

Medici & Medici

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

- ▶ **speciale influenza e SARS**
- ▶ **dalla facoltà:
centro oncologia pediatrica**
- ▶ **il punto su:
anafilassi da punture di insetti**

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona • Direttore Responsabile: Fulvio Borromet • Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona • N. 3 - Settembre 2003 • Spec. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

2 0 0 3

3
settembre



Spazi ambulatoriali

*disponibili
anche per frazioni
di giornata
o prestazioni singole*



Uscita A14 Ancona Sud
(vicino Hotel Palace)

Si offre:

- Servizio di prenotazione telefonica orario continuato 8-20
- Servizio di segreteria - fax - e-mail
- Sala riunioni 15-20 posti
- Ampio parcheggio gratuito
- Accesso e servizi handicap
- Aria condizionata

Per informazioni

Poliambulatorio Salute 2000

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: info@saluteduemila.it



Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice direttore

Gianbattista Catalini

Coordinatore di Redazione

Nicola Battelli

Vice coordinatore

Giorgio Fanesi

Redazione

Maria Beatrice Bilò

Vincenzo Berdini

Sergio Giustini

Tiziana Pierangeli

Marco Silvestrelli

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Gianbattista Catalini

Segretario

Luigi Venanzi

Tesoriere

Giorgio Fanesi

Consiglieri

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Francesco Lattanzi

M. Giovanna Magiera

Tiziana Pierangeli

Quirino Massimo Ricci

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Augusto Sertori (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Giordano Giostra

Mario Perli

Revisore dei conti supplente

Vincenzo Berdini

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Augusto Aquilano

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

in copertina:

Piazza del Comune - Fabriano

Questo numero è stato chiuso:

10 settembre 2003

editoriale

Mantenere il timone sulla salute del cittadino e sulla dignità professionale ... 4

bioetica

Il medico di fronte alla sofferenza 5

speciale malattie infettive

influenza e SARS

Influenza le raccomandazioni per l'autunno 7

Sorveglianza, prevenzione e controllo della SARS nel territorio 10

dalla FNOMCeO

Richiesta di revisione del decreto della Privacy 18

Il cordoglio per l'assassinio della collega di Oristano 18

Solidarietà per i colleghi in sciopero 18

Riechiesta dal Ministero agli operatori di sensibilizzazione al tema della "terapia del dolore" 19

news dalla Facoltà di Medicina

Presentazione Centro Oncologia Pediatrica 20

il punto su...

Anafilassi da punture di insetti nel XXI secolo 24

informazioni

La previdenza complementare degli Odontoiatri: FondoDentisti 30

antiquariato

Il mobile nel mondo antico 32

avvisi 34

congressi e corsi 36

<http://www.ordinemedici.ancona.it>

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



Mantenere il timone sulla salute del cittadino e sulla dignità professionale

di *Fulvio Borromei*

È sicuramente sempre più faticoso per il medico che oggi si trova ad esercitare la PROFESSIONE in un sistema sempre più complesso e articolato mantenere vivi i principi ai quali storicamente si ispira.

Le proprie rappresentanze devono sempre più spesso cimentarsi con problematiche esterne e improprie della professione, ma che comunque condizionano e limitano il suo operato, basti pensare a tutte quelle burocrazie che nonostante siano giudicate inaccettabili, comunque rimangono ad esercitare quella corrosione del tempo clinico professionale del medico; ne è un esempio il decreto sulla privacy approvato lo scorso 27 giugno.

Questo è stato considerato inadeguato dalla FNOMCeO e comporterà un ulteriore aggravio burocratico nell'attività del medico.

Per questo il recente consiglio nazionale

del 4-5 luglio 2003 ha chiesto una revisione urgente del decreto e una sua depenalizzazione, affinché si renda implicito il consenso al trattamento dei dati sanitari ai fini della diagnosi e della cura, anche sull'esempio di altri paesi comunitari.

Si cerca in sintesi di far comprendere come gli aspetti di garanzia burocratica non possano prevalere sui contenuti relativi al rapporto fiduciario medico-paziente.

Sono concetti ovvi, ma che comunque paradossalmente stentano ad affermarsi a vantaggio di un concetto astratto di tutela della privacy, applicato inoltre in un ambito dove la privacy è da sempre tutelata da un codice deontologico serio e autorevole, ma troppo spesso ignorato da chi dovrebbe invece difendere e tutelare un patrimonio che appartiene alla Nazione alla nostra società civile: LA CULTURA MEDICA E IL SUO CORPO PROFESSIONALE.



Il medico di fronte alla sofferenza

Approfondimento al precedente articolo del dott. Marinelli
di Sandro Totti

Caro Massimiliano,
ho letto sull'ultimo Bollettino dell'Ordine le tue riflessioni sul dolore dei bambini: ne ho ammirato la dot-

colpa e le risposte date sono varie.

Chi pensa ad una sovrumana ingiustizia e, come Ivan Karamazov, ne deduce che Dio non esiste, altrimenti sarebbe meno buono di un uomo, tutto sommato cattivo, come lui, che si indigna alla notizia di una bambina seviziata.

Chi, come Carducci, afferma che è meglio oprando obliar senza indagarlo/ quest'enorme mister dell'universo. Chi, come Leopardi, si lamenta in modo impareggiabile di una non meglio precisata Natura Matrigna.

Chi, come Voltaire, irride con maligno sarcasmo, al-



trina e la profondità e questo mi succede con tutti i tuoi articoli sulla rubrica di bioetica. Stavolta però sono anche stimolato a risponderti dall'originalità dell'argomento e dalle riflessioni un po' amare del filosofo da te ricordato il quale afferma la drammatica e incontestabile presenza del dolore innocente respingendo quasi sdegnosamente ogni ulteriore argomentazione.

Eppure, come giustamente sostieni, anche il pensiero laico deve porsi il problema del dolore senza

l'armonia prestabilita e al migliore dei mondi possibile, senza proporre gran che.

In effetti il pensiero laico, di fronte al dolore, annaspa, si indigna, si incupisce, se la prende un po' con tutti e sembra concludere rifiuto tutto e non propongo nulla e guai a chi si azzarda a pensar diversamente.

Ma che cosa ci si può aspettare da filosofi che hanno detto che con loro l'uomo, finalmente, è uscito dallo stato di minorità,



dando così del minore a Dante, San Tommaso, Michelangelo e a qualche altro?

C'è anche chi, come Manzoni, pensa che "i guai vengono bensì spesso perché gli si è data cagione, ma che la condotta più cauta e più innocente non basta a tenerli lontani. E, quando vengono, per colpa o senza colpa, la fiducia in Dio li addolcisce e li rende utili per una vita migliore". Così il credente non spiega ma si fida. E si fida con un atto di ragione, giacché non è ragionevole pensare che una Volontà Buona ci abbia tratti dal non essere all'essere e poi ci abbandoni. Questo non è ragionevole.

Il credente piange e si fida, come il ladro pentito del dramma del Golgota. Ancora una volta è Cristo che, senza spiegare nulla, getta sul dolore una vivissima luce e confortante.

Luce che si può anche irridere, ma non rapire: Irrisione che nulla spiega e in alcun modo consola. Il medico, che del dolore è testimone continuo e non viene da esso risparmiato, ha sempre sentita alleata e ha guardato con simpatia quella Fede che ha suscitato tante vocazioni assistenziali, che ha spinto tante persone non a spiegare il dolore ma ad alleviarlo. Vi sono anche alcuni tra questi che scorgono nel dolore una misteriosa realtà e hanno potuto ripeter con Francesco d'Assisi "...beati quilli che sostengono infirmitate et tribolazione / beati quilli che 'l sosterranno in pace / ch'a de Te, Altissimo, saranno incoronati!

Ma queste parole sono state dette nel secolo mistico e oggi sono poco popolari ... ma non è detto che le cose impopolari non possano essere vere.

Credimi tuo ammiratissimo

SPECIALE MALATTIE INFETTIVE: influenza e SARS

Influenza, le raccomandazioni per l'autunno

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha emanato la circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2003-2004" con l'obiettivo di avviare in modo tempestivo le procedure per la profilassi antinfluenzale della prossima stagione invernale, in particolare quelle relative alle scorte di vaccino e al monitoraggio delle vaccinazioni effettuate anche al di fuori delle strutture pubbliche, in collaborazione con medici e farmacisti.

Ancora oggi l'influenza rappresenta nei paesi sviluppati un'importante causa di morte per patologia infettiva, insieme con AIDS e tubercolosi. La morbosità per influenza è più alta nei bambini, tuttavia le forme complicate e la mortalità per influenza sono soprattutto a carico delle persone anziane e di particolari gruppi a rischio.

Nel corso di epidemie estese il tasso d'attacco dell'infezione può variare dal 5% al 30%, con conseguenti importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità, in primo luogo di quelli sanitari.

La possibilità di prevenire l'influenza mediante vaccini sicuri ed efficaci (la protezione conferita dalla vaccinazione antinfluenzale nei confronti della malattia è stimata, negli adulti sani, intorno al 70-90%) ed i favorevoli rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio dell'intervento, fanno sì che la prevenzione dell'influenza sia sempre stata oggetto di particolare interesse nella programmazione sanitaria.

La copertura vaccinale nel nostro Paese è ancora insufficiente. L'obiettivo del 75% della popolazione ultrasessantacinquenne vaccinata, categoria di persone maggiormente a rischio per l'insorgenza di

complicanze, è ancora lontano. Nella stagione 2001-2002 si è raggiunto il 54,7 per cento in questa fascia di età.

CHI DOVREBBE FARE IL VACCINO

La vaccinazione rimane il mezzo migliore, in termini di costo-efficacia e costo-beneficio, per prevenire l'influenza. Anche senza considerare le ricadute di questa malattia in termini di morbilità e spesa sanitaria, all'influenza sono associate serie complicazioni, per possibili superinfezioni batteriche o patologiche concomitanti; essa inoltre è responsabile di un eccesso di mortalità nelle categorie di soggetti maggiormente a rischio in ragione dell'età avanzata o della preesistenza di condizioni morbose predisponenti.

Il ricorso all'ospedalizzazione per il trattamento di forme influenzali, anche non complicate, in persone anziane, comporta serie ripercussioni sulla recettività dei reparti di medicina, con possibili disfunzioni operative nelle procedure di accettazione dei pazienti.

La vaccinazione antinfluenzale, in particolar modo nelle persone anziane, ma anche nelle persone di tutte le età che desiderano prevenire la malattia e contribuire all'interruzione della catena epidemiologica dell'infezione, determina sostanziali riduzioni della morbosità, delle complicazioni e, conseguentemente del tasso di ospedalizzazione per influenza.

Nella stagione 2003-04 la vaccinazione antinfluenzale assume ulteriore rilievo a causa delle somiglianze cliniche, almeno negli stadi iniziali, tra influenza e SARS; per tale motivo, pur mantenendo inalterate le indicazioni relative alle categorie destinatarie dell'offerta, è opportuno che la vaccinazione venga promossa il più possibile anche in considerazione di possibili scenari epidemiologici che potrebbero delinearsi se la SARS, invece di continuare la netta tendenza alla diminuzione osservata nel periodo maggio-giugno, dovesse andare incontro ad ulteriore diffusione.



In accordo con gli obiettivi specifici indicati dalla pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento di obiettivi di riduzione della morbosità per influenza e delle sue complicanze, le **categorie di soggetti** cui i servizi territoriali di prevenzione dovranno offrire la vaccinazione antinfluenzale sono le seguenti:

1. soggetti al di età pari o superiore a 65 anni
2. soggetti in età infantile ed adulta affetti da:
 - a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa la malattia asmatica), circolatorio, uropoietico
 - b) malattie degli organi emopoietici
 - c) diabete ed altre malattie dismetaboliche
 - d) sindromi da malassorbimento intestinale
 - e) fibrosi cistica
 - f) malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi, inclusa l'infezione da HIV
 - g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
3. soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo
4. personale di assistenza o contatti familiari di soggetti ad alto rischio

5. bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

In considerazione della possibilità, remota ma non trascurabile, di coinfezione da virus influenzali umani ed aviari in persone esposte per motivi occupazionali, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata per il personale operante a vario titolo in allevamenti

animali in cui sia stata riscontrata la presenza di infezione da virus influenzali appartenenti a qualsiasi sottotipo antigenico.

QUANDO VACCINARSI

Il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire **dalla metà di ottobre fino alla fine di novembre**.

Un anticipo della somministrazione del vaccino antinfluenzale potrebbe, soprattutto nelle persone anziane che presentano risposte immunitarie meno valide, avere come conseguenza un declino del titolo anticorpale proprio in corrispondenza del picco epidemico stagionale.

La vaccinazione antinfluenzale rimane comunque un efficace mezzo protettivo anche se effettuata in periodi successivi a quello ottimale, soprattutto laddove situazioni particolari la rendessero opportuna per alcuni soggetti (viaggi internazionali, comparsa di focolai di infezioni aviaria in allevamenti).

Poiché la maggior parte della popolazione è stata, con tutta probabilità, infettata dai virus influenzali A(H3N2), A(H1N1) e B nel corso degli ultimi anni, una sola dose di vaccino antinfluenzale è sufficiente per i soggetti di tutte le età, con esclusione dell'età infantile.

Per i bambini al di sotto dei 12 anni di età, mai vaccinati in precedenza, si raccomandano due dosi appropriate per l'età di vaccino antinfluenzale, da somministrare a distanza di almeno quattro settimane per assicurare una soddisfacente risposta immunitaria; la seconda dose di vaccino dovrebbe preferibilmente essere somministrata entro la fine

di novembre, primi giorni di dicembre.

Il vaccino antinfluenzale va somministrato per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel deltoide per tutti i soggetti di età superiore a 12 anni e nella faccia antero-laterale della coscia nei bambini e nei lattanti.

Il vaccino antinfluenzale può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini, sia pediatrici che per l'età adulta, utilizzando sedi corporee e siringhe diverse. Il vaccino antinfluenzale deve essere conservato a temperature comprese tra +2°C e +8°C, e non deve essere congelato.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

Il vaccino antinfluenzale non dovrebbe essere somministrato a persone con ipersensibilità alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino, a meno di una attenta valutazione dei benefici in confronto ai possibili rischi e tenendo conto della possibilità di ricorrere, in caso di effettiva necessità, alla chemioprofilassi con agenti antivirali (amantadina).

La vaccinazione antinfluenzale deve essere rinviata in caso di manifestazioni febbrili in atto. Affezioni minori delle prime vie aeree non controindicano in modo assoluto la somministrazione del vaccino. Va tuttavia rilevato che la somministrazione del vaccino a persone con sintomi riferibili a malattie infettive potrebbe comportare problemi di interpretazione del nesso di causalità con la vaccinazione, nell'eventualità di un evento avverso.

Persone con alterazioni dell'immunocompetenza per effetto di trattamenti immunosoppressori possono rispondere in maniera non ottimale alla vaccinazione antinfluenzale; pertanto sarebbe opportuno, quando possibile, differire la vaccinazione finché non sia trascorso almeno un mese dall'interruzione del trattamento. È comunque opportuna una attenta valutazione del rischio di contrarre un'infezione influenzale, che in tali persone potrebbe avere un decorso più serio e complicato che in altri, rispetto al rischio di una risposta sub-ottimale.

Il trattamento con cortisonici per uso locale o per uso sistemico a basso dosaggio non costituisce un motivo per differire la vaccinazione antinfluenzale. La condizione di sieropositività per HIV non costituisce di per sé una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale.

Nei soggetti HIV positivi con bassi valori di linfociti T CD4+, la somministrazione del vaccino potrebbe

non evocare una risposta anticorpale a titoli considerati protettivi. Una seconda dose di vaccino in questi soggetti non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Non sono stati dimostrati incrementi sostanziali della replicazione virale, deterioramento della conta dei linfociti T CD4+ e progressione verso l'AIDS in persone HIV positive sottoposte a vaccinazione.

Nei soggetti con malattie autoimmuni il vaccino antinfluenzale va somministrato solo dopo attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

Manifestazioni di ipersensibilità immediata, o reazioni di tipo neurologico in seguito ad una somministrazione di vaccino rappresentano controindicazione assoluta a successive dosi dello stesso vaccino; non costituisce invece controindicazione il dato anamnestico di precedenti effetti indesiderati in sede locale.

Lo stato di gravidanza non solo non costituisce controindicazione alla somministrazione del vaccino antinfluenzale, ma sarebbe da considerare una indicazione alla vaccinazione. Diversi studi hanno infatti messo in evidenza il maggior rischio di serie complicazioni in seguito all'influenza, anche in assenza di condizioni mediche predisponenti, per le donne nel terzo trimestre di gravidanza o nelle prime fasi del puerperio. I vaccini antinfluenzali sono a base di virus uccisi o di subunità e non comportano quindi, in nessuna fase della gravidanza, i rischi connessi all'impiego di vaccini a base di virus viventi attenuati. In assenza di condizioni mediche predisponenti che rendano imperativa la vaccinazione antinfluenzale, questa può essere differita, per maggior sicurezza, all'inizio del terzo trimestre di gravidanza, dopo attenta valutazione del rapporto rischio beneficio da parte del medico.

La vaccinazione antinfluenzale non è controindicata nelle donne che allattano; l'allattamento non interferisce sfavorevolmente sulla risposta immunitaria.

Per maggiori approfondimenti consultare la Circolare n.5 protocollo 400.3/17V/4093 del 22 luglio 2003 Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2003/2004 del Ministero della Salute (http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/176/Circolare_Influenza_2003-2004.doc)

Sorveglianza, prevenzione e controllo della SARS nel territorio

In questo numero del bollettino viene presentato un estratto del documento elaborato dal gruppo permanente per la valutazione del rischio e del controllo la SARS istituito presso la sezione terza del consiglio Superiore di Sanità.

Crovati P., Aiuti F., Bartoletti P.L., Brignoli O., Gasparini R., Greco, D., Rezza G., Rondini G., Salmaso S. e Vellucci L.

INTRODUZIONE

La tempestiva individuazione e segnalazione dei casi di SARS (sospetti o probabili) e l'appropriata gestione dei malati (isolamento) e la sorveglianza e controllo dei loro contatti rappresentano, in base all'esperienza maturata nei Paesi in cui la SARS è stata finora maggiormente presente, gli elementi più importanti per circoscrivere e bloccare la diffusione della sindrome. Risulta anche che risultati positivi possono essere ottenuti solo se i diversi Servizi sanitari e parasanitari sono capaci di operare in modo integrato e coordinato secondo un programma prestabilito e concordato e se esiste un sufficiente livello d'informazione-formazione sulla tematica specifica del personale coinvolto, nonché della popolazione generale.

Definizioni: **Isolamento**: significa la separazione dalle altre persone, per il periodo di trasmissibilità delle persone malate, ovvero che presentano dei sintomi. Esse devono rimanere in ambienti adatti e rispettare alcune condizioni che sono finalizzate a limitare al massimo la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo.

Quarantena (quarantine): significa ridurre

le attività che comportano contatto con altri delle persone sane che sono state esposte ad un caso di SARS mentre questo era infettivo. Per il periodo di incubazione della malattia (10 giorni), dette persone devono astenersi dal lavoro o dalla frequenza scolastica, devono evitare luoghi pubblici chiusi (ad es. cinema, teatri) e inoltre ridurre i contatti con i conoscenti. Fintanto che è asintomatico può uscire per le essenziali incombenze evitando ambienti affollati e privilegiando per il tempo libero spazi all'aria aperta.

Contatto (secondo OMS): ogni persona esposta ad un caso sospetto o probabile di SARS. Queste persone possono avere un maggior rischio di contrarre una SARS. Le informazioni attualmente disponibili fanno pensare che le situazioni di maggior rischio si verificano in caso di:

Contatto stretto: vale a dire aver vissuto con una persona con SARS o aver curato o essere stata a stretto contatto, faccia a faccia (meno di due metri), o aver avuto un contatto diretto con secrezioni respiratorie e/o dei liquidi organici di una persona colpita da SARS.

DEFINIZIONE DI CASO PER LA SORVEGLIANZA DELLA SARS (W.H.O. - REVISIONE 1 MAGGIO 2003)

La definizione di caso di SARS (SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME) è basata, fino ad ora, su dati clinici ed epidemiologici. Essa può essere integrata da diversi test di laboratorio e potrà essere rivista quando test di laboratorio specifici, attualmente oggetto di ricerca, saranno validati come test diagnostici

CASO SOSPETTO:

1. una persona, che dopo il 1° novembre 2002*, presenti una storia di:

- febbre alta > 38° C,

e - tosse o difficoltà respiratorie

e una o più delle seguenti condizioni di esposizione nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi

- contatto ravvicinato**, con un caso sospetto o probabile di SARS

* La trasmissione internazionale della SARS è stata segnalata per la prima volta nel mese di marzo 2003, per casi con inizio sintomi nel mese di febbraio 2003. L'inizio del periodo di sorveglianza è stato esteso al 1° novembre 2002 allo scopo di catturare casi di polmonite atipica in Cina, ora riconosciuti come SARS.

** Per contatto ravvicinato si intende: coabitazione, assistenza o contatto diretto con persone malate e con secrezioni respiratorie e fluidi corporei di queste

- storia di viaggio in un'area con recente trasmissione locale di SARS (vedere l'archivio e l'elenco delle aree all'indirizzo <http://www.who.int/csr/en/> e all'indirizzo www.ministerosalute.it)

- residenza in un'area con recente trasmissione locale di SARS

2. una persona con una malattia respiratoria acuta non spiegata, con conseguente decesso, dopo il 1° novembre 2002 ed in cui non sia stata eseguita autopsia

e una o più delle seguenti condizioni di esposizione nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi

- contatto ravvicinato* con un caso sospetto o probabile di SARS

- storia di viaggio in un'area con recente trasmissione locale di SARS (vedere l'archivio e l'elenco delle aree all'indirizzo <http://www.who.int/csr/en/> e all'indirizzo www.ministerosalute.it)

CASO PROBABILE:

1. un caso sospetto con dimostrazione radiologica, alla radiografia del torace, di infiltrati compatibili con polmonite o sindrome da distress respiratorio (RDS)

2. un caso sospetto con riscontro positivo per Coronavirus associato a SARS con uno o più test di laboratorio

3. un caso sospetto con riscontro autoptico compatibile con sindrome da distress respiratorio, senza altre cause identificabili 32

Criteri di esclusione

Un caso dovrebbe essere escluso se una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia.

RICLASSIFICAZIONE DEI CASI

Poiché la SARS viene attualmente diagnosticata per esclusione, la condizione di un caso notificato può cambiare nel corso del tempo. Un caso inizialmente classificato come **sospetto** o **probabile**, e per il quale una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia, dovrebbe essere **scartato o escluso**. Tutti i casi **sospetti** che dopo adeguata indagine rispettano la definizione di caso probabile, dovrebbero essere riclassificati di conseguenza come **"probabili"**. I casi **sospetti** con radiografia normale dovrebbero essere trattati nel modo ritenuto, dal punto di vista clinico, appropriato e monitorati per 7 giorni. I casi con un recupero non ade-

guato, dovrebbero essere nuovamente sottoposti a radiografia e valutati sulla base del risultato di questa. I casi che mostrano un recupero adeguato ma per cui non può essere posta diagnosi alternativa, dovrebbero rimanere classificati come **"sospetti"**. Un caso sospetto con esito mortale, in cui non sia stata eseguita autopsia, dovrebbe rimanere classificato come "sospetto" a meno che non venga identificato come parte di una catena di trasmissione che si sia verificata dopo l'inizio della malattia. Se all'autopsia non vengono riscontrati segni di RDS, il caso dovrebbe essere classificato come **scartato o escluso**. Come specificato nella Circolare 400.3/113.3/2050 del 10 aprile, la notifica di un caso sospetto o probabile di SARS va accompagnata dalla scheda per la raccolta di informazioni su casi sospetti/probabili (scheda A), che va nuovamente inviata al momento della conclusione della malattia, con indicazioni dell'esito della stessa e della classificazione del caso, sulla base dei criteri sopra indicati. La classificazione finale dei casi di SARS è stabilita in base alle indicazioni fornite dai clinici che assistono i pazienti dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Ufficio III, sentito l'Assessorato della Regione o Provincia autonoma dove è presente il caso.

NOTIFICA

I casi rispondenti alla definizione di caso "sospetto" sopra indicata, vanno immediatamente segnalati possibilmente per telefono e notificati, seguendo le modalità previste per le malattie di Classe I del D.M. 15 dicembre 1990: 33

- il medico che effettua la diagnosi segnala il caso sospetto alla Azienda Sanitaria Locale competente per territorio con mezzi rapidi (fax, posta elettronica) utilizzando la scheda allegata al presente documento (scheda A), compilata in tutte le sue parti.

- la Azienda Sanitaria Locale trasmette la segnalazione contestualmente all'Assessorato Regionale alla Sanità ed al Ministero della Salute ed effettua l'indagine epidemiologica per individuare possibili contatti del caso.

- nel caso la persona abbia effettuato un viaggio aereo nello stesso giorno o nel giorno precedente l'inizio della sintomatologia, il caso va comunicato anche all'Uffi-

cio di Sanità Marittima, Aerea di Frontiera (USMAF) nel cui ambito è avvenuto lo scalo, perché possano essere rintracciati gli eventuali contatti stretti tra i compagni di viaggio e l'equipaggio (vedi Ordinanza Ministeriale del 10 aprile 2003).

- l'USMAF fornisce agli Assessorati Regionali alla Sanità interessati, nominativi, numero di passaporto, data di nascita, recapiti dei contatti.
- l'ospedale presso cui è avvenuto il ricovero del paziente compila ed invia giornalmente al Ministero della Salute via fax o eventualmente per posta elettronica (all'indirizzo dpv.oemi@sanita.it) la scheda per il follow up clinico dei pazienti di cui alla circolare 400.3/113.3/ 2476 del 30 aprile 2003 (scheda B, allegata al presente documento).
- al termine del ricovero, l'Ospedale invia al Ministero della Salute, alla Regione e alla Azienda Sanitaria Locale la scheda per follow up clinico dei pazienti completata delle indicazioni sull'esito del caso (dimesso/guarito; trasferito in Paese estero/altro ospedale, deceduto) e la diagnosi di dimissione. 34

GESTIONE DEI SOPETTI AMMALATI DI SARS INDIVIDUATI AL MOMENTO DEL LORO INGRESSO IN ITALIA, IN QUANTO PROVENIENTI DA AREE "AFFETTE"

Questo argomento è trattato dettagliatamente nelle sezioni "Procedure per fronteggiare la SARS a bordo di aeromobili e negli aeroporti" e "Indicazioni e per la prevenzione ed il controllo della SARS in ambito ospedaliero".

GESTIONE DEI SOGGETTI CHE AMMALANO DI SOSPETTA SARS IN ITALIA, NEI 10 GIORNI SUCCESSIVI AL LORO ARRIVO DA ZONE "AFFETTE" O IN SEGUITO A CONTATTO CON AMMALATO DI SARS E CHE RISIEDONO PRESSO IL LORO DOMICILIO OD UNA RESIDENZA TEMPORANEA (ALBERGO, PARENTI, AMICI, ETC.)

Va premesso che detti soggetti al momento del passaggio dal filtro aeroportuale hanno ricevuto un opuscolo che raccomanda loro, in caso manifestassero febbre alta, e difficoltà respiratorie nei dieci giorni successivi, di rivolgersi ad un medico evitando di muoversi da casa. Nell'ipotesi più favorevole, il paziente chiama telefonicamente il medico

di famiglia o un professionista di sua conoscenza; il servizio di guardia medica - 118; l'ospedale.

Durante la telefonata deve spiegare la sua storia di viaggiatore; a loro volta gli interlocutori devono informarsi accuratamente su questi aspetti, sui viaggi e contatti avuti.

E' molto importante che, in caso di riscontro positivo riguardo agli aspetti clinici ed epidemiologici, la richiesta dell'ammalato sia evasa in tempi brevi e vengano prese da parte del personale sanitario le necessarie precauzioni. La visita sarà preferibilmente condotta da un solo medico, secondo quanto indicato nel capitolo seguente. Nel caso in cui il sospetto di SARS venga confermato (sulla base di definizione di caso descritto), occorrerà trasportare e ricoverare l'ammalato in un reparto ospedaliero di malattie infettive, attrezzato all'isolamento di questo tipo di ammalati e istruire i contatti sulle modalità di comportamento da tenere nei 10 giorni successivi. Può essere il medico ad organizzare questo percorso ovvero può avvalersi del Nucleo Operativo Regionale per le emergenze di natura infettiva.

Questo Nucleo, già attivo in diverse Regioni, è accessibile 24 ore su 24 mediante un numero verde reso noto a tutti i medici e alle strutture sanitarie della Regione e svolge i seguenti compiti:

- fornisce al medico, che si trova presso il sospetto ammalato, un primo supporto, prende nota di sue eventuali richieste e si tiene in contatto con lui fino all'espletamento dell'iter previsto;
- prende contatto con il Reparto Ospedaliero di Malattie Infettive di riferimento per verificare la disponibilità del posto letto e preannunciare l'arrivo del malato;
- in accordo con il Reparto suddetto, provvede ad inviare un'ambulanza, con personale allertato e protetto, al domicilio del malato per il suo trasferimento diretto al Reparto di Malattie Infettive individuato (N.B. l'ambulanza, concluso il trasferimento del malato, andrà disinfettata);
- avvisa il Servizio di Igiene Pubblica dell'ASL, competente per il territorio, affinché i suoi operatori si rechino immediatamente sul posto per istruire i contatti ed avviare l'inchiesta epidemiologica;
- segnala il caso sospetto di SARS all'Assessorato Regionale alla Sanità o alle strutture da lui designate (Nucleo Operativo, Osservatorio epidemiologico, etc.) che a sua volta segnala il caso al Ministero della Salute (Dipartimento delle Prevenzione).



Inoltre, le Regioni affidano al Nucleo Operativo regionale emergenze infettive la predisposizione di un Piano Regionale SARS che include: la formazione di tutto il personale della Sanità con particolare riferimento al ruolo che ciascun soggetto è chiamato a sostenere, la verifica della rete diagnostica, la messa a punto del trasporto dei casi sospetti, le modalità di realizzazione delle misure di prevenzione previste: flussi informativi individuazione e gestione dei contatti, etc. Non è neppure da escludere a priori che, nonostante le raccomandazioni a rimanere in casa e ad attendere la visita di un medico, l'ammalato si rechi egli stesso al Pronto Soccorso di un Ospedale o nello studio di un medico. In tal caso, sarà molto importante la preparazione e l'intelligenza del personale di accettazione dei malati, per dirottarlo in una stanza appartata al fine di evitare che egli venga a contatto con molte persone in un ambiente affollato. (N.B. E' evidente che un intervento così articolato, per poter essere eseguito in tempi brevi e con il minimo clamore possibile, richiede l'esistenza di un dettagliato programma Regionale al riguardo, una elevata capacità dei diversi Servizi ad operare in modo intergrato ed una specifica preparazione di tutto il personale coinvolto ad affrontare questo tipo di situazione. La gestione dell'ammalato ricoverato e isolato nel Reparto di Malattie Infettive avviene in analogia a quanto indicato al punto 2 - "Gestione degli ammalati di SARS".

COMPORAMENTO DEL MEDICO CHIAMATO A VISITARE A DOMICILIO UN POTENZIALE CASO DI SARS, FINALIZZATO A LIMITARE AL MINIMO IL RISCHIO DI ESPOSIZIONE

Fin dal momento della chiamata telefonica, il medico deve informarsi dettagliatamente sulla sintomatologia accusata dal malato, per verificare se rientra nella definizione di "caso", e riguardo ai viaggi di recente effettuati dal paziente in Paesi o aree "afette" o ad eventuali contatti avuti dallo stesso con ammalati di SARS.

In caso di riscontro positivo

Prima di recarsi al domicilio del malato deve ricordare che:

- Proprio il personale sanitario non adeguatamente protetto è stato il primo ad essere colpito ed una delle principali cause di diffusione della SARS. Pertanto dovrà munirsi di un kit adeguato di protezione individuale, vale a dire:
 - dispositivo facciale filtrante (FFP2 e FFP3)
 - guanti monouso
 - occhiali di protezione
 - camice monouso
 - sacchetto contenitore in plastica (per la raccolta finale dei materiali suddetti)

Inoltre deve ricordare che:

- gli ammalati di SARS vanno ricoverati presso i Partiti di Malattie Infettive, dotati di camere di isolamento a pressione negativa;
- il trasporto di detti ammalati deve essere effettuato da personale sanitario munito di appropriati dispositivi di protezione individuale con ambulanze adatte che vanno poi disinfettate;
- in attesa subentrino i medici del Servizio di igiene pubblica, deve impartire ai familiari e ai conviventi del malato opportune istruzioni

Durante la visita (che sarà effettuata dopo aver indossato i già detti dispositivi di protezione individuale):

- farà indossare preliminarmente al malato una mascherina chirurgica
- limiterà allo stretto necessario gli atti suscettibili di generare aerosolizzazione delle secrezioni respiratorie.

In caso di riscontro clinico positivo per SARS sospetta:

- informerà il paziente sull'opportunità di un suo trasferimento in un reparto ospedaliero di Malattie Infettive;

- lo inviterà a rimanere nella sua stanza durante l'attesa, con la porta chiusa e ad avere il minimo di contatti possibili con i conviventi che a loro volta dovranno essere protetti con maschera di tipo chirurgico, quando presenti nella stessa stanza;

Alla fine della visita,

- fuori dalla stanza del malato, il medico toglie di seguito: il camice, il facciale filtrante, i guanti e li ripone nel sacchetto contenitore che, chiuso accuratamente, sarà smaltito come rifiuto speciale;
- se indossa occhiali personali, leva gli occhiali e li lava con acqua tiepida e sapone liquido. Anche gli strumenti utilizzati per la diagnostica (stetoscopio, etc.), vanno opportunamente disinfettati. Alla fine lava con cura le mani e si asciuga possibilmente con i tovaglioli di carta a perdere;
- successivamente deve provvedere agli adempimenti previsti nel capitolo precedente (il ricovero dell'ammalato, etc.).

GESTIONE DI CONTATTI DI CASI "SOSPETTI" O "PROBABILI" DI SARS

CONTATTI DI CASI SOSPETTI DI SARS

A. Il Servizio di Igiene Pubblica fornisce informazioni in linea con le indicazioni nazionali e, se possibile, documentazione educativa generale nei riguardi della SARS, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi necessari (sorveglianza passiva, ecc.) i possibili sintomi clinici della SARS e le istruzioni sulle misure da attuare se la persona sviluppa sintomi entro 10 giorni dall'ultimo giorno di esposizione.

In particolare informa la persona che:

1. E' libera di continuare le sue abituali attività fin tanto che è asintomatica
2. Deve misurarsi la temperatura due volte al giorno e, in aggiunta, quando ha la sensazione di avere la febbre, perché spesso il primo sintomo che compare è la febbre. La temperatura va misurata almeno 4 ore dopo l'eventuale assunzione di farmaci con effetto antipiretico.
3. In caso di comparsa di febbre e/o di sintomi respiratori la persona deve:
 - telefonare immediatamente alla struttura deputata alla sorveglianza per essere sottoposto ad accertamenti presso il reparto di malattie infettive più vicino. Per il raggiungi-

mento di tale struttura dovrà rispettare scrupolosamente le indicazioni che le saranno date dai responsabili sanitari.

- restare a casa in una stanza con la porta chiusa e la finestra (nei limiti del possibile) aperta; le altre persone della famiglia dovrebbero rimanere lontane dalla persona con sintomi.
- indossare la maschera di tipo chirurgico alla comparsa dei primi sintomi se in presenza di altre persone.
- tossire e starnutire direttamente su di un fazzoletto di carta. Questi fazzoletti dovranno essere riposti dallo stesso paziente in un sacchetto impermeabile che dovrà quindi essere ermeticamente chiuso e consegnato al personale dell'ambulanza per essere smaltito dalla ASL secondo le modalità previste per i materiali infetti.
- lavarsi frequentemente le mani in particolare dopo contatto con i fluidi corporei (secrezioni respiratorie, urine e feci)
- abbassare sempre il coperchio del water prima di far scaricare l'acqua per impedire ogni eventuale dispersione aerea

B. Fornisce indicazioni scritte sui servizi a cui rivolgersi per ogni necessità legata alla prevenzione e alle necessità di assistenza e i numeri di telefono a cui potersi rivolgere nel caso in cui dovessero insorgere sintomi sospetti, o comunque di urgenza 40.

C. Provvede a fornire ai contatti mascherine chirurgiche.

D. Prende nota di nome, indirizzo e recapiti telefonici, dove i soggetti saranno rintracciabili per i 10 giorni successivi.

E. Esegue una verifica telefonica dopo 2 giorni e alla fine del periodo di sorveglianza.

F. Informa il medico curante del paziente, in particolare sulle misure da osservare in caso di visita domiciliare (paragrafo 5) e sulle misure di prevenzione predisposte per la famiglia (paragrafo 6.4) e gli fornisce, nel caso non li avesse, i DPI che potrebbero essere necessari per la sua protezione (maschere, occhiali, camice e guanti monouso).

G. Sorveglia l'evolvere della situazione clinica. Le misure vanno sospese se il sospetto viene escluso. Se il caso invece viene classificato come probabile, vedere il (paragrafo successivo).

CONTATTI DI CASI PROBABILI DI SARS

A. Il servizio di Igiene Pubblica fornisce informazioni e se possibile documentazione educativa generale nei riguardi della SARS, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi necessarie (sorveglianza **attiva**, ecc), i possibili sintomi clinici della SARS e sottolinea l'opportunità di osservare un periodo di isolamento domiciliare volontario, astenendosi da attività lavorative e contatti sociali. Fornisce inoltre istruzioni dettagliate sui comportamenti da tenere se la persona sviluppa sintomi sospetti di SARS entro 10 giorni dall'ultima esposizione.

In particolare informa la persona che:

1. E' oggetto di una sorveglianza epidemiologica attiva giornaliera telefonica da parte del servizio di Sanità Pubblica
2. Deve misurarsi la temperatura due volte al giorno e, in aggiunta, quando ha la sensazione di avere la febbre, perché spesso il primo sintomo che compare è la febbre. La temperatura va misurata almeno 4 ore dopo l'assunzione di farmaci antipiretici.
3. In caso di comparsa di febbre e/o di sintomi respiratori la persona deve:
 - telefonare immediatamente alla struttura deputata alla sorveglianza per essere sottoposto ad accertamenti presso un reparto di malattie infettive. Per il raggiungimento di tale struttura dovrà rispettare scrupolosamente le indicazioni che gli saranno date dai responsabili sanitari.

Fino ad allora dovrà:

- restare a casa in una stanza con la porta chiusa e la finestra (nei limiti del possibile), aperta; le altre persone della famiglia dovrebbero rimanere lontane dalla persona con sintomi.
- indossare la maschera di tipo chirurgico alla comparsa dei primi sintomi se in presenza di altre persone
- tossire e starnutire direttamente su di un fazzoletto di carta. Questi fazzoletti dovranno essere riposti dallo stesso paziente in un sacchetto impermeabile che dovrà quindi essere ermeticamente chiuso e consegnato al personale dell'ambulanza per essere smaltito dalla ASL secondo le modalità previste per i materiali infetti.

- lavarsi frequentemente le mani in particolare dopo contatto con i fluidi corporei (secrezioni respiratorie, urine e feci).
- abbassare sempre il coperchio del water prima di far scaricare l'acqua per impedire ogni eventuale dispersione aerea.

- B.** Fornisce indicazioni scritte sui servizi a cui rivolgersi per ogni necessità legata alla prevenzione e alle necessità di assistenza e i numeri di telefono a cui potersi rivolgere nel caso in cui dovessero insorgere sintomi sospetti, o comunque di urgenza.
- C.** Provvede a fornire ai contatti mascherine chirurgiche ed, eventualmente, di termometro.
- D.** Prende nota di nome, indirizzo e recapiti telefonici, dove i soggetti saranno rintracciabili per i 10 giorni successivi.
- E.** Esegue una verifica telefonica quotidiana.
- F.** Informa il medico curante del paziente, in particolare sulle misure da osservare in caso di visita domiciliare (paragrafo 5) e sulle misure di prevenzione predisposte per la famiglia (paragrafo successivo) e gli fornisce, nel caso non li avesse, i DPI che potrebbero essere necessari per la sua protezione (maschere, occhiali, camice e guanti monouso).

MISURE DI PREVENZIONE IN AMBITO DOMICILIARE DI UN CONTATTO DIVENUTO SINTOMATICO

- Rivolgersi immediatamente al Servizio che ha dato indicazioni per la sorveglianza ed attendere le relative indicazioni;
- dall'inizio dei sintomi e in attesa del suo trasferimento all'ospedale, isolare il malato in una stanza tenendo la porta chiusa e la finestra aperta, se possibile, ed aerando comunque regolarmente il locale;
- evitare ogni visita inutile nella camera del malato;
- entrare nella stanza del malato solo dopo aver indossato una maschera e lavarsi le mani appena usciti;
- far indossare una maschera chirurgica al paziente sintomatico se sono presenti persone nella stanza;
- i familiari dei casi devono lavarsi le mani con acqua e sapone dopo un contatto con il paziente e dopo attività che possano comportare un rischio di contaminazione;

DIARIO DEGLI ESPOSTI A RISCHIO SARS (Sindrome Acuta Respiratoria Severa)

COGNOME NOME											
INDIRIZZO abituale						TEL.					
INDIRIZZO di riferimento						TEL.					
per i 10 giorni del periodo di sorveglianza						TEL.					
Luogo di lavoro o scuola frequentata											
CASO INDICE						DATA ESPOSIZIONE					
DATA FINE SORVEGLIANZA											
MEDICO CURANTE						TEL.					
	Giorno 0	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5	Giorno 6	Giorno 7	Giorno 8	Giorno 9	Giorno 10
DATA											
Temperatura corporea ascellare (°C)											
- rilevazione mattino											
- rilevazione sera											
- altre rilevazioni											
Sintomi respiratori											
- tosse											
- mal di gola											
- respiro affannoso											
- altro (specificare)											
Altri sintomi											
- malessere generale											
- mal di testa											
- dolori muscolari											
- dolori ossei											
- altro (specificare)											

- indossare dei guanti domestici durante i lavori di pulizia della stanza e degli oggetti utilizzati dal paziente (stoviglie, posate, salviette, lenzuola, abiti, camici, ecc.). Gli abiti, le lenzuola ecc. di una persona malata possono essere lavate assieme agli indumenti degli altri componenti la famiglia in acqua calda, preferibilmente servendosi di una lavatrice. La biancheria va lavata a temperatura superiore a 60 °C, stoviglie e posate vanno lavate con acqua calda e sapone.
 - le superficie e gli oggetti all'interno della stanza in cui ha soggiornato il paziente ed i servizi igienici (rubinetti ed accessori compresi) devono essere puliti ricorrendo ai normali prodotti per l'igiene domestica. Macchie di sangue e di liquidi corporei devono essere puliti con candeggina domestica indossando guanti.
 - i materiali fortemente contaminati come i

- fazzoletti di carta o le maschere devono essere gettati possibilmente dallo stesso paziente in un sacco di plastica che sarà ermeticamente chiuso. Il sacchetto ermeticamente chiuso verrà consegnato al personale dell'ambulanza e lo smaltimento avverrà a cura dell'ASL secondo le modalità previste per i materiali infetti.
- per la pulizia dei servizi igienici e delle superfici del bagno indossare dei guanti domestici. Utilizzare delle soluzioni di cloro all'1% (comune candeggina). Alla fine delle pulizie lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone.
 - non è opportuna alcuna misura di disinfezione particolare delle stanze dove ha soggiornato un caso sospetto o probabile di SARS, bensì una accurata pulizia con utilizzo di disinfettanti di uso domestico per le superficie orizzontali che più verosimilmente possono essere state toccate dal paziente.

ORGANIZZAZIONE PER LA IDENTIFICAZIONE DEI CONTATTI

Le Regioni e Province Autonome attraverso le loro strutture sanitarie sono responsabili della diagnosi e della assistenza dei casi di SARS e della conduzione delle attività di prevenzione e controllo della diffusione locale: sorveglianza epidemiologica e sorveglianza attiva dei contatti asintomatici. I Servizi di sanità pubblica delle ASL identificano le persone contatto e comunicano la loro identità, indirizzo e telefono al responsabile del Servizio di Sanità Pubblica regionale. I contatti residenti fuori regione devono essere comunicati, dalla Regione di identificazione, alla Direzione Regionale per la Prevenzione della Regione o Provincia Autonoma dove si recano e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio III.

In ogni ASL la conduzione operativa delle attività di sorveglianza epidemiologica e di prevenzione e controllo della diffusione sono affidate al medico di sanità pubblica responsabile per la prevenzione delle malattie infettive, che seguirà le indicazioni del Referente regionale.

SORVEGLIANZA ATTIVA GIORNALIERA

Il Servizio di Sanità Pubblica deve contattare almeno una volta al giorno tutte le persone che sono contatti di casi probabili, il contatto avviene telefonicamente. Se la persona non risponde al telefono è necessario effettuare una visita a domicilio, prendendo le misure di protezione necessarie. In genere è più opportuno che sia il servizio a telefonare direttamente alle persone in sorveglianza attiva piuttosto che il contrario. Per facilitare la sorveglianza è opportuno concordare l'orario a cui telefonare.

Per condurre la sorveglianza attiva è possibile utilizzare il diario in allegato.

Rilevazione dei sintomi

- Temperatura: le persone registrano la propria temperatura due volte al giorno: al mattino e alla sera; la temperatura va inoltre misurata se si ha la sensazione di avere la febbre; la temperatura va misurata almeno 4 ore dopo l'assunzione di farmaci antipiretici.
- Presenza e natura della tosse.
- Presenza di difficoltà di respirazione o di altri sintomi respiratori
- Altri sintomi presenti nel corso della giornata.



INFORMAZIONE-EDUCAZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN CONDOMINI COMPRESI L'APPARTAMENTO DI UN SOSPETTO AMMALATO DI SARS

I Medici e le Assistenti Sanitarie del Servizio di Igiene Pubblica, preso atto dell'esistenza di una situazione come quella configurata, dovranno tenere in debito conto i risvolti psicologici che essa comporta e porre in atto tutte le azioni che possono ridurre lo stato di tensione e/o agitazione esistente nel condominio. Va anche tenuto presente che nell'appartamento ove ha abitato l'ammalato (ora ricoverato), potrebbero continuare ad abitare i parenti dello stesso, classificati come "contatti" sotto sorveglianza. Lo strumento più valido è quello dell'informazione oggettiva e documentata. Sembra utile, al riguardo, che il Personale del Servizio di Igiene Pubblica prenda contatto con gli abitanti del condominio, nel modo che giudicherà più conveniente, per rispondere alle loro domande e spiegare la situazione esistente, sottolineando i bassi margini di rischio della situazione. In particolare, dovrà essere chiaramente illustrato come il più importante fattore di rischio per la trasmissione della SARS è il contatto stretto con il malato limitatamente alla fase acuta di malattia, evento che non ha investito i condomini del palazzo. Dovranno essere fornite documentate spiegazioni sul fatto che la sopravvivenza del virus nell'ambiente non è prolungata e che, comunque, l'eventuale carica virale è molto bassa e non ha causato la malattia in situazioni analoghe verificatesi in altri Paesi. Si tratta indubbiamente di una situazione difficile che, peraltro, deve essere gestita e non lasciata a sé stessa da parte della Sanità pubblica, per la quale rappresenta un banco di prova importante.

dalla FNOMCeO**IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO CHIEDE LA REVISIONE DEL DECRETO SULLA PRIVACY**

Una revisione urgente del Decreto sulla Privacy che nel rispetto della normativa CEE renda implicito, nell'ambito del SSN, il consenso al trattamento dei dati ai fini diagnostici e terapeutici è stata chiesta dal Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, riunito a Roma nei giorni 4 e 5 luglio.

Secondo i Presidenti dei 103 Ordini provinciali, il Decreto approvato lo scorso 27 giugno, risulta sostanzialmente inadeguato perché privilegia aspetti di garanzia di tipo burocratico anziché i reali contenuti che sono al centro del rapporto di fiducia medico-paziente.

"Il provvedimento - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO **Giuseppe del Barone** - determinerà un ulteriore appesantimento burocratico nell'attività del medico a scapito del tempo dedicato da quest'ultimo all'ascolto e alla comprensione dei problemi e, sono convinto, darà il via ad una possibile diffusione di contestazioni di rilievo penale, derivanti da aspetti meramente formali riguardanti l'applicazione delle norme. Senza contare i riflessi negativi sull'attività delle Regioni impegnate nel concordare con la professione medica i più idonei momenti di verifica circa l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni. Tutte osservazioni - ha concluso Del Barone - che ho portate a conoscenza del Ministro della Salute all'atto della firma del recente protocollo di intesa Ministero-FNOMCeO, ricevendo dallo stesso prof. Sirchia la promessa di un suo autorevole intervento nella Conferenza Stato-Regioni"

Nel documento, approvato all'unanimità, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha chiesto inoltre che, nelle more di una auspicabile modifica legislativa venga ritenuto implicito il consenso al trattamento dei dati per i cittadini iscritti al SSN prima dell'entrata in vigore del decreto e ripristinata la precedente normativa per quanto riguarda la redazione delle ricette mediche (visto che le stesse vengono consegnate al cittadino che rimane l'ultimo soggetto che ne determina l'utilizzo).

La nota si conclude con la richiesta di depenalizzare la normativa sulla privacy in ambito sanitario, normativa che trova nel potere disciplinare degli Ordini ampie ed efficaci possibilità sanzionatorie.

DEL BARONE: IL CORDOGLIO DELLA CATEGORIA MEDICA PER L'ASSASSINIO DELLA GIOVANE COLLEGA DI ORISTANO

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, durante i lavori del Consiglio Nazionale della FNOMCeO in corso oggi a Roma ha espresso, a nome della categoria medica tutta, le più sentite condoglianze alla famiglia della collega Roberta Zedda, barbaramente assassinata durante il turno di guardia medica nell'ambulatorio di Solarussa in provincia di Oristano.

"Di fronte a questo ennesimo grave atto perpetrato nei confronti di una collega nell'esercizio delle sue funzioni - ha detto Del Barone - non possiamo non prendere atto con preoccupazione del fatto che quella medica risulti sempre più una professione a rischio, nella quale non pochi colleghi sono costretti ad operare in un clima di estrema precarietà. Per questo chiediamo con forza alle Istituzioni ed alle Forze dell'ordine di individuare e mettere in atto tutte quelle misure di sicurezza in grado di garantire un servizio che, in molte zone del Paese, risulta essere l'unico importante riferimento di carattere sanitario".

"Risulta che già da tempo in alcune Regioni sono stati previsti una serie di dispositivi di sicurezza che, nella realtà dei fatti, non hanno poi trovato pratica attuazione. Ebbene - ha concluso il Presidente della FNOMCeO - non è questa la strada da percorrere per garantire l'incolumità di chi lavora con abnegazione e senso di responsabilità e troppo spesso in condizioni disagiate."

LA SOLIDARIETÀ DELLA FNOMCEO PER I COLLEGHI IN SCIOPERO

Il Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone ha espresso piena solidarietà ai colleghi in sciopero dando loro atto che solo grazie alla abnegazione e alla professionalità dei medici italiani si garantisce tuttora un Servizio Sanitario Pubblico, solidale, universale e di elevata qualità, come dimostrano i dati di salute pubblicati dalle Agenzie internazionali che

pongono il nostro Paese ai vertici mondiali per risultati e qualità dell'assistenza. Giuseppe del Barone ricorda al Parlamento, al Governo e alle Regioni come il buon andamento del Servizio dipenda in massima parte dalla serenità degli operatori, come recentemente dichiarato anche dal Ministro Sirchia, e che questa serenità sta per venir meno di fronte a situazioni di disagio economico e di sofferenza lavorativa, quali fatalmente si verificano dopo anni di attesa del rinnovo di contratti e convenzioni.

Per questo la Federazione dei Medici, nel prendere favorevolmente atto della disponibilità del Ministro per l'attivazione di un Tavolo Permanente di consultazione teso al miglioramento del Servizio e alla valorizzazione del ruolo del medico, senza invadere competenze meramente sindacali, si proporrà di attuare tutte quelle iniziative necessarie nell'ambito delle proprie competenze perché i problemi contrattuali trovino al più presto una rapida soluzione.

IL MINISTERO DELLA SALUTE CHIEDE LA SENSIBILIZZAZIONE AGLI OPERATORI SANITARI AL TEMA DELLA "TERAPIA DEL DOLORE"

Caro Collega,

In Italia il problema del dolore cronico grave da cancro e del dolore da patologia degenerativa è ancora oggi trattato in modo difforme e talora non adeguato alle indicazioni suggerite dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Trattare il paziente con dolore è un obbligo morale di tutti gli operatori sanitari che non può essere disatteso. Recenti analisi sui consumi della morfina e degli oppiacei similari in Italia mostrano un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti che necessitano di tali trattamenti. Il Ministero della Salute, nell'intento di supportare gli operatori sanitari nelle cure dei pazienti affetti da dolore grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ha promosso e promuove le seguenti iniziative:

- a)** Emanazione del decreto del Ministero della salute del 4 aprile 2003 - "Modifiche ed integrazioni del DM 24/05/2001 concernente: Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12", che introduce significativi cambiamenti per la compilazione delle ricette, quali:
- prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le

"tutte lettere" per descrivere il medicinale e la posologia;

- eliminazione dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente;
- eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sè destinata;
- prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.

Eventuali dubbi interpretativi o operativi, che dovessero sorgere negli operatori sanitari, possono essere risolti consultando il sito Internet **www.ministerosalute.it** o rivolgendosi al servizio FARMACI-line al numero verde 800 571 661.

- b)** Istituzione della *Commissione in materia di Terapia del Dolore* che, al fine di offrire agli operatori sanitari una risposta reale alle esigenze del paziente con dolore grave da cancro o degenerativo, si propone di:

- definire un programma di formazione *obbligatorio* sulla terapia del dolore per gli operatori sanitari nell'ambito del programma ECM;
 - pubblicare un Opuscolo sulla terapia del dolore, da inviare a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel settore;
 - definire, d'intesa con l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, un programma di monitoraggio dei consumi degli oppiacei, individuando la variabilità e le differenze tra Regioni e singole ASL.
- Le iniziative promosse nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative si inseriscono in una serie di attività che il Ministero della Salute intende realizzare e che comprendono anche:
- la riunione in rete dei centri oncologici di eccellenza;
 - la riduzione delle liste di attesa;
 - la ricerca oncologica;
 - la promozione degli stili di vita.

Ulteriori informazioni sulle attività del Ministero della salute saranno presto disponibili sul Bollettino d'Informazione sui Farmaci (BIF) e sul sito Internet: www.ministerosalute.it. Conto molto sulla Sua sensibilità al problema del sollievo del dolore cronico, perchè a questa sensibilità è legato, almeno in parte, il grado di civiltà su cui il nostro Paese viene misurato. Con il più cordiali auguri e ringraziamenti.

Prof. Girolamo Sirchia



News dalla Facoltà di Medicina

Presentazione Centro Oncologia Pediatria

di G.V. Coppa e P. Pieroni

Le neoplasie maligne pur essendo un evento raro in età pediatrica, rappresentano la seconda causa di morte tra bambini di età superiore all'anno e la prima tra le cause di morte per malattia.

Le leucemie acute sono senza dubbio le neoplasie più diffuse rappresentando poco meno della metà di tutti i tumori; seguono i tumori del sistema nervoso centrale, i linfomi, i neuroblastomi, i sarcomi dei tessuti molli, i nefroblastomi e le neoplasie dell'osso.

In Italia non esiste un monitoraggio epidemiologico nazionale dei tumori pediatrici e la maggior parte



Degenza



Ingresso al reparto

dei dati attualmente disponibili relativi ai tassi di incidenza provengono dai registri dei tumori di Manchester per l'Europa e del programma SEER (Surveillance, Epidemiology and End Result), sostenuto dal National Cancer Institute, per gli Stati Uniti.

Nel nostro paese si stima un tasso di incidenza di circa 120 -150/casi/1.000.000 di bambini (0-15 aa)/anno con un numero di casi attesi di circa 1400/anno.

La Regione Marche ha istituito un Registro Regionale delle Neoplasie Infantili presso la Cattedra di Igiene dell'Università degli Studi di Camerino che in base ad una analisi del periodo 1990-1998, ha evidenziato tassi di incidenza di 171,6(M) e 141,2(F) /casi/1.000.000 di bambini/anno che si traduce in circa 30 nuove neoplasie/anno.

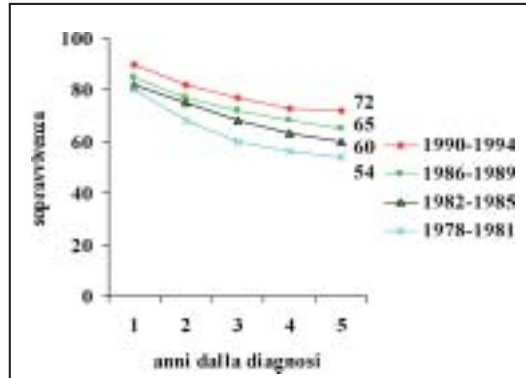
Durante gli ultimi 30 anni si è registrato un significativo declino della mortalità infantile secondaria a neoplasia maligna; è un fatto di enorme importanza per tutti coloro che si occupano della salute dei bambini sapere che il tumore è una malattia curabile, con possibilità di ottenere la guarigione in circa il 70% dei casi.

Un pediatra nell'arco della sua vita professionale si troverà ad avere tra i suoi piccoli pazienti dai 2 ai 4 bambini affetti da neoplasia. Un medico dell'adulto, che attualmente ha tra i suoi assistiti di età compresa tra 15 e 45 anni un guarito di neoplasia infantile ogni 900 pazienti, vedrà salire entro il 2010 tale percentuale a 1/250.

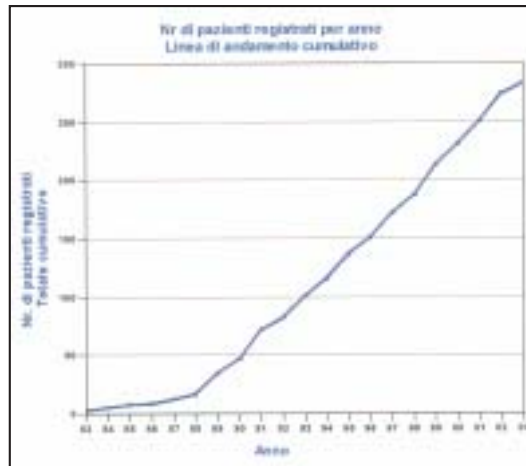
Questo ottimo risultato oltre che essere determinato dall'affinamento delle modalità diagnostiche e terapeutiche rappresenta anche la conseguenza della realizzazione di un progetto ben disegnato e perseguito dall'AIEOP (Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica) che ha portato alla definizione di una rete di centri di oncologia pediatrica mediante un processo di aggregazione realizzatosi attorno al "Protocollo Te-

rapeutico". L'AIEOP coordina le attività cliniche e di ricerca nel campo dell'ematologia ed oncologia pediatrica; favorisce lo scambio di idee e di informazioni tra tutti coloro che si occupano di emato-oncologia pediatrica e consente di elevare lo standard di terapia delle principali neoplasie mediante l'elaborazione di protocolli di terapia nazionali o internazionali in collaborazione con analoghi gruppi europei. Compito dell'AIEOP è anche quello di verificare l'organizzazione dei reparti di oncologia e ematologia

pediatrica presenti sul territorio nazionale mediante una procedura di accreditamento, rinnovata ogni due anni, che tiene conto sia dei reclutamenti complessivi dei casi registrati che di una autocertificazione di conformità, eventualmente validata da una visita di controllo da parte del Comitato di Controllo della Qualità.



Incremento della sopravvivenza nelle neoplasie pediatriche dal 1978 al 1994



Attività del Centro di Oncoematologia Pediatrica della Clinica Pediatrica (analisi dei dati del registro AIEOP)

Nel 1999 il Ministero della Sanità, Dipartimento della prevenzione, Commissione Oncologica Nazionale, ha emanato le "Linee Guida per l'oncologia Pediatrica" pubblicate nella G.U. n°236 del 7/10/1999 pag 13-16, ove veniva raccomandata l'istituzione, da parte delle Regioni, di centri di Oncoematologia Pediatrica regionali o interregionali e venivano definite le caratteristiche e i compiti di tali centri. Nel giugno 2001 la Regione Marche, assolvendo a quanto richiesto dalla linee guida, ha identificato nel reparto di oncoematologia pediatrica dell' Osp.G.Salesi il "Centro Oncoematologico Pediatrico di Riferimento Regionale" in quanto soddisfa tutti i criteri previsti.

La Clinica Pediatrica dell'Università di Ancona da sempre si è occupata dei

bambini affetti da neoplasia offrendo una assistenza conforme alle linee guida nazionali e internazionali.

Grazie ad una specifica legge Regionale per l'oncoematologia pediatrica (n° 16 del 28/05/1993 che di fatto ha anticipato di sette anni le linee guida nazionali) che riconosce la peculiarità del bambino ammalato di tumore e la necessità di una struttura specifica per la sua assistenza e grazie ai finan-



Sala giochi

ziamenti privati raccolti dalla Associazione dei Genitori dei Bambini Marchigiani Affetti da Leucemia o Tumore (AMBALT), nel maggio del 1994 è stato inaugurato presso l'Osp. G.Salesi il Centro Regionale di Oncoematologia Pediatrica, struttura autonoma nell'ambito della Clinica Pediatrica dell'Università di Ancona. Fin dalla sua istituzione il Centro è affiliato AIEOP ed è riconosciuto nell'ambito della rete AIEOP come "Centro Oncoematologico Pediatrico di Riferimento Regionale".

Il centro dispone di 5 posti letto per ricovero ordinario in camera singola dotata di tutti i confort per la lungodegenza (poltrona letto, TV videoregistratore, frigo, ecc) ; 2 posti in camere sterili per chi si sottopone al trapianto di midollo osseo e 3 posti letto di Day-Hospital.

L'assistenza è garantita da tre medici, una psicologa, un biologo, una caposala, 9 infermieri professionali, 3 ausiliari.

Il reparto dispone di una cucina funzionale a disposizione dei genitori, di una sala giochi gestita da un gruppo di animatori, di 2 maestri per la scuola elementare ed è attivo un collegamento telematico tra il reparto e una classe della scuola media.

E' stato inoltre allestito un laboratorio di diagnostica ematologica e per la manipolazione, criopreservazione, stoccaggio in azoto liquido di raccolte di midollo osseo e cellule staminali periferiche. Tali procedure vengo-

no eseguite mediante strumentazioni a tecnologia avanzata in ambienti dotati di tutti i sistemi di sicurezza necessari per la protezione sia dell'operatore che del prodotto finale.

Il Centro dispone di un sistema per la raccolta delle cellule staminali da sangue periferico che permette, grazie alla collaborazione con il Centro Trasfusionale dell'Az. Umberto I Torrette, di attuare la procedura di leucoaferesi direttamente al letto del piccolo paziente, eliminando così i rischi connessi sia al trasporto in altro nosocomio che all'esecuzione della procedura in ambiente poco idoneo ad accogliere un bambino. Il Centro opera in maniera inte-

INFORMAZIONI UTILI

**Azienda Ospedaliera G.Salesi
Università Politecnica della Marche
Istituto di Clinica Pediatrica
Direttore: Prof.G.V.Coppa
Centro Oncoematologico Pediatrico di Riferimento Regionale
Unità Operativa a Struttura Semplice
Dirig.Resp:Dr Paolo Pierani**

<i>Personale Medico</i>	Dott.Paolo Pierani Dott.Ines Carloni Dott.Veronica Albano
<i>Psicologa</i>	Dott.Silvia di Giuseppe
<i>Capo Sala</i>	Sig.ra Patrizia Guidi

Telefoni

<i>Reparto</i>	0715962130
<i>Day-hospital</i>	0715962028
<i>FAX</i>	07136281
<i>Posta elettronica</i>	clipedan@indi.it paolopierani@libero.it

AMBALT

Associazione Marchigiana Bambini Affetti da Leucemia o Tumore
www.ambalt.com

Presidente Sig. Sergio Santomo
Telefono 071-36363

AIEOP

Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica
www.aieop.org

grata e multidisciplinare con strutture presenti all'interno della Azienda Salesi e nell'Azienda Umberto I.

La struttura è sufficientemente dimensionata rispetto alla richiesta, è in grado di assistere il paziente in tutte le fasi della malattia (diagnosi, terapia intensiva, terapia di mantenimento, follow-up post terapeutico), ha rapporti costanti con la medicina del territorio (pediatri di base e medicina dei distretti), coinvolgendola nella gestione domiciliare del piccolo paziente. Per la sua ubicazione nel contesto del territorio della Regione Marche è facilmente raggiungibile. E' in grado di attuare le più moderne procedure di staging diagnostico e di chemioterapia compreso il trapianto di midollo osseo autologo, il trapianto di cellule staminali periferiche e, in fase finale di attuazione, il trapianto di midollo osseo allogene-



Laboratorio

nico da donatore familiare. Viene inoltre garantita una assistenza psicologica costante sia alle famiglie che ai bambini ricoverati.

Questa Giornata di Studio è stata configurata come Corso teorico-pratico, a numero chiuso, destinato alle diverse figure professionali che abitualmente gestiscono il paziente disfagico (medici, infermieri, fisioterapisti e logopedisti), con l'ambizione di riunirle in un percorso formativo che prende il via con la diagnosi del disturbo disfagico, sviluppa le tematiche della gestione in emergenza e in fase di cronicizzazione ed affronta il complesso problema della rieducazione funzionale e dell'adattamento alla disabilità. L'obiettivo è non solo quello di accrescere la fila di operatori esperti, ma soprattutto quella di promuovere la consapevolezza della necessità di interventi integrati, finalizzati al miglioramento della qualità di vita del soggetto disfagico e non solo alla corretta selezione di un'opzione alimentare.

Giornata di studio

DISFAGIA NEUROLOGICA E POST-CHIRURGICA:

Percorsi assistenziali ed implicazioni economiche

Progetto interdipartimentale di Scienze Neurologiche e Malattie Respiratorie ed Allergiche • U.O. Clinica di Neuroriabilitazione • U.O. Otorinolaringoiatria

Giovedì 18 settembre 2003 ore 9.00
Facoltà di Medicina e Chirurgia Polo Didattico - Aula E -
 Via Conca, 1 - Torrette - 60020 Ancona

Anafilassi da punture di insetti nel XXI secolo: prevenzione, trattamento e qualità della vita

di **Floriano Bonifazi**

INTRODUZIONE

Le reazioni a puntura di imenotteri, compresa la morte per shock anafilattico dopo singola puntura, sono note fin dall'antichità, come dimostrano le iscrizioni funerarie relative al faraone Menes, primo faraone della prima dinastia, che sembra sia deceduto nel 2641 B.C. a seguito di una puntura di calabrone.

Poiché caratterizzata dalla imprevedibilità della ripuntura, dalla incostanza nel ripresentarsi della sintomatologia e dalla possibilità dell'esito fatale, tale patologia può determinare l'instaurarsi di uno stato ansioso-depressivo in grado di condizionare, in alcuni casi in modo grave, la qualità della vita dei pazienti allergici al veleno di imenotteri.

La dimostrazione dell'eccellente efficacia terapeutica dell'immunoterapia specifica con veleni purificati ha cambiato radicalmente la prognosi della malattia, restituendo alla maggior parte dei pazienti una vita pressochè normale.

EPIDEMIOLOGIA

In Europa gli imenotteri importanti dal punto di vista allergologico appartengono al sottordine degli Aculeati e sono essenzialmente rappresentati dalle famiglie degli Apidi (*Apis mellifera*, *Bombus* spp.) e dei Vespidi (*Vespula* spp., *Polistes* spp., *Vespa crabro* e *Dolichovespula* spp.).

A fronte di almeno 40 decessi l'anno registrati in America, gli eventi fatali segnalati in Europa a seguito di punture di imenotteri appaiono più rari. In Italia gli unici dati disponibili sono quelli ISTAT, che parlano di 13 morti in un periodo di osservazione di 10 anni

(1980-90); anche per i dati più recenti, disponibili fino al 1997, si mantiene lo stesso tasso di mortalità.

Si tratta senza alcun dubbio di dati sottostimati, dal momento che alcune morti conseguenti ad allergia ad imenotteri potrebbero non essere attribuite a questa causa bensì etichettate genericamente come "morte improvvisa". Questa ipotesi diventa ancora più convincente se si considera che la presenza di IgE specifiche verso il veleno di imenotteri è stata riscontrata nel 23% dei sieri prelevati post-mortem in soggetti di età compresa tra i 15 e i 65 anni, deceduti improvvisamente ed inspiegabilmente tra la fine di maggio e l'inizio di novembre.

I dati epidemiologici attualmente disponibili parlano di un grado variabile di sensibilizzazione (presenza di IgE specifiche evidenziate mediante tests cutanei e/ sierologici, indipendentemente dalla clinica) nella popolazione generale adulta compreso tra il 15 e il 25%, sostanzialmente espressione dell'esposizione alle punture.

Nella popolazione generale la maggior frequenza di sensibilizzazione si riscontra verso il veleno di *Vespula* spp. rispetto a quello di *Polistes* spp. ed *Apis m.* in quanto la Vespa presenta una spiccata aggressività ed abitudini alimentari che interferiscono con le attività umane.

La prevalenza delle reazioni locali estese (eritema ed edema in sede di puntura con diametro superiore a 8-10 cm e durata di almeno 24-48 ore) varia ampiamente nelle popolazioni studiate, tra il 2,4% ed il 76,6%, anche se il riscontro più frequente si posiziona attorno al 20%.

Da studi effettuati in Europa, Australia e Stati Uniti emerge una prevalenza di reazioni sistemiche da punture di imenotteri compresa tra lo 0,15 e il 3,3%; nei bambini, studi ormai datati, effettuati tuttavia su casistiche molto ampie (complessivamente sono stati studiati più di 10.000 bambini), evidenziano una prevalenza di reazioni sistemiche di 0,8-3,9%.

Le ampie differenze riportate sono legate sia alla metodologia utilizzata (tests diagnostici e/o questionari) che al tipo di casistica selezionata.

Negli studi epidemiologici di tipo retrospettivo effettuati in Italia, l'incidenza delle reazioni da puntura di insetti risulta compresa tra lo 0,6 e il 4,4/100.000 abitanti/anno.

Nel mese di settembre 1999 abbiamo condotto uno studio prospettico a livello del Pronto Soccorso

so italiani al fine di valutare la prevalenza delle reazioni da puntura d'insetto, ed in particolare dell'anafilassi, mediante un questionario specifico da compilare nell'immediatezza dell'evento acuto. Hanno partecipato allo studio 32 Pronti Soccorsi distribuiti su tutto il territorio nazionale (13 Nord, 14 Centro, 5 Sud Italia). In un mese con alta prevalenza di punture d'insetto (settembre), 1/200 accessi al Pronto Soccorso è stato causato da una reazione sistemica ed 1/2000 da una reazione sistemica grave puntura di imenotteri; sono stati registrati 2 decessi, di cui uno conseguente alla puntura di vespa e l'altro di calabrone.

Sebbene gli studi epidemiologici siano soggetti a variazioni annuali che riflettono le condizioni climatiche più o meno favorevoli alla diffusione degli insetti, si tratta probabilmente di dati sottostimati, in quanto molte delle reazioni possono aver bypassato il Pronto Soccorso ed essere state gestite direttamente dal medico di medicina generale o addirittura scomparso spontaneamente senza alcun trattamento farmacologico.

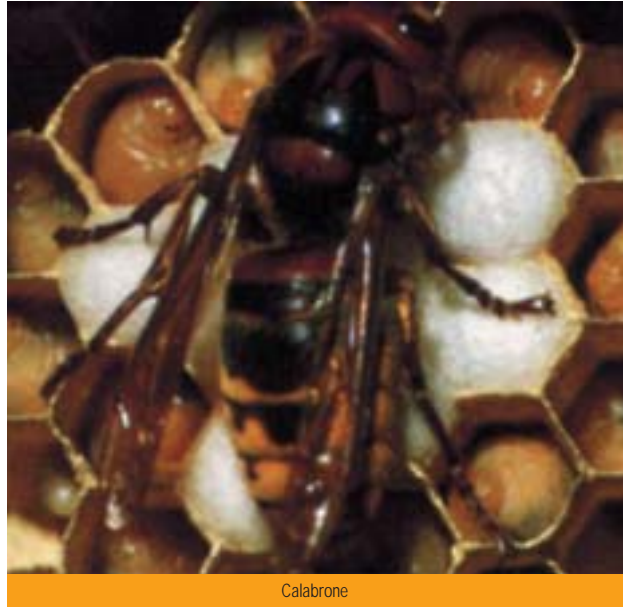
In effetti, in uno studio da noi svolto allo scopo di verificare la gestione dell'allergia al veleno di imenotteri da parte delle strutture sanitarie su una popolazione agricola della regione Marche è emerso che, su 88 pazienti con anamnesi di reazioni cliniche gravi (coinvolgimento respiratorio e/o cardiovascolare) da puntura di insetti, solo il 24% si è recato al Pronto Soccorso, il 25% ha consultato il medico di famiglia, mentre il 51% non ha ritenuto opportuno rivolgersi ad alcun presidio sanitario.

L'allergia al veleno di imenotteri privilegia il sesso maschile e categorie particolarmente esposte come apicoltori, giardinieri, persone residenti in aree rurali e comunque tutti coloro che, per motivi di lavoro o di hobbies, svolgono attività all'aria aperta.

STORIA NATURALE E FATTORI DI RISCHIO

Sia la sensibilizzazione allergica al veleno di imenotteri che la storia naturale della malattia sono influenzate da una interazione complessa di fattori genetici ed ambientali, non ancora completamente conosciuti.

In letteratura sono presenti dati contrastanti, anche



Calabrone

se prevalentemente negativi, sul ruolo dell'allergia (rinite e/o asma allergico), come fattore di rischio per lo sviluppo di sensibilizzazione verso il veleno di imenotteri in soggetti esposti alle punture solo occasionalmente.

Nel loro complesso i dati disponibili fanno ipotizzare che gli atopici siano geneticamente predisposti ad una facilitata produzione di IgE o ad un prolungamento della loro permanenza in circolo; infatti alcuni studi attribuiscono alla atopia un ruolo sfavorevole sulla evoluzione e gravità del quadro clinico, sia nella popolazione generale che negli apicoltori. Le reazioni più gravi si sviluppano abitualmente a seguito delle punture di api e localizzate al capo e al collo, facendo sospettare una relazione tra entità della manifestazione e sede corporea.

Tra i fattori ambientali, se da un lato l'intervallo di tempo intercorso tra due punture non sembra influenzare l'evoluzione clinica della malattia dopo una iniziale reazione allergica, dall'altro è stato ipotizzato che un lasso di tempo inferiore a due mesi tra l'ultima puntura tollerata e la successiva, causa di anafilassi, possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo della reazione allergica.

La tipologia della manifestazione clinica alle successive punture si dimostra generalmente correlata alla reazione d'esordio; ad

esempio, nei pazienti con reazione locale estesa viene riferito un rischio limitato al 4-14% di sviluppare una reazione sistemica negli adulti e al 4% nei bambini.

La malattia presenta quindi un andamento clinico tendente ad una spontanea risoluzione; dagli studi finora pubblicati sull'argomento emerge che dopo una reazione sistemica recente il 40-74% dei soggetti adulti e il 13-40% dei bambini possa andare incontro ad una recidiva di tipo sistemico in caso di ripuntura spontanea e provocata.

Pertanto i bambini quindi sembrano avere una prognosi più favorevole degli adulti.

La gravità della manifestazione anafilattica alla ripuntura appare comunque influenzata da molteplici fattori, come la quantità di veleno inoculata dall'insetto, il tipo di insetto pungitore, il numero delle punture, le condizioni cliniche generali e l'eventuale terapia farmacologica (es. beta-bloccanti, ACE-inibitori) praticata dal soggetto colpito.

Dati recenti indicano nella presenza non solo di mastocitosi sistemica o orticaria pigmentosa, ma anche di livelli basali elevati di triptasi un ulteriore fattore di rischio per reazioni severe.

Tra i fattori di rischio per morte da puntura di imenottero sono stati identificati il sesso maschile, l'età superiore ai 40 anni, verosimilmente in ragione della concomitante presenza di patologie cardiovascolari, la presenza di mastocitosi sistemica e di orticaria pigmentosa e la puntura a livello della testa o del collo, la puntura dell'ape rispetto a quella di vespidi. Un ulteriore fattore di rischio più generico, ma non meno importante, messo in evidenza

da tutti gli studi epidemiologici effettuati nei vari paesi europei negli anni '90 potrebbe essere definito di tipo "culturale" ed è rappresentato dalla scarsa conoscenza della gestione del paziente allergico al veleno e dell'effetto altamente protettivo dell'immunoterapia specifica, nonostante la dimostrazione della sua efficacia già nel lontano 1978. Da uno studio epidemiologico australiano sulla mortalità da puntura di imenotteri emerge che cinque su sette soggetti deceduti per puntura di vespidi erano a conoscenza della loro condizione, ma non erano mai stati trattati con immunoterapia specifica né portavano con sé la terapia di emergenza. D'altra parte un altro recente studio

effettuato in Inghilterra evidenzia come su 32 decessi per anafilassi da puntura di imenotteri, l'adrenalina non sia stata impiegata in 29 soggetti, mentre nei restanti quattro l'adrenalina è stata utilizzata solo dopo l'arresto cardiaco.



Vespa

MANIFESTAZIONI CLINICHE

Le reazioni indesiderate da puntura di imenotteri nella maggior parte dei casi sono dovute ad una sensibilizzazione allergica IgE-mediata (ovvero alla produzione di anticorpi allergici di tipo IgE diretti verso componenti proteiche dei veleni), meno frequentemente ad una azione tossica o irritante del veleno, più raramente ad un meccanismo patogenetico sconosciuto.

Le reazioni tossiche sono generalmente legate ad un numero elevato di punture, insorgono più tardivamente rispetto a quelle immunologicamente-mediate e regrediscono molto lentamente.

Le reazioni IgE-mediate insorgono rapidamente dopo la puntura, aumentano rapidamente d'intensità e, se trattate in maniera adeguata, regrediscono velocemente. Esse possono manifestarsi, sia negli adulti che nei bambini, con vari sintomi di diversa gravità (dalla reazione locale estesa allo shock anafilattico). La classificazione più utilizzata per le reazioni sistemiche è quella di Mueller: reazione lieve

(orticaria generalizzata, prurito, malessere), moderata (edema generalizzato, costrizione toracica, sibili respiratori, dolori addominali, nausea, vomito, vertigini), grave (dispnea, disfagia, stato confusionale, angoscia), shock anafilattico.

Sono state segnalate anche reazioni cutanee ritardate, con meccanismo patogenetico cellulomediato.

Vanno infine segnalate reazioni inusuali, con meccanismo patogenetico prevalentemente sconosciuto, come malattia da siero con artralgie, edemi e linfadenopatie, alcune vasculiti, alcune nefropatie con glomerulonefrite e sindrome nefrosica, alcune encefalopatie e neuropatie con neuriti, radicoliti e crisi epilettiche, alcune cardiopatie con aritmie, angina pectoris e infarto del miocardio.

DIAGNOSI

La diagnosi si basa fondamentalmente sull'anamnesi, sui tests *in vivo* (cutireazioni) e *in vitro* (ricerca di IgE specifiche su siero).

I tests cutanei (prick e intradermoreazioni) vanno effettuati da personale esperto con utilizzo di metodica standardizzata e in presenza di ambiente idoneamente attrezzato, per la possibilità di reazioni sistemiche in corso di allergometria cutanea, comunque poco frequenti se effettuati in maniera appropriata. I veleni da utilizzare sono rappresentati dal veleno di *Apis mellifera*, *Vespa sp.*, *Polistes sp.* e, ove disponibile, *Vespa crabro*; non dovrebbero essere usati estratti di veleni di imenotteri non presenti in Italia (*Dolicovespula maculata* e *Dolico-vespula arenaria*).

I tests *in vitro* per il dosaggio su siero di IgE specifiche (RAST) dimostrano una minore sensibilità rispetto ai test cutanei, sebbene più recentemente siano state introdotte nuove metodiche (CAP System) dotate di una maggiore sensibilità. La presenza di determinanti carboidrati comuni tra veleni ed allergeni da inalazione potrebbe interferire con il risultato e quindi il significato diagnostico dei test *in vitro*, se essi vengono utilizzati a scopo diagnostico senza il supporto della allergometria cutanea. Tests *in vitro* più sofisticati come la RAST-inibizione e l'immunoblotting possono essere di aiuto nella scelta del tipo di veleno da utilizzare per l'immunoterapia specifica nei soggetti polisensibili.

Il test di provocazione con insetto, proposto da alcuni Autori come test diagnostico allo scopo di indi-

viduare i soggetti da sottoporre ad immunoterapia specifica (ITs), non appare al momento eticamente proponibile. Peraltro è stato messo in evidenza che circa il 20% dei soggetti, sia in età adulta che pediatrica che aveva tollerato un primo test di provocazione con insetto vivo, ha successivamente reagito ad una seconda puntura entro due anni.

TERAPIA DI EMERGENZA

Ogni paziente che abbia manifestato una reazione sistemica da puntura di imenottero, ancor prima di una valutazione allergologica, deve essere munito di terapia farmacologica d'emergenza, rappresentata da antistaminico, cortisonico e adrenalina. Esiste in commercio un kit contenente adrenalina autoiniettabile, sia per adulti che per bambini.

La spiegazione della terapia deve essere effettuata correttamente dal medico e ripetuta nel tempo, dal momento che è dimostrato come il paziente si dimentichi spesso sia di portarla con sé sia delle modalità di utilizzo.

L'adrenalina rappresenta il trattamento di scelta dell'anafilassi acuta e deve essere eseguita, secondo le più recenti linee guida, prontamente e per via intramuscolare, prima di ogni altro farmaco.

Il timore per il suo utilizzo deriva soprattutto dai possibili effetti collaterali, di cui tenere conto soprattutto di fronte a pazienti affetti da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari; in realtà, anche in questi casi, nello shock anafilattico da puntura di imenotteri i benefici generalmente superano i rischi derivanti dall'utilizzo dell'adrenalina.

IMMUNOTERAPIA SPECIFICA

L'immunoterapia specifica rappresenta attualmente l'unico presidio terapeutico in grado di prevenire efficacemente le reazioni anafilattiche da punture di imenotteri nei soggetti sensibilizzati.

Lo studio di Hunt del 1978 ha dimostrato per la prima volta in modo incontrovertibile, con la metodica del doppio cieco contro placebo con utilizzo sia di veleni purificati che di corpo intero dell'insetto, l'elevata efficacia dell'immunoterapia con veleni purificati (protezione del 95% dei soggetti trattati).

L'elevato grado di protezione dell'ITs è stato poi confermato da una successiva ampia serie di studi in aperto, mediante puntura sia



Ape

spontanea che indotta tramite test di provocazione con insetto in ambiente controllato, tanto nella popolazione adulta quanto in quella pediatrica.

La maggior parte degli Autori riporta un maggior grado di protezione da parte della ITs con veleno di Vespidi (circa 95%) rispetto a quella per Apidi (80-90%). L'efficacia della ITs come salvavita, fintanto che essa viene effettuata, è comunque del 100%, dal mo-

mento che non sono state finora riportate reazioni fatali alla ripuntura in pazienti in trattamento immunoterapico.

Nel caso di insuccesso della ITs, è stato documentato come la maggior parte delle reazioni sia di gravità inferiore rispetto a quella pre-ITs.

L'indicazione alla ITs deve essere effettuata sulla base di uno scrupoloso bilancio costo-beneficio, che tenga conto dei dati anamnestici, del risultato dei tests diagnostici, della storia naturale, dei fattori di rischio (grado di esposizione, gravità della reazione precedente, età, tipo di insetto, patologie concomitanti) e, non ultimo, della qualità di vita del paziente.

Si tratta infatti di una patologia in grado di condizionare in maniera significativa la vita dei soggetti colpiti, in quanto interessa prevalentemente pazienti in età adulta, nel pieno della propria attività lavorativa, a volte pesantemente esposti, per problemi professionali, al rischio di punture di imenotteri (contadini, apicoltori, giardinieri, operatori ecologici ecc.).

Mediante la costruzione di un questionario specifico in lingua italiana abbiamo dimostrato, analogamente ad un gruppo olandese che ha utilizzato un questionario strutturalmente diverso, una compromissione significativa della qualità della vita nei pazienti affetti da allergia al veleno di imenotteri; con gli stessi strumenti è stato possibile documentare un significativo miglioramento della qualità della vita in tutte le dimensioni esplorate, dopo effettuazione di immunoterapia specifica.

In linea generale, l'ITs viene raccomandata in pazienti con anamnesi di reazioni sistemiche che coinvolgano l'apparato cardiovascolare e/o respiratorio e con documentata allergia IgE-mediata verso il veleno.

Nei bambini, in considerazione della storia naturale della malattia allergica, l'ITs trova indicazione nel caso di reazioni sistemiche gravi; l'ITs non viene

suggerita in presenza di anamnesi di orticaria e/o angioedema, tuttavia non è neanche controindicata in quanto, come per gli adulti, anche nei bambini la scelta deve essere effettuata caso per caso, tenendo in considerazione il grado di esposizione (es. figli di apicoltori) nonché le ripercussioni psicologiche sul bambino e sulla sua famiglia.

L'ITs con veleno di imenotteri può essere eseguita in soggetti anziani, a motivo dell'elevato rischio di gravi reazioni sistemiche alla ripuntura per la frequente presenza di patologie cardiovascolari e/o respiratorie già preesistenti; d'altra parte, per gli stessi motivi, le reazioni avverse di tipo sistemico si manifestano con maggiore frequenza in questi pazienti rispetto a soggetti giovani.

Va ricordato che la terapia farmacologica con beta-bloccanti aumenta non solo il rischio di reazioni durante ITs ma anche la gravità della reazione in caso di ripuntura; andrebbero evitati anche gli ACE-inibitori per la loro capacità di favorire la comparsa di angioedema. L'ITs può essere effettuata con metodiche classiche di tipo ambulatoriale, con schemi di trattamento "clustered" (caratterizzati da sedute settimanali durante le quali vengono somministrate più dosi) o con protocolli ad incremento rapido o "rush", che consentono di completare la fase di incremento in tempi variabili compresi tra poche ore ed alcuni giorni, senza peraltro determinare un incremento della frequenza di reazioni indesiderate.

Il dosaggio di mantenimento abitualmente raccomandato è di 100 mcg di veleno corrispondente a circa due punture di Ape e a cinque-dieci di Vespa; un dosaggio di 200 mcg può essere riservato agli apicoltori e ai pazienti non protetti dalla dose di 100 mcg (es. soggetti affetti da mastocitosi).

La possibile insorgenza di effetti collaterali, anche gravi, e l'assenza di parametri che consentano l'individuazione dei soggetti a rischio, rappresentano alcuni dei problemi di maggior rilievo dell'ITs con veleni.

L'incidenza di effetti collaterali durante ITs si dimostra più elevata in soggetti adulti/anziani, in quelli allergici al veleno di ape e in quelli con anamnesi positiva per gravi reazioni sistemiche pre-ITs.

Sono stati effettuati vari tentativi allo scopo di ridurre le reazioni avverse in corso di immunoterapia: ad esempio il pretrattamento con antistaminici nella fase di incremento rapido della immunoterapia sembra in grado di ridurre l'incidenza delle reazioni indesiderate, sebbene limitatamente a quelle di tipo

cutaneo; al contempo, in uno studio recente sembra in grado di migliorare l'efficacia clinica del trattamento immunoterapico.

Per ciò che attiene il meccanismo di azione dell'ITs, analogamente a quanto ipotizzato per l'ITs con allergeni inalanti, anche nel veleno di imenotteri numerosi studi supportano l'ipotesi di una deviazione dal profilo citochinico di tipo TH2 (con effetto favorente sulla sintesi di IgE) al profilo TH1 (in cui prevale l'effetto inibente dell'interferon-gamma). Particolarmente interessante appare la dimostrazione che con metodiche di ITs veloce ("ultra-rush") le modificazioni del profilo citochinico si verificano molto precocemente ovvero già dopo una settimana di trattamento.

Un altro aspetto importante e tuttora controverso è rappresentato dalla durata dell'immunoterapia, sia la Società Europea che l'Accademia Americana di Allergologia ed Immunologia Clinica sono concordi nel raccomandare:

- una durata minima di ITs di almeno di 3 anni per tutti i pazienti;
- una durata di almeno 5 anni o più nei pazienti con gravi reazioni sistemiche pre-ITs con interessamento respiratorio e/o cardiovascolare, nei pazienti con reazioni allergiche durante il trattamento sia a seguito di puntura spontanea che a seguito dello stesso vaccino, nei pazienti altamente esposti come gli apicoltori e i loro familiari; nei pazienti con patologie cardio-vascolari concomitanti;
- l'eventuale interruzione della ITs in caso di negativizzazione sia dei test cutanei che sierologici;
- sebbene il rischio di reazione sistemica dopo ripuntura sia basso nei primi anni dopo l'interruzione dell'ITs, va valutata in ogni paziente l'opportunità di tenere a disposizione la terapia di emergenza, comprensiva di adrenalina.

In sintesi, una durata dell'ITs di 3-5 anni appare sufficiente a garantire una protezione prolungata nei pazienti con reazioni allergiche lievi/moderate; anche alla luce della recente segnalazione di decesso dopo 9 anni dalla interruzione di immunoterapia in un soggetto allergico al veleno di api, nei pazienti con gravi reazioni sistemiche pre-ITs e durante ITs, soprattutto se allergici alle api, appare ipotizzabile una durata più prolungata, forse indefinita, del trattamento.

La previdenza complementare degli Odontoiatri: FondoDentisti

di Federico Fabbri

Da tempo ho notato che pochi colleghi sono sufficientemente informati sulla "Previdenza complementare degli odontoiatri. E' un vero peccato poiché per noi liberi professionisti e in special modo per i più giovani il tema Previdenziale ha un futuro alquanto oscuro ecco che ancora l'istituzione di un fondo chiuso esclusivamente riservato alla nostra categoria dovrebbe risultare estremamente allettante anche alla luce dei vantaggi fiscali offerti inoltre grazie alla precisione-dedizione e interessamento del Dr. Francesco Montecchiani a cui prego rivolgermi per ulteriori chiarimenti. Siamo in grado nella nostra Regione di avere una informativa limpida e aggiornata in tempo reale che ci dimostra la grande vantaggiosità del fondo dentisti. Vi esorto quindi a leggere attentamente il seguente testo e ad aderire tempestivamente.

L'Empam rappresenta per i dentisti il primo pilastro previdenziale, raccoglie ed amministra i contributi obbligatori proporzionali al reddito. Purtroppo è ormai certo che avremo un vitalizio pari al massimo al 35% del nostro reddito medio, sinceramente insufficiente a mantenere un tenore di vita adeguato. Se poi si pensa alla pensione come ad un momento di viaggi e vacanze, si deve logicamente concludere che tanto denaro servirà quanto dovrà essere stato risparmiato durante la vita lavorativa.

La previdenza complementare integrativa, secondo pilastro del sistema pensionistico, si basa sui **fondi pensione**. Questi possono essere **chiusi** o **aperti**. I fondi aperti sono sottoscrivibili presso banche, assicurazioni e Sim e ad essi vi si può iscrivere chiunque. I fondi chiusi sono quelli riservati ad una sola categoria professionale

(es. dentisti). **FondoDentisti** è il fondo pensione chiuso di tutti coloro che esercitano legalmente l'odontoiatria.

Aldilà del trattamento fiscale, analogo tra fondi chiusi o aperti, la differenza sostanziale tra FondoDentisti e qualsiasi altro fondo aperto è che:

1. le commissioni di gestione sono nettamente inferiori (tra 0.10%-0.20% rispetto allo 0.60- 2%) con sensibili differenze nel lungo periodo sui rendimenti e quindi anche sulla rendita ed il capitale alla scadenza;
 2. la possibilità per gli iscritti di scelta e cambiamento dei gestori tramite l'elezione dei rappresentanti dell'Assemblea e del CdA;
 3. quindi influenza diretta sulle scelte strategiche del fondo
 4. nessuna spesa per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere ai venditori o agenti.
- Se poi si pensa che **FondoDentisti nel 2002** è risultato il **fondo pensione con il miglior rendimento nella linee d'investimento obbligazionaria e bilanciata** (comparto scudo e progressione) e il secondo nella linea azionaria (comparto espansione), si comprende come FondoDentisti sia la scelta ovvia.

TRATTAMENTO FISCALE DEI FONDI PENSIONE

I professionisti che aderiscono ad un fondo pensione possono **dedurre dal reddito complessivo** (e non solo quello da lavoro) i contributi versati fino ad una percentuale del **12% del reddito con un tetto massimo di 5164.57 euro**. Ciò significa che con un'aliquota media Irpef del 35-40% si risparmiano subito 2.064 euro e tale beneficio è cumulabile con la detrazione e/o deduzione dei premi per le polizze vita a seconda che il relativo contratto sia stato attivato prima o dopo il 1 gennaio 2001.

Altro beneficio è la tassazione dei rendimenti all'11% (e non al 12.50% come ad esempio i fondi comuni) e al momento della pensione le prestazioni erogate dal fondo sono tassate al netto dei rendimenti finanziari ottenuti. Esempio: del vitalizio mensile di 1000 euro erogato dal fondo, 700 euro provengono dal rendimento e 300 dai capitali versati. L'irpef verrà caricata solo sui 300 euro (capitale versato) in quanto i 700 euro (rendimento ottenuto) sono già stati tassati all'11% durante gli anni di contribuzione.

PRESTAZIONI DEL FONDODENTISTI

L'iscritto al momento della pensione di vecchiaia (65 anni) potrà richiedere che la prestazione del Fondo venga liquidata fino al 50% sotto forma di capitale ed il resto come vitalizio.

Dopo otto anni di iscrizione a FondoDentisti è possibile ottenere un'anticipazione delle prestazioni per l'acquisto della prima casa per sé e per i figli o per opere di recupero edilizio o per spese mediche. E' facoltà dell'iscritto reintegrare in parte o in toto la propria posizione previdenziale.

Nel caso di premorienza dell'iscritto la sua posizione individuale potrà essere riscattata dal coniuge, dai figli o dai genitori. In mancanza di tali soggetti valgono le disposizioni dell'aderente e in assenza delle quali la posizione individuale viene acquisita dal fondo.

ISCRIZIONE E VERSAMENTO CONTRIBUTI

Per iscriversi a FondoDentisti è necessario:

1. richiedere la scheda di adesione in duplice copia e il modulo di bonifico alla Segreteria FondoDentisti Via Sicilia, 43 00187 Roma tel.800.540333 oppure dal sito internet www.fondodentisti.com

2. Spedire una copia della scheda, correttamente compilata, alla segreteria di FondoDentisti e contestualmente effettuare il bonifico. Non è necessario allegare copia del bonifico alla scheda di adesione.

Quanto versare?

Lo statuto del fondo prevede che il limite minimo di contribuzione non deve essere inferiore all'1% del reddito da lavoro dichiarato ai fini Irpef relativo al periodo d'imposta precedente.

Non è quindi necessario versare grandi cifre, l'importante è cominciare prima possibile, in quanto la capitalizzazione è un'enorme leva che moltiplica i denari soprattutto in periodi di tempo lunghi.

Per chiarire tale concetto facciamo un esempio: il



dr. Bianchi, giovane odontoiatra di 26 anni decide di investire subito in un piano previdenziale 1000 euro l'anno, mentre il suo amico dr. Rossi di pari età decide di aspettare a quando avrà più disponibilità. Dopo 13 anni il dr. Bianchi, che ha già versato 13.000 euro, decide di cessare i versamenti, mentre il Dr. Rossi, a 39 anni inizia a versare sullo stesso fondo 1.000 euro l'anno e continua per 26 anni (*fino al 65° anno di età*) per un totale di 26.000 euro. Per effetto della capitalizzazione ipotizzando un rendimento medio del 5%, il capitale al momento della pensione sarà di 69.102 euro per il Dr. Bianchi e pur avendo versato il doppio, solo di 53.499 euro per il Dr. Rossi!!!

Si deve cominciare presto per avere il miglior risultato; aspettare potrebbe essere troppo tardi!

Per ulteriori informazioni contattare:

Dr. Montecchiani Francesco

tel. 335.8237977

e-mail: dr.montecchiani@libero.it

Il mobile nel mondo antico

di Gianfranco Curzi

Su richiesta del nuovo Consiglio dell'Ordine, riprendo con piacere a scrivere la rubrica: "Antiquariato... che passione". Nelle prossime puntate, a partire da questa, parlerò del mobile nel mondo antico, nel Medio Evo, nel Rinascimento, nel XVII e XVIII secolo, (insieme) ed infine nel XIX secolo. Due puntate le dedicherò al mobile in oriente ed in nord America.

Per mondo antico si intende il periodo Egiziano (dal 2800 A.C.) il periodo Assiro-Persiano (dall'ottavo secolo A.C.) e quello Greco Romano (dal sesto secolo A.C.).

PERIODO EGIZIANO

Il culto del Regno dei morti ed il rispetto per i defunti, ha portato alla nostra osservazione mobili egiziani di estremo interesse. Colpisce infatti la loro attualità e raffinatezza. Sedie, letti, troni, cassoni, sgabelli e scrigni sono i mobili più frequenti. Costruiti con legni pregiati importati (cedro, sicomoro,

ulivo, ebano) sono frequentemente intarsiati con avorio, lamine d'oro, vetro e pietre preziose. I piani dei letti, sedie e sedili, sono fatti di solito con strisce di cuoio o con fibre vegetali saldamente intrecciate. I piedi dei mobili sono di solito zoomorfi (teste di anatra, zoccoli di cavallo, di ovini, zampe di leone). Come tutti sanno, i mobili più belli furono trovati nel 1922 da Lord Caernavon e Howard Carter a Tebe (attuale Luxor) nella tomba del Faraone Tutankhamon rinvenuta intatta nella Valle dei Templi. Il cofano riportato in fotografia (fig. 1) è stupefacente e si potrebbe scambiare per un mobile di lavoro a ricamo di una nostra nonna.

PERIODO ASSIRO BABILONESE

Nessun esemplare di mobile ci è pervenuto, dei due splendi Imperi Medio Orientali dell'Assiria e della Persia. Le uniche testimonianze ci sono fornite da sculture e bassorilievi rinvenute durante recenti scavi. I mobili più frequentemente rappresentati sono le sedie, i troni, i letti. Le sedie sono molto alte, con piedi zoomorfi od a tronco di cono, e mostrano per la prima volta elementi di tornitura. Anche i letti appaiono molto alti con il poggiatesta che ne fa parte integrante (a differenza di quelli egizi che ne sono privi). (fig. 2)



fig.1 - Cofano poggiante su gambe a sezione quadrangolare. Struttura in ebano e coperchio fissato con cerniera in bronzo. Proviene dalla tomba di Tutankhamon.



fig.2 - Bassorilievo persiano in pietra del secolo VI a.C. ca. raffigurante la parte inferiore di un trono. La parte mediana delle gambe è a sampa d'animale.

GRECIA E ROMA

Anche per i mobili greci le informazioni ci sono pervenute dai bassorilievi. Nel periodo Oligarchico (sesto secolo A.C.) i mobili risentono dell'influsso Assiro-Persiano. Sono massicci, con piedi zoomorfi, ed esclusivamente rappresentati da sedie e letti. Nel tardo periodo greco (dal quinto secolo A.C. in poi) il mobile sembra alleggerirsi. Esso diventa più elegante ed assume delle sue caratteristiche peculiari, affrancandosi così dallo stile persiano. Il Klismos (sedia) è molto elegante, con piedi e schienali ornati, in contrasto fra loro, spesso fornito di piccolo poggia piedi. Alla funzionalità del mobile si affiancano il suo valore estetico ed il suo adattamento alle morfologie somatiche dell'utente (fig. 3).

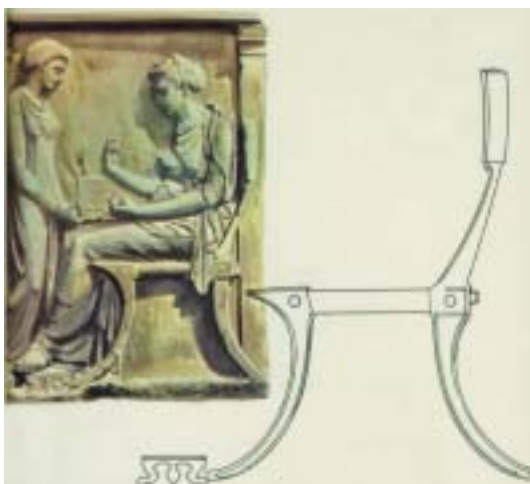


fig. 3 - Bassorilievo greco del secolo V a.C. raffigurante un elegante Klismos e un piccolo poggiapiedi. Atene, Museo Nazionale.

I mobili del periodo romano ci sono pervenuti dagli scavi di Pompei ed Ercolano (iniziati nel XVII secolo) perfettamente conservati. I mobili sono più raffinati e quindi più comodi, e compaiono perfino poltrone di paglia intrecciata simili a quelle che noi oggi usiamo in giardino (fig. 4).

La falegnameria ed ebanisteria romane raggiunsero un alto grado di perfezione nella lavorazione dei legni rari e pregiati ed eccelsero nell'arte dell'impiallicciatura e dell'intarsio con legni tinti, avorio, ebano, argento, e gusci di tartaruga. La perizia degli ebanisti romani è dimo-



fig. 4 - Bassorilievo romano in pietra del secolo III a.C. raffigurante una poltrona in paglia intrecciata. Treviri, Museo.

strata dall'eleganza e finezza degli intagli che ornano sedie, gambe di tavoli, braccioli, cimase e cornici, ed era sicuramente eguagliata a quella degli artigiani del bronzo e del marmo. Tuttavia, alla finezza della esecuzione, non corrisponde una pari varietà di modelli, limitati ad un ristretto numero di pezzi. Ciò conferma il gusto romano, orientato verso la semplicità e funzionalità degli arredi, mantenutosi anche durante il periodo di massimo splendore dell'impero. Il divano era uno dei mobili più diffusi fra le classi romane medio alte. Essi erano utilizzati durante i lunghi banchetti, in occasione dei quali i romani si lasciavano andare a lunghi e dotti conversari fra i vari componenti della famiglia od assieme ai convitati (fig. 5).



fig. 5 - Divano romano in bronzo con parti in legno parzialmente restaurate. Databile fra il I secolo a.C. e il I secolo d.C.

! Avvisi

Il Dott. Sergio Giustini, proseguendo nella sua non facile ricerca storica sull'Ordine dei Medici di Ancona, chiede gentilmente ai colleghi se siano in possesso di tesserini dell'Ordine degli anni compresi tra il 1935 ed il 1950 (anche di loro parenti) per poterli visionare.

Sono gradite, altresì, notizie ed esperienze utili alla ricerca.

Prego comunicare quanto richiesto alla segreteria dell'Ordine

o al Dott. Giustini stesso che ringrazia anticipatamente.



CONVENZIONE TELECOM ITALIA MOBILE ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

La TELECOM ITALIA MOBILE ha contattato l'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona per fornire una convenzione telefonica a tariffe agevolate per tutti gli iscritti. Chi aderirà a tale convenzione potrà conservare il proprio numero di telefono, anche se appartenente ad un altro gestore, sottoscrivendo un contratto con la TIM tramite la segreteria dell'Ordine dei Medici. Qual'è il vantaggio? Aderire ad un contratto business di tipo aziendale le cui tariffe sono molto vantaggiose non solo per le telefonate verso gli appartenenti al gruppo ma anche verso altri numeri TIM e numeri di telefonia fissa. Tutti i colleghi che vorranno aderire all'iniziativa (peraltro estensibile anche ai familiari) potranno rivolgersi alla segreteria dell'ordine e ricevere dettagli sull'iniziativa. Inoltre sarà disponibile sul sito dell'ordine (www.ordine-medici.ancona.it) la presentazione della proposta TIM.

DI SEGUITO VI PROPONIAMO UNA SINTESI DELLE TARIFFE:

Canone mensile di abbonamento per utenza	5,16 euro (10.000 lire)
Traffico Intercom (tra coloro che aderiscono all'iniziativa)	0,029 euro (56 lire) /minuto
Traffico verso numeri Tim e rete fissa	0,061 euro (119 lire) /minuto
Traffico verso radiomobili di altri gestori	0,158 euro (306 lire) /minuto
Scatto alla risposta	0,064 euro (125 lire)
SMS	0,07 euro (140 lire)

- Tutte le tariffe sono flat ovvero senza fasce orarie
- La tariffazione è al secondo di conversazione
- Il contributo di attivazione è gratuito
- I prezzi non sono comprensivi di IVA



**ente culturale per la diffusione
della lingua inglese**

ANCONA

Il **British Institutes di Ancona**, ha avviato nei mesi scorsi un dialogo con i vertici dell'**Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona** volto ad agevolare l'accesso allo studio dell'inglese da parte dei propri rappresentati. Particolare attenzione è stata quindi riposta nello strutturare **un'offerta economica di "assoluto rilievo"** (25% di risparmio), cercando di venire incontro in questo modo anche alle esigenze dei più giovani. Il British Institutes si occupa della diffusione della lingua inglese a tutti i livelli: dai corsi per bambini e adulti ai corsi post-universitari, fino alla formazione e all'aggiornamento degli insegnanti presso la scuola pubblica e privata nonché corsi specifici in materia giuridica, economica, medica etc. Per ogni livello, al superamento di uno specifico esame finale, rilasciamo un **Certificato di Studio Europeo**, utile per l'impiego sia pubblico che privato.

Siamo:

- **Accreditati dal Ministero del Lavoro** ex DM n.166/2001 con Decreto R.L.n.14.305/02;
- **Accreditati dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca**, con DM del 31.03.2003 prot.2953/C/3 a norma del DM n.177/2000, come Ente Formatore.

Abbiamo sviluppato una metodologia denominata **English Communicative Method (ECM)**, che rappresenta la sintesi della nostra esperienza nell'insegnamento e nella ricerca didattica.

Tutti i nostri corsi sono tenuti da docenti madrelingua e bilingue qualificati.

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi informazione, è possibile contattarci telefonicamente allo **071.2800737**, via e-mail: **ancona@britishinstitutes.it**, oppure presso la nostra sede situata ad Ancona in **Via della Ricostruzione, 3**.



Congressi e Corsi

LA MALATTIA TROMBOEMBOLICA

Macerata, Sede Ordine dei Medici

Crediti ECM: 4

Data inizio 20.9.2003

2° SIMPOSIO DI RADIOLOGIA MUSCOLO-SCHELETRICA IN ETÀ PEDIATRICA: RACHIDE E BACINO

Fermo (AP), Centro Congressi San Martino,

via Leopardi 4

Crediti ECM: 5

Data inizio 27.9.2003

CORSO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI NELL'URGENZA PEDIATRICA

Numana (AN), Centro Congressi

Hotel Santa Cristiana

Crediti ECM: 3

Data inizio: 21.9.2003

FATTORI DI SODDISFAZIONE E DI STRESS NEGLI OPERATORI DEL DSM: UNA RICERCA/INTERVENTO SUL CAMPO

Macerata, Azienda USL 9

Crediti ECM: 20

Data inizio: 18.9.2003

IL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E L'EMERGENZA

Numana (AN), Centro Congressi

Hotel Santa Cristiana

Crediti ECM: 16

Data inizio: 18.9.2003

LA SANITÀ DI OGGI E DI DOMANI

Roma, Fiera di Roma

Data inizio: 3.12.2003

Informazioni: Tel. 06 4817254

AIUTARE A MORIRE È SEMPRE EUTANASIA?

Firenze, Palazzo degli Affari

Data inizio: 3.10.2003

Informazioni: Tel. 055 2001212

L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO

Milano, Palazzo delle Stelline

Data inizio: 4.10.2003

Informazioni: Tel. 02 55035518

LA GRANDE OBESITÀ: FISIOPATOLOGIA, CLINICA E TERAPIA

Verona, Hotel Leon d'Oro

Data inizio: 28.11.2003

Informazioni: Tel. 02 6436788

PARAMETRI VALUTATIVI E CONTROLLO DI QUALITÀ DEI SAGGI QUALITATIVI DI INTERESSE TRASFUSIONALE

Roma, Aula Magna Ospedale CTO "A. Alesini"

Data inizio: 08.10.2003

Informazioni: Tel. 02 58316525

MASTER IN ARCHITETTURA, TECNOLOGIA ED ORGANIZZAZIONE NELL'OSPEDALE

Il Dipartimento di Architettura e Urbanistica per l'Ingegneria dell'Università "La Sapienza" di Roma bandisce per l'a.a. 2003-2004 un corso di Master di secondo livello in "Architettura, Tecnologia ed Organizzazione nell'Ospedale".

Il Master è rivolto anche a laureati in medicina e specialisti orientati ad esercitare attività di direzione sanitaria di un ospedale e prevede l'acquisizione di 60 crediti corrispondenti a 1500 ore di lavoro complessive.

Le domande di ammissione dovranno pervenire entro il 21/12/2003. Il bando ed il modulo sono reperibili sul sito: www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/ingegneria.asp.

Per informazioni: Segreteria Didattica tel 06/44585962 - fax 0644585186.

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.ordinemedici.ancona.it



Università Politecnica delle Marche



A.O. "G. Salesi"

Corso multidisciplinare INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE: L'UROGINECOLOGO, IL MEDICO DI FAMIGLIA, L'OSTETRICA A CONFRONTO



L'incontinenza urinaria femminile è un fenomeno più diffuso di quanto si pensi comunemente, in gran parte nascosto, spesso non valutato e non trattato.

Non è solo tipico dell'età avanzata, anche se in essa prevalente.

Peggiora nettamente la qualità della vita con effetti psicologici, socio-relazionali e sessuali fortemente negativi.

Ha costi sociali elevati.

E' un sintomo complesso, ad eziologia molteplice.

La maggior parte dei casi però, se correttamente inquadrata, è suscettibile di trattamenti efficaci.

Il "trattamento" con risoluzione del sintomo ha costi inferiori rispetto all'"assistenza" al paziente incontinente.

Le possibilità terapeutiche sono molteplici e diversificate: medica, riabilitativa e chirurgica (con interessanti risultati della chirurgia mininvasiva)

Il Corso si propone di mettere a confronto tutte le diverse figure professionali che, in tempi e con ruoli diversi, si trovano a sostenere la paziente incontinente nel suo percorso diagnostico e terapeutico, e di portare alla luce un fenomeno sommerso e spesso vissuto con fatalismo quale evento non risolvibile.

A.L. Tranquilli, R. Vincenzi

ANCONA, 27 settembre 2003

Aula D, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche

XIII CONGRESSO NAZIONALE

S.I.U.R.O. 

Società Italiana di Urologia Oncologica



SIMPOSIO MULTIDISCIPLINARE

Main Topic : Carcinoma della Prostata

Presidente S.I.Ur.O. : Prof. Giuseppe Martorana

Presidente del Congresso : Prof. Giovanni Muzzonigro

Presidente Onorario : Prof. Mario Polito

ANCONA , 8 – 11 NOVEMBRE 2003

SEDE DEL CONGRESSO : FIERA DI ANCONA

Edizioni d'arte, scientifiche • Narrativa • Comunicazione



Humana

La **mente** umana produce piccole e grandi **idee**.

Le **idee** per crescere vanno divulgate ad altri **uomini**.

Humana cerca piccole e grandi **idee**
e le trasforma in piccole e grandi **edizioni**.



Humana editrice • ANCONA

60131 ANCONA • Via Caduti del Lavoro, 12 • tel. 071 2861404 fax 071 2861424 • info@tecnoprint.it

Medici & Medici

