbraio scorso) c’è stato un Accordo Stato-Regioni in materia di esercizio professionale medico non convenzionale, vale a dire la necessità di disporre di una nor-

mativa di carattere nazionale che consenta di individuare criteri certi e omogenei a tutela della salute dei cittadini. Con questi atti sono legittimate le pratiche di medicine complementari, esercitate da medici, veterinari, odontoiatri e farmacisti. Tutte persone in possesso di una laurea sanitaria. Poiché questo tipo di pratica, assicurata da medici, ha una richiesta rilevante in ambito di utenza, la Federazione ha ritenuto opportuno disciplinare questa materia e rendere chiaro al cittadino coloro i quali hanno i titoli garantiti per esercitare tali pratiche.

Presso l’Ordine dei Medici saranno istituiti degli elenchi dove potranno iscriversi i medici che praticano le medicine non convenzionali riconosciute: omeopatia, agopuntura, fitoterapia, medicina antroposofica ed omotossicologia. Ripeto: tutte pratiche esercitate esclusivamente da medici, farmacisti, odontoiatri e veterinari. Gli elenchi presso l’Ordine dei Medici servono per dare garanzia, a chi ne vuole usufruire, che il prestatore d’opera possiede i titoli validati da una Commissione”.

Spostata al 7 settembre l’arrampicata sullo Stelvio

Prevista inizialmente per giugno, e visto anche l’andamento inclemente della stagione, si è deciso di spostare al 7 settembre la replica dell’avventura ciclistica dello scorso anno sullo Stelvio. L’invito è rivolto a medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti e simpatizzanti. Abbiamo la necessità di una conferma per conoscere esattamente il numero delle adesioni. A queste è legata la predi-



sposizione di una maglietta personalizzata con il nome di ogni partecipante, così come abbiamo fatto lo scorso anno.

Per le iscrizioni basta una e-mail: info@ordinemedicitn.org, oppure una telefonata al numero 0461 825094 (segreteria dell’Ordine).

Attualità

Responsabilità professionale: un'assicurazione per i medici

di Fabrizio Zappaterra

Il 13 luglio 2013 andrà in vigore il regolamento attuativo del Decreto legge 138/2011, convertito con modificazioni nella L. 14/09/2011, n. 148, che **prevede la obbligatorietà assicurativa per tutti i medici e odontoiatri per la responsabilità**, quindi da quel giorno, al momento di un atto medico, il professionista dovrà essere in grado di mostrare al proprio cliente la polizza assicurativa, a prescindere dall'età, dalla disciplina esercitata, dal tipo di rapporto lavorativo.

Infatti il Titolo II "LIBERALIZZAZIONI, PRIVATIZZAZIONI ED ALTRE MISURE PER FAVORIRE LO SVILUPPO", Art. 3 "Abrogazione delle indebite restrizioni all'accesso e all'esercizio delle professioni e delle attività economiche", lettera e) recita "A tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti".

L'obbligo dell'assicurazione professionale che abbia funzione di

tutela del paziente-cittadino-cliente è nella sua sostanza giusto, ma è difficile valutare quanto esso inciderà sulla scelta di proposta terapeutica del professionista: prima di formulare una diagnosi, di prescrivere una terapia o di proporre un intervento chirurgico, il medico avrà la priorità di dover valutare quali siano i "propri" rapporti di costi/benefici, rifiutando certamente le situazioni più rischiose.

Purtroppo gli errori in campo medico si verificano, anche se fortunatamente in una piccola percentuale rispetto alla mole delle prestazioni erogate.

La comune esperienza giudiziaria ci dice che i procedimenti penali per colpa medica, nella quasi totalità dei casi, scaturiscono da denunce di privati e solo in una percentuale minima di casi si con-



dott. Fabrizio Zappaterra

cludono con una sentenza di condanna del medico denunciato.

Le cause di tale fenomeno sono essenzialmente due: 1) il miglioramento della durata media e della qualità della vita con la percezione generalizzata dei progressi scientifici in campo medico fanno sì che sia sempre più difficile accettare l'evento morte o mancata guarigione anche quando questo è ineludibile; 2) un intento speculativo di familiari e avvocati.

Spesso le denunce per colpa medica sono anche il frutto di un inadeguato rapporto tra il medico ed il paziente o i suoi familiari per la frettolosa, cattiva o inesistente informazione sui rischi e sulle conseguenze del trattamento terapeutico, legittimando aspettative ingiustificate poi disattese nella realtà.

La copertura assicurativa obbligatoria per i medici potrebbe esporli maggiormente al rischio di un procedimento penale, in quanto la certezza di una copertura assicurativa dei danni eventualmente cagionati dal medico potrebbe incentivare il ricorso alla denuncia per colpa medica in sede penale per evidenti finalità speculative.

Anche la pubblicità che invita a denunciare i casi di malasanità alimentare richiede risarcitorie spesso ingiustificate.

Negli ultimi anni si è registrato un forte incremento dell'azione penale rispetto a quella civile, in quanto, da un lato, il processo penale è comunque molto più celere di quello civile e, dall'altro, l'instaurazione di un processo penale per colpa professionale nei confronti di un medico determina nei confronti di quest'ultimo una "pressione" maggiore ai fini risarcitori ed assicurativi, inducendolo

spesso ad una transazione.

L'art. 3 del D.L. 13.9.12 n. 158, convertito nella legge 8.11.12 n. 189, ha circoscritto la rilevanza penale della colpa medica ai soli casi di colpa grave e gravissima, avendo escluso la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria nei casi di colpa lieve, qualora, nello svolgimento della propria attività, si sia attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Sarà quindi improbabile per il professionista la scelta tra una terapia, non validata da protocolli o da linee-guida, ma che egli ritiene, in quella occasione specifica, più idonea per il paziente, ed un'altra che l'operatore giudica meno efficace, ma che invece è contemplata dalle linee-guida.

Si tratta di una modifica significativa in quanto, in precedenza, era pacifico in giurisprudenza che il medico dovesse rispondere, in sede penale, anche dei casi di colpa lieve e lievissima.

La legge Balduzzi presenta ele-

menti di confusione e dubbi di incostituzionalità.

La legge prevede, con riferimento all'ambito penale, che se il medico ha seguito le linee guida non risponde di colpa lieve. Ma:

1) il codice penale non prevede, ai fini dell'accertamento della colpa, il grado di questa;

2) il generico riferimento a linee guida, che, peraltro, non hanno alcun carattere vincolante per il medico, crea confusione perché per ogni importante argomento di ciascuna disciplina esistono spesso più linee guida, non sempre corrispondenti.

Tuttavia la IV sezione della corte di Cassazione, presieduta da Carlo Brusco, in marzo ha risposto al quesito posto circa l'art 3 della legge 189 (legge Balduzzi), confermando che la norma ha determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti la professione sanitaria, annullando la fattispecie dipendente da colpa **lieve se il professionista ha seguito le linee guida.**

È necessario ora un organo centralizzato incaricato dell'accertamento delle linee guida approvate dalle diverse società scientifiche, che indichi quali sono fra le tante quelle a cui fare riferimento.

Negli Stati Uniti per alcune categorie di specialisti, ginecologi ed ortopedici in primis, una polizza assicurativa costa da 100 a oltre 200 mila dollari l'anno; le specialità più "pericolose" sono esercitate sempre meno e le scuole di specializzazione che formano specialisti professionalmente esposti vanno incontro ad un progressivo fenomeno di riduzione delle richieste di ingresso.

Occorre una mobilitazione dell'Ordine, dei sindacati, delle società scientifiche, che devono pretendere dal giudice nei casi di responsabilità professionale, la scelta di CTU medico-legali competenti, affiancati da specialisti di grande esperienza nella disciplina di interesse nel singolo caso.

Avis del Trentino duemila donazioni in più

di Aldo Degaudenz e Fabrizio Zappaterra

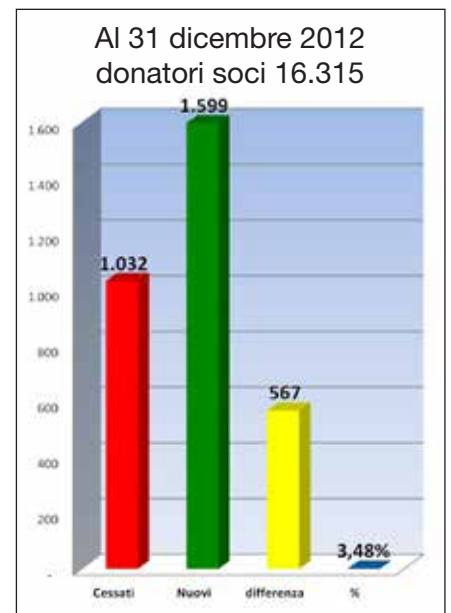
Con il 2014 si sono completati i mandati quadriennali di tutte le cariche elettive, ed in particolare sono decaduti e non più eleggibili, i Presidenti dell'Avis del Trentino, Aldo Degaudenz, e dell'Avis Tridentina, Fabrizio Zappaterra.

Il 2012 si è concluso con un bilancio indubbiamente positivo, soprattutto per quanto riguarda la raccolta di sangue ed emocomponenti.

Al 31 dicembre 2012 sono state raccolte 24.340 unità, di cui

21.262 di sangue intero (331 donate presso un Centro di Raccolta in provincia di Brescia) e 3.078 in aferesi; rispetto al 2011 sono state raccolte 1.976 sacche in più, pari ad un aumento dell'8,84%.

L'analisi dei donatori al 31/12/2011, 16.646, evidenzia un incremento netto di 567 donatori (+3,4%), con 1.599 nuovi effettivi alla loro prima donazione o rientrati dopo lunghe sospensioni (di cui oltre il 36% è rappresentato da donne), che hanno compensato i 1.032 donatori cancellati



per raggiunti limiti di età, malattie o trasferimenti.

L'indice medio di donazione, che indica quante donazioni effettuate mediamente ogni donatore all'anno) è di 1,46, inferiore alla media



Aldo Degaudenz

nazionale (1,72), a dimostrazione che vi sono ancora margini per un aumento delle donazioni pro capite.

L'indice di penetrazione (numero di donatori ogni 100 abitanti) è pari al 3,2% mentre, mentre se viene riferito esclusivamente alla popolazione in età per donare (18-65 anni) sale al 5,1% e tutto questo pone la nostra provincia al sesto posto nella graduatoria nazionale fra le regioni e le province autonome.

I soci Avis hanno donato complessivamente l'88% delle unità di sangue intero, inoltre il 95% delle unità di piastrine e l'87% delle unità di plasma da aferesi, risultando l'interlocutore fondamentale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, alla quale garantisce l'autosufficienza totale di tutti gli emocomponenti, nonché degli emoderivati quali aderente ad AIP (Accordo Interregionale Plasma). L'AIP è costituito da Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Toscana, Umbria e Veneto, un territorio pari al 30% di quello nazionale, che con i suoi donatori, raccoglie il 45,2% del Plasma destinato alla lavorazione industriale per la preparazione di tutti i farmaci derivati.

AVIS di:	Totale 2012					
	Sangue Intero	Plasma-aferesi	Piastrino-aferesi	Totale	Diff. 2011	I.D.
Ala-Avio	547	97	6	650	27	1,7
Alta Val Rendena	556	17	-	573	71	1,3
Alto Garda e Ledro	2.098	82	16	2.196	381	1,3
Baselga di Pinè	268	60	-	328	40	1,5
Bassa Valsugana e Tesino	1.933	118	2	2.053	162	1,4
Bedollo di Pinè	161	34	5	200	-6	1,5
Caldonazzo	147	26	1	174	28	1,5
Castel Tesino	141	8	-	149	10	1,5
Centa S. Nicolò	28	12	-	40	-4	1,3
Cimone	256	61	2	319	34	1,4
Civezzano	144	30	2	176	16	1,5
Condino	217	30	-	247	19	1,6
Fornace	84	17	2	103	17	1,6
Giudicarie Esteriori	450	11	-	461	-26	1,2
Lavarone	51	18	-	69	6	1,5
Levico Terme	160	31	-	191	12	1,4
Mezzocorona	406	24	2	432	31	1,6
Mezzolombardo	753	42	7	802	38	1,6
Pergine Valsugana	1.863	135	5	2.003	102	1,6
Pieve di Bono	233	1	1	235	26	1,3
Rovereto	2.556	447	46	3.049	349	1,7
S. Orsola	22	8	-	30	2	1,8
Spormaggiore	123	12	-	135	7	1,6
Storo e Bondone	225	-	-	225	-23	1,3
Tione	689	44	1	734	137	1,3
Trento	3.910	1.189	113	5.212	200	1,5
Valle dei Laghi	534	125	7	666	130	1,5
Valle di Cembra	498	124	7	629	27	1,5
Zambana	129	38	1	168	-10	1,5
Valli del Noce	2.080	11		2.091	145	1,3
Totale Regionale	21.262	2.852	226	24.340	1948	1,4

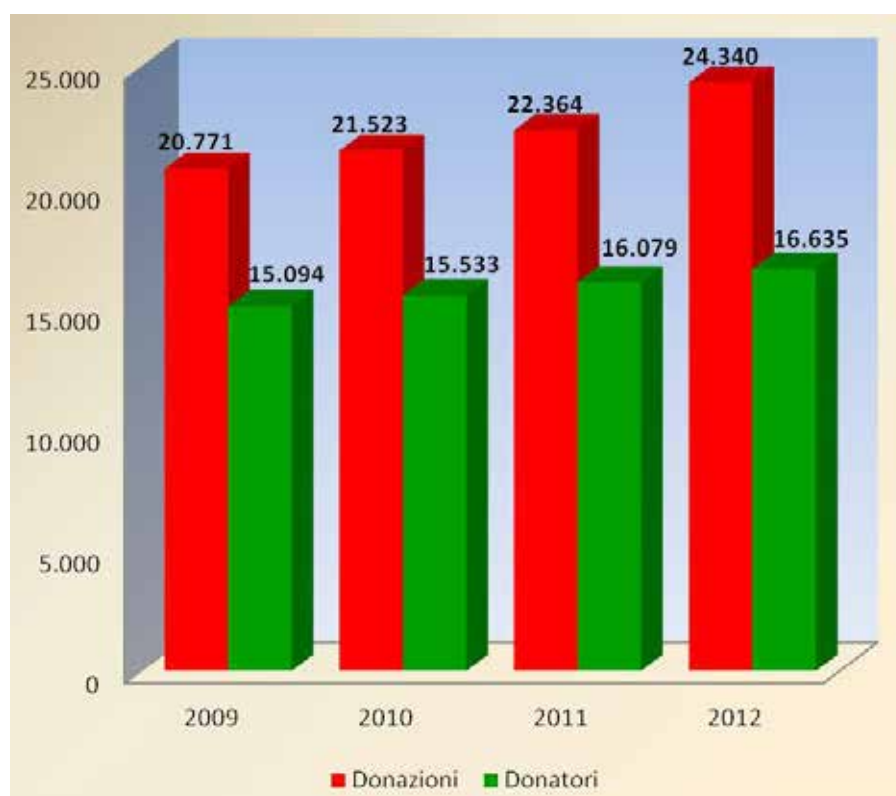
All'Avis sono affidate dalla legge n. 219/2005 tutte le competenze che favoriscono la promozione del dono del sangue in forma volontaria, anonima, gratuita, periodica, consapevolmente responsabile ed associata al fine di reclutare nuovi donatori, nonché della diffusione nella comunità dei principi di solidarietà come valore umano, sociale ed anche economico e di corretti stili di vita come primo, indispensabile presupposto per la difesa della salute di ogni donatore al fine di garantire la qualità del sangue donato.

Nel corso del quadriennio si sono organizzati interventi specifici in vari istituti scolastici, resi possibili dalla iniziativa di alcuni dirigenti

scolastici, potendo contattare ogni anno oltre un migliaio di studenti, prevalentemente delle ultime classi delle medie superiori.

L'attività promozionale nelle scuole è risultata, tuttavia, occasionale e disorganica, affidata a pochi volontari di singole Avis, nonostante già all'inizio del 2012 gli assessori provinciali alle Politiche della Salute ed all'Istruzione, Ugo Rossi e Marta Dalmaso, avessero inviato congiuntamente, proprio su proposta dell'Avis, un'esortazione a tutti i dirigenti scolastici ad inserire nei programmi scolastici momenti informativi sulla salute, sulla prevenzione e sulla donazione di sangue, midollo osseo ed organi.

Le risposte si stanno lentamente



delineando, ma siamo ancora lontani da un coinvolgimento generalizzato, mentre i risultati positivi ottenuti, non solo nel Trentino, fanno ritenere fondamentale l'intervento capillare, programmato ed organico nelle scuole di ogni ordine e grado, in classi già sensibilizzate dai docenti sugli aspetti biologici di base.

In questi ultimi anni il socio Aldo Francescatti ha rielaborato il sito web dell'Avis del Trentino (<http://www.avistrentino.org>) rendendo possibile non solo la diffusione di notizie inerenti l'attività, ma anche ad aspiranti donatori di iscriversi direttamente on-line, riducendo le procedure burocratiche collegate: nel 2012 quasi 500 giovani si sono iscritti tramite web.

Anche nel 2012 sono state attuate varie iniziative promozionali, curate da singole Avis nei territori di competenza, nonché festeggiamenti di anniversari della fondazione e assemblee annuali ordinarie e straordinarie, che richiamano l'attenzione dei vari media ed aiutano l'associazione a diffondere il

messaggio solidaristico in tutte le case.

Fra queste, assieme ad AIDO, ADMO e Lega Pasi Battisti, l'Avis cura da diversi anni le celebrazioni per la "GIORNATA MONDIALE DEL DONATORE" che cade il 14 giugno; quest'anno sarà predisposto il Villaggio del Donatore, costituito da gazebo informativi e giochi gonfiabili per i bambini il 14 e 15 giugno in piazza del Duomo e seguirà, a concludere, uno spettacolo musicale presso l'Auditorium del S. Chiara di Trento la domenica del 16/06/2013.

L'azione solidaristica dell'Avis del Trentino non si limita a perseguire l'autosufficienza della nostra provincia, con qualche sporadico contributo ad altre regioni, ma dal giugno 2009 si è impegnato nel progetto/obiettivo di far nascere l'AVAS (Associazione Volontari Argentini del Sangue) nella provincia di Còrdoba, in Argentina, estesa più di mezza Italia e con 3,5 milioni di abitanti, molti dei quali di origine italiana o addirittura Trentina. Il Progetto è finanziato dalla Provincia Autonoma di Trento, con il

contributo della Regione Trentino Alto-Adige e di buona parte delle Avis.

Il progetto complessivo, il cui sviluppo è all'attenzione anche di Avis Nazionale per l'originalità organizzativa e strutturale, si è concluso formalmente il 31 dicembre 2012, tuttavia il sostegno economico potrà essere garantito ancora per alcuni mesi, perché una gestione attenta ed oculata delle risorse economiche ha consentito ulteriori margini di manovra.

Ad oggi il progetto AVAS a Còrdoba ha ottenuto il riconoscimento giuridico da parte delle autorità politico-amministrative, ha costituito un primo nucleo di soci donatori e consolidato rapporti con l'Università e diversi ospedali ed autorità municipali (Còrdoba, Sampacho e Rio Cuarto), svolge attività promozionali nelle scuole superiori e nell'Università, realizza incontri e convegni, è coinvolta sistematicamente nelle attività di volontariato promosse da altre organizzazioni e dagli Enti pubblici, ricopre un ruolo trainante nei confronti dell'AVAS Nazionale di Buenos Ayres.

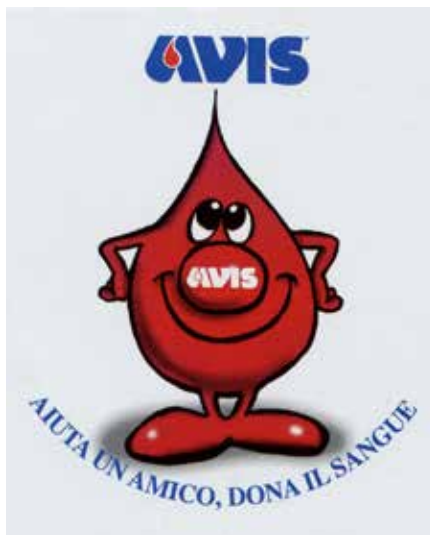
L'Avis ha quindi molti punti di forza, a cominciare dalla sua organizzazione capillare sul territorio che incontra una popolazione con diffusa propensione al volontariato e che apprezza, fra le tante, anche questa associazione, per continuare con i buoni rapporti che ha saputo instaurare con le istituzioni politiche e sanitarie, con la correttezza nella gestione delle Avis territoriali, la gratuità degli incarichi associativi e la mancanza di conflittualità interpersonali.

Presenta però anche punti di debolezza, quali la convinzione che la direzione di un'Avis possa essere improvvisata e non sia necessaria la formazione e l'aggiornamento sulle normative, la scarsa disponibilità dei giovani ad assumere responsabilità negli organi istituzio-

nali, anche per la limitata disponibilità di tempo libero da dedicare all'associazione, la scarsa presenza di Avis negli istituti scolastici, lo scarso coinvolgimento degli extracomunitari e dei vari gruppi etnici. L'aver conseguito importanti risultati in termini di donatori e di donazioni non deve far dimenticare che le richieste di sangue per il funzionamento di tutti i reparti dei nostri Ospedali è in continuo aumento.

Come si è visto, nel 2012, a fronte di un aumento delle donazioni dell'8,8% l'Avis ha conseguito un aumento di donatori pari a solo il 3,4%; questo doppio trend sembra destinato a confermarsi anche negli anni futuri per cui nel giro di un tempo relativamente breve si potrà incorrere in una iniziale difficoltà a mantenere gli attuali standard di autosufficienza.

L'Avis chiede perciò la collaborazione della popolazione ed in particolari di tutti i medici, affinché nel loro operare quotidiano non perdano occasione ad informare la cittadinanza circa l'importanza della donazione di sangue per il mantenimento degli alti livelli di cura consolidati presso i nostri ospedali ed incoraggino quei loro pazienti propensi a diventare donatori di sangue e ad iscriversi nell'Avis o in una delle altre associazioni presenti nel nostro territorio provinciale.



Mercoledì 19 giugno nella sede dell'Ordine

Lo scienziato Pier Paolo Pandolfi parlerà di ricerca e genesi del cancro

Invitato a Trento, dove ha conseguito il premio Pezcoller 2011 per la ricerca internazionale sul cancro, l'oncologo Pierpaolo Pandolfi de Rinaldis terrà una *lectio magistralis* nella sala della sede dell'Ordine dei Medici, alle 20.30 di mercoledì 19 giugno. L'indomani sarà l'ospite d'onore al 25° Simposio Pezcoller che avrà per tema "Il metabolismo e la genesi dei tumori".

Romano, 50 anni, Pandolfi dirige da sei un laboratorio di ricerca alla Harvard Medical School di Boston, negli Stati Uniti. Con il Pezcoller è stato premiato il suo impegno nel campo della genetica del cancro e dei relativi modelli sui topi.

"Le ricerche condotte dal professor Pandolfi – questa la motivazione - sono risultate fondamentali per la comprensione dei meccanismi molecolari e genetici alla base della patogenesi delle leucemie, dei linfomi, dei tumori solidi così come nella generazione dei modelli di tali tumori nell'animale transgenico. Queste ricerche hanno permesso di curare la leucemia promielocitica acuta e di identificare la funzione aberrante di nuovi geni che causano il cancro, i cosiddetti oncogeni, e gli oncosoppressori".

A cinquant'anni, nessun altro ha

una bibliografia paragonabile alla sua e interamente dedicata all'oncologia. Due anni fa, Pier Paolo Pandolfi ha pubblicato su "Nature" uno studio "che attribuisce una nuova funzione ai nostri ventimila geni codificanti proteine,

scoperta che di fatto triplica la dimensione del genoma umano funzionante ed attribuisce a queste nuove unità geniche un ruolo importante nella genesi del cancro e di altre malattie".



prof. Pier Paolo Pandolfi

"Il prof. Pandolfi – ha dichiarato il dott. Gios Bernardi, past-president del Pezcoller - è un chiaro esempio della cosiddetta fuga di cervelli e dimostra la difficoltà dei giovani di condurre ricerca in Italia".

Pier Paolo Pandolfi, nato a Roma nel 1963, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Perugia. Si è specializzato al National Institute for Medical Research e alla Royal Postgraduate Medical School dell'Università di Londra in Inghilterra. È stato reclutato come capo laboratorio (1994) al Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) di New York quando ancora era studente di dottorato. In pochi anni, alla luce dei risultati ottenuti, è stato nominato Albert C. Foster Endowed Chair e direttore del laboratori di

Biologia Molecolare e dello Sviluppo del MSKCC. Ha ottenuto quindi la Cattedra di Genetica, Patologia e Biologia Molecolare dalla Cornell University di New York. Da cinque anni a Boston, nell'università Harvard Medical School, è direttore scientifico di un nuovo Centro per la Ricerca e la Cura del Cancro e del Dipartimento di Genetica dei Tumori del BIDMC/HMS.

Pandolfi è attualmente insignito della George C. Reisman Endowed Professorship, Cattedra a Vita in Medicina e Patologia della Harvard Medical School. Le sue ricerche sono fondamentali per la comprensione dei meccanismi molecolari e genetici alla base della patogenesi delle leucemie, dei linfomi, dei tumori solidi così come nella generazione dei modelli di tali tumori nell'animale transgenico. Le sue scoperte hanno contribuito all'eradicazione della leucemia promielocitica acuta, una forma di leucemia che solo pochi anni fa era considerata letale e che oggi è diventata una malattia curabile. Questi studi hanno inoltre permesso l'identificazione dei cosiddetti oncogeni, come l'oncogene POKEMON e della funzione dei principali geni che sopprimono il cancro, gli oncosoppressori, quali ad esempio PTEN, PML e p53. Il lavoro del team Pandolfi è finanziato dal National Cancer Institute e da numerose Fondazioni per la cura e la ricerca sul cancro, Pandolfi ha pure presentato una nuova teoria e svelato un nuovo codice genetico mediante il quale gli RNA comunicano tra di loro: "La lingua degli RNA". Un'ipotesi rivoluzionaria che permetterà di funzionare il trascrittoma umano con profonde implicazioni per la genetica umana, la biologia cellulare e la patogenesi delle malattie, incluso il cancro.

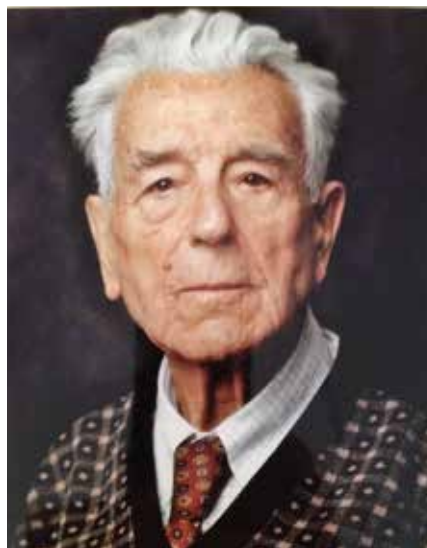
Certo, sarà ricordato per la sua attività di medico-primario di otorinolaringoiatria, il dott. Arrigo Guella, decano dei medici del Trentino, morto il 17 marzo 2013 a Trento all'età di cento anni e qualche mese. Ma la

Fernanda le tre figlie (Lorenza, Anna e Chiara) e i sei nipoti, con i parenti e il genero, il giornalista Giampaolo Visetti.

La longevità del dottor Guella era davvero invidiabile, perché caratterizzata dalla piena coscienza di

Era il decano dei medici trentini

Arrigo Guella (cento anni) fu medico e valente archeologo



dott. Arrigo Guella

sua figura di medico si è accompagnata a lungo con quella dello studioso, dell'archeologo che aveva portato alla scoperta del sito di San Martino ai Campi di Riva.

Sulle pagine del "Trentino", l'indomani della scomparsa, il prof. Graziano Riccadonna, presidente dell'associazione culturale "Judicaria" ne ha rievocato la figura e l'operato: "Il dottor Guella, ricoverato da qualche giorno in ospedale è rimasto sereno e consapevole fino all'ultimo minuto, erede di una saggezza antica derivante dai suoi studi. Aveva festeggiato i suoi magnifici cento anni solo tre mesi fa, il 4 dicembre 2012. La festa aveva visto riunite nella sua casa trentina insieme alla moglie

sé. Originario di Pranzo (Tenno), al paese natale era legato da una costante frequentazione, ma anche da quel cordone ombelicale qual è il sito archeologico di San Martino ai Campi di Riva del quale è stato anche il «padre» per il ruolo avuto nella scoperta. «Il mio pensiero è sempre legato alla mia Pranzo, alla mia San Martino!» era solito dire.

Per trent'anni primario di Otorino al Santa Chiara, il dottor Arrigo Guella con i suoi 100 anni portati magnificamente rappresentava il prototipo del medico con forti interessi culturali. Laureato in medicina e chirurgia all'Università di Pavia, poco prima dell'inizio della guerra, nel 1939, dovette seguire le truppe italiane nell'avventura del Corno d'Africa, dove fu fatto prigioniero dagli inglesi. Il dottor Guella rimarrà prigioniero degli inglesi per sei lunghi anni. Qui decise di specializzarsi in otorinolaringoiatria. Ricordò anni dopo: "La vocazione è nata quasi per necessità, più che per virtù. Durante gli anni di prigionia mi trovavo in pieno deserto africano e giornalmente dovevo affrontare il problema della sabbia che entrava insidiosamente nelle orecchie dei militari. Proprio al Cairo ho cominciato a specializzarmi nella cura dell'orecchio. Tornato in

patria, mi ero inevitabilmente trovato esperto nell'orecchio: perciò ho scelto questa specializzazione a Pavia". Poi l'approdo a Trento, al Santa Chiara.

Il 1969 è l'anno fatidico per il sito di San Martino di Campi. Sulle tracce delle leggende sugli antichi abitatori Reti e sulla scorta di antiche tradizioni orali, il giovane dottore intuisce la verità: sul monte San Martino ci deve essere qualcosa! Viene così a galla il valore dell'insediamento tardoantico e medioevale (IV-VII secolo dopo Cristo), sede di frequentazione devozionale. L'intuizione si rivela utilissima a capire l'importanza di San Martino e a richiamare l'attenzione degli studiosi: «Veniva alla ricerca l'intero nostro reparto del Santa Chiara. E ogni ritrovamento era per noi una festa. Come la prima scoperta di un muro, nel bosco, da parte del primario di oculistica, il dottor Scipio Stenico». A un inizio avventuroso segue la fase scientifica dedicata dalla Provincia a uno scavo sistematico dell'area. Oggi la stazione è curata e tutelata direttamente dalla Provincia tramite la Soprintendenza ai Beni Archeologici. Per i suoi meriti culturali, il dottor Guella fu nominato socio dell'Accademia degli Agiati e di Judicaria".

Il 4 dicembre 2012, per il suo centenario, il giornale il "Trentino" gli aveva dedicato un lungo articolo a firma di Giorgio Dal Bosco. Eccone un passaggio: "Ricorda neanche con troppa nostalgia il lavoro tanto che, non appena nel 1977 ha maturato la pensione, ha lasciato ben volentieri e subito il posto di primario a Babighian e al suo validissimo aiuto Beltrame. La moglie ("No, non stia a scriverlo", mi prega lei), corteggiata in sala operatoria all'ex ospedale infantile, lo stimola a ricordare anche i suoi frequenti momenti di di-



Il medico Arrigo Guella nella sua abitazione

strazione extraprofessionale. Così racconta l'aneddoto di una quasi denuncia di furto dell'automobile quando, invece, la vettura era tranquillamente parcheggiata nel garage di casa. Oppure quando, dando il cambio al dott. Segna, uscendo dall'ospedale si metteva in testa il cappello del collega e doveva pertanto tornare in ospedale mezz'ora dopo essersi accorto che quel cappello gli calzava male.

I piccoli occhi del dott. Guella sembrano diventare grandi soltanto quando si sfiora l'argomento archeologia. Allora questo centenario si trasforma in un adolescente seccione all'esame di maturità: parla, discetta, spiega, racconta, ammonisce, puntualizza, critica, si infervora. Lassù a Pranzo un giorno arriva un compaesano con una moneta antica trovata là, un po' a destra di ..., sotto un ..., eccetera eccetera. "Sono corso con una zappa e ho cominciato a scavare. Ho scoperto una meraviglia. Sa, la zona archeologica di San Martino-Monte Englo è la più importante del Trentino", sentenza tutto accalorato chiedendo alla moglie di porgerle una delle sue pubblicazioni sul tema. La signora mi in-

forma sottovoce: "È stato anche un formidabile apicoltore tenendo finanche 25 cassette di api. È stato un olivicoltore, un ortolano...".

Il dott. Guella è stato sepolto nella tomba di famiglia a Pranzo di Tenno.

PREVIDENZA

I medici possono restare in servizio fino a 70 anni

La sentenza n. 33 del 2013 della Corte Costituzionale ha sancito che il personale, il quale al raggiungimento del limite massimo di età per il collocamento a riposo non abbia ancora conseguito l'anzianità minima di servizio richiesta per la pensione, può, su domanda, rimanere in servizio fino al raggiungimento di tale anzianità minima, comunque non oltre i 70 anni di età.

Si sottolinea che tale concessione è finalizzata solo al raggiungimento del minimo pensionistico, mentre non può essere richiesta per ottenere un mero incremento del trattamento pensionistico.

Lo certifica il Rapporto annuale dell'Eurispes Italiani favorevoli all'eutanasia e non solo

di Fabrizio Zappaterra

I temi etici non sono di certo considerati tra le priorità della politica, anzi molto poco se ne parla, pur di non inimicarsi questo o quell'elettorato.

Stando però a quanto emerge dal rapporto annuale Eurispes, il popolo italiano è al contrario molto consapevole e più "aperto" rispetto alla classe politica.

Fecondazione assistita e aborto - La maggior parte degli italiani si dichiara favorevole alla fecondazione assistita: ben il 79,4% è propenso a individuare ulteriori possibilità per realizzare il desiderio di maternità. D'altra parte, l'eventuale interruzione di una gravidanza anche attraverso la somministrazione della pillola abortiva (entro i primi due mesi di gestazione, senza bisogno di intervenire chirurgicamente) registra un aumento dei consensi: dal 58%

dello scorso anno all'attuale 63,9%. Sia per la fecondazione assistita sia per la pillola abortiva i favorevoli mai scendono sotto la maggioranza né per gli orientamenti politici né per le aree geografiche.

I più favorevoli alla fecondazione assistita sono gli italiani che si dichiarano di sinistra (86,7%) e di centro-sinistra (86,4%), seguiti da coloro che si dichiarano di centro-destra (83,3%); con una distanza di circa dieci punti percentuali si ritrovano coloro che si dichiarano orientati a destra (72,1%) e al centro (71,1%). Si tratta prevalentemente di persone che vivono nelle aree centrali (82,8%) e settentrionali del Paese (Nord-Est 81,4% e Nord-Ovest 80,8%); meno quelle che risiedono al Sud (76,6%) o nelle Isole (71,9%).

Anche rispetto all'utilizzo della pil-

lola abortiva RU-486, al Sud Italia e nelle Isole (rispettivamente 54,4% e 58,1%) sono meno favorevoli rispetto al Centro (72,1%) e al Nord (Nord-Est 67,6% e Nord-Ovest 65,6%).

Anche in questo caso il parere positivo viene principalmente dagli italiani di sinistra (78%) e centro-sinistra (69,8%), mentre cala tra coloro che sono di destra (destra 65,6% e centrodestra 62,8%) e ottiene circa il 51,1% dei pareri positivi tra i centristi.

Il testamento biologico, ovvero l'espressione della volontà dell'individuo quando potrebbe non essere in grado di intendere o di volere registra un aumento di consensi superiore ai dieci punti percentuali: dal 65,8% del 2012 al 77,3% del 2013. La possibilità di esprimere la propria volontà di sottoporsi o meno a cure, terapie, e trattamenti come nutrizione e idratazione artificiale dovrebbe essere introdotta per l'83,8% di coloro che si dichiarano di sinistra e l'82,1% di centro-sinistra. Anche gli italiani vicini alle aree di destra (77,9%) e di centro-destra (72,8%) sono favorevoli,

I medici per un collega "Grazie di cuore"

L'antefatto è una tragedia familiare. La morte improvvisa del marito e padre, un medico noto e stimato. È accaduto l'ottobre scorso. Così la cronaca dell'agenzia ANSA: "Modena, 17 ottobre 2012 - Un medico 43enne, Alejandro Frate, cittadino argentino ma residente a Trento e di famiglia originaria del Molise, è morto la scorsa notte in un incidente stradale sulla A22 (l'Auto-brennero) al Km 284 in direzione nord, fra Reggiolo e Pegognaga. La sua auto è volata fuori strada e si è cappottata; l'uomo è stato estratto ormai senza vita dai Vigili del Fuoco di Reggio Emilia. L'uomo lascia

la moglie e otto figli".

L'indomani del tragico incidente l'Adige di Trento scrisse, tra l'altro: "Straziata dal dolore Solange non ha la forza neppure per parlare. Il pensiero ora va ai figli. "Ora devo pensare a loro. Spero nell'aiuto e nel sostegno di tutti". Alejandro e Solange sono nati in Argentina. Si erano trasferiti a Trento nel 2004. Il consiglio dell'Ordine e l'assemblea dei Medici della provincia di Trento hanno prontamente risposto con lo stanziamento di diecimila euro devoluti alla famiglia del dott. Frate.

La vedova, Maria Solange, ha scritto una lettera di ringraziamento all'Ordine.

"A tutti voi, indistintamente, la scrivente Maria Zambon Solange

ved. del Frate Alejandro Ruben, unitamente ai figli Evangelina, Victoria, Agustina, Rafael, Gabriel, Carolina, Mikael ed Emanuele, intendono ringraziare della concreta solidarietà dimostrata. Con il vostro gesto avete tolto di mezzo quel 'ponte levatoio' che accomuna il genere umano, mettendo in relazione il nostro destino con quello di altri, nella sofferenza, nel dolore, facendo superare l'umano egoismo, partecipi quindi delle nostre emozioni, delle nostre paure. Mi scuso se faccio mio il pensiero della grande Montalcini: Rare sono le persone che usano la mente; poche coloro che usano il cuore. UNICHE (come voi) quelle che usano entrambi! Grazie di cuore. Maria Solange".

mentre anche la percentuale dei centristi si attesta nel 2013 al 64,4%. Anche per quanto riguarda l'eutanasia i favorevoli sono passati dal 50,1% del 2012 all'attuale 64,6%.

Quelli favorevoli al suicidio assistito (porre fine alla vita con l'intervento di un medico anche in assenza di malattie) sono, invece, ancora una minoranza, benchè in crescita significativa: dal 25,3% dello scorso anno al 36,2% del 2013 (praticamente, da poco più di uno su quattro a oltre uno su tre); contrario, invece, il 63,8% degli italiani (ma lo scorso anno erano il 71,6%).

Sebbene il consenso sia unanime in tutta Italia, si registrano alcune differenze per area geografica.

Gli abitanti del Centro si dimostrano tra i più favorevoli all'eutanasia e al testamento biologico (rispettivamente 71,4% e 81,5%), seguiti da quelli del Nord-Ovest (68,8% e 81,1%).

Percentuali leggermente inferiori nelle regioni meridionali, con un 67,9% per il testamento biologico e un 56,8% per l'eutanasia.

Oltre la metà di coloro che sono politicamente orientati al centro ha espresso parere contrario all'eutanasia (54,4%). Tuttavia, si attesta oltre il 60% il parere positivo degli italiani delle altre aree politiche: il 74,6% si dichiara vicino alle idee della sinistra, il 68,9% a quelle di centro-sinistra, il 63,9% di destra e il 60,6% del centro-destra.

No alla vivisezione - Fortissimo il rifiuto di questa pratica: quasi nove italiani su dieci la respingono, aumentano dall'86,3% del 2012 all'87,3% di quest'anno. Il che testimonia, secondo Eurispes, una maggiore sensibilità verso il rispetto degli animali, piuttosto che «verso la ricerca spasmodica di eventuali successi legati alla sperimentazione dolorosa sugli esseri viventi».

Ospedali psichiatrici giudiziari e staminali: approvata la legge

di Fabrizio Zappaterra

Il 22 maggio il Senato ha approvato in via definitiva il decreto sugli Ospedali psichiatrici giudiziari e sulle staminali con 259 sì, 2 no e 6 astenuti. Il provvedimento ora è legge.

L'art. 1 differisce al primo aprile 2014 il termine per il completamento del processo di chiusura degli Opg: entro tale data tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale dovranno essere immediatamente dimesse. In caso di inadempienze delle regioni la legge prevede l'intervento sostitutivo del governo e definisce aspetti riguardanti il riparto delle risorse, che dovranno servire al potenziamento dei servizi di salute mentale sul territorio, anche per realizzare delle forme alternative di accoglienza sorvegliate presso l'ASL per i casi che conserveranno una pericolosità sociale nonostante questa legge.

L'art. 2 stabilisce che i pazienti che hanno già iniziato le terapie con il metodo Stamina potranno proseguire le cure, "sotto la responsabilità del medico prescrittore, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili secondo la normativa vigente". La sperimentazione clinica del metodo Stamina partirà dal 1° luglio 2013 e per 18 mesi "anche in deroga alla normativa vigente". Per la sperimentazione il ministero della Salute ha messo a disposizione un milione di euro per l'anno in corso e due milioni per il prossimo.

A condizione che i medicinali,

per quanto attiene alla sicurezza del paziente, siano preparati in conformità alle linee guida di cui all'articolo 5 del regolamento europeo 1394 del 2007. Per garantire "la ripetibilità delle terapie, le modalità di preparazione sono rese disponibili all'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) e all'Iss (Istituto Superiore di Sanità)" che cureranno anche la valutazione della sperimentazione.

È istituito anche un Osservatorio "con compiti consultivi e di proposta, di monitoraggio, di garanzia di trasparenza delle informazioni e delle procedure" formato da esperti e associazioni dei familiari dei pazienti.

Molte sono le ambiguità nascoste nelle pieghe di questa legge.

Come si ricorderà, la Stamina Foundation onlus, associazione torinese fondata nel 2009 dal professor Davide Vannoni, era stata oggetto di un'inchiesta della Procura della repubblica di Torino (2010), di un'ispezione dei carabinieri dei Nas agli Spedali Civili di Brescia e di un'ispezione da parte degli ispettori dello stesso ministero della Salute e dell'Aifa, insieme al Centro nazionale Trapianti (2012).

I reati ipotizzati dalla Procura erano la somministrazione di farmaci imperfetti (non è stato reso noto il metodo di preparazione delle cellule), potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, truffa e associazione per delinquere (numerosi familiari dei pazienti in cura avrebbero versato alla Stamina Foundation somme di denaro fra i 30.000 e i 50.000 euro).

Alla sospensione dei trattamenti in atto seguirono ricorsi giudiziari che imposero la ripresa dei trattamenti e prese di posizioni di eminenti scienziati e di Telethon che hanno portato ad un ripensamento complessivo della questione.

A questo punto le cellule staminali sono state riconosciute come “farmaco”, perciò sottoposte ad una disciplina specifica per la sperimentazione e la immissione in commercio.

Il testo prevede quindi l'avvio di una sperimentazione di 18 mesi (molto breve), promossa dal ministero della Salute avvalendosi di Agenzia Italiana del Farmaco, Centro nazionale trapianti e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, con il paletto della sicurezza dei pazienti nelle procedure di preparazione delle cellule, che dovrebbero avvenire in Gmp (Good manufacturing practices) e non solo in Glp (Good Laboratory Practice). I normali tempi “lungi” della sperimentazione dei farmaci sono in realtà un'importante salvaguardia dei cittadini e del loro diritto alla salute, non a caso alla presentazione del disegno di legge si sono alzate voci di dissenso da parte delle Autorità del farmaco in Europa che, a loro volta, avevano rifiutato di accorciare i tempi di sperimentazione, così come l'americana Fda. L'unico lavoro scientifico controllato finora pubblicato riguarda cinque bambini trattati con cellule staminali (non preparate da Stamina) al Burlo Garofalo di Trieste, ottenendo cinque totali insuccessi. Nel contempo la legge permette, in via eccezionale, di continuare praticamente tutte le terapie già in essere. Si auspica che non si aggiunga disgrazia a disgrazia per comparsa di effetti collaterali incontrollabili, ricordando l'amarrezza delle speranze deluse dal “trattamento Di Bella” dei tumori.

Medici trentini nel Terzo Mondo

Uganda: nel calo dell'infezione da HIV c'è anche una mano dal Trentino

di Alberto Folgheraiter
immagini di Gianni Zotta

Dal 1 gennaio 2011, un protocollo d'intesa tra la Provincia di Trento e l'Azienda sanitaria, favorisce iniziative internazionali di cooperazione e solidarietà in ambito sanitario. Sono una settantina i medici e gli operatori del Trentino impegnati, in vari progetti sanitari, soprattutto in Africa.

Kampala (Uganda), aprile 2013 – Dice padre Mauro Serragli, missionario comboniano a Kangole nella diocesi di Moroto, nord-est dell'Uganda: “La crisi nel nord del mondo ha fatto precipitare del 90% i *donors*, gli aiuti degli Stati donatori tra i quali l'Italia non c'è. E tutto questo si è riversato come un cataclis-



sma sugli interventi primari tra i quali la lotta ad alcune malattie endemiche: Aids, malaria e TBC”. Per non parlare della corruzione che sembra aver dato una spallata definitiva agli interventi dei “donors”. Una suora comboniana che opera in Karamoja, regione ugandese confinante con il Sud Sudan, ha calcolato che più di tre trilioni di scellini ugandesi (pari a circa 750 milioni di euro) abbiano preso altre strade prima di arrivare a destinazione. Spariti. L'argomento è stato al centro della visita, a fine aprile 2013, ad alcune strutture ospedaliere di Kampala, da parte di una delegazione trentina (il dott. Antonio Mazza, già primario di pediatria dell'ospedale di Cles e presidente della Ong avviata dal medico cardiologo Angelo Del Favero, oggi frate carmelitano, e l'arcivescovo di Trento, Bressan). Gli incontri con operatori, medici



Veduta di Kampala (Uganda)



dott. Antonio Mazza

e personale della “casa di accoglienza padre Angelo” (filiazione della struttura di viale Bolognini a Trento) è avvenuto la vigilia della giornata mondiale (25 aprile) per la lotta contro la malaria. Ebbene, proprio il calo nei finanziamenti internazionali fa temere una ripresa della malattia che, negli ultimi anni, aveva fatto segnare importanti traguardi. Nel decennio appena trascorso la lotta contro la malaria aveva ridotto al 26% la mortalità, mentre si è favoleggiata la messa a punto di un vaccino che, a conti fatti, sembra ancora una chimera. Intanto sembra essere presa sul

serio una “cura” preventiva che in Cina praticano da quattromila anni: l’artemisia. In Italia da due mesi è prodotta l’artemisia semi-sintetica, con la messa a punto di un farmaco antimalarico a basso costo e controindicazioni pressoché inesistenti. Tuttavia, la lotta alle malattie della povertà è ancora lunga: in particolare contro l’AIDS e la TBC che nel sud del mondo (ma anche da noi) sembra conoscere nuove fiammate. In verità, proprio l’Uganda, che aveva conosciuto nel 1988 i primi casi di infezione da HIV, pare aver imboccato la via maestra per bloccare la trasmissione del virus

dalla madre al bambino. Il merito va a due ricercatrici, l’ugandese Philippa Musoke della Makerere University di Kampala e l’americana Mary Glenn Fowler della Johns Hopkins University di Baltimora (USA), medici nel reparto pediatrico dell’ospedale generale. Si stima che in Uganda (dove gli infetti da HIV sono calati dal 17% al 6,7% ma restano pur sempre un milione) ogni anno 18 mila neonati contraggano l’infezione dalla madre. Pertanto le due scienziate hanno messo a punto una terapia che blocca la trasmissione del virus nella fase prenatale. Dice la dott. Musoke

Mamma in attesa di visita



Le ricercatrici Philippa Musoke (Uganda) e Mary Glenn Fowler (USA)





Prelievo del sangue al Makerere Hospital di Kampala



dott. sa. Mary Glenn Fowler

che “dal 25% di bambini sieropositivi, in pochi anni siamo riusciti a ridurre l’infezione al 10%. Con il nostro progetto contiamo di arrivare al 2%”.

Le fa eco la dott. Glenn, in Uganda da otto anni: “La mortalità infantile entro l’anno di vita è passata dal 120 per mille nati a 60 per mille. Resistono la malaria, che colpisce soprattutto i bambini sotto i cinque anni, e le dissenterie infantili”

Alle due ricercatrici hanno fatto visita il dott. Mazza e l’arcivescovo Bressan per annunciare loro il finanziamento di 15 mila euro, da parte della Provincia di Trento, di un progetto “di supporto nutrizionale ai bambini e alle mamme sieropositive”.

In precedenza, l’arcivescovo e il medico avevano incontrato le responsabili sanitarie di altre strutture medico-pediatriche che dal 2003 sono sostenute dalla “Casa di accoglienza Padre Angelo”, segnatamente lo Nsambya Home Care Departement (NHC) del St. Raphael of St. Francis Nsambya Hospital di Kampala e la clinica periferica di Ggaba.

Spiega il dott. Mazza che l’associazione “Casa padre Angelo” della quale è presidente dal 2005, ope-

ra in varie nazioni dell’Africa (dal Togo, alla Costa d’Avorio, all’Uganda) soprattutto nella prevenzione dell’HIV madre-bambino. “Da un rischio del 40% nei casi di trasmissione della malattia dalla madre al bambino si è passati a meno del 5%. Noi seguiamo circa cinquemila mamme con infezione da HIV. Nei due centri ospedalieri che abbiamo realizzato a Kampala avviene la distribuzione dei farmaci, ma i nostri collaboratori tengono i contatti ed effettuano visite periodiche alle mamme e ai bambini”.

Va aggiunto che ai progetti dell’organizzazione trentina del dott.

Mazza collaborano da anni alcuni specialisti padovani (Carlo Giaquinto, infettivologo pediatrico; Roberto Faggini, neurochirurgo pediatrico; Laura Sainate, oncematologa, Andrea Petenazzo e Alessandro Mazza della rianimazione pediatrica).

Nonostante la crisi e il crollo dei “donors” l’impegno della “Casa Padre Angelo”, della Provincia e della diocesi di Trento continua. I bambini sieropositivi dell’Africa sub sahariana piangono come i nostri figli, ma sanno anche sorridere. L’impegno è che quel sorriso non si spenga.

Mamme in attesa dei farmaci antiretrovirali



Lettere

Ribellarsi a un certo modo di fare giornalismo

Sottoscrivo pienamente le parole del collega Enrico Fiorone apparse sul Bollettino d'informazione n°4 del 2012. L'Ordine professionale dei medici potrebbe fare di più ma non solo a livello nazionale in ambito pubblicitario o assicurativo. Un altro settore di cui parliamo qualche anno fa all'Ordine di Trento, in occasione di un convegno sul "Rischio professionale" in cui relazionava, oltre il primario di Medicina Legale dell'Apss, un rappresentante nazionale dell'Ordine è quello dei rapporti con la stampa. Pur portando rispetto per una categoria, quella giornalistica, così importante per l'informazione, credo che il medico italiano, a cui tutto si può dire ma non di non essersi preparato nei lunghi anni di laurea e specializzazione, sia in soggezione del giornalista italiano. Troppi casi sono definiti allegramente di malasania, troppi casi sono descritti in modo superficiale e impreciso e questo crea sensazioni sbagliate da parte del cittadino che a volte sembra più che informato disinformato. Credo che in alcuni casi bisognerebbe ribellarsi a un modo disinvolto di fare giornalismo: spesso non si trattava "di un modo disinvolto di fare medicina e chirurgia" e così sono più pesanti le ripercussioni sul medico che già frustrato per una complicità si sente anche preso per i fondelli da chi non conosce neanche il minimo per parlare ma che però addirittura

scrive! L'Ordine professionale potrebbe applicare diverse misure per difendere l'impegno dei propri iscritti.

Una testata, per esempio, non è solo il giornale; lo è anche il suo foglio civetta: quello del Trentino di domenica 3 marzo diceva: "Appendicite non vista: le tolgono le ovaie". Una notizia spaventosa se fosse vera, ma all'interno del giornale la storia è diversa: l'appendicite era stata vista eccome, l'ovaio perso è uno solo come talvolta succede e non per colpa del chirurgo. Molti però avranno visto solo quel foglio civetta. Cosa ha in mente in merito l'Ordine dei medici di Trento?

Enrico Demozzi

anestesista/rianimatore
dell'ospedale di Borgo Valsugana

--

Lei ha perfettamente ragione. Il problema dei rapporti non sempre inappuntabili tra la categoria dei medici e il mondo dell'informazione è annoso quanto irrisolto. Lo sanno bene i colleghi giornalisti che si occupano di cronaca, in quotidiano contatto con ospedali, Pronto soccorso e "118". Da una parte la ricerca di informazioni, dall'altra il doveroso riserbo e la tutela della privacy. Poiché le esi-

genze della cronaca richiederebbero completezza, se il giornalista trova un muro di gomma è costretto a cercare "le fonti" altrove. Magari facendo leva sulla conoscenza o l'amicizia di qualcuno all'interno dell'ospedale. Accade così che una mezza notizia (perché la fonte primaria non offre spiegazioni) diventi una mezza verità. Come è noto, due mezze verità non fanno una notizia vera ma una bugia.

Si era tentato qualche anno fa di trovare un "accordo" fra gentiluomini e i responsabili dei due Ordini professionali (Medici e Giornalisti) si erano pure incontrati per individuare i punti di contatto e formulare una sorta di decalogo. Così come si era cercato, presso l'Azienda Sanitaria, di avere un punto di riferimento costante (come accade in provincia di Bolzano) per l'acquisizione delle informazioni di cronaca riferite a incidenti stradali o infortuni sul lavoro. Qualcosa si è fatto, molto resta da ottenere.

Sulla vicenda "appendicite e ovaie" abbiamo girato la sua "protesta" all'Ordine dei Giornalisti del Trentino-Alto Adige. Non tanto perché siano presi provvedimenti disciplinari nei confronti di qualcuno, ma perché almeno si ridiscuta il problema. Dopodiché ogni categoria è fatta di persone, con la loro storia personale e professionale. C'è, al riguardo, una storiella che dice pressappoco così: "L'errore del magistrato finisce in prigione, quello del giornalista in prima pagina, quello del medico al cimitero". Fatta salva l'attenuante della buona fede, sarebbe importante che si evitassero errori, soprattutto quelli che non hanno possibilità di appello o di rettifica (sul giornale).

a. f.

Prevenzione dell'ictus

Presso l'Accademia EURAC di Bolzano, il 28 giugno 2013 si tiene la Conferenza interregionale sul tema: "La prevenzione riduce il rischio di ictus: sfide e opportunità nel nuovo millennio". All'incontro, che si svolge in collaborazione tra le provincie di Trento, Bolzano e del Tirolo, sono naturalmente invitati anche i medici della provincia di Trento.

Editoria

Il bollettino dei malati reumatici

È arrivato in redazione il numero 18 (anno VII) del Notiziario dell'Associazione Trentina Malati Reumatici. Un bollettino quadrimestrale che porta in copertina lo slogan "Una mano alla speranza". Nell'editoriale, la presidente dell'ATMAR, la dott.ssa Annamaria Marchionne, scrive che "Il nuovo consiglio direttivo ATMAR ha iniziato il suo mandato con spirito di collegialità, di condivisione e di rinnovata dedizione ai problemi dei nostri malati, consapevole che è compito dell'Associazione anche alimentare la speranza verso un nuovo orizzonte che rimetta al centro l'Uomo, la sua fragilità esistenziale, le sue aspirazioni ed attese".

Fra le iniziative del 2013 di ATMAR, il progetto Sirio: "Una luce sulle malattie del silenzio", vale a dire una campagna di sensibilizzazione sulle malattie reumatiche che farà tappa in varie località del Trentino. All'assemblea di primavera dell'ATMAR – che si è tenuta il 13 aprile alla Fondazione Kessler di Trento – Lucia Facchinelli, presidente de "Il Volo", associazione per le Malattie Reumatiche del Bambino, ha ricordato che i bambini affetti da patologia specifica, in Italia, sono circa venticinquemila. "L'impegno del Volo (la prima associazione è nata a Padova il 17 aprile 2001) si concentra nel promuovere la ricerca scientifica, coinvolgendo e aggiornando i pediatri di base al fine di agevolare una diagnosi precoce e una cura

efficace e tempestiva". Ancora: "Poiché molte malattie reumatiche rientrano tra quelle "rare", il Volo si è impegnato anche su questo fronte, garantendo la partecipazione annuale alla giornata Europea sulle malattie rare".

Obiettivo immediato, peraltro, è quello di rendere operativo il progetto "Tridentum" per garantire ai piccoli pazienti della regione la possibilità di sottoporsi a controlli periodici presso l'ospedale di Trento, seguiti dai medici di Padova che li hanno avuti in cura



La copertina del notiziario dell'ATMAR

finora. I sanitari patavini, inoltre, si sono impegnati a formare personale medico e addetti alla riabilitazione trentini.

Gli iscritti all'ATMAR sono circa 1.100.

Il notiziario informa anche che il convegno annuale promosso dall'Associazione si terrà il 16 novembre 2013 presso il Grand Hotel Trento, sul tema: "Le forme del dolore: dolore cronico benigno tra medicina e vissuto del paziente". La partecipazione a tale convegno consentirà ai medici di ottenere crediti formativi così come stabilito dall'Azienda Sanitaria.

Le malattie dette "del silenzio"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006 del Ministero della Salute, indica le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste da sole rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione sopra i 60 anni.

Le malattie reumatiche occupano il secondo posto quale causa d'invalidità dopo le malattie cardiovascolari: nel nostro paese il 27% delle pensioni di invalidità è causato da una malattia reumatica.

In Italia i malati reumatici sono cinque milioni e mezzo, 300 milioni nel mondo. Sulla popolazione dai 19 a 60 anni le malattie reumatiche hanno un'incidenza del 18%, percentuale che sale all'81% negli over 60.

Sono suddivise tra malattie infiammatorie, degenerative ed extra articolari: tra queste si distinguono le malattie meno frequenti, quelle infiammatorie autoimmuni, ma ad alto impatto diagnostico e di elevata competenza specialistica (artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, vasculiti, connettiviti, tra cui lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, polimiosite), che necessitano di complessi livelli organizzativi per consentire la prevenzione di gravi forme di disabilità; le malattie degenerative, quali l'artrosi e l'osteoporosi, a minore impatto diagnostico, ma estremamente diffuse che necessitano di una corretta gestione per minimizzare il rischio di salute, ottimizzare la qualità di vita e le risorse disponibili e i reumatismi

extra articolari, come le periartrosi, le borsiti, le sindromi dolorose miofasciali e, la più diffusa, la sindrome fibromialgica.

Le donne sono le più colpite, quindi si può a pieno titolo parlare di malattie di genere.

Sono malattie tra loro molto varie, con gravità differente. Alcune possono colpire non solo le articolazioni, le ossa, i tendini, ma anche altri tessuti ed organi, avendo così un'espressione sistemica. Possono cioè interessare organi come cuore, polmone, rene, muscolo, intestino, occhio, pelle.

L'idea popolare quindi di "reumatismo" come di forma cronica, legata all'età, della quale tutti devono soffrire, ma in realtà benigna, non trova riscontro se non per alcuni reumatismi "minori", localizzati, più spesso di natura meccanico-degenerativa.

Deve essere subito chiarito che molti reumatismi sono malattie importanti, che portano, oltre che dolore, disabilità, perdita di autonomia funzionale, perdita della capacità di guadagno, perdita importante della qualità di vita, anche rischio di accorciamento della vita stessa sia per la gravità di malattia in sé, sia per gli effetti collaterali dei farmaci, sia per il coinvolgimento di strutture vitali dell'organismo.

Se non curate adeguatamente e nei tempi giusti, dopo dieci anni, il 50% delle forme più severe va incontro a un'invalidità permanente. Nonostante questi numeri così importanti, le malattie reumatiche – che ammontano a più di cento - sono poco conosciute. Sono malattie ancora scarsamente considerate a livello sociale, tanto che sono etichettate come le "malattie del silenzio".

Essere malato reumatico oggi, grazie anche alle maggiori conoscenze scientifiche delle stesse, ai nuovi farmaci oggi a di-



Il consiglio direttivo dell'ATMAR per il triennio 2012-2015

I problemi dei malati reumatici

sposizione, significa non avere più le terribili deformità che caratterizzano alcune patologie e che un tempo erano molto diffuse. Le malattie non sono state debellate, ma la diagnosi precoce consente cure tempestive. Tuttavia, oggi come ieri, essere malato reumatico, significa affrontare ogni giorno la convivenza con il dolore, le limitazioni funzionali, lo stravolgimento della quotidianità, le difficoltà lavorative, le difficoltà negli atti quotidiani di vita, di cura della persona e costi importanti per le terapie.

Spesso la natura progressiva e invalidante di malattie come ad esempio l'artrite reumatoide o la sclerodermia, impatta in modo invalidante sui lavoratori.

Le modificazioni causate dalle malattie sull'attività lavorativa, anche se non hanno immediatamente l'impatto dirompente della perdita tout court del lavoro, sono comunque campanelli d'allarme di una condizione di difficoltà che

hanno sensibili ricadute a livello psicologico/relazionale: dalla difficile interazione con il datore di lavoro causata dalle ripetute assenze, al vero e proprio mobbing, a sentimenti di origine più personale legati ad esempio al pensiero di dover rinunciare alla piena realizzazione professionale e lavorativa e di dover perdere autonomia economica e divenire un peso per la famiglia.

Si tratta quindi di malattie croniche e invalidanti che, oltre a compromettere lo stato di salute, impattano in modo decisivo sulla qualità di vita nel senso più ampio, sulla sfera sociale e relazionale della persona ed evidentemente configurano una serie di modificazioni le modo di vivere a tutti i livelli che finiscono per pesare anche sulla percezione di sé e delle proprie possibilità di realizzazione personale: quindi sulla dimensione psicologica e relazionale.

Anche sotto il profilo affettivo pesante è l'impatto negativo della malattia sulla vita relazionale della coppia, molti malati vedono comprometersi talvolta irrimediabilmente anche i legami più profondi e gli aspetti più intimi della propria vita affettiva. Alto è anche il nu-



mero di malati arrivati a rinunciare alle proprie aspirazioni di genitorialità a causa della malattia. Molte sono le malate per le quali l'insorgenza della malattia ha rappresentato un evento per molti aspetti catastrofico, che ha disgregato relazioni affettive, impedito progetti di realizzazione personale, compro-

Limitazioni nel quotidiano

messo l'immagine e la percezione di sé. Molti farmaci (sintomatici o di fondo) sono controindicati prima e durante la gravidanza e devono essere sospesi se si desidera programmare un figlio.

Molte sono anche le limitazioni nella vita quotidiana: dalla difficoltà a guidare la macchina, a usare i trasporti pubblici, ma anche all'interno della propria casa si può configurare una serie di difficoltà e implicare limitazioni che possono diventare frustrazioni, un'azione semplice come giare la serratura, aprire un barattolo, cucinare, vestirsi lavarsi, accudire i propri figli, la casa, diventa un problema

insormontabile. Pertanto, la quotidianità mette a fuoco limitazioni concrete e oggettive che investono una molteplicità di momenti della giornata e pressoché tutti gli aspetti dell'autonomia, dalla possibilità di muoversi liberamente fuori e dentro la propria abitazione, a quella di gestire la preparazione dei pasti, fino a quella di riposare serenamente.

Molto elevati sono i costi diretti sanitari per prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, spesa per farmaci, te-

rapie non farmacologiche, presidi ed ausili ortopedici, visite e accertamenti, e i costi indiretti, relativi cioè al tempo sottratto ad un'attività lavorativa sia di coloro che sono affette da malattia reumatica, sia dei famigliari che li assistono, quindi il mancato reddito generato dall'assenza di lavoro.

Vi sono poi i costi intangibili, cioè quei costi che si esprimono in termini di sofferenza fisica e psicologica dei pazienti e dei loro familiari i quali, benché non monetizzabili, sono di grande rilevanza sociale e umana.

Il percorso che i malati devono affrontare per arrivare a una diagnosi certa si rivela spesso lungo e tortuoso, mentre è ormai dimostrato che un'azione terapeutica precoce è in grado di ritardare notevolmente o addirittura modificare il decorso della patologia e di migliorare sensibilmente le prospettive e il livello di qualità di vita dei pazienti, spesso compromessi da una scoperta tardiva.

Esiste un nesso stringente fra il ritardo della diagnosi e della terapia appropriata e la gravità dello stato dei pazienti.

Lo sportello d'ascolto dell'ATMAR

È aperto tutti i martedì dalle 10 alle 12 e tutti i giovedì dalle 17 alle 19 presso la sede in Largo Nazario Sauro 11, a Trento. Fornisce informazioni gratuite su problemi di natura assistenziale e sociale (iter per il riconoscimento dell'invalidità, esenzione dal ticket), e materiale sulle diverse malattie reumatiche.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ di ATMAR telefonare dalle 14 alle 19, dal lunedì al venerdì, ai numeri 348 3268464, 0461 260310 oppure inviare una e-mail:

atmar@reumaticitrentino.it

www.reumaticitrentino.it

La sede ATMAR (Largo Nazario Sauro, 11, 38121 Trento) è aperta ogni martedì dalle 10 alle 12 e ogni giovedì dalle 17 alle 19

La nostra storia

a cura di Alberto Folgheraiter

dai Bollettini del 1892-1894

Le epidemie di fine secolo XIX e la credulità della popolazione

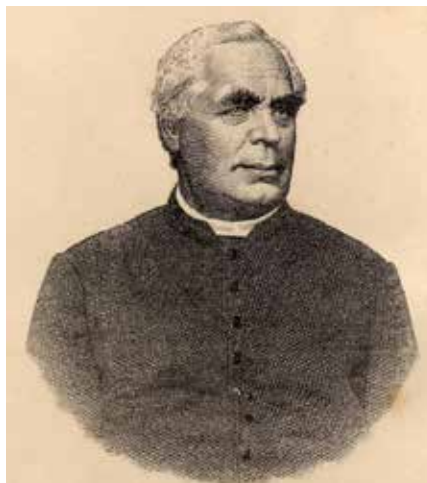
Correva l'anno 1892. In tutta Europa si era "risvegliato" il colera. Casi mortali erano segnalati qua e là dai vari Regni nonostante fosse già inverno (era la prima settimana di dicembre), ma era soprattutto la Russia a preoccupare le autorità sanitarie. Scriveva, infatti, il "Bollettino dell'Associazione medica Tridentina" che dal 5 al 12 novembre erano stati segnalati 3.730 colpiti con 1.464 morti. "Al Sud (della Russia) si ebbe a fare con una plebe ignorante, pre-gna di pregiudizi, guidata da preti ortodossi, fanatici e impostori, ove si cosparsero i medici di petrolio appiccandovi indi il fuoco, oppure se li scannarono, ove si atterrarono gli istituti umanitari, si distrussero le farmacie, di dissotterrarono i cadaveri, ecc., il colera ha menato e mena tuttora stragi, ed in molte località, dopo essere sembrato vicino all'estinzione, si è risvegliato con maggior violenza".

A proposito di "clero ignorante", il "Bollettino" di quella fine d'anno 1892 pubblicava il resoconto di una conferenza "sul suo sistema curativo", tenuta il 28 novembre dal parroco Kneipp (1821-1897).

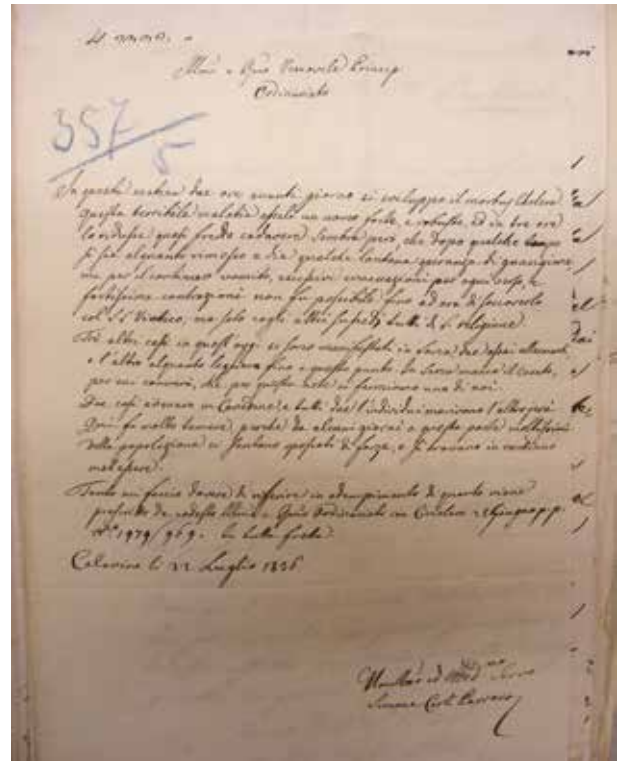
"Il parroco Kneipp incominciò il suo dire decantando la virtù terapeutica dell'acqua riportando molte verità da lunghi anni già confermate dalla scienza medica, stigmatizzò la terapia moderna accusandola di lasciare in un canto o strapazzare il sistema idroterapico

e di abusare di veleni e finì col raccontarci i miracoli della sua cura".

L'estensore dell'articolo, che si firmava L. P., scriveva ancora: "Sebbene mi trovi appena sul limitare della sconfinata estensione che è palestra dello studio medico, pure mi sentirei in grado di ribattere scientificamente, senza tema di venir smentito, le varie fandonie raccontateci dal parroco-medico che alla bonarietà congiunge la più crassa ignoranza in fatto di medicina, come egli stesso confessa [...] Circa le sue meravigliose cure ci narrò di guarigioni istantanee di ammalati che come si poteva intravedere dalla descrizione non erano altro che isterici o neurastenici".



Sebastian Kneipp



Lettera da Calavino che annuncia l'epidemia di colera (1836)

Insufficiente il Manicomio di Pergine Valsugana

Torniamo a parlare del manicomio di Pergine Valsugana che era stato "eretto con grave dispendio dalla Provincia (di Innsbruck) nel 1882". Poiché il resoconto annuale era redatto "solo in lingua tedesca", la direzione del "Bollettino" aveva deciso di darne ampio sunto nella traduzione in lingua italiana.

"Al 1.º Gennaio 1891 il Manicomio accoglieva 237 alienati. Nel corso dell'anno ne vennero assunti 155; in tutti 392. Di questi, 22 mancarono per morte, 58 furono dimessi guariti, 24 migliorati, 52 venne-



Primo padiglione del manicomio di Pergine (fine 1800)

ro rimandati ai rispettivi Comuni come incurabili e qualificati per un Ricovero. [...] Nel corso dell'anno si ebbero 222 domande d'ammissione; sette di queste dovettero venir respinte, perché i rispettivi pazienti "non erano a norma dello Statuto qualificati pel Manicomio"; 61 dovettero temporariamente essere lasciate in sospenso per mancanza di posto e per non sorpassare il prescritto numero di presenze. Il Manicomio di Pergine era stato in origine calcolato per 210 posti, che si aumentarono gradatamente fino a 240. Questa cifra non può essere dal Direttore oltrepassata per espressa ingiunzione della Giunta e per non oltrepassarla senza sospendere addirittura le accettazioni, conviene almeno differirle e licenziare man mano gl'incurabili per far posto ai nuovi venuti. E qui sta il guaio. I dimessi incurati o qualificati per un Ricovero sono una fonte di continui e sempre più gravi imbarazzi ai nostri Comuni; il ritardo nelle accettazioni porta inconvenienti anche più seri. Qualcuno dei *prenotati* nel frattempo si suicida; un altro salta dalla finestra e si rompe ambedue le gambe; un terzo passa a violenze e mette lo scompiglio nella famiglia, nel paese. Anche coi rimandati come incurabili e *non pericolosi* succedono spesso simili inconvenienti e, continuando col sistema attuale, si verificheranno sempre più spesso. Infatti, quanti sono i comuni prov-

veduti d'un *Ricovero*? E quando pure, i nostri *Ricoveri* sono destinati ad accogliere vecchi impotenti per passarvi in pace i loro ultimi giorni e non già pazzi, sia pure di regola non pericolosi.

In realtà questi *incurabili* o ritorna-

no presto o tardi al Manicomio, o vengono mandati al riparto pazzi dell'Ospitale di Trento, che ne può accogliere fino a 100, o si custodiscono in qualche modo negli altri minori Ospitali del Trentino, i quali non sono né adatti né, in ogni modo, sufficienti allo scopo.

Si calcola, infatti, in base ai dati statistici generali [la media generale è di due pazzi per ogni mille abitanti] che nella Provincia del Tirolo esistano, tutto compreso, circa 1600 alienati, due terzi dei quali, cioè mille in cifra rotonda hanno bisogno d'esser custoditi e ricoverati, mentre un terzo può restare alle proprie case. Il manicomio di Hall può accogliere fino a 300 alienati; quello di Pergine 240; in tutto ed al massimo 540. Ne restano dunque da ricoverare quasi altrettanti; senza contare che nel Trentino, causa la prevalenza della *pellagra*, che va sempre più estendendosi, la proporzione dovrebbe essere più svantaggiosa che nel Tirolo tedesco".

Da qui la sottolineatura che si rendeva necessaria l'erezione di un "Ricovero per pazzi che accolga tutti quelli che, a norma dello Statuto, non possono trovar posto nel *Manicomio*".

La Camera dei medici

Il 16 novembre 1893 (120 anni fa) si tennero le elezioni per il consiglio della "Camera Medica", una nuova istituzione voluta dal Governo ed alla quale – stante un "Avviso" del 31 gennaio 1894 – furono "iscritti d'ufficio tutti quei signori medici i quali, al tempo delle elezioni della Camera non presentarono alle competenti autorità la dichiarazione di rinunciare alla pratica medica". Inoltre, in base alla legge del 23 dicembre 1891, ogni "cambio di dimora" di un medico doveva essere "partecipato a questa Camera entro



Veduta dal Castello di Pergine del complesso manicomiale

quattordici giorni".

Le elezioni per il consiglio direttivo della "Camera Medica" avevano creato una frattura all'interno della categoria anche perché l'Associazione Medica Trentina avrebbe voluto che il direttivo della Camera coincidesse con quello dell'Associazione. C'erano ragioni di ordine pratico (in fondo i medici trentini di fine XIX secolo erano appena 153) ma soprattutto di riconoscimento per quanto fatto dall'Associazione la quale, "non imposta dalla legge", aveva rego-

larizzato le condotte mediche e si apprestava a “affrontare e sciogliere possibilmente il problema della Pensioni [per i medici] e di una vasta riforma statutaria”. Secondo il direttore del Bollettino dell'Associazione Medica Tridentina (era il dott. Giovanni Battista Gerloni), “un'associazione doveva aiutare a completare l'altra”. Pertanto, “una direzione comune, il più possibile, delle due Società era la più adatta a realizzare nel modo più naturale questo scopo.” C'erano altre ragioni: “Dato anche il caso che la Camera medica, che deve per forza di legge raccogliere tutti i colleghi, fosse stata destinata a soppiantare o a rendere inutile l'Associazione Medica Tridentina, una Direzione comune serviva opportunamente a impedire scosse violente e squilibri che sono talvolta inevitabili e pur così dannosi agli organismi sociali. E, del resto, sarebbe stato più decoroso che l'Associazione medica avesse da sé stessa decretata la propria morte, anziché subirla per opera degli altri”.

Ravvisando nel voto per la Camera Medica una sfiducia di parte della categoria nei confronti dell'Associazione, il 16 gennaio 1894, a conclusione di una riunione piuttosto “vivace”, la direzione dell'Associazione Medica Tridentina diede le dimissioni. E a tale atto furono invitati anche i due medici (Carlo Sette e Lodovico Sartori) del direttivo dell'Associazione eletti nel Consiglio della Camera Medica.

A nulla erano valse le sollecitazioni del dott. Largajolli per giungere a una “Direzione comune, giacché tutte e due le Società tendono a mantenere il decoro della Casta medica”.

Qualche mese dopo, nel corso del “Terzo ritrovo dei medici giudicariesi” fu “espresso il desiderio unanime che, essendo gli scopi

della medesima [Camera medica] quasi identici a quelli della nostra Associazione, le discussioni e decisioni in quella tenute, fossero pubblicate sul nostro Bollettino”.

Al ritrovo dei medici si parla giudicariese

Il 13 giugno 1894 i medici delle Giudicarie s'incontrarono a Comano (in tutto, compresi gli invitati da Trento, erano diciotto). Erano presenti, infatti, il presidente dell'Associazione Medica Tridenti-



Il medico giudicariese Maturi

na, Giovanni Battista Gerloni, e il presidente della Camera Medica, Brugnara. Il saluto fu portato, in dialetto “del me país”, dal dott. Bruti.

“Caro ‘l me’ President! Nu-aftri v’om sempro volù ben e s’som sempro mitù ‘n li vossi man. È nasù sta

Camera medica (e l’era ora) ma nu-aftri non som gnamò col ca l’è bona da far; som ca ‘l so president, ca ‘n sto moment me togo la libertà de saludâr, l’è ‘n galantom, parché ‘l cognössigom ca l’è ‘n pèz e ca tucc i Delegacc i è bona gènt; ma ‘nfin adèss no i ha gnamò podù far nigot. La nosa Sozietà ‘nveze ‘l som col ca l’ha fat e som anca quand ca vu ve se ‘nprestà per ben so, e som ‘l bèn ca la n’ha fat a nu-aftri. Par cost tignoròm a ment sempro la Sozietà, ca l’è stada la nosa prùma mari, colla ca n’ha latà. Dev’la man donca vu-aftri du President, e tucc du d’accordi, idè la baracca, ca ga nom busugn, parché nigugn aftri pinsa a nu”.

Per coloro che non hanno troppa dimestichezza con la lingua Giudicariese, si impone un traduzione:

“Caro il mio Presidente [della Camera Medica]! Noi altri vi abbiamo sempre voluto bene e ci siamo sempre messi nelle vostre mani. È nata questa Camera medica (e era ora) ma noi altri non sappiamo ancora che cosa è capace di fare; siamo con il suo presidente che in questo momento mi prendo la libertà di salutare, è un galantuomo perché lo conosciamo da molto tempo e qui tutti i Delegati sono brave persone; ma finora non hanno potuto far nulla. La nostra Società, invece, sappiamo che cosa ha fatto e sappiamo anche quanto voi vi siete spesi per il suo bene e sappiamo il bene che ha fatto a noi altri. Per tale ragione terremo sempre a mente [in grande considerazione] la Società che è stata la nostra prima madre, quella che ci ha allattato. Datevi dunque la mano, voi due Presidenti, e tutti e due d’accordo guidate “la baracca” che ne abbiamo bisogno perché nessun altro pensa a noi”.

Inutile dire che, a conclusione del discorso in giudicariese, il dott. Bruti fu salutato con uno scrosciante applauso.

Ancora stragi per la difterite

Da febbraio a marzo del 1894 erano ricomparse la difterite e le malattie esantematiche. Da Ala si segnalavano 19 nuovi casi che, sommati ai precedenti, avevano causato in due anni la morte di 37 bambini su 116 colpiti. Sei morti per “croup e difterite” si erano avuti anche a Caldonazzo, due a Piedicastello di Trento. In tutta la Cisleitania (la vasta regione dell'impero a sud est, che comprendeva anche il Trentino) in appena venti giorni (alla fine del 1893) si erano avuti 4.195 casi di difterite, 1.632 dei quali con esito mortale. A un secolo dalla scoperta e dall'introduzione della “vaccina” (1796) si registravano ancora morti a causa del Vajolo: 93 in Cisleitania.

Nel mese di aprile 1894, sul Bollettino fu pubblicata la prima di varie puntate su “croup e difterite nella Valsugana, con speciale riguardo alle epidemie dell'ultimo quadriennio”.

Esaminando i registri di morte, il medico Antonio Tschurtschenthaler si spinse sino al 1644. Quell'anno, “fra i 94 morti registrati nella parrocchia di Strigno sono compresi 65 morti sotto i dieci anni e non pochi sotto i quindici. Nel 1703 a Grigno, su 48 morti se ne trovano 28 registrati con la dizione “In statu innocentiae ad coelum volavit” [volò in cielo innocente, pertanto ancora

in tenera età]. Epidemie di scarlattina con numerose vittime si ebbero a Borgo Valsugana (1863-1866); Levico Terme (1871-1878); Ospedaletto (1885-1886); Torcegno-Bieno e Tesino (1890-1893).

In particolare, nella conca del Tesino “la malattia durò quasi tre anni”. Ecco quanto scriveva in proposito il dott. Tschurtschenthaler: “Di 735 ragazzi sotto i 15 anni che esistevano in Castello nel 1890, furono colpiti dalla difterite 137 senza contare i colpiti dei nati dopo il 1890. In tutto, sommando anche gli adulti, si ebbero 187 casi con 40 morti, fra i quali

Sono state colpite 92 famiglie fra le 304 esistenti e 75 fra le 194 case abitate da famiglie aventi figli sotto i vent'anni”.

L'epilessia curata col bromuro

Il dott. Riccardo Largajolli, nel bollettino della fine del 1894 pubblicò una memoria sulla sua

attività “di Elettroterapia in condotta”.

Rievocò, tra gli altri, il caso di una bambina di Spormaggiore, di anni 11, epilettica da cinque, che gli fu portata il 10 gennaio 1886. “I genitori causavano come origine del male un fortissimo spavento sofferto in età infantile dalla ragazza”. Da quel momento si era verificato un attacco epilettico ogni dieci-venti giorni. Fu tenuta in cura dal medico per circa quattro anni. In tale periodo “essa consumò circa 8 kili di Bromuro di potassio e fece 476 sedute galvaniche” [elettroterapia]. Scrisse il medico che “la ragazza ap-

parteneva ai poveri del Comune. Sedute elettriche e bromuro non le costavano mai nulla: ecco una parte del segreto della guarigione! Se fosse stata abbiente, probabilmente non sarebbe guarita. Questo è davvero il caso di esclamare che anche la povertà non vien sempre per nuocere”!



Il giorno di visita all'ospedale (Jan Geoffroy - 1889)

nel solo 1892, 148 con 36 morti, che su una popolazione di 2046 abitanti che conta il paese di Castello (non si tiene conto delle frazioni) rappresenta il 74 per mille di morbilità ed il 18 per mille di mortalità, percentuali enormi che tradotti per città raggiungerebbero qualche cosa di spaventevole.

Note CUF

Modifica nota AIFA 13 – farmaci ipolipemizzanti

Determinazione AIFA del 14 novembre 2012 pubblicata in G.U. n. 277 del 27 novembre 2012
È stata modificata la nota AIFA 13 per adeguare la definizione del livello di rischio alle linee guida ESC/EAS, apparse in letteratura subito dopo la pubblicazione della nota stessa.

L'adeguamento a tali linee guida ha comportato la reintroduzione delle relative carte di rischio. Di seguito vengono riportate alcune delle principali novità introdotte con la modifica della nota AIFA:

- ridefinizione del target terapeutico di colesterolo LDL per i pazienti a rischio moderato, che passa da <130 mg/dL a < 115 mg/dL;
- introduzione della prescrivibilità a carico del SSN per le resine sequestranti gli acidi biliari (attualmente l'unico medicinale di classe A in commercio è QUESTRAN*OS 12 BUST 4G a base di colestiramina) come trattamento di III livello in pazienti con ipercolesterolemia familiare monogenica e disbetalipoproteinemia, in associazione alla terapia già in uso;
- per i pazienti con IRC che siano in stadio 3 o 4, in caso di LDL >130 mg/dL, il trattamento di prima scelta è rappresentato dall'associazione simvastatina+ezetimibe e non più dall'atorvastatina, mentre quello di II scelta è rappresentato dalle statine a minima escrezione renale.

Relativamente alla rimborsabilità dei PUFA-N3 (omega-3) nell'indicazione "Prevenzione secondaria in soggetti con pregresso infarto miocardico" si conferma quanto già chiarito dall'AIFA nelle precedenti note ovvero che l'impiego degli omega 3 per tale indicazione è a carico del SSN senza essere assoggettato alla Nota AIFA 13; di conseguenza, per questa indicazione, la Nota non deve essere riportata in ricetta.

Nella sezione *Approfondimenti e basi teoriche della nota* viene inoltre ribadito che **l'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come la modifica degli stili di vita**, raccomandando inoltre, nell'ambito di ciascuna classe di farmaci, la scelta dell'opzione terapeutica meno costosa.

Si riporta il nuovo testo della nota 13.

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:

Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno 3 mesi, e ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo che costituisce parte integrante della presente prescrizione.

Classificazione dei pazienti	Target terapeutico	Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico		
		Trattamento di I livello	Trattamento di II livello	Trattamento di III livello
Categorie di rischio (individuazione del livello di rischio come da tabella 1) *				
Pazienti con rischio moderato	Colesterolo LDL < 115 mg/dl	simvastatina, pravastatina, atorvastatina**		
Pazienti con rischio alto	Colesterolo LDL < 100 mg/dl	simvastatina, pravastatina, atorvastatina** \$ Preferenzialmente atorvastatina se necessaria riduzione del colesterolo LDL > 50%	rosuvastatina, ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita)**	
Pazienti con rischio molto alto	Colesterolo LDL < 70 mg/dl	atorvastatina, pravastatina, simvastatina** \$ rosuvastatina nei soli pazienti in cui sia richiesta riduzione > 50% o in cui ci sia rischio di sospensione del trattamento con atorvastatina per effetti collaterali severi nei primi 6 mesi	ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita)**	
Particolari categorie di pazienti				
Pazienti in trattamento con statine con HDL basse (< 40 mg nei M e 50 nelle F) e/o trigliceridi elevati (> 200 mg/dl)		Fibrati		

* Per i pazienti con livello di rischio basso è indicata solamente la modifica dello stile di vita. Per i pazienti con livello di rischio medio è indicata la modifica dello stile di vita con rivalutazione ogni 6 mesi.

**Nei pazienti che siano intolleranti alle statine, per il conseguimento del target terapeutico è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia.

\$ Nei pazienti con sindromi coronariche acute o in quelli sottoposti ad interventi di rivascolarizzazione percutanea è indicata atorvastatina a dosaggio elevato (> 40 mg).

Dislipidemie familiari secondo i criteri specificati al relativo paragrafo che costituisce parte integrante della presente prescrizione. Tali pazienti sono da considerarsi a rischio alto e pertanto l'obiettivo terapeutico è un valore di LDL-C < 100 mg/dl

Dislipidemia	Farmaci prescrivibili a carico del SSN		
	Trattamento di I livello	Trattamento di II livello	Trattamento di III livello
Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH)	simvastatina, pravastatina, atorvastatina**	rosuvastatina, ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituata)**	aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari
Iperlipidemia familiare combinata	simvastatina, pravastatina, atorvastatina**	rosuvastatina, PUFAN3***, ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituata)**	
Disbetalipoproteinemia	simvastatina, pravastatina, atorvastatina**	fibrati rosuvastatina, ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituata)**	aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari
Iperchilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie	fibrati	fibrati in associazione a PUFA-N3***	

**Nei pazienti che siano intolleranti alle statine, per il conseguimento del target terapeutico è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia.

*** La presente nota non si applica alla prescrivibilità dei PUFA-N3 nell'indicazione "Prevenzione secondaria in soggetti con pregresso infarto miocardico".

Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica in stadio 3 e 4 (con filtrato glomerulare compreso tra 15 e 60) secondo i criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo che costituisce parte integrante della presente prescrizione. Tali pazienti sono da considerarsi a rischio molto alto e pertanto l'obiettivo terapeutico è un valore di LDL-C < 70 mg/dl

Per pazienti adulti con IRC il trattamento farmacologico delle dislipidemie è indicato, nel caso di insuccesso di dieta e cambiamento di abitudini di vita:

	Farmaci prescrivibili a carico del SSN
– per livelli di trigliceridi >500 mg/dl	PUFA-N3***
– per livelli di LDL-C >130 mg/dl	I scelta: simvastatina + ezetimibe II scelta: altre statine a minima escrezione renale (*)

(*): vedi linee guida ESC/EAS 2011

*** La presente nota non si applica alla prescrivibilità dei PUFA-N3 nell'indicazione "Prevenzione secondaria in soggetti con pregresso infarto miocardico".

Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette dalla sola dieta secondo i criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo che costituisce parte integrante della prescrizione

	Farmaci prescrivibili a carico del SSN
Farmaci immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi	<ul style="list-style-type: none"> • Statine considerando con la massima attenzione l'interferenza con il trattamento antiretrovirale altamente attivo (HAART). • Fibrati nel caso sia predominante l'iperTG. • Ezetimibe in monoterapia per i pazienti che non tollerano il trattamento con statine o non possono eseguirlo

L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come il controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc.).

CARTA DEL RISCHIO

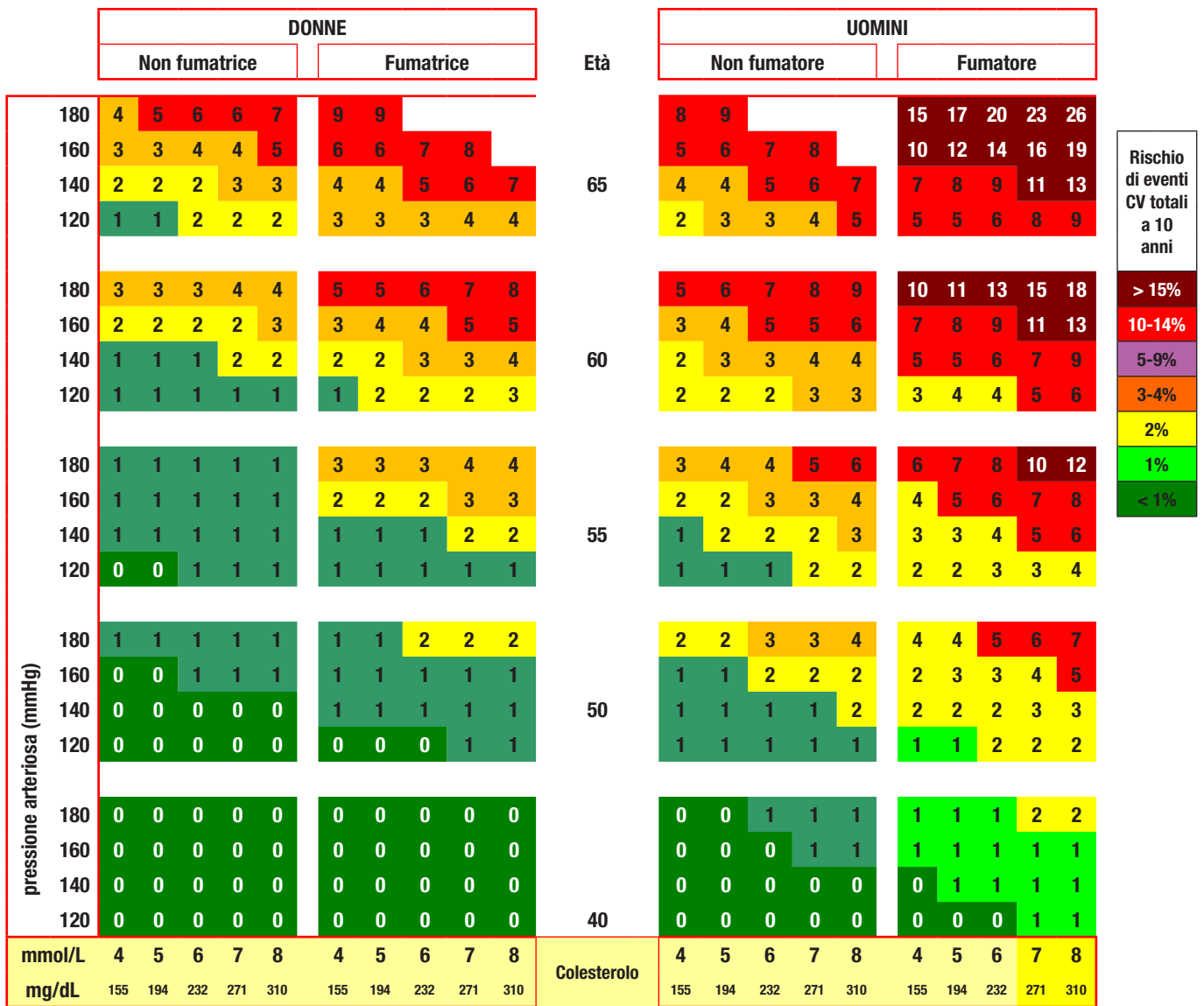


Tabella 1

Livello di Rischio del Paziente	Stratificazione del rischio cardiovascolare	TT LDL Colesterolo
Pazienti con rischio basso	> Pazienti con risk SCORE <1% per CVD fatale a 10 anni	
Pazienti con rischio medio	> Pazienti con risk SCORE ≥1% e <5% per CVD fatale a 10 anni (vedi carte allegate)	<130 mg/dl
Pazienti con rischio moderato	> Pazienti con risk SCORE ≥5% e <10% per CVD fatale a 10 anni (vedi carte allegate) > Pazienti con dislipidemie familiari > Pazienti con ipertensione severa	<115mg/dl
Pazienti con rischio alto	> Pazienti con risk score ≥10%-14% per CVD fatale a 10 anni (vedi carte allegate) > Pazienti con malattia coronarica (CHD), stroke ischemico, arteriopatie periferiche (PAD), pregresso infarto, bypass aorto-coronarico, > Diabetici tipo 2 > Diabetici di tipo 1 con markers di danno d'organo (come la microalbuminuria) > Pazienti con IRC e filtrato glomerulare <60ml/min/1.73m2.	≤ 100mg/dl riduzione del colesterolo LDL >50%
Pazienti con rischio molto alto	> Pazienti con risk score ≥15% per CVD fatale a 10 anni	≤ 70mg/dl riduzione del colesterolo LDL >50%

Approfondimenti

e basi teoriche della nota

1. Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta e ipercolesterolemia poligenica

La tabella in box definisce i criteri per l'ammissione iniziale dei pazienti alla terapia rimborsabile, associando alla stratificazione del rischio il relativo target terapeutico e, in funzione di entrambi, la relativa proposta di trattamento rimborsabile; la tabella è stata integrata sulla base di particolari patologie o condizioni cliniche associate (bassi livelli di HDL, ipertrigliceridemia isolata non secondaria) che consentono una completa copertura farmaco-terapeutica dei pazienti a

rischio. Solo dopo 3 mesi di dieta e di modifica dello stile di vita adeguatamente proposta al paziente ed eseguita in modo corretto, dopo aver escluso le dislipidemie dovute ad altre patologie (ad esempio l'ipotiroidismo) si può valutare l'inizio della terapia farmacologica. L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come la modifica degli stili di vita. E' inoltre raccomandabile, nell'ambito di ciascuna classe di farmaci, la scelta dell'opzione terapeutica meno costosa. La nota 13, secondo l'approccio terapeutico indicato in tabella, stabilisce, in via principale, i target terapeutici (TT) di LDL colesterolo in presenza di fattori di rischio di malattia coronarica e/o di malattia rischio equivalente.

Accanto a ciascun target terapeutico la nota 13 identifica il farmaco di prima scelta per la terapia d'ingresso. È sempre necessario assicurare l'ottimizzazione del dosaggio della statina prima di prendere in considerazione la sua sostituzione o la sua associazione. L'impiego di farmaci di II ed eventualmente III scelta può essere ammesso solo quando il trattamento di prima linea a dosaggio adeguato si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento della riduzione attesa del LDL-C e/o della riduzione di almeno il 50% del colesterolo LDL o abbia indotto effetti collaterali.

Al fine dell'appropriatezza prescrittiva, che tiene nel dovuto conto soprattutto il migliore trattamento del paziente con l'obiettivo di prevenire gli eventi CV, sarà essenziale il monitoraggio clinico per poter documentare il momento e le cause che richiedano la sostituzione della terapia o la sua associazione con altri farmaci.

L'uso della rosuvastatina e delle associazioni di statine con ezetimibe deve essere riservato esclusivamente ai pazienti ad alto rischio

che non raggiungono i target terapeutici dopo almeno 6 mesi di terapia.

Per i pazienti con dislipidemia aterogenica (TG>200 mg/dl, HDL < 34 mg/dl) e per quelli con ipertrigliceridemia i farmaci di seconda linea da somministrare in associazione sono i fibrati. Tra questi ultimi farmaci l'unico con evidenza di sicurezza di uso nei pazienti in terapia con statine è il fenofibrato. I PUFA-N3 sono da considerarsi farmaci di terza linea.

La nota 13 ha riconsiderato, su aggiornate basi farmaco-terapeutiche, il ruolo dell'associazione tra ezetimibe e statine; infatti l'ezetimibe è un farmaco che inibisce l'assorbimento del colesterolo e che, utilizzato in monoterapia, riduce i livelli di LDL-C dal 15% al 22% dei valori di base.

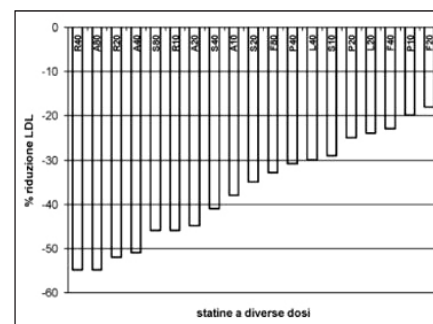
Mentre il ruolo dell'ezetimibe in monoterapia nei pazienti con elevati livelli di LDL-C è, perciò, molto limitato, l'azione di ezetimibe è complementare a quella delle statine; infatti le statine che riducono la biosintesi del colesterolo, tendono ad aumentare il suo assorbimento a livello intestinale; l'ezetimibe che inibisce l'assorbimento intestinale di colesterolo tende ad aumentare la sua biosintesi a livello epatico. Per questo motivo, l'ezetimibe in associazione ad una statina può determinare una ulteriore riduzione di LDL-C

(indipendentemente dalla statina utilizzata e dalla sua posologia) del 15%-20%. Quindi, l'associazione tra ezetimibe e statine sia in forma preconstituita che estemporanea è utile e rimborsata dal SSN solo nei pazienti nei quali le statine a dose considerata ottimale non consentono di raggiungere il target terapeutico.

Nei pazienti che siano intolleranti alle statine è altresì ammessa, a carico del SSN, la monoterapia con ezetimibe.

La seguente figura presenta l'entità della riduzione del colesterolo LDL ottenibile con le diverse statine ai diversi dosaggi disponibili in commercio.

Grafico della riduzione percentuale del colesterolo LDL adattato dal documento del NHS Foundation Trust "Guidelines on statin prescribing in the prevention of cardiovascular disease" (2006).



I principi attivi più efficaci sono sulla sinistra del grafico (A=atorvastatina, F=fluvastatina, R=rosuvastatina, L=lovastatina, P=pravastatina, S=simvastatina. La dose è indicata dopo la lettera che indica il farmaco).

Classificazione in base al livello di rischio

In accordo con le Linee Guida dell'ESC/EAS per il trattamento della dislipidemia, è stato possibile procedere a una stratificazione del rischio come riportato nella tabella 1 di pag 27.

Secondo i criteri sopra stabiliti, (vedi carta del rischio allegata) i pazienti con risk score < 1% per CVD fatale a 10 anni sono considerati a basso rischio. Il trattamento di tali pazienti consiste nella modifica dello stile di vita. I pazienti con risk score > 1% e < 5% sono da considerare a rischio medio, per tali pazienti è indicata la modifica dello stile di vita con rivalutazione ogni 6 mesi. Sono da considerare pazienti a rischio moderato coloro che presentano un risk score > a 5% e < al 10% per CVD fatale a 10 anni, mentre sono da considerarsi individui a rischio elevato i sogget-

ti con uno score tra > 10% e 14% mentre i soggetti con risk score > 15% sono da considerarsi a rischio molto alto. In questi soggetti la colesterolemia LDL va ricondotta ad un valore < 70 mg/dl.

Particolari categorie di pazienti

- Per quanto riguarda i pazienti diabetici va considerato che in questa tipologia di pazienti le LDL sono impoverite in colesterolo e arricchite in trigliceridi; pertanto il dosaggio del colesterolo LDL non fornisce una adeguata informazione sul suo reale valore e quindi anche sul TT che deve essere raggiunto. In questi pazienti dovrebbe quindi essere considerato anche il dosaggio dell'ApoB sia per stabilire il momento di inizio della terapia, sia per quanto riguarda il TT da raggiungere. L'ApoB infatti è indicativo del numero di particelle circolanti dato che ogni particella di LDL contiene una molecola di ApoB. Il dosaggio dell'ApoB sarebbe utile anche nei soggetti con sindrome metabolica e nei pazienti con insufficienza renale cronica. Il colesterolo non HDL, inoltre, la cui determinazione può essere utile se non è possibile il dosaggio dell'ApoB, si calcola facilmente dal colesterolo totale (TC) meno HDL-C.

- Anche isolati elevati livelli di trigliceridi costituiscono un fattore di rischio. Recenti meta-analisi hanno infatti dimostrato che l'aumento dei trigliceridi aumenta il rischio CV anche dopo aggiustamento per le variabili interferenti incluso il colesterolo HDL. Le ragioni del rischio associate ad una trigliceridemia > 150 mg/dl sono verosimilmente da attribuire a 2 fattori: 1) persistenza in circolo di Ip remnants post/prandiali ad alta potenzialità aterogena per l'elevato contenuto in colesterolo e captazione da parte dei macrofagi; 2) modificazioni compositi-

ve che inducono sulle altre Ip in particolare sulle LDL.

Altre categorie di pazienti a rischio sono le seguenti:

- pazienti con livelli elevati LP(a) > 50 mg/dl
- pazienti con HDL basse (< 40 mg/dl M e < 50 F). Si consideri a tale proposito che più del 50% dei pazienti con coronaropatia documentata hanno bassi livelli di HDL.

2. Dislipidemie familiari

Le dislipidemie familiari sono malattie su base genetica caratterizzate da elevati livelli di alcune frazioni lipidiche plasmatiche e, spesso, da una grave e precoce insorgenza di malattie CV. Le dislipidemie erano classicamente distinte secondo la classificazione di Frederickson, basata sull'individuazione delle frazioni lipoproteiche aumentate; questa classificazione è oggi in parte superata da una classificazione genotipica, basata sull'identificazione delle alterazioni geniche responsabili.

Ad oggi non sono tuttavia definiti criteri internazionali consolidati per la diagnosi molecolare di tutte le principali dislipidemie familiari, e l'applicabilità clinica pratica di tali criteri è comunque limitata: il loro riconoscimento va quindi effettuato impiegando algoritmi diagnostici che si basano sulla combinazione di criteri biochimici, clinici ed anamnestici.

È essenziale, per la diagnosi di dislipidemia familiare, escludere preliminarmente tutte le forme di iperlipidemia secondaria o da farmaci. Tra le dislipidemie familiari dominanti e recessive che più frequentemente si associano ad un rischio aumentato di cardiopatia ischemica prematura, vanno ricordate le ipercolesterolemie familiari autosomiche dominanti (ADH1, ADH2, ADH3) e recessive, l'iperlipidemia familiare combinata (FCH), la disbetalipoproteinemia e le gravi

iperchilomicronemie/ipertigliceridemie, come indicate nel box con il relativo difetto genetico. In tutti questi pazienti l'obiettivo primario della terapia è di portare la colesterolemia a valori più bassi possibile. Rimandando alle Linee Guida dell'ESC/EAS per una descrizione più dettagliata dei criteri diagnostici, ai fini dell'appropriata prescrizione dei medicinali in Nota 13 si riportano di seguito i principali criteri clinici per la diagnosi delle forme familiari più comuni.

Ipercolesterolemia familiare monogenica, o FH Malattia genetica (con prevalenza nel nostro Paese intorno ad 1:500) frequentemente dovuta a mutazioni del gene che codifica il recettore delle LDL. Benché una diagnosi certa sia ottenibile solamente mediante metodiche di analisi molecolare, questa dislipidemia, nella pratica clinica, può essere diagnosticata con ragionevole certezza mediante un complesso di criteri biochimici, clinici ed anamnestici. I cardini di questi criteri, sostanzialmente condivisi da tutti gli algoritmi diagnostici proposti, includono:

- colesterolemia LDL superiore a 190 mg/dl più trasmissione verticale della malattia, documentata dalla presenza di analoga alterazione biochimica nei familiari del probando.

In assenza di informazioni sul profilo lipidico dei familiari il sospetto è molto forte se insieme alla colesterolemia LDL superiore a 190 mg/dl si osservano:

- presenza di xantomatosi tendinea nel probando

oppure

- un'anamnesi positiva per cardiopatia ischemica precoce (prima dei 55 anni negli uomini, prima dei 60 nelle donne) nel probando o nei familiari di I e II grado (nonni, genitori, fratelli) o la presenza di grave ipercolesterolemia in figli in età prepubere.

Dati recenti suggeriscono che un appropriato trattamento dei pazienti con ipercolesterolemia familiare conduce ad un sostanziale abbattimento del loro eccesso di rischio cardiovascolare.

Iperlipidemia combinata familiare, o FCH

Questa malattia (con prevalenza nel nostro Paese intorno ad 1-2:100) è caratterizzata da una importante variabilità fenotipica ed è collegata a numerose variazioni genetiche, con meccanismi fisiopatologici apparentemente legati ad un'iperproduzione di apo B-100, e quindi delle VLDL.

I criteri diagnostici sui quali è presente un consenso sono:

- colesterolemia LDL superiore a 160 mg/dl e/o trigliceridemia superiore a 200 mg/dl più
- documentazione nei membri della stessa famiglia (I e II grado) di più casi di ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia (fenotipi multipli), spesso con variabilità fenotipica nel tempo (passaggio da ipercolesterolemia ad ipertrigliceridemia, o a forme miste).

In assenza di documentazione sui familiari, la dislipidemia familiare è fortemente sospetta in presenza di una diagnosi anamnestica o clinica o strumentale di arteriosclerosi precoce.

È indispensabile per la validità della diagnosi di iperlipidemia combinata familiare escludere le famiglie in cui siano presenti unicamente ipercolesterolemia o ipertrigliceridemia.

Disbetalipoproteinemia familiare

Patologia molto rara (con prevalenza nel nostro Paese intorno ad 1:10.000) che si manifesta in soggetti omozigoti per l'isoforma E2 dell'apolipoproteina E. La patologia si manifesta in realtà solamente in una piccola percentuale dei pazienti E2/E2, per motivi non ancora ben noti.

I criteri diagnostici includono valori sia di colesterolemia che di trigliceridemia intorno ai 400-500 mg/dl più presenza di larga banda beta, da fusione delle bande VLDL ed LDL, alla elettroforesi delle lipoproteine.

La presenza di uno di questi fattori aumenta la validità della diagnosi:

- xantomi tuberosi,
- xantomi striati palmari (strie giallastre nelle pieghe interdigitali o sulla superficie palmare delle mani, da considerare molto specifici).

3. Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica (IRC)

Per il trattamento ipocolesterolemizzante dei pazienti con insufficienza renale (eGFR < 60 ml/min/1.73m²) è necessario prestare attenzione alla scelta della terapia a seconda del grado di insufficienza renale.

Le statine si sono dimostrate efficaci nel ridurre gli eventi cardiovascolari nei pazienti con insufficienza renale cronica, di ridurre la proteinuria e di rallentare la progressione della malattia renale.

Tutte le statine sono prevalentemente escrete attraverso il fegato nelle vie biliari e quindi con le feci nell'intestino. Una parte minore, meno del 13% viene eliminata attraverso il rene, in percentuale diversa a seconda della statina (Godman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 1996, pag. 887).

Nei pazienti con IRC in stadio 5 (GFR < 15 ml/min o in trattamento sostitutivo della funzione renale) le evidenze attuali, desunte dai pochi studi di intervento pubblicati, non sono favorevoli al trattamento della dislipidemia. Il recente risultato dello studio AURORA, che valutava l'effetto di rosuvastatina in una popolazione di pazienti con IRC allo stadio finale, ha dimostrato che, a fronte di una riduzione del

LDL-C, il trattamento con statina non era associato ad una riduzione dell'end-point combinato di IMA, stroke e morte cardiovascolare.

4. Iperlipidemie indotte da farmaci (immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi)

Un incremento del colesterolo totale e delle frazioni a basso peso molecolare (LDL e VLDL), dei TG e dell'apolipoproteina B sono stati riscontrati:

- nel 60-80% dei pazienti sottoposti a trapianto di cuore e che ricevono una terapia immunosoppressiva standard comprensiva di steroidi, ciclosporina e azatioprina
- nel 45% dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato
- in una percentuale di pazienti sottoposti a trapianto di rene che a seconda delle varie casistiche considerate arriva fino al 60%.

Numerosi studi effettuati su campioni di popolazione di adeguata numerosità hanno consentito di dimostrare la correlazione tra iperlipidemia e lo sviluppo di aterosclerosi e conseguentemente di malattia cardiovascolare.

L'iperlipidemia indotta dai farmaci immunosoppressivi, inoltre, accelera lo sviluppo della cosiddetta GVC (graft coronary vasculopathy), una forma di aterosclerosi coronarica accelerata che rappresenta la più comune causa di morte tardiva post-trapianto di cuore e che si riscontra in questi pazienti con un'incidenza annua pari al 10%.

Alla luce di questi dati, nella pratica clinica l'utilizzo di farmaci ipolipemizzanti nei pazienti sottoposti a trapianto di organo solido si è reso indispensabile laddove l'utilizzo di un regime dietetico controllato a basso contenuto di colesterolo e la riduzione di eventuali ulteriori fattori di rischio cardiovascolare modificabili non sia stata sufficiente per mantenere i valori di coleste-

rolema entro i limiti consigliati e laddove non sia proponibile l'utilizzo di uno schema alternativo di terapia antirigetto.

Nei pazienti con infezione da HIV, a seguito dell'introduzione della HAART (terapia antiretrovirale di combinazione ad alta efficacia), è frequente l'insorgenza di dislipidemia indotta dai farmaci antiretrovirali che, nel tempo, può contribuire ad un aumento dell'incidenza di eventi cardiovascolari, sviluppati anche in giovane età.

Da studi di coorte prospettici, se pur non tutti concordi, emerge un rischio relativo di eventi ischemici vascolari pari a circa 1,25 per anno, con incremento progressivo e proporzionale alla durata di esposizione alla terapia antiretrovirale.

La prevalenza di dislipidemia nei pazienti HIV positivi è variabile in rapporto al tipo di terapia antiretrovirale; comunque è intorno al 25% per la colesterolemia ed oltre il 30% per l'ipertrigliceridemia (indotta in particolare dall'interferone).

Alla luce di questi dati, nella pratica clinica l'utilizzo di farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con infezione da HIV in trattamento antiretrovirale si è reso necessario, laddove la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare "modificabili" non si riveli sufficiente e laddove, per motivi clinici e/o virologici, non sia sostituibile la terapia antiretrovirale in atto. In questi casi si possono utilizzare statine di secondo livello.

Nei pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali il trattamento con simvastatina è controindicato. È stato dimostrato che gli inibitori dell'aromatasi (anastrozolo, letrozolo ed exemestane) possono aumentare il livello di colesterolo sierico in meno del 7% dei pazienti trattati. Poiché l'anastrozolo a dosi molto elevate è un inibitore del CYP1A2, CYP3A4 e CYP2C8/9 ed il letrozolo è un modesto inibi-

tore del CYP2C19, se tali inibitori dell'aromatasi sono associati alla rosuvastatina, si può osservare una ridotta attivazione o un ridotto metabolismo della rosuvastatina.

Essendo la pravastatina un debole induttore del CYP3A4 riduce i livelli plasmatici dei su citati inibitori dell'aromatasi.

Bibliografia

Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study. *Circulation* 2002;105:310-5

Brunzell JD Hypertiglyceridemia *N Engl Med* 2007;357:1009-1017

Cooney MT, Dudina A, D'Agostino R, Graham IM. Cardiovascular risk-estimation systems in primary prevention: do they differ? Do they make a difference? Can we see the future? *Circulation*. 2010 Jul 20; 122(3):300-10.

Cooney MT, Kotseva K, Dudina A, De Backer G, Wood D, Graham I. Determinants of risk factor control in subjects with coronary heart disease: a report from the EUROASPIRE III investigators. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Apr. 18

European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman MJ, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Filardi PP, Riccardi G, Storey RF, Wood D; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011 Jul; 32(14):1769-818.

Fellström BC, Jardine AG, Schmieder RE, et al AURORA Study Group. Rosuvastatin and cardiovascular events in patients undergoing hemodialysis. *N. Engl J Med*. 2009 Apr 2; 360(14):1395-407. Epub 2009 Mar 30. Erratum in: *N Engl J Med*. 2010 Apr 15;362 (15):1450.

Ferns G, Ketis V, Griffin B. Investigation and management of hypertriglyceridaemia. 1. *Clin Pathol*. 2008 Nov;61(11):1174-83

"Guidelines on statin prescribing in the prevention of cardiovascular disease" NHS Foundation Trust (2006).

Leaf DA Chylomicronemia and the chylomicronemia syndrome: a practical approach to management. *Am J Med*. 2008 Jan; 121(1):10-2.

Naoumova RP Soutar AK Mechanisms of

Disease: Genetic Causes of Familial Hypercholesterolemia *Nat Clin Pract Cardiovasc Med CME*. 2007;4 (4): 214-225.

Pajukanta P, Terwillinger JD, Perola M, Hiekkalinna T, Nuotio I, Ellonen P, Parkkonen M, Hartiala J, Ylitalo K, Pihlajamäki J, Porkka K, Laasko M, Viikari J, Ehnholm C, Taskinen MR, Peltonen L. Genomewide scan for familial combined hyperlipidemia genes in Finnish families, suggesting multiple susceptibility loci influencing triglyceride, cholesterol, and apolipoprotein B levels. *Am J Hum Genet* 1999; 64: 1453-1463. Paynter NP, Chasman DI, Buring JE, et al. Cardiovascular disease risk prediction with and without Knowledge of genetic variation at chromosome 9p21.3. *Am. Intern Med*. 2009; 150:474-84

Pyörälä K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart Journal*. 1994 Oct; 15(10):1300-31.

Porkka KV, Nuotio I, Pajukanta P, Ehnholm C, Suurinkeroinen L, Syvanne M, Lehtimäki T, Lahdenkari AT, Lahdenpera S, Ylitalo K, Antikainen M, Perola M, Raitakari OT, Kovanen P, Viikari JS, Peltonen L, Taskinen MR. Phenotype expression in familial combined hyperlipidemia. *Atherosclerosis* 1997; 133:245-253

Reiner Z, Catapano AL, de Backer G et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias. *Eur Heart Journal*, 2011; 32:1769-18 18.

Schenner MT, Sieverding P, Shekelle PG: Delivery of genomic medicine for common chronic adult disease: a systematic review. *JAMA*, 2008; 299:1320-34.

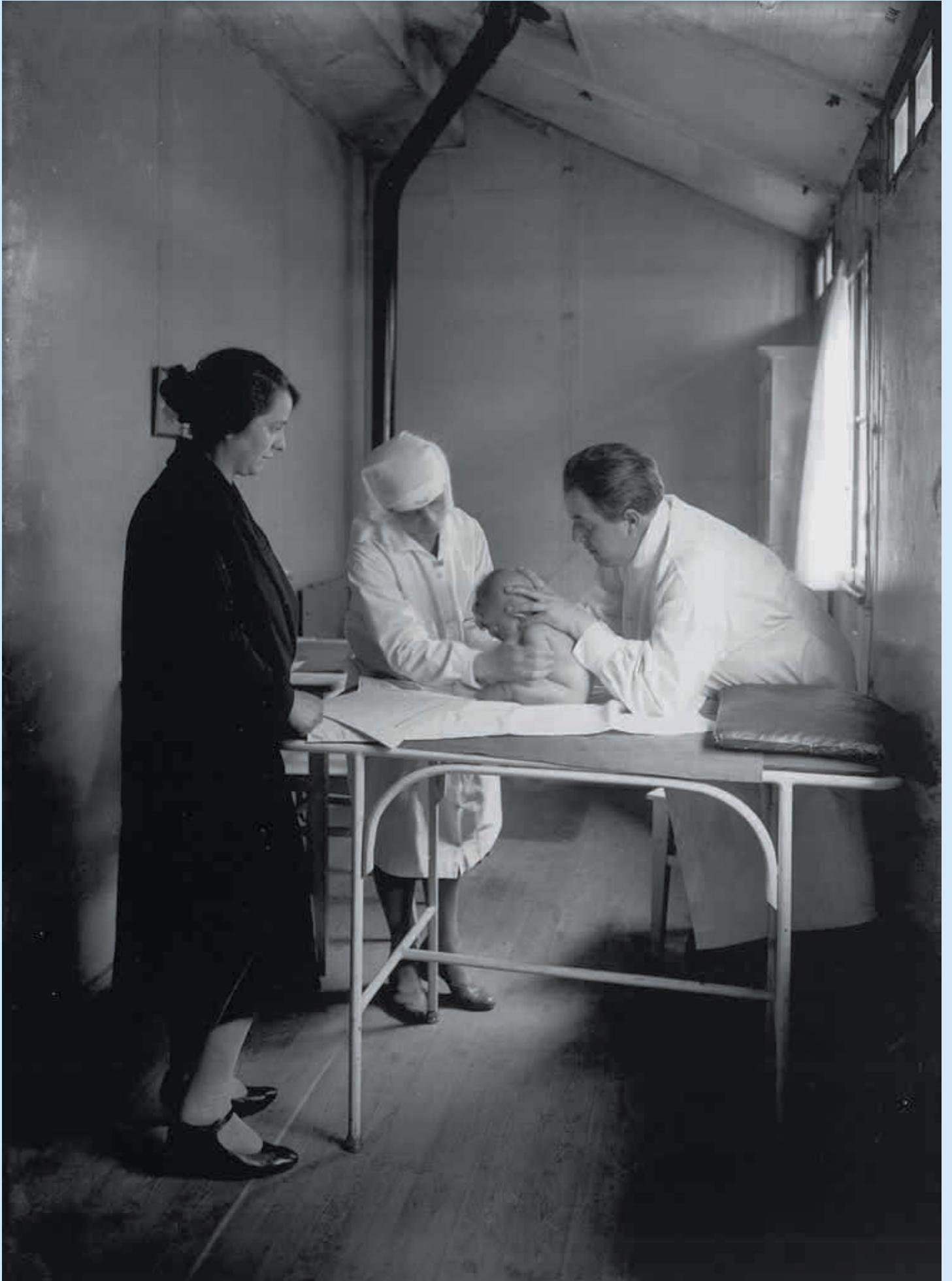
Soutar AR Rare genetic causes of autosomal dominant or recessive hypercholesterolaemia *IUBMB Life Volume 62, Issue 2, pages 125-131, February 2010.*

Suviolahti E, Lilja HE, Pajukanta P. Unraveling the complex genetics of familial combined hyperlipidemia. *Ann Med* 2006; 385:337-51.

Triglyceride Coronary Disease Genetics Consortium and Emerging Risk Factors Collaboration Triglyceride-mediated pathways and coronary disease: collaborative analysis of 101 studies. *Lancet*. 2010 May 8; 375 (9726): 1634-9

Venkatesan S, Cullen P, Pacy P, Halliday D, Scott J. Stable isotopes show a direct relation between VLDL apoB overproduction and serum triglyceride levels and indicate a metabolically and biochemically coherent basis for familial combined hyperlipidemia. *Arterioscler Thromb* 1993; 13:1110-1118.

Wierzbicki AS, Humphries ES, Minhas R Familial Hypercholesterolaemia: summary of NICE guidance *BMJ* 2008; 337:a 1095.



Visita pediatrica in un ambulatorio dell'ONAIR a Trento (circa 1930)