

EDITORIALE



Diritto al lavoro diritto alla salute

DI CIRO CARBONE

C'è assolutamente da indignarsi. Ma non basta. Bisogna trovare il modo per far sapere che noi infermieri non ci

stiamo a essere presi in giro. La vicenda degli colleghi precari napoletani la dice lunga. E deve invitarci a riflettere.

Il fatto che nonostante sia stata varata una legge per la stabilizzazione dei precari e dopo oltre sei mesi non si sia trovato ancora il modo per sanare un contenzioso quasi decennale, lo dobbiamo considerare come un grave attacco alla categoria e alla sanità campana.

E' un gravissimo fatto che non possiamo tacere e non possiamo consentirci di far passare in silenzio.

Come se nulla fosse.

Anche perché ci sono tutta una serie di punti oscuri che aggravano ancora di più la questione e che necessitano di essere denunciati e chiariti.

Ma andiamo per gradi. C'è una prima cosa che va ricordata. La legge di stabilizzazione dei precari della sanità, così come è stata approvata il 31 dicembre scorso, era a costo zero.

Cioè, per assicurare finalmente una dignitosa e meritata sistemazione fissa per i colleghi precari, la Regione Campania non avrebbe

dovuto sborsare un soldo in più rispetto a quanto già era preventivato. Il tutto, infatti, come si disse con strombazzamenti vari, veniva assicurato ricorrendo alle risorse del fondo sanitario nazionale. Fondi che già vengono impegnati per pagare centinaia e centinaia di precari, spesso assunti con contratti a otto mesi.

Dunque, niente oneri aggiuntivi per le disastrose casse regionali. Ed allora, se non si tratta di aspetti finanziari, perché fino ad oggi non si è fatto niente?

Qualcosa non quadra. O si è detta una bugia allora, o la si dice oggi.

Seconda questione. Si è letto sui giornali che la Regione Campania si starebbe apprestando a fare nuove assunzioni (quarantaquattro) presso la Soresa, la società costituita ad hoc per la gestione del multimilionario debito sanitario. Ebbene, ci domandiamo, con quali fondi si coprirebbero queste spese aggiuntive, probabilmente non necessarie?

Perché non destinare questi stessi denari per portare a soluzione la stabilizzazione dei precari?

A che servono quarantaquattro persone nella Soresa, se non a sistemare altri amici a spese dei contribuenti?

Ce lo possiamo permettere visto il grave deficit economico cui bisogna ancora fare fronte?

Questo sistema marcio di gestione privata del potere è la vera ragione del disastro campano. E non solo nella sanità.

E non solo nei partiti di governo. Non si è sentita una sola voce alzarsi per contestare questa immotivata infornata di raccomandati nella sanità.

Assumiamo un plotone di impiegati che non si sa bene cosa dovranno fare, mentre le Asl non hanno i soldi per dotare di farmaci gli ospedali e per pagare i buoni pasto ai dipendenti.

E nessuno parla. Così come non ho sentito voci alzarsi per chiedere perché non si sia fatto ancora niente per sistemare tanti colleghi che, dopo anni di servizio in ospedali e Asl, non possono ancora contare su un futuro sereno e su un dignitoso rapporto di lavoro.

Per quanto ci riguarda non smetteremo di denunciare e di alzarla la voce. L'assistenza sanitaria in Campania è garantita ogni giorno grazie ai sacrifici e al senso di responsabilità di migliaia di infermieri.

Una professionalità e un senso etico superiore di gran lunga a quello dimostrato da molti amministratori, impegnati a difendere e ad accrescere il proprio tornaconto, piuttosto che a salvaguardare, come pure recita la Costituzione, il diritto al lavoro e il diritto alla salute.

NapoliSana

Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità e cultura
Organo ufficiale del Collegio Ipasvi di Napoli

ANNO XIV - N. 3 GIUGNO - LUGLIO 2008
 AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995

Direttore editoriale
Ciro Carbone

Direttore responsabile
Pino De Martino

Comitato Scientifico-editoriale

Addolorata Capasso, Ermanno Corsi, Suor Odilia D'Avella, Elio Drigo, Elena Di Mauro, Lucia Farina, Armando Ferrara, Maddalena Finizio, Cesare Formisano, Paolo Giliberti, Antonio Giordano, Antonio Grella, Gesualda La Porta, Ugo Maiellaro, Angelo Montemarano, Concetta Morra, Marta Nucchi, Filippina Onofaro, Anna Palumbo, Marco Papa, Virginia Rossi, Francesco Rossi, Armido Rubino, Loredana Sasso, Nicola Scarfato, Bruno Schettini, Goffredo Sciaudone, Annalisa Silvestro, Maria Triassi, Maria Vicario, Bruno Zamparelli

Redazione

Gianclaudio Acunzo, Gennaro Ascione, Giuseppe Bianchi, Giuseppe De Falco, Giovanni De Rosa, Anna Di Costanzo, Davide Gatta, Mariagrazia Greco, Luigi Lembo, Alessandro Oliviero, Antonietta Peluso, Angela Piezzo, Gennaro Sanges, Costantino Voltura.

Segreteria di Redazione

Felice Zinno

Hanno collaborato a questo numero

Lucia Calise, Valerio De Martino, Anna Marchitelli, Silvia Nappa, Peppe Papa, Ersilia Pezzano, Marianna Sorrentino, Pippo Trio, Emilio Villano

Editore Collegio Ipasvi Napoli,
 Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
 Tel. 081 440140, Fax 081 440217

Redazione e direzione via Costantinopoli 27,
 Cap. 80138, Napoli, Tel. 081 211931,
 Fax 081 44 02 17 e-mail: napoli@ipasvi.it

Televideo RAI pag. 448, www.collegioipasvinapoli.org
 Spedizione in abb. pos. /art. 2, comma 20/c, L. 662/96 Filiale di Napoli
 La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

GRAFICA E VIDEOIMPAGINAZIONE - QUORUM
NAPOLI TEL. 081.40.18.03



NapoliSana n. 3 - Anno XIV Giugno - Luglio 2008

● **RUBRICHE**



3 Editoriale
Diritto al lavoro
diritto alla salute

di **Ciro Carbone**



32 Lavoro e previdenza

Pensioni, il riscatto conviene

Una guida completa dell'Inpdap



34 Pensieri e parole
Mielolesione e sessualità

Una pubblicazione curata da Di Sauro e Ciccone

● **LO SPECIALE**

24 Obesità, un'emergenza
figlia del benessere

La Campania fra le regioni a rischio



Sommario

● IN PRIMO PIANO



6 Un "nuovo codice" per gli infermieri

Il contributo del Collegio di Napoli al dibattito per la revisione del codice deontologico

di Anna Marchitelli

10 Precari, fatta la legge trovato l'inganno

Dopo oltre sei mesi dal varo della normativa di stabilizzazione, tutto è rimasto come prima

di Pino De Martino



11 Parte il Cup unico

Dopo sei anni di attesa, prende finalmente il via il centro di prenotazioni

di Pippo Trio

12 Due vaccini per debellare il cancro al polmone

Al via la sperimentazione al Monaldi di Napoli e al Moscati di Avellino

di Pippo Trio



13 Trapianti in Campania poche donazioni

di Valerio De Martino

14 Più privato e più tecnologie

Ecco il programma di Fazio

di Sandro Santangelo



15 Nursing così si valuta

la domandad'infermieri

Uno studio per misurare il fabbisogno

di Peppe Papa

● DENTRO LA PROFESSIONE

16 Il tutor nella formazione universitaria

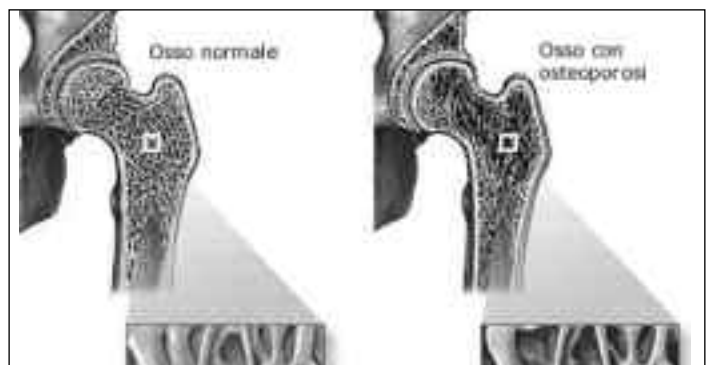
di Lucia Calise, Ersilia Pezzano, Marianna Sorrentino



20 L'osteoporosi nelle donne in menopausa

I trattamenti possibili. Uso dell'Alendronato per la prevenzione

di Silvia Nappa



La sanità
in Campania

Un "Nuovo codice" per gli

Celebrata con un dibattito dall'alto valore culturale la Giornata internazionale dell'infermiere

DI ANNA MARCHITELLI

Ai presidenti dei Collegi di tutt'Italia è giunto un invito firmato dalla Presidente Annalisa Silvestro: "promuovere e sostenere la stagione del confronto per una innovativa revisione del Codice Dentologico". Detto fatto. Quale migliore occasione della giornata internazionale dell'infermiere per onorare un invito e un impegno? Del resto sono già trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione dell'ultimo codice deontologico, presentato a Rimini nel

1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi. E di problematiche etiche, morali, pratiche e deontologiche nel frattempo si sono create. È nato così il convegno che il Presidente Ciro Carbone ha voluto personalmente curare. Ha così riunito nella sala consiliare della municipalità del Vomero nomi di prestigio per portare al dibattito quanta più linfa possibile. Ed è stato un autentico successo. Ecco il parterre: il professore di filosofia morale Aldo Masullo, la presidente emerita del Collegio Ipasvi di Napoli e

della Federazione Suor Odilia D'Avella, Padre Antonio Puca, delegato Diocesano per la Pastorale Sanitaria, Carmine Senese, rappresentante del Tribunale per i diritti del malato. È stato il presidente della Quinta Municipalità, Mario Cappeto, presso la sala consiliare "Silvia Ruotolo" del municipio, ad aprire il dibattito e a dare il benvenuto ai presenti, ricordando l'impegno costante del collegio Ipasvi di Napoli nel rilanciare le professioni sanitarie.

"Presentare la bozza di un nuovo codice deontologico – ha affermato il presidente – è un argomento che mi interessa in particolar modo, perché sono fermamente convinto che convenga ancora continuare a lottare per l'affermazione dei valori e dei principi sui quali si basa la professione infermieristica". Moderatore del dibattito è stato Pino De Martino, direttore



infermieri

Il convegno promosso dal Collegio Ipasvi di Napoli ha portato un notevole contributo al dibattito avviato dalla Federazione sul nuovo codice deontologico. Parterre d'eccezione con il professor Aldo Masullo, padre Antonio Puca, Suor Odilia D'Avella e Carmine Senese del Tribunale per i diritti del Malato.

responsabile della rivista, Napolisana. E' toccato al presidente del Collegio Ipasvi di Napoli, Ciro Carbone, introdurre il tema del convegno: "Questo è solo l'inizio di un percorso - ha spiegato - che vedrà la collaborazione e il coinvolgimento di migliaia di infermieri al fine di giungere alla stesura definitiva del codice, attraverso molteplici ragionamenti e svariate opinioni". Il presidente del Collegio ha, quindi, dato la parola a Suor D'Avella che, con la sua energia e la penetrante carica spirituale, ha conquistato la platea e gli altri interlocutori presenti al dibattito.



Suor Odilia D'Avella:

"Prima ancora di fare l'infermiere bisogna sentirsi infermiere"

"Sul codice deontologico degli infermieri ho lavorato per tutta la vita". Così ha esordito Suor D'Avella, protagonista delle tre precedenti stesure del codice: nel 1960, nel 1977 e, l'ultimo, nel 1999. "Ciò che mi preme dire in questa giornata è una sensazione: prima ancora di fare l'infermiere, io mi sono sentita tale. Solo sentendosi così ci si può davvero prendere cura delle persone". Secondo Suor D'Avella il complesso momento storico che si sta vivendo non aiuta né l'infermiere, né il paziente a comprendere pienamente i valori e i principi che sono alla base del codice deontologico: "Solo quando si patisce sulla propria pelle l'esperienza del dolore, della perdita e della morte - ha spiegato - solo allora si comprende a pieno la vita. E solo in queste circostanze si comprende come gli infermieri siano attenti alle sofferenze altrui e ad instaurare una relazione sanante col paziente. "Certamente - ha proseguito - ci sono delle crepe in alcune strutture sanitarie, ma se le tecniche, anche le più sofisticate, si possono apprendere, il relazionarsi e il rispettare l'altro non lo si può apprendere". Secondo Suor Odilia il nuovo codice deontologico, fatta eccezione per alcuni articoli, è sostanzialmente uguale al precedente, in quanto i contenuti dell'uno e dell'altro sono elementi costitutivi dell'identità e della natura dell'infermiere, ma rintraccia, in particolare nell'articolo numero 37, qualche ambiguità che va chiarita per evitare fraintendimenti su quello che si vuole invece intendere. Propone, inoltre, delle osservazioni scritte e degli interventi per migliorare il codice e ricorda che Annalisa Silvestro, presidente nazionale dei Collegi Ipasvi, ha parlato di una nuova "stagione di

confronto" nella quale ciascuno è invitato a dare il proprio contributo. "L'articolazione del codice non è ancora definita - ha sottolineato Suor Odilia - ed è bene specificare che il pluralismo etico non è uguale al relativismo etico e che il rispetto delle diverse visioni etiche è importante solo se queste visioni etiche focalizzano la centralità e il rispetto della persona.

"Noi infermieri - ha aggiunto - siamo convinti che incontrare una persona voglia sempre dire incontrare il volto di questa persona, non possiamo rimanere indifferenti dinanzi al volto dell'altro, che ha dei problemi e delle sofferenze. Noi dobbiamo saper discernere, con i strumenti di competenza che possediamo quale siano questi bisogni e portare a termine lo scopo della professione infermieristica: non è tanto importante, quindi, saper mettere in atto le tecniche che vengono applicate razionalmente, ma fondamentale è relazionarsi all'altro.

Il codice deontologico, inoltre, ci invita anche a chiedere consulenza in caso di dubbi e a riconoscere i propri limiti. La competenza che ci è richiesta si basa sull'essere pienamente responsabili ed è il codice deontologico a guidarci nel dover essere e nel dover divenire costantemente, in quanto persone e professionisti". "Tutti possiamo essere stati abilitati all'esercizio dell'infermiere - ha insistito Suor Odilia - ma è il come che qualifica l'operato e il modo d'essere di ciascuno. Tra l'infermiere e l'assistito si deve instaurare un rapporto di fiducia reciproca e per rendere possibile ciò occorre che l'infermiere posseda una competenza complessa: sia umana che tecnico-sanitaria".

La sanità
in **C**ampania



Carmine Senese:
**“Diritti in comune
tra ammalati
e infermieri”**



Il dottor Carmine Senese, in rappresentanza del Tribunale per i diritti del malato, dopo essersi definito commosso dalle parole di Suor Odilia e dopo aver portato alla platea i saluti del segretario regionale Ferdinando Iavarone, ha spiegato che i diritti del malato e quelli degli infermieri hanno molteplici punti in comune. “La figura dell’infermiere è la più importante nell’ambito dell’istituzione sanitaria – ha affermato Senese – perché vive l’immediatezza del malato che si rivolge all’infermiere per essere aiutato e per un sostegno psicologico e morale”. Molti sono gli articoli che hanno colpito il dottor Senese, in particolare i numeri 33, 34, 35 e 38. Nel codice deontologico sono, infatti, ben espressi i concetti di umanizzazione, della buona accoglienza, della formazione, della disponibilità verso il malato e dell’alleviare le sofferenze di quest’ultimo. “Tutti concetti semplici – ha concluso Senese – ma basilari. L’infermiere è una professione, ma è anche una missione in tutti i sensi e sarebbe impossibile negare questa realtà”. Di comune accordo con la Direzione regionale di cittadinanza attiva e del Tribunale per i diritti del malato, Senese ha chiesto l’autorizzazione al collegio per distribuire il codice deontologico, una volta ultimato, ai pazienti e in tutte le strutture sanitarie.

Padre Antonio Puca:
**“Risolvere il conflitto
tra etica e deontologia”**

Padre Antonio Puca esprime la sua opinione sul nuovo codice deontologico e sul rapporto che intercorre tra sanità e morale, ovviamente portando avanti il punto di vista della Chiesa. “Ho dato una scorsa ai cinquantuno paragrafi della bozza del nuovo codice e mi sono sorpreso anzitutto del numero degli articoli. Si vede che il tempo passa e ai dieci comandamenti occorre aggiungerne molti altri”. “Se Gesù – ha spiegato – aveva proposto una sintesi affermando due soli concetti: l’amore a Dio e l’amore al prossimo, ora ci troviamo in un mondo dove la sintesi fa un pò difetto e l’analisi si rende necessaria per spiegare gli intendimenti di fondo”. Nel ripercorrere la storia delle professioni sanitarie, secondo Padre Puca, non si possono non considerare i cambiamenti avvenuti, soprattutto nel rapporto tra il medico e il paziente e, non ultimo, quello con l’infermiere. Di qui la riformulazione del giuramento di Ippocrate che i medici sono chiamati a pronunciare e l’introduzione di nuovi giuramenti, tra i quali quello dell’infermiere, appunto. “Non possiamo dimenticare i cambiamenti – ha affermato – il mio professore, infatti, scrisse che nell’ambito dell’etica medica, negli ultimi quarant’anni erano avvenuti più mutamenti che non nei duemila e più anni precedenti e, tra questi cambiamenti citava il pluralismo etico e la gestione democratica del potere, e per l’Italia – ha aggiunto – potremmo inserire anche la trasformazione dei luoghi di cura in aziende. Sono tutti fattori che hanno inciso in maniera positiva e talvolta negativa sui mutamenti”. “Ad una prima osservazione – ha proseguito Padre Puca, avvicinandosi così al delicato discorso che tocca la sfera dell’etica e della deontologia – il rapporto tra etica medica e deontologia medica appare subito conflittuale se si pensa che l’etica medica fa riferimento ed è parte integrante della filosofia morale, mentre la deontologia medica mira alla formulazione di regole che esprimono valori e principi sui quali si fonda la struttura sociale nella quale viviamo”. “D’altra parte – ha aggiunto – i due aspetti, etico e giuridico o normativo, appaiono essere punti essenziali della deontologia medica. Il tentativo positivo del codice deontologico – ha ribadito – mira alla soluzione del conflitto tra etica e deontologia e trova questa soluzione nella pratica quotidiana della professione di medico e di operatore sanitario. Resta da chiedersi – ha ancora affermato – se anche i codici non abbiano a loro volta una filosofia e se i motivi ispiratori siano rispettosi dell’uomo, della sua integrità, perché, a mio avviso, anche per la deontologia occorre un supplemento d’animo, supplemento che è dato dalla concezione di sé e dell’altro, entrambi dotati della stessa dignità di uomini”. La domanda che si pone Padre Puca, e che non riguarda solo i professionisti della salute, ma ogni persona umana che si interroghi sulla sua origine e sul suo destino, è dove attingere questa dignità. Ovviamente il cristiano trova la sua risposta nella venuta di un Dio che si è fatto uomo, un Dio che ha a cuore la sorte della dignità di ogni essere vivente al punto di identificarsi con esso. Per quanto già espresso dal nuovo codice deontologico, Padre Puca ritiene doveroso soffermarsi sull’apporto prezioso che reca l’infermiere al malato e sul fatto che sia il personale di assistenza più coinvolto emotivamente. Infatti, se da un lato la medicina ha fatto progressi notevoli nella cura di numerose patologie, dall’altro non è altrettanto pronta ad offrire efficaci modalità di approccio spirituale. Ed è qui che la cosiddetta onnipotenza medica si arresta. “Bisogna, invece, rispettare ogni umana sofferenza – ha affermato con convinzione – perché la sofferenza non solo non è inutile e dannosa, come tanti pensano e proclamano, ma essa entra a fare parte del disegno di Cristo. Il mio pensiero è lontano dal difendere una visione coloristica della vita, anche noi uomini di chiesa siamo favorevoli alle terapie per l’alleviamento delle sofferenze, non siamo sadici, tuttavia non si possono inseguire modelli di vita che escludano dall’esperienza umana qualsiasi limite o dolore. E mi pare – ha concluso Padre Puca – che questo codice deontologico lo dica in maniera esplicita”.

Aldo Masullo:
**“Un codice che insegni
 a rispettare le differenze”**

Il professor Aldo Masullo esordisce parlando del suo imbarazzo dinnanzi alle domande sul rapporto tra deontologia, morale ed etica che gli sono state poste, prima di tutto perché il sapere non è mai fatto di risposte precostituite e poi perché le domande riguardano una materia talmente complessa da coincidere con la nostra stessa umanità. Una domanda da porsi sarebbe invece quella che indaga sul rapporto tra le vecchie e le nuove generazioni, portatrici le une e le altre di sensibilità, di una civiltà dell'assistenza e di una cultura complessivamente diversa; tuttavia la salvezza comune della società è affidata alla relazione tra le vecchie e le nuove generazioni. Se i giovani hanno l'energia, i vecchi, infatti, hanno l'esperienza, quindi, occorre legare il sapere dell'esperienza all'energia della giovinezza, energia che non è solo forza fisica, ma è sostanzialmente energia di immaginare e di fantasticare, quella che sconfinava poi nel rapporto tra deontologia, morale ed etica. “Quando diciamo deontologia – ha spiegato con estrema chiarezza - noi parliamo di un codice, cioè di una serie di regole che sono consacrate in un documento e che hanno valore in quanto tutti coloro che fanno parte di una certa attività hanno concorso, quindi, partecipato al patto, ma le regole nella professione dell'infermiere sono esposte a una continua crisi, perché bisogna esercitare la propria abilità professionale in relazione a un altro essere umano che è sempre diverso, si tratta, infatti, di un'individualità irriducibile, un postulato senza il quale non sarebbe possibile nessuna costruzione civile”. “Per semplificare – ha proposto il professore - bisogna avvicinare la morale al codice, in fondo la morale è un sistema di regole che non vengono consacrate da uno scritto, ma che sono radicate nelle convinzioni educative, religiose e civili di ciascuno di noi. L'etica è un qualcosa che va al di là e che nella lingua greca veniva espresso con due parole che corrispondono all'incirca al latino mos che significa, appunto, morale. Si potrebbe dire, sbagliando, che la morale e l'etica siano la stessa cosa, ma in greco ethos si può scrivere in due modi, uno con l'iniziale breve (epsilon), l'altra con l'iniziale lunga (eta): il primo modo corrisponde al latino mos, il secondo, invece, significa prima di tutto spazio di libertà, luogo dove si trova l'intimità con se stessi. La nostra – ha proseguito – è una società dell'indifferenza, laddove indifferenza significa essere insensibile alle differenze, per cui – ha aggiunto - io credo che il richiamo etico sia il richiamo a essere sensibili alle differenze delle persone che si incontrano; così quando bisogna prendere una decisione anche di tipo professionale, si deve certamente far valere la tecnica e la conoscenza del codice, ma occorre anche essere aperti a problematizzare e a riflettere sul caso specifico, che non è mai riportabile a un esempio prestabilito”. Masullo ci invita a non dimenticare mai che la cura non consiste solo nella terapia, cioè nell'applicazione di alcune tecni-



che, ma vuol dire anche avere a cuore l'altro, perché nella vita dell'altro ne va ogni volta della nostra stessa vita: questo è ciò che rende possibile l'accordo tra uomini di qualsiasi religione e credenza. Il professore fa un'interessante digressione sull'etimologia della parola infermiere che è colui che ha cura dell'infermo, cioè di colui che non sta bene, che non sta fermo e che barcolla. Si inserisce così il tema dell'insicurezza, perché l'infermità è l'insicurezza per eccellenza ed ecco che il rapporto con l'infermo è quello con l'essere umano nella sua condizione per eccellenza insicura. Il cuore della professione infermieristica è, quindi, una missione che non va però intesa nel suo significato religioso o nel significato banalmente usato nel linguaggio politico, che tra l'altro adopera il termine inglese mission, molto lontano dal significato del termine italiano. La parola missione vuol dire che ognuno di noi nella propria vita trova un senso, perché si rende conto di avere qualcosa da realizzare. Fino all'ultimo istante di vita, infatti, ci può essere una scelta da prendere, una possibilità da realizzare, un pensiero da pensare, per cui l'infermiere ha un ruolo più importante di quello dei medici troppo presi oramai dalla tecnicizzazione della medicina. Rimane il problema del rapporto tra chi cura e chi deve essere curato, un rapporto che trova la sua irriducibile mediazione nell'infermiere che è il vero clinico, dal verbo latino clino che significa, appunto, stare accanto all'ammalato. La funzione dell'infermiere non potrà mai essere sostituita da un robot, ecco che la professione infermieristica rappresenta la frontiera che difende l'uomo dalla disumanizzazione della medicina che è certamente necessaria, ma non sufficiente. L'infermiere deve, infine, cercare di organizzare la propria condotta ed il proprio lavoro in relazione al malato, rendersi conto che ogni essere umano è diverso ed è un mondo a se stante. L'infermiere deve cercare di capire questo mondo, coglierne le differenze e rispettarlo: “Questa è la vostra missione – ha, infine, concluso il professore Masullo - possedere competenza tecnico-scientifica, rispettare il codice deontologico ed essere aperti a capire la singolarità di chi ci sta davanti”.

La sanità
in Campania

Precari: fatta la legge, trovato l'inganno

DI PINO DE MARTINO

Alla fine del 2007 avevano tirato un sospiro di sollievo. Poi, per oltre sei mesi il vuoto. Oggi il popolo dei precari della sanità ha un diavolo per capello. Della famosa legge di stabilizzazione varata

nei giorni di Natale dello scorso anno non se ne è saputo più niente. Nel frattempo però sono pronte le procedure per assumere 44 persone nella Soresa, la società costituita a posta per gestire il debito regionale della sanità.

“Una iniziativa sconcertante” l’ha definita il presidente del Collegio Ispasvi di Napoli **Ciro Carbone**. “Soresa è una società nata per risanare il debito della sanità, non certo per produrre altri debiti col solo scopo di sistemare gli amici dei potenti. Molto meglio usare quei danari per garantire un lavoro a chi da anni è in condizione di precarietà”. “Non vorrei – ha detto invece il vicepresidente del

LE CATEGORIE INTERESSATE

- Infermieri
- tecnici di laboratorio
- tecnici di riabilitazione
- assistenti sociali
- commessi
- dirigenti medici di 1° livello
- biologi
- sociologi
- psicologi

I REQUISITI RICHIESTI

- contratto a tempo determinato da almeno tre anni non continuativi al 31 dicembre 2008
- contratto a tempo determinato stipulato prima del 29 settembre 2006
- aver lavorato per almeno tre anni, anche non continuativi negli ultimi cinque anni

Consiglio regionale **Salvatore Ronghi** i che il silenzio assordante registrato su questa notizia sia il frutto dell'ennesimo 'papocchio' tra forze politiche a danno dei tanti disoccupati della Campania che non avranno mai una opportunità di lavoro perchè non hanno 'Santi a Santa Lucia'. Soresa a parte, il nutrito plotone di

infermieri e medici in servizio presso strutture sanitarie pubbliche senza prospettive certe di lavoro si vede beffato due volte. I circa tremila lavoratori in forze per lo più alle Asl Napoli 5, Napoli 2 e Napoli 3 hanno atteso per anni il varo di una legge regionale di stabilizzazione. Un provvedimento legislativo a favore del quale anche il Collegio Ispasvi di Napoli ha fatto la sua parte. Ma che non è bastato per risolvere il problema.

“La legge c’è, ma non ci sono i fondi per applicarla”, ci hanno risposto in Regione. Eppure quella legge fu approvata grazie anche agli spiragli che la legge Finanziaria concedeva a tutti gli enti della pubblica amministrazione, nell’obiettivo di risanare una piaga che è divenuta cronica dopo il ricorso sistematico agli avvisi pubblici e alle convenzioni nell’impossibilità di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato. Ma soprattutto, la legge passò grazie anche al fatto che non prevedeva oneri aggiuntivi. In altri termini, la Regione non doveva affrontare spese in più perché si poteva ricorrere alle risorse del fondo sanitario nazionale che già vengono impegnate per pagare centinaia e centinaia di precari, spesso assunti con contratti a otto mesi.

Dov’è dunque l’inganno? Che fine hanno fatto i soldi destinati alla stabilizzazione dei tremila e passa precari della sanità?

Stabilizzazione, ecco gli interessati

Dalla sanità, al mondo della scuola, fino a quello della ricerca: si calcola che in Campania ci siano più di 50mila precari negli enti pubblici. L’iniziativa in Regione portava la sigla di Pd e Rifondazione comunista. Tra i primi firmatari i consiglieri **Mario Sena**, **Antonio Amato** e **Vito Nocera** e la vice-presidente della commissione Sanità **Antonella Cammardella**. Una legge per lungo tempo all’esame delle commissioni consiliari Lavoro e Sanità.

Nel settore sanitario sono nove le categorie di lavoratori interessate: infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di riabilitazione, assistenti sociali, commessi, dirigenti medici di 1° livello, biologi, sociologi e psicologi.

Tre i requisiti fondamentali: entro novanta giorni dall’entrata in vigore della legge potranno accedere alla graduatoria i lavoratori titolari di contratti a tempo determinato da almeno tre anni non continuativi al 31 dicembre 2006, i titolari di contratti a tempo determinato stipulati prima del 29 settembre 2006, infine i lavoratori che sono stati in servizio per almeno tre anni, anche non continuativi negli ultimi cinque anni. Due i paletti. Il primo riguarda la spesa: nodo delicatissimo, visti gli sforzi per il contenimento del costo del personale, che alla luce del patto di rientro dal deficit passa per il blocco del turn over nella misura del 75 per cento (per gli infermieri) e del 90 per cento (per i medici).

Il secondo elemento, è quello sollevato dai sindacati intorno ai soggetti beneficiari della stabilizzazione, un popolo particolarmente nutrito vista anche la molteplicità di forme di lavoro flessibile, dai Co.Co.Co. all’interinale.

La sanità
in Campania

Parte il Cup Unico

Dopo sei anni parte il Centro prenotazioni lanciato dalla Regione Campania nel 2002

DI PIPPO TRIO

Telematica e informatica insieme per migliorare i tempi della Sanità e garantire servizi ai cittadini. Così, entro l'estate, nascerà il Cup regionale. Un progetto finanziato con 5,5 milioni, che nonostante i ritardi sembra pronto a diventare realtà.

Una struttura virtuale consentirà di dialogare con tutti gli enti erogatori di servizi sanitari della

Campania all'interno di una rete che costituirà il

Centro unico di prenotazione. L'iniziativa avviata a fine 2002, quando l'attuale assessore regionale alla ricerca scientifica era ancora in forza alla facoltà di Ingegneria della Federico II e aveva curato lo studio di fattibilità affidato all'Università avrebbe dovuto essere realizzata in tre anni. Il progetto iniziale, infatti, prevedeva che in questo arco di tempo tutti gli enti e gli operatori del settore, pubblici e privati, dovevano confluire in un sistema aperto e flessibile capace di garantirne l'interazione e allo stesso tempo l'autonomia gestionale.

Ora bisognerà attendere ancora pochi mesi, al massimo fino al primo settembre - sostengono i rappresentanti delle istituzioni in una relazione perché tutto sia collegato. Ma si può dire che il Centro unico prenotazioni Campania è in fase di decollo.

I cittadini potranno richiedere prestazioni sanitarie e verificare la disponibilità delle strutture territoriali in tempo reale, conoscendo quindi anche i tempi d'attesa. E soprattutto potranno farlo da casa, attraverso Internet o via telefono.

Il 3 aprile scorso è stato presentato un primo aggancio alla piattaforma telematica per 10 Cup aziendali. Le altre 14 aziende si inseriranno nei prossimi tre mesi. Il Nag, un nodo aggregatore, permetterà a tutte le Asl e alle aziende ospedaliere (Ao) della Campania di essere in comunicazione e potrà essere la base per la progettazione e l'implementazione di infinite applicazioni. Infatti, in futuro, servirà a far dialogare tra loro anche Comuni, Comunità montane, altri enti pubblici.

Tutta l'operazione è stata finanziata dalla Regione Campania (in parte con fondi Cipe e fondi destinati all'Ict - Società dell'informazione); le aziende sanitarie hanno, autonomamente, effettuato le gare di appalto.



La cooperazione applicativa fa sì che ogni soggetto della rete possa condividere i propri dati con gli altri soggetti - spiega l'assessore regionale alla ricerca scientifica, Nicola Mazzocca e che quindi in tempo reale si possano avere tutte le informazioni utili riguardanti i diversi soggetti della rete. Si tratta del primo esempio in Italia di sistema distributivo che integra risorse della Sanità facilitando l'attività degli operatori sanitari e semplificando la vita dei cittadini».

Un elemento che contribuirà a garantire la sicurezza del sistema è il fatto che la Regione

Campania è proprietaria della "porta di dominio", software ancora non presente sul mercato che offre, sia alle Asl/Ao sia ad altre strutture pubbliche, in riuso gratuito.

La sanità
in Campania

Due vaccini per debellare il cancro al polmone

DI PIPPO TRIO

Quasi nove nuovi casi di tumore ogni giorno colpiscono le donne in Campania. Malattia che secondo una stima dell'Istituto superiore di Sanità nel 2008 in Campania dovrebbe colpire 2593 uomini e 600 donne. Per quanto riguarda i decessi le stime parlano di 2098 morti tra gli uomini e 438 tra le donne. In aumento nella nostra regione, sempre in controtendenza con molte regioni italiane, i decessi per tumore al polmone tra gli uomini. Il legame tumore al polmone-fumo di sigaretta è una certezza. Nonostante i divieti, i campani continuano a mandare la salute in fumo: su cento cittadini con più di 14 anni sono 27 quelli che fumano e di questi il 98 per cento fuma sigarette.

Tanti gli ex fumatori (19%) e tante le sigarette accese ogni giorno: mediamente i fumatori campani ne accendono quasi 15, decisamente al di sopra della media italiana. Sono i dati allarmanti diffusi nel corso della conferenza di oncologia toracica Presieduta dal napoletano Cesare

Gridelli.

Cifre da capogiro che fanno della prevenzione un caposaldo per sconfiggere alla radice un killer micidiale dei nostri tempi. Proprio dalla conferenza tenuta a Napoli arriva la notizia secondo la quale è imminente in Campania la sperimentazione di due vaccini contro il tumore al polmone. Se ne è parlato nel corso della giornata inaugurale della I conferenza italiana di oncologia toracica tenuto a Napoli e promossa dall'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (Aiot). L'annuncio dei due vaccini è stato dato da Cesare Gridelli che dirige la sperimentazione al Moscati di Avellino, uno dei due ospedali coinvolti nella procedura insieme al Monaldi di Napoli.

«Siamo alle ultime fasi burocratiche - spiega Gridelli, direttore del dipartimento di oncematologia e direttore dell'unità operativa di oncologia medica del Moscati - a settembre cominceremo la sperimentazione su otto pazienti».

Il vaccino sperimentato ad Avellino è denominato L-BLP25, mentre al Monaldi si utilizza il vaccino MAGE-A3. Il vaccino che si studia ad Avellino mira ad allungare la sopravvivenza dei pazienti quello che sarà utilizzato al Monaldi è destinato a ridurre il rischio di una recidiva, chiarisce Gridelli. In entrambi i casi, dagli studi preliminari, dicono gli

Parte la sperimentazione all'Ospedale Monaldi di Napoli e al Moscati di Avellino



esperti, emergono risultati positivi.

Per quanto riguarda il vaccino sperimentato ad Avellino, spiega Gridelli, «con una iniezione si introduce nel paziente l'antigene MUC-1».

In questo modo si stimola il sistema immunitario a reagire automaticamente contro il tumore. La sperimentazione è a cosiddetto «doppio cieco»: ad alcuni pazienti viene iniettato il vaccino, ad altri il placebo.

Al Monaldi si utilizza invece il vaccino MAGE-A3. «Con un'iniezione si introduce nel paziente l'antigene MAGE che stimola il sistema immunitario a reagire automaticamente contro le cellule tumorali».

«La conferenza di Napoli - dice Filippo de Marinis, direttore della prima unità operativa di Pneumologia Oncologica del San Camillo-Forlanini di Roma - rappresenta un momento importante anche per la ricerca. Si affronta il tumore del polmone a più voci e si mettono a confronto esperienze dei più noti esperti anche stranieri».



Trapianti, in Campania troppo poche le donazioni

DI VALERIO DE MARTINO

Troppe persone sono in lista d'attesa per un trapianto e purtroppo moriranno prima ancora di ricevere un organo se non cresce la cultura della donazione. E' l'allarme lanciato a Napoli da Maurizio Di Mauro, direttore sanitario dell'ospedale San Giovanni Bosco e componente dell'Alto Comitato Trapianti dell'assessorato alla Sanita' della Regione Campania.

'Siamo giunti all'undicesima settimana per la donazione degli organi - ha spiegato Di Mauro - Sono tantissime le iniziative organizzate in tutte le citta' della regione e nelle province. L'obiettivo e' unico: far crescere il numero delle donazioni'. Per questo, dice Di Mauro, l'azione di sensibilizzazione sara' ancora piu' incisiva: anche attraverso un cortometraggio, che e' stato presentato oggi, e che sara' sul web, sara' proiettato nelle scuole ed e' successivo ad un corso di formazione fatto agli insegnanti sulla cultura della donazione degli organi.

'Nell'ultimo periodo abbiamo raddoppiato i centri d'eccellenza per i trapianti - ha sottolineato Angelo Montemarano, assessore regionale alla Sanita' - Oggi e' possibile ricevere un rene nuovo non solo a Napoli, ma anche a Salerno, presto anche il trapianto di fegato sara' una realta''. 'Per far si' che le donazioni aumentino dobbiamo potenziare le rianimazioni dei nostri ospedali', ha aggiunto Antonio Gambacorta, presidente dell'Alto Comitato trapianti della Regione. 'In Campania solo 10,5 persone su un milione di abitanti sono donatori - ha detto Fulvio Calise, direttore dell'Unita' Chirurgia Epatobiliare e trapianto di fegato del

Cardarelli - Il dramma del ragazzo ucciso dai naziskin a Verona ed il coraggio di quei genitori devastati dal dolore che hanno donato gli organi del ragazzo deve essere un esempio per tutti. Ogni donazione negata autorizza delle morti di un paziente che sta aspettando un trapianto'.



La sanità
in Italia

Più privato e più tecnologie Ecco il programma di Fazio

DI SANDRO SANTANGELO

Gli obiettivi del governo in materia di Sanità sono ambiziosi: ridurre il 'gap' Nord-Sud, abbreviare le liste d'attesa e limitare i viaggi della speranza da una Regione all'altra. Li enumera il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio. Che indica anche in che modo l'esecutivo intende raddrizzare le storture della sanità italiana: più qualità, anche nell'accreditamento del privato, più tecnologia (compresa la completa digitalizzazione, per arrivare ad un sistema 'paper-less'). Tutte cose che costano, ma che non andranno a pesare sui bilanci dello stato. Si dovrà risparmiare, sottolinea Ferruccio Fazio: aumentando l'appropriatezza delle prestazioni fornite dal Servizio sanitario, e con un monitoraggio continuo dei bilanci delle regioni e delle Asl. E poi, ricorrendo all'outsourcing e al project financing per costituire associazioni di imprese tra privato di grandi dimensioni e Regioni o Asl. Insomma, per il sottosegretario al Welfare bisognerà "incentivare il modello pubblico/privato in sanità". Ecco il suo programma:

Colmare 'gap' nord-sud e via liste d'attesa

Il governo, spiega Ferruccio Fazio, vuole "rendere omogenee le prestazioni sul territorio nazionale, soprattutto al Sud". Intende "aggiornare costantemente i livelli essenziali di assistenza". E poi ci sono i tempi biblici della sanità pubblica: "Siamo lavorando già alla riduzione delle liste d'attesa: allargando anche al privato convenzionato". Si tratterà, precisa il sottosegretario, di un accreditamento "di secondo livello, una sorta di 'bollino d'oro' che potrebbe essere la base del futuro accreditamento".

Basta viaggi della speranza

Fazio annuncia che lavorerà per "ridurre la mobilità interregionale, soprattutto dal Sud a Nord". Un costo "enorme": non tanto per la Sanità, quanto "per l'azienda Italia".

Appropriatezza e digitalizzazione.

Ci saranno, spiega ancora il sottosegretario, "linee guida costantemente aggiornate per i processi diagnostici e terapeutici per le varie patologie". Si dovrà definire con attenzione "il concetto di appropriatezza per le patologie: eliminando le prestazioni inutili". E "costituire un sistema di qualità, che preveda il controllo della singola prestazione". Si "incentiveranno e automatizzeranno i centri unici di prenotazione". Oggi, fa sapere Fazio, è stata appunto insediata una commissione ad hoc. E ancora: il governo punta ad una "sanità totalmente digitale e paperless, su tutto il territorio nazionale".

Bilanci in ordine e regioni tutor.

Si dovrà effettuare il "monitoraggio costante dei bilanci regionali e delle Asl". E poi "incentivare e rendere più operativi i meccanismi per cui le Regioni più virtuose aiutano e accompagnano le meno virtuose al pareggio di bilancio".

Poi dice di voler ridurre il gap Nord-Sud, di dare un taglio alle liste d'attesa e ai viaggi della speranza, e di premiare l'efficienza



Rinnovamento tecnologico

E' uno degli obiettivi sui quali il governo punta con decisione, "in particolare al Sud". Proprio per Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, già da quest'anno, spiega Fazio, "reperiremo risorse, di un certo interesse, nei fondi strutturali 2007-13, che spesso tornano indietro perchè non vengono spesi. Mi impegno perchè non avvenga più", afferma.

Rafforzare il modello

Come raggiungere obiettivi tanto ambiziosi senza moltiplicare i costi a carico dello stato? Con "l'outsourcing e il project financing", per arrivare "all'associazione di imprese tra grossi privati e Regioni o Asl virtuose". Creando, insomma, "strutture/pubblico private: sia per la parte diagnostica che per parti di ospedali o ospedali interi".

Premiare l'efficienza

Il governo intende, dice ancora il sottosegretario Ferruccio Fazio, "dare priorità ad un sistema di incentivi e disincentivi". I direttori generali delle asl, spiega, "possono essere giudicati in modo oggettivo". Grazie anche ad un sistema informatizzato in virtù del quale "il ministero della Salute potrà effettuare controlli sulle Regioni che non effettuano controlli" sui direttori e sulle Asl.

Nursing, così si valuta il fabbisogno

IPASVI/ Allo studio due modelli che serviranno a misurare la domanda di infermieri nelle varie aree. Le metodologie sono al centro di sperimentazioni che coinvolgono diverse Asl e Ao

DI PEPPE PAPA

Il numero uno dell'Ipasvi, Annalisa Silvestro, lo aveva detto a chiare lettere a Bologna, solo qualche settimana fa, in occasione della seconda Conferenza nazionale degli infermieri: «È necessario cominciare a pensare ad altre modalità organizzative a partire da una diversa impostazione dell'assistenza infermieristica che potrebbe essere graduata in base alla complessità della situazione assistenziale che presenta ogni persona ricoverata o assistita a domicilio». Valutare, insomma, la domanda infermieristica attraverso il ricorso a strumenti che siano in grado di indicare su basi certe le risorse necessarie per garantire adeguati livelli di produzione e qualità assistenziale.

Un obiettivo non facile ma cruciale per il futuro della categoria, e per il quale gli infermieri hanno messo a punto due possibili ricette. Due strade che conducono

allo stesso traguardo, ma che presuppongono punti di partenza differenti. «Si tratta di due modelli di rilevazione del fabbisogno di infermieri e dei loro collaboratori - spiega il presidente Silvestro -.

Uno muove dalla definizione della complessità delle prestazioni infermieristiche da erogare alla persona assistita. L'altro ruota attorno alla valutazione del livello di complessità assistenziale del soggetto a cui deve essere garantita l'assistenza infermieristica». I due modelli sono stati declinati mediante elaborazioni di tipo statistico che consentono di rilevare i dati, di stabilire il livello di complessità della prestazione o del caso clinico e di individuare così il numero di risorse necessarie. «Il primo modello - prosegue Silvestro - è già oggetto di una sperimentazione che riguarda alcune aziende localizzate prevalentemente nel Nord-Est.

Il secondo, invece, è in fase di lancio.

Agli inizi di giugno, infatti, partirà una sperimentazione multicentrica su tutto il territorio nazionale.

Stiamo ultimando la parte tecnica, poi avvieremo l'applicazione per un semestre. E, se le cose andranno per il verso giusto, presenteremo i dati delle due sperimentazioni al prossimo congresso di Firenze nel febbraio 2009».

L'adesione delle aziende al progetto sarà del tutto volontaria, ma sottoposta a precisi paletti. «Le Asl e le Ao che vogliono adottare il sistema - precisa ancora il numero uno dell'Ipasvi - dovranno avere determinate caratteristiche e fornirci garanzie di applicazione rigorosa del metodo. Credo che queste sperimentazioni avranno grandi ricadute perché si tratta di modelli che si basano su logiche scientifiche e professionalizzanti e su elementi e metodi che valutano con profonda attenzione l'apporto e le competenze delle nostre figure».



Il tutor nella formazione universitaria

A CURA DI LUCIA CALISE - ERSILIA PEZZANO - MARIANNA SORRENTINO

Pitagora usava dire: "Se non avete un amico che vi corregga i difetti pagate un nemico che vi renda questo servizio". La figura del Tutor è uno studioso di valore, esperto in processi comunicativi, professionali impegnato negli incontri con studenti e docenti.

E' implicita una responsabilità non solo intellettuale ma etica e professionale. I Tutor hanno un ruolo di riferimento nell'ambito della formazione professionalizzante. Nella nostra situazione culturale il tutorato è una strada solo tracciata, una funzione in continuo divenire che arricchisce personalmente e professionalmente in modo speculare tutore e discente.

Gli operatori sanitari formati tra la fine degli anni settanta e inizi ottanta (secondo il vecchio ordinamento didattico) ricorderanno i disagi incontrati durante il loro percorso formativo legato a insegnamenti tradizionali.

Come non ricordare le tensioni dei primi giorni di tirocinio nei vari reparti senza sapere che cosa ci aspettava. Le figure professionali infermieristiche di allora consideravano gli allievi come un intralcio, delegando loro attività poco attinenti all'apprendimento.

L'impatto emozionale con la sofferenza e la morte erano talmente duri che molti abbandonavano.

Rivisitare il passato è necessario per sviluppare strade e percorsi nuovi. Non serve cambiare solo le definizioni e i titoli se non cambiano gli ambiti in cui ci muoviamo e se lo spirito e la curiosità non spingono verso una ricerca continua.

Aspetti normativi nella formazione universitaria in Italia:

Con la legge 19 novembre 1990, n. 341, all'art. tredici, "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", è istituita in Italia la funzione tutoriale con i seguenti fini:

- orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi;
- renderli partecipi del processo formativo;
- rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza dei corsi;
- collaborare con gli organismi di sostegno al diritto allo studio. La formazione del tutor deve perciò consentire l'acquisizione delle competenze pedagogiche per: studente;
- garantire il buon funzionamento del gruppo di lavoro;
- presidiare le tappe logiche di analisi e risoluzione dei problemi. L'istituzione di un master in tutorato per professioni universitarie risponde a una disposizione di legge. E' un corso di formazione avanzato, nel quale il professionista acquisisce competenze psicopedagogiche tali da poter progettare, realizzare e valutare un percorso di tirocinio clinico di tutorato per gli studenti.

E' un'occasione per riflettere sulle competenze che un operato-



re deve possedere per essere un modello professionale. La funzione tutoriale è interpretata in modo differente a seconda delle situazioni in cui è esercitata sia per tradizione sia per cultura esistente. Da esperienze raccolte nelle varie università italiane, emergono due tipi di tutor: il tutor didattico e il tutor clinico

Il tutor didattico

L'aula come laboratorio d'apprendimento:

L'aula costituisce lo spazio fisico ma anche la rappresentazione mentale, nella quale si articolano i momenti fondamentali della formazione intellettuale dello studente.

delle professioni sanitarie



Il tutor assume un ruolo guida e considera centrale lo studente e non il problema. Un buon tutor d'aula è chi oltre a garantire il processo d'integrazione umana e culturale attraverso l'attenzione ai rapporti tra i vari docenti e i programmi, si preoccupa di mantenere al più elevato livello possibile l'integrazione tra gli studenti. Il tutor d'aula assistendo così il gruppo di studenti affidatogli, farà convivere più metodologie per raggiungere gli obiettivi del piano formativo. Nonostante questo il tutor non è un segretario da cui ricevere informazioni ma è un facilitatore dell'apprendimento, offre in una forma semplificata i contenuti del corso.

Egli agevola il percorso dello studente in mezzo a contenuti, bibliografie, lavori da realizzare, iniziative da intraprendere, in poche parole non è colui che mette a disposizione dello studente i suoi lucidi o dispense ben fatte ma suggerisce come muoversi e al tempo stesso non si muove al posto di nessuno. Egli non fornisce spiegazioni o ipotesi, pone agli studenti gli stessi interrogativi che porrebbe a se stesso.

Il tutor potrà suggerire modifiche e aggiustamenti ai docenti per venire incontro alle esigenze degli studenti senza sminuire o offendere la suscettibilità dei docenti. Per raggiungere questa competenza egli deve essere un buon comunicatore e ascoltatore. Il tutor attento spesso fa da specchio agli umori del gruppo. Insomma nel rapporto docenti-studenti il tutor è un mediatore che capta i bisogni di entrambi. Il tutor d'aula partecipa con i docenti all'organizzazione del programma del

corso, informa ogni docente sull'andamento dello stesso e collabora alla valutazione delle varie sessioni.

Il tutor clinico

Ruolo del tutor clinico:

Il tutor clinico svolge un ruolo fondamentale nella formazione dello studente durante l'attività clinica. Sebbene molto atteso, il passaggio da un apprendimento di tipo teorico, svolto in aula, al tirocinio pratico al letto del paziente, determina nello studente oltre che grandi attese soprattutto una forte carica ansiogena. Il setting clinico rappresenta una sfida sia per l'insegnante sia per lo studente perché, nella realtà operativa si trova spesso ad affrontare situazioni delicate (lamenti, grida di dolore, rabbia) e di difficile gestione (un ammalato particolarmente aggressivo o agitato) perché il confronto non è più con libri di testo o un manichino, ma con un essere umano che vive una situazione di disagio.

L'impatto iniziale può essere decisivo per lo studente per il proseguimento degli studi e per il rendimento futuro. Un ambiente clinico ostile e poco accogliente può demotivare lo studente e indurlo all'abbandono.

Per tale motivo è necessario che il tutor clinico, oltre a possedere una solida preparazione teorica e pratica deve essere dotato di ottime capacità comunicative che sono alla base della motivazione

Continua a pagina 18

Dentro la Professione

Continua da pagina 17

dello studente. La motivazione si può definire come "la causa o il motivo di un'azione o di un comportamento". La presenza o l'assenza di stimoli che motivano incidono significativamente sulla formazione dello studente e sui risultati futuri. Il tutor, soprattutto alla presenza di uno studente che si affaccia per la prima volta all'assistenza e probabilmente in un ambito ospedaliero, deve prenderlo in carico, guidarlo, sostenerlo durante tutta la sua crescita umana e professionale. - far acquisire uno stile professionale in cui le azioni riflettono una competenza reale con stimolo alla formazione continua - far acquisire buone capacità relazionali; - far sviluppare uno stile cognitivo. Il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra è possibile solo se, fin dall'inizio, il tutor verifica le conoscenze e le competenze già acquisite dallo studente in ambito didattico in modo da dare una continuità coerente al tirocinio. Analizza, inoltre, le potenzialità dello studente e adegua il suo ruolo a seconda delle circostanze. Per ottenere queste notizie ci dovrebbe essere uno scambio continuo tra il tutor d'aula e il clinico ma, purtroppo, nella realtà questo sia, forse, per mancanza di buona volontà di entrambi, sia per difficoltà oggettive, non avviene quasi mai per cui il tirocinio pratico risente negativamente di questa mancanza di fusione tra le due didattiche. Il successo del tutor scaturisce, comunque, dal saper gestire la relazione con lo studente, anche con le limitazioni di cui sopra, nei vari setting clinici e pianificare gli obiettivi formativi anche in situazioni di emergenza /urgenza, difficoltà logistiche, timing non sempre adeguabile alle esigenze del discente. Allo studente non andranno dedicati solo i ritagli di tempo ma, momenti in cui potrà imparare da ciò che fa e/o che vede fare senza dimenticare che ciò che trasforma l'esperienza pratica in apprendimento sono momenti riflessivi. Il tutor sostiene lo studente durante la pratica clinica, lo osserva durante le attività al fine di tutelare sia il paziente sia lo stesso studente, lo aiuta a riflettere sull'attività che sta svolgendo affinché comprenda il contenuto della procedura, presta aiuto nei momenti di difficoltà. Il tirocinio pratico, di conseguenza, non serve solo a far acquisire tecniche gestuali ma è fondamentale nell'insegnare a relazionarsi con il paziente, al problema clinico, alle difficoltà pratiche e a ricercare e riconoscere i modi in cui la teoria emerge dalla pratica. Il tutore potrà rispondere alle richieste dello studente solo se cerca di rispondere a una domanda semplice: "Prova a immaginare cosa si aspetta uno studente da un tutore clinico e prova a ricordare cosa avresti voluto avere tu da un tutore, negli anni di formazione di base" (Roter 1998).

La valutazione:

La valutazione rappresenta l'ultima fase dell'apprendimento clinico. Essa è importante perché rappresenta l'unica via per verificare se un'esperienza formativa si è svolta in modo corretto e se si sono raggiunti gli obiettivi stabiliti. In base al momento in cui è effettuata essa, si distingue in: - valutazione diagnostica che individua il livello di partenza dello studente e permette di adeguare la formazione alle esigenze dei singoli



studenti. Interessa l'apprendimento nel suo verificarsi ed è un feed-back continuo sia per lo studente sia per il tutor sia sia attiva durante tutto il processo formativo per intervenire in tempo sui processi di apprendimento e sui metodi d'insegnamento utilizzati, implementando eventuali azioni di rinforzo e di supporto emotivo; - valutazione formativa che avviene prima, durante e dopo il processo formativo, che valuta il raggiungimento di obiettivi intermedi e specifici e consente di rivedere le strategie d'insegnamento e di apprendimento. - valutazione sommativa che verifica i risultati alla fine del percorso formativo; - l'autovalutazione abitua lo studente a verificare le proprie prestazioni e i propri comportamenti e a creare nel rapporto tutor-studente un flusso d'informazioni dal basso verso l'alto, e viceversa.

Metodo di valutazione:

Eseguire una buona valutazione è un'impresa ardua e complessa perché è legata all'elemento umano cioè a chi compie la valutazione, al come e cosa valuta. In un ambiente ospedaliero dove il tutor clinico non esiste, la valutazione è basata sull'indicazione del coordinatore o dell'infermiere che hanno affiancato lo studente. Il limite di questo metodo si rende concreto nel fatto che, difficilmente, il coordinatore o l'infermiere abbiano potuto seguire costantemente lo studente e la valutazione sarà approssimativa e frammentaria. Le "prove pratiche" esaminano esclusivamente le abilità gestuali ma senza collegarle a una valutazione di pensiero critico. Le prove scrit-



te e orali valutano le conoscenze dello studente soltanto come capacità di ricordare, di interpretare dati e di risolvere problemi. Un programma di valutazione che vuole essere innovativo non può terminare con esami tradizionali. Attualmente i metodi di valutazione sopraelencati sono variamente combinati nell'OSCE (esame clinico strutturato e oggettivo) che riesce in maniera efficace a ovviare ad alcuni dei loro limiti. Esso è costituito da un insieme di prove, chiamate stazioni, che variano da un minimo di 10 a un massimo di 25, secondo le competenze che si vogliono valutare e che lo studente deve superare in successione. Tenendo in considerazione che nel setting clinico il tempo è sempre limitato, l'OSCE ha stabilito che il tempo massimo per ogni prova è di 10 minuti. I criteri di valutazione sono predefiniti, nel senso che si stabilisce in anticipo qual è la prestazione attesa ottimale, in base alla quale si costruiscono gli strumenti di valutazione, quali: griglie, liste di controllo in modo da garantirne l'obiettività.

L'esperienza dell'ospedale Santobono nella didattica:

Storicamente l'ospedale Santobono ha sempre dato una formazione adeguata agli studenti delle professioni sanitarie. Adesso, si è resa concreta la presenza di tutor qualificati all'interno del polo didattico attraverso una selezione per titoli e curriculum. Ciò è stato necessario perché i grandi cambiamenti legislativi che sono avvenuti in questi ultimi anni, hanno tracciato una linea di confine con il passato modifican-

Dentro la **P**rofessione

do in maniera sostanziale ruolo e funzioni delle professioni sanitarie in relazione anche a un cambiamento della domanda da parte degli utenti. Oggi il cittadino parte degli utenti. Oggi il cittadino ha una forte consapevolezza dei suoi diritti, vuole essere accolto in strutture confortevoli e trovare servizi efficienti.

Attuiamo il cambiamento:

Questo è il nome del progetto che il nostro gruppo di lavoro come tutor ha prodotto con gli allievi del 1° 2° e 3° anno. La scelta del titolo è nata perché il cambiamento deve avvenire nei nostri ambiti lavorativi coniugando le esperienze degli operatori sanitari con i bisogni formativi degli studenti. E' un progetto nato da poco tempo, ma i risultati ottenuti ci danno la certezza di essere sulla strada giusta e, inoltre, sono di grande stimolo in un ambiente frenetico che tende a massificare e demotivare continuamente chi lavora da anni in ambienti dove le emergenze sono di vario genere. In tal modo gli studenti si sentono integrati e vivono in reparto con la voglia di partecipare ai lavori di ricerca e di lasciare una traccia del loro passaggio.

BIBLIOGRAFIA

L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni.
"Il tutor per le professioni
sanitarie"
Carocci Faber

P. Binetti, I. Pontati, D. Santini
"Il tutorato, modelli ed esperienze
nella pratica universitaria".
Universo Roma

P. Binetti, R. Alloni
"Modi e modelli del tutorato"
Edizioni Magi

White R. Ewanc
"Il tirocinio". L'insegnamento
clinico del "nursing"
Milano Sorbona 1994

P. Binetti
"L'eccellenza nella pratica clinica
dell'infermiere".

Italiana a cura di C. Calamandrei
e L. Rasero
Mc Graw-Hill

L'osteoporosi nelle donne

I trattamenti possibili – Uso dell'Alendronato per la prevenzione

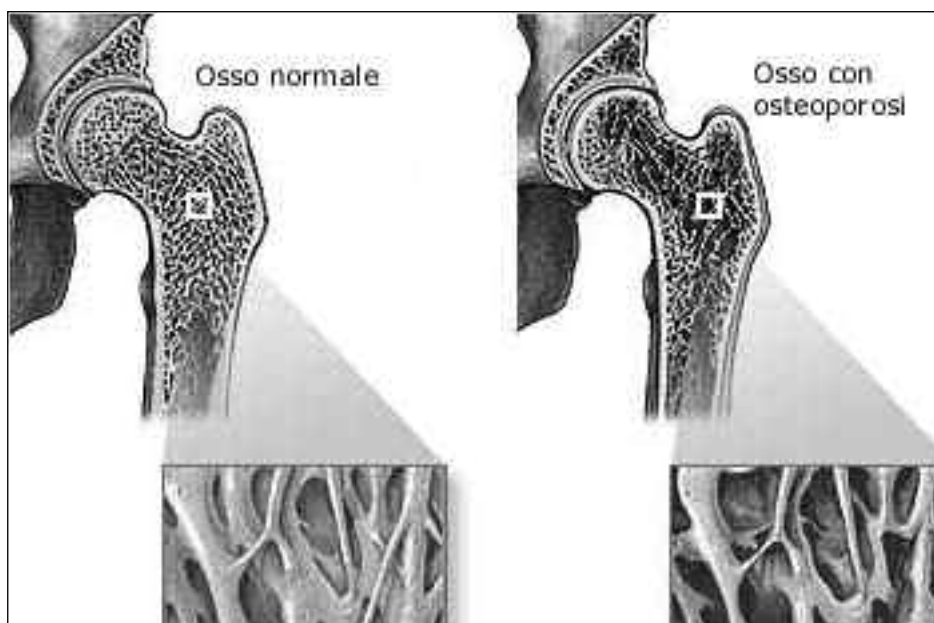
DI SILVIA NAPPA

L'osteoporosi è una malattia dello scheletro caratterizzata da riduzione della densità ossea e deterioramento del tessuto osseo con conseguente incremento di fragilità e suscettibilità alle fratture; essa è una malattia da invecchiamento che indebolisce progressivamente il tessuto osseo, causando fratture, dolore, immobilità e perdita dell'autosufficienza.

Per la sua frequenza (1 donna su 3 ed 1 uomo su 5 in età avanzata) rappresenta una vera emergenza sanitaria. Per le complicanze che determina l'osteoporosi ha un grosso impatto economico: secondo fonti statunitensi solo negli USA l'osteoporosi causa 1,3 milioni di fratture l'anno e costa non meno di 14 miliardi di dollari al sistema sanitario nazionale, solo per le spese più immediate.

L'osteoporosi è causata da molti fattori. Una delle principali cause è il calo degli estrogeni durante la menopausa; gli estrogeni sono infatti i principali ormoni che consentono di mantenere un' adeguata massa ossea. Già nel 2000 lo stesso gruppo di scienziati aveva scoperto che la perdita ossea causata dal deficit di estrogeni deriva da un aumento dei linfociti T nel midollo osseo. I linfociti T infatti, quando attivati, producono una proteina chiamata TNF (tumor necrosis factor), che aumenta la formazione di osteoclasti, le cellule responsabili del deterioramento dell'osso, causando nel tempo l'osteoporosi. Vari farmaci sono usati per ridurre il rischio di frattura ossea nelle donne affette da osteoporosi e fra questi i più comuni sono i bifosfonati (alendronato, etidronato, risedronato, e acido zoledronico), farmaci non ormonali che inibiscono il riassorbimento dell'osso interferendo con l'attività degli osteoclasti.

I bifosfonati sono analoghi sintetici del pirofosfato inorganico, un regolatore endogeno del metabolismo osseo, che inibisce in vitro sia il riassorbimento sia la mineralizzazione dell'osso.



OBIETTIVO

Presentare le migliori evidenze disponibili circa l'uso dell'alendronato, nelle donne in menopausa, rispetto all'uso del calcio, per prevenire e ridurre il rischio di fratture.

P.I.C.O.

P- Donna in menopausa

I - Assunzione di bifosfonati in particolare di alendronato

C - Assunzione calcio/vitamina D

O - Riduzione rischio di fratture

M – Essendoci posti un quesito di trattamento, il disegno di studio ideale è l'RCT, ma abbiamo ricercato risposte anche nelle Banche Dati di Revisioni Sistematiche e di Linee Guida.

BANCHE DATI

BD primarie: PUBMED

BD secondarie: COCHRANE, NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, AHRQ

PAROLE CHIAVE

Alendronato

Calcio

Osteoporosi

Menopausa

LIMITI UTILIZZATI

Limits: added to PubMed in the last five years, only items with abstract, published in the last five years, Randomized Controlled Trial, Review.

Dentro
la **P**rofessione

in menopausa

Motivo di selezione degli studi

Attraverso Pubmed è stato reperito molto materiale riguardante il trattamento farmacologico dell'osteoporosi, ma abbiamo escluso vari lavori non inerenti al ns. specifico quesito. Abbiamo innanzitutto considerato alcuni RCT degli ultimi cinque anni che valutano l'efficacia del bifosfonato alendronato nel trattamento dell'osteoporosi. Un trial pubblicato nel 2004 sul New England Journal of Medicine dimostra che donne trattate per dieci anni con 10 mg di alendronato al giorno presentano aumento della densità minerale ossea (BMD), sostenuto nel tempo, del 13,7% alla colonna lombare, del 10,3% al trocantere, del 5,4% al collo del femore e del 6,7% al femore prossimale e che il trattamento con l'alendronato è ben tollerato per più di dieci anni. Un altro importante studio, il FLEX (Fracture Intervention Trial Long Term Extension), pubblicato sulla rivista JAMA nel 2006, riprende, dopo dieci anni, lo studio FIT (Fracture Intervention Trial), il primo trial controllato randomizzato su larga scala il cui endpoint fosse l'effetto sulle fratture e che concluse che l'alendronato in particolare è in grado di ridurre del 51% il rischio di fratture del femore, del 46% il rischio di nuove fratture vertebrali e del 44% il rischio di fratture al polso.

Ma per quanto tempo devono essere prescritte queste terapie? Gli effetti del farmaco si possono mantenere una volta interrotta la terapia? Nello studio FLEX sono state reclutate 1099 donne in postmenopausa che già avevano partecipato allo studio FIT e che erano state trattate con alendronato per un periodo medio di 5 anni, successivamente randomizzate a ricevere, per altri 5 anni, alendronato 5 mg/die, alendronato 10 mg/die o placebo. L'end-point primario dello studio era il valore della densità minerale ossea (BMD) misurata a livello dell'anca; outco-

mes secondari erano i valori di BMD misurati in altre sedi e i markers biochimici di rimodellamento osseo. Un outcome "exploratory" (e quindi da prendere con prudenza) era anche la frequenza di fratture nei vari gruppi.

Nel gruppo placebo risultò una riduzione della BMD a livello dell'anca del 2,4% e della colonna del 3,7% ma i livelli medi rimasero comunque al di sopra dei valori pretrattamento misurati 10 anni prima. Nel gruppo che smise l'alendronato si ebbe anche un aumento del turnover dei markers di rimodellamento osseo rispetto al gruppo che continuò l'alendronato. Il rischio di fratture non vertebrali era simile nei due gruppi, mentre il gruppo che continuò l'alendronato mostrava un rischio di fratture vertebrali diagnostiche clinicamente minore (2,4% vs 5,3%; RR 0,45; IC95% 0,24- 0,85). Per contro non era diverso il rischio di fratture vertebrali morfometriche (cioè diagnosticate solo tramite radiografia). Gli autori concludono che smettere l'alendronato dopo 5 anni non aumenta in modo significativo il rischio fratturativo, tuttavia nei casi ad alto rischio di fratture vertebrali cliniche potrebbe essere utile continuare la somministrazione del farmaco.

Ci siamo successivamente soffermati su studi randomizzati controllati pubblicati negli ultimi cinque anni specifici sulla comparazione dell'uso di alendronato con quello del calcio per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in menopausa. Gli studi degli ultimi cinque anni che comparano specificamente l'alendronato con il calcio sono limitati: citiamo un RCT pubblicato nel 2007 che compara direttamente l'alendronato al supplemento di calcio valutando i risultati del solo uso di alendronato, dell'uso di alendronato con calcio e del solo uso di



calcio nelle donne in menopausa con bassa densità minerale ossea (BMD): esso conclude che, in donne in postmenopausa con un apporto giornaliero ≥ 800 mg di calcio e 400 UI di vitamina D, trattate per 24 mesi con alendronato a 10 mg al giorno, si è determinato un aumento significativamente maggiore nel BMD e riduzione del turnover osseo rispetto al supplemento di calcio da solo.

L'aggiunta di un supplemento di calcio al trattamento con alendronato non ha avuto alcun effetto sulla BMD e ha portato una piccola, ma statisticamente significativa, riduzione supplementare dei markers di riassorbimento osseo. Per quanto riguarda le Revisioni Sistematiche abbiamo trovato particolarmente pertinente l'abstract di una recente revisione Cochrane che considera i risultati di undici RCT pubblicati fra il 1966 ed il 2007 in cui donne che hanno ricevuto per un anno alendronato sono comparate a donne che hanno ricevuto placebo e/o calcio/vitamina D, con l'obiettivo di dimostrare l'efficacia dell'alendronato nella prevenzione primaria e secondaria delle fratture osteoporotiche nelle donne in menopausa; l'outcome è l'incidenza di fratture.

I ricercatori Cochrane hanno effettuato una meta-analisi degli outcomes di fratture considerando il rischio assoluto e relativo con un

Continua a pagina 22

Dentro la Professione

Continua da pagina 21

dosaggio di 10mg. al giorno di alendronato, evidenziando che dosi superiori a 5 mg/die del farmaco hanno ridotto il RR di fratture vertebrali del 48% (IC 95% 35-57) e dosi comprese tra 10-40 mg hanno determinato una RRR per le fratture non vertebrali del 49% (IC 95% 31-62); essi hanno potuto concludere che l'alendronato è efficace nella prevenzione primaria e secondaria delle fratture a carico della colonna vertebrale (livello di evidenza "gold") e che il farmaco protegge anche dalle fratture a carico di altre ossa del corpo, come i polsi e le anche, ma solo in prevenzione secondaria (livello di evidenza "gold").

La revisione mostra che, nonostante il timore che questo farmaco potesse dare disturbi aggiuntivi a carico dello stomaco e della mascella, non c'è un aumento degli eventi avversi nelle donne trattate all'interno degli studi clinici. Sul sito della Cochrane abbiamo poi reperito l'intera revisione sistematica. Abbiamo, ancora, reperito nel sito della National Guideline Clearinghouse, le Linee Guida per la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi con le maggiori raccomandazioni ai fisiatri, basate sulle migliori evidenze disponibili da RCT, in cui si consiglia in particolare alle donne in menopausa un adeguato apporto di calcio e

vit.D, controllo del peso, esercizio fisico, astensione da fumo ed alcool, controllo del BMD in donne di età superiore ai 65 anni e in donne più giovani che hanno uno o più fattori di rischio. Inoltre si elencano le principali opzioni farmacologiche approvate dalla Food and Drug Administration (FDA) per la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi, fra cui figura l'alendronato come farmaco capace di ridurre l'incidenza di fratture del 50%. Sul sito di Linee Guida dell'AHRQ abbiamo reperito il report di una revisione dell'AHRQ che compara effetti e rischi dei vari bifosfonati con estrogeni, calcitonina, calcio, vit.D e ormone paratiroideo usati per ridurre il rischio di fratture ossee nell'osteoporosi: in esso si conclude che non esistono abbastanza evidenze scientifiche per stabilire che i bifosfonati siano migliori rispetto ad altre terapie e che nessun bifosfonato è provato che sia più efficace di un altro come trattamento dell'osteoporosi.

CONCLUSIONI

Per documentare l'efficacia dell'alendronato e cioè la sua azione preventiva nei confronti delle fratture, abbiamo ricercato le evidenze più forti ottenute sulla prevenzione delle fratture nel corso di trials randomizzati controllati, in doppio cieco, condotti su grandi numeri di pazienti, con lungo follow up; seguendo il criterio di efficacia abbiamo riscontrato che studi rispondenti ai suddetti criteri sono pochi, ma i dati raccolti suggeriscono la legittimità di questo trattamento farmacologico nell'osteoporosi, con risultati coerenti in vari studi, facendone un farmaco di prima scelta soprattutto nelle donne a maggiore rischio di fratture.

Per quanto riguarda l'uso del calcio e della vitamina D nella prevenzione delle fratture, la letteratura presenta dati contraddittori;



essi sono utili nei soggetti carenti, ma non nei soggetti non carenti. Infatti solo se il soggetto ha un'introduzione di calcio alimentare non adeguata e non è in grado di correggerla con la dieta si prescrivono supplementazioni calciche.

Nell'ambito della tollerabilità, l'uso dell'alendronato orale è stato associato a disturbi del tratto gastroesofageo con esofagiti anche severe. In tutti gli studi randomizzati che hanno documentato l'efficacia del farmaco, però, l'incidenza



Dentro la Professione



di eventi avversi esofagei era uguale a quella del placebo. Per l'alendronato era stato osservato un aumento di ulcere con la somministrazione quotidiana di 10 mg./die, ma con la somministrazione settimanale di 70 mg/die (che garantisce fra l'altro una maggiore compliance) l'incidenza di ulcere è risultata sovrapponibile al placebo. Il rispetto delle norme di assunzione (farmaco assunto al mattino a digiuno, con 200 ml. di acqua, evitando di riassumere la posizione clinostatica nella mezz'ora successiva) riduce l'incidenza di eventi avversi. Altro evento avverso riscontrato, seppure raro, ma grave, è stato l'osteonecrosi della mascella. La durata ottimale della terapia con bifosfonati per la riduzione del rischio di fratture

Gli studi finora disponibili forniscono dati limitati sulla durata ottimale ed il trattamento prolungato è controverso; anche le linee guida non forniscono raccomandazioni al riguardo. In genere la terapia ha una durata indeterminata, anche se sono pochi gli studi che abbiano determinato gli effetti di questa classe di molecole se si interrompe il trattamento dopo cinque anni di terapia.

Gli studi farmacocinetici suggeriscono come i bifosfonati rimarrebbero nella matrice ossea per molti anni e che quelli incorporati resterebbero inattivi finché gli altri non sono stati riassorbiti, ipotizzando un effetto terapeutico anche a distanza di anni dall'interruzione del trat-

tamento. Per molte donne, l'interruzione dell'alendronato dopo cinque anni di trattamento non sembrerebbe implicare un aumento significativo del rischio di frattura; comunque, donne con un rischio molto alto di fratture vertebrali potrebbero trarre beneficio dalla continuazione della terapia oltre i cinque anni.

Non esisterebbe pertanto una durata prestabilita del trattamento con bifosfonati, anche se sembrerebbe documentato un loro effetto terapeutico, espresso in termini di riduzione del rischio di fratture, anche a distanza di tempo dall'interruzione della terapia.

Risulta inoltre utile valutare il rapporto rischio-beneficio della continuazione/interruzione della terapia dopo cinque anni di trattamento in base alle condizioni cliniche e alla valutazione strumentale e laboratoristica di ogni singola paziente.

Dal punto di vista pratico quali conclusioni trarre? La donna in menopausa deve essere informata che, per ridurre il rischio di fratture ossee, deve innanzitutto mantenere un adeguato stile di vita che includa corretta alimentazione, esercizio fisico, controllo del peso, astensione da fumo ed alcool; solo se necessario il medico, attraverso una corretta diagnosi, stabilirà la terapia più idonea e mirata e quindi deciderà se integrare l'alimentazione con calcio e vit.D ed associarli o meno all'uso di alendronato. Per quanto riguarda poi le donne che già lo assumono, il medico, nel decidere se proseguire o meno la terapia con l'alendronato, dopo i canonici cinque anni, dovrebbe prendere in considerazione il rischio fratturativo della singola paziente, il rischio di cadute, l'aspettativa di vita e la presenza o meno di gravi comorbidità.

BIBLIOGRAFIA

1. Bone HG, Hosking D, Devogelaer JP, Tucci JR, Emkey RD, Tonino RP, Rodriguez-Portales JA, Downs RW, Gupta J, Santora AC, Liberman UA; Alendronate Phase III Osteoporosis treatment Study Group. "Ten years' experience with alendronate for osteoporosis in postmenopausal women." *N Engl J Med.* 2004 Mar 18; 350(12):1189-99
2. Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, Satterfield S, Wallace RB, Bauer DC, Palermo L, Wehren LE, Lombardi A, Santora AC, Cummings SR; FLEX Research Group. "Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-Term Extension (FLEX): a randomised trial." *JAMA.* 2006 Dec 27;296(24): 2927-38.
3. Bonnick S, Broy S, Kaiser F, Teusch C, Rosenberg E, DeLucca P, Melton M. "Treatment with alendronate plus calcium, alendronate alone, or calcium alone for postmenopausal low bone mineral density." *Curr Med Res Opin.* 2007 Jun, 23 (6): 1341-9.
4. Wells GA, Cranney A, Peterson I, Boucher M, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P. "Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women" 1: *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008 Jan 23;(1): CD001155.
5. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. "Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women" Art.No.:CD001155.DOI:10.1002/14651858. CD001155.pub 2
6. National Osteoporosis Foundation. "Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis." Washington (DC): National Osteoporosis Foundation; 2003 Apr. 37 p. [14 references]
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) "Comparative Effectiveness of Treatments to prevent fractures in men and women with low bone density or osteoporosis". Executive Summary No.12 (AHRQ Pub.No. 08-EHC008-1) December 2007.
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) "Many Osteoporosis Medications Prevent Fractures, but None is Proven Best." Press Release, December 17, 2007.

Speciale Obesità

DISTURBI ALIMENTARI/ Cresce l'incidenza nei Paesi ricchi: in Gran Bretagna e Usa

Obesità, l'emergenza "figlia"

L'obesità è una condizione definita su base anatomica: eccesso di peso corporeo per eccesso di massa grassa.

Secondo le convenzioni correnti, una persona adulta è sovrappeso se il suo indice di massa corporea (peso in kg/statura in metri al quadrato) è compreso tra 25 e 29,9 kg/m², obesa da 30 in su.

In un uomo adulto normale il grasso corporeo si aggira tra il 15 e il 18% della massa totale; in una donna, tra il 22 e il 25 per cento.

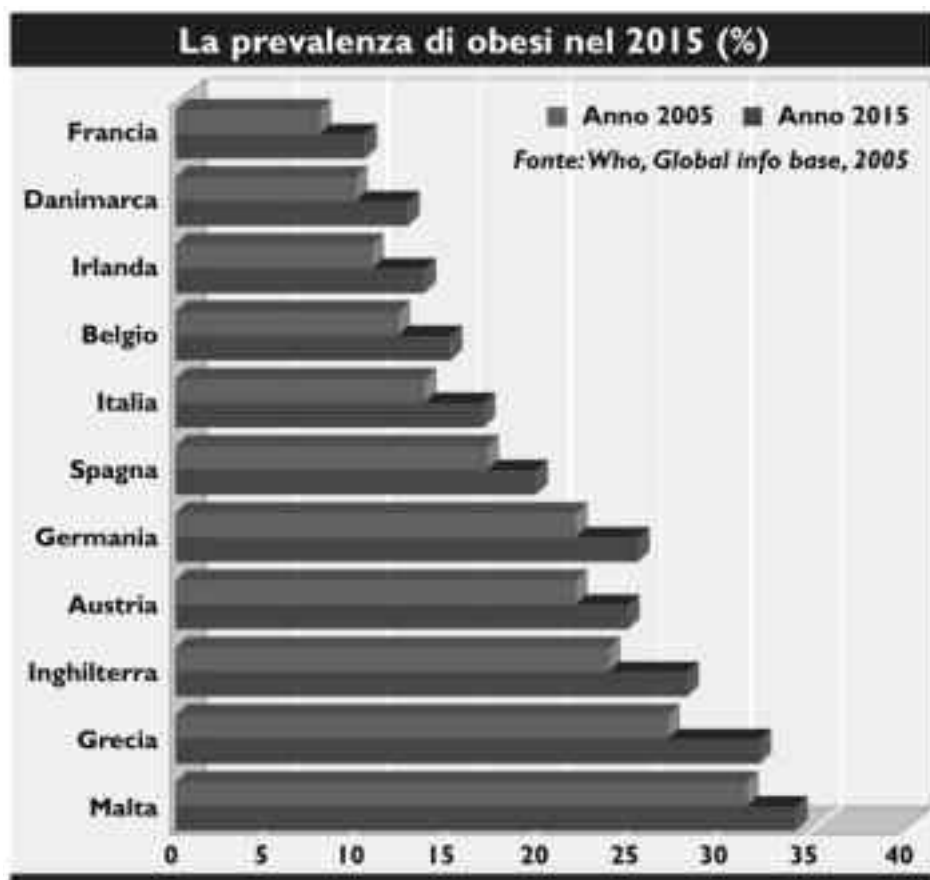
Da pochi decenni sappiamo che il tessuto adiposo non è solo un deposito di riserve energetiche ma è un raffinato organo endocrino (organo adiposo) che, attraverso la produzione di numerose molecole, interviene in modo attivo nel funzionamento dell'organismo (per es. nella regolazione del ciclo mestruale).

Una mina globale più grave del fumo

Quando il tessuto adiposo diventa eccessivo, però, il risultato è l'obesità, condizione che ha ricevuto da tempo la qualifica esplicita di malattia.

Il neologismo "globesity" è comparso all'alba di questo secolo, in un rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanità pubblicato nel febbraio del 2001: l'obesità minaccia il mondo, tutto il mondo, ed è un problema per la salute più grave del fumo, causa di spese tali da soverchiare anche le economie sanitarie più ricche.

Si calcola che i costi medici legati all'obesità si distribuiscano, nella maggior parte dei casi, fra l'1% e il 8% della spesa sanitaria nazionale. In Italia i costi diretti dell'obesità superano i 20 miliardi di euro ogni anno e sono destinati per più del 60% a ricoveri ospedalieri. In molte nazioni industrializzate l'obesità affligge più del 15% della popolazione, limite critico al di là del quale, per l'Oms, un fenomeno patologico deve essere definito epi-



demico. Anche in numerosi Paesi di sviluppo recente o in via di sviluppo, India e Cina comprese, l'aumento del peso corporeo è motivo di preoccupazione per la salute pubblica.

Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna le persone sovrappeso od obese (indice di massa corporea maggiore di 30 kg/m²), messe insieme, hanno superato la soglia del 50%: se la salute si identificasse con la condizione più frequente dovremmo considerare normale l'eccesso ponderale. Nello stesso tempo un fenomeno paradossale, l'idolatria della magrezza, alimenta la svalutazione sociale dell'obesità, soprattutto femminile, e favorisce disturbi psichici e tentativi innaturali e dannosi di controllo della fame e del peso.

L'incidenza dell'obesità sta aumentando tra i bambini e gli adolescenti ancor più che fra gli adulti, con effetti negativi sia sul piano somatico che su quello psichico (a esempio, stati depressivi e disagio legato all'immagine del proprio corpo e allo stigma sociale che perseguita le persone grasse, disturbi dell'alimentazione di tipo anoressico-bulimico ecc.). Come affrontare questa epidemia?

È una sfida che investe campi economici, politici, medici e psico-sociali. Viviamo in un ambiente obesigeno, per riduzione della spesa energetica (sedentarietà, automatismi, sistemi di riscaldamento/raffreddamento della temperatura ecc.) più ancora che per sovrabbondanza di offerte alimentari: i programmi di pre-

Speciale
Obesità

del benessere

I costi medici oscillano tra l'1% e l'8% della spesa sanitaria nazionale

venzione devono partire da qui. Negli ultimi cinquant'anni del Novecento, il tentativo d'imporre un modello medico elementare, fondato sulla riduzione del soggetto-obeso a corpo-oggetto obeso e incapace di tener conto della pluralità di fattori che intervengono nella genesi del sovrappeso e nel suo decorso, ha solo aggravato il fenomeno.

L'obesità è una condizione multifattoriale, a carattere cronico, progressivo, recidivante.

Non abbiamo una ricetta semplice per guarirla, per determinare cioè un ritorno stabile del peso a valori normali nella maggior parte dei casi.

Prescrivere una dieta restrittiva a una persona sovrappeso, come scriveva Jules Hirsch, è l'equivalente dell'antica ricetta di bastonare i matti per farli rinsavire. I pochi farmaci autorizzati hanno un'efficacia limitata che dura finché si

prendono. La chirurgia bariatrica ha fatto progressi straordinari, ma ha limiti e costi importanti.

Nessuna psicoterapia da sola fa recuperare un peso normale. L'obesità è una condizione che tende più di altre a nascondere, dietro una materialità opaca e un'uniformità apparente, la sua complessa eterogeneità, ancorata profondamente alla soggettività del singolo.

Per questo la nuova medicina dell'obesità tenta di affrontare insieme, in una prospettiva multidimensionale e multiprofessionale, a lungo termine, sia gli aspetti bio-medici che quelli psico-sociali, con il compito difficile di conciliare costi e benefici. Massimo Cuzzolaro Dipartimento di Fisiopatologia Medica Università di Roma La Sapienza Editor-in-Chief Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia Bulimia Obesity



Persone di 18 anni e oltre in sovrappeso e obese (percentuale, 2005)

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese	Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	31,4	8,3	Umbria	36,3	7,5
V. d'Aosta	30,8	6,6	Marche	34,4	9,8
Lombardia	29,8	8,5	Lazio	34,7	9,4
Trentino A.A.	34,1	8,8	Abruzzo	39,0	11,8
• Bolzano	33,9	8,0	Molise	37,8	10,4
• Trento	34,4	9,5	Campania	39,7	10,6
Veneto	33,4	9,8	Puglia	38,4	12,9
Friuli V.G.	36,4	10,4	Basilicata	39,8	12,0
Liguria	33,4	8,5	Calabria	38,4	11,3
Emilia R.	35,8	10,3	Sicilia	36,2	11,6
Toscana	34,7	8,9	Sardegna	31,8	10,5
			Italia	34,7	9,9

Fonte: Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", 2007

Speciale
Obesità

L'approccio terapeutico vincente

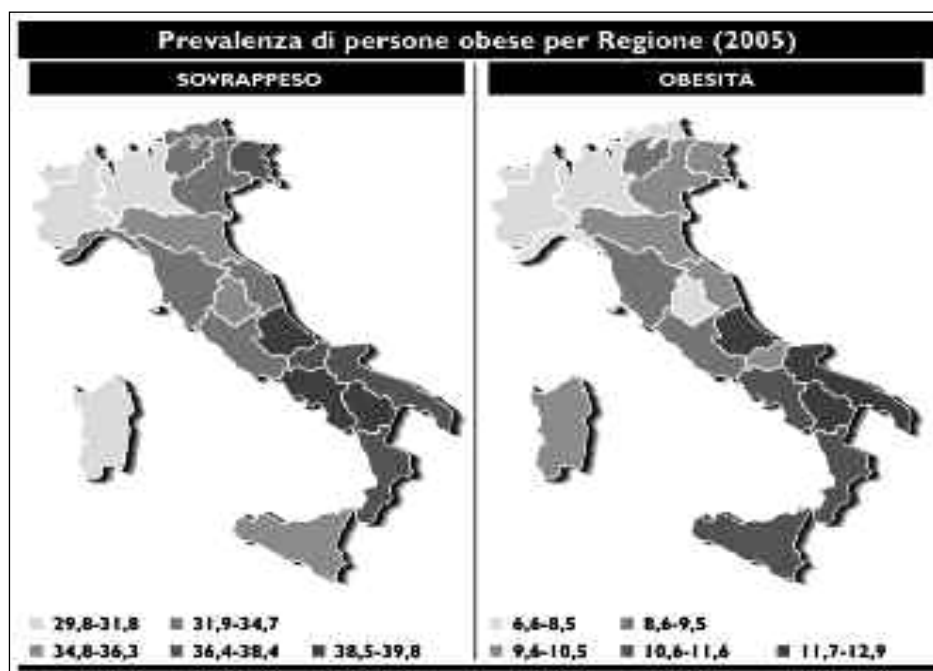
Occorre cambiare lo stile di vita

L'obesità è una malattia cronica recidivante e la sua storia naturale è caratterizzata da un aumento di peso progressivo. Il ricorso a diete drastiche e brevi tende a frammentare il processo e a produrre diminuzioni temporanee, seguite, prima o poi, da incrementi al di là del peso che precedeva la dieta.

È il quadro noto come «sindrome dello yo-yo» (weight cycling syndrome degli inglesi) ed è la vicissitudine più frequente nella storia di persone che abbiano lottato contro l'obesità. Raggiungere stabilmente valori di peso corporeo normali è l'obiettivo ideale, ma resta improbabile nella maggior parte dei casi. Interrompere la sindrome dello yo-yo e fermare la progressione del peso deve essere considerato come un primo risultato già positivo. È opportuno adottare, poi, un metro di valutazione delle cure più ampio del solo calo ponderale e tener conto delle molte variabili che fanno del sovrappeso uno stato morboso. I risultati dei trattamenti dovrebbero essere misurati anzitutto su parametri clinici: miglioramento della pressione arteriosa, del diabete, del quadro dislipidemico, delle disfunzioni e dei dolori osteoarticolari, diminuzione del rischio cardiovascolare, correzione delle disabilità e miglioramento della qualità complessiva della vita. Dal punto di vista medico la perdita di peso è soprattutto uno strumento.

Ricerche longitudinali accurate portano a considerare un calo ponderale del 10% (o, perfino, del 5%) come un obiettivo terapeutico ragionevole e soddisfacente. Ragionevole perché può essere ottenuto attraverso cambiamenti tollerabili delle abitudini. Soddisfacente perché si associa, in molti casi, a benefici metabolici e cardiovascolari significativi.

Se si escludono i rari casi secondari a malattie genetiche o endocrino-metaboliche, il trattamento medico dell'obesità si fonda sempre su un cambiamento stabile dello stile di vita, in particolar, dell'alimen-



tazione e dell'attività fisica. Tutti gli obesi hanno, o hanno avuto in qualche fase della loro esistenza, un'alimentazione relativamente ipercalorica: le calorie che hanno assunto con i cibi sono state superiori a quelle consumate (metabolismo di base, attività fisica ecc.). Molti, però, dichiarano di non mangiare più dei loro amici magri. Mentono sapendo di mentire? No, o almeno non sempre.

Anzitutto, molti di loro non hanno una percezione corretta di quanto mangiano. Gli errori di valutazione possono arrivare al 50% del contenuto calorico di un pasto, specie se il contenuto in grassi è elevato. E nell'ultimo mezzo secolo il contenuto in grassi della dieta è aumentato moltissimo: negli Usa la prevalenza di obesità ha raggiunto livelli drammatici in stretta associazione con la maggior densità energetica dei cibi e l'esplosione di obesità in Cina è legata anche alla recente maggior disponibilità di olio di semi.

Inoltre, il modello di vita attuale ha cambiato la salutare dieta mediterranea di un tempo. Non si fa la prima colazione e a

mezzodì, forse, un panino. Si arriva a sera in uno stato di confusione dei ritmi fisiologici fame-sazietà e si possono facilmente ingurgitare 2-3.000 calorie: gli psicobiologi parlano di «disinibizione cognitiva». Perdere peso impone sempre di istituire un bilancio energetico negativo: mangiare meno di quello che si brucia. Si può obiettare che, nella tendenza contemporanea all'aumento del peso corporeo, non sia tanto in gioco un'alimentazione sovrabbondante quanto uno scarso dispendio energetico.

È vero, almeno in molti casi, ma invertendo l'ordine dei fattori il prodotto non cambia: l'introito calorico è in eccesso rispetto alla spesa energetica. E non cambia la strategia terapeutica: la battaglia contro l'eccesso di peso non si vince con la sola attività fisica.

Questa è un presidio formidabile, sotto molti aspetti, ma ai fini del consumo di energia, il suo apporto è modesto: un'ora di cammino costa 200-250 calorie mentre il mitico Big Mac di McDonald ne contiene, da solo, 500-600.

Trattamenti a confronto

La svolta della chirurgia bariatrica

Oltre 1,5 miliardi di persone nelle nazioni sviluppate e in quelle in via di sviluppo sono obese e questo fenomeno è in continua crescita: "globesità". Le spese mediche, direttamente causate da questo problema rappresentano tra l'1% e l'8% dell'intera spesa medica, in Italia e nei Paesi industrializzati, pareggiando quanto si spende per tutti i tipi di tumore. Oltre a una cattiva qualità di vita, l'obeso patologico ha un accorciamento di circa 10-15 anni della sua aspettanza di vita a causa di una aumentata incidenza di diabete, malattie cardio-



vascolari, tumori ecc. L'avvento, negli ultimi 20 anni, della chirurgia laparoscopica, o dei "buchini", ha profondamente cambiato l'approccio terapeutico e l'accettazione da parte del paziente della terapia chirurgica: nell'ultimo anno negli Usa sono stati eseguiti oltre 250mila interventi di "chirurgia bariatrica". La tecnica laparoscopica è, senza dubbio, il "gold standard" per questa chirurgia. Esistono dei criteri precisi per indicare la chirurgia bariatrica, criteri che tengono conto di: età, peso, presenza di altre malattie correlate all'obesità (comorbidità), stato psicologico. Tre tipi di intervento sono internazionalmente considerati standard: interventi restrittivi essenzialmente rappresentati dal bendaggio gastrico; interventi malassorbitivi e cioè la diversione biliopancreatica, e interventi "metabolici" e cioè il bypass gastrico. Il bendaggio gastrico realizza una piccola (25 ml. o ½ tazza da caffè) tasca gastrica con l'ausilio di un anello di silicone stretto intorno allo stomaco. Basta riempirla per avere il senso della sazietà. Il bendaggio è l'intervento più comunemente eseguito in Europa e in Italia. È un procedimento di facile, ma accurata, esecuzione, in mani esperte è pressoché privo di complicanze, è facilmente reversibile ed efficace in circa il 70% dei casi. Per il bypass gastrico invece si ritaglia dallo stomaco una piccola tasca gastrica completamente separata dalla cavità gastrica principale. Questa tasca è riconnessa all'intestino saltando la porzione duodeno-digiunale del piccolo intestino.

Ne deriva diminuzione dell'appetito e aumento della sazietà che determina una duratura (oltre 15 anni) perdita di peso nell'80-90% dei pazienti oltre a uno specifico effetto sul diabete (guarigione 80-90% dei casi). Questo intervento è il "gold standard" negli Usa dove rappresenta il 70% di tutta la chirurgia bariatrica. Infine gli interventi malassorbitivi che riconoscono nella diversione biliopancreatica la tecnica principale. Messo a punto da Scopinaro, realizza allo stesso tempo una asportazione di una parte dello stomaco e quindi

un senso di sazietà precoce e, in aggiunta, una commistione tra cibo e succhi digestivi solo nell'ultimo tratto di piccolo intestino, per cui invece di digerire e assorbire con tutti i 5 metri di intestino tenue, lo si fa solo con un tratto di 50 cm, assorbendo quindi solo una parte delle calorie ingerite (malassorbimento). Quest'ultimo intervento è indubbiamente il più efficace ai fini della perdita di peso e di risoluzione delle comorbidità, peraltro determina alcune sequele funzionali che necessitano di controllo medico.

Negli ultimi anni l'utilizzo di un pallone, posizionato con una semplice endoscopia nello stomaco, sta godendo di molta popolarità anche in relazione a risultati clinici incoraggianti. L'esperienza clinica e un accurato studio pre-operatorio aiutano a individuare, tra quelli descritti, il trattamento più idoneo nel singolo caso, in questo le "aspettative" del paziente hanno una importanza fondamentale. La straordinaria efficacia della chirurgia bariatrica nel controllo del diabete mellito 2, nel 90% dei casi associato a obesità (diabesità) ha determinato negli ultimi 2-3 anni una entusiastica spinta a indagare sulla possibilità di una "cura chirurgica" per il diabete mellito 2. In conclusione la chirurgia bariatrica, da effettuarsi preferibilmente con tecnica laparoscopica, è efficace a lungo termine con un importante effetto benefico sulle "comorbidità". Ciò migliora la qualità e prolunga la aspettanza della vita.

Speciale
Obesità

**Disturbi alimentari:
la piaga dell'obesità infantile
dissipa risorse e benessere**

Così scoppiano i

Attualmente il peso economico dell'obesità negli Usa è relativamente piccolo, anche se si aggira probabilmente su molte centinaia di milioni di dollari. In mancanza di interventi efficaci, il costo dell'obesità negli Stati Uniti può divenire catastrofico, e non solo per l'escalation della richiesta di cure mediche, ma anche per la perdita di produttività dei lavoratori, causata dalle disabilità fisiche e psicologiche legate all'obesità. In termini economici, questo significa che potrebbe venire un momento nel quale vi sarà il pericolo di insolvenza da parte del Medicare, appesantito dall'espansione dell'obesità e dalla riduzione delle coperture sanitarie, con il problema aggiuntivo della necessità di garantire comunque l'infrastruttura sociale, con le ulteriori conseguenze potenzialmente serie per la competitività internazionale della nazione. I costi umani dell'obesità potrebbero essere catastrofici. Come il riscaldamento globale, l'epidemia di obesità rappresenta una crisi imminente che richiede misure urgenti anche prima di avere a disposizione tutti i supporti scientifici. Come è già accaduto nel caso del riscaldamento globale, alcuni hanno messo in dubbio le previsioni degli esperti, mettendo in dubbio anche l'impatto dell'obesità, anche se lo scetticismo si sta trasformando gradualmente in preoccupazione, in base ai dati che si vanno accumulando. Altre persone pensano di rimandare gli sforzi per risolvere il problema, nella speranza che i nuovi farmaci e le nuove procedure chirurgiche possano fornire una soluzione scientifica indolore. Altri ancora affermano che i costi delle azioni necessarie per ridurre l'obesità siano troppo alti, senza tuttavia proporre soluzioni potenzialmente utili. Ma il problema dell'obesità è molto differente da quello del riscaldamento globale: le soluzioni sono disponibili e possono essere messe in atto con una strategia a livello nazionale. In questo modo sarà possibile implementare soluzioni adeguate senza bisogno di grandi sacrifici. Certamente abbiamo ancora molto da imparare sulla regolazione del peso corporeo; le diete povere di grassi hanno dato risultati deludenti, mentre le diete eccessivamente povere di carboidrati sembrano efficaci, almeno nel



breve termine. Gli approcci più recenti in tema di obesità si concentrano sulla qualità dei cibi piuttosto che sulla qualità dei micronutrienti e sembrano dare risultati promettenti, assieme ad altri approcci come ad esempio gli effetti della privazione di sonno, lo stress, gli agenti infettivi, e l'effetto delle tossine ambientali sul peso. Sfortunatamente, il governo statunitense ha al momento in vestito solo centesimi per la ricerca di quanto l'obesità possa costare effettivamente alla società. E, anche se esiste un consenso diffuso sulla necessità di adottare uno stile di vita utile per prevenire e curare l'obesità infantile, manca ancora una strategia globale che sia in grado di incoraggiare i bambini, di far loro assumere una dieta salutare e di farli impegnare in un regolare esercizio fisico. Questa strategia dovrebbe essere sostenuta da una legislazione che dovrebbe regolare, tra l'altro, la promozione dei "cibi-spazzatura". È inoltre necessario che questa strategia possa ricevere fondi adeguati per privilegiare nelle scuole l'uso di cibi adatti all'età, che venga implementata una regolare attività fisica, che venga ristrutturato il programma di sussidi all'agricoltura, in modo da favorire la produzione di cibi nutrienti ma non ricchi di calorie fino a obbligarne, su base nazio-

nale, una copertura assicurativa necessaria per prevenire e trattare l'obesità pediatrica. I genitori hanno comunque il dovere di assumersi la responsabilità della salute dei figli, somministrando loro solo cibi di buona qualità, regolando rigidamente i tempi di stare seduti davanti alla televisione e favorendo la possibilità di adottare uno stile di vita salutare. Ma, purtroppo, che sforzi possono fare gli ipotetici Mr e Mrs G per proteggere i propri bambini dalle malattie, se devono confrontarsi con le massicce, ossessive e martellanti campagne di marketing da parte dei produttori di "cibo-spazzatura"? Perché i bambini da un lato devono evitare la tentazione dei "cibi-spazzatura" nella caffetteria della scuola, e dall'altro non possono avere la possibilità di eseguire esercizio fisico regolare durante la scuola? E perché Mr e Mrs G devono litigare con la loro assicurazione per coprire i costi delle cure dei figli in una clinica per l'obesità? Fortunatamente, con l'esercizio della responsabilità personale e sociale, abbiamo il potere di scegliere il futuro dei nostri figli. Attualmente i costi economici dell'obesità pediatrica e le loro complicazioni a carico della prole sono relativamente bassi, e si aggirano su alcune centinaia di milioni di dollari. In mancanza di

Speciale
Obesità

bimbi americani

In agguato diabete, steatosi epatica, problemi ortopedici e psicosociali

interventi efficaci i costi dell'obesità possono diventare catastrofici non solo per l'aumento della spesa ma anche per la riduzione della produttività del lavoro causata dalle disabilità fisiche e psicologiche. Le prevedibili perdite economiche possono arrivare a mettere in forse i bilanci del Medicare, con effetti di espansione delle coperture assicurative da un lato, di riduzione di copertura dall'altro e di riduzione delle infrastrutture

sociali, con effetti deleteri sul la competizione internazionale. Come per il riscaldamento globale, l'epidemia di obesità costituisce una crisi imminente che richiederà soluzioni anche prima della pubblicazione delle evidenze scientifiche. Come per il riscaldamento globale, alcune persone hanno messo in dubbio le previsioni degli esperti, anche se si sono accorte che lo scetticismo non regge di fronte ai dati che si stanno

accumulando. Altre persone cercano di procrastinare gli sforzi per affrontare il problema, sperando nella possibile scoperta nello sviluppo di nuovi farmaci e di nuove procedure chirurgiche.

Altre persone pensano che i costi delle azioni possano essere molto gravosi, senza tutta via riconoscere che la sopravvivenza dipende dal trovare una soluzione al problema

In Italia in media un bambino su tre è in sovrappeso e uno su dieci nettamente obeso. La

La battaglia contro l'eccesso di peso non trascuri gli adolescenti

È infatti molto difficile ottenere una persistenza nel tempo dei risultati ottenuti con la terapia.

frequenza del fenomeno è in progressivo aumento. Ma perché preoccuparsi? Quattro le motivazioni più importanti:

- L'obesità da bambini tende a persistere in età adulta. Dati recenti mostrano che un bambino obeso di 10 anni ha una probabilità venti volte superiore di un coetaneo normopeso di essere ancora obeso da adulto. E il rischio cresce se il bimbo ha genitori obesi. Tuttavia, essere magro da bambino o adolescente non costituisce fattore protettivo dell'obesità da adulto.

- L'obesità del bambino è associata con altre malattie. Anche prima dell'età adulta i bambini e soprattutto gli adolescenti obesi possono presentare conseguenze sul piano organico e psicologico.

Molti giovani obesi possono avere, infatti, ipertensione arteriosa, alterazioni di vario grado del metabolismo del glucosio, elevati livelli di grassi circolanti, soprattutto trigliceridi, accumulo di grasso nel fegato, ma anche soffrire di discriminazioni da parte di coetanei e adulti, depressione e bassa autostima. I disturbi metabolici che si accompagnano all'obesità riconoscono nell'accumulo di grasso in sede addominale un fattore di rilievo: anche nel bambino avere la "pancia" non è positivo.

- L'obesità in età giovanile è associata alla comparsa di malattie in età adulta. La persistenza nel tempo dei fattori di rischio metabolico e cardiovascolare associati all'obesità (insulino-resistenza, elevati livelli di lipidi circolanti ecc.) è associata alla comparsa di malattie (diabete, malattie cardiovascolari) e a mortalità in età adulta.

La mortalità in generale è più elevata a parità di età, familiarità per malattie cardiovascolari, consumo di alcol e fumo di sigarette, nei maschi che erano obesi in età adolescenziale-giovanile, indipendentemente dal fatto che siano o meno obesi da adulti.

- Il trattamento dell'obesità è frustrante. Nella gran parte dei casi, il trattamento risulta efficace solo nel breve termine.

Nell'adulto, a distanza di dieci anni dal termine di un programma di trattamento medico per obesità meno del 5% dei soggetti ha un peso inferiore a quello misurato all'inizio. Nei bambini l'efficacia del trattamento è più elevata che nell'adulto. Il risultato è migliore tanto minore è il grado di sovrappeso e tanto maggiore è il coinvolgimento diretto dei genitori nel programma terapeutico. Che fare per evitare che un bambino diventi obeso? Le due età più a rischio sono l'età prescolare e la pubertà.

Il primo irrinunciabile accorgimento è quello di misurare peso e statura almeno ogni 6 mesi.

Questa semplice procedura consente di riconoscere precocemente se l'incremento del peso è proporzionale o no alla statura. Se ciò non accade, occorre intervenire con tempestività, prima che l'obesità si strutturi e divenga difficilmente risolvibile. Una terza misura, quella della circonferenza della vita, consente di calcolare il rapporto circonferenza vita/altezza. Se il rapporto è superiore a 0,5, sia nei maschi che nelle femmine è utile eseguire una visita pediatrica ed eventualmente qualche esame di controllo, perché il rischio di avere qualche alterazione metabolica è più elevato.

I principali obiettivi della prevenzione dell'obesità del bambino sono: promuovere l'autoregolazione degli apporti energetici e della composizione della dieta in base ai reali fabbisogni, ma anche uno stile di vita più attivo.

Per poter attuare questa strategia è indispensabile conoscere quali fattori incidono maggiormente sulle scelte nutrizionali e motorie di famiglie e bambini. Il ruolo del pediatra al riguardo è fondamentale. In base all'eziologia multifattoriale dell'obesità, l'intervento preventivo richiede peraltro che molti attori (scuola, comunità, media, aziende alimentari ecc.) siano contemporaneamente coinvolti nel programma insieme alla famiglia.

Speciale
Obesità

Ecco le risposte della Farmacopea

Dalla Sibutramina all'Orlistat

Le ridotte opzioni farmacologiche disponibili per l'obesità si collocano tra le pressanti richieste di soluzioni radicali, immediate e di semplice applicazione che giungono dai pazienti, e le proposte, modulate su tempi lunghi, della scienza medica ufficiale.

Se l'obiettivo è il recupero totale, clinico e comportamentale del paziente obeso, la terapia farmacologica, anche se spesso irrinunciabile, rischia a volte di condizionare, legare il risultato alla "pillola" e interferire col processo educativo. È anche per questo che le linee guida nazionali e internazionali raccomandano la terapia farmacologica solo con un indice di massa corporea (Bmi) maggiore di 30 o anche di 27, ma con complicanze, e da proseguire solo se si dimostra efficace e sicura.

La sfida della terapia medica antiobesità si gioca dunque sul perenne equilibrio del bilancio energetico tra assorbimento e consumo per cui i farmaci utilizzabili agiscono o sui meccanismi che regolano l'assunzione e l'uso del cibo o sul dispendio calorico. Una dieta ipocalorica rispetto al metabolismo di base, se seguita correttamente, è in grado di far perdere peso. I farmaci devono quindi consentire alla dieta di raggiungere l'obiettivo ragionevole di una riduzione di almeno il 5-10% del peso in eccesso in 6-12 mesi.

I farmaci anoressizzanti agiscono sull'equilibrio appetito/sazietà e sono tutti ad azione "centrale".

Si dividono essenzialmente in adrenergici, che agiscono prevalentemente sui recettori dell'adrenalina, e serotoninergici che promuovono il rilascio di serotonina o ne impediscono la "ricaptazione" a livello dei centri cerebrali, le cui molecole sono fluramina, fenfluramina, dexfenfluramina e sibutramina. Anche se continuano a comparire in "micidiali" prescrizioni galeniche, tutti questi farmaci, salvo la sibutramina, sono stati aboliti dalla farmacopea italiana, non tanto per la relativa efficacia, quanto per l'elevata tossicità, a parte il rischio di abuso e dipendenza. Sono infatti descritti effetti collaterali, di grado e frequenza inaccettabili, a livello del sistema nervoso, cardio-circolatorio e digerente.

La sibutramina è regolarmente prescrivibile e continua a confermare la sua efficacia, anche per lunghi periodi, in pazienti obesi selezionati e anche con "binge eating disorder".

Decisamente più a valle rispetto agli anoressizzanti, agiscono i farmaci che riducono l'assorbimento intestinale, specie dei grassi.

Sono da annoverare tra questi alcune resine come il chitosano, alcuni inibitori enzimatici come l'acarbose, che riduce il picco post-prandiale del glucosio, e soprattutto l'orlistat, inibitore selettivo della lipasi pancreatica che è in grado di ridurre del 30% l'assorbimento dei grassi alimentari. L'orlistat è tuttora l'unica alternativa reale alla sibutramina



tra i farmaci ufficialmente prescrivibili.

Clinicamente a lungo testato, è efficace anche per l'effetto "antabuse": l'assunzione eccessiva di lipidi con la dieta, assieme al farmaco, induce infatti drammatica incontinenza delle feci, divenute in tal modo oleose.

Efedrina e caffeina possono invece incrementare la termogenesi, ma le dosi almeno teoricamente efficaci sono incompatibili con sicurezza e tollerabilità per i gravi effetti sull'apparato cardio-circolatorio. Gli ormoni tiroidei e i preparati contenenti iodio ad alte dosi, indipendentemente dalla via di assunzione (anche transcutanea), incrementando artificialmente il consumo calorico, fanno perdere peso (anche muscoli), ma inducendo una patologia "tirotossica", come da malattia ipertiroidica. Il loro uso è dunque controindicato e rischioso oltre che inutile in prospettiva terapeutica.

Nell'immediato futuro è imminente la commercializzazione di una nuova categoria di farmaci il cui capostipite è il rimonabant, in grado di agire sia a livello centrale che periferico, riducendo il bisogno di cibo e modulando il metabolismo periferico glicidico e lipidico. Nulla però ancora di definitivo e risolutivo, almeno per i casi di obesità più morbigena, rispetto alla chirurgia bariatrica e alla riabilitazione metabolica e comportamentale.

Le questioni del lavoro*& previdenza*

Pensioni, il riscatto conviene

PREVIDENZA/ Per il recupero degli anni di laurea introdotti vantaggi e benefici fiscali. Ma l'utilità cambia a seconda dell'età e del regime previdenziale

Tutti i vantaggi

- Rateizzazione più ampia fino a 120 mesi
- Eliminazione degli interessi per il suo pagamento rateale
- Efficacia pensionistica del riscatto per coloro che sono nel sistema contributivo: sono utili ai fini del raggiungimento dell'anzianità contributiva dei 40 anni
- Importo del riscatto detraibile dall'imponibile Irpef ai fini fiscali.
- Ammesso il riscatto anche per chi non risulti essere iscritto ad alcuna forma obbligatoria di previdenza ovvero non abbia iniziato a lavorare: onere intorno a 4.500 euro per anno riscattato detraibile dal genitore a fini fiscali



DI EMILIO VILLANO

L'ultima riforma previdenziale ha sollecitato molti a ripensare l'utilità o meno del riscatto degli anni di studio. Si tratta di un possibile investimento di denaro per avere un avvicinamento al traguardo pensionistico ovvero per rendere la pensione meno avara. Le novità introdotte dalla legge n. 247 del 2007 - pagamento in dieci anni e senza interessi - riguardano soprattutto i più giovani che entrati nel mondo del lavoro dopo il 1996 ricadono nel sistema contributivo e anche coloro che ancora non abbiano un rapporto di lavoro, pagando circa 4.560 euro per ogni anno riscattato (il riferimento è fatto sulla base del minimale retributivo - 13.819 euro - degli autonomi). Ma il dubbio

“riscatto sì riscatto no” coinvolge anche i lavoratori più anziani ricadenti nel sistema retributivo o misto. Per coloro che ricadono nel sistema contributivo le motivazioni sono in pratica due: avere una rendita più alta e anticipare i tempi della pensione. Per questa seconda motivazione il riscatto ha valore solamente per raggiungere i quaranta anni di contribuzione che consentono il trattamento pensionistico anticipato. Mentre si potrà avere un effettivo aumento del trattamento prevedibile soprattutto per chi ha l'intenzione di lavorare oltre i 60/62 anni in quanto il regime contributivo prevede coefficienti di rendimento crescenti in base all'età in cui ci si ritira dal lavoro, anche se dubitiamo che questi limiti anagrafici possano ancora esistere quando i

trentenni di oggi andranno in pensione. Meno valore economico avrà il riscatto di chi non ha ancora lavoro, in considerazione dell'importo minimo previsto. In pratica si spende meno, ma il minor sacrificio si ripercuoterà, poi, sul risultato finale. Dal punto di vista finanziario il riscatto è comunque un'operazione conveniente. Essendo la pensione erogata collegata alla speranza di vita l'indice di efficienza è sempre superiore a 1, anzi per le donne, che sono più longeve, il loro indice di efficienza è ancora più elevato. Ricordiamo che il riscatto nel sistema contributivo costa il 33% del reddito degli ultimi dodici mesi antecedenti il momento della domanda per ogni anno. Resta da esaminare se forse sarebbe più....

Continua a pagina 32

Lavoro
e **P**revidenza



Pensioni, guida

DI VALERIO DE MARTINO

Con la circolare n. 7 del 13 maggio l'Inpdap, (e contemporaneamente anche l'Inps con circolare n. 60 del 15 maggio), è intervenuto a dare disposizioni utili a meglio definire i termini relativi ai pensionamenti dopo l'entrata in vigore delle norme approvate a fine 2007. La circolare dell'Inpdap si articola in tre parti. La prima riguarda la nuova disciplina concernente i requisiti di età e anzianità contributiva prescritti per il conseguimento del diritto alla pensione. Nella seconda parte vengono esaminate le modifiche relative alle modalità di accesso al pensionamento (cosiddette «finestre»). Con la terza parte, infine, sono prese in considerazione le altre disposizioni disciplinate dalla legge in esame, con particolare riferimento a specifiche modalità di valorizzazione di periodi e servizi.

L'Inpdap ribadisce che il diritto alla pensione di anzianità si consegue, fermo restando il requisito di anzianità contributiva non inferiore a trentacinque anni, al raggiungimento dei requisiti anagrafici così come individuati nelle tabelle A e B annesse alla legge 247/2007. In particolare, per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 30 giugno 2009 tale diritto si acquisisce con 35 anni di anzianità contributiva e 58 anni di età, mentre per il periodo successivo il legislatore ha introdotto

Continua da pagina 32

utile investire la somma richiesta per il riscatto in un fondo di previdenza integrativa. In questo caso è molto importante avere una corretta stima sull'andamento dei mercati finanziari. Tuttavia anche con valutazioni borsistiche prudenti il confronto pende verso i fondi. Altre condizioni riguardano, invece, i più fortunati: cioè quelli che possono, anche con il riscatto, raggiungere i 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995 e così rientrare integralmente nel sistema di calcolo retributivo, ma anche coloro che, pur non raggiungendo quell'anzianità contributiva, possono essere posti nel cosiddetto sistema "misto", retributivo per gli anni antecedenti al 1996 e contributivo per i successivi. L'operazione riscatto ha un valore finanziario conveniente: si prenderà in pensione più di quanto versato.

Il riscatto sarà calcolato con il complesso meccanismo della riserva matematica. Si versa in base allo stipendio in godimento al momento della richiesta all'istituto previdenziale, ma anche sull'importo necessario per coprire l'incremento di pensione derivante dall'aggiunta degli anni riscattati apportato alle aspettative di vita. Il vantaggio massimo lo ottiene chi raggiunge i famosi 18 anni al 1995. Si tratta spesso di professionisti, come è il caso dei medici, che a causa del prolungato periodo di studi necessari per entrare nel mondo del lavoro non iniziano la propria attività prima dei 30/35 anni. Solamente con i riscatti potranno raggiungere i nuovi limiti, le famose "quote", per ottenere il trattamento pensionistico anticipato o addirittura raggiungere i 40 anni di contribuzione annullando l'obbligo del minimo dell'età richiesta.

Anche nel caso dei meno giovani è necessario esaminare la possibilità di utilizzare le somme richieste per il riscatto ai fini di una previdenza complementare. La previdenza complementare risulta più efficiente per coloro che hanno un'età intorno i 40 anni, mentre il riscatto è più favorevole per coloro che abbiano raggiunto i 50/55 anni.

Per le donne l'efficienza della previdenza complementare è inferiore perché i coefficienti di conversione in rendita sono meno elevati. Infine un dato che può rendere il riscatto particolarmente appetibile: l'importo è integralmente deducibile dall'imponibile ai fini Irpef. Per redditi intorno ai 50mila euro annui si recupera più del 40% della somma versata sia che si proceda mediante versamenti ratealizzati ovvero in un'unica soluzione.

dell'Inpdap

I requisiti di età e anzianità contributiva per il conseguimento del diritto alla pensione, le "finestre", valorizzazione di periodi e servizi

un meccanismo che prevede una diversa combinazione di requisiti anagrafici con quelli di anzianità contributiva (almeno trentacinque anni), la cui sommatoria deve determinare il raggiungimento di una quota minima prevista per l'anno considerato. Si precisa, inoltre, che sia i requisiti anagrafici che quelli contributivi minimi per il raggiungimento della quota prevista, in relazione all'anno considerato, devono essere pienamente raggiunti senza operare alcuna forma di arrotondamento.

Ciò in virtù del tenore letterale della norma che prevede un'età minima per la maturazione del diritto con una contribuzione non inferiore a 35 anni. Verificata la sussistenza di detti requisiti minimi, concorrono alla determinazione della quota prevista per l'anno considerato sia i mesi che le frazioni di essi. La sommatoria di questi dati deve raggiungere la quota prevista per l'anno considerato senza operare alcun arrotondamento. In alternativa, il diritto al trattamento pensionistico si consegue, indipendentemente dall'età, in presenza di un requisito di anzianità contributiva non inferiore a quaranta anni (39 anni, 11 mesi e 16 giorni, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 59, della legge 449/1997). Per esplicita disposizione normativa il lavoratore che abbia maturato entro il 31 dicembre 2007 i requisiti di età e di anzianità contributiva previsti dalla previgente normativa consegue, con tali requisiti e con le previgenti decorrenze, il diritto alla prestazione pensionistica di vecchiaia o di anzianità, nonché alla pensione nel sistema contributivo, anche successivamente al 1° gennaio 2008, anche se a partire da tale data siano stati introdotti nuovi e più elevati requisiti.

Tale disposizione opera anche nell'ipotesi di destinatari di un sistema di calcolo misto che esercitano la facoltà di opzione per il sistema contributivo, anche in data successiva al 1° gennaio 2008.

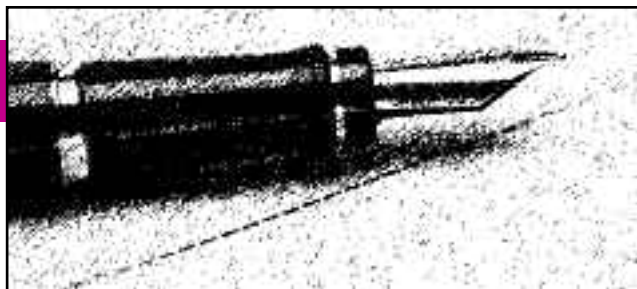
In tale fattispecie, ai fini della verifica del perfezionamento dei requisiti al 31 dicembre 2007, occorre tenere conto anche di eventuali anticipi dell'età pensionabile riconosciuti alle lavoratrici madri (4 mesi per ogni figlio nel limite di 12 mesi).

La legge non apporta alcuna modifica in merito ai requisiti



per il diritto al trattamento pensionistico di vecchiaia in un sistema di calcolo retributivo o misto. L'istituto ha ritenuto, tuttavia, utile individuare alcune fattispecie particolari che potrebbero ingenerare dubbi interpretativi anche con riferimento al "titolo" di cessazione.

A coloro i quali hanno maturato il diritto al pensionamento alla data del 31 dicembre 2007 continua ad applicarsi la previgente disciplina sia per quanto riguarda il diritto che la decorrenza del trattamento pensionistico. Ciò si verifica anche nell'ipotesi in cui il diritto maturato alla predetta data sia stato acquisito in virtù del conseguimento dei requisiti minimi previsti per una pensione di anzianità ancorché la cessazione avvenga a seguito del raggiungimento, in data successiva al 1° gennaio 2008, del requisito anagrafico per il diritto alla pensione di vecchiaia (60 anni per le donne e 65 per gli uomini). In tale ipotesi, pertanto, la decorrenza del trattamento pensionistico di vecchiaia è immediata, anche se il titolo della cessazione (pensione di vecchiaia) sia diverso rispetto a quello (pensione di anzianità) che ha dato luogo all'applicazione della norma di garanzia, in quanto quest'ultima si intende volta alla tutela del diritto comunque acquisito.



*Pensieri
e parole*

Mielolesione e sessualità

Rosario Di Sauro e Giustino Ciccone sono gli autori di una riuscita pubblicazione sulle problematiche legate alle lesioni del midollo spinale.

“Questa è la vostra missione: possedere competenza tecnico-scientifica e rispettare la singolarità di chi vi sta davanti”. Sono le parole pronunciate dal filosofo napoletano Aldo Masullo a conclusione di un convegno organizzato di recente dal Collegio Ipasvi di Napoli. Parole rivolte alla professione infermieristica. “Siete voi i veri clinici”, da “clino” come la postura di chi accudisce l’infermo.

Sono parole dense. Esse tengono mirabilmente insieme l’aspetto professionale e scientifico, con quello umano e sociale. Proprio come in modo mirabile hanno fatto gli autori del libro che ho l’onore di presentare. Non essendo un clinico, ma un semplice operatore della comunicazione, magari un po’ addentro alle questioni sanitarie, voglio dire subito che proprio sotto il profilo comunicativo ho trovato l’opera di spessore. Gli aspetti scientifici sono trattati con rigore, ma senza essere asettici, crudi, irrispettando della persona, come talvolta accade. E’ qui che trovo il nesso con le splendide parole del professor Masullo. La scienza non può e non deve tenersi fuori dai risvolti psicologici e umani. Anzi. Ma non a tutti è dato saper connettere gli aspetti diversi al punto da sembrare un tuttuno, un unicum. Sta qui il maggior pregio di un’opera completa e snella anche nella prosa. Lo dicono bene, del resto, autorevoli clinici nelle molte prefazioni che precedono il testo. Si tratta di una riflessione di ampio respiro rivolta a chi si accosta alla medicina riabilitativa ed alle scienze infermieristiche con la prospettiva di coglierne sia gli aspetti scientifici che formativi, senza dimenticare le condizioni e le problematiche esistenziali del mielo-leso.

Su un aspetto particolarmente spinoso e psicologicamente difficile come la sessualità, gli autori sono riusciti a tracciare con professionalità e umanità le linee guida per il trattamento più idoneo. Si tratta quindi di una pubblicazione che trasuda sensibilità sublimi proprie di chi è abituato a curare un ammalato “difficile” come il medulloleso, di chi è capace di guardare al paziente non come ad un oggetto della propria professionalità ma anche come soggetto al quale restituire il piacere della convivenza.



ROSARIO DI SAURO

Psicologo e psicoterapeuta

Professore di Psicologia clinica e Psicologia sociale presso l’Università degli studi di Roma “Tor Vergata” e presso l’Università “Nostra Signora del Buon Consiglio” di Tirana.

E’ didatta presso la “Scuola internazionale di formazione e ricerca in psicologia clinica” di Roma.

GIUSTINO CICCONE

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

E’ docente d’infermieristica presso l’Università degli Studi di Napoli “Federico II” al corso di laurea per infermieri, Polo didattico Aorn “A. Cardarelli”.

Attualmente si occupa di Ricerca infermieristica e di Evidence Based Nursing presso la direzione infermieristica dell’Aorn “A. Cardarelli” di Napoli.