

EDITORIALE

Cari colleghi

In questi ultimi mesi ho dovuto frequentare, per vari motivi, tutti gli ospedali pubblici e privati del Molise. L'impressione è stata più che positiva per i livelli di assistenza e la qualità dei servizi offerti. Forse c'è anche il privilegio di essere medico. Se così è, mi auguro che tutti i pazienti siano trattati allo stesso modo, sempre e dovunque. In ogni caso, vi propongo che il nostro Bollettino "Aesernia Medica" diventi anche una tribuna per chiunque voglia segnalare, firmando e rendendosi riconoscibile, casi di buona o cattiva sanità nella nostra regione.

Intanto, apprendiamo con sconcerto ed incredulità che, ancora una volta, la stampa ed i mass media nazionali riportano alcune cifre sul tema della "malasanità" in Italia. Il dato di 90 morti al giorno per errori sanitari non solo è falso, ma non ha alcuna provenienza scientifica o statisticamente attendibile. Se così fosse, avremmo 32.850 decessi all'anno causati da errori medici: un bilancio di vittime assimilabile ad una strage. Questi dati non vengono da un osservatorio epidemiologico, né dal Ministero della Sanità, né dall'ISTAT, né da tribunali o procure della repubblica.

Come medici (e come Ordine professionale che ha anche il compito di "vigilare" sulle pratiche cliniche) sentiamo il dovere di contestare con forza quanto è lesivo per tutta la classe medica, perché basato esclusivamente sulla fantasia o sulla malafede di chi diffonde fatti non accertati. È accaduto spesso anche nella nostra provincia che la stampa locale abbia avuto titoli scandalistici e sensazionalistici che hanno arrecato danno a qualche medico ed allarme ai cittadini.

C'è bisogno di serenità e chiarezza nell'informazione sanitaria. Sicuramente nella nostra professione esistono errori umani che vanno

prevenuti. Il grande filosofo austriaco Karl Raimund Popper (1902-1994) ha sostenuto il carattere congetturale delle proposizioni scientifiche, di cui un solo esempio contrario consente di dimostrarne la falsità. A proposito dell'errore medico, egli afferma (cito a memoria):

«Bisogna imparare dagli errori. Gli errori si verificano in medicina come in ogni altro ambito della scienza e della vita: le loro conseguenze possono essere banali, ma spesso sono serie e catastrofiche. Alcuni errori non possono essere evitati, altri sono evitabili e perciò colpevoli. Si possono prendere misure per correggere gli errori, ma in molti casi lo sbaglio è irrevocabile: l'unico beneficio è di prevenire simili errori in futuro. Ci si aspetta che i medici traggano vantaggio dalle loro esperienze e che, fin dai primi giorni, gli studenti di medicina siano esortati a imparare anche dagli errori dei loro maestri. Imparare solo dai propri errori sarebbe un processo lungo e doloroso e indebitamente costoso per i propri pazienti. È necessario accumulare esperienze, così che i medici possano imparare dagli errori degli altri. Ciò richiede la disponibilità ad ammettere che uno ha sbagliato e a discutere i fattori che possono essere stati responsabili. Il medico deve avere sempre un atteggiamento critico verso il proprio lavoro, così come verso il lavoro degli altri.»

Intanto, a nome del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei conti del nostro Ordine, auguri di Buone Feste a tutti voi ed alle vostre famiglie.

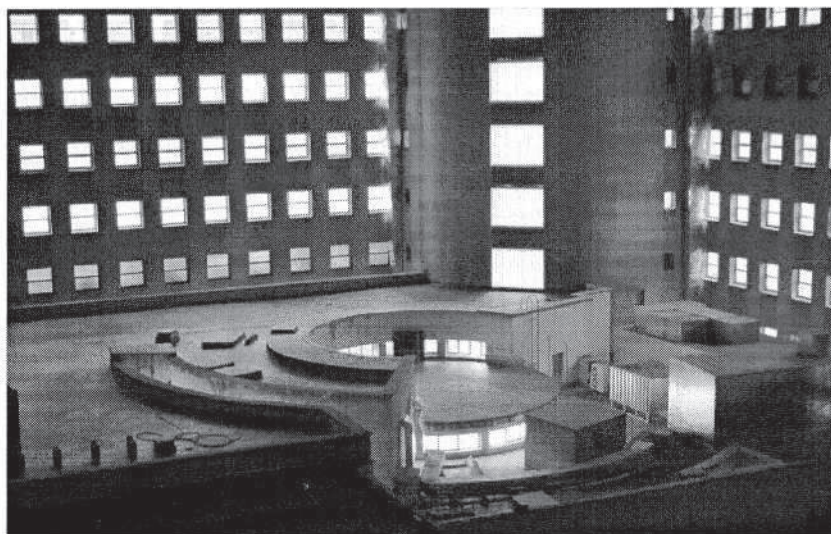
Sergio Tartaglione

BIOETICA E MEDICINA

Accesso ai Sistemi Sanitari Nazionali nell'Unione Europea

di GIORGIO BERCHICCI

In Francia i conti non tornano: dopo soli undici mesi dall'approvazione e l'applicazione del nuovo Sistema Sanitario Nazionale il deficit previsto per il 2005 è di 11,6 miliardi di euro invece dei 10,6 che tutti auspicavano. Eppure, il governo francese aveva deciso di introdurre questa riforma con lo scopo preciso di ridurre i costi astronomici dell'assistenza sanitaria. Non è diversa la situazione in Spagna, che, pur vantando un Sistema Sanitario estremamente efficace ed efficiente, lamenta però gli stessi disturbi dei francesi. Ma segnali ugualmente preoccupanti giungono da altri Paesi Europei, Italia in testa. Le ragioni sono diverse, anche se alcune sono ragioni comuni: una popolazione che tende ad invecchiare sempre più, grazie al benessere generalizzato ed ai progressi della medicina, e che raggiunge, almeno in Italia ed in Svezia, punte che vanno dal 12% al 19% della popolazione totale; biotecnologie che garantiscono prestazioni sempre migliori al servizio di quella grande tecnica che è la Medicina; richieste di esami sempre più sofisticati da parte dei cittadini, ma anche offerta di esami sempre più accurati in omaggio ad una medicina difensivistica che avanza sempre più; allargamento sempre maggiore del "mercato" dei farmaci grazie alla politica di abbassamento degli indici di patologia promosso dalle case farmaceutiche ed incoraggiato dalle Società Scientifiche (vedi limiti massimi di colesterolo,



livelli massimi di pressione sanguigna, di glicemia, ed ora è la volta dei problemi respiratori, con diagnosi di BPCO in funzione dei broncodilatatori da vendere, pardon!, da prescrivere).

L'Unione Europea vive momenti di grande difficoltà, anche in seguito alla mancata adozione del Trattato Costituzionale da parte di Paesi fondatori come Francia ed Olanda, proprio nel periodo forse più importante della sua Storia: dopo aver realizzato una unione monetaria che fa discutere molto per i suoi innegabili vantaggi, oltre che per alcune difficoltà, interne ad alcuni Stati, che attribuiscono ad essa le problematiche che non riescono a risolvere, si vede costretta a rinegoziare il patto di stabilità del 3% per le difficoltà indotte dalla recessione economica, che grava su alcuni Stati in maniera maggiore del prevedibile, o perché questi Stati non hanno saputo far fronte

a debiti pubblici elevatissimi – come l'Italia – o perché non hanno saputo risolvere problemi strutturali ugualmente rilevanti, e soffrono della concorrenza forte che arriva da Paesi come la Cina con un costo del lavoro decisamente irrilevante nei confronti dell'Europa.

Sta dunque per svanire il sogno di centinaia di milioni di cittadini, di donne e uomini che hanno a lungo lottato per la sua realizzazione? O forse l'unione monetaria non è una risposta sufficiente, da sola, per poter continuare a vivere in un mondo senza confini nel quale ciascuno di noi possa godere degli stessi diritti, senza limitazioni riguardanti il suo status o le sue condizioni relative a sesso, razza, religione e convinzioni politiche?

È inutile nascondersi il fatto che, tra questi diritti, il diritto alla tutela della salute è quello più desiderato da tutti, insieme con il diritto al lavoro: e come può essere classi-

ficato questo diritto? All'inizio, la tutela della salute si è presentata sotto le sembianze dei diritti di libertà opponibili allo Stato, come *habeas corpus*, diritto all'integrità fisica. Oggi potremmo essere tentati di inserire il diritto alla tutela della salute tra i diritti di terza generazione, diritti non semplicemente dei cittadini ma universali, realizzabili attraverso la cooperazione di tutti e che riguardano tutti, comprese le generazioni future. Solo che questo genere di diritti sono chiamati, almeno in Italia, *diritti pattizi*, cioè diritti che vanno patteggiati, che risentono quindi del patteggiamento che avviene nello Stato e nell'Unione Europea sulla base del diritto internazionale: a volte sono diritti opponibili, come il diritto alla pace, o ad un ambiente salubre; pochissime altre volte sono esigibili, come nel caso dello sviluppo socio-economico. Il diritto alla tutela della salute può essere inquadrato tra i diritti di quarta generazione: là dove è previsto nella Costituzione, il diritto alla tutela della salute è un diritto fondamentale opponibile ed esigibile, in quanto integra in se sia gli obblighi da parte dello Stato di solidarietà sociale che di riconoscimento dell'individuo. In più, è un diritto che estende la sua influenza anche sugli altri diritti, come il diritto ad un ambiente sano ed il diritto al lavoro ed alla promozione economico-sociale. È stato recentemente osservato che l'allungamento della vita non si ha nei Paesi semplicemente più ricchi degli altri, ma in quelli dove, oltre ad un certo benessere, si realizzano scelte politiche e sociali adeguate, si sviluppa l'istruzione, si cerca di mantenere un ottimo ambiente, si innalzano i livelli di giustizia e di solidarietà. Anche fra i Paesi industrializzati, non sempre sono le società più ricche a godere dei migliori livelli di salute, ma quelle al cui interno sono minori le disuguaglianze fra ricchi e poveri.

Ma se questo principio può essere considerato valido per i singoli Stati che compongono l'Unione Europea, che infatti dispongono di un Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza medica, al contrario non si può dire la stessa cosa dell'Unione, che solo recentemente ha dimostrato di sentire una sensibilità nei confronti della tutela del diritto alla salute.

Il Trattato che istituisce la Comunità Europea contempla la tutela della salute solo in termini indiretti. Infatti, l'art.136 prevede che «La comunità e gli Stati membri (...) hanno come obiettivi la promozione dell'occupazione e il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro» mentre l'art. 30 individuando le eccezioni al principio della libera concorrenza delle merci, inserisce tra queste «la tutela della salute e della vita delle persone».

Anche nel trattato che istituisce la Comunità Europea dell'energia atomica (CEEa o EURATOM), firmato a Roma il 25 marzo 1957, un capitolo intero è dedicato alla Sanità ed alla sicurezza della popolazione e dei lavoratori, mentre solo con l'Atto Unico europeo del 17 febbraio 1986 si parla di protezione dell'ambiente e dei consumatori con un livello di protezione elevato tenuto conto di eventuali sviluppi fondati su riscontri scientifici.

Con il Trattato di Maastricht la tutela della salute diventa una delle priorità della politica comune europea, poiché viene dedicato alla politica della sanità pubblica un apposito titolo (Titolo XIII), Art. 152. Nel 1992, tuttavia, la sanità pubblica non assurge ancora a vera e propria politica comunitaria essendo ancora un ambito di natura meramente trasversale e definito, in tal senso, «componente delle altre politiche della Comunità» (Art. 129, par. 3).

Il Trattato di Amsterdam ha modificato, in modo rilevante, l'art. 152 del Trattato che isti-

tuisce la Comunità Europea: infatti, il nuovo art. 152, par. 1, converte esplicitamente da semplice «componente» delle altre politiche a presupposto necessario ed ineludibile di queste ultime («Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana»). Prevede inoltre l'art.152 che ci sia un *Open Method of Coordination* tra gli Stati membri e la Commissione di Bruxelles, ma attribuisce anche agli Stati membri la esclusiva competenza in materia di organizzazione e prestazione di servizi sanitari ed assistenza medica, impedendo di fatto la realizzazione uniforme del diritto alla tutela della salute in tutto lo spazio comune europeo.

Dal 1996 in poi assistiamo a tutta una serie di attività programmatiche dell'Unione Europea in materia di sanità pubblica, per il tramite di alcune Decisioni che qui elenco:

1. Primo programma d'azione comunitario per la promozione della salute (Decisione 96/645/CE)

2. Programma d'azione comunitaria per le malattie rare (Decisione 1295/1999/CE)

3. Programma d'azione comunitario per la prevenzione delle malattie (Decisione 372/99/CE)

4. Programma d'azione comunitario per le malattie connesse all'inquinamento (Decisione 1296/99/CE)

5. Programma d'azione comunitario in materia di sanità pubblica per gli anni 2003-2008 (Decisione 1786/2002/CE)

Ma nel Dicembre del 2000 la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea ha espressamente riconosciuto, all'art.35, il diritto alla salute: «Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le poli-



tiche ed attività dell'Unione è garantito un elevato livello di protezione della salute umana».

E non è tutto: la recente giurisprudenza comunitaria ha definitivamente affermato il «principio generale secondo il quale la tutela della sanità pubblica deve assumere un'importanza incontestabilmente preponderante rispetto a considerazioni di ordine economico» (TPG, 26 Novembre 2002, T-74/00, Artogodan e altri contro Commissione CE, in Racc. 2002 p. II 4945 e ss). Poi, il 4 Aprile 1997, viene emanata la «Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina», meglio conosciuta come «Convenzione di Oviedo». Tra le particolarità da segnalare, innanzitutto il fatto che sia stata promossa da tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa, quelle relative alle modalità di elaborazione (hanno partecipato gli Stati membri del Consiglio d'Europa, ma anche Stati Uniti, Canada, Vaticano, ed altri), la ratifica avvenuta da parte di 19 Stati, il fatto che l'Italia ha ratificato la Convenzione ma non l'ha depositata presso il Consiglio d'Europa.

Il nucleo centrale della Convenzione di Oviedo sembra essere l'art. 2 «Primato dell'essere umano – L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza», mentre il successivo articolo 3 parla proprio di ciò che a noi interessa dibattere «Accesso equo alle cure sanitarie – Le Parti prendono, tenuto conto dei bisogni della salute e delle

risorse disponibili, le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata». Come potete osservare, non si parla più di «elevato livello di protezione della salute umana» ma di qualità appropriata e di misure appropriate, si ribadisce la estraneità della Unione Europea a fornire accessi alle cure rimandando tutto agli Stati firmatari (qui chiamati parti), si sottolinea l'importanza degli aspetti economici del costo della salute facendo riferimento alle risorse disponibili, viene introdotto il concetto di equità in relazione all'accesso alle cure.

Ma con il Trattato Costituzionale, che recentemente è stato rigettato da Francia ed Olanda, la sanità pubblica viene relegata tra i «Settori nei quali l'Unione può decidere di svolgere un'azione di sostegno, di coordinamento o di complemento».

Vorrei infine citare, per una chiara definizione del termine «salute», l'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo: «Ogni persona ha diritto ad un livello adeguato che assicuri a lui ed alla sua famiglia la salute ed il benessere, l'alimentazione, il vestiario, la casa, l'assistenza medica ed i servizi sociali necessari». Dalla lettura di questo articolo si evince l'ambito delle questioni che ci riguardano, che sono comprese in due dimensioni: quella del concetto generale di salute e quella più specifica di assistenza medica. La salute viene vista quindi come una risorsa necessaria di vita quotidiana, in un'ottica che guarda alle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche.

La promozione della salute non è perciò responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va considerata in un ambiente più allargato che comprende l'istruzione, il cibo, il lavoro, la casa, la giustizia e l'equità sociale.

È con la stipula del Trattato di Roma del 1957 che ha inizio la libera circolazione dei cittadini nell'Unione Europea, alla quale oggi aderiscono 25 Nazioni.

Da quel momento, sono sorte una serie abbastanza ampia di associazioni mediche, con il preciso obbiettivo di cogliere questa grande opportunità che veniva offerta, ed uniformare i percorsi formativi dei laureati in medicina. L'Unione Europea dei Medici Specialisti U.E.M.S., è ad esempio la prima di queste associazioni ad essere stata fondata (1958), con lo scopo di favorire lo studio e la promozione dei più alti livelli di insegnamento della medicina specialistica, della pratica medica e del prendersi cura della salute dei cittadini all'interno dell'Unione Europea; lo studio e la promozione del libero movimento degli specialisti medici all'interno dell' EU; la rappresentanza all'interno di questa cornice della professione medica specialistica negli Stati membri dell'EU, e con le autorità EU.

Successivamente, furono aggiunti a questi, altri obbiettivi: promuovere il più alto livello di cura per il paziente all'interno dell'EU; sottolineare l'importanza del titolo di specialista come del medico che pratica il più alto livello di qualità nella cura del paziente nel suo rispettivo campo di esperienza; promuovere il suo statuto etico e professionale; promuovere l'armonizzazione di una alta qualità di programmi di formazione specialistica all'interno dell'EU; infine, di incoraggiare e facilitare l'Educazione Medica Continua (C.M.E.) e lo sviluppo professionale continuo (CPD).

In seguito sono state fonda-

te altre Associazioni mediche, come la U.E.M.O., che rappresenta la Medicina Generale, la A.E.M.H., che rappresenta i medici ospedalieri, ed altre ancora. Infine, va segnalata la presenza di Associazioni che raccolgono gli Ordini dei Medici, che sono a difesa dei cittadini e non della categoria.

In questo quadro abbastanza variegato di rappresentanza medica all'interno della collettività europea, si inseriscono ovviamente i Sistemi Sanitari Nazionali che, ormai, sono presenti in tutti i Paesi europei pur con due modelli di applicazione sostanzialmente differenti:

- Il sistema di protezione sociale di tipo Bismarkiano, presente in Germania, Francia e nel Sud Europa, finanziato con deduzioni da libro-paga con un mix di tasse pubbliche provenienti dai salariati, e private. Essi prevedono una serie di benefici proporzionale a quanto dichiarato. Questo per far capo ad una ineguale distribuzione del rischio di protezione. Può essere annotato che la difficile situazione economica in diversi Stati dell'Est europeo ha avuto un effetto severo sul sistema di servizio sanitario nazionale con alti livelli di stress, condizioni di lavoro misere e salari non infrequentemente al di sotto dei minimi che sono stati sommati fino al raggiungimento di un numero notevole di arretrati.
- Il sistema di servizio sanitario nazionale di tipo Beveridge, come in uso in Gran Bretagna, Italia, Spagna, Svezia e Danimarca, che è invece basato sulla tassazione imposta direttamente dallo Stato con una maggioranza schiacciante di fornitori pubblici di servizio, ed uno staff impiegato direttamente dallo Stato. Questo sistema ha in genere un minore livello di costi ed ha un

maggiore controllo effettivo su tutte le spese, oltre ad avere anche una maggiore suscettibilità ad essere riformato. Vi è comunque in una certa frequenza di casi anche una attività privata che scorre parallela alle attività mediche fornite direttamente dallo Stato.

C'è però anche da osservare che ormai esistono 25 sistemi sanitari differenti, uno per ogni paese dell'UE, e che questo rappresenta un serio pericolo per la libera circolazione dei medici e dei pazienti. Di qui, la necessità di uniformare i sistemi sanitari ed abbattere i limiti di accesso che essi stessi rappresentano per i cittadini.

Un primo passo può essere rappresentato da una carta che è in distribuzione a tutti i cittadini europei, da parte di ognuno degli Stati membri, la European Health insurance card, una tessera sanitaria che permette a ogni cittadino europeo di poter ricevere gratis le cure di cui necessita nei paesi dell'Unione. Questa carta permette l'accesso diretto, senza moduli e lunghe attese, in un ospedale o in uno studio medico di un altro Paese europeo, ma non in maniera indefinita nel tempo: concede solo le cure necessarie durante un viaggio breve o una breve vacanza. L'assistenza, cioè, d'urgenza che si renderà necessaria, ma non eventuali visite specialistiche che non si possono ottenere nel proprio Paese d'origine o che sono impedita da liste di attesa troppo lunghe. Potrebbe essere questo l'inizio di un Sistema Sanitario Europeo, che ponga tutti sullo stesso piano e garantisca a tutti l'accesso a farmaci e cure del più elevato livello? Penso che questa sia la speranza di ognuno di noi.

COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile
Natalino PAONE

Coordinatore editoriale
Angelo TRABASSI

Comitato di redazione
Giorgio BERCHICCI
Fernando CRUDELE
Alfredo VOLPACCHIO

Segreteria di redazione
Mara IONATA

Consiglio Direttivo

Presidente
Dott. Sergio TARTAGLIONE

Vice Presidente
Dott. Angelo TRABASSI

Segretario
Dott. Mario TESTA

Tesoriere
Dott. Anna MORCONE

Consiglieri
Dott. Antonio BIONDI
Dott. Corrado ALTIERI
Dott. Alfredo De RENZIS
Dott. Rita ROSATO
Dott. Antonio SANITA'
Dott. Vilma ZULLO
Cons. Odontoiatra
Dott. Giorgio BERCHICCI
Cons. Odontoiatra
Dott. Mario TESTA

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente
Dott. Claudio D'APOLLONIO

Dott. Bruna BATTISTA
Dott. Giuseppina SCIOLI
Dott. Giuseppina ROCCHIO
(membro supplente)

Commissione odontoiatri

Presidente
Dott. Giorgio BERCHICCI
Dott. Giovanni ANGELONE
Dott. Danilo CANÈ
Dott. Trino DI CRISTINZI
Dott. Mario TESTA

Disturbi dell'immagine del corpo

LINDA TARTAGLIONE

Le categorie diagnostiche in cui possiamo ritrovare il disturbo dell'immagine del corpo sono: Delirio Somatico, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo di identità di genere, Dismorfofobia, Disturbo da immagine negativa del corpo, Disturbo di Dismorfismo Corporeo.

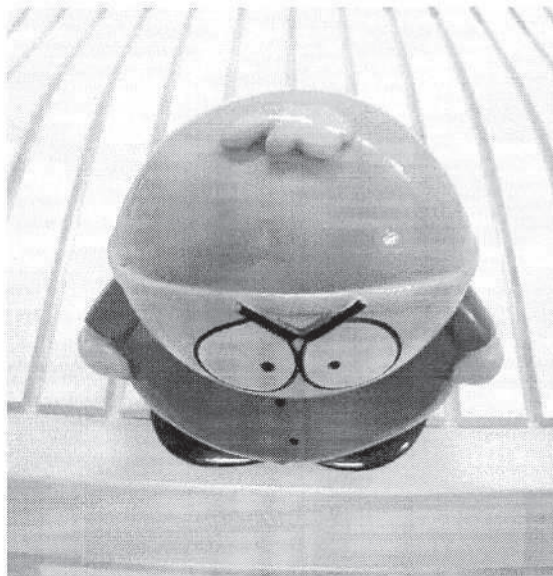
Dismorfofobia (o Disturbo di Dismorfismo Corporeo) e Disturbi dell'immagine negativa del corpo.

Studi clinici hanno evidenziato la possibilità di una multifattorialità patogenetica nel determinare l'evoluzione verso l'insoddisfazione per il corpo: fattori evolutivi, comprendenti esperienze infantili e l'ambiente familiare, fattori socio-culturali e fattori psicologici. Rappresentazioni fantasmatiche o percezioni ed emozioni angosciose verso la propria immagine corporea, determinano un rapporto disturbato e sintomatico o un vissuto di soggettivo disagio con il corpo. L'immagine del corpo, nel suo processo evolutivo, è formata da due componenti: una percettiva che permette la "stima soggettiva" delle dimensioni del proprio corpo ed una affettivo-cognitiva rappresentata dall'insieme di sentimenti-atteggiamenti-convinzioni relative al proprio corpo. L'immagine corporea conserva dunque un importante nucleo affettivo ed è la nostra affettività che modifica il valore relativo e la percezione con la quale sentiamo le diverse parti del corpo. Il nostro corpo mantiene infatti, dopo la fase evolutiva, il ruolo

di oggetto di investimento libidico e di oggetto di amore. Ma anche di odio, correlabile a disagio ed angoscia nei confronti del corpo quando, ad esempio, il divario tra il corpo che abbiamo e quello che vorremmo avere è troppo forte: il corpo che percepiamo, e come lo percepiamo, non si conforma alle nostre aspettative e così tendiamo a crearci una sua immagine negativa, accompagnata dal vissuto più o meno sintomatico di disagio.

Tale vissuto rivela sia un disturbato rapporto con l'immagine del corpo sia la presenza di un disturbo dell'immagine del corpo. Il disturbo dell'immagine del corpo è stato considerato (Cororve M.B. et al. 2001) il "cuore psicopatologico" della *Dismorfofobia* (che si struttura intorno ad un difetto fisico percepito soggettivamente ma in realtà minimo o inesistente e che nel DSM-IV-TR è chiamata *Disturbo di Dismorfismo Corporeo*), ma anche del *Disturbo da immagine negativa del corpo* (che comprende i casi in cui il difetto è reale, come ad esempio nei pazienti obesi).

Il disturbo dell'immagine del corpo, nei suoi aspetti comuni ai due sottotipi sopradistinti, comprende un'eccessiva preoccupazione per l'apparenza, per l'aspetto fisico in generale o per alcune parti specifiche, legata alla convinzione che riveli una personale inadeguatezza e causi una valutazione negativa da parte degli altri (Cororve M.B. et al. 2001). L'inaccettabilità del corpo sembra coprire l'inaccettabilità di sé o la paura che questa eventualità possa verificarsi. I soggetti rivelano



una sovrastima del difetto, che sia immaginario o reale. La preoccupazione sembra accompagnarsi ad un'interna avversione per se stessi, a sentimenti di scarsa autostima e di insicurezza, alla paura di non essere amato o di essere rifiutato (Phillips K.A. 2002).

Disturbo di Dismorfismo corporeo (già detto Dismorfofobia).

La nosografia psichiatrica contempla un solo tipo di disturbo dell'immagine del corpo, quello legato a difetti fisici del tutto immaginari o che agli occhi dei più appaiono insignificanti. È la dismorfofobia descritta da Enrico Morselli nel 1891 come «una sofferenza o una preoccupazione eccessiva per un immaginario o lieve difetto fisico».

Nel DSM-IV-TR, il Disturbo del Dismorfismo Corporeo è presente come categoria dia-

gnostica autonoma sotto il nome *Body Dysmorphic Disorder* (Disturbo di Dismorfismo Corporeo) all'interno dei Disturbi Somatoformi (che comprendono anche il D. di Somatizzazione, il D. Somatoforme indifferenziato, il D. di conversione, il D. Algico, l'Ipocondria, il D. Somatoforme NAS).

Disturbo di Dismorfismo Corporeo (DSM-IV-TR).

A. Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l'importanza che la persona le dà è di gran lunga eccessiva.

B. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

C. La preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardante la forma e le misure corporee nella Anoressia Nervosa).

La preoccupazione può focalizzarsi su uno o più aspetti della propria immagine corporea e si accompagna a comportamenti compulsivi di controllo per quella o quelle parti del corpo, a comportamenti di camuffamento finalizzati a nascondere il difetto e a richieste esplicite di rassicurazione. I soggetti che presentano questo disturbo sono caratterizzati da una scarsa autostima, dal senso di vergogna ed imbarazzo, dalla paura del rifiuto personale: sembrano correlare il difetto fisico ad una difettualità della persona. È stata evidenziata una comorbidità del dismorfismo corporeo con disturbi depressivi, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di personalità evitante e fobia sociale. Dati di letteratura rivelano un'uguale proporzione ed uguali caratteristiche demografiche e cliniche tra uomini e donne che presentano

tale disturbo. età dell'esordio, decorso della malattia, gravità del sintomo, menomazione funzionale, psicopatologia associata (Phillips K.A.2002).

Esistono invece differenze per le zone del corpo su cui si innesta il disturbo: gli uomini sono generalmente preoccupati per il diradarsi della capigliatura, la misura dei loro genitali e la corporatura esile; le donne sono preoccupate per il loro peso e la larghezza dei fianchi. La differenza nella localizzazione dei difetti corporei nei due sessi sembra essere influenzata dalla cultura: ciò conferma come a spiegare lo sviluppo ed il mantenimento di questo disturbo, e dei disturbi associati, concorrano diversi fattori (Heinberg L.J. et al. 19992 e 1995):

1. Fattore socioculturale: la società, soprattutto ad opera dei mezzi di comunicazione, invia forti messaggi sugli attributi fisici accettabili;

2. Il confronto sociale i soggetti che confrontano continuamente il loro aspetto con quello degli altri rischiano di essere insoddisfatti del proprio corpo;

3. L'esposizione a commenti negativi: i commenti diretti all'aspetto ed al peso sembrano associati con il funzionamento psicologico in generale, con l'insoddisfazione del corpo e con i disturbi dell'alimentazione;

4. Lo stato di maturazione: uno sviluppo fisico precoce sembra rappresentare un fattore di rischio nello sviluppo dell'insoddisfazione per il proprio corpo.

Disturbo da immagine negativa del corpo nei soggetti obesi (Cuzzolaro M. 2006).

La diagnosi di Dismorfismo Corporeo non è appropriata per le persone obese, in quanto si riferisce ad un difetto immaginario o piccolo dell'aspetto fisico. Nel DSM-IV non esiste

una categoria diagnostica che comprenda i casi in cui sia presente un reale difetto fisico dal quale scaturisce un disturbo dell'immagine del corpo, come nel caso dei soggetti obesi che presentano una reale condizione fisica e sono oggetto di valutazioni sociali negative.

Thompson J.K. (1990) ha proposto la diagnosi di *Disturbo dell'immagine corporea* (*Body Image Disturbance*) per indicare la preoccupazione per il corpo sia in presenza di un difetto fisico piccolo o immaginario, sia in presenza di un difetto fisico reale. Per rientrare in questa categoria diagnostica devono essere rispettati almeno due dei seguenti criteri:

- Presenza di un turbamento emotivo giornaliero,
- Distorsioni cognitive;
- Annullamento o invalidazione comportamentale;
- La sopravvalutazione percettiva della taglia.

Successivamente, Rosen J.C. (1998) ha introdotto il termine di *Immagine negativa del corpo* (*Negative Body Image*) con il quale s'indica una condizione di maggiore sofferenza ed inibizione rispetto alla consueta insoddisfazione per il proprio corpo. Purtroppo, la mancanza di criteri diagnostici ben definiti per la sua identificazione, rende tale termine carente sul piano tecnico e diagnostico. Sul piano clinico, invece, il Disturbo da immagine negativa del corpo rivela la sofferenza ed il disagio esperiti dalle persone obese: «In tali persone il Disturbo dell'immagine corporea assume la forma di un'opprimente preoccupazione per la propria obesità, spesso fino all'eliminazione d'ogni altra caratteristica personale. Non farebbe alcuna differenza se la persona fosse di talento, in salute o intelligente, il suo peso è il suo unico pensiero e vede il mondo intero in termini di peso corporeo» (Stunkard A. et al. 1961).

Sono due concetti generali e sostanzialmente sovrapponibili fra loro. Disturbo dell'immagine del corpo (*Body Image Disorder* o *Body Image Disturbance*) e Immagine negativa del corpo (*Negative Body Image*) sembrano operazioni linguistico-concettuali, il cui scopo è quello di comprendere insieme, sotto la stessa definizione complessiva, tutti i casi nei quali il disagio del corpo acquista intensità patologiche, cioè crea una grave sofferenza soggettiva e limitazioni importanti nella vita. L'espressione *tutti i casi* raccoglie sia quelli nei quali il difetto fisico è immaginario o insignificante (allora si parla di Disturbo di Dismorfismo Corporeo), sia quelli nei quali il malessere è legato a un difetto fisico reale ed evidente (anomalie congenite, malattie o esiti di malattie sfiguranti, terapie e interventi chirurgici mutilanti, obesità, ecc.) ed è vissuto con particolare difficoltà. I limiti dei concetti nosografici appena elencati risiedono nella mancanza di criteri diagnostici ben definiti che consentano di distinguere in modo univoco e non troppo arbitrario un disagio normale da uno patologico (Bosello O., Cuzzolaro M. 2006).

Inoltre è stato evidenziato come, nella popolazione in generale, l'unica differenza significativa tra soggetti obesi e non obesi è l'immagine del corpo: le persone obese, rispetto a quelle normopeso, si sopravvalutano o alterano le misure del loro corpo, sono più preoccupate ed insoddisfatte del loro aspetto fisico ed evitano molte situazioni sociali a causa del loro aspetto. Gli atteggiamenti affettivi e cognitivi nei confronti del proprio corpo, aspetti importanti nel processo di costruzione dell'immagine corporea, possono essere influenzati dall'essere in sovrappeso.

Il disprezzo per il proprio corpo è di riscontro comune tra i soggetti con insorgenza infantile o adolescenziale del-

l'obesità: l'adolescenza rappresenta un'età critica per un successivo sviluppo del disturbo dell'immagine del corpo.

Particolarmente stimolanti sono le ricerche di Hilde Bruch (1973), che riassumiamo qui di seguito. Le persone obese riferiscono l'impressione infatti di «*non aver dominio del proprio corpo e delle sue funzioni ... sentono il loro corpo come se non appartenesse veramente a loro...*», impressione che si accompagna appunto all'incapacità di percepire i propri bisogni fisici. Gli obesi sembrano parlare del loro «corpo come qualcosa di estraneo, non s'identificano con l'oggetto ingombrante ed antiestetico che sentono costretti a portarsi dietro, nel quale si sentono confinati e reclusi». Questa mancanza di consapevolezza delle sensazioni corporee e del loro dominio è stata correlata all'assenza, o alla scarsità, di risposte adeguate e di conferma da parte dell'adulto significativo ai segnali con i quali il bambino indica le proprie esigenze e ad altre forme di espressione del proprio Io: il modo in cui si risponde al pianto è ritenuto decisivo per l'acquisizione della consapevolezza dei propri bisogni, e così risposte incongrue non aiutano nella capacità di distinguere tra i diversi stati di bisogno, cioè tra il bisogno di mangiare ed un altro stato di tensione.

Ai segnali del bambino occorrono quindi risposte appropriate nella sfera biologica-emotiva-sociale-intellettuale e lo stesso sviluppo biologico richiede una stretta e continua interazione con un'altra persona. Ricerche cliniche hanno evidenziato come nelle famiglie di soggetti obesi erano presenti relazioni interpersonali incongrue, cioè spesso la madre compensava il personale senso di insicurezza ed incapacità nei confronti del figlio «facendolo mangiare o proteggendolo eccessivamente». Il cibo assume allora un valore emotivo succedaneo di

affetto, sicurezza, soddisfazione: offrire nutrimento rappresenta un'espressione di affetto e dedizione ma permette anche di tacere sentimenti di ansia e colpa verso il figlio. Sempre rimanendo in ambito delle relazioni intrafamiliari lo stesso bambino obeso sembra partecipare attivamente a questo processo ed influire sulla famiglia: sembra crescere con la convinzione di dover compensare i genitori delle frustrazioni sofferte e delle loro ambizioni deluse. Ciò faciliterebbe il mantenimento di modalità relazionali disfunzionali all'interno del sistema familiare.

Inoltre le manipolazioni della mole corporea, conseguenza dunque delle manipolazioni dell'apporto alimentare, sembrano rappresentare o lo sforzo finalizzato a stabilire un senso di identità effettiva o l'impotenza dell'individuo di fronte a questo sforzo, cioè di fronte alle necessità biologiche e alle esigenze della società. La «mole corporea abnorme» potrebbe essere la manifestazione esteriore del difetto di adattamento nei diversi aspetti dello sviluppo.

L'anomalia nella consapevolezza corporea e l'immagine corporea distorta appaiono quindi correlate tra loro se consideriamo la mole corporea degli obesi come il risultato di disturbi nella percezione della fame o di altre sensazioni corporee: «deficit» percettivi riguardano anche la percezione cognitiva del sé fisico. Dunque una distorsione allora più generale del proprio concetto corporeo, sia funzionale che strutturale, appare in relazione alle esperienze e alle interazioni con le persone che lungo tutto l'arco della vita contano per ogni individuo (Bruch H. 1973).

Il cioccolato tra piacere e dipendenza

ANGELA IANNITELLI^{°^}
FRANCESCA PACITTI^{*}
PAOLO PANCHERI[^]

Notizie storiche

[°]D.to di Scienze e Tecnologie Biomediche e
^{*}D.to di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università degli Studi di L'Aquila,
[^]D.to Di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Il cioccolato origina dal Messico dove le antiche popolazioni dei Maja, degli Incas e degli Atzechi avevano imparato a coltivare il *Theobroma cacao*, "l'albero degli dei". Il frutto dell'albero era considerato da quelle popolazioni afrodisiaco e utilizzato solo dalle classi più agiate e in speciali occasioni religiose e politiche.

Nel 1524, il cioccolato, mescolato con la vaniglia e lo zucchero per renderlo meno amaro e più gustoso, viene introdotto in Europa dagli Spa-

gnoli e utilizzato solo per il ceto nobile. Nel secolo successivo si diffonde in tutta l'Europa che, insieme agli Stati Uniti costituiscono, attualmente, i principali consumatori.

Tre sono le principali varietà di cacao utilizzate per produrre il cioccolato: il Crollo, prodotto soprattutto nel nord-ovest delle Ande; il Forastero, prodotto nella foresta Amazzonica; il Tunitario, prodotto nel resto dell'America Latina.

Da un piacere a una dipendenza?

Nel corso degli anni il cioccolato ha mantenuto il suo nobile status tanto da essere considerato come una "sostanza divina" e, come tale, oggetto di una "passione vera". Solo recentemente, gli scienziati hanno iniziato a chiedersi le ragioni di tale passione tanto da arrivare a definire *patterns di intake* al cioccolato specifici per differenti attitudini (intendendo con questo termine una predisposizione all'assunzione di cioccolato o di alimenti che lo contengono, con conseguenti sentimenti di piacere e di soddisfazione) in base soprattutto alla quantità di sostanza assunta: 1. Uso; 2. Preferenza; 3. Piacere; 4. Craving; 5. Chocoholic o Chocoholism, per intendere il bisogno di assumere questa sostanza considerata additiva.

Il *craving* per il cioccolato si è dimostrato particolar-

mente frequente. Una recente ricerca condotta negli USA ha dimostrato che lo presentavano il 40% delle donne ed il 15% degli uomini intervistati e, di questi, $\frac{3}{4}$ non avevano altri desideri all'infuori della "sostanza divina". Altri studi, sempre condotti negli USA, hanno riscontrato che il *craving* per il cioccolato può presentare le caratteristiche dell'*addiction* con le sue due caratteristiche di compulsione (uso della sostanza che conduce ad un consumo eccessivo e incontrollato) e di astinenza (insorgenza di sintomi in assenza di assunzione della sostanza).

Le ragioni farmacologiche del piacere e della dipendenza e le ragioni dello sviluppo dei differenti *patterns di intake* verso il cioccolato vanno ricercate nelle sostanze farmacologiche contenute in esso e che evocano sensazioni fisiologiche e psicologiche. Tra queste sostanze ne vanno elencate alcune facenti parte della classe delle amine biogene, delle metilxantine e degli acidi similcannabinoidi.

Le amine biogene contenute nel cioccolato sono la tiramina e la feniletilamina (PEA), quest'ultima svolgerebbe il ruolo più importante. Si tratta di un neuromodulatore delle sinapsi cerebrali, strutturalmente e farmacologicamente simile alle catecolamine e alle amfetamine e distribuito in maniera eterogenea nel SNC. A dosi fisiologiche potenzia la



neurotrasmissione NAergica e DAergica essendo, quindi, un importante modulatore dell'umore. Studi sul PEA hanno dimostrato che una riduzione di questa amina potrebbe contribuire alla patogenesi della depressione e che sia il PEA che il suo metabolita, l'acido fenilacetico, sarebbero ridotti nei tessuti biologici e nei fluidi dei soggetti con depressione. Inoltre, è stato visto che la L-fenilalanina, precursore del PEA, migliorerebbe alcune forme di depressione. Il PEA è strutturalmente correlato con l'MDMA (*ecstasy*) ed entrambi sono analoghi dell'amfetamina e, quindi, svolgono effetti simili sul cervello. A questo proposito vale la pena ricordare lo studio di Schifano e Magni in cui sono stati riportati 7 soggetti con abuso di MDMA e *chocolate binges*. Il PEA è presente nel cioccolato nella quantità di 0.4-6.6 microgrammi/grammo. L'assunzione di cioccolato avrebbe, dunque, una funzione di *self-therapy* per la stabilizzazione delle concentrazioni di PEA e, di conseguenza, per la stabilizzazione dell'umore.

Le metilxantine contenute nel cioccolato sono la caffeina e la teobromina. Entrambe svolgono un effetto stimolante. Superano la BEE e attraversano la placenta. L'azione stimolante sul SNC viene svolta in quanto queste sostanze competono con l'adenosina (neuromodulatore presinaptico inibitorio) bloccando il recettore specifico. La caffeina è contenuta nel cioccolato nella quantità di 22 mg/200 g e la teobromina nella quantità di

di 197 mg/100 g. Una barretta di cioccolato contiene 10 mg di caffeina e 92 mg di teobromina. Come paragone, si pensi che una tazzina di caffè contiene 80-100 mg di caffeina. Le due sostanze separatamente non svolgono funzioni di rilievo sul SNC; è la combinazione di teobromina e di caffeina che svolge l'effetto psicotropo.

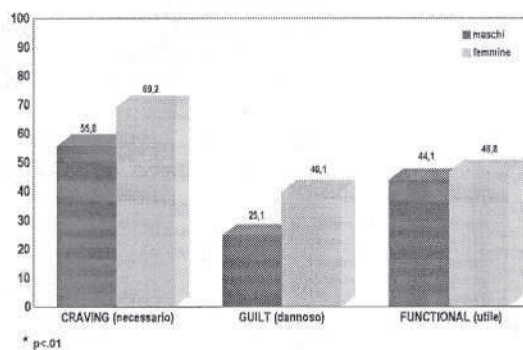
Gli acidi simil-cannabinoidi contenuti nel cioccolato sono l'anandamide e le N-aciletanolamine. Il primo si lega ai recettori per i cannabinoidi mimando gli effetti psicoattivi di questi con aumento della sensibilità e comparsa di euforia. L'area cerebrale interessata sarebbe l'accumbens dove sono presenti recettori per i cannabinoidi insieme al sistema mesolimbico DAergico che sarebbe attivato dall'anandamide. Le N-aciletanolamine mimano anch'esse le azioni dei cannabinoidi e sono farmacologicamente e chimicamente correlate alla anandamide.

La ricerca

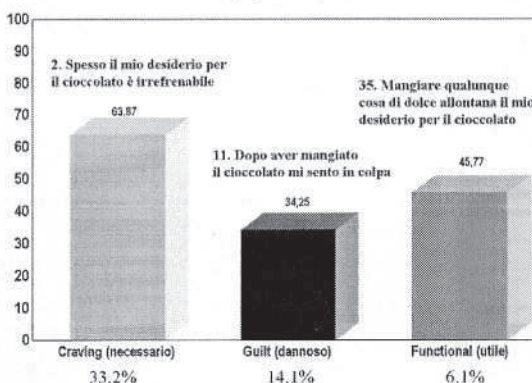
Alla luce di queste evidenze della letteratura e in assenza di uno studio numericamente ampio sulla popolazione italiana, il nostro interesse si è soffermato sulla possibilità di misurare la qualità di *intake* in una popolazione di soggetti sani. Il primo studio pilota sull'attitudine al cioccolato in una popolazione sana, seguito da uno studio di correlazione dell'attitudine al cioccolato con il SAD e la PMS, lo abbiamo svolto su una popolazione di

	MASCHI	FEMMINE
N.	131	202
età, anni ($\pm$ D.S.)	28,74 $\pm$ 12,15	26,38 $\pm$ 9,96
SCOLARITA'		
Elementare	0,8	1,0
Inferiore	13,7	7,4
Superiore	6,9	77,7
Laurea	1,0	9,4

DISTRIBUZIONE PER SESSO



Punteggi Fattoriali



333 soggetti ai quali è stato distribuito il Questionario di valutazione dell'attitudine al cioccolato. Le caratteristiche del campione sono descritte nella Fig.1.

I risultati dello studio hanno dimostrato che nella popolazione da noi esaminata il 33.2% presenta un *craving* per il cioccolato identificato nell'item «spesso il mio desiderio per il cioccolato è irrefrenabile»; il 14.1% assume il cioccolato con un sentimento di colpa («dopo aver mangiato il cioccolato mi sento in colpa») e il 6.1% lo assume per una sorta di bisogno funzionale («mangiare qualunque cosa di dolce allontana il mio desiderio per il cioccolato»). In tutte queste categorie il sesso femminile è maggiormente rappresentato, con una differenza risultata significativa per il *craving* e il *guilt*.

Le conclusioni dello studio possono essere così sintetizzate: il sesso femminile assume il cioccolato con un significato

di *craving* e *guilt* con una frequenza maggiore rispetto al sesso maschile; l'analisi degli item del questionario mostra un maggiore utilizzo del cioccolato in condizioni di stress nella popolazione sana; l'alto *craving* al cioccolato non è necessariamente associato al *guilt*; è probabile che l'alta frequenza del *craving* per il cioccolato rifletta un'azione sui meccanismi neuronali che sottostanno al *craving* dimostrato per le comuni sostanze d'abuso.

In conclusione, si riconosce al cioccolato il ruolo di sostanza che agisce sul circuito del piacere e che, pertanto, offre sensazioni piacevoli e riduce lo stress.

I dati del presente lavoro sono stati, in parte, presentati al Congresso della Società Italiana di Psicopatologia (SOP-

SI) del 2005 e l'articolo ampio è in via di pubblicazione.

Bibliografia essenziale

Cartwright F, Stritzke WG, Durkin K et al. Chocolate craving among children. Implications for disordered eating patterns. *Appetite*, 2006, Oct. 28.

Fletcher BC, Pine KJ, Woodbridge Z et al. How visual images of chocolate affect the craving and guilt of female dieters. *Appetite*, 2006, Oct. 18

Osman JL, Sobal J. Chocolate cravings in American and Spanish individuals. Biological and cultural influences. *Appetite*, 2006, 47, 3, 290-301.

Parker G, Parker I, Brotchie

H. Mood state effects of chocolate. *J Affect Disord*, 2006, 92, 149-59.

Polivy J, Coleman J, Herman CP. The effect of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters. *Int J Eat Disord.*, 2005, 38, 301-9.

Rodriguez S, Fernandez MC, Cepeda-Benito A, Vila J. Subjective and physiological reactivity to chocolate images in high and low chocolate cravers. *Biol Psychol.*, 2005, 70, 9-18.

Schifano F, Magni G. MDMA ("ecstasy") abuse: psychopathological features and craving for chocolate: a case series. *Biol Psychiatry*, 1994, 36, 763-7.

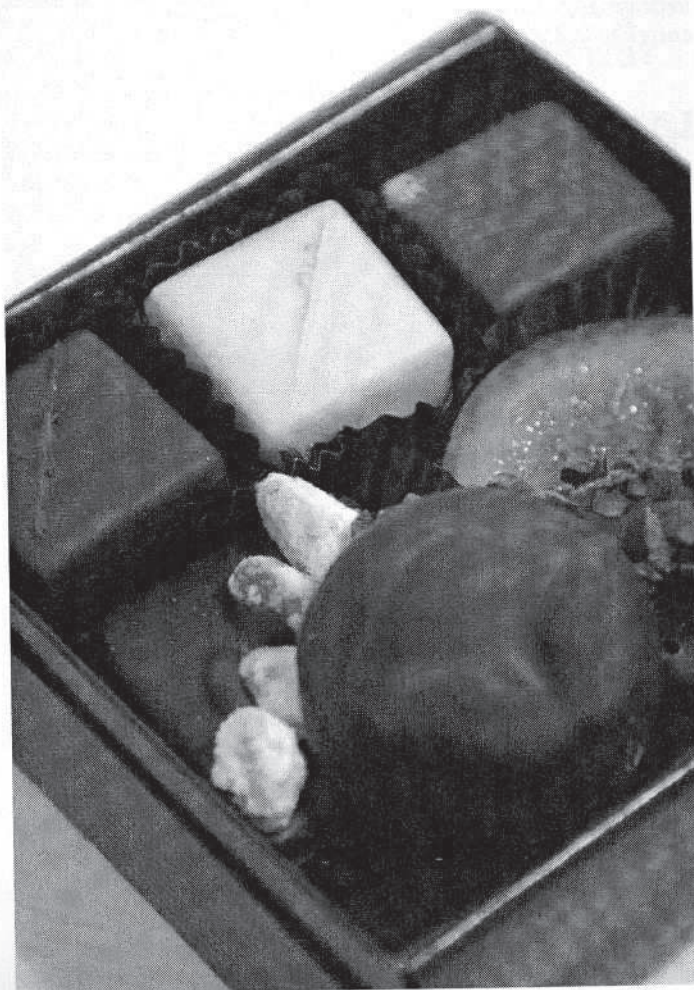
Kemps E, Tiggemann M, Hart G. Chocolate cravings are susceptible to visuo-spatial interference. *Eat Behav.*, 2005, 6, 101-7.

Ottley C. Food and mood. *Nurs Stand.*, 2000, 15, 46-52.

Zellner DA, Garriga-Trillo A, Centeno S et al. Chocolate craving and the menstrual cycle. *Appetite*. 2004, 42, 119-21.

Rogers PJ, Smit HJ. Food craving and food "addiction": a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacol Biochem Behav.*, 2000, 66, 3-14.

Gibson EL, Desmond E. Chocolate craving and hunger state: implications for the acquisition and expression of appetite and food choice. *Appetite*, 1999, 32, 219-40.



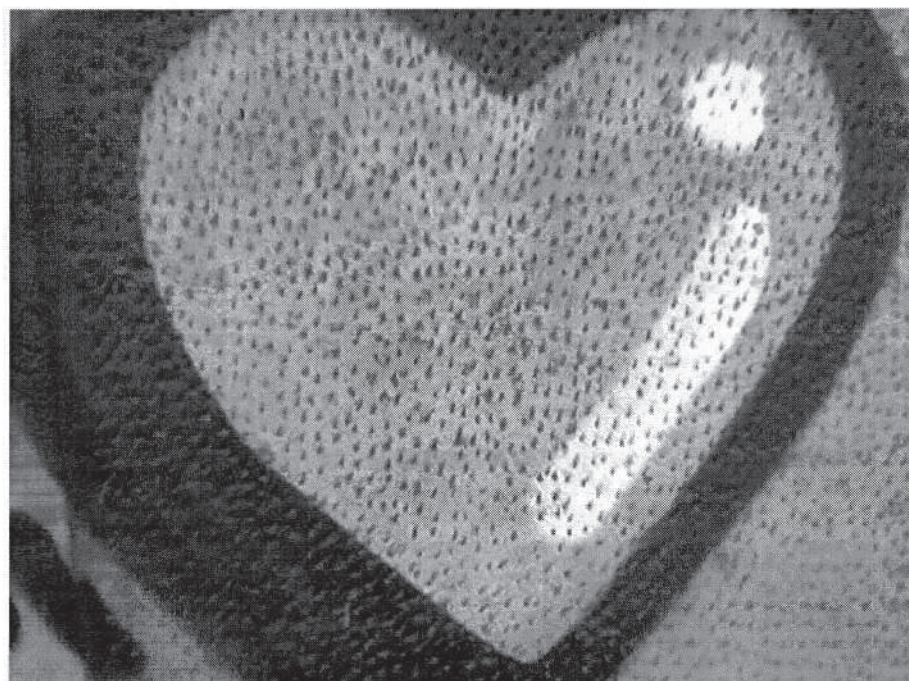
Vissuti e problemi sessuali del paziente infartuato

di SERGIO TARTAGLIONE

Molte sono le malattie che in vario modo influiscono sulla sessualità dei pazienti (Van Ooijen). Ci soffermeremo sulle disfunzioni sessuali di origine psicologica del paziente infartuato, sia uomo che donna, nel periodo di convalescenza, trascurando l'influenza che sulla sessualità hanno altri fattori come le terapie farmacologiche (Tardif G.S. 1989, Ngen C.C. 1991).

Dopo un infarto del miocardio, dal 50% al 75% dei pazienti lamenta disfunzioni sessuali. Alcune ricerche (Gupta M.C. 1990) hanno evidenziato che solo l'11 % degli infartuati ha una ripresa della normale attività sessuale entro 6 mesi. I pazienti con una relazione affettiva soddisfacente prima dell'infarto hanno possibilità molto maggiori di un pieno recupero della loro attività sessuale dopo l'infarto (Walbrochi G.S. 1984).

La sessualità, nel post-infarto è quindi per il paziente esperienza importante e stressante, sia sotto l'aspetto fisico che emozionale, con diversi livelli di gravità. L'infartuato può avere preoccupazioni intense dovute al timore che l'attività sessuale sia un pericolo per il suo stato di salute che percepisce nel periodo di convalescenza come estremamente fragile e precario. Oppure il paziente può manifestare vari gradi di disadattamento emozionale alla diagnosi di infarto e alla sua nuova condizione di "paziente grave": in questo caso i fattori psichici appaiono indicatori prognostici anche più importanti del fumo, dell'angina e



degli altri disturbi somatici. A volte, il ritardo nella ripresa dell'attività sessuale può essere dovuto a disturbi psicopatologici insorti dopo l'infarto (Wiklund I. 1984). O ancora: l'infartuato ha una ridotta cura di sé nella vita personale e familiare; gli intensi e spiacevoli stati emotivi lo inducono a trascurare ogni interesse; è tormentato da apprensioni irrealistiche sulla sua salute; è incapace di adattarsi ai cambiamenti di vita imposti; i nuovi bisogni di cura non sempre sono riconosciuti ed accettati. (Beach E.K. 1996).

Il paziente aspira in ogni caso a tornare ad un livello di funzionamento quanto più simile possibile al periodo antecedente l'infarto, in tutti gli aspetti della vita quotidiana: lavoro, attività sessuale, guida

dell'automobile, tempo libero (Froelicher E. S. 1994).

La sessualità è dunque uno dei temi dominanti per il paziente infartuato, ma i problemi sessuali coinvolgono emotivamente ed in maniera inquietante anche i suoi familiari che spesso proiettano su lui le proprie ansie, paure e pregiudizi (Angelini G. 1980).

Notevoli inoltre i problemi per l'équipe curante. Quest'area problematica è troppo spesso ignorata, trascurata o temuta per gli imbarazzi che crea. Ci si limita a presunti buoni e saggi consigli che possono addirittura rinforzare le disfunzioni sessuali dell'infartuato (Steinke E.E 1996, Boone T. 1990, Dhabuwala C.B. 1986). L'équipe deve essere in grado di fornire corrette strategie di intervento: il curante,

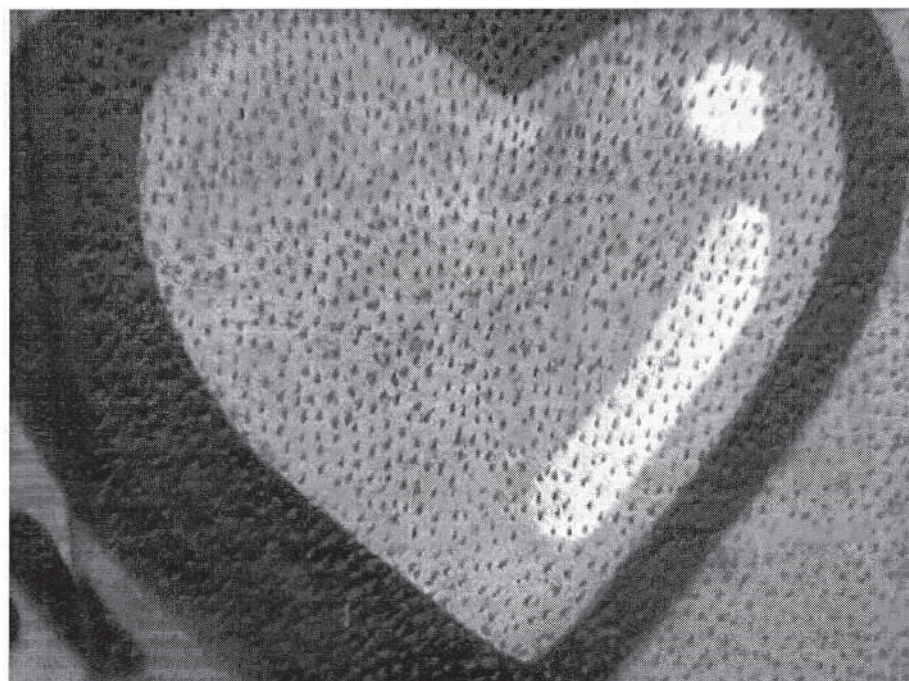
Vissuti e problemi sessuali del paziente infartuato

di SERGIO TARTAGLIONE

Molte sono le malattie che in vario modo influiscono sulla sessualità dei pazienti (Van Ooijen). Ci soffermeremo sulle disfunzioni sessuali di origine psicologica del paziente infartuato, sia uomo che donna, nel periodo di convalescenza, trascurando l'influenza che sulla sessualità hanno altri fattori come le terapie farmacologiche (Tardif G.S. 1989, Ngen C.C. 1991).

Dopo un infarto del miocardio, dal 50% al 75% dei pazienti lamenta disfunzioni sessuali. Alcune ricerche (Gupta M.C. 1990) hanno evidenziato che solo l'11 % degli infartuati ha una ripresa della normale attività sessuale entro 6 mesi. I pazienti con una relazione affettiva soddisfacente prima dell'infarto hanno possibilità molto maggiori di un pieno recupero della loro attività sessuale dopo l'infarto (Walbrochi G.S. 1984).

La sessualità, nel post-infarto è quindi per il paziente esperienza importante e stressante, sia sotto l'aspetto fisico che emozionale, con diversi livelli di gravità. L'infartuato può avere preoccupazioni intense dovute al timore che l'attività sessuale sia un pericolo per il suo stato di salute che percepisce nel periodo di convalescenza come estremamente fragile e precario. Oppure il paziente può manifestare vari gradi di disadattamento emozionale alla diagnosi di infarto e alla sua nuova condizione di "paziente grave": in questo caso i fattori psichici appaiono indicatori prognostici anche più importanti del fumo, dell'angina e



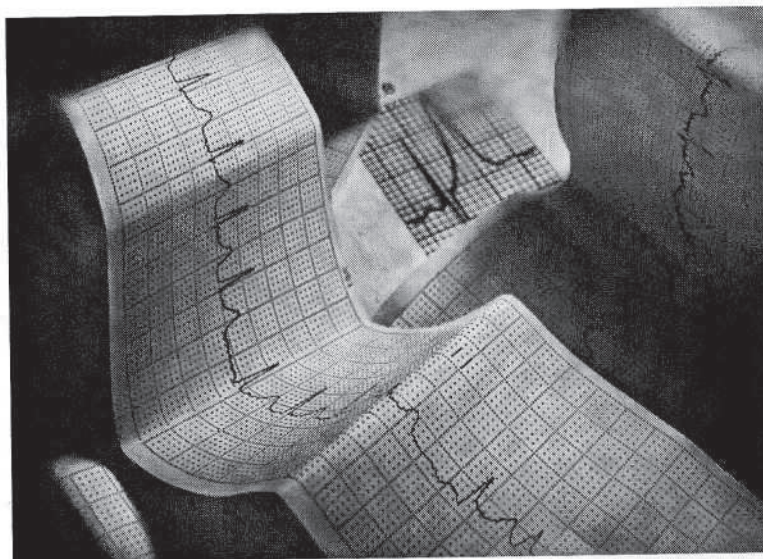
degli altri disturbi somatici. A volte, il ritardo nella ripresa dell'attività sessuale può essere dovuto a disturbi psicopatologici insorti dopo l'infarto (Wiklund I. 1984). O ancora: l'infartuato ha una ridotta cura di sé nella vita personale e familiare; gli intensi e spiacevoli stati emotivi lo inducono a trascurare ogni interesse; è tormentato da apprensioni irrealistiche sulla sua salute; è incapace di adattarsi ai cambiamenti di vita imposti; i nuovi bisogni di cura non sempre sono riconosciuti ed accettati. (Beach E.K. 1996).

Il paziente aspira in ogni caso a tornare ad un livello di funzionamento quanto più simile possibile al periodo antecedente l'infarto, in tutti gli aspetti della vita quotidiana: lavoro, attività sessuale, guida

dell'automobile, tempo libero (Froelicher E. S. 1994).

La sessualità è dunque uno dei temi dominanti per il paziente infartuato, ma i problemi sessuali coinvolgono emotivamente ed in maniera inquietante anche i suoi familiari che spesso proiettano su lui le proprie ansie, paure e pregiudizi (Angelini G. 1980).

Notevoli inoltre i problemi per l'équipe curante. Quest'area problematica è troppo spesso ignorata, trascurata o temuta per gli imbarazzi che crea. Ci si limita a presunti buoni e saggi consigli che possono addirittura rinforzare le disfunzioni sessuali dell'infartuato (Steinke E.E. 1996, Boone T. 1990, Dhabuwala C.B. 1986). L'équipe deve essere in grado di fornire corrette strategie di intervento: il curante,



con l'aiuto di consulenti, deve essere capace di un adeguato counselling fisico, psicologico e sessuale all'interno di un globale e complesso programma di riabilitazione dell'infartuato che tenga conto anche della gestione dello stress (Boykoff S.L. 1989).

Tre sono le domande più frequenti dell'infartuato al suo medico:

1. «**L'attività sessuale può scatenarmi un nuovo infarto?**» (Westendorp R.G. 1996). Sul pericolo rappresentato dalla ripresa dei rapporti sessuali dopo un infarto esistono miti e paure da sfatare che assillano sia il paziente che medico (Seidl A. 1991). I risultati dei ricercatori e l'esperienza clinica sembrano concordare: la sessualità non è più considerata un tabù per l'infartuato e, fortunatamente, non esistono sufficienti certezze sulla ipotizzata "morte coitale" (Steen O. 1987). Alcuni ricercatori (Muller J.E. 1996) hanno intervistato pazienti che avevano avuto un rapporto sessuale nelle 24 o nelle 2 ore precedenti l'infarto, concludendo che il rischio di un'ischemia miocardica dovuta a rapporti sessuali è assolutamente trascurabile. Altri ritengono anzi che la ripresa di una normale attività sessuale nel post-infarto favorisca l'autostima e l'ottimismo del paziente per il ritorno della

salute, rivelandosi poi terapeutica e in grado di migliorare la prognosi (Kavanagh T. 1977).

2. Il secondo frequente quesito dell'infartuato è: «**Quando potrò farlo di nuovo?**» (Piper K.M. 1992). Occorre evitare rigide norme codificate ("non prima di un mese") o consigli vaghi e generici che sono di scarso valore e di nessun aiuto. Al paziente servono domande dirette e risposte certe o "linee guida", magari scritte, che partano dai suoi personali bisogni, spesso più psicologici che sessuali, e che presuppongano la ripresa di una soddisfacente attività sessuale come passo iniziale per riconquistare la fiducia nel futuro (Albararan I.W. 1997). Il problema va inquadrato e risolto con un approccio multidisciplinare ed un team multiprofessionale che inizi l'intervento di supporto il più precocemente possibile, già durante l'ospedalizzazione o comunque quando le condizioni mediche lo consentano (M Lean M. 1980).

3. Il terzo più frequente quesito posto dall'infartuato è: «**Come devo farlo?**» (Gupta M.C. 1990). Il buon senso, e la fantasia, indurrebbero a consigliare cautela nelle impetuose e trasgressive passioni extraconiugali a favore dei tranquilli e collaudati rapporti matrimoniali: il tradimento coniugale dunque come fattore di rischio

per il sistema coronarico? In questo lavoro pubblicato in India, gli Autori, mostrando una discreta conoscenza del Kamasutra, riferiscono: un terzo dei pazienti maschi che dopo un infarto ha difficoltà sessuali attribuisce la causa del deterioramento della propria performance alla partner che, ormai timorosa, costringe l'uomo ad un radicale cambiamento delle posizioni reciprocamente assunte durante l'amplesso imponendogli di stare passivamente supino...

La tematica sessuale nel post-infarto è dunque problema clinico complesso che rappresenta anche uno dei "predittori di esito" in quanto aspetto importante della qualità della vita dell'infartuato (Trzcieniecka-Green A. 1994). L'obiettivo del clinico è quello di arrivare ad una "guarigione sessuale" (Briggs L.M. 1994). Guarigione sessuale che è giusta aspirazione del paziente ma anche ardente desiderio e bisogno rilevato nelle mogli dell'infartuato (Papadopoulos C. 1980): entrambi sono spesso costretti ad un'inutile, mortificante e stressante astinenza.

Il Prof. George Davey Smith di Bristol ha condotto, nell'arco di un decennio, una ricerca su 1000 uomini tra 45 e 59 anni. Ha constatato che 2 orgasmi a settimana sono una specie di "elisir della giovinezza": allungano la vita rispetto a chi fa l'amore una volta al mese, perché diminuiscono soprattutto i problemi cardiocircolatori.

Certo, pensare al sesso solo come medicina che fa vivere più a lungo appare poco edificante...

Un aneddoto per concludere. Ad un paziente di 60 anni il medico curante suggerì che per campare 100 anni avrebbe dovuto rinunciare a fumo, alcool e sesso al di fuori del matrimonio. E lui gli rispose: «Scusi dottore, ma a queste condizioni perché devo vivere 100 anni?»

ATTUALITÀ

L'Esercitazione NBCR del 7/12/2005

DOTT. GIOVANNELLA CIMINO

Dirigente Medico della Centrale Operativa
118 Molise Soccorso

DOTT. VINCENZINA BRUNO

Dirigente Medico della Centrale Operativa
118 Molise Soccorso

Medici, Infermieri, Volontari del S.E.T. 118
Molise Soccorso

Presidenza del Consiglio dei Ministri del 28 marzo 2003, ha ritenuto opportuno dotare il Sistema di Emergenza 118 Nazionale delle attrezzature di base per assicurare la decontaminazione della popolazione da eventuali sostanze tossiche disseminate a scopo terroristico, e il miglior soccorso sanitario possibile, compresa l'eventuale somministrazione di antidoti.

Nel proseguimento di tale progetto, il Dipartimento della

Protezione Civile ha invitato alcuni Medici e

Infermieri Professionali della Centrale Operativa

del 118 Molise, insieme ad altri

operatori 118 rappresentanti di

tutte regioni d'Italia, a partecipare

ad un corso di formazione NBCR (Nucleare,

Biologico, Chimico e Radiologico), della durata di una

settimana, presso la scuola militare interforze di Rieti, che ha

portato al conseguimento del titolo di formatori NBCR. Successivamente il 118 Molise ha

provveduto ad una prima formazione a cascata, di tutti gli

operatori del 118, che operano

giornalmente sul territorio, e recentemente ad un secondo corso di formazione effettuato in collaborazione con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Campobasso

La formazione del personale del 118 ha comportato la

conoscenza di ruoli, funzioni e procedure operative specifiche, da effettuare cooperando

con gli altri enti istituzionali preposti a tali evenienze, il saper riconoscere gli indicatori

atti ad identificare la tipologia dell'attacco terroristico, e il sapere operare al meglio, indossando gli appositi dispositivi di

protezione individuale.

L'iter formativo è stato completato con l'esercitazione del

7 Dicembre 2005, organizzata con i Vigili del Fuoco di

Campobasso nell'ambito delle misure di prevenzione di

eventuali atti terroristici di natura NBCR, sulla scia delle

esercitazioni che si sono svolte nelle grandi città italiane:

Roma, Milano, Torino, Firenze, Napoli; e per testare "sul campo" tutte le nozioni apprese

teoricamente.

Ovviamente a noi abitanti di una piccola e tranquilla regione, sembra impossibile che

proprio il Molise divenga bersaglio di operazioni di terro-

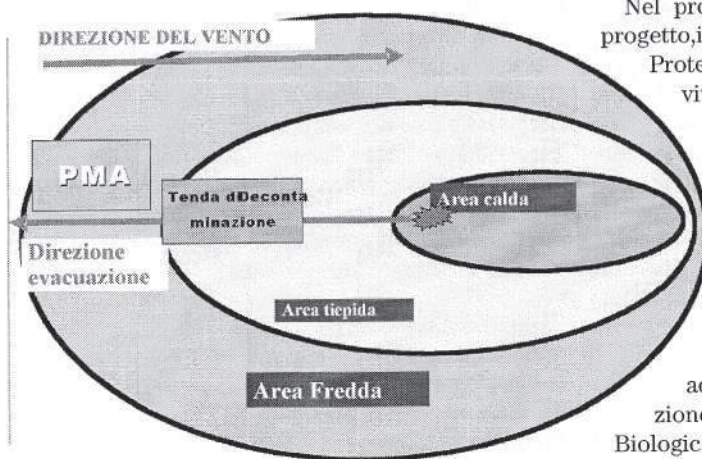


Fig.1 Delimitazione delle aree, in base al rilevamento della presenza di tossico nell'aria.

Premessa

Gli attentati terroristici sono ormai, purtroppo, all'ordine del giorno e non si tratta solo di bombe e kamikaze. Dopo l'11 settembre, l'attentato di Madrid, il recente attentato alla metropolitana di Londra, quello di alcuni anni fa alla metropolitana di Tokyo con gas nervini, è cresciuta nel nostro paese l'attenzione nei confronti di possibili attacchi con armi chimiche e/o biologiche.

Per fronteggiare tale possibilità, Il Dipartimento della Protezione Civile, in collaborazione con il Ministero dell'Interno, il Ministero della Difesa e il Ministero della Salute, in seguito all'ordinanza della





rismo internazionale, ma non dimentichiamo che la nostra regione si trova tra il Lazio e la Campania, vicino a Napoli e a Roma, considerati possibili obiettivi sensibili, e quindi con la possibilità che i nostri operatori sanitari 118 siano comunque coinvolti in appoggio ai servizi sanitari di emergenza territoriale locali.

Il Molise è inoltre sede di insediamenti industriali, con cicli di lavorazione di sostanze chimiche pericolose, tali da potere essere soggetti a incidenti chimici con diffusione di gas nocivi per la popolazione.

Se ne deduce che la formazione del personale del 118 non è stata indirizzata a fronteggiare solo eventuali situazioni di terrorismo NBCR, ma anche situazioni dovute ad eventuali incidenti chimico-industriali che dovessero verificarsi sul territorio molisano.

Modalità operative

Lo scenario dell'esercitazione veniva concordato con il Comando dei Vigili del Fuoco di Campobasso, e prevedeva la diffusione di gas tossico all'interno della Segreteria Studenti della Facoltà di Economia dell'Università degli Studi.

Lo studio della tipologia dell'evento ha condotto sia i Vigili del Fuoco che il 118 a

prevedere la probabilità che tra le vittime dell'incidente vi potessero essere feriti di varia gravità, circostanza in cui la decontaminazione deve necessariamente avvenire con l'assistenza di personale sanitario qualificato ed esperto, capace di stabilire la priorità di trattamento delle vittime, movimentarle con la dovuta perizia e somministrare precocemente i primi trattamenti salvavita.

L'allarme relativo alla diffusione di gas tossico all'Università arrivava al 118, intorno alle ore 14.30. In pochi minuti veniva attivata presso la Centrale Operativa l'Unità Maxi-emergenze con carrello di decontaminazione e carrello Posto Medico Avanzato, che venivano inviati rapidamente sulla sede dell'evento, con personale sanitario addestrato e dotato dei dispositivi di protezione individuale.

Inoltre venivano fatte confluire sul posto 7 ambulanze del 118 con medico e infermiere a bordo, ed il personale sanitario per l'allestimento del PMA.

I Vigili del Fuoco, giunti per primi sul posto, provvedevano a delimitare l'area della segreteria studenti, interessata dall'evento, con gli appositi strumenti di rilevazione delle sostanze tossiche, e in base alla percentuale di tossico presente nell'aria, suddividevano la zona in tre aree:



l'area calda o rossa, l'area tiepida o gialla, l'area fredda o verde.

I Vigili del Fuoco interdicono l'accesso all'area calda e opportunamente protetti con D.P.I. (tute di protezione a tenuta di gas e autorespiratori), effettuavano al suo interno la ricognizione, e il trasporto degli intossicati fino all'area di decontaminazione.

Tra l'area Tiepida e l'area fredda, in seguito al via libera dei VVFF, una squadra di operatori del 118, opportunamente addestrati, provvedevano rapidamente al montaggio della tenda di decontaminazione; i pazienti, trasportati dai Vigili del Fuoco, venivano accolti dalla squadra sanitaria di decontaminazione, composta da 6 operatori, equipaggiati con tute protettive e autorespiratori. Nella tenda di decontaminazione i pazienti venivano spogliati, lavati, rivestiti e trasportati al Posto Medico Avanzato, costituito da un'altra tenda montata in area fredda,

Fig. 2 La Facoltà di Economia, scenario dell'esercitazione

Fig. 3 Riunione prima della partenza

Fig. 4 Carrello di decontaminazione Nbc dei vigili del fuoco

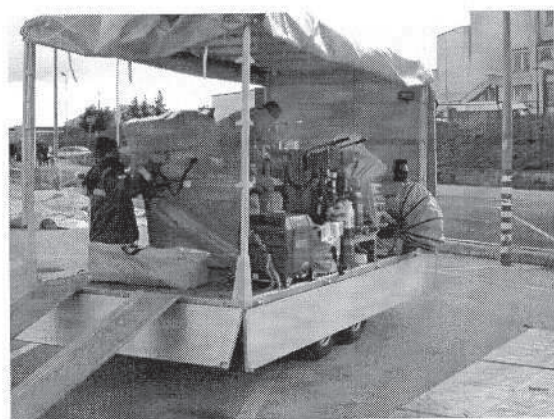


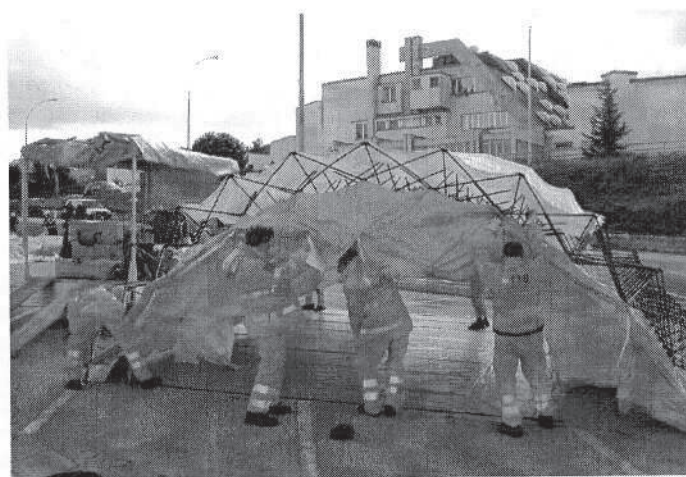
Fig. 5 Vigili del fuoco che effettuano il rilevamento della sostanza tossica

Fig. 6 Tenda di decontaminazione dei Vigili del Fuoco

Fig. 7 Carrello di decontaminazione del 118

L'unità di decontaminazione, costituita da un carrello, comprendente la tenda di decontaminazione, un gruppo elettrogeno per l'erogazione di energia elettrica per il riscaldamento della tenda, per l'illuminazione, e per il riscaldamento dell'acqua, è una struttura molto agile, facilmente trasportabile via terra come rimorchio. È stata trasportata sul luogo dell'evento, e rapidamente montata in area tiepida da sei operatori 118, opportunamente addestrati.

La decontaminazione delle vittime è considerata un trattamento sanitario prioritario, il cui scopo è bloccare l'azione del tossico sulle vittime e per impedire la contaminazione secondaria delle strutture e dei sanitari preposti alle cure; tale operazione è svolta da personale 118 che indossa tute e autorespiratori.



cioè in area sicura dal pericolo derivante dalla presenza di sostanze tossiche. Alla tenda Posto Medico Avanzato, in cui erano presenti 6 medici e 6 infermieri, avveniva il triage dei pazienti decontaminati (gli intossicati sono risultati essere dodici: quattro rossi, tre gialli, cinque verdi), la stabilizzazione e l'evacuazione verso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, con le ambulanze medicalizzate, fatte confluire sul posto dalla Centrale Operativa 118.

Tra questi si segnala che:

- Il piazzale dell'Università era stato fatto sgomberare prima della simulazione: bisogna considerare che normalmente il traffico auto-veicolare privato e le stesse auto in sosta, condizionano pesantemente i tempi dei soccorsi, e bisogna prevedere adeguato reclutamento di carri attrezzati;
- La comunicazione fra le varie componenti può essere difficile o compromessa in queste situazioni; va predisposto un sistema che dia buone garanzie in situazioni complesse;
- L'integrazione operativa va testata anche con gli altri enti: Polizia, Prefettura, ARPA, ecc.; in questa prima esercitazione le forze in campo interessate sono state solo il 118 e i Vigili del Fuoco.
- Non è stato attivato il PCA (posto di comando avanzato), che ha compiti di coordinamento delle risorse, per cui non è stata testata quest'importantissima funzione
- un certo numero di vittime deambulanti ha eluso la decontaminazione sul campo, e questo induce alla necessità di allestire una stazione di decontaminazione anche alla porta dell'Ospedale.

Dal punto di vista clinico, è da rilevare che in caso di

Conclusioni

L'analisi a posteriori dell'esercitazione consente alcune considerazioni generali. Le organizzative riguardano:

- l'utilità pratica di ogni simulazione che consente di testare sul campo la capacità organizzativa (tattica, strategica e logistica) adeguata ad una emergenza sanitaria non convenzionale
- il fatto che le risorse di competenza della difesa civile, i Vigili del Fuoco, (afferre al Ministero degli Interni) e quelle di natura sanitaria, il 118, siano riuscite a cooperare;
- il fatto che si siano evidenziati alcuni aspetti che possono rappresentare momenti di criticità verso i quali va posta maggiore attenzione nella fase di pianificazione e di intervento.

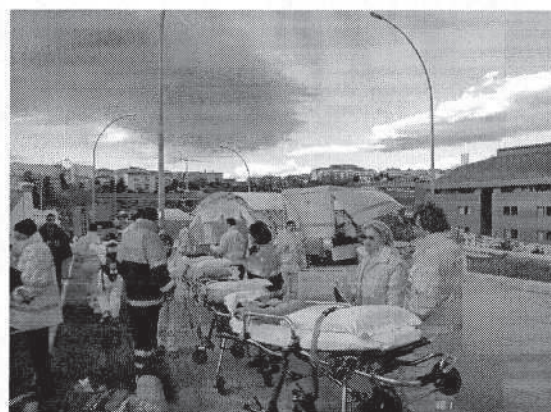


Fig. 8 Fase del montaggio della tenda di decontaminazione

Fig. 9 Tenda montata

Fig. 10 Particolare interno della tenda di decontaminazione

Fig. 11 Barelle in attesa dei pazienti già decontaminati, che devono essere trasportati al P.M.A

Fig. 12 Montaggio della tenda Posto Medico Avanzato

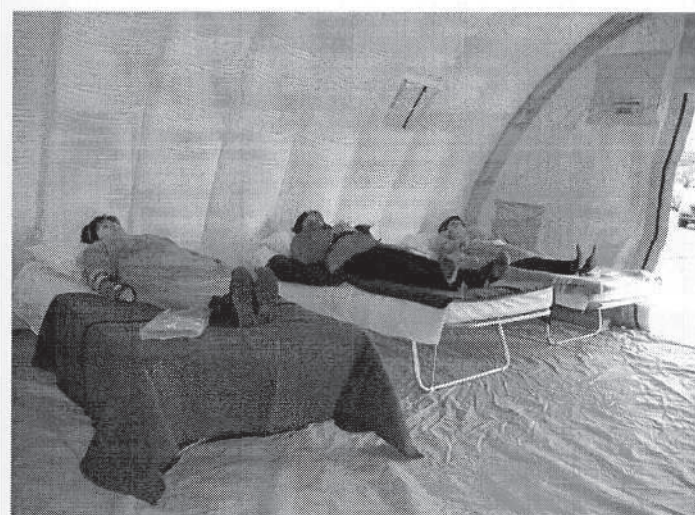
Fig. 13 Personale del 118, addetto alla decontaminazione con i dispositivi di protezione individuali (tute e autorespiratori)

Fig. 14 Distribuzione dei cartellini di triage

Fig. 15 Posto Medico Avanzato: arrivo dei pazienti decontaminati

Fig. 16 Posto Medico Avanzato: codici verdi

Fig. 17 Alcuni dei partecipanti all'esercitazione



incidente con contaminazione da sostanze tossiche pericolose, il processo di recupero protetto e decontaminazione precoce è prioritario sulle manovre ALS (Rianimazione cardiopolmonare avanzata), e sulla somministrazione degli antidoti.

I motivi di questa priorità sono:

- rimuovere il tossico dalle vittime contenendo il più precocemente possibile l'azione lesiva;
- proteggere il personale e i mezzi di soccorso sul territorio, nonché il personale e gli ambienti ospedalieri, dal rischio di contaminazione secondaria.

In definitiva fronteggiare questo tipo di evento, con caratteristiche così particolari, impone un notevole impegno organizzativo con il coinvolgimento di enti diversi tra loro che devono imparare a conoscersi e ad integrarsi per le rispettive competenze.

Pertanto le esercitazioni, con scenari il più possibile realistici, diventano fondamentali per imparare a soccorrere in modo qualificato le vittime, senza esporre a inutili rischi i soccorritori.

Da questo punto di vista l'esercitazione del 7/12/2005 è stata sicuramente un'esperienza positiva, in cui tutto il personale impegnato ha mostrato grande disponibilità e capacità operativa.

RINNOVATO L'APPUNTAMENTO IN MOLISE PER DISCUTERE LE TEMATICHE GESTIONALI

Odontoiatri: non solo clinica durante gli incontri

Sabato 9 settembre si è svolto ad Isernia, nei locali della DR Groupe, il II Congresso Regionale Molisano dei Dentisti, organizzato dall'ANDI e patrocinato dalla Regione Molise, dall'Assessorato alla Sanità e dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Isernia.

Piuttosto insolita la location, in quanto la DR Groupe è un'azienda leader in campo automobilistico, ma assolutamente all'altezza nella gestione dell'evento, come gli odontoiatri, molisani e non, hanno avuto modo di constatare nel corso della giornata.

saluti all'inizio dei lavori.

Il Congresso ha visto la presenza di molti rappresentanti dell'Esecutivo Nazionale: il dott. Roberto Callioni, Presidente; il dott. Gerardo Ghetti, Tesoriere; il dott. Gianfranco Prada, Segretario Sindacale; il dott. Mauro Rocchetti, Segretario.

Il dott. Ghetti ha esposto una relazione sulla polizza di responsabilità civile Andicattolica, soffermandosi sugli aspetti che la caratterizzano rispetto agli altri prodotti del settore, in particolare la copertura "a vita" per l'odontoiatra,

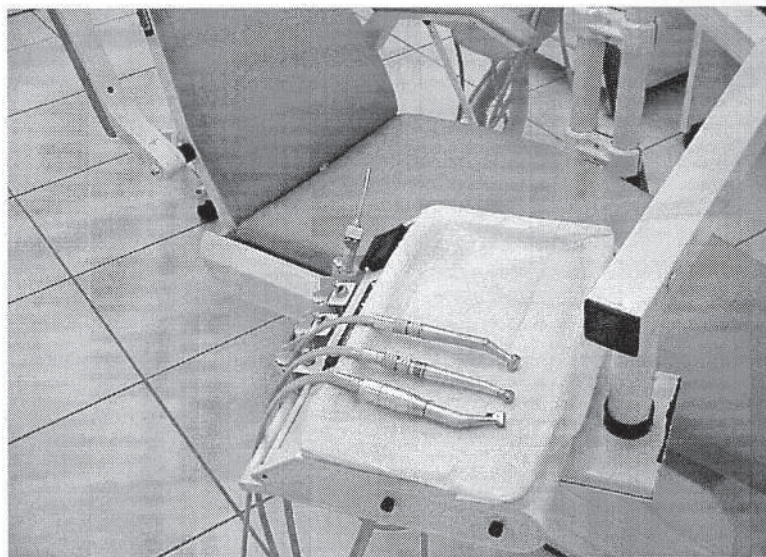
illustrato in maniera molto interessante gli obblighi medico-legali dell'odontoiatra, ponendo l'attenzione sul comportamento che bisogna osservare nei casi di richiesta di referto medico e sulla gestione e conservazione della documentazione relativa agli interventi effettuati ai pazienti. Inoltre ha specificato l'importanza della conservazione della documentazione ai fini dell'identificazione post-mortem.

Il trattamento dei dati sensibili e le altre regolamentazioni relative alla privacy sono state l'oggetto dell'esposizione del dott. Prada, che ha poi dato informazioni e chiarimenti sugli effetti, immediati e a più lunga scadenza, della recentissima legge Bersani-Visco. L'ANDI rimane quindi in prima linea nella mediazione con il Governo, per ottenere l'innalzamento del tetto massimo per il pagamento in contanti, fissato per ora a 1000, ma destinato a diminuire già dal prossimo anno.

Il Presidente Callioni ha ribadito con fermezza le necessità di mantenersi informati sui cambiamenti nel sistema della libera professione per poterli affrontare con serenità e in modo razionale, e di formulare un messaggio di protesta ben definito insieme alle altre categorie di liberi professionisti toccati dalla legge.

I lavori del congresso si sono conclusi con l'intervento del dott. Francesco Antonucci relativo alle recenti abrogazioni dei divieti di effettuare la pubblicità sanitaria e di costituire società interprofessionali.

Caterina Testa



È stato dunque replicato il leit-motiv dell'incontro dello scorso anno: le problematiche gestionali nella professione odontoiatrica, più che mai attuale date le clamorose novità legislative in materia di libera professione. L'importanza delle tematiche trattate è stata ribadita anche da Michele Iorio, Presidente della Regione Molise, arrivato a porgere i suoi

l'impossibilità di storno del professionista in seguito a dichiarazioni di sinistri previo parere positivo dell'Associazione e le agevolazioni per i neo-laureati.

Queste peculiarità, unite a premi competitivi, ne fanno un prodotto unico e particolarmente vantaggioso.

La dott.ssa Valeria Santoro dell'Università di Bari ha

ATTUALITÀ

Il calendario delle vaccinazioni della Regione Molise 2006

a cura di CLAUDIO D'APOLLONIO

Le modifiche al titolo V della costituzione hanno assegnato nuovi compiti alle regioni in materia sanitaria attribuendo a queste anche la competenza sulla programmazione e pianificazione degli interventi in materia di tutela della salute dando slancio a programmi regionali vaccinali impensabili negli anni passati.

Anche la Regione Molise si è egregiamente attivata con la stesura di un calendario vaccinale. In sintesi le principali novità:

– programma di vaccinazione nei soggetti con età di 12 anni ricorrendo ad una dose booster con vaccino a basso dosaggio antigenico per tetano difterite e pertosse (dTPa)

– la quarta dose di richiamo di antipoliomielite dal 2°-3° anno di vita viene spostata al 5-6° insieme ad antidifterica-antitetanica-antipertossica (DTPa)

– due somministrazioni di vaccino antimorbillo-antirosolia-antiparotite (MMR), in accordo con il piano nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita che pone come obiettivo il raggiungimento ed il mantenimento dell'eliminazione del morbillo e di ridurre la sindrome della rosolia congenita a meno di un caso ogni 100.000 nati vivi, (per l'Italia poco meno di 5 casi all'anno) entro il 2007. La prima dose di MMR viene anticipata al 13° mese e ne permette l'associazione con gli esavalenti. La seconda dose viene offerta al 5°-6° anno di vita insieme a polio e DTPa.

– vengono introdotte alcune nuove vaccinazioni contro: lo pneumococco, meningococco C e varicella, quest'ultima con offerta attiva solo ai 12enni con anamnesi negativi per la varicella.

Tale calendario sicuramente migliorabile alla luce dei nuovi vaccini a breve in commercio, come il tetravalente contro morbillo-parotite-rosolia-varicella (Proquad), rappresenta senz'altro un utile contributo al sistema di profilassi della nostra Regione.

Si allega il calendario delle Vaccinazioni della Regione Molise (Delibera n. 344 del 21/03/2006).

LINEE GUIDA PER

L'APPLICAZIONE DEL CALENDARIO

1. LA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Obiettivo prioritario nella Regione Molise è l'istituzione dell' **Osservatorio Epidemiologico Regionale**, organo indispensabile per l'attuazione di qualsivoglia politica nel campo della programmazione e della prevenzione sanitaria.

Ci si attiverà, inoltre, per l'istituzione dell' **Anagrafe Vaccinale Informatizzata**

Regionale, collegata in rete con le singole ASL e con l'Istituto Superiore di Sanità.

In generale si può affermare con certezza che le classiche patologie prevenibili con le vaccinazioni cosiddette "obbligatorie" sono diventate sempre più rare (grazie proprio alle vaccinazioni). Per contro, invece, le patologie, a torto considerate "minori", prevenibili anch'esse con vaccini cosiddetti "facoltativi", presentano ancora un'alta incidenza, e purtroppo sono gravate anche da un tasso di mortalità non trascurabile.

Anche gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali hanno enfatizzato l'importanza della eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

2. OBIETTIVI PRIORITARI

Gli obiettivi prioritari previsti dal presente calendario regionale per le vaccinazioni sono:

⊙ **Mantenere percentuali di vaccinati al compimento del secondo anno di età al di sopra del 95% per le vaccinazioni contro: difterite, tetano, polio, epatite B, pertosse.**

⊙ **Raggiungere e mantenere percentuali di vaccinati tali da rendere possibile l'eliminazione di malattie quali il morbillo, la parotite, la rosolia.**

Per il prossimo triennio viene inoltre posto come fondamentale e prioritario il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Piano nazionale per

l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Si fa presente che l'applicazione puntuale del calendario permette di ottenere la migliore risposta immunitaria nel più breve tempo possibile.

Qualora ciò non sia possibile, per le temporanee condizioni di salute del vaccinando o perché lo stesso afferisce al Centro Vaccinale in epoche successive a quelle previste dal calendario ma è ancora in tempo per trarre vantaggio dalla somministrazione di uno o più vaccini, questi verranno proposti ed effettuati (secondo una appropriata - e personalizzata - schedula) quanto prima possibile (recuperi vaccinali); questo si applica sia alle vaccinazioni "obbligatorie" che a quelle "raccomandate" (vedi appendice 2 - estratto da pag 29 e seg. del PNV 2005-07 s.o. G.U. n. 86 del 14/04/2005).

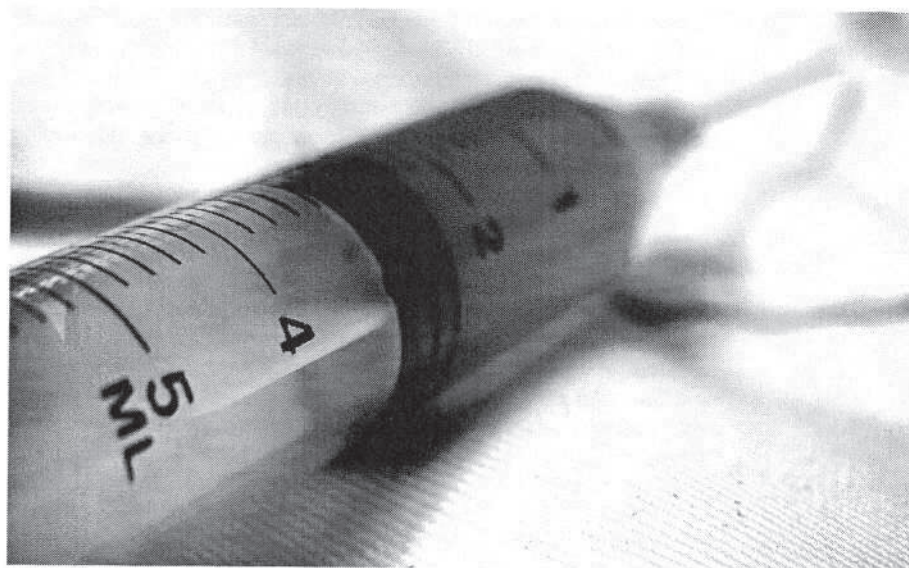
3. VACCINAZIONE ANTIPOLIO

3.1 Il Decreto del Ministero della Salute 18.6.2002 cambia la schedula della vaccinazione antipolio, con il passaggio a quattro dosi di IPV che debbono essere somministrate secondo gli intervalli temporali previsti dal prospetto allegato.

Si mette in evidenza che la dose di richiamo (precedentemente prevista nel corso del terzo anno di vita) verrà effettuata nel corso del sesto anno di vita a decorrere dal 1° Gennaio del 2006, per la coorte di nascita anno 2004 (decreto ministero della Salute 15/7/2005 - G.U. n. 215 del 15/9/2005).

Si fa presente che, in attesa di avere un vaccino tetravalente IPV- DTPa, il vaccino antipolio potrà essere somministrato contemporaneamente al DTPa (ma in muscoli diversi) e/o al vaccino MPR oppure a qualunque distanza di tempo l'uno dall'altro.

Si ricorda inoltre l'applicazione del Piano di eradicazione



della poliomielite previsto dalla circolare del Ministero prot. 400.3/28/3610 del 6.8.2002.

4. VACCINAZIONE ANTIDIFTERITE - ANTITETANICA

4.1 Vaccinazione dei nuovi nati

La prima dose della vaccinazione antidifterite-antitetanica deve essere eseguita nel terzo mese di vita (dal 61° al 90° giorno di vita). La seconda dose viene effettuata nel corso del 5° mese (con un intervallo minimo di 42 giorni dalla prima dose). La terza dose viene somministrata al compimento del dodicesimo mese di vita.

Fondamentale, inoltre, è la dose booster (con vaccino DTPa "tipo bambino") nel corso del 6° anno di vita (da 5 anni + 1 giorno fino al 6° compleanno). Per conservare una valida copertura immunitaria negli anni successivi si raccomandano i richiami a cadenza decennale (con dose dTpa "tipo adulto").

4.2 Vaccinazione degli adulti

Sporadici casi di tetano avvengono nella nostra regione. Significativo appare il fatto che

nella popolazione anziana, il numero dei casi nella popolazione femminile sia doppio rispetto a quella maschile. Il minor rischio nei maschi è attribuibile alla protezione fornita dalla vaccinazione eseguita in varie occasioni (servizio di leva, peraltro recentemente abolito, o motivi di lavoro). Risulta pertanto chiaramente necessario intervenire offrendo attivamente la vaccinazione antitetanica ed i richiami agli adulti.

Fermo restando il ruolo centrale svolto dal medico di medicina generale nel consigliare l'opportunità della vaccinazione ai propri assistiti, è importante utilizzare ogni occasione utile per fornire informazioni in merito alla vaccinazione come ad esempio l'assunzione lavorativa, il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva, la campagna annuale di vaccinazione contro l'influenza etc. La vaccinazione combinata antidifterica-antitetanica è consigliata attualmente in molti paesi, suggerita dall'O.M.S. e prevista dal nuovo calendario vaccinale approvato con DM 7/4/99, utilizzando vaccino tipo adulto.

Anche il Piano Nazionale Vaccini 2005-07 mette in evidenza che la maggior parte dei casi di tetano che si verificano ancora in Italia colpi-

scono soprattutto gli anziani; inoltre una recente indagine effettuata in 11 regioni italiane ha mostrato che solo il 54% degli individui > 65 anni riferisce di essere vaccinato contro il tetano.

Per questo motivo, in ottemperanza a quanto previsto dal vigente Piano Nazionale Vaccini, si ritiene di offrire in maniera attiva la vaccinazione antitetanica agli individui > = 65 anni con l'obiettivo di raggiungere almeno il 90% di copertura nella popolazione anziana.

Si ribadisce che nel soggetto adulto (e comunque oltre il 7° anno d'età) si raccomanda la somministrazione, gratuita, del vaccino dTpa (tipo "adulto").

4.2.1 Richiami

Si ricorda la necessità di effettuare il richiamo anti difto-tetanico ogni dieci anni così come stabilito dal DPR 7/11/2001 n. 464.

Poiché attualmente si riscontra un crescente numero di casi di pertosse in adolescenti e adulti che favorisce la circolazione del patogeno, si rende necessario effettuare una offerta attiva e gratuita al di sopra dei 12 anni con il

vaccino anti difto-tetanico che associa l'antipertosse in dose adulti (dTpa).

4.2.2 Indicazioni per la vaccinazione antitetanica-difterite-pertosse negli adulti non vaccinati o vaccinati da oltre 10 anni.

Le indicazioni per l'esecuzione della profilassi immunitaria attiva e passiva sono riportate negli schemi sottoindicati.

Calendario delle vaccinazioni - adulti non vaccinati contro il tetano-difterite-pertosse:

1a dose	<i>dTpa</i> o <i>Td</i> o <i>T</i>
2a dose (6-8 settimane dalla 1a)	<i>dTpa</i> o <i>Td</i> o <i>T</i>
3a dose (6-12 mesi dalla 2a)	<i>dTpa</i> o <i>Td</i> o <i>T</i>
Richiami ogni 10 anni	<i>dTpa</i> o <i>Td</i> o <i>T</i>

Fermo restando che la protezione ottimale si ottiene rispettando il calendario vaccinale di cui sopra, si precisa che nel caso in cui viene saltata una dose, non è mai necessario iniziare nuovamente la vacci-

nazione dalla 1° dose ma è sufficiente riprendere da dove è stata interrotta.

5. VACCINAZIONE ANTIEPATITE B

L'attuale situazione epidemiologica dell'epatite B è caratterizzata da una rilevante caduta dei casi di malattia acuta (proprio grazie alla vaccinazione universale).

5.1 Vaccinazione nei soggetti a rischio

5.1.1 La vaccinazione antiepatite B, in base alle disposizioni ministeriali (Decreto del Ministero della Sanità 4 ottobre 1991 art.1 e DM 22/6/1992), deve essere offerta gratuitamente:

a) ai conviventi, in particolare ai bambini non compresi nei soggetti indicati all'art.1 della L.165/1991, e alle altre persone a contatto con soggetti HBsAg positivi;

b) ai pazienti politrasfusi, emofilici ed emodializzati;

c) alle vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti;

d) ai soggetti affetti da le-

Guida alla profilassi antitetanica di urgenza

n. dosi vaccinazione di base	anni dall'ultima dose	ferita a rischio	
		Vaccino	Ig
> 3	< 5	NO	NO
> 3	5 - 10	SI ¹	NO
> 3	>10	SI ¹	SI ³
< 3 o sconosciuto		SI ²	SI

1 Richiamo

2 Iniziare o completare il ciclo vaccinale

3 Come da Circolare del Ministero della Sanità n. 16 dell'11/11/96. Tale pratica è indicata solo nei soggetti che si presentano al Pronto soccorso dopo 24 ore dalla lesione o in stato di shock.

Ig = Immunoglobuline umane specifiche antitetaniche

sioni croniche eczematose e psoriasiche della cute delle mani;

e) ai detenuti degli istituti di prevenzione e pena;

f) alle persone che si recino all'estero per motivi di lavoro, in aree geografiche ad alta endemia di HBV;

g) ai tossicodipendenti, agli omosessuali e ai soggetti dediti alla prostituzione;

h) al personale sanitario di nuova assunzione del Servizio sanitario nazionale ed al personale del Servizio sanitario nazionale già impegnato in attività a maggior rischio di contagio e segnatamente che lavori in reparti di emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici, medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso;

i) ai soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità;

l) al personale ed agli ospiti di istituti per ritardati mentali;

m) al personale religioso che svolge attività nell'ambito dell'assistenza sanitaria;

n) al personale addetto alla lavorazione degli emoderivati;

o) al personale della Polizia di Stato e agli appartenenti all'Arma dei carabinieri, al Corpo della Guardia di Finanza, al Corpo degli agenti di custodia, ai Comandi Provinciali dei vigili del fuoco e ai comandi municipali dei vigili urbani;

p) agli addetti ai servizi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti;

q) agli appartenenti al Corpo forestale dello Stato.

5.1.2 Si precisa che la categoria degli operatori sanitari comprende anche gli studenti dei corsi di laurea della facoltà di Medicina e Chirurgia.

5.1.3 Le UU.OO. ed i presidi che operano nel settore materno infantile dovranno identificare le madri HBsAg

positive in conformità a quanto previsto dall'art. 5 L. 27/5/91 N. 165 e dal DM 10/9/1998; l'Igiene Pubblica dovrà effettuare la sorveglianza sull'esecuzione delle vaccinazioni dei nati da tali madri.

5.1.4 Per quanto riguarda gli emodializzati i dati della letteratura internazionale indicano che l'esecuzione della vaccinazione deve essere fatta anche a soggetti non ancora sottoposti a dialisi ma che già presentino una insufficienza renale progressiva, in modo da ottenere una risposta anticorpale più elevata.

5.1.5 Oltre ai soggetti già elencati, la vaccinazione anti-epatite B sarà offerta gratuitamente anche a:

a) candidati ad un trapianto secondo quanto consigliato dalle più recenti indicazioni della letteratura scientifica

b) donatori di midollo osseo

c) soggetti affetti da epatopatie croniche, in quanto l'infezione da HBV potrebbe potenzialmente causare l'aggravamento dell'epatopatia. Per la vaccinazione di questi ultimi soggetti è necessaria la richiesta del medico curante o del centro specializzato.

5.2 Screening prevaccinale

5.2.1. Allo scopo di immunizzare alla nascita i neonati da madri HBsAg positiva, sarà eseguita la ricerca dell'HBsAg in tutte le gestanti nel terzo trimestre di gravidanza preferibilmente all'ottavo mese.

5.2.2. Per tutti gli altri soggetti a rischio, fatta eccezione per il personale sanitario, non è necessario effettuare la ricerca dei marcatori HBV prima della vaccinazione.

5.3 Protocolli di vaccinazione

5.3.1. I protocolli di esecuzione delle vaccinazioni sono

riportati nell'allegato al Decreto del Ministero della Sanità del 3 ottobre 1991 aggiornato secondo quanto riportato nell'allegato al DM 20/11/2000: "Protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B".

Per la vaccinazione "di routine" effettuata nel corso del primo anno di vita si rimanda al prospetto allegato.

5.3.2. Il protocollo per la vaccinazione post-esposizione nei soggetti non vaccinati o incompletamente vaccinati (ad es. soggetti vittime di punture accidentali con aghi o strumenti appuntiti potenzialmente infetti) è il seguente:

a) prima della eventuale somministrazione di immunoglobuline effettuare prelievo ematico per controllare la situazione dei markers dell'epatite B

b) se sono presenti anticorpi (anti-HBs e/o anti-HBc) il soggetto risulta già immune per cui non è necessario procedere alla profilassi immunitaria (vaccinazione e/o immunoglobuline)

c) somministrare se necessario le immunoglobuline specifiche anti-HBV entro il 7° giorno dal contatto potenzialmente infettante

d) somministrare la prima dose di vaccino al più presto e comunque entro il 14° giorno dal contatto potenzialmente infettante.

e) se è presente l'HBsAg segnalare al medico curante

5.3.3. In base a quanto stabilito nel protocollo allegato al DM 20/11/2000, per i soggetti di età inferiore a 16 anni appartenenti ai gruppi a rischio e adolescenti della coorte dell'obbligo, si segue lo schema di somministrazione: 0,1,6 mesi dosaggio pediatrico.

5.3.4 Una volta completato il ciclo primario di vaccinazione, non sono necessarie dosi di richiamo.

5.3.5. Negli emodializzati e negli immunodepressi la dose

deve essere doppia. La vaccinazione deve essere eseguita con vaccini a basso contenuto di alluminio. Il contenuto di alluminio non deve comunque superare 1,25 mg/dose.

È indicata la titolazione degli anticorpi ai soggetti immunodepressi e agli emodializzati dopo 30 - 60 giorni dalla terza dose. Si ricorda che ai soggetti risultati sieronegativi (o con titolo anti-HBsAg inferiore a 10 m.U./ml), al fine di ottenere una risposta sierologica adeguata, ulteriori dosi di richiamo potranno essere decise caso per caso.

5.4 Controlli post-vaccinali nel personale sanitario

È indicata la valutazione della risposta anticorpale a distanza di almeno un mese dal completamento del ciclo primario di vaccinazione. In caso di negatività è possibile procedere alla somministrazione di una ulteriore dose fino ad un massimo di 3 dosi di vaccino e ripetere il test per la ricerca dell'anti-HBs a distanza di uno-due mesi dall'ultima dose effettuata; in caso di persistenza della negatività del test non sono indicate ulteriori somministrazioni.

Il controllo anticorpale negli operatori sanitari è comunque indicato al momento dell'inizio dell'attività per coloro che avessero precedentemente completato il ciclo primario di vaccinazione.

5.5 Interruzione e completamento della vaccinazione

5.5.1. Nel caso di allungamenti dell'intervallo tra le dosi il calendario deve essere completato senza l'esecuzione di dosi aggiuntive o la ripetizione del ciclo, ad eccezione dei soggetti a rischio di cui al punto 5.1 del presente atto, per i quali gli intervalli massimi tollerati sono i seguenti: intervallo massimo tra la prima e la seconda dose non superiore a 4 mesi, intervallo massimo

tra la seconda e la terza dose 12 mesi.

5.5.2. Il completamento della vaccinazione può essere effettuato anche con un vaccino diverso da quello precedentemente utilizzato

6. VACCINAZIONE ANTIPERTOSSE

6.1 La prima dose deve essere somministrata nel terzo mese di vita, insieme agli altri vaccini del ciclo primario. Si sottolinea l'importanza di rispettare tale cadenza temporale in considerazione della gravità della malattia quando essa si realizza nei primi mesi di vita.

Per intensificare la lotta contro la pertosse è necessario un cambiamento di strategia, basato sull'estensione della vaccinazione, mediante richiami ogni 10 anni, agli adolescenti e agli adulti.

La disponibilità del **vaccino dTpa** (tipo "adulti") rende possibile questo cambiamento. In tal modo sarà possibile prevenire l'infezione e la malattia nelle diverse classi di età al fine di impedire che gli adolescenti e gli adulti rappresentino la principale modalità di diffusione della malattia al lattante non ancora vaccinato o insufficientemente protetto.

La somministrazione del richiamo **dTpa** in adolescenti e adulti non deve essere necessariamente limitata ai soggetti che hanno praticato il ciclo primario di vaccinazione, ma può essere attuata anche ai soggetti con storia vaccinale antipertosse sconosciuta o negativa.

7. VACCINAZIONE ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

7.1 La somministrazione del vaccino anti *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) viene

effettuata in associazione al vaccino esavalente per tutte le dosi.

8. VACCINAZIONE ANTIMORBILLO - PAROTITE - ROSOLIA

8.1 Al fine di ottimizzare la strategia vaccinale ed ottenere il massimo dell'adesione la vaccinazione può essere effettuata dopo il compimento del 12° mese, permettendo quindi l'associazione del vaccino MPR con le vaccinazioni dell'obbligo e raccomandate al compimento del 1° anno di vita. A tal proposito, si sottolinea come non vi sia in letteratura segnalazione di controindicazioni alla vaccinazione simultanea dei bambini dopo l'anno di vita con i vaccini combinati esavalenti e morbillo-parotite-rosolia.

Una seconda dose viene effettuata nel corso del sesto anno di età.

Come previsto dal Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, tutte le occasioni utili debbono essere sfruttate per effettuare questa vaccinazione e tutte le Aziende USL debbono predisporre dei programmi appositi di offerta attiva e gratuita ai soggetti nati dopo il 01/01/1988.

Poiché, come già evidenziato, i livelli di copertura attualmente raggiunti non sono sufficienti per garantire l'eradicazione del morbillo, si ritiene fondamentale aderire al Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, al fine di raggiungere gli obiettivi previsti per la regione europea dal Programma E.P.I. dell'O.M.S. La vaccinazione MPR viene effettuata gratuitamente a qualsiasi età.

Si mette in evidenza la necessità di provvedere alla vaccinazione "di recupero" dei soggetti di qualsiasi età non vaccinati che afferiscono al Centro Vaccinale possibilmente con due dosi di vaccino

effettuate ad almeno 1 mese di distanza l'una dall'altra.

Occorre attuare programmi specifici per garantire la prestazione contro la rosolia nelle donne in età fertile.

9. VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA

9.1 La vaccinazione contro l'infezione da pneumococco è effettuata gratuitamente dall'Azienda USL ai bambini di età inferiore a 5 anni che presentino le seguenti condizioni (previste dalla C.M. n° 11 del 19/11/2001):

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale e anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi)
- diabete mellito
- insufficienza renale e sindrome nefrosica
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie epatiche croniche
- broncopneumopatie croniche compresa la fibrosi cistica
- soggetti con impianti coleari
- perdita di liquido cerebrospinale

Nei bambini di età inferiore a 24 mesi va impiegato esclusivamente il vaccino pneumococcico 7-valente coniugato (che comunque è indicato nei soggetti di età inferiore ai 5 anni).

Sulla base della persistenza di una delle condizioni sopra elencate, i bambini di età superiore a 24 mesi ad alto rischio precedentemente immunizzati con vaccino pneumococcico 7-valente coniugato, vanno

rivaccinati con il vaccino 23 valente.

L'intervallo tra la somministrazione di quest'ultimo ed il vaccino pneumococcico 7-valente coniugato non deve essere inferiore ad 8 settimane.

9.2 In base a quanto indicato dalla letteratura scientifica e dal PNV 2005-07, anche la Regione Molise estende l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipneumococcica 7-valente a tutta la popolazione pediatrica (di età inferiore ai 5 anni).

La vaccinazione, nel primo anno di vita, va eseguita con due dosi di vaccino effettuate ad intervallo di otto settimane l'una dall'altra, seguite da una dose di rinforzo ad 11-15 mesi (con un intervallo minimo di 6 mesi dalla seconda dose).

Nel bambino di età superiore ai 12 mesi di vita sono previste due dosi (con un intervallo di almeno 2 mesi). Dopo il 24° mese di vita è prevista la somministrazione di una singola dose. È possibile la co-somministrazione con l'esavalente. Si ribadisce l'utilità di offrire la vaccinazione antipneumococcica fino all'età di 5 anni.

9.3 La vaccinazione antipneumococcica 23-valente, viene offerta gratuitamente, nei soggetti adulti a rischio e negli anziani dal 65° anno d'età, (insieme al vaccino antinfluenzale). Alla popolazione generale, tale vaccino sarà offerto, su richiesta, previo pagamento di un ticket pari al costo dello stesso vaccino alla ASL competente; il vaccino viene offerto gratuitamente ai soggetti appartenenti alle classi indigenti (le stesse che già usufruiscono delle agevolazioni alla compartecipazione alla spesa sanitaria).

10. VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCICA

10.1 La vaccinazione contro l'infezione da meningococco gruppo C con vaccino coniu-

gato è effettuata gratuitamente dall'Azienda USL ai soggetti che presentano le seguenti condizioni:

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale e anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi)
- diabete mellito tipo 1
- insufficienza renale con creatinina clearance <30 ml/min
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- perdita di liquido cerebrospinale
- difetti congeniti del complemento
- fibrosi cistica

Anche in questo caso si ritiene opportuna un'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antimeningococcica a tutta la popolazione pediatrica (la scheda tecnica ne prevede la somministrabilità fino a 90 anni d'età).

Nei bambini che iniziano la vaccinazione prima dei sei mesi è prevista la somministrazione di due dosi di vaccino ad intervallo di otto settimane l'una dall'altra con una dose di rinforzo ad 11-15 mesi (con un intervallo minimo di 6 mesi dalla seconda dose). A partire dal tredicesimo mese (fino a qualsiasi età) è sufficiente una sola dose.

Si mette in evidenza la necessità di provvedere alla vaccinazione "di recupero" dei soggetti di qualsiasi età non vaccinati che afferiscono al Centro Vaccinale.

11. VACCINAZIONE ANTIVARICELLA

11.1 La vaccinazione viene offerta gratuitamente ai se-

guenti soggetti a rischio:

- Soggetti senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio: leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica e trapianti renali, persone con infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una proporzione di CD4 >25 %.
- Soggetti suscettibili che vivono con persone immunodepresse quali: persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possono alterare i meccanismi immunitari (leucemie, linfomi, neoplasie che interessano il midollo osseo o il sistema linfatico), con deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia o disgammaglobulinemia o in trattamento immunosoppressore di lunga durata.

Si ricorda che trattandosi di vaccino vivo, i vaccinati dovranno evitare i contatti col soggetto immunodepresso per almeno 1 mese a decorrere della vaccinazione. (Questa raccomandazione non si applica per MPR)

2.2 È opportuna anche la vaccinazione dei lavoratori sottoindicati:

- I lavoratori suscettibili che operano negli asili nido, scuole materne e comunità della prima infanzia, scuole primarie, scuole secondarie.
- Le persone recettive che lavorano in ambiente sanitario. Prioritariamente la vaccinazione dovrebbe essere eseguita al personale sanitario che è a contatto con i bambini o con le persone immunodepresse.

11.3 Questa vaccinazione sarà offerta, inoltre, gratuitamente e con programmi di ricerca attiva ed invito agli adolescenti con anamnesi negativa

per varicella (dato rilevato mediante anamnesi dai genitori); tale offerta (gratuita) è estesa anche agli adulti con anamnesi negativa per varicella.

Al momento è prevista la somministrazione di una singola dose di vaccino per i soggetti fra gli 11 e i 12 anni (vedi prospetto allegato). Dopo i 12 anni e negli adulti sono necessarie 2 dosi di vaccino a distanza di 4-8 settimane. Tale vaccinazione è sempre associabile a quella anti DTPa e/o nella stessa seduta con l'MPR oppure a qualsiasi distanza di tempo dal DTPa o ad almeno un mese dal MPR.

11.4 Allo stato attuale non si ritiene che vi siano le condizioni per iniziare la vaccinazione universale dei nuovi nati nella Regione Molise.

12. VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE

12.1 La vaccinazione anti-influenzale viene somministrata stagionalmente, secondo le indicazioni fornite ogni anno da apposite circolari ministeriali, ai soggetti a rischio e nelle fasce di età previste.

13. VACCINAZIONI PER I VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

13.1 La vaccinazione contro l'Epatite A, B, il colera, la febbre gialla e altre malattie trasmissibili suscettibili di profilassi immunitaria sarà offerta, mediante pagamento di un ticket pari al costo del vaccino alla ASL competente a tutti coloro che si recano per turismo, studio, visita ai parenti etc. nei paesi ad alta endemia al fine di evitare sia il rischio di contrarre infezioni durante il soggiorno, che il contagio di altri soggetti dopo il ritorno.

La consulenza sanitaria necessaria in occasione di viaggi

internazionali viene effettuata dalla Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica della ASL previo pagamento del ticket equivalente a quello previsto dal tariffario regionale per la visita specialistica (prima visita).

L'indicazione alla eventuale chemioprophilassi antimalarica viene stabilita dal medico di sanità pubblica che può prescrivere il farmaco sul ricettario del SSN.

14. VACCINAZIONE DEI MINORI IMMIGRATI

14.1 Ai minori immigrati devono essere garantite sia le vaccinazioni obbligatorie che quelle raccomandate dal Calendario regionale.

14.2 Procedure per la vaccinazione di minori immigrati

14.2.1 Nel caso le vaccinazioni effettuate non siano documentate, i minori appartenenti alle classi di età per le quali è prevista la vaccinazione obbligatoria verranno vaccinati secondo lo schema usuale, a seconda dell'età.

14.2.2 Ai minori a rischio così come previsto dalla normativa vigente, verrà offerto attivamente e gratuitamente la vaccinazione antiepatite B.

14.2.3 In considerazione della maggiore possibilità di insorgenza di reazioni indesiderate a vaccino nel caso in cui la somministrazione di anatoxina difto-tetanica avvenga troppo frequentemente, andrà attivata la seguente procedura:

Nei minori in età scolare andrà determinato lo stato anticorpale per il tetano: infatti, essendo le due anatoxine solitamente somministrate contestualmente, lo stato immunitario per il tetano può considerarsi indicativo dell'avvenuta immunizzazione anche contro la difterite; ove neces-

Calendario delle vaccinazioni della regione molise (2006)

VACCINO	Nascita	3° mese *	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese*	14° mese	15° mese	5° anno
D T Pa		DTPa	DTPa			DTPa			
Antipolio		Ipv	Ipv			IPV			
Epatite B	Epatite B^	Epatite B	Epatite B			Epatite B			
H i b		Hib	Hib			Hib			
M P R						MPR -----			
pcv		pcv	pcv		-----pcv-----				-----
mcc		MCC	MCC		-----MCC-----				-----
varicella						Varicella (nei soggetti a rischio)			
influenza				Influenza					
EPATITE A				----- Ep. A (In zone di focolaio o in periodi epide					

[^] per i nati da madri HBV positive

* 3°mese = dal 61°gg al 90° gg di vita - 13°mese = dal 366°gg - 6°anno = dal 5°anno + 1 giorno al 6°compleanno
con richiami ogni 10 anni

LEGENDA

DTPa = Vaccino anti difterite-tetano-pertosse acellulare (tipo "bambino")

dTpa = Vaccino anti difterite-tetano-pertosse acellulare (tipo "adulto")

IPV = Vaccino antipoliomielite iniettivo (tipo Salk)

MPR = Vaccino anti morbillo-parotite-rosolia

Hib = Vaccino anti Haemophilus Influenzae B

Ep A = Vaccino anti epatite A

PCV = Vaccino anti pneumococco coniugato eptavalente

MCC = Vaccino anti meningococco C coniugato

sario, procedere alla vaccinazione secondo la schedula DT in uso.

14.2.4 Dopo il compimento dei 6 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifterico-tetanico-pertosse di tipo adulti (dTp).

14.2.5 Per i minori di 12 anni compresi dovrà essere effettuato un ciclo completo con il vaccino antipolio Salk (IPV).

15. VACCINAZIONI PER I LAVORATORI

15.1 Applicazione del D. Lgs. 626/94

15.1.1 Il Coordinamento delle Regioni e delle Provincie autonome ha fornito delle linee guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94, nelle quali viene fatto specifico riferimento agli interventi di immunoprofilassi da eseguirsi in caso di rischio biologico.

15.1.2 La sorveglianza sanitaria è dovuta per tutte le attività lavorative in cui la valutazione dei rischi abbia evidenziato un pericolo per la salute, sia che esse prevedano un uso deliberato di agenti biologici che una esposizione potenziale. Nell'attività di sorveglianza sanitaria rientra l'impostazione di programmi di immunoprofilassi nei confronti delle malattie infettive più rilevanti e per le quali esista la disponibilità di efficaci vaccini.

15.1.3 Tutte le vaccinazioni previste dalla legge o consigliate per specifiche categorie di lavoratori sono effettuate a cura e spesa del datore di lavoro, fatta eccezione per quelle che in base alla normativa vigente sono gratuite (ad es. vaccinazione antitetanica L. 292/63 e successive modifiche, regolamento di esecuzione DPR 7/6/1965 n. 1301 - vaccinazione antiepatite B per i soggetti di cui al DM 4 ottobre 91 e DM 22/6/92).

MODALITÀ DI RILEVAZIONE DELLE PRECAUZIONI E DELLE CONTROINDICAZIONI: L'ANAMNESI STANDARDIZZATA.

Questo paragrafo e la scheda anamnestica acclusa è stato tratto dalla *Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni* pubblicata a Maggio 2005 dal Network Italiano dei servizi di Vaccinazione (NIV).

Si ritiene opportuno specificare brevemente le modalità con cui si prevede la rilevazione delle precauzioni e controindicazioni alle vaccinazioni che sono analizzate in questo documento.

Tutto il personale sanitario che esegue una vaccinazione deve verificare la presenza di controindicazioni e/o di precauzioni in ogni persona prima di somministrare il vaccino.

La raccolta di queste informazioni può essere effettuata dal personale sanitario con poche e precise domande, utilizzando una scheda anamnestica standardizzata.

A questo scopo, si riporta la scheda anamnestica standardizzata che è stata già proposta a tutti i servizi in occasione del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita.

Non è necessario misurare la febbre o eseguire una visita medica prima della vaccinazione a meno che il bambino non appaia malato o i genitori non riferiscano che il bambino ha una malattia in corso e sia opportuno valutare se eseguire comunque la vaccinazione.

Allo stesso modo non vi sono esami di laboratorio o altri accertamenti diagnostici da eseguire di routine prima della vaccinazione a bambini che appaiono in buona salute.

Va messo in evidenza che i soggetti vaccinati «devono rimanere in osservazione per l'eventuale comparsa di reazione allergica per 15 - 20 minuti dopo la somministrazione

del/i vaccino/i» (*Red Book* 2003 - ed. it., p. 11).

APPENDICE

Schema dei recuperi (*catch up*) vaccinali del calendario dell'età evolutiva per i soggetti ritardatari, inadempienti parziali o totali nella somministrazione delle dosi previste.

Definizioni

Ritardatario: soggetto che ha iniziato in ritardo il ciclo primario di vaccinazione (NB. La causa più frequente è dovuta al ritardo di comunicazione delle nuove nascite da parte dell'anagrafe sanitaria comunale dell'AUSL di competenza, con conseguente convocazione alla 1ª seduta vaccinale non secondo i tempi previsti).

Inadempiente parziale: soggetto che ha iniziato il ciclo primario di vaccinazione ma non lo ha completato nei tempi previsti dal calendario

Inadempiente totale: soggetto che non ha mai iniziato il ciclo primario di vaccinazione

Metodologia di identificazione delle categorie di cui sopra

Il sistema oggi ritenuto più efficace a tale scopo consiste nell'individuazione di tali soggetti tramite verifiche periodiche dell'adesione, attraverso l'anagrafe vaccinale dell'AUSL, secondo la seguente tempistica:

- Entro il 6° mese (2 dosi esavalente + PCV - quest'ultimo per i soggetti a rischio)
- Entro il 24° mese (3ª dose esavalente + MPR1 + Men C + PCV - questi ultimi due specialmente per i soggetti a rischio)
- Entro il 3° anno (antipolio)
- Entro il 6° anno (DTaP + MPR2)
- Entro il 14° anno (Tdpa + MPR recupero + Varicella per adolescenti anamnesticamente negativi)

I soggetti identificati sono

invitati attivamente dall'Azienda Unità Sanitaria Locale attraverso lettera presso i propri Ambulatori e/o potranno essere sensibilizzati i Pediatri di libera scelta, per la regolarizzazione del ciclo vaccinale.

Recupero (*catch up*) dei ritardatari

Secondo la Circolare Ministeriale N. 5 del 1999, per tali soggetti il ciclo vaccinale deve essere ricominciato solo se sono trascorsi più di 12 mesi tra

la 1^a e 2^a dose e più di 5 anni tra la 2^a e la 3^a dose di DTPa, DT, IPV, HBV.

Una volta che il sistema di identificazione degli inadempienti totali e parziali sarà entrato pienamente a regime, questi dovranno essere identificati attraverso verifica anagrafica vaccinale al 6°, 12° e 24° mese di vita.

Viene di seguito proposta la regolarizzazione del ciclo vaccinale, sulla base dell'età

del soggetto e secondo quanto previsto dal calendario, osservando l'intervallo minimo tra le varie somministrazioni.

Scheda anamnestica

DATA/...../.....

- | | | |
|--|------|------|
| 1) Sta bene oggi? | SI " | NO " |
| 2) Ha o ha avuto malattie importanti? | NO " | SI " |
| Se sì, specificare se malattia neurologica | | SI " |
| malattia con immunodeficienza | | SI " |
| 3) Ha mai avuto convulsioni? | NO " | SI " |
| Se sì, specificare se con febbre | | SI " |
| senza febbre | | SI " |
| 4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità? | NO " | SI " |
| Se sì, specificare se CORTISONICI ad alte dosi | | SI " |
| ANTINEOPLASTICI | | SI " |
| 5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante? | NO " | SI " |
| 6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline? | NO " | SI " |
| 7) È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? | NO " | SI " |
| Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente? | | SI " |
| 8) È in gravidanza? | NO " | SI " |
| 9) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? | NO " | SI " |
| Se sì, si è trattato di reazioni importanti? | | SI " |
| Se sì, specificare (e compilare la scheda di segnalazione, di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto): | | |

VACCINAZIONI PROPOSTE

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO

Schema dei recuperi nella prima fase identificativa (soggetti età ≤24 mesi)

Intervallo minimo tra le dosi

Prima dose	Tra Prima e Seconda	Tra Seconda e Terza
DtaP/DT	4 settimane	4 settimane ⁴
IPV	4 settimane	4 settimane ⁴
HBV	4 settimane	8 settimane
Hib (1)	4 settimane: se la dose fatta a età < 12 mesi; 8 settimane (come dose finale): se la 1 ^a dose fatta a età 12-14 mesi Non necessità dosi aggiuntive: se la 1 ^a dose fatta ≥ 15 mesi	4 settimane: se età corrente < 12 mesi; 8 settimane (come dose finale): se età corrente ≥ 12 mesi e 2 ^a dose fatta ad un'età < 15 mesi Non necessità dosi aggiuntive: se la 1 ^a dose fatta ≥ 15 mesi
PCV (2)	4 settimane: se la dose fatta a età < 12 mesi e età corrente < 24 mesi; 8 settimane (come dose finale): se la 1 ^a dose fatta a età ≥12 mesi o età corrente 24-59 mesi Non necessità dosi aggiuntive: se la 1 ^a dose fatta ≥ 24 mesi	4 settimane: se la dose fatta a età < 12 mesi
MPR (3)	Prima dose quanto prima 2 ^a dose secondo calendario	
Men C	Unica dose quanto prima	

Note

1. Considerato che allo stato attuale l'Hib viene usualmente somministrato unitamente ad altri antigeni (preparazioni esavalenti), l'opportunità di somministrare singolarmente quest'ultimo antigene nonché il ciclo vaccinale devono essere valutati in rapporto all'età del soggetto e alle condizioni individuali di rischio (≤ 12 mesi = ciclo a 3 dosi; > 12 mesi = unica dose)
2. In rapporto all'età (≤ 12 mesi, > 12 mesi e > 23 mesi) si segue un ciclo rispettivamente a 3, 2 o 1 dose.
3. Secondo quanto indicato nel Piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, si raccomanda l'effettuazione della seconda dose quanto previsto dal calendario vigente e comunque con un intervallo minimo di almeno 4 settimane per i soggetti di età superiore al 5° -6° anno
4. 4^a dose secondo calendario vaccinale

Schema dei recuperi nella seconda fase identificativa¹ per i soggetti di età >24 mesi fino al 14° anno

Intervallo minimo tra le dosi

Prima dose	Prima e Seconda	Seconda e Terza	Terza e Quarta
DtaP/DT	4 settimane	4 settimane	6 mesi
IPV	4 settimane	4 settimane	4 settimane
HBV	4 settimane	8 settimane	nessuna
MPR (3)	4 settimane		
Men C	Unica dose quanto prima		
Varicella	2 dosi secondo calendario, con intervallo minimo di almeno 4-8 settimane		

La sistematica identificazione dei soggetti inadempienti va eseguita al 3°, 6° e 12-14° anno

Accordo integrativo della medicina generale

Alla fine di ottobre u.s. è stato siglato l'Accordo integrativo per la Medicina Generale del Molise.

Dopo quasi 2 anni è stato raggiunto un accordo che soddisfa parzialmente le aspettative dei medici ma è l'inizio di un cambiamento che vedrà sempre più protagonista il territorio rispetto alla visione ospedalocentrica fin qui attuata.

È un accordo che va incontro alle esigenze della popolazione molisana sempre più anziana e dispersa in tante piccole comunità con l'incremento dell'Assistenza Domiciliare, la possibilità di effettuare sempre più esami nello studio del medico di famiglia, la presenza più costante di un medico con l'incremento delle forme di Associazionismo.

Nel dettaglio del lavoro del medico di Assistenza Primaria si parla in un altro articolo del nostro Bollettino, qui tratteremo delle novità che riguardano la Continuità Assistenziale e l'Emergenza Territoriale.

Per questo ultimo settore è stata già pubblicata la Delibera di Giunta Regionale per il passaggio alla Dirigenza Medica: siamo in attesa dei passaggi ulteriori che comprendono un colloquio con una Commissione esaminatrice e, successivamente e su base volontaria, si trasferirà nella Dirigenza. Tutti gli atti burocratici ed i problemi economici della nostra Regione fanno supporre che passerà un altro anno prima della sospirata conclusione dell'iter.

Partendo da questo presupposto la Trattativa Regionale è stata piuttosto agevole decretando un lieve aumento economico e non discutendo aspetti normativi che rinviano al contratto dei dipendenti: siamo parzialmente soddisfatti ma continueremo ad essere molto vigili sui passaggi successivi che devono essere veloci e rispettosi delle nostre richieste.

Un discorso molto più approfondito merita la Continuità Assistenziale che per la prima volta è stata affrontata all'inizio della discussione. stata riconosciuta la peculiarità del Servizio con un incremento economico soddisfacente, la dotazione di un cellulare per una miglior organizzazione delle visite territoriali, è stata scongiurata la chiusura di varie postazioni ma, anzi, saranno pubblicate nuove zone carenti. Soddisfazione è stata espressa da parte dei Sindacati medici per la norma che tutela i colleghi con inabilità temporanea che saranno adibiti ad altro Servizio.

Se pensiamo che la Trattativa Regionale è una integrazione di quella Nazionale (firmata 18 mesi fa), che la nostra Regione ha un debito molto elevato in rapporto alla popolazione, che vi è stato un avvicendamento continuo di Assessori Regionali mancando, così, una guida autorevole della politica sanitaria, ebbene anche con tutti questi handicap iniziali abbiamo sottoscritto un buon Accordo che prosegue sulla linea di quello sottoscritto nel 2003, ribadendo, ancora una volta, la centralità della Medicina Territoriale che riesce a dare risposte concrete ed immediate alla nostra popolazione.

Vi è però una piccola nota stonata: al momento della stesura del presente articolo la Giunta Regionale, appena confermata dal voto, non ha ancora dato il via libera all'Accordo. Tutti noi speriamo che sia questione di giorni, altrimenti faremo sentire molto forte la protesta di tutti i colleghi interessati e che, giornalmente, continuano a lavorare in modo esemplare.

Fernando Crudele

I medici di assistenza primaria e il nuovo Accordo Decentrato Regionale

Il Molise si aggiunge all'elenco delle poche regioni, finora 8 in tutto, che hanno firmato l'Accordo Decentrato previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 23 marzo 2005. L'Umbria ha firmato un pre-accordo ed è a buon punto ma molte regioni sono ancora in alto mare. Grave è la situazione della Sicilia, Puglia e Basilicata.

In Puglia i sindacati hanno dovuto ricorrere al Giudice del Lavoro per denunciare, come "comportamento antisindacale", l'atteggiamento di assoluta chiusura e indisponibilità a trattare manifestata dal loro assessore alla sanità che sostiene, attraverso i propri legali, di non poter rispondere di tale accusa "non essendo la Regione il datore di lavoro dei medici di medicina generale".

In Sicilia si è in attesa del pronunciamento del Consiglio di Stato dopo che il TAR ha accolto una tesi analoga della Regione che si dice non competente a trattare accordi con i Medici di medicina generale in quanto questi al massimo possono essere considerati dipendenti delle Aziende Sanitarie e quindi dovrebbero con queste discutere eventuali accordi.

In Basilicata, all'inizio di novembre, la FIMMG è stata costretta a ritirare la propria delegazione dal tavolo delle trattative regionali dopo aver constatato che non vi era alcuna disponibilità della controparte a realizzare un Accordo decentrato.

Anche per noi non è stato tutto facile. Voglio ricordare le difficoltà che abbiamo incontrato dal momento della firma

dell'Accordo Nazionale: alla guida della Sanità regionale si sono succeduti tre Assessori; ci sono stati diversi cambi di funzionari all'assessorato; c'è stato il varo della ASReM; l'A.C.N. per la prima volta ha obbligato le regioni a prendere la calcolatrice e fare i conti con le spese derivanti da precedenti Accordi Integrativi, stabilire le risorse disponibili e quindi procedere ad eventuali nuovi Accordi decentrati; ci siamo trovati a scontrarci con un diffuso pregiudizio secondo cui i medici di medicina generale avevano avuto già abbastanza con il precedente A.I.R. del novembre 2003; ci siamo ritrovati nell'ultimo periodo con una incombente campagna elettorale dibattuti tra rischio di accordi propagandistici e posizioni di eccessiva cautela che avrebbero voluto rinviare tutto a dopo le elezioni.

Malgrado queste difficoltà abbiamo la soddisfazione di aver raggiunto l'obiettivo di dare ai medici del territorio, a tre anni di distanza dal precedente A.I.R., un buon Accordo decentrato.

Voglio qui sottolineare i principali punti qualificanti dell'Accordo relativi alla Assistenza Primaria di cui mi sono occupato direttamente in quanto delegato FIMMG al Comitato permanente regionale:

- Aumento dell'indennità informatica regionale a 100 euro.
- Aumento del rimborso di alcune prestazioni aggiuntive già previste dal precedente accordo regionale.

- Inserimento tra le prestazioni aggiuntive di nuove prestazioni eseguibili senza autorizzazione (iniezioni intraarticolari, monitoraggio del TAO, ECG e Spirometria anche in telemedicina) e aumento del tetto dal 16,60 % al 20%.
- Aumento delle percentuali per le associazioni di rete (12%) e gruppo (15%).
- Aumento del 21% circa del compenso per gli accessi domiciliari.
- Aumento del 17% del compenso per le teleprenotazioni, conferma della quota fissa, riduzione delle incombenze burocratiche di fine mese.
- Aumento dell'indennità per il collaboratore di studio se utilizzato per almeno 10 ore o per almeno 15 ore e aumento del tetto per la determinazione degli aventi diritto (40%).
- Per l'infermiere: aumento degli aventi diritto all'indennità (10%) e incremento dell'indennità stessa se l'infermiere è utilizzato per almeno 10 ore.
- Tutto senza toccare la Quota di ponderazione e la Quota regionale provvisoria che stiamo già percependo provvisoriamente.
- Incremento del rapporto ottimale che regola la pubblicazione delle zone carenti da 1/1000 a 1/1100.
- Riconoscimento del pagamento parziale (40%) in caso di sciopero.
- Attuazione dell'albo degli animatori di formazione e obbligo dell'utilizzo degli

stessi nei corsi di formazione della Regione o dell'Azienda.

Certamente non abbiamo avuto tutto quello che abbiamo chiesto; ma, secondo me, in questa situazione è il massimo che si poteva avere e comunque sono stati affermati alcuni principi che valgono al di là dei soldi che portano nelle tasche dei medici di famiglia.

Per esempio mi rendo conto che 20 euro per un ECG o una spirometria non sono assolutamente adeguati ma ritengo importante aver finalmente riconosciuto il diritto del medico di famiglia ad erogare ai propri assistiti prestazioni finora ritenute di mera competenza specialistica. Torneremo a batterci per adeguare il compenso di tali prestazioni e per includerne altre (holter pressorio, ecografie, ulteriori analisi); per adesso ribadisco l'importanza di aver segnato un principio.

Non nascondo, tra l'altro, la mia delusione per aver dovuto momentaneamente accantonare il tema delle zone disagiate, il discorso della riduzione del carico burocratico, e alcu-

ni aspetti normativi e previdenziali, ma, incassato questo accordo, avremo occasione di riaprire questi capitoli che possono senz'altro essere discussi anche al di fuori della trattativa per l'Accordo decentrato in sede di Comitato permanente regionale.

Un' ultima considerazione sul fatto che, per la prima volta, ci sia stata una distribuzione delle risorse a favore dei Medici di Continuità Assistenziale e dei colleghi del 118: i sindacati tutti hanno dimostrato un elevato grado di maturità in questa scelta avendo ritenuto di dover realizzare una perequazione all'interno della Medicina generale per dare un giusto riconoscimento a figure professionali nel passato penalizzate e messe in secondo piano.

Dunque, questo accordo decentrato, sommato a quello Integrativo precedente, ci porta a recuperare definitivamente un gap con le altre regioni che solo qualche anno fa era impensabile riuscire a colmare dato il livello di partenza.

Tutti i sindacati presenti nel Comitato Permanente Regionale hanno sottoscritto l'accordo

assumendosene pienamente la paternità: tutti siamo pronti a rimboccarci le maniche e ricominciare a lavorare con senso di responsabilità e spirito costruttivo per un Servizio Sanitario Regionale sempre più efficiente e competitivo, per la difesa della dignità professionale dei medici di medicina generale.

Antonio Tartaglione



L'OPINIONE

Le medicine non convenzionali: attualità e prospettive

DR. PICCIANO ANTONIO

Ambulatorio di Medicina
Biologica Integrata
Battipaglia

«LA MEDICINA È UNA SOLA, QUELLA CHE SI PRENDE CURA DEL PAZIENTE».

È risuonata forte e netta questa frase in chiusura di un simposio svoltosi qualche tempo fa a Ravenna sul tema «La medicina e i nuovi paradigmi della scienza», organizzato dall'Istituto PINUS (Primo Istituto Nazionale Unificazione Strategie Mediche).

Tutti i convenuti, esperti nel campo dell'antropologia, omeopatia, agopuntura, hanno ritenuto le Medicine Non Convenzionali (MNC), non una alternativa alla medicina ufficiale, ma, come dice la giornalista Mariella Di Stefano, esperta del settore, «un linguaggio diverso per la lettura dell'uomo sofferente».

È proprio questo l'intento primario che deve coinvolgere tutte le connotazioni emozionali del medico che si avvicina alla sofferenza dei pazienti col proprio bagaglio di sentimenti, sogni, capacità professionali per confortare sempre, curare spesso, guarire quanto più è possibile.

Questa è una medicina, pertanto, che mette in primo piano il rapporto medico-paziente; è medicina umanistica preventiva, che fa leva sulle risorse della persona malata, in cui il ruolo del medico passa da esclusivo «liberatore del male», deus ex machina, a partner, allenatore, motivatore.

Francesco Bottaccioli, direttore della Scuola di Medicina Avanzata e Integrata, tende a rimarcare che «il medico deve recuperare saggezza ed equilibrio, rappresentare per il paziente un insegnante di stili di vita, un maestro di prevenzione e non un semplice prescrittore. Dovrà conoscere a fondo il linguaggio del corpo, le sue parole fatte di ormoni, neurotrasmettitori, citochine; saprà padroneggiare le potenti sostanze che vengono dalla rivoluzione scientifica in corso, ma, al tempo stesso, userà anche le erbe, le sostanze naturali, le mani, gli aghi, le parole, le tecniche meditative».

Le MNC devono essere intese, quindi, non come contrapposizione alla medicina ufficiale ma una integrazione alla stessa per un approccio terapeutico nei confronti del paziente che tenga conto di una sorta di contaminazione tra la medicina convenzionale e quella naturale, per un percorso comune che apra la strada ad ulteriori progressi scientifici.

Le Medicine non convenzionali sono, in qualche modo, in una posizione di privilegio per la loro potenzialità di migliorare lo stato di salute, e, quindi, il livello di benessere della persona.

Eppure negli ultimi tempi abbiamo assistito attraverso i vari canali di comunicazione ad un vero e proprio «linciaggio» perpetrato verso le MNC, e, in particolare nei confronti dell'omeopatia, condotto in modo scriteriato da parte non solo del mondo accademico ma anche da divulgatori te-

levisivi che, ignorando quali fossero gli studi scientifici che ne confermano l'efficacia terapeutica, ne hanno decretato l'insuccesso, dimostrando solamente l'equivalenza tra omeopatia e placebo.

Tutto è iniziato in seguito alla pubblicazione sulla rivista «Lancet» di un articolo a firma di Aijing Shang e coll., frutto di una metanalisi realizzata da studiosi svizzeri che hanno raccolto 110 studi clinici omeopatici. Ciò che ha colpito dello studio in questione è stato il criterio di scelta, sicuramente poco credibile, di 8 studi omeopatici sui 110 raccolti e confrontando esclusivamente questi sono giunti alla conclusione di inefficacia, non tenendo conto che le prove cliniche in omeopatia si avvalgono di sistemi sperimentali attuati sull'uomo sano, basando l'analisi clinica su tre principi che sono: quello della similitudine, la persona nella sua globalità, l'utilizzo di alte diluizioni.

Tutto ciò contrasta in modo stridente con il numero sempre più crescente di persone – in Italia circa 12 milioni – che scelgono le MNC per curarsi. Ma da alcuni anni assistiamo anche al percorso intrapreso da alcune regioni come la Campania, Umbria, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia che stanno attuando una progressiva apertura, all'interno delle proprie ASL, di ambulatori di MNC, per un cammino di integrazione strutturato e adeguatamente finanziato.

Sabato 9 settembre scorso, nel corso di una conferenza stampa che si è svol-

ta al "SANA", il 18° Salone Internazionale del Naturale, è stata presentata la proposta di Legge sulle medicine complementari di iniziativa dell'On. Tommaso Pellegrino, deputato dei Verdi, mentre la proposta di legge presentata nelle due legislature precedenti dall'on. Galletti non aveva avuto esito positivo.

Il relatore Pellegrino, di professione chirurgo, ha dichiarato alla stampa che il PdL è frutto di una concertazione con esperti del settore delle medicine complementari; ha inoltre affermato di essere particolarmente soddisfatto, da medico e da chirurgo, che finalmente si parli delle medicine complementari come un arricchimento della medicina.

«Integrare questo patrimonio terapeutico – ha aggiunto Pellegrino – significa diventare più ricchi dal punto di vista degli strumenti di cura; mi auguro pertanto che la conoscenza delle medicine complementari possa diventare patrimonio di tutti i medici».

Ecco perché non può più essere rinviata la regolamentazione di tutto il settore, questo permetterebbe di fare chiarezza anche tra le tante sigle che in questi ultimi anni vediamo pubblicate: medicine alternative e complementari, medicina olistica, medicina biologica, medicina funzionale, medicina bio-integrata, medicina naturale, medicina avanzata e integrata, medicina energetica, medicina bioterapica, medicina della complessità, bio-medicina, medicina quantica, medicina delle cause.

L'istituzionalizzazione delle MNC ci porterebbe al passo con gli altri paesi europei (Francia, Germania, Inghilterra, Belgio, ecc.) dove l'integrazione fra le varie metodiche permettono al medico di utilizzare nella diagnostica e nella terapia gli strumenti più moderni e quelli più antichi, tutelando allo stesso modo la salute e la libertà di scelta del cittadino.

ENPAM

Una giornata con l'Enpam

Il 17 giugno u.s. è stata una bella giornata per il nostro piccolo Ordine, infatti abbiamo avuto un incontro con i dirigenti dell'ENPAM che, molto professionalmente, hanno dato risposte esaurienti ai tanti colleghi che sono venuti.

La materia previdenziale è molto complessa ma è altrettanto interessante, vista la sentita partecipazione dei colleghi al dibattito che ha concluso la giornata e che ha visto la presenza del dott. Ernesto del Sordo, vice direttore generale dell'ente.

Le domande sono state numerose e hanno riguardato vari aspetti, infatti l'ENPAM non si occupa solo di pensioni ma, negli ultimi anni, ha previsto vari istituti che cercano di tutelare colleghi in difficoltà. È terminata la stagione delle case in affitto (a volte era un affitto simbolico) e degli acquisti di immobili molto particolari, ora il nostro ente viene gestito da professionisti molto validi e gli ultimi bilanci lo vedono con un attivo sempre più sostanzioso, tale da permetterci di guardare al prossimo futuro in maniera più tranquilla.

Da quando siamo stati eletti, 18 mesi orsono, la nostra più viva preoccupazione è stato il futuro dell'ENPAM e la tutela di tutti i colleghi convenzionati. È risaputo che l'ente gode di buona salute e la sua liquidità fa gola a tutti i Governi Nazionali che si succedono, pertanto se da un lato dobbiamo dialogare con qualsiasi governo dall'altro dobbiamo essere forti per difendere la nostra autonomia che è l'unica arma di tutela.

Negli ultimi anni l'ENPAM ha diversificato la sua azione e oltre all'aspetto previdenzia-



le, che rimane il primo scopo dell'ente, ha cercato di offrirci altre proposte convenienti: la polizza sanitaria, convenzioni con banche a tassi agevolati, convenzioni con alberghi e viaggi a tariffe speciali, e tanto ancora; ma soprattutto ha cercato di far comprendere a tutti i medici che non è un'agenzia esattoriale ma un ente di e per i medici. È con questa convinzione che abbiamo organizzato l'incontro presso il nostro Ordine a cui seguiranno altri anche all'Ordine di Campobasso. Dobbiamo andare oltre la devastante "cultura del sospetto", se abbiamo dubbi o domande ci possiamo rivolgere ai nostri colleghi eletti o ai dirigenti dell'ente che, per esperienza personale, hanno sempre risposto in modo esauriente e rapido. Forse il nostro ente pecca nella comunicazione, come tante altre Associazioni, non riesce ad informarci completamente su tutto ciò che fa, ma quanti di noi leggono il "Giornale della Previdenza" oppure vanno sul sito internet da dove è possibile scaricare tante notizie ma, soprattutto, i moduli per le varie domande (riscatto, allineamento, ecc.)?

Speriamo che la nostra iniziativa sia servita ad alimentare l'interesse per un aspetto della nostra professione, la previdenza, che sta occupando uno spazio sempre maggiore e ad iniziare un dibattito aperto e senza pregiudizi sull'ENPAM.

Fernando Crudele

AVVISI E NOTIZIE

Progetto «Sucetra». Offri un mese di lavoro nel West Bengala

È in atto nel nostro Molise dal luglio 2006.

Il nome si riferisce a tre bimbe - Sopna, Sucetra, Arpità - che Vittorio e Clea Gaudino, Antonella Fratantuono, volontari della molisana Onlus - S. Maria della Speranza, hanno salvato da morte per fame nel villaggio di Koriogachi nel bacino del Gange a qualche chilometro dal confine del Bangladesh, 190 chilometri al nord di Kalkutta.

Tornati nella nostra regione esse hanno dato l'allarme alla nostra gente.

L'India oggi spicca per progresso tecnico e per progresso atomico(!?) ma pochi sanno che solo un centinaio di milioni di indiani beneficiano del pil in crescita ogni anno del 9% mentre 1 miliardo e 100 milioni di abitanti vivono di 3 euro al giorno (rapporto 1 euro - rupia = 1 a 52 rupies).

Questo continente, che gli indiani definiscono: "L'India Madre", vedendo nella figura geografica del loro paese l'immagine di un donna incinta, è tutta una congerie di razze, religioni, lingue (72) e caste (34) diverse.

Così la stragrande maggioranza dei suoi abitanti non può curarsi e nel momento della malattia si stende sul pagliericcio, se c'è l'ha, e attende con pacata rassegnazione sorella morte: gli indiani vivono in media 30 anni meno degli italiani e se almeno un po' abbiamo della medicina un concetto non

solo commerciale può nascere dentro il nostro cuore di mediatori della salute umana quella domanda: «Come essere un segno per la salute dei poveri dell'India?»

Noi della Onlus S. Maria della Speranza, che ha sede a S. Timoteo di 86039 Termoli (CB), via G. Pepe 17, tel. 333.20.70.994 o presso la prof. Cristina Floro tel. 0875.84.387, siamo molto grati ai dirigenti dell'Asrem e all'assessore per la sanità Chieffo Antonio perché grazie alla spinta dei nostri volontari hanno varato un progetto che è un segno di speranza per la sanità di Krishnagar dove S. Maria della Speranza ha una corrispondente Krishnagar - St. Mary. Charitable Association.

Essi hanno offerto a 1 sanitario e a 2 infermieri del Molise la possibilità di ricevere il **comando** di servire con sette mesi di presenza a Krishnagar e nei villaggi del Distretto di Nadia (W.B.- India).

La vita laggiù è molto umile. Ma profondamente rigenerante.

Chi verrà dovrà adattarsi, servire ed essere umile.

Conterà sulla amicizia, riconoscenza e collaborazione fraterna dei nostri indiani.

Chiediamo di annotarsi per tempo a cominciare dal prossimo 16 novembre fino al 16 maggio 2007.

Il viaggio non supera il costo di 800 euro andata e ritorno ed è a carico dei comandati.



Vitto e alloggio sono a carico della Onlus.

I medicinali sono a carico dell'Asrem, così il kit di ferri di piccola chirurgia e gli strumenti consistenti in un cardiografo, ecografo, reflotron di esami del sangue e orina con le striscette per un primo esame dei malati.

Si accetta ovviamente la collaborazione dei privati anche perché si tratta di strumenti non sempre a disposizione dell'amministrazione ospedaliera.

È previsto anche uno scambio tra medici indiani che potranno venire a lavorare negli ospedali del Molise.

Per ulteriori informazioni telefonare ad Antonella Fratanantonio tel 32.04.31.323 o 087464161.

L'email del sottoscritto: gaudio1@hotmail.it

P. Marcello Fidelibus
o.m.i.t.

AVVISO

Si informano i colleghi iscritti all'Ordine dei Medici che, a partire dal mese di gennaio 2007, tutti i venerdì alle ore 12.00, presso la sede in Via Pio La Torre n. 28-30, sarà a disposizione un componente del Consiglio Direttivo per eventuali richieste di chiarimenti sulle problematiche inerenti la vita dell'Ordine.

AVVISI E NOTIZIE

La Cassazione, con la sentenza n. 19430, ha chiarito che è sempre valida la ritenuta del 15% dell'indennità di tempo pieno nei confronti dei medici ospedalieri che hanno scelto l'attività extramoenia, anche se la ASL di appartenenza non ha predisposto gli spazi per le visite a pagamento.



Il Garante della privacy ha redatto un modello di informativa semplificata per facilitare il rispetto delle norme sulla privacy da parte del MMG, nell'atto di informare gli assistiti sull'uso che verrà fatto dei loro dati e sui diritti loro riconosciuti dalla legge. I medici potranno informare gli assistiti a voce, per iscritto o affiggendo il modello dell'informativa nella sala d'attesa dell'ambulatorio. Il testo dell'informativa è reperibile sulla G.U. n. 193 dell'8 agosto 2006.



Sulla Gazzetta Ufficiale n. 233 del 6 ottobre 2006 è stato pubblicato il DPCM 4 ottobre 2006 con il quale il Governo ha differito, al 1° gennaio 2007, il termine iniziale, fissato al 1° ottobre 2006, per l'utilizzo di modalità di pagamento esclusivamente in via telematica per i soggetti titolari di partita L'obbligatorietà per i professionisti e le imprese del pagamento di imposte e contributi esclusivamente per via telematica si inquadra tra le misure antievasione introdotte dalla legge 4 agosto 2006 che ha convertito il decreto "Visco-Bersani" del 4 luglio 2006. IVA.



Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 19 ottobre 2006 un provvedimento del Mini-

stro della Salute Livia Turco che prevede numerose "misure di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute e altri interventi in materia sanitaria", come la semplificazione della prescrizione di farmaci oppiacei per il dolore severo e l'eliminazione di tanti certificati sanitari ormai inutili od obsoleti. Nello stesso Consiglio è stato dato il via libera definitivo al Disegno di legge sulla "tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato".



La Cassazione (terza sezione civile, sentenza n. 12375/2006) ha chiarito che in tema di responsabilità professionale del medico, per poter risolvere la controversia con il paziente e per poter quantificare correttamente l'eventuale risarcimento dovuto dal camice bianco, i giudici di merito devono accertare con precisione quale sia l'errore commesso e quando sia stato commesso



La Commissione Bilancio della Camera ha dichiarato ammissibile l'emendamento della **LEGGE FINANZIARIA 2007** che sopprime il contributo obbligatorio verso l'Onaosi



Il nuovo Patto per la Salute tra il Governo e le Regioni è stato siglato.

I ministri dell'Economia Tommaso Padoa Schioppa, della Sanità Livia Turco, il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani e alcuni assessori, hanno trovato un'intesa sul nuovo Patto, che

ha valenza triennale e che si compone di una parte finanziaria e di un accordo normativo e programmatico.

Per le Regioni che non raggiungeranno questi ultimi, verranno confermate misure di affiancamento e i cosiddetti 'automatismi fiscali', ovvero l'aumento delle aliquote regionali dell'addizionale Irpef e Irap. Il Governo Svolgerà poi azioni di contenimento della spesa, tra cui quella farmaceutica e di riorganizzazione dei dispositivi medici con un effetto di risparmi atteso intorno a 2 miliardi di euro.



L'Ecm è ferma da ottobre: sono sospesi gli accreditamenti di convegni, corsi e degli altri eventi di formazione e aggiornamento permanente per medici e operatori sanitari. Tutto fermo in attesa che ministero della Salute e Regioni definiscano le nuove regole, necessariamente entro la fine dell'anno, quando scadrà la fase sperimentale dell'Educazione continua in medicina. Il rischio, paventato da operatori e provider, è che il sistema salti e da gennaio non vengano più organizzati eventi formativi.



Matematica, storia, geografia ed educazione alla salute. È il progetto del ministro della Salute, Livia Turco, e del ministro dell'Istruzione, Giuseppe Fioroni, che ha proposto l'inserimento dell'ora di educazione alla salute nelle scuole. Lezioni per imparare ad assumere corretti e salutari stili di vita, a partire dall'alimentazione, con l'auspicio di porre anche un freno al preoccupante fenomeno dell'obesità tra i giovani.



Vita dell'Ordine

Delibere del consiglio

Martedì 28 novembre si è tenuta l'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Isernia per l'approvazione del Bilancio Consuntivo 2005 e del Bilancio Preventivo 2007. Dopo la presentazione del Presidente dell'Ordine Sergio Tartaglione e del Presidente della Commissione degli Odontoiatri Giorgio Berchicci, si è passati alle relazioni del tesoriere Anna Morcone e del presidente dei Revisori dei Conti Claudio D'Apollonio che sono state approvate all'unanimità dall'Assemblea.

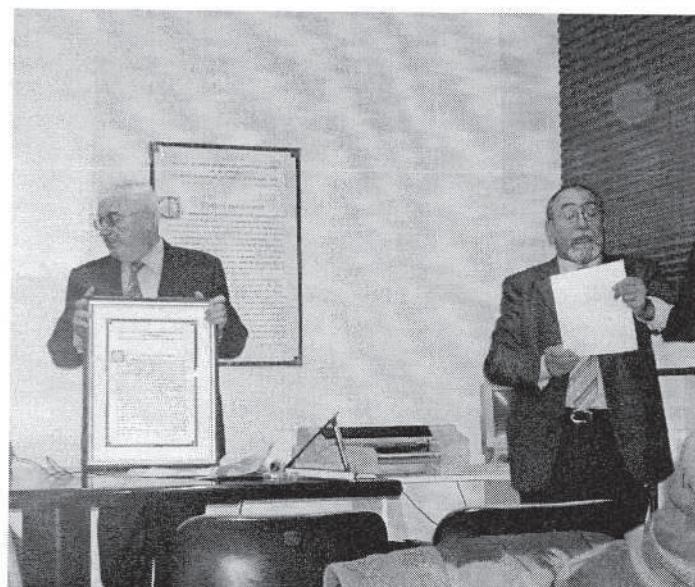
Questo importante appuntamento istituzionale ha rappresentato anche l'occasione per un altro consueto e non meno importante appuntamento di fine anno per la vita del nostro Ordine: la cerimonia di Giuramento dei Medici iscritti all'Albo dal 1° gennaio 2006 a tutt'oggi e la consegna di una targa ai Medici rispettivamente con 40 e 50 anni di Laurea. Dopo la lettura del giuramento di Ippocrate, fatta dal neo-collega odontoiatra Marco Vitullo, sono state consegnate le pergamene, su cui è trascritto il giuramento stesso, ai nuovi iscritti che sono:

Antonio Del Corso, Amelia Paglia, Claudio Santilli, Maria Grazia Pirraglia, Luciano Giuseppe Santomaro, Sara Folchitti, Domenico Caliendo, Fiorella Caranci, Anna Di Lemme, Angelina Graziella Melone, Guerino Di Sandro, Grazia Castellucci, Ivan D'Alessio e Marco Vitullo.



Per i cinquant'anni di laurea, è stata consegnata una targa alla collega **Giuseppa Volpe**. Per i quarant'anni di laurea sono stati premiati i colleghi **Corrado Iadisernia, Filippo Samuele, Giuseppe Amici, Maria Fiorella Giordano e Dino Ricci** che, in chiusura di cerimonia, ha voluto far dono all'Ordine di una pergamena proveniente dall'Inghilterra e scritta con caratteri carolingi tipici della scrittura alto medioevale. Il testo della pergamena riporta il brano di un discorso del 1957 pronunciato all'Università di Emory (Usa) per l'avvio alla professione dei giovani medici. Lo stesso Dino Ricci ne ha illustrato il contenuto con la competenza che gli è abituale, catturando l'attenzione dei presenti che hanno affollato e riempito la sala dell'Ordine durante tutta la cerimonia.

Angelo Trabassi



La dieta mediterranea nel monastero medievale di San Vincenzo al Volturno

DI NATALINO PAONE

Da qualche tempo si parla della dieta mediterranea con l'enfasi della scoperta. Oggi sappiamo che il termine appropriato sarebbe "riscoperta", perché nel Molise la dieta mediterranea era presente nella "cultura" dell'alimentazione già nell'alto medioevo.

Questa piccola regione, in posizione baricentrica nell'Europa mediterranea, non finisce mai di sorprendere, a cominciare dalla preistoria, come ha spiegato Paglione nel numero precedente di questa rivista.

Alcuni anni fa, fu lo studioso inglese Barker a scegliere nelle sue ricerche il bacino del Biferno molisano per ricostruire storia e vita di una valle simbolo del Mediterraneo. In età moderna il Molise fu uno dei distretti più attivi della civiltà della transumanza dell'Europa mediterranea. Di recente gli scavi archeologici del glorioso monastero benedettino di San Vincenzo al Volturno hanno riportato alla luce testimonianze sorprendenti riguardanti l'alimentazione di quella comunità monastica e che oggi possiamo inserire a pieno titolo nelle guide nazionali della cucina mediterranea.

San Vincenzo al Volturno, com'è noto, fu un monastero fondato nel 703 da tre principi beneventani nei pressi delle sorgenti del Volturno. Divenne subito una fondazione longobarda di tutto rispetto e poi una delle abbazie benedettine del vasto quadro che Carlo Magno portò avanti in Europa. Nelle due vesti, il monastero fu laboratorio di modelli religiosi, politici, sociali, culturali e strutturali nella ricostruzione dalle fondamenta della società disintegratasi con la caduta dell'impero romano. Le pitture che ricoprono tutti gli spazi dell'imponente complesso dispiegato su sei ettari costituiscono un capitolo imprescindibile dell'arte pittorica del



vecchio continente. Statuaria ed epigrafia ripresero a crescere nella tradizione classica aggiornata. Lo *scriptorium*, nel quale si collocano gli scritti religiosi dell'abate Autperto, si iscrive tra i primi che produssero cultura nei monasteri benedettini. Dalle officine uscì un po' di tutto: dalle campane ai vetri colorati, all'uso dello smalto francese à *cloisons* ritenuto «il più antico esempio dell'Italia meridionale».

Come dicevo, di tutte queste belle cose abbiamo avuto ampia conoscenza sul finire del secolo scorso, ma la sorpresa delle sorprese è giunta ai primi di questo secolo con la scoperta del menu dei monaci volturnensi (F. Marazzi, «Archeo», ottobre 2006).

Abbiamo appreso, infatti, che sui tavoli del grande refettorio del monastero in grado di ospitare oltre 300 commensali, si alternavano pietanze varie finalizzate alla salute del corpo e dello spirito. Le più frequenti erano a base di pesce di mare, verdura, frutta, olio d'oliva e un buon bicchiere di vino. Presenza rilevante avevano, tra i legumi, le lenticchie e le fave, queste ultime trattate con limitata dose di lardo di maiale che conferiva al puré un sapore gradevole oltre che nutriente. Tra i cereali abbondavano farro, grano e orzo, come nella tradizionale cucina meridionale. Molto rara era invece la carne,

Miniatura dal *Chronicon Vulturense* (XII sec.).

Un angelo appare sulla soglia dell'oratorio di San Vincenzo per recare vettovaglie ai fondatori del monastero, Paldo Tato e Taso.



I monaci di San Vincenzo al Volturno al lavoro nel refettorio (disegno ricostruttivo).

in particolare quella rossa.

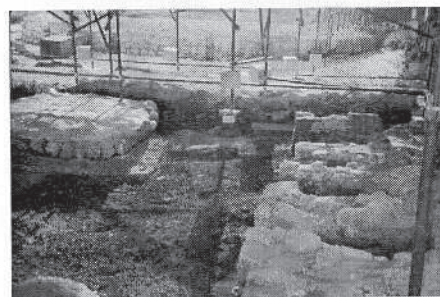
Si trattava sicuramente di una scelta limitata, ma di alta qualità salutistica e in perfetta sintonia con la cultura moderna del mangiare bene per vivere meglio, come usa dire.

Potrebbe sembrare strano che, con tutto il pesce di cui abbondava il fiume sotto casa, i monaci preferissero quello del mare abbastanza lontano. Ma anche questo interrogativo scompare nel considerare che il pesce di mare, oltre a costituire elemento nutritivo particolare, caratterizzava un monastero di rango come San Vincenzo che, tra l'altro, dipendeva dalla Curia Romana ed era sottoposto alla dipendenza giurisdizionale episcopale locale per disposizione papale. Non va poi dimenticato che il pesce di mare non costava molto nel caso specifico perché il monastero volturnense aveva possedimenti sia sulla costa tirrenica che adriatica, rispettivamente nei pressi dei laghi di Lesina e Patria.

Di più difficile comprensione rimane il metodo di conservazione senza quella che oggi chiamiamo la "catena del freddo". Sarebbe interessante saperlo anche se il segreto rientra nel fascino misterioso della creatività umana. Questo per quanto riguarda la cura del corpo. Ma, come accennavo, l'alimentazione era anche finalizzata ai bisogni e alla cura dello spirito.

L'originalità della dieta dei monaci di

San Vincenzo al Volturno non stava pertanto solo nella scelta del menù, ma anche nel coinvolgimento umano della tavola, intesa come occasione di incontro, di dialogo, di solidarietà comunitaria. Segnali, questi, in linea con l'Ultima Cena e con la tradizione monastica più vicina che Colombano, benedettino irlandese, nel VI secolo riassumeva in queste poche parole: «Bisogna sostenerci ogni giorno con il cibo perché ogni giorno bisogna progredire, ogni giorno pregare, ogni giorno lavorare, ogni giorno leggere». Sono parole che superano il valore nutritivo del cibo. Quanto poi alla limitazione delle carni, quelle rosse in particolare, il monachesimo l'avrebbe derivata prima di San Vincenzo dai principi della medicina classica; principi secondo i quali la carne stimola la fisicità dell'individuo, con particolare riguardo all'aspetto sessuale. Il consumo di carne, però, era assicurato agli anziani e ai malati.



Cosa dire. Questa dell'alimentazione rimane sicuramente una bella scoperta che si aggiunge alle tante dateci dal monastero volturnense dell'alto medioevo. Sapevamo che fu laboratorio d'arte e di cultura a dimensione europea, ma questa chicca della dieta tipicamente mediterranea ci mancava. Ora la conosciamo e possiamo riportarla sulle nostre tavole perché di una attualità incredibile.

Ovviamente, senza troppi limiti per le carni, sia bianche che rosse.

Il monastero attraverso i secoli

Secoli VI-VII

Il confine del Ducato Longobardo di Benevento ormai comprende a nord le città di Sora e Aquino, nel Lazio meridionale, e la valle che va da Venafrò ad Alfedena diventa area di retrovia strategica tra i ducati di Roma (Lazio) e di Spoleto (Abruzzo) con nodo viario importante nord-sud (Sora-Atina-Isernia) ed ovest-est (Campania-Abruzzo). Tra i due versanti del Liri e del Volturno si ergono le montagne Mainarde-Meta a schiera come un vallo naturale di difesa e controllo.

Intanto, assieme alla campagna di espansione territoriale, è andato avanti il processo di conversione cristiana dei longobardi con forte spinta alla monacazione anche dei ceti alti.

Secoli VIII-IX

Tre principi beneventani – Paldo, Taso e Tato – decidono di fare vita monastica fuori d'Italia, ma finiscono a San Vincenzo Al Volturno su invito dell'abate di Farfa sostenuto dal papa, col consenso del duca che dona le terre demaniali della valle al cenobio, dove Ducato e Curia si parlano con "vista" sul confinante ducato di Spo-

leto. In particolare, la Curia può migliorare così i suoi rapporti sia con i Longobardi che con le istituzioni ecclesiastiche periferiche fuori controllo al punto che il vescovo di Napoli, Atanasio, stipula contratti con i Saraceni e la smette solo dopo due diffide del papa. Si comprende così la dipendenza del monastero dal papa, che lo sottrae sin dalla nascita alla giurisdizione episcopale locale per farne una sorta di delegazione sul territorio da utilizzare per fini complessi: è il papa che, a metà del secolo VIII, «divenendo Astolfo re dei Longobardi sempre più minaccioso verso la sede pontificale, gli spedisce incontro, con proprie proposte e inviti alla pace, gli abati Optato di Montecassino e Attone di S. Vincenzo al Volturno». (Giorgio Picasso, *Il pontificato romano e San Vincenzo al Volturno*, 1985).

In questo quadro San Vincenzo diventa prima fondazione aristocratica longobarda di grosso spessore politico e religioso, poi punto di irradiazione della "Renovatio" carolingia, chiudendo sul confine meridionale dell'impero di Carlo Magno il filone delle grandi abbazie nord-sud Saint Denis (Francia), Fulda (Germania), S. Gallo (Svizzera). Per tutto il IX secolo, come città monastica imponente e importante si pone tra i "laboratori" di riferimento della "Rinascenza" europea. Ma nell'881 assalto e distruzione da parte dei Saraceni segnano la fine di un sogno diventato realtà, con fuga dei superstiti a Capua e loro ritorno solo all'inizio del X secolo.

Secolo X

Ricostruzione e completamento. Terre date in concessione con obbligo di costruzione dei villaggi (oltre 20), oggi paesi della valle. Indebitamento. Minacce dei feudatari. Abbandono del monastero per un altro costruito sulla sponda opposta con accorgimenti tecnici di maggiore sicurezza, ma i tempi nuovi della politica e dell'economia non sono più favorevoli al sito e al soggetto religioso.



Cripta di Epifanio. Natività. Maria incinta con Giuseppe (IX sec.)



Il monastero attuale

Secoli XII-XVII

Rivendicazione di indipendenza dal re normanno, che ne chiede la sottomissione, e vendetta con blitz, saccheggio ed esclusione del monastero da quelli protetti dai Normanni. Lenta agonia. Nel 1383 l'abate deve vendere a Carlo II molte terre per riparare il monastero danneggiato dagli infedeli e più tardi sarà re Ferdinando a comprare i castelli della valle e a rivenderli in seguito ai conti Pandone di Venafro.

Secolo XVII

Nel 1699, dopo i colpi mortali dovuti ai terremoti e ad altre cause umane, la situazione diventa irrecuperabile e arriva l'aggregazione a Montecassino con bolla pontificia.

Secolo XIX

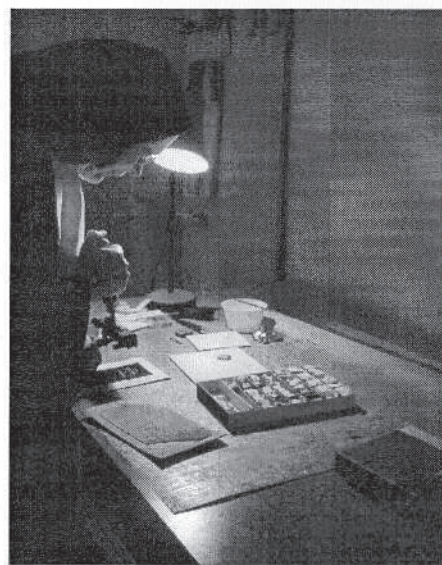
Traversie con le leggi dell'eversione feudale. Proprietà prima di una società privata e poi del duca Catemario.

Secolo XX

Prima metà: Catemario dona tutto a Montecassino nel 1942. Seconda metà: ricostruzione nel 1960 della chiesa del XII secolo e della residenza tardomedievale danneggiate dall'ultimo conflitto mondiale che qui infuriò per mesi nel 1944 essendo il sito dentro la linea di guerra Cassino-Ortona a Mare, nota come Gu-

stav. Nel 1990 nuova comunità monastica, questa volta femminile, con 4 monache venute dal monastero di Regina Laudis (USA). Inizio anni '80, primi scavi archeologici da parte dell'università inglese di Sheffield, a cui succede l'Università Suor Orsola di Napoli.

A proposito del cambiamento, la versione femminile del monastero ha dato alla regola dell'«Ora et labora» l'impronta culturale che coniuga l'identità tradizionale con la modernità. Le monache, infatti, hanno riaperto chiesa e monastero, rimesso a coltura i campi e ripreso l'allevamento di animali di fattoria. Nel monastero sono nati laboratori di legatoria artistica, di ceramica, di calligrafia, di oggetti di decoro; questi ripresi anche dai modelli della civiltà sannitica del V secolo a.C. dopo le scoperte archeologiche fatte nell'area dello stesso monastero dalla Soprintendenza. Il monastero, poi, è aperto a iniziative di cultura promosse da associazioni civiche, come l'Associazione Amici di San Vincenzo, presieduta dal cardiologo Dino Ricci, che conta 600 soci non solo del Molise.



Il laboratorio di legatoria artistica