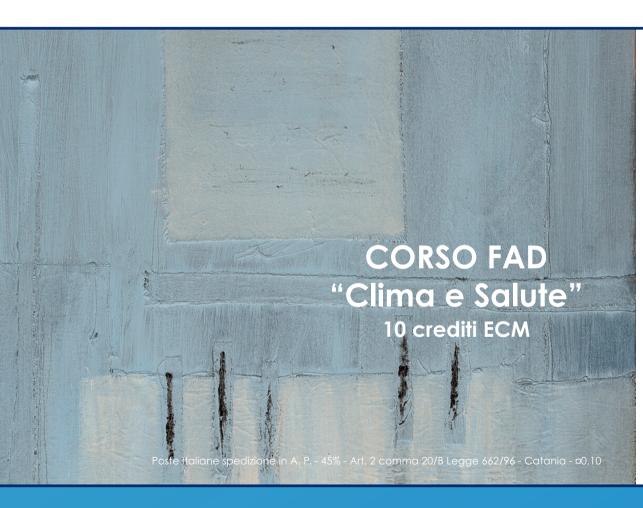


Organo Ufficiale di Informazione e Formazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania



Anno XLIV

n° 4

www.ordinemedct.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

OMCeO Catania Protocollo numero: 00003982 Data protocollo: 28-07-2015 Sezione:PARTENZA

OGGETTO:

Convocazione assemblea



A TUTTI I SIGNORI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI ISCRITTI

Egregio Collega,

ai sensi dell'art.23 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221, è indetta l'Assemblea degli iscritti per le ore 8,00 del giorno 28 agosto 2015 presso la sede dell'Ordine di Viale Ruggero di Lauria 81 Catania in prima convocazione e per le ore 9.00 di domenica 30 agosto 2015 presso l'Hotel Nettuno di Viale Ruggero di Lauria 81 Catania in seconda convocazione, con il seguente ordine del giorno:

- 1. Approvazione bilancio consuntivo esercizio finanziario anno 2014;
- 2. Variazione bilancio preventivo 2015;
- 3. Autorizzazione a richiedere alla Fondazione Enpam un mutuo ipotecario per l'acquisto della sede sociale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontojatri.

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221 in caso di assenza, è ammessa la delega apposta in calce al presente avviso di convocazione che, debitamente riempita e firmata, sarà consegnata ad altro iscritto presente il quale non può averne più di due.

Cordialità.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO

Pott. Pasquale Albanese

IL PRESIDENTE Prof. Massimo Buscema

DELEGA

Io sottoscritto a norma dell'art. 24 del D.P.R. 5/4/19 degli iscritti dell'Ordine dei Medici Chir	50 n. 221 , delego a sostituirmi nell'Assemblea urghi e degli Odontoiatri.
Data	Firma



- 3. Editoriale del Presidente Tra 10 anni ci saranno almeno 25mila medici disoccupati
- 4. Editoriale del Direttore Saru, "stamu avvulannu"!
- 5. Attualità Insediata la Commissione per l'appropriatezza
- 8. Attualità Iscrizione a Medicina da programmare già alle scuole superiori
- 9. Attualità Le problematiche dell'ostruzione bronchiale e dell'insufficienza respiratoria
- 10. Attualità Le novità del DMS V
- 12. Attualità I medici e la tempesta perfetta
- 14. Attualità Un nuovo entusiasmante incontro con i colleghi americani: yes... we can
- 17. News II prof. Antonio Biondi eletto nel Consiglio Nazionale Universitario
- 18. Odontoiatri II dentista è responsabile anche del lavoro del precedente dentista se decide di prendere in carico il paziente
- 19. Odontoiatri Consiglio di Stato sulla vicenza Fnomceo e Antitrust.

Sospeso il pagamento della sanzione

- 20. Attualità Elezioni Comitati Consultivi 2015 Libera Professione: plebiscitaria conferma per Gian Paolo Marcone
- 21. Attualità Una stanza in più per bambini "inguaribili" nell'Hospice del Garibaldi Nesima
- 23. CORSO FAD Clima e Salute introduzione
- 23. CORSO FAD Clima e Salute
- 40. CORSO FAD Questionario

In copertina: "Tastiera su fondo celeste" olio su tela cm 60 x 80, quadro dipinto dal collega Mauro Meli, ginecologo dell'A.S.P. di Catania, presente nella sua mostra personale antologica, svoltasi nel 2010 presso il Palazzo della Cultura, Assessorato alla Cultura, Cortile Platamone.

Catania 🎖 Medica

Consiglio Direttivo dell'OMCeO

Presidente

Massimo Buscema Vice-Presidente Antonio Biondi Segretario Pasquale Albanese Tesoriere Lucio Di Mauro

Consiglieri

Nunziata Cassibba Riccardo Castorina Manuele Cosentino Sebastiano Ferlito Roberto Fiaccavento Raffaele Gibilisco Antonio Grasso Alfio Pennisi Sebastiano Raneri Nino Rizzo Salvatore Giovanni Vitale Ezio Campaana (Odont.) Gian Paolo Marcone (Odont.)

Commissione Albo Odontoiatri

Gian Paolo Marcone (Presidente) Giovanni Barbagallo

Ezio Campagna Antonio Pricoco Marcello Lo Faro

Collegio Revisori dei Conti

Giuseppe Camilleri (Pres.) Salvatore D'Aaati Claudia Pricoco

Angelo Milazzo (Suppl.) Il Presidente Massimo Buscema riceve il venerdì per appuntamento, dalle ore 14.00 alle 17.00

Il Vice-Presidente Antonio Biondi riceve il martedi. per appuntamento, dalle ore 15.00 alle 17.00

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Gian Paolo Marcone riceve i colleghi il Venerdi, per appuntamento, dalle ore 10 alle 12

Sede dell'Ordine

Via Ruggero di Lauria, 81/A 95127 Catania Tel. 095 4035511 Fax 095 498424

Orari di ricevimento

lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9.30 alle 12.30 martedì e giovedì dalle 9.30 alle 17.30 Sabato chiuso

> Sito Internet www.ordinemedct.it

F-Mail segreteria@ordinemedct.it

"Catania Medica"

Oraano Ufficiale di Informazione e Formazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania

Presidente

Massimo Buscema

Direttore Responsabile Nino Rizzo

Direttore Editoriale

Angelo Milazzo

Direttore Sez. Odontoiatrica Ezio Campagna

Coord. linea editoriale scientifica Lucio Di Mauro

Segreteria di Redazione

Loredana Basile Viale Ruggero di Lauria, 81/A 95127 Catania Tel. 095.4035525 Fax 095.498424

Editore

Parole & Immaaini Via Guerrera, 26 95126 Catania Tel. 095.388193 info@paroleimmagini.it www.paroleimmagini.it

Impaginazione e Grafica

Europa Due Media & Congress di Massimiliano Cavaleri www.europadue.com

Stampa

Simeto Docks srl

Associato Unione Stampa Periodica Italiana Reg. Tribunale di Catania N. 532



Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva responsabilità degli autori; le idee sono personali e non impegnano la Direzione del bollettino, informiamo che secondo quanti odisposto dall'art. 13 comma 1 della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali l'iscritto all'Ordine ed abbonato a questo bollettino ha il altitro in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente di consultare, far modificare o cartacellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su artarcellare i suoi datti o sempticemente amonai di su della della datti sempticemente amonai di su della collare i suoi dati o semplicemente opporsi al suo tratta-mento per l'invio del presente bollettino. Tale diritto potrè essere esercitato semplicemente scrivando a: Parole & .immagini editore Via F. Crispi, 125 - 95131 Catania.

Tra 10 anni ci saranno almeno 25 mila medici disoccupati

Necessario adequare il fabbisogno al turn-over

di Massimo Buscema Presidente Ordine dei Medici Chirurahi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania



Ministero ed Università. Passa da queste istituzioni il percorso comune per calcolare il fabbisogno di medici e personale sanitario su scala europea.

Ma intanto, in Italia, aual è la situazione? Se non si corre ai ripari nei prossimi 10 anni saranno 25.000 i medici che non avranno alcuna possibilità di sbocchi occupazionali nel SSN. I numeri parlano chiaro: sono 10000 ogni anno gli immatricolati a Medicina, e questo solo secondo il numero programmato, perché altri 9000 posti sono stati, negli ultimi cinque anni, resi disponibili a sequito dei ricorsi degli esclusi. Di auesti 10000, l'85% arriva alla laurea: 8500 medici l'anno, a fronte di 6000-6500 posti nelle Scuole di Specializzazione e nel Corso di Formazione in medicina generale. Risultato: un esubero annuale di 2500 medici, destinato a crescere esponenzialmente. E, già sin d'ora, sono sempre di più i giovani medici che richiedono il "good standing", il certificato necessario per esercitare all'estero. In questo panorama arriva la proposta della nostra Federazione di abbattere a 6500-7000 il numero deali accessi a Medicina, fabbisoano adeauato a soddisfare il turnover dei medici, senza creare sacche di disoccupazione e sottoccupazione. E ciò in attesa di una revisione dei criteri di programmazione dei professionisti da formare sulla base delle esigenze di sa-

lute della popolazione. Condivido, peraltro, la forte la presa di posizione del presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, contro i previsti taali orizzontali, attuati in mancanza delle visite di controllo dell'AN-VUR (Agenzia Nazionale di Va**lutazione** del Sistema Universitario e della Ricerca) per certificare le capacità formative dei diversi Corsi di Laurea. In questo modo, infatti, saranno penalizzati i corsi di laurea virtuosi, che saranno assimilati a quelli meno qualificati, che non formano adeguatamente i propri studenti. E per la specializzazione il quadro non è più confortante. Premesso che il completamento del percorso formativo post laurea rappresenta l'unica opportunità per poter accedere al mondo lavorativo nell'ambito del SSN, occorre sottolineare che già esiste un aap tra il numero di laureati/anno in medicina e i posti disponibili per le scuole di specializzazioni mediche ed i corsi di formazione in medicina aenerale che complessivamente ammontano circa 6.000/6.500. Nel concorso del 2014/2015 per le specializzazioni mediche il numero di concorrenti è stato di 12.168 a fronte di un numero di posti disponibili pari a 5.504. Oltre 6600 neolaureati non sono stati ammessi (probabilmente alcuni erano già in possesso di altra specializzazione e tentavano il concorso per la seconda volta, il che rappresenta un ulteriore dato preoccupante sulla situazione occupazionale dei giovani medici). A questo dato se ne aqaiunae un altro: le 9848 domande che nel 2014 ci sono state in 19 regioni (mancano ad oggi solo i dati relativi all'Emilia-Romagna) per il concorso per la medicina generale a fronte dei circa complessivi 900 posti disponibili (anche in questo caso è probabile che abbiano partecipato alcuni medici che hanno successivamente concorso alle specializzazioni). A questi numeri che già destano grandi preoccupazioni per i futuri giovani laureati in medicina si aggiungono i dati sulla situazione occupazionale dei giovani medici compresi nella fascia d'età 25-39 anni, dove già è presente un area di disoccupazione/sottoccupazione/pr ecariato che interessa un certo numero di specialisti. Il dato finale è che un gran numero (circa 1000 l'anno) di giovani laureati in medicina e di specialisti decide di emiarare abbandonando il nostro paese che pur aveva investito importanti risorse per la loro formazione. E' necessaria, quindi, ridurre una revisione dei criteri della proarammazione del fabbisoano dei professionisti medici da formare più aderente alle esigenze e alle reali future domande di salute dell'intera popolazione.



Saru, "stamu avvulannu"!

di Nino Rizzo Direttore Catania Medica

"Stamu avvulannu" è il simpatico tormentone della nostra estate catanese. È la gradassa esternazione dell'amico del Presidente Pulvirenti che sbruffoneggiando urlava al telefono tutta la sua contentezza e tutto il suo orgoglio per l'abile operazione di "mercato" che si stava conducendo per salvare intanto la nostra sauadra di calcio dalla lega pro e per portarla magari dopo ai play off. Ma "stamu avvulannu" potrebbe anche essere l'ironica sintesi di auello che è stato fatto e che si sta ancora facendo per la nostra sanità siciliana in auesto scorcio di aoverno Crocetta. In altre parole tanto clamore. tante chiacchiere, tanti proclami ma alla fine il disail caos. retrocessione per continuare con la similitudine calcistica. Tutti scontenti: assistiti, medici, infermieri, farmacisti. Tutti tranne i funzionari ragionieri perché si è tagliato alla arande, sforbiciando tutto, razionando tutto e razionalizzando niente o poco.

Tutto senza un progetto, senza una strategia, arrancando alla giornata, spietati quanto incapaci, lividi e rancorosi contro una intera categoria di professionisti. Si è pensato solo a risparmiare, non esitando cancellare malattie come l'osteoporosi(con assurde indagini e incredibili accuse ai medici di famialia) 0 come diverticolosi(con inverosimili limitazioni all'uso della rifaximinina come invece suggerito da tutte le più importanti linee quida internazionali in ambito gastroenterologico). Si è fatto terrorismo sull'uso deali inibitori di pompa, sui farmaci per l'asma e la BPCO e sulle eparine a basso peso molecolare. Si sono introdotte e poi a volte comicamente annullate schede di monitoraqaio suali antibiotici e su farmaci ipocolesterolemizzanti. Insomma il caos. No auesta non è la rivoluzione che aveva promesso Saro Crocetta. Non si è proprio volato signor presidente. Si è andati rasoterra, anzi sottoterra. negli inferi. Come nella vicenda dei

direttori generali nella nostra provincia. Anni di attesa, di commissari, di nomine, di revoche, Speravamo in aualcosa di diverso, di nuovo. Invece siamo aui, attoniti, confusi, disorientati. Ma sempre orgoaliosamente innamorati della nostra professione, nonostante quello che forse pensa lei Saro Crocetta che non ha mancato mai di attaccare i medici colpevolizzandoli come ali immorali responsabili del disastro della nostra sanità e che invece sono solo vittime impotenti come i nostri assistiti. Non "stamu avvulannu" Saru. Siamo retrocessi, come il Calcio Catania. Adesso però è il momento di ricostruire, di dare una svolta, di rifondare perché se no pensiamo che al prossimo campionato non ci saranno più spettatori neanche con i bialietti aratis. Ci saranno solo spalti desolatamente deserti. Fai una cosa Saro Crocetta passa la mano, chiedi il cambio, fatti sostituire.. Qualcuno in panchina per farlo ci sarà ed andrà sicuramente meglio di te.

Insediata la Commissione per l'appropriatezza

di Nino Rizzo Direttore Catania Medica

Martedì 9 aiuano si è insediata presso l'Ordine dei Medici Chirurahi e deali Odontoiatri di Catania la Commissione per l'appropriatezza. Fortemente voluta dal Presidente Prof. Massimo Buscema e dal Consiglio direttivo tutto questa Commissione è finalmente entrata nella sua piena operatività. Tutti di altissimo prestigio e di indiscussa qualità i componenti. Oltre al sottoscritto nel ruolo di coordinatore interno. fanno parte infatti della Commissione i seguenti Colleghi, ognuno esperto e qualificato nel proprio settore:

Prof. Erio Fiore Dott. Michele Gulizia Dott. Marcello Romano Dott. Vincenzo De Geronimo Dott. Luigi Nesi

Dott. Giuseppe Maugeri

Dott. Giuseppe Buttò Angiologo Specialista ambulatoriale interno ASP CT. Segretario provinciale SUMAI

Dott. Maurizio D'Urso Dott. Sandro Prestifilippo Prof. Teo Raciti Dott Salvatore Valore Dott. Ivano Coppolino Dott. Gaetano Giardina Dott. Carmelo Di Gregorio Dott. Nino Di Guardo Dott. Giuseppe Buttò Dott. Vincenzo Romano Dott. Giuseppe Carnazzo Dott. Salvatore Gibiino. Alla prima seduta della Commissione ha partecipato il nostro Presidente che, dopo i doverosi saluti ai presenti, ha sottolineato come dopo la nota "vicenda osteoporosi" che ha riguardato la nostra provincia fosse imprescindibile un intervento ordinistico nel campo dell'appropriatezza prescrittiva e come questo



rappresentasse la prima espe-

Dott. Giuseppe Carnazzo-Medico di Medicina Generale

rienza del aenere in Italia. Ha poi preso la parola il sottoscritto che ha tracciato i compiti e gli obiettivi di questa Commissione: fare ordine finalmente in una giungla di note AIFA, schede tecniche, circolari assessoriali e dell'ASP che rendono ormai impossibile il nostro lavoro. La Commissione dovrà tracciare dei percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra tutti ali operatori della c.d. filiera prescrittiva(ben rappresentata in tutti i suoi aspetti dai componenti della Commissione), senza difficoltà interpretative, senza bizantinismi, senza incertezze di sorta che consentano finalmente di esercitare la nostra professione con serenità, scrupolo e appropriatezza appunto, rispettando la necessità del momento cioè quella



Dott. Carmelo Di Gregorio Medico di Cure Primarie Presidente Provinciale SIMG Catania

di razionalizzare la spesa pubblica nel comparto sanità. La Commissione si organizzerà in gruppi di lavoro per agire più speditamente ed i primi temi sono già stati scelti: nota AIFA 79, uso delle eparine a basso peso molecolare, terapia della diverticolosi. terapia asma e BPCO. All'unanimità sono poi stati eletti il Coordinatore esterno della Commissione nella persona del Dott. Marcello Romano e del segretario nella persona del Dott. Giuseppe Carnazzo. È stato poi pensato di consentire la presenza ai lavori della Commissione a tutti i Colleahi interessati, alle organizzazioni dei cittadini, ai rappresentanti delle aziende farmaceutiche nel rispetto della più totale trasparenza. Di tutto il lavoro e delle conclusioni su ogni tema affrontato sarà data ampia divulaazione media oltre che comunicazione ufficiale alle direzioni dell'ASP e dei vari presidi ospedalieri ed universitari nonché all'assessorato alla salute della regione. Nessuno così potrà mai dire di non sapere e se contestazioni e disaccordi dovessero evidenziarsi dovranno essere contestati per tempo perché a confrontarsi sarà l'Ordine dei Medici cioè una istituzione garanzia di terzietà e trasparenza. Niente più alibi per nessuno. Chi non fosse d'accordo dovrà dirlo per tempo, in maniera ufficiale chiara ed incontestabile. Non farlo sarebbe una vera e propria omissione di atti di ufficio con ripercussioni legali e politiche importanti.



Dott. Ivano luciano Coppolino Med. med. gen. Asp 3 ct specialista in med. interna, dott. di ricerca in gerontologia e terapia aeriatrica



Dott. Antonino Di Guardo Medico di famiglia Responsabile Area Cardiovascolare SIMG di Catania



Prof. Carmelo Erio Fiore Direttore Clinica Medica Università di Catania



Dott. Vincenzo De Geronimo Resp. Servizio Endocrinologia. Diabetologia e Prevenzione e Cura Osteoporosi del CCD G.B. Morgagni.



Dott. Maurizio D'Urso Specializzato in Gastroenterologia e endoscopia digestiva e Cardiologia. Ppresidente SNAMID-CATANIA e vice presidente Regionale SNAMID Sicilia. MMG.



Dott. Gaetano Giardina Medico di medicina generale



Dott. Salvo Gibiino Cardiologo del territorio



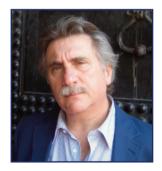
Dott. Michele M. GuliziaDir. Div. Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima
A.O.R.N.A.S. "Garibaldi"
Pres. Naz. A.N.M.C.O.



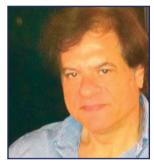
Dott. Giuseppe Maugeri Medico di Famiglia, Segretario Organizzativo SNAMI Catania



Dott. Luigi Nesi Chirurgo; amministratore unico della Casa di cura Mater Dei; vice presidente regionale AIOP



Dott. Alessandro Prestifilippo Medico di Famiglia Coordinatore Regionale Corso di formazione specifico M.Generale DIRIGENTE FIMMG Catania



Prof. Teo Raciti
Medico di Med. Gen.
Specialista in Reumatologia
Docente a contratto
di "Medico di Famiglia"
presso la Facotà di Medicina
e Chirurgia dell'Università
di Catania



Dott. Marcello Romano Primario Geriatria ARNAS Garibaldi di Catania, Presidente nazionale SIUMB (Società italiana di Ecografia)



Dott. Vincenzo Romano specialista ambulatoriale ortopedico presso Asp CT 3



Dott. Turi Valore Med. di Fam. - Resp. corso di formazione in Med. Gen. Membro Com. Consultivo Reg. per la med. gen.



Iscrizione a Medicina da programmare già alle scuole superiori

di Antonio Biondi Vice-Presidente Ordine dei Medici Chirurahi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania

Si discute anche sul modello francese con accesso libero ma selezione al primo anno

Il 2014, lo ricordiamo tutti, è stato l'anno dei test d'inaresso a Medicina programmati già nel mese di aprile, quando ali studenti delle superiori non avevano ancora terminato l'anno scolastico ed erano presi anche dalla preparazione dell'esame di maturità. Quest'anno il ritorno al passato, con i test programmati per il mese di settembre, mentre per ali anni futuri non c'è ancora chiarezza. Ritengo che l'obiettivo comune debba essere quello di perseguire una programmazione aiusta del numero di medici con la collaborazione di tutte le parti istituzionali coinvolte. E' necessario in altri termini trasformare l'imbuto in un cilindro, ovvero giungere ad una migliore programmazione del numero di studenti lungo l'intero percorso, dalle scuole superiori all'iscrizione al primo anno di università alla laurea fino alla specializzazione. Utilissimi a questo proposito i test di orientamento che le scuole superiori organizzano per coloro che intendono iscriversi a medicina: dovrebbe trattarsi di un test con caratteristiche di autovalutazione diagnostica, nell'ottica di rendere più responsabile la scelta e, soprattutto, di limitare l'enorme numero di studenti che tentano il test di ammissione a Medicina. Un futuro in camice bianco rappresenta il sogno di molti giovani ma bisogna sapere per tempo quanto realizzabili *auesti* sogni per non arrivare al modello francese, con accesso completamente libero ma con blocco di esami al termine del primo anno per fare selezione. Il Ministro Giannini ha definito le modalità usate oltralpe "eticamente più accettabili". "Noi - ha detto - quest'anno perfezioniamo il modello esistente, poi non dobbiamo precluderci la possibilità di riflettere quando e

avremo ricondotto la domanda di Medicina a numeri ragionevoli". Del resto ali stessi francesi stanno facendo qualche passo indietro visti in particolare i costi di un elevato numero di docenti al primo anno quando l'accesso è libero. Un'altra situazione che viene prospettata vede un test di accesso basato sulle competenze in uscita dalle superiori più che su quelle di natura logica. Il test, unico per tutto il territorio nazionale, potrebbe ricalcare il modello dei test Invalsi somministrati medie e alle superiori. Il test Invalsi, ad oggi, rappresenta uno sforzo complesso per giungere a un esame uquale per tutto il territorio italiano, consci che ogni scuola è una realtà a se stante. Insomma modificare un po' la filosofia del test di accesso chiedendo cose che devono sapere a livello del liceo e non di cose che sapranno dopo.

Le problematiche dell'ostruzione bronchiale e dell'insufficienza respiratoria

Il Corso è stato rivolto a Medici di Medicina Generale . specialisti in Medicina Interna, Pneumologia, Malattie Infettive, Allergologia, Otorinolaringoiatria, Geriatria Pediatria

Dopo l'introduzione di Mauro Sapienza, Direttore UOC Medicina Interna dell'Ospedale "Umberto I" di Enna e di Nunzio Crimi, Professore Ordinario di Malattie Respiratorie e Direttore UO Pneumologia Ria-Allergologia bilitativa ed dell'AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania ed i saluti del Direttore Sanitario dell'ASP di Enna, Emanuele Cassarà, si è subito entrato nel vivo dei lavori sottolineando come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità. La malattia è solitamente progressiva ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tespolmonare. suto La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi, che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria. Ad aggravare questo quadro clinico è l'aumento della predisposizione alle infezioni respiratorie di origine virale, batterica o fungina. Il principale strumento diagnostico per la Bpco è la spirometria, che permette di misurare la capacità polmonare

residua. I farmaci più indicati per la Boco sono i

broncodilatatori, somministrati per via inalatoria, che sono in grado di dilatare le vie aeree e garantire così il magaior flusso possibile di aria. In caso di forme gravi o acute, si possono usare antinfiammatori potenti come cortisuoi derivati, evitandone però l'uso prolungato a causa dei pesanti effetti collaterali. Ai pazienti si raccomanda anche di vaccinarsi regolarmente contro malattie come l'influenza o la polmonite da pneumococchi, che potrebbero aggrauna funzionalità polmonare già fortemente compromessa. Accanto ai farmaci, esistono altre possibilità terapeutiche, come per esempio l'ossigenoterapia, ovvero la somministrazione di ossigeno puro, e la ventilazione meccanica, che supplisce all'insufficiente attività respiratoria. Inoltre ai pazienti viene consigliato di controllare il peso, per non affaticare



Mario Rizzo, Rossella Itravaia, Paola Carlino, Maria Savina, Gherardo Siscaro, Nunzio Crimi, Mauro Sapienza, Giuseppe Rossetto, Giuseppe Iraci

ulteriormente il sistema respiratorio, e di praticare una serie di esercizi specifici per tenere in attività i muscoli del respiro.

Rossella Intravaia, Pneumologa dell'Università di Catania ha riferito sui seani, sintomi e terapia dell'anafilassi e, successivamente il Prof. Crimi ha sottolineato il ruolo degli ultra B2 Adrenergici nella terapia dell'ostruzione bronchiale e le varie associazioni di broncodilatatori CSI;

Giuseppe Iraci, responsabile dell'Ambulatorio di Pneumologia dell' UOC Medicina Interna dell'Ospedale di Enna, posto l'accento quando e come diagnosticare l'insufficienza respirato-Giuseppe Rossetto, Pneumologo Ambulatoriale di Piazza Armerina ed Enna, ha sottolineato il ruolo dell'Ossigenoterpia ed, infine, Gherardo Siscaro, Pneumologo operante a Sciacca, ha parlato della Riabilitazione Respiratoria.



di **Angelo Milazzo** Pediatra di famiglia

Le novità del DSM V

La sigla DSM serve per indicare il Manuale diaanostico e statistico dei disturbi mentali.

La auinta edizione è stata edita nel maggio 2013 negli USA e nel 2014 in Italia, a distanza di circa 20 anni dalla quarta edizione. Sono stati coinvolti per tanti anni oltre

1500 esperti di tutto il mondo. Più di ogni altra pubblicazione scientifica, il Manuale è stato ogaetto di discussioni, critiche, revisioni, compromessi. La critica più frequente che viene mossa consiste nell'accusa di aver ampliato le condizioni da considerare psico-patologiche, ampliando così la possibilità di ricorso psicofarmaci o ad altri approcci terapeutici. Tale processo di medicalizzazione espone inoltre ad abusi in campo medico-legale, fornendo possibilità di invocare patologie, anche quando vengono commessi semplici crimini.

Per auanto riauarda l'età evolutiva nella realtà italiana, una più ampia classifi-

> cazione dei Disturbi dello spettro autistico e dei Disturbi dell'apprendimento sta già provocando, a livello scolastico, una tendenza alla medicalizzazioni di troppi casi, che, come è stato autorevolmente notato, sono: "troppo numerosi, per essere

Nella nuova edizione è stato rimosso il sistema multiassiale. Il

numero dei disturbi classificati è approssimativamente invariato, rispetto alla precedente edizione. Il DSM V è suddiviso in tre sezioni: introduzione con istruzione; diagnosi categoriali suddivise in 20 capitoli: condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriori studi. In oani caso, è mia personale convinzione che sia stato fatto un grande passo avanti nella classificazione delle patologie più complesse: quelle neuropsichiatriche.

Esaminerei le principali novità apportate, rispetto al precedente DSM IV. facendo riferimento soprattutto, per mia competenza, all'età evolutiva.

Disturbi del neurosviluppo. termine disabilità intellettiva sostituisce il termine : ritardo mentale.

Disturbi dello spettro autistico. Incorpora diverse diagnosi comprese nel DSM IV: autismo, sindrome di Asperaer, disturbo della comunicazione-interazione sociale. disturbo dello sviluppo non altrimenti classificato.

Disturbi specifici dell'apprendimento: è stata creata una cateaoria omnicomprensiva.

Schizofrenia. E' stata rimossa l'attribuzione di un peculiare sianificato ai deliri bizzarri e alle allucinazioni, sancendo che uno solo di auesti sintomi non è sufficiente per porre la diaanosi. Sono stati eliminati i sottotipi di schizofrenia, soprattutto per il loro scarso valore predittivo.

Disturbo bipolare. Il capitolo è stato distinto da auello dei disturbi depressivi. E' stato posto l'accento su una maggiore accuratezza diagnosul cambiamento stica

dell'attività e dell'energia, oltre che sul tono dell'umore. Il termine episodio misto viene sostituito con manifestazioni miste, applicabile agli episodi, sia depressivi, sia maniacali.

Disturbi depressivi. Viene introdotto il Disturbo da disregolazione dell'umore, per arainare la sovradiagnosi di disturbo bipolare, in età evolutiva. E' stata introdotta la Sindrome disforica premestruale, come entità diagnostica indipendente. Il lutto viene riconosciuto come fattore di forte rischio, per la comparsa di depressione. La distimia viene definita come: Disturbo depressivo persistente. Sono stati specificati i disturbi depressivi con: caratteristiche miste: rischio suicidario, coesistenza di sintomi ansiosi.

Disturbi d'ansia. Sono distinti dai disturbi ossessivo-compulsivi e dai disturbi posttraumatici. Sono distinte le diagnosi di Agorafobia e di Disturbi di panico, che possono tuttavia coesistere. Per l'attacco di panico si enfatizza la differenziazione tra attacchi attesi ed imprevisti. Vengono inseriti il mutismo selettivo e il disturbo d'ansia di separazione. Fobia specifica e disturbo d'ansia sociale vengono contemplati anche al di sotto dei 18 anni. Disturbo ossessivo-compulsivo. E' distinto dai disturbi d'ansia. Viene posta attenzione agli specificatori, quali il grado di insight e la presenza di tic motori e verbali. Vengono compresi: la tricotillomania , il Disturbo da escoriazione e da accumulo.

Disturbi legati al trauma ed allo stress. Vengono specificate le condizioni di esperienza diretta, o indiretta, o come testimone. Viene incluso il Disturbo dell'adattamantenendo mento. sottotipi: con umore depresso, con stati ansiosi, con disturbi del comportamento. Disturbi dissociativi. Viene definito il Disturbo unico di depersonalizzazione-derealizzazione. Viene riformulato il disturbo da identità dissociata, considerato a prescindere da eventi

traumatici. Disturbo da sin-

tomi somatici e disturbi correlati. Sono stati rimossi i disturbi somatizzadi: zione, ipocondria. dolore alaico e somatoforme indifferenziato. Viene enfatizzato il vissuto maladat-

tivo alla legato somatica. sintomatologia L'ipocondria viene definita come Disturbo da ansia per le malattie. Nel Disturbo da conversione viene ribadita l'importanza dell'esame neurologico.

Disturbo del comportamento alimentare. Per l'anoressia non è più essenziale il criterio di amenorrea. Viene introdotto il Binge eating Disor-Pica e Disturbo da der. ruminazione vengono contemplate a tutte le età. Nell'età evolutiva viene previsto il Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

Disturbi dirompenti, da discontrollo degli impulsi e della condotta. Vengono contemplati anche oltre l'età evolutiva i disturbi: provocatori, della condotta, da comportamento dirompente, piromania, cleptomania, disturbo esplosivo intermittente.

Disturbi di dipendenza e correlati. Abuso e dipendenza non vengono più considerati indipendenti. Vengono considerati: craving, astinenza da cannabis, astinenza da cocaina, tossicodipendenza da tabacco, poli-drug



abuse, dipendenza comportamentale, comprendente anche il Gioco d'azzardo patologico. Infatti una condotta ripetitiva stimola il sistema cerebrale del reward, come avviene con le sostanze d'abuso.

Disforia di genere. Viene enfatizzato il fenomeno dell'incongruenza di genere, con criteri diagnostici differenti, nelle varie età.

Disturbi neurocognitivi. Sono compresi: Demenza, sturbo amnesico, Disturbi neurocognitivi lievi. Viene specificato il sottotipo, basato sull'ezio-patogenesi, ad esempio: frontotemporale, con corpi di Lewy, ecc.

I medici e la "tempesta perfetta"

La metafora della "nave senza nocchiero in gran tempesta", è stata usata, con il supporto di una arande mole di dati, in un recente volume scritto dai colleahi: Ricciardi, Cricelli, Atella, Serra, presentato dalla Ministro Lorenzin. In effetti, è innegabile che tutti i fattori sfavorevoli si sono ormai assommati contemporaneamente, per portare al naufragio il nostro SSN: l'aumento progressivo delle malattie croniche, i taali alla spesa sanitaria, la corruzione che si dimostra un "mostro con cento teste", ali scarsi investimenti, il blocco del turnover. Ma, soprattutto in tante

Prove tecniche di martirio

In questi ultimi anni il medico si è trovato sempre più isolato

privo del ruolo sociale di cui ha goduto nel pas-F' sato. sempre úia solo nel difendere il diritto fondamentale alla salute sancito dalla Costituzione, nel supplire alla

drammatica carenza del personale ed ai blocchi del turn-over, nel frontegaigre

una sciagurata politica del risparmio, finalizzata solo a svalutare i ruoli ed i valori professionali. Il medico trova oaai stretto in una morsa che lo vede vittima e non attore. E' vittima di riorganizzazioni-

disorganizzazioni sanitarie che falciano posti letto, oraanici, risorse varie. E' vittima di bombardamenti mediatici che continuano stoltamente a parlare di "malasanità", come se la medicina moderna potesse assicurare





regioni come la nostra, mancano il timoniere e la rotta da seguire.

sempre e a tutti guarigioni prodigiose, e prolungamenti della vita sine die. In Italia ci viene chiesto di operare spesso senza supporti tecnologici, logistici, ed organizzativi adequati. I nostri partner di Francia e Germania spendono almeno 30-40 miliardi all'anno più di noi nella sanità, con dotazioni di posti letto di 6-8 per mille, invece dei nostri 3,7 per mille. Da noi si continuano a sprecare diecine di miliardi oani anno, per non voler adeguare la normativa sulla responsabilità professionale, in modo da arainare la "caccia al tesoro" che avvocati e cittadini organizzano quotidianamente, alla ricerca di lauti indennizzi per mali mai subiti o, ancor

più spesso, assolutamente inevitabili, per i quali non si configura alcuna responsabiprofessionale. Si dovrebbe, quanto meno, introdurre: onere della prova a carico del denunciante, riduzione della pregressa ad anni 5, possibilità di rivalsa effettiva dei medici e delle aziende contro i tentativi di cannibalismo aiudiziario del Sistema Sanitario.

Recentemente l'Anaao ha pubblicato i risultati di un survey , lanciato online. L'età media dei medici risulta essere di 11 anni superiore a quella dei colleghi del Regno Unito. Almeno il 50% degli ospedali non assume più nessuno, da oltre 5 anni. La maggioranza dei medici effettua tra 7 e 16 turni di quar-La dia mensili. grande maggioranza dei colleghi ha sviluppato disturbi del sonno. Il 77.5% dei medici ritiene che



la propria vita privata sia negativamente condizionata dalla attività lavorativa.

Allo stato attuale, non è possibile valutare il carico lavorativo sostenuto, la qualità del lavoro svolto e, soprattutto, meriti e qualità degli operatori.

C'era una volta il "Primario"

Quando iniziai ali studi universitari, nei "favolosi" anni '70, un primario con la tredicesima comperava una Fiat 500 e. con il resto, anche un regalo per il figlio. Oggi un primario, pardon, un "Direttore di Struttura Complessa", con lo stipendio non si óug comperare neppure uno scooter.

Cosa ancor più grave, ma dove sono andati a finire i primari "veri"? Ormai si affidano le responsabilità ad un aiuto anziano, senza indennità, senza soldi, "di fatto", spesso senza neanche un atto deliberativo. Certamente, ci sono figure importanti che vengono pagati ancora peggio: forze dell'ordine, insegnanti, ecc. Ma non possiamo eludere la domanda: ma come è potuto succedere tutto ciò? E di chi è la

colpa?

Sicuramente anche ali Ordini hanno le loro responsabilità, ma i compiti degli Ordini sono sempre più limitati. La triste verità è che I medici sono sempre meno rappresentati nelle sedi politiche, decisionali. Il numero di parlamentari medici, nazionali e regionali, diminuisce sempre

più . I medici dedicati alla politica non hanno più la capacità di difendere la categoria. I medici non hanno saputo riconoscere i politici che erano a loro favore, daali altri, a loro avversi.

Ma sono convinto che colpe ancora maggiori ricadano sui nostri sindacati. Si è creata una oligarchia di inamovibili, peggiore di quella di altre categorie. Ci sono sempre le stesse facce o, in ogni caso, rappresentanti degli stessi gruppi e delle stesse cordate. I vertici sindacali troppo spesso hanno badato solo ai propri interessi, alle proprie cariche, alle proprie carriere. Le elezioni sono diventati atti formali, con scarsa partecipazione, in cui una reale opposizione viene facilmente emarginata.

Storie di ordinaria follia

La violenza suali operatori sanitari sta registrando una crescita preoccupante, viene ancora sottostimata e sottovalutata. Spesso le aqgressioni non vengono neanche denunciate, perché ormai paradossalmente considerate parte integrante del lavoro. Spesso i colleghi temono che l'episodio sia giudicato come indicatore di scarsa performance. Inoltre si temono talvolta ritorsioni da parte degli aggressori denunciati, in un Paese nel auale l' Ordine Pubblico e la Giustizia vengono internazionalmente giudicati peggiori di quelle delle nazioni meno sviluppate del continente africano. Tutte le indagini evidenziano reazioni emotive di: rabbia, umiliazione, paura, impotenza. Il 26% dei medici riferisce una riduzione della performance professionale, a causa della demotivazione. Il 28% dei colleghi riferisce correlati disturbi psichiatrici, soprattutto di tipo ansioso e depressivo. (A.M.)

Un nuovo entusiasmante incontro con i colleghi americani: yes... we can...

Anche quest'anno abbiamo ospitato a Catania alcuni Colleghi statunitensi, eminenti Responsabili di Dipartimenti della Mayo Clinic, la più arande struttura sanitaria del mondo (il suo fatturato è pari a quello di tutta la Sanità della nostra Regione). L'incredibile "soano americano" nacque dopo la completa distruzione della città di Rochester, nel Minnesota, avvenuta a causa di un tifone nel 1867. Il Medico condotto della cittadina, il Dr... Mayo, ed alcune suore del locale convento francescano profusero le loro energie nell'avviare e sviluppare un piccolo ospedale, che crebbe sempre più grazie alla successiva opera dei figli del fondatore, i fratelli ... e ... Mayo, chirurahi. La Fondazione Mayo Clinic mantiene a tutt'oggi una







e le caratteristiche del no-profit.

Nel corso del loro soggiorno a Catania i Colleghi della Mayo hanno partecipato al convegno "Uomini e Imprese in Sanità", organizzato dal Policlinico Morgagni e dalla Compagnia delle Opere. L'incontro ha reaistrato la presenza di oltre duecento colleahi, e di una auto-

revole rappresentanza della Sanità catanese.

Il nostro Presidente Massimo Buscema ha voluto rimarcare i risultati della Sanità italiana che, nonostante la drammatica carenza di risorse, mantiene in termini di costi-benefici la terza posizione nel mondo, e la prima in Europa.

Il Dr Salvatore Guarnera ha sottolineato come, nono-



stante la differenza di dimensioni, esiste una fondamentale analogia tra la Mayo ed il Policlinico Morgagni di Catania. Uauale è infatti l'obbiettivo di mettere il paziente prima di ogni cosa. Combacia la convinzione che, nonostante i grandi progressi delle conoscenze scientifiche, è necessario mantenere un atteggiamento di grande umiltà e rispetto nei confronti

della persona-paziente, dietro il cui volto si cela un mistero più grande di noi. Uquale la convinzione che dalle idee buone incarnate in persone buone nascono imprese buone, in grado di promuovere e conjugare il bene personale e il bene comune. Anche i Professori Salvatore e Sergio Castorina hanno ribadito con convinzione che, nonostante non ci possano essere termini quantitativi di para-

aone con la colossale organizzazione e dotazione della Mayo, il Policlinico Morgagni si è sempre posto come obiettivo primario una analoga gestione umana e deontologica del paziente. In particolare, il prof. Salvatore Castorina, dopo un brillante excursus storico sulla chirurgia catanese, ha rimarcato come l'atto chiruraico non sia più un gesto individuale, ma sia oggi il risultato di un' organizzazione tutta basata tutta sul team e sull'interdisciplinarietà. Ha fatto eco il Prof. Salvatore Gruttadauria nel raccontare la storia di eccellenza dell'ISMETT di Palermo.

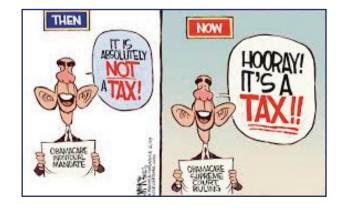
Il Prof. Francesco Basile ha rimarcato il concetto di cen-

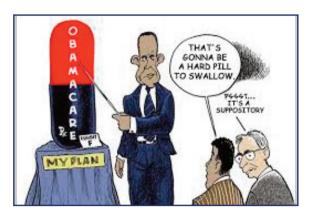


tralità del paziente, ricordando anche la propria esperienza personale di formazione avvenuta alla Mavo Clinic. Il Prof. Andrea Mariani, fin dall'inizio nostro tramite nei confronti dei colleghi americani, ha ricordato della sua attività, iniziata nel 1996 alla Mayo: l'efficienza, la competenza, la patient care, la fiduaccordataali cia fin dall'inizio, lo hanno conquistato per sempre al "paese per ajovani". Hanno ovviamente preso la parola anche i colleghi americani. Vorrei in particolare riportare i contenuti della relazione del Prof. Jack Lane, che ha trattato con grande competenza, ma anche con arande senso dell' humour, la recente riforma sanitaria statunitense. cosiddetta Obamacare. Ha concluso i lavori il Presidella Compagnia delle Opere della Sicilia Orientale, Salvatore Abate, affermando che qualsiasi impresa, per quanto piccola, deve tendere sempre all'eccellenza.

Obamacare... no... we can't...

Neali Stati Uniti l'assistenza sanitaria non è garantita da un servizio pubblico, come in Europa, ma è definita da una polizza assicurativa, che, fino ad un paio di anni addietro, interessava l'80% della popolazione. La riforma di Obama ha cercato di estendere la copertura al massimo, intervenendo con incentivi a favore delle persone meno abbienti, ma imponendo degli oneri verso le persone meno povere che rifiutano di assicurarsi. Una situazione, per certi versi, più simile alla nostra assicurazione obbligatoria per i veicoli, piuttosto che al nostro SSN. Le polizze, subito dopo l'Obamacare, sono diventate più diffuse, ma sono aumentati i premi, che, nella maggior parte dei





casi, garantiscono solo le situazioni più gravi. Le polizze hanno registrato un significativo aumento delle franchiaie e dei ticket a carico deali assistiti. Inoltre si sono dilatati a dismisura i tempi di attesa per le prestazioni in convenzione, nonché le disparità di copertura tra stato e stato deali USA. Tutto ciò, in una situazione in cui il cittadino lavoratore dipendente già versava 5000 dollari l'anno (il resto è stato sempre a carico del datore di lavoro), e il non dipendente affrontava un premio annuale almeno di 15000 dollari. In ogni caso, i 42 milioni aià assistiti dal sistema Medicaid, riservato ad anziani e disabili, e i 60 milioni di cittadini più poveri, assistiti dal Medicare, avevano in spontaneamente passato spesso sottoscritto assicurazioni private integrative. Queste adesso sono diventate per loro inaccessibili, a causa dell'aumento dei costi, e della contrazione delle coperture. I 17 milioni di nuovi assicurati sbandierati dall'amministrazione di Obama, in realtà, in molti casi, sono cittadini che hanno solamente cambiato o sottoscritto una nuova polizza,

semplicemente perché hanno trovato un lavoro. 0 hanno cambiato tipo di lavoro. hanno cambiato stato di residenza. In oani caso. già un paio di milioni di cittadini non

hanno rinnovato la polizza, dopo la prima sottoscrizione. Per il ceto medio, l'Obamacare ha rappresentato solo nuova onerosissima una tassa, poichè ha costretto ad assicurarsi, senza alcun benefit, e solo per non pagare una multa cospicua. Bisogna sempre ricordare che gli States sono nati da un movimento contro nuove tasse, e l'avversione alle tasse fa

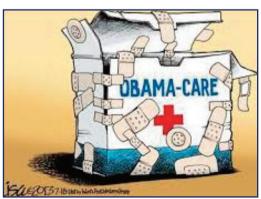
parte del DNA deali americani. Sicuramente, quella che doveva essere una riforma sociale rivoluzionaria. è stata finora un insuccesso, persino per quanto riguarda gli aspetti della gestione informatica e burocra-

tica. L'Obamacare ha ancora un paio di anni per entrare pienamente a reaime, ma fino ad ora rappresentato: un

buco aggiuntivo enorme nel bilancio deali States, una maggiore liquidità per gli operatori for profit, un vantaggio solo per una minoranza della popolazione affetta da patologie veramente gravi, che non voleva o non poteva assicurarsi, nel passato.

Nel frattempo, almeno 6 milioni di cittadini hanno dovuto subire aumenti dei premi di oltre il 40%, e circa la metà delle piccole imprese stanno cambiando, al ribasso, le coperture dei propri lavoratori. Insomma, tutto questo ci fa sentire più vicina l'America, a noi che abbiamo sfornato diecine di pseudo-riforme della sanità. riuscendo spesso soltanto a pegaiorare la qualità, aumentando i costi per l'intera società. (A. M.)







Contenuti aggiornati, completi e affidabili

Con UpToDate potrà accedere facilmente a oltre 10.500 argomenti basati su prove concrete e approccio pratico, relativi a 22 specializzazioni diverse. Tutto questo rende UpToDate una delle risorse mediche più complete attualmente disponibili.

Più di 6.000 medici-autori consultano gli ultimi studi presentati su oltre 470 riviste mediche, risorse mediche online e relazioni pubblicate dalle principali agenzie nazionali e internazionali per fornire informazioni affidabili. Gli iscritti in Italia affermano di riuscire a trovare le risposte cercatenel 92% dei casi.

I membri dell'Ordine dei Medici di Catania possono risparmiare \$75 sull'iscrizione annuale ad UpToDate.

► Visita il sito Web: http://www.ordinemedct.it/uptodate/ per ulteriori informazioni.



Il dentista è responsabile anche del lavoro del precedente dentista, se decide di prendere il carico il paziente

di Gian Paolo Marcone Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Catania

Il dentista è responsabile, se non verifica la situazione clinica del paziente e pone rimedio ad eventuali situazioni critiche "lasciate in eredità" dal precedente dentista che aveva preso in carico il paziente.

A sancirlo la Cassazione civile con la sentenza numero 128714 che ha confermato la condanna inflitta dalla Corte di Appello di Milano nel 2011 ad un dentista di Monza reo di aver realizzato deali elementi protesici su denti devitalizzati, male, da un altro dentista.

Dopo la cementazione alcuni elementi avevano creato problemi e ed il clinico era stato costretto a rimuoverli nonostante la protesi fosse stata realizzata correttamente.

Il paziente ha uaualmente fatto causa al dentista ed ottenuto il risarcimento di 4.260 euro.

Per la suprema Corte il dentista era tenuto a verificare la congruità delle devitalizzazioni prima di procedere alla cementazione deali elementi protesici,

Nel momento in cui un paziente si presenta presso lo Studio di un odontoiatra per finalizzare protesicamente la cura, come nel caso della sentenza, il professionista dovrà valutare il caso in essere, comprese le terapie effettuate presso altri studi, al fine di poter comunque prevedere eventuali complicanze che possono scaturire dal mancato ritrattamento di terapie canalari inconarue in un'arcata.

Nel momento in cui il paziente si presenta presso un nuovo studio odontojatrico e l'odontoiatra accetta di cuinstaura rarlo si immediatamente un nuovo contratto di cura, interrompendo il nesso causale con tutte le terapie precedentemente effettuate.

Ecco, allora, che prendendo in carico il nuovo paziente da un punto di contrattuale nuovo curante dovrà valutare approfonditamente tutte le terapie effettuate in particolar modo le terapie canalari su pilastri di protesi che dovranno accoaliere nuovi manufatti. La responsabilità quindi passa al nuovo odontoiatra che dovrà porre una nuova diagnosi e ricomprendere tutte quelle terapie che nel dubbio potrebbero scaturire in complicanze. Qualora il paziente rifiutasse i ritrattamenti di quelle terapie canalari precedentemente esequite da altri e inconarue il professionista dovrà introdurre nell'informativa consenso anche ali effetti possibili derivati dal rifiuto delle terapie stesse.

Consiglio di Stato sulla vicenda FNOMCeO e Antitrust. Sospeso il pagamento della sanzione





Finisce, per il momento, senza vincitori o perdenti la disputa davanti al Consialio di Stato della vicenda che vede la FNOMCeO contestare la sanzione inflitta dall'Antitrust sulle presunte restrizioni verso gli iscritti in tema di pubblicità sanitaria.

Nella decisione il Consiglio di Stato accoalie la sospensiva richiesta dalla FNOMCeO in merito alla sanzione ma sottolinea che l'impianto accusatorio della Antitrust ha valore.

"Ritenuto che il ricorso solleva questioni che richiedono un approfondimento in sede di merito, ritenuto che nelle more ali opposti interessi fatti valere dalle parti possano essere adeguatamente contemperati". legge nella motivazione, il Consiglio di Stato accoglie "l'istanza cautelare solo per quanto riquarda il pagamento immediato della sanzione pecuniaria inflitta, lasciando, invece, fermi tutti gli effetti "conformativi" del provvedimento dell'AGCM, anche al fine di evitare che nelle more delle definizione del aiudizio eventuali violazioni delle disposizioni del codice deontologico possano essere oggetto di contestazioni disciplinari da parte dell'Ordine".

Il Consiglio di Stato, quindi, accoglie in parte l'istanza della FNOMCeO sospendendo il pagamento della sanzione, ma fissa per il 10 novembre 2015 la data della discussione del merito della vicenda.

"È un ulteriore, importante

passo verso l'accoglimento delle tesi della FNOMCeO a difesa del valore del Codice Deontologico e delle funzioni disciplinari di competenza degli Ordini. anche nel campo della pubblicità dell'informazione sanitaria", commenta la presidente FNOMCeO Roberta Chersevani.

"Si tratta pur sempre di una sospensiva e siamo in attesa dell'udienza di merito che si terrà a novembre avverte Luigi Conte segretario della Federazione ma dopo questa pronuncia siamo più fiduciosi di veder riconosciute le nostre obiezioni e che si ponga una volta per tutte il problema se sia prioritaria la tutela * diritto alla salute o auella del libero mercato".

Costituiti gli Stati Generali dell'Odontoiatria

"Da oggi c'è un nuovo organo rappresentativo dell'intera professione odontoiatrica, che parlerà ad una sola voce, a nome di tutte le componenti". Così il presidente della Commissione nazionale Albo Odontoiatri (Cao), Giuseppe Renzo, ha commentato la firma a Roma, del Protocollo d'Intesa per la costituzione degli Stati generali dell'Odontoiatria. A sancire anche ufficialmente la nascita di questo nuovo organismo esponenziale della Professione odontoiatrica, che la rappresenterà in tutti i suoi ambiti istituzionali, accademici, associativi e sindacali e di fronte all'opinione pubblica, sono stati i rappresentanti della Comunità Accademica Odontoiatrica, delle Associazioni Scientifiche e Professionali in odontoiatria, delle Istituzioni, delle Associazioni Sindacali, dell'Ufficio Nazionale OMS, della Comunità degli Studenti in odontoiatria e la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, con la partecipata condivisione dell'Enpam.

Elezioni Comitati Consultivi 2015 Libera Professione: plebiscitaria conferma per Gian Paolo Marcone

soddisfazione Grande per la comunità odontoiatrica siciliana e più in generale per tutti i medici libero professionisti siciliani in seguito alla conferma di Gian Paolo Marcone alla Consulta regionale per il fondo della libera professione. Altissima la percentuale dei votanti (poco meno di 1000) se paragonata a quella di sedi regionali ordinistiche ben più numerose

Elevtissimo il numero delle

preferenze consequito (870) da Marcone che ha notevolmente staccato il secondo candidato (Tramonte) fermo solo a quota 135. Basti pensare che i primi deali eletti in regioni guali Lazio e Lombardia, numericamente più rappresentate hanno conseguito appena 395 e 277 voti rispettivamente. Inoltre un'altra odontoia-

tra catanese. Maria Gra-Cannarozzo Presidente Nazionale del

Cenacolo è stata eletta all'inteno della lista per il Welfare dei liberi professionisti in virtù di un importante accordo nazionale che ha visto unirsi le principali sigle odontoiatriche a difesa categoria.

Ai neoeletti l'augurio di continuare a rappresentare la nostra comunità con impegno e dedizione a difesa della previdenza della cataoria.

Dichiarazione dei redditi precompilata: rilevazione delle spese sanitarie

Pubblicato il provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle Entrate per la definizione dell'uso dei dati relativi alle spese sanitarie dei contribuenti italiani che a partire dal 2016 potranno essere utilizzati per il 730 precompilato. La FNOMCeO su questi temi ha partecipato ad un tavolo di lavoro con i Ministeri interessati nel mese di maggio 2015. Un nuovo incontro programmatico è fissato per settembre prossimo per definire modalità di coinvolgimento dei professionisti, di delega, di attribuzioni delle credenziali di accesso al sistema, di conferimento degli elenchi degli iscritti agli albi da parte della Federazione. In sintesi i dati sulle spese sanitarie dei contribuenti italiani potranno essere utilizzati a partire dal 2016 per il 730 precompilato. Questo passaggio avverrà attraverso l'implementazione del Sistema Tessera Sanitaria gestito dal Mef - Ragioneria Generale dello Stato, definita in questi mesi grazie alla collaborazione tra Ministero della Salute, Regioni, Associazioni di categoria dei farmacisti e Ordine dei medici. I dati tuttavia potranno essere usati solo su base volontaria ed essere trasferiti solo in forma aggregata all'Agenzia delle Entrate. Questi dati dovranno essere cancellati se riferiti a cittadini che non utilizzano la dichiarazione precompilata. Queste misure di tutela sono state approntate dal Garante per la protezione dei dati personali, in accordo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (Mef) e con l'Agenzia delle Entrate per rafforzare la riservatezza dei dati sulla salute utilizzati per elaborare la dichiarazione dei redditi precompilata.

Una stanza in più per bambini "inguaribili" nell'Hospice del Garibaldi Nesima

Offerta con una sottoscrizione dal Lions Catania Etna

Nell'area dell'ospedale Garibaldi –Nesima è funzionante da dieci anni una arande struttura interamente dedicata aali ammalati terminali adulti .Tre anni addietro all'interno di essa è stato istituito un settore riservato ai bambini "inquaribili" che contrariamente ai "terminali adulti" in prossimità di decesso(nella maggior parte a causa di tumori maligni) sono rappresentati da piccoli soggetti con patologie per lo più congenite o anche oncologiche sono aià inesorabilmente "segnati" per quanto concerne la prognosi ma non si sa per auanto tempo ancora resisteranno al male: forse mesi, forse anni, fermo restando il loro trattamento terapeutico soltanto ai fini palliativi e -allorquando occorra-in regime di ricovero. Contrariamente a auanto deciso dal piano sanitario regionale quest'ultimo tipo di hospice del Garibaldi riservato appunto ai bambini ha disposto sino a qualche giorno addietro non già di cinque camere per altrettanti posti letto ma soltanto

di due: con ilidissoa i ittut inconvenienti. Ed è a fronte di tale aap che un sodalizio

della città-.il Lions Catania est-ha accolto con i più larahi consensi l'iniziativa della loro presidente prof. Franca Stivala-di raccoaliere la somma necessaria a ampliare la disponibilità dei posti letto attraverso la utilizzazione di un terzo ambiente.La sottoscrizione è andata in porto in tempi brevi e i fondi così disponibili sono risultati perfettamente sufficienti l'acquisto di tutto l'arredamento e di tutte le componentilivi compresa una ludoteca) volte a offrire al piccolo ricoverato e a un familiare tutto il confort possibile. Ieri tale piccologrande passo in avanti nel campo dell'accoalienza ospedaliera è stato inaugurato con una cerimonia Il dott. Angelo Alaimo da sempre e diligentemente alla quida di tutto l'hospice(ivi compreso quello per adulti oncologici terminali)ha illustrato i vantagai



derivanti da tale sussidiarità ospedaliera sottolineando come l'hospice catanese dedicato appunto ai bambini è l'unico esistente in Italia assieme a auello aia funzionante a Padova.La prof. Stivala ha manifestato un pizzico d'orgoglio per avere scelto quale destinatario di un service Lions una struttura italiana contrariamente a auanto avviene di solito nelle sottoscrizioni.ll direttore generale dell'azienda ospedaliera Garihaldi dott Giorgio Santonocito ha indicato nell'attenzione ai bambini ammalati una sacrosanta assoluta priorità .E infine l'arcivescovo Gristina ,nel benedire i locali ha indicato nel gesto dei soci Lions la presenza di una bontà che alla luce delle cronache.sembra definitivamente e drammaticamente scomparsa.

Angelo Torrisi



IL CENTRO DI MEDICINA
DELLA RIPRODUZIONE
E L'INTEGRAZIONE
NEL SISTEMA SANITARIO
TERRITORIALE

il percorso metodologico per la coppia sterile, che tutela la salute riproduttiva e migliora i risultati.

2 LUGLIO 2015 - ore 9.00/14.00

Monastero dei Benedettini Pre Congress «Coro di notte»

2 - 3 - 4 LUGLIO 2015

Monastero dei Benedettini Congresso Auditorium «G. De Carlo»

A Cura di



U.M.R. Unitá di Medicina della Riproduzione Istituto di Medicina e Biologia della Riproduzione e dello Sviluppo Umano HERA Associazione O.N.L.U.S. per la Ricerca, la Prevenzione e la Cura dell'Infertilitá FONDAZIONE HERA



Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele" Catania Presidio "Gaspare Rodolico" Clinica Ostetrica e Ginecologia



Universitá degli Stu di Catania



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Con il patrocinio di



Comune di Catania



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Catania



Clima e Salute

Accreditato con 10 crediti ECM

di Lucio Di Mauro Coordinatore della Linea Editoriale Scientifica

Obiettivo formativo: EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISI-ZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI Acquisizione competenze tecnico-professionali: AP-PRENDERE I FONDAMENTI DEI MECCANISMI BIOLOGICI E I FATTORI DI RISCHIO DEGLI EFFETTI SULLA SALUTE PROVOCATI DAI CAMBIAMENTI CLIMATICI, IN PARTICOLARE LE COSIDDETTE ONDATE DI CA-LORE Acquisizione competenze di processo SVILUPPARE CORRETTE STRATEGIE CLINICHE E ASSISTEN-ZIALI PER FRONTEGGIARE LE CONSEGUENZE SULLA SALUTE DELLE ONDATE DI CALORE E ACQUISIRE CAPACITÀ DI PREVENZIONE E DI MITIGAZIONE Acquisizione competenze di sistema CONOSCENZA DEL FENOMENO NELLA SUA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA E INDIVIDUAZIONE DELLA POPOLAZIONE **SUSCETTIBILE**

Clima e Salute: come contrastare i rischi immediati e a lungo termine delle ondate di calore

Annamaria Bargagli, Paola Michelozzi responsabile scientifico del corso dott. Lucio Di Mauro

INTRODUZIONE

Nel mondo scientifico non esistono più dubbi sulla correlazione tra riscaldamento globale e concentrazioni atmosferiche di gas serra, che sono aumentate del 30% dall'inizio della rivoluzione industriale ad oggi.

Secondo l'ultimo rapporto del Comitato Intergovernativo per lo studio dei Cambiamenti Climatici, (1) le concentrazioni di gas serra in atmosfera sono aumentate dal 1750 a causa delle attività antropogeniche. Il V°

rapporto IPCC ha dichiarato che le attività umane sono tra la causa principali del riscaldamento globale. I modelli climatici stimano che se manteniamo questo livello di emissioni entro il 2100 avremo un aumento della temperatura media compreso tra 1-4°C gradi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ritiene gli effetti sulla salute attesi nel fucausa dei turo a cambiamenti climatici, in particolare quelli dovuti al progressivo riscaldamento del pianeta, tra i più rilevanti problemi sanitari che dovranno essere affrontati nei prossimi decenni.(2)

I risultati degli studi epidemiologici dimostrano che eventi meteorologici estremi stanno già producendo effetti sulla salute contribuendo al carico globale di malattie e decessi prematuri.(3)

Se gli effetti dei cambiamenti climatici sono aià in atto, le risposte per contrastarli sono invece in grave ritardo.(4) (5)

La drammatica esperienza dell'ondata di calore del-

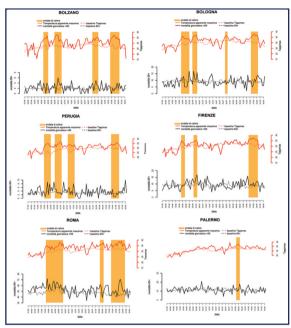


Figura 1.1 • Andamento giornaliero della temperatura apparente massima e del numero di decessi osservati e attesi. Estate 2012 (giugno-agosto). Modificata da: Dipartimento della Protezione Civile (2012). Piano Operativo Nazionale per la Prevenzione deali effetti del Caldo sulla Salute, Centro di Competenza Nazionale(13)

l'estate 2003, che in molti Paesi ha fatto reaistrare elevati incrementi della mortalità, ha evidenziato una diffusa inadeauatezza dei servizi sanitari nella risposta all'emergenza.(6) Negli anni successivi al 2003, molti Paesi, tra cui l'Italia, hanno elaborato protocolli operativi per rispondere in modo efficiente all'emergenza caldo che includono come elemento principale sistemi di previsione e allarme in grado di allertare la popola (7).

possibile analizzare le molte evidenze disponibili suali effetti del caldo sulla salute, che fra i rischi derivanti dai cambiamenti climatici sono quelli meglio

documentati. Durante le. ondate di calore è stato osservato che le popolazioni urbane non venaono colpite in maniera omogenea. A causa di condizioni socio-economiche e di salute alcune fasce di popolazione risultano essere a magaior rischio; le persone anziane e molto anziane, auelle che soffrono di alcune patologie croniche soprattutto a

carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, rappresentano il pool dei suscettibili, le cui condizioni di salute subiscono un rapido peggioramento a causa di improvvisi aumenti di temperatura.

Vanno studiati i fattori che aumentano la suscettibilità individuale a auesto rischio ambientale e discussi i meccanismi biologici ipotizzati per spiegare gli effetti osservati sulla salute.

EMERGENZA ONDATE DI CALORE: **QUALI CONSEGUENZE SULLA SALUTE?**

Durante l'estate 2003 la

maggior parte delle regioni dell'Europa centrale e meridionale venne colpita da episodi di caldo di straordinaria durata e intensità (ondate di calore). In alcuni casi le temperature reaistrate arrivarono fino a 7°C al di sopra delle medie staaionali8 e nei aiorni immediatamente successivi furono registrati forti incrementi della mortalità osservata che hanno reso questo evento uno dei pegaiori disastri naturali verificatisi in Europa negli ultimi 100 anni.(9) Le valutazioni sull'impatto sulla mortalità hanno stimato un eccesso di decessi pari a oltre 70.000.(10) Tra i fattori più importanti che hanno contribuito al drammatico impatto sulla mortalità sono da rilevare le elevate temperature minime registrate che hanno prolungato lo stress fisico per la popolazione anche nelle ore notturne,(11) l'eccezionale durata dell'evento e le alte concentrazioni di ozono atmosferico che possono potenziare l'effetto delle elevate temperature.(12)

Ondate di calore eccezionali sono state registrate successivamente nel 2006, nel 2010 e più recentemente nel 2012. Quest'ultima ha fatto registrare temperature confrontabili o addirittura superiori al 2003 nel mese di luglio e agosto in Italia in diverse città del centro-nord.

Negli stessi giorni e nei giorni immediatamente successivi agli incrementi di temperatura, il sistema nazionale di rilevazione della mortalità aiornaliera ha permesso di evidenziare significativi in-

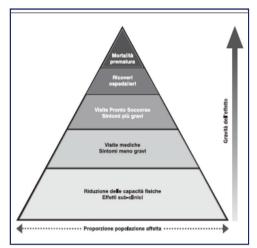


Figura 1.2 • Caldo e salute: gravità dell'effetto e proporzione della popolazione affetta

crementi della mortalità in diverse città.

Complessivamente per l'intero periodo giugno-agosto si osserva una mortalità superiore all'atteso in 13 città del centro-nord con un eccesso di decessi compreso tra +8% a Milano e +30% a Frosinone. Complessivamente nelle città analizzate

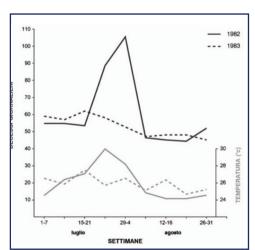


Figura 1.3 - Impatto sulla mortalità dell'ondata di calore dell'estate 1983. Fonte: Albertoni et al. 198416

il numero di casi in eccesso è stato di 226 nel 2012 (+7%). Dalla figura 1.1, che mostra in alcune città l'andamento della mortalità aiornaliera osservata (linea nera continual a confronto con la mortalità di ri-

> ferimento (linea nera tratteagiata),

evidenzia che in corrispondenza dei picchi di temperatura (linea rossa in alto) e nei periodi di ondata di calore (bande arancioni) si osservano incrementi della mortalità. I arafici a confronto mostrano, tuttavia. che l'intensità del fenomeno osservato nelle diverse città è stato eterogeneo poiché

dipende dal livello di temperatura osservato, dalla durata deldi l'ondata calore ma anche da caratteristiche della popolazione esposta.

Nel 2010, la **Federazione** Russa è stata colpita da un'ondata di calore di elevata intensità con temperature di 4-8°C superiori ai valori di riferimento mai reaistrati nei precedenti 90 anni. Contemporaneamente all'ondata di calore, si sono sviluppati oltre 26.000 focolai di incendio che hanno interessato 800.000 ettari in 22 regioni e hanno prodotto emissioni di inquinanti che si sono estese per centingia di chilometri. Un recente studio condotto a Mosca durante l'estate del 2010 ha stimato 11.000 decessi in eccesso, prevalentemente per cause cardiovascolari, respiratorie, aenitourinarie e del sistema nervoso centrale, provocati dalle elevate temperature e concentrazioni PM10 di oltre 300 µg/m3.(14)

Se l'incremento della mortalità associata alle ondate di calore è un fenomeno noto e ben documentato, ancora non sono, invece, del tutto chiariti i meccanismi biologici che ne sono alla base. È inoltre ipotizzabile che la mortalità rappresenti solo una parte del fenomeno, la punta di un iceberg, la cui parte sommersa è costituita da una serie di effetti che, al decrescere del livello di gravità, coinvolgono porzioni sempre più ampie di popolazione (figura 1.2).

Gli effetti del caldo sulla salute vanno da sintomi che non arrivano all'attenzione clinica (ad esempio riduzione delle capacità fisiche), a sintomi di maggiore entità, spesso non quantificabili poiché non si dispone di sistemi di monitoraggio (ad esempio visite dal medico di famiglia), fino ad effetti più gravi che possono determinare il

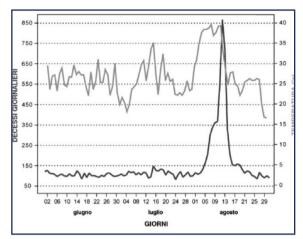


Figura 1.4 • Impatto sulla mortalità dell'ondata di calore dell'estate 2003 a Parigi. Modificata da: D'Ippoliti et al. 201017

ricorso al Pronto Soccorso e il ricovero in ospedale; l'occorrenza di auesti effetti è *auantificabile* attraverso l'uso dei sistemi informativi sanitari.(15)

Le ondate di calore e ali effetti sulla salute ad esse asrappresentano un'emergenza nuova che sta modificando la pratica clinica e l'offerta di assistenza socio-sanitaria nel periodo estivo. I medici e gli operatori socio-sanitari nella loro attività assistenziale tenaono conto del caldo come fattore di rischio per l'insorgenza di patologie e per l'aggravamento delle condizioni di salute della popolazione.

È importante che le conoscenze sul fenomeno signo continuamente aggiornate e che ali interventi di assistenza sanitaria venaano pianificati tenendo conto delle evidenze prodotte fino ad oaai.

Qui di seguito viene presentata una sintesi dei principali

risultati deali studi epidemiologici che, a pardaali Noanni vanta del secoloscorso. hanno prodotto ampie evidenze suali effetti sulla salute permesso di identificare fattori di rischio che possono aumentare la

suscettibilità individuale e la vulnerabilità di una popolazione.

EFFETTI A BREVE TERMINE DEL CALDO: SINTESI DELLE EVIDENZE **EPIDEMIOLOGICHE**

Tra ali effetti attesi a causa dei cambiamenti climatici, l'impatto sulla salute associato a variazioni di temperatura e all'esposizione della popolazione ad eventi estremi (ondate di calore e di freddo) è fra quelli meglio documentati. Le variazioni temperatura dell'ambiente esterno determinano effetti a breve termine sulla salute delle popolazioni esposte.

Fin dall'inizio deali anni Settanta dello scorso secolo sono documentati incrementi della mortalità associati a episodi di elevate ambientali: temperature uno dei primi episodi descritti nel nostro Paese è auello verificatosi a Roma nell'estate del 1983.16 In

quell'anno furono registrate temperature massime al di sopra delle medie stagionali. con valori uquali o superiori a 34°C per circa 13 aiorni consecutivi e oltre 36°C per 5 aiorni consecutivi; neali stessi giorni venne evidenziato un aumento del 35% della mortalità totale e del 59% della mortalità per cause cardiovascolari rispetto all'anno precedente (figura 1.3).

Questa prima osservazione è stata poi confermata da numerosi studi successivi che utilizzando metodi di analisi più complessi hanno confermato che le temperature elevate hanno un effetto a breve termine sulla mortalità. Picchi di mortalità della popolazione si reaistrano infatti con un tempo di latenza molto breve, di 1-2 aiorni, dal picco osservato di temperatura.

L'effetto del caldo sulla mortalità è un fenomeno che è stato ampiamente studiato in epidemiologia e gran parte della letteratura scientifica si riferisce a studi che hanno analizzato l'effetto di condizioni estreme, le così dette «ondate di calore» (in inglese heat-waves, ossia periodi prolungati di condimeteorologiche estreme) e a studi che utilizzano metodi di serie temporale.

Attraverso il primo tipo di studi è possibile confrontare il tasso di mortalità in aiorni a rischio (giorni di ondata di calore) con i tassi di mortalità in un periodo di riferimento e auindi stimare l'incremento di mortalità associato. L'ondata di calore che ha colpito l'Europa

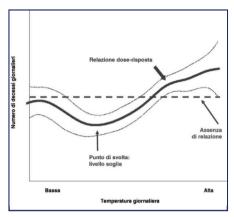


Figura 1.5 • Schema della relazione temperatura-mortalità: la curva dose-risposta

nell'estate del 2003 si stima abbia causato oltre 70.000 morti in eccesso in 12 Paesi europei.17 Gli effetti pegaiori sono stati reaistrati nelle aree in cui le temperature osservate sono state vere e proprie «anomalie termiche» rispetto ai valori di temperatura tipici dell'area, come a Pariai, dove l'incremento della mortalità nei giorni di ondata di calore è stato il più elevato tra quelli osservati (+105,5%, figura 1.4).

In Italia episodi di ondata di calore di intensità e durata diversa si registrano quasi ogni estate. L'ultimo episodio risale all'estate 2012, che è stata identificata come la seconda estate più calda dal 1800 a oggi secondo il CNR. Le temperature in Italia sono state di ben +2.3°C più alte rispetto alla media dei riferimento trent'anni di (1971-2000) e ali incrementi maggiori sono stati osservati nei mesi di giugno e agosto (+2.6°C e +2.5°C rispettivamente), mentre a luglio l'incremento è stato pari a +1.9°C. Uno studio condotto

sul confronto dell'impatto delle ondate di calore sulla mortalità nel 2003 e nel 2012 ha mostrato che l'impatto sulla mortalità nel 2012 è stato minore. con un eccesso di mortalità più contenuto e statisticamente sianifisolo cativo alcune città.(13) Questi risultati confermano quanto già evidenziato in anni

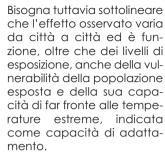
precedenti, ovvero una sostanziale riduzione dell'effetto del caldo sulla mortalità neali anni più recenti, dopo l'introduzione del Piano Operativo Nazionale e dei piani di prevenzione locali. Inoltre, in termini di durata l'ondate di calore è stata maggiore nel 2003 rispetto al 2012. Questo aspetto non è irrilevante poiché uno studio multicentrico europeo ha evidenziato che "la durata" dell'ondata di calore, più dell'intensità ha un effetto nell'aumentare l'impatto sulla mortalità.(17)

Un studio condotto in 10 città europee ha evidenziato che nel corso di un'ondata di calore il rischio è funzione di diversi parametri climatici: temperatura massima, temperatura minima e umidità relativa. Inoltre, esaminando le caratteristiche dell'ondata di calore in termini di durata e intensità, è stato riscontrato che gli effetti maggiori si osservano durante ondate di calore di lunaa durata (oltre cinaue giorni) in cui si registrano incrementi della mortalità 2-5 volte più elevati rispetto alle ondate di durata breve.(17)

Oltre aali studi di ondate di calore, studi denominati di serie temporale consentono di correlare i livelli di temperatura o di altre condizioni meteorologiche giornaliere con il numero giornaliero di decessi nella popolazione esposta (figura 1.5), di analizzare la funzione della curva dose-risposta e di stimare l'incremento di mortaassociata а oani incremento di 1°C di temperatura.

Tali studi hanno evidenziato che la funzione che lega temperatura e mortalità giornaliera è non lineare a forma di «J» o di «V», dove il minimo della mortalità si osserva a temperature moderate e incrementi della mortalità giornaliera si osservano quando le temperature aumentano diminuiscono rispetto al valore minimo di mortalità definito «punto di svolta» o «valore soglia» (figura 1.5). Molti studi, condotti in aree climatiche diverse, hanno documentato la relazione temperatura-mortalità fornendo prove dell'eterogeneità geografica di tale relazione (figura 1.6).

Ciò che varia da una popolazione all'altra è sia il valore di temperatura in cui si osserva il minimo della mortalità giornaliera (il cosiddetto valore soglia), sia la pendenza della curva a sinistra e a destra di auesto valore minimo, cioè l'incremento della mortalità giornaliera rispettivamente alla diminuzione e all'aumento della temperatura ambientale. Per dare un'idea dell'intensità del fenomeno, i risultati di un recente studio europeo condotto in 15 città hanno mostrato che il valore soalia (utilizzando come indicatore una combinazione della temperatura e dell'umidità relativa: la Temperatura Apparente Massima, TappMax) varia tra i 21°C-24°C tra le città nord-continentali, e tra i 27°C-33°C tra le città dell'area mediterra-



Gli studi epidemiologici permettono anche di analizzare le variazioni di rischio nei aiorni successivi aali incrementi di temperatura e

mostrano che, in setura, fetto sulla mortalità è aiorni immediatamente successivi e si esaurisce mente entro auat-



tro, cinque giorni dall'esposizione.

La figura 1.8 mostra la variazione del rischio di mortalità nei 40 giorni successivi all'incremento della temperatura in città dell'area mediterranea e in città dell'area Nord-continentale.(19)

Tale grafico è molto interessante perché consente anche di valutare se a incrementi osservati di mortalità siano associati, nei giorni successivi, decrementi della mortalità, se sia presente cioè un effetto di «compen-

sazione». La figura mostra che, in effetti, nei aiorni successivi all'incremento di rischio, si osservano diversi ajorni con una mortalità inferiore all'atteso. Per spieaare auesto fenomeno è stato ipotizzato che l'incremento della mortalità associato all'aumento temperatura sia attribuibile. almeno in parte, all'anticipazione di eventi che si sarebbero comunque verificati a breve distanza di tempo (fenomeno indicato con il termine inglese di harvestina: letteralmente «falciatura»).

Diversi studi epidemiologici hanno documentato un effetto di harvesting che spiega però solo una parte dell'eccesso di mortalità osservato in seauito a incrementi di temperatura. In altri studi invece, ad esempio in uno studio che ha analizzato ali effetti dell'ondata di calore del 2003 in alcune città francesi, tale effetto di compensazione non è stato osservato.(20)

Rimane, quindi, da chiarire in auale misura l'aumento della mortalità osservata in consequenza dell'esposizione alle elevate temperasia dovuto all'anticipazione di eventi che comunque si sarebbero a breve verificati nella popolazione.

I risultati deali studi epidemiologici indicano che le ondate di calore hanno un impatto significativo sulla mortalità per cause cardiovascolari e respiratorie.17 Inoltre, nelle città europee è stato evidenziato un significativo effetto del caldo sui ricoveri ospedalieri per

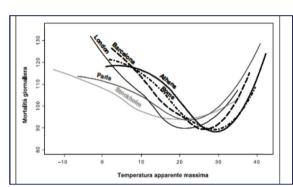


Figura 1.6 • Confronto della curva temperatura-mortalità in alcune città europee. Modificata da: Progetto PHEWE18

nea (figura 1.7).(19)

Tra le città italiane tali valori oscillano tra i 26-27°C di alcune città del Nord fino a 35°C e oltre in alcune città del Sud e della Sicilia.

Gli studi epidemiologici di serie temporale hanno anche permesso di auantificare l'effetto osservato che viene espresso come incremento di mortalità giornaliera per 1°C di aumento della temperatura al di sopra del valore soalia; per le città dell'area mediterranea tale incremento è stimato pari a circa il 3%.

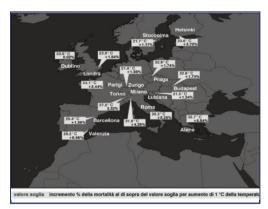


Figura 1.7 - Stime del valore soglia e dell'effetto delle elevate temperature sulla mortalità in 15 città Europee. Modificata da: Baccini M et al. 200819

menta al crescere dell'età.21 La European Respiratory Society sottolinea che le persone affette da patologie respiratorie rappresentano una delle magaiormente cateaorie vulnerabili ai cambiamenti climatici non solo a causa delle attese variazioni neali estremi di temperature, ma anche a seauito delle variazioni nella distribuzione di

cause respiratorie che au-

pollini е muffe deali inquinanti atmosferici.22 Secondo i modelli climatici elaborati all'IPCC.23 l'aumento delle temperature a livello alohale atteso nella prima metà di auesto se-

colo avrà come conseguenza un incremento della mortalità estiva.

Nella figura 1.9 sono riportate le conseguenze attese sulla relazione temperatura/mortalità tenendo conto anche di fenomeni di adattamento della popolazione. Si evidenzia l'aumento della mortalità estiva atteso, sebbene il valore soglia di temperatura tenderà a innalzarsi a seguito di feno-

> meni adattamento.24

È interessante notare che il riscaldamento alobale sarà anche accompagnato da una riduzione della mortalità durante la stagione

invernale; ci si aspetta, però, che tale riduzione sia di entità minore rispetto all'atteso aumento della mortalità estiva.

VULNERABILITÀ DELLA POPOLAZIONE: MECCANISMI BIOLOGICI **E FATTORI DI RISCHIO**

La vulnerabilità della popolazione agli effetti delle alte temperature e delle ondate di calore è funzione del livello di esposizione (intensità e durata), della «suscettibilità» individuale (stato di salute caratteristiche socio-demografiche e ambiente di vita) e della capacità di adattamento sia a livello individuale che di contesto sociale e ambientale (percezione/riconoscimento del rischio. disponibilità di risorse).

Diversi sono i fattori meteorologici che possono interagire tra loro nel determinare effetti sulla salute: temperatura dell'aria molto elevata, forte irraggiamento, elevata umidità relativa, assenza di ventilazione. Il prolungarsi di situazioni con tali caratteristiche può determinare disagi e danni anche gravi per la

L'organismo umano tende a mantenere costante la temperatura corporea attraverso il meccanismo della termoregolazione, che consente di adattare i processi di produzione e di dispersione del calore ai cambiamenti della temperatura ambientale. Il meccanismo della termoregolazione è controllato dall'ipotalamo che regola numerose funzioni fisiologiche (temperatura corporea, pressione

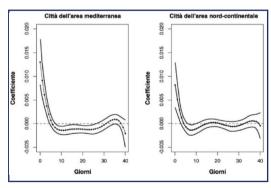


Figura 1.8 • Variazione del rischio di mortalità nei 40 aiorni successivi all'incremento della temperatura in città dell'area mediterranea e in città dell'area Nord-continentale. Modificata da: Baccini et al. 200819

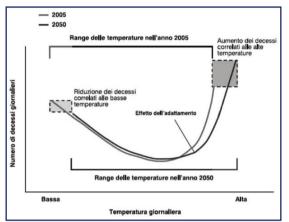


Figura 1.9 - Variazione della relazione temperaturamortalità attesa a causa del riscaldamento alobale, Modificata da: McMichael et al. 200624

sanguigna, sensazioni della fame e della sete) determinando l'adattamento di organi e apparati alle diverse condizioni esterne. Se la temperatura dell'ambiente è elevata e il corpo si sta riscaldando, il centro ipotalamico induce l'attivazione dei meccanismi di termoregolazione in modo da disperdere più rapidamente il calore in eccesso: vasodilatazione e aumento del circolo ematico cutaneo. maggiore sudorazione e aumento della frequenza respiratoria.

Condizioni di caldo estremo rappresentano un rischio per la salute soprattutto in sottogruppi di popolazione caratterizzati da una limitata capacità di attivare i meccanismi che garantiscono il mantenimento di condizioni nell'organismo (omeostasi) o nei quali questi meccanismi sono inefficienti.

I danni prodotti dal caldo possono essere diretti, il colpo di calore, o indiretti, quando l'incremento della

temperatura corporea rende critiche condiz i o n i patologiche preesistenti. l decessi attribuibili direttamente all'elevata temperatura morti per colpo di calore - rappresentano una porzione molto piccola del totale delle

morti in eccesso in seguito a ondate di calore; la gran parte dei decessi è ritenuta non riconducibile a una specifica causa e a un solo meccanismo fisiopatoloaico, ma il risultato dell'incapacità dell'organismo di mettere in atto una risposta omeostatica adeguata, per cause anche molto differenti tra loro.25 Gli studi epidemiologici hanno evidenziato un effetto specifico delle elevate temperature sull'apparato cardiaco e respiratorio ed effetti di aggravamento di diverse patologie croniche. Nella figura 1.10 sono sintetizzati i principali meccanismi d'azione ipotizzati.

Benché chiunque possa subire ali effetti del caldo eccessivo, l'impatto delle alte temperature e delle ondate di calore sulla salute non è omogeneo nella popolazione. Si ritiene, infatti, che a parità di livello di esposizione alcuni individui, a causa di specifiche caratteristiche socio-demografiche, di salute e di condizioni di vita. abbiano un aumentato rischio di effetti negativi sulla salute. Questi individui sono definiti «suscettibili» gali effetti del caldo.

La presenza di un pool di suscettibili è in grado di spiegare alcuni fenomeni che sono stati riportati in letteratura. Il primo è che le ondate di calore che si verificano precocemente. all'inizio della stagione estiva, hanno un impatto maggiore sulla salute della popolazione rispetto a episodi di uauale intensità che verificano successivamente nel corso dell'estate. Tale fenomeno è attribuibile in parte a un graduale e progressivo adattamento alle condizioni climatiche nel corso della staaione estiva e in parte al fatto che successive ondate di calore determinano una progressiva diminuzione della numerosità della popolazione che costituisce il pool dei suscettibili. Tale meccanismo implica una riduzione dell'impatto della temperatura sulla mortalità, almeno fino alla «ricostituzione» del pool dei soggetti a rischio. Fenomeni di adattamento e di riduzione del loog suscettibili sono alla base della spiegazione del proaressivo innalzamento di livelli soglia, specifici di una determinata area, nel corso dei mesi estivi. È, inoltre, interessante notare che studi recenti hanno evidenziato una correlazione inversa tra mortalità invernale e mortalità estiva (figura 1.11).26

L'impatto delle elevate temperature sulla mortalità risulta cioè più elevato

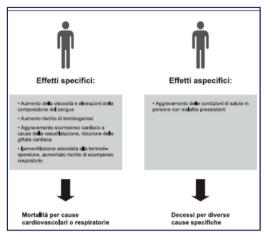


Figura 1.10 • Caldo e mortalità: meccanismi di azione

dυ-

rante estati precedute da inverni con bassa mortalità. mentre risulta più basso in anni con elevata mortalità invernale. Tale fenomeno, ancora in parte da esplorare, è stato attribuito a un effetto competitivo delle epidemie influenzali invernali e delle ondate di calore che agirebbero su una stessa popolazione a rischio. Quindi anche la mortalità invernale avrebbe un effetto sulla dimensione del serbatoio dei suscettibili.

date di calore. Tali studi hanno prodotto evidenze molto rilevanti da un punto di vista di sanità pubblica; infatti, l'identificazione dei soggetti a maggior rischio per ali effetti del caldo è un aspetto cruciale della programmazione di piani di prevenzione efficienti, che devono prevedere attività mirate ai quei sottogruppi di popolazione che più necessitano di assistenza sanitaria e supporto sociale.

Sono stati

condotti

numerosi

studi epi-

demiolo-

di identifi-

condizioni

associate

suscettibilità aali ef-

fetti delle

perature e

alte

delle

con l'obiettivo

una maggiore

tem-

on-

gici

care

I fattori di rischio che predi-

spongono aali effetti più gravi dell'esposizione alle temperature elevate e alle ondate di calore possono essere raggrup-

pati in tre categorie principali:

caratteristiche sociodemografiche: età, genere, livello socio-economico:

- · condizioni di salute: presenza di patologie croniche e assunzione di alcuni tipi di farmaci:
- fattori ambientali: aree urbane/aree rurali, caratteristiche dell'abitazione, livello di inauinamento dell'aria.

Caratteristiche socio-demografiche

Tutte le osservazioni epidemiologiche concordano nell'indicare l'età tra i principali fattori che aumentano il rischio di malattia e morte leaate all'esposizione ad alte temperature. Gli anziani (sopra i 75 anni) e i molto anziani (sopra ali 85 anni) sono quelli che presentano un maggiore rischio di subire gli effetti negativi dell'esposizione al caldo estremo rispetto ai aiovani adulti.27-31 Il maggiore impatto sugli anziani può essere legato al fatto che lo stimolo della sete spesso diminuisce con l'età avanzata aumentando il rischio di disidratazione e che l'adattamento alla temperatura esterna attraverso i normali processi di raffreddamento corporeo è più difficoltoso e stressante per l'organismo.

Inoltre, la dilatazione dei vasi sanguigni periferici derivante dalla reazione dell'organismo all'aumento della temperatura può comportare negli anziani problemi per il cuore e per la circolazione.

Rimane, comunque, ancora da chiarire se è l'età elevata che di per sé determina il rischio, essendo associata a un imperfetto funzionamento della termoregola-

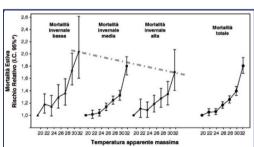


Figura 1.11 • Associazione temperatura-mortalità nei soggetti > 65 anni residenti a Roma per livello di mortalità (basso, medio, elevato) dell'inverno precedente.

Modificata da: Stafoggia et al. 200926

TABELLA 1.1 - ESEMPI DI AGGRAVAMENTO DI PATOLOGIE CRONICHE PREESISTENTI IN CORSO DI ONDATE DI CALORE

PATOLOGIA	MECCANISMI	EFFETTI
BPCO	L'iperventilazione, indispensabile per la termodispersione, aggrava il lavoro respiratorio La disidratazione ostacola l'espettorazione	Rischio di scompenso della BPCO Aumento del fabbisogno di O2 in corso di O2-terapia Riacutizzazione bronchitica
Scompenso cardiaco	La vasodilatazione causa un sovraccarico di volume sul cuore L'iperventilazione aumenta il lavoro respiratorio	Peggioramento dello scompenso
Ipertensione	La disidratazione accentua l'effetto dei farmaci ipotensivi	Rischio di ipotensione, non solo ortostatica, ipoperfusione di organi vitali, cadute
Diatesi trombotiche	La disidratazione facilita la trombogenesi	Accresciuto rischio di trombosi
Insufficienza cerebrovascolare	La disidratazione può ridurre la perfusione cerebrale, specie se c'è un deficit dei meccanismi di autoregolazione	Manifestazioni ischemiche cerebrali acute e croniche
Insufficienza renale cronica	La disidratazione limita la funzione renale compromessa già dal ridotto potere di concentrare le urine	Peggioramento dell'insufficienza renale

TABELLA 1.1 - ESEMPI DI AGGRAVAMENTO DI PATOLOGIE CRONICHE PREESISTENTI IN CORSO DI ONDATE DI CALORE Modificata da: Ministero della Salute (34)

zione, o se l'effetto dell'età sia attribuibile invece all'aumento di patologie croninell'anziano (ad esempio, alta prevalenza di soggetti con broncopneumopatia cronica ostruttiva, BPCO).

Anche i bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, che come gli anziani hanno un imperfetto funzionamento della termoregolazione, più facilmente mostrano i sintomi dell'ipertermia specialmente auando affetti da diarrea, infezioni delle alte vie respiratorie e disordini neurologici.

Per quanto riquarda differenze di genere nella suscettibilità agli effetti del caldo, le evidenze di letteratura sono controverse.(28-31) Diversi studi epidemiologici, alcuni dei quali condotti in Italia, hanno riscontrato un magaior rischio fra le donne mentre in altri non sono state evidenziate differenze o sono stati riscontrati tassi di mortalità più elevati tra gli uomini. È necessario che il ruolo di questa caratteristica nell'aumentare il rischio di effetti avversi a seauito di un'esposizione al caldo sia ulteriormente indagato.

Alcuni studi hanno evidenziato un'associazione tra elevate temperature e la natalità pre-termine, in cui si osserva un aumento delle nascite pre-termine dell'1.9% (IC 95%: 0.86-2.87) all'aumentare di 1°C della temperatura nei 2 giorni precedenti il parto.(32)

È stato evidenziato che la suscettibilità aali effetti del caldo è aumentata anche da specifici fattori socioeconomici, quali la povertà (misurata in base alla residenza in aree con basso reddito) e il vivere in condizioni di isolamento sociale.(27-33) Avere limitati contatti con altre persone o un limitato accesso alle fonti di informazione può contribuire a ridurre la consapevolezza dei rischi e la possibilità di accedere alle soluzioni e ai servizi di emeraenza. Chi è più povero o più isolato ha, inoltre, minori possibilità di spostare temporaneamente il proprio domicilio in zone più favorevoli dal punto di vista climatico e minori possibilità di accesso a luoghi climatizzati.

Condizioni di salute

Potenzialmente tutte le patologie croniche espongono a un rischio maggiore di mortalità in presenza di condizioni di caldo estremo ed è proprio la frequente presenza di malattie croniche nelle persone anziane uno dei fattori che determinano la particolare suscettibilità di questa popolazione agli effetti delle ondate di calore. Sono disponibili solide evidenze in letteratura di un incremento del rischio di decesso, in sequito all'esposizione al caldo intenso, tra le persone affette da alcune malattie croniche. In particolare, gli studi condotti in diverse città italiane hanno evidenziato che alcune condizioni morbose (malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie polmonari croniche, disturbi psichici,

MECCANISMI		CATEGORIE DI FARMACI
Farmaci che possono determinare squilibrio idroelettrolitico		Diuretici, in particolare quelli dell'ansia Tutti i farmaci in grado di determinare diarrea o vomito (colchicina, antibiotici, codeina, antibiastici)
Farmaci che riducono la funzionalità renale		Fans, Sulfaniluree
Farmaci i cui livelli plasmatici aumentano molto con la disidratazione		Ciclosporina, Litio, Digossina, Anticomiziali, Biguanidi, Statine
Farmaci che interferiscono con la termoregolazione	con meccanismo centrale	Neurolettici, Serotoninergici
	ostacolando la sudorazione	Anticolinergici, Atropina, Triciclici, Antistaminici H1, Antiparkinsoniani, Spasmolitici Neurolettici, Disopiramide, Antiemicranici, Vasocostrittori
	farmaci che riducono la gittata cardiaca	β-bloccanti, Diuretici
	farmaci che aumentano il metabolismo basale	Tiroxina
Farmaci che potenziano gli effetti del caldo sulla pressione arteriosa	farmaci che riducono la pressione arteriosa	Tutti gli antidepressivi Tutti gli antianginosi
Farmaci che, riducendo lo stato di vigilanza, rendono il soggetto incapace di adottare strategie difensive		Ipnotici, sedativi, psicofarmaci in generale

TABELLA 1.2 - FARMACI CHE POSSONO AGGRAVARE GLI EFFETTI DEL CALDO SULLA SALUTE Fonte: Ministero della Salute – CCM34

ma-

lattie del sistema nervoso centrale, malattie del fegato e dei reni e malattie metaboliche quali il diabete) aumentano significativamente il rischio di morte in occasione delle ondate di calore.(27-33)

Nella tabella 1.1 sono riportati alcuni esempi di patoloe condizioni che gie possono subire peggioramenti in presenza di temperature elevate e i possibili meccanismi di azione in sequito all'esposizione caldo.(34)

Molti studi hanno evidenziato che le elevate temperature e le ondate di calore

associate a incrementi della mortalità e dei ricoveri ospedalieri per patologie respiratorie, con ali effetti maggiori a carico delle persone anziane affette da malattie polmonari croniche, quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva. I sottostanti meccanismi fisiopatologici devono ancora essere chiariti. Una possibilità è che le temperature estreme provochino, in persone già malate, un peggioramento delle condizioni di salute, ad esempio a causa di iperventilazione e dispnea. Un'ulteriore ipotesi è che il caldo stesso possa provocare una

serie di alterazioni che innescano la patoaenesi di alcune malattie respiratorie. Inoltre resta da chiarire il ruolo deali inauinanti atmosferici, in particolare dell'ozono, che sembrano potenziare l'effetto delle temperature estreme aumentando l'incidenza e peggiorando il decorso clinico di patologie respiratorie croniche auali l'asma o la bronchite cronica.

Sebbene le evidenze disponibili siano ancora limitate. l'effetto del caldo sulle diverse malattie cardiovascolari sembra riconducibile a meccanismi patogenetici differenti. Di grande interesse per i clinici e la comunità scientifica è la possibile associazione tra l'esposizione al caldo e l'occorrenza di infarto del miocardio o altre sindromi coronariche acute. È stato ipotizzato che l'esposizione temperature elevate possa provocare un episodio fatale o non fatale di infarto del miocardio, in pazienti aià affetti da malattie cardiovascolari. Tuttavia. non sono ancora stati adeguatamente indagati i meccanismi patogenetici che legano il caldo a questa specifica malattia. Alcuni recenti studi epidemiologici sugaeriscono che i decessi improvvisi durante le ondate di calore siano, in realtà, da ricondurre a patologie diverse dall'infarto, quali lo scompenso cardiaco e i disturbi della conduzione e del ritmo cardiaco. Un'ipotesi è che il soggetto cardiopatico abbia una diminuita capacità di reagire allo stress termico per le difficoltà a

BOX 1.1 . COME MIGLIORARE IL MICROCLIMA DELLE ABITAZIONI DURANTE L'ESTATE

Durante la stagione estiva, soprattutto nelle grandi città, i principali parametri del microclima (temperatura, umidità, ventilazione) delle abitazioni sono spesso alterati per periodi di tempo anche prolungati, causando sensazione di malessere o effetti dannosi sulla salute delle persone più suscettibili (anziani, malati cronici, bambini molto piccoli, donne in gravidanza). Se i locali dell'abitazione sono assolati, poco areati e tetti e solai non sono ben isolati, la temperatura dentro casa può superare addirittura quella esterna.

Di seguito si indicano alcune misure semplici ma importanti da mettere in pratica durante le giornate più calde dell'estate per migliorare il clima delle abitazioni e contrastare i rischi per la salute e la sicurezza delle persone più fragili.

- La prima misura, facilmente realizzabile, è la schermatura di finestre e vetrate esposte a sud e sud ovest con tende e/o oscuranti esterni regolabili (es. persiane, veneziane).
- Potenziare la ventilazione naturale aprendo le finestre durante le ore meno calde della giornata (es. durante la notte) consente il rinnovo dell'aria interna con aria esterna più fresca.
- · L'uso di ventilatori meccanici, anche se non abbassa la temperature dell'ambiente, può assicurare una sensazione di aria più fresca; infatti diminuisce la temperatura percepita e ciò produce una sensazione di sollievo.

Ma attenzione, occorre posizionare i ventilatori ad una certa distanza dalle persone e non indirizzarli direttamente sul corpo, specialmente nel caso di persone malate costrette a letto. I ventilatori stimolano la sudorazione e per questo motivo possono aumentare il rischio di disidratazione, specialmente se la persona esposta non assume abitualmente grandi quantità di liquidi.

Si consiglia l'uso del ventilatore quando la temperatura interna suopera i 32°C, perché in questo caso oltre ad aumentare il rischio di disidratazione non è un rimedio efficace per combattere gli effetti del caldo.

(seaue)

BOX 1.1 COME MIGLIORARE IL MICROCLIMA DELLE ABITAZIONI DU-RANTE L'ESTATE Modificato da: Ministero della Salute. www.salute.gov.it/emergenzaCaldo

potenziare la gittata cardiaca, necessaria per aumentare il volume del circolo cutaneo e quindi la dispersione di calore. Ancora, una profusa sudoracompensativa, zione innescata dall'esposizione ad alte temperature, può determinare la perdita di liquidi e di sali che in un orgadisidratato, condizione frequente negli anziani, conduce a emoconcentrazione e, potenzialmente, a trombosi del circolo coronarico, cerebrale o polmonare e a coaqulazione intravasale disseminata.

L'eccessiva sudorazione, e la consequente emoconcentrazione, potrebbe aumentare il rischio sviluppare malattie trombotiche in persone predisposte a causa di specifiche malattie (disturbi della coagulazione, tumori, lesioni aterosclerotiche). Infine la disidratazione, in condizioni di caldo eccessivo, potrebbe provocare nelle persone con insufficienza cerebrovascolare manifestazioni ischemiche cerebrali acute e croniche.

Un altro aruppo a rischio è ritenuto quello dei pazienti con insufficienza renale sia per problemi legati alla disidratazione sia perché possono andare incontro più facilmente a sbalzi di pressione durante i periodi di caldo intenso.

I soggetti diabetici sono ritenuti suscettibili aali effetti del caldo a causa della presenza di neuropatia periferica che li rende incapaci di produrre una sudorazione efficace a causa dell'interruzione del segnale che dal centro della termoreaolazione è diretto alle ahiandole sudoripare.

Altre malattie croniche che comportano una compromissione del meccanismo della termoreaolazione possono aumentare il rischio durante i periodi di elevate temperature: ad esempio, la sclerodermia, nella auale la sudorazione è bloccata per un assottialiamento dell'epidermide, e la fibrosi cistica, in cui l'eccessiva sudorazione può causare disidratazione e insufficienza circolatoria.

In generale infine viene considerata associata a un aumento del rischio dell'esposizione al caldo aualsiasi malattia (ad esempio, disturbi psichici, malattie neurologiche) o condizione che costringe a letto e riduce la capacità delle persone a prendersi cura di sé e

ROX 1.1 • Seque

· Gli impianti di aria condizionata contribuiscono in maniera rilevante a migliorare le condizioni di benessere e sicurezza negli ambienti dove si vive. Passare alcune ore in ambienti condizionati (in particolare durante le ore più calde della giornata) aiuta a ridurre sensibilmente la freguenza di effetti negativi e garantisce condizioni di benessere alle persone con il minimo impegno del sistema di termoregolazione dell'organismo.

Ma occorre rispettare alcune importanti regole per il corretto uso dei condizionatori, specialmente per quanto attiene alla loro manutenzione. In molti casi, infatti, oltre a non svolgere idoneamente le loro funzioni gli impianti di climatizzazione possono trasportare o diventare essi stessi fonti di contaminanti, rumore e vibrazioni, soprattutto se non sottoposti ad una regolare manutenzione. I benefici derivanti dall'uso dei condizionatori sono associati, inoltre, ad un elevato consumo energetico (una stanza di 20 metri quadri necessita di un condizionatore che consuma poco meno di 1 kwh)

DECALOGO PER L'USO CORRETTO DEGLI IMPIANTI DI ARIA CONDIZIONATA

Affinché gli impianti di aria condizionata possano essere efficaci nel ridurre i rischi per la salute da esposizione a ondate di calore e per limitare i consumi energetici, si raccomandano le seguenti semplici e importanti regole:

- 1. mantenere chiuse le finestre degli ambienti durante l'uso dei condizionatori;
- 2. utilizzare protezioni oscuranti (tende scure, persiane o tapparelle) alle finestre o vetrate di locali condizionati per limitarne l'esposizione diretta ai raggi solari:
- 3. evitare di regolare la temperatura dentro casa a livelli troppo bassi rispetto alla temperatura esterna; la temperatura dell'ambiente domestico per il benessere fisiologico è intorno a 24-26°C;28 29 la regolazione della temperatura su valori più bassi causa un aumento eccessivo dei consumi
- 4. evitare bruschi sbalzi di temperatura passando da un ambiente condizionato all'ambiente esterno, in quanto ciò può causare danni alla salute. soprattutto delle persone che soffrono di malattie respiratorie:

(segue)

a reagire mettendo in atto comportamenti protettivi con un conseguente aumento del rischio legato all'esposizione al caldo.

L'assunzione di alcuni tipi di farmaci può rappresentare un ulteriore fattore di rischio per ali effetti del caldo. Sulla base dei meccanismi con cui i farmaci interferiscono con gli effetti delle alte temperature, ne sono state individuate diverse categorie che possono aggravare gli effetti del caldo e per i quali una rimodulazione della terapia dovrebbe essere valutata in condizioni di caldo estremo (tabella 1.2).

Infine, anche l'assunzione di bevande alcoliche dovrebbe essere controllata in condizioni di esposizione estreme, poiché l'alcool deprime i centri nervosi e stimola la diuresi, condizioni entrambe sfavorevoli alla dispersione di calore.

Fattori ambientali

Oltre a fattori di natura sanitaria e socio-demografica, anche le condizioni ambientali influiscono nel determinare il livello di suscettibilità di un individuo.

L'assenza di remissione notturna delle alte temperature - come si è verificato in occasione delle ondate di calore nell'estate 2003 in alcune località metropolitane italiane - impedisce una rigenerazione almeno parziale dei meccanismi di termoregolazione dell'organismo umano con conseguente maggiore possibilità di scompenso. Alti valori di umidità relativa associati alle alte temperature rendono inefficace il meccanismo compensativo della sudorazione, ostacolando l'evaporazione del sudore. L'esposizione simultanea agli inquinanti atmosferici urbani in particolare all'ozono potenzia ali effetti delle alte temperature.

Le condizioni abitative rappresentano un fattore di rischio di primaria importanza per i sottogruppi di popolazione suscettibili aali effetti del calore ambientale. Ad esempio, è noto che condizioni meteorologiche caratterizzate dalla persistenza di temperature elevate hanno un impatto magaiore sulle popolazioni residenti nelle zone urbane rispetto a quelle che vivono nelle zone rurali. Uno dei motivi è che nelle città, che sono densamente costruite e dove ali spazi verdi tendono a essere limitati, ali edifici e le strade assorbono e tendono a conservare l'energia solare con un raffreddamento notturno ridotto rispetto alle zone ru-

Tale fenomeno è conosciuto con il nome di «isola di calore urbana».

Durante la stagione estiva, soprattutto nelle grandi città, all'interno delle abitazioni si possono creare condizioni microclimatiche sfavorevoli (temperatura, umidità, ventilazione) che

- in genere una temperatura tra 25-27°C con un basso tasso di umidità. oltre a garantire un buon comfort termoigrometrico non espone a bruschi sbalzi termici:
- 6. una buona regola è coprirsi ogni volta che si deve passare da un ambiente caldo ad uno più freddo e ventilato:
- 7. nelle aree caratterizzate da un alto tasso di umidità, senza valori particolarmente elevati di temperatura, può essere sufficiente l'uso del deumidificatore, in alternativa al condizionatore, per migliorare le condizioni di comfort ambientale e ridurre il consumo energetico;
- la velocità dell'aria nel volume occupato deve essere inferiore a 0.15 m/s:
- 9. i terminali di mandata e di ripresa dell'impianto devono essere collocati a distanza idonea dai luoghi di normale permanenza delle persone;
- 10. la presa d'aria esterna deve essere collocata in posizione idonea a garantire il migliore rinnovo possibile ed evitare ricircoli di aria viziata;
- 11. durante l'utilizzo degli impianti di aria condizionata è consigliabile limitare l'uso di elettrodomestici ad alto consumo energetico (lavatrice. scaldabagno, lampade alogene ecc) e, specialmente durante le ore più calde della giornata, evitare l'uso di elettrodomestici che costituiscono ulteriori fonti di calore dell'ambiente domestico (es. forno, fornelli, ferro da stiro, fon ecc.):
- 12. occorre curare periodicamente la manutenzione degli impianti: pulire periodicamente i filtri e l'unità esterna per evitare un accumulo di polveri e scorie che verrebbe direttamente messo in circolazione attraverso le canalizzazioni di distribuzione dell'aria: la corretta manutenzione aumenta l'efficienza dei condizionatori, evita maggiori costi di funzionamento (a causa di un aumento della resistenza incontrata dall'aria, di una più bassa efficienza delle batterie di scambio termico) e riduce i rischi di incendio e corrosione:
- è consigliabile far controllare da un tecnico (ogni 2/3 anni) il fluido refrigerante ed il compressore dell'impianto di condizionamento;
- 14. gli impianti di climatizzazione devono essere tali da garantire la massima sicurezza antincendio:
- 15. il rumore prodotto dagli impianti deve rispettare le prescrizioni vigenti (UNI 8199):
- i soggetti abilitati devono rilasciare al committente idonea dichiarazione della messa in opera degli impianti di climatizzazione secondo le regole dell'arte e di conformità alla normativa vigente.

possono causare disagio ed effetti dannosi sulla salute delle persone più vulnerabili. Se l'abitazione è situata ai piani alti dell'edificio, con tetti e solai non ben isolati. la temperatura dell'ambiente domestico può raggiungere livelli elevati. L'uso di impianti di aria condizionata garantisce condizioni di benessere con il minimo impedel sistema termoregolazione dell'organismo ed è stato dimostrato essere efficace nel ridurre la frequenza di effetti negativi del caldo. Studi condotti in città americane hanno evidenziato che l'incremento dell'uso di aria condizionata nelle abitazioni ha determinato una riduzione della mortalità estiva 33 35 Tuttavia è da considerare che tale misura di adattamento ha come conseguenza l'aumento dei consumi energetici e quindi l'aumento di emissioni di CO2.

I ventilatori meccanici accelerano soltanto il movimento dell'aria e non abbassano la temperatura ambientale. In questo modo la temperatura percepita diminuisce ma, pur dando sollievo, i ventilatori stimolano la sudorazione e aumentano il rischio di disidratazione se la persona esposta non assume contemporaneamente grandi quantità di liquidi (box.1.1).

CONCLUSIONI

L'impatto sulla salute associato al caldo e all'esposizione a ondate di calore rappresenta uno deali effetti sanitari derivanti dai cambiamenti climatici fino a oggi meglio documentati. Allo stesso tempo gli interventi di prevenzione messi in atto per proteggere la popolazione, in particolare quella anziana e alcuni sottogruppi a elevato rischio, costituiscono un esempio di adattamento che sta modificando l'offerta di assistenza sanitaria e sociale. Gli interventi messi in atto fino a oggi sono stati proarammati in seauito all'emeraenza ambientale del 2003 e in condizioni di grande incertezza rispetto all'impatto atteso nel futuro. Inoltre, sebbene valutazioni recenti sembrino indicare una riduzione degli effetti delle ondate di calore sulla mortalità, mancano studi di valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione proposti che sarebbero utili per indirizzare e programmare interventi futuri.

La rivista Lancet ha dedicato la serie Health and climate change36 a questo tema, sottolineando come alcuni interventi, in aggiunta all'atteso effetto della riduzione delle emissioni di gas serra, potrebbero avere effetti positivi immediati in termini di quadagno in salute. Attraverso un'analisi deali scenari al 2030 rispetto al Nel settore energetico: utilizzo di fonti rinnovabili (eolica, solare, idraulica, geotermica) e di combustibili a basso contenuto di carbonio (ad esempio che utilizzano sistemi di cattura e stoccaggio del carbonio):

- · Riduzione dell'inquinamento atmosferico da particolato e degli effetti associati: mortalità cardiopolmonare, tumore polmone, mortalità occupazionale, infezioni delle basse vie respiratorie nei bambini < 5 anni di età
- Riduzione effetto stimato in termini di DALY anni di vita senza disabilità. per milione ab/anno: 100 nei Paesi EU, 550 Cina, 1500 India

Nel settore dei trasporti: una strategia combinata di potenziamento del trasporto attivo (a piedi e in bicicletta) e un aumento dei veicoli a basse emissioni:

- Riduzione e cambiamenti nella composizione dell'inquinamento atmosferico e aumento attività fisica associati a riduzione di malattie ischemiche e cardiache, tumori seno polmone e colon, diabete, depressione, incidenti automobilistici
- Riduzione effetto stimato in termini di DALY anni di vita senza disabilità per milione ab/anno: 7400 a Londra, 13,000 a Delhi

Nel settore domestico: un miglioramento dell'efficacia energetica nelle abitazioni nei Paesi industrializzati e la diffusione di cucine ad alta efficienza di combustione nei Paesi poveri-

- · Riduzione dell'inquinamento presente negli ambienti domestici e riduzione delle patologie correlate (tumore polmone, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie acute e croniche, morti da freddo)
- Riduzione effetto stimato in termini di DALY anni di vita senza disabilità - per milione ab/anno: 850 nel Regno Unito, 12.500 in India

Nel settore alimentare: una riduzione dei consumi dei prodotti di origine animale a miglioramenti tecnologici nel settore agricolo e zootecnico (ad esempio efficienza degli allevamenti, cattura del carbonio attraverso uso del territorio):

- · Riduzione dell'incidenza di malattie ischemiche cardiache e della mortalità correlata
- Riduzione effetto stimato in termini di DALY anni di vita senza disabilità - ab/anno: 2900 a Londra, 2220 a San Paolo, Brasile

Box 1.2. Esempi di mitigazione con effetti positivi in termini salute Modificato da: Health and Climate Change, The Lancet Series

2010

sono stati valutati gli effetti sulla salute di misure di mitigazione introdotte in quattro settori che contribuiscono fortemente alle emissioni di aas serra (eneraetico, dei trasporti, domestico, alimentare). Utilizzando dati reali di popolazione relativi a esposizioni ed esiti sanitari e mettendo a confronto Paesi ad alto e basso reddito è stato evidenziato come l'introduzione di politiche sanitarie in auattro settori questi avrebbe come effetto benefici immediati in termini di guadagno di salute e a lungo termine riducendo le emissioni di CO2 e quindi i rischi associati al riscaldamento globale (box.1.2).

Come dimostrano gli studi riportati nella serie di Lancet, gli epidemiologi e gli operatori della sanità pubblica possono essere di supporto per identificare interventi di mitiaazione da attuare anche in settori diversi da quelli della salute. Dal punto di vista economico è chiaro che i costi per l'implementazione delle misure di mitigazione sarebbero in parte controbilanciati dai benefici anche immediati in termini di riduzione della mortalità e della morbilità associata a diversi fattori di rischio ambientale.

La mitigazione può realizzarsi solo attraverso uno sforzo

collettivo, a livello di singoli cittadini nel modificare i propri stili di vita, ad esempio attraverso l'incremento del trasporto attivo e la riduzione del consumo di prodotti di origine animale, e a livello di governi e istituzioni nell'avviare una svolta a livello politico nell'investimento di risorse nel campo delle energie rinnovabili e del miglioramento dell'efficienza energetica. È quindi necessario che auesti sforzi siano supportati da programmi di ricerca e sviluppo anche in ambito nazionale.

Un ruolo rilevante deve essere svolto dalla comunità scientifica e dagli operatori sanitari che hanno il compito di definire proposte di politica sanitaria, di informare la popolazione generale su comportamenti e stili di vita da modificare, e di produrre evidenze per i decisori politici sugli interventi di mitigazione da adottare in diversi settori e sulla loro efficacia.

Gli studi disponibili suggeriscono che, anche qualora ali obiettivi di riduzione delle emissioni globali venissero raggiunti, misure di adattamento saranno necessarie sia nel breve che nel lungo termine.

In generale, azioni mirate a uno sviluppo sostenibile possono incrementare l'efficacia deali sforzi di mitiaazione e adattamento verso i futuri cambiamenti climatici. anche se comportano costi per superare eventuali barriere di implementazione.

BIBLIOGRAFIA

- **IPCC** 2013. Climate Change 2013: The Physical Science Basis. WG1 Fifth Report. Summary for Policymakers. Sept 2013 (http://www.ipcc.ch/report/ar5/wa1/docs/WGIAR 5 SPM brochure en.pdf). 2. WHO. Climate change
- and human health risks and responses. WHO: Geneva, 2003.
- 3. Patz JA, Kovats RS. Hotspots in climate change and human health. BMJ 2002; 325: 1094-8.
- 4. McMichael AJ. Friel S. Corvalan C. Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector (Analysis). BMJ 2008;

191-4. 336: doi:10.1136/bmj.39392.4737 27.

5. Forastiere F. Climate change and health: a challenge for epidemiology and

public health. Int J Public Health 2010: 55: 83-4.

- 6. Kosatsky T. The 2003 European heat waves. Eurosurveillance 2005; 10: (7-9).
- 7. Michelozzi P, de' Donato FK, Bargagli AM, et al. Surveillance of summer mortality and preparedness to reduce the health impact of heat waves in Italy. Int J Environ Res Public Health 2010; 7: 2256-73.
- 8. Fink AH, Brücher T, Krüger A, Leckebusch GC, Pinto JG. Ulbrich U. The 2003 European summer

heat waves and drought. Synoptic diagnosis and impact. Weather 2004; 59: 209-16.

9. UNEP. Impacts of summer 2003 heat wave in Europe. **Environment Alert** Bulletin, No. 2. Nairobi, Kenya: United Nations Environment Program,

(http://www.grid.unep.ch/ product/publication/download/ew_heat_wave.en. pdf).

10. Robine JM, Cheung SL, Le Roy S, et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. CRBiol 2008; 331(2): 171-8.

11. Bouchama A. The 2003 European heat wave. Intensive Care Med 2004: 30(1): 1-3.

12. Filleul L. Cassadou S. Médina S, et al. The relation between temperature, ozone, and mortality in nine French cities during the heat wave of 2003. Environ Health Perspect 2006; 114(9): 1344-7.

13. Dipartimento della Protezione Civile (DPC). Centro di Competenza Nazionale, 2012. Ondate di calore ed effetti sulla salute. Sintesi dei risultati. Estate 2012.

14. Shaposhnikov D, Revich B, Bellander T, et al. Mortality related to air pollution with the Moscow heat wave and wildfire of 2010. Epidemiology 2014, mar 4. Epub ahead of print.

15. Kilbourne EM. The spectrum of illness during heat waves. Am J Prev Med 1999; 16(4): 359-60.

16. Albertoni F, Arcà M, Boraia P. et al. Heat-related mortality-Latium region, Italy, Summer 1983. MMWR 1984; 33(37): 518-21. 17. D'Ippoliti D, Michelozzi

P, Marino C, et al. The impact of heat waves on mortality in 9 European cities: results from the Euro-HEAT project. Environ Health 2010; 9:37.

18. Progetto PHEWE 2006. Report on a WHO EC meeting: Assessment and prevention of acute health effects of weather conditions in Europe. London (UK): WHO Regional Office for Europe, 6-7th February 2006.

19. Baccini M, Biggeri A, Accetta G, et al. Effects of apparent temperature on summer mortality in 15 European cities: results of the PHEWE project.

Epidemiology 2008; 19(5): 1-9.

20. Le Tertre A, Lefranc A, Eilstein D, et al. Impact of the 2003 heatwave on all-cause mortality in 9 French cities. Epidemiology 2006; 17(1):

21. Michelozzi P. Accetta G. De Sario M. et al. on behalf of the PHEWE collaborative group. High temperature and hospitalizations for cardiovascular

and respiratory causes in 12 European cities. Am J Respir Crit Care Med 2009, 179: 383-9.

22. Ayres JG, Forsberg B, Annesi-Maesano I, et al.; Environment and Health Committee of the European Respiratory Society. Climate change and respiratorv

disease: European Respiratory Society position statement. Eur Respir J 2009; 34(2): 295-302. Epub 2009 Feb 27.

23. Solomon SD, Qin M, Manning Z, et al. (eds). IPCC. Climate Change 2007.

The Physical science basis.

Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge (UK), New York (NY): Cambridge University Press, 2007.

24. McMichael AJ. Woodruff RE. Hales S. Climate change and human he-

alth: present and future risks.

Lancet 2006; 367: 859-69.

25. Basu R. Samet J. Relation between elevated ambient temperature and mortality:

a review of the epidemiologic evidence. Epidemioloaic Reviews 2002: 24(2):190-202.

26. Stafoaaia M. Forastiere F. Michelozzi P. Perucci CA. Effect modification

by previous winter mortality. Epidemiology 2009; 20(4): 575-83.

27. Kenny GP, Yardley J, Brown C, Sigal RJ, Jay O. Heat stress in older individuals

and patients with common chronic diseases. Can Med Assoc J

182: 1053-60. 2010: Doi:10.1503/cmaj.081050. 28. Michelozzi P, de' Donato F. Bisanti L. et al. The impact of the summer 2003 heat waves on mortality inn four Italian cities. Euro Surveill 2005; 10:

161-5.

29. Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D, et al. Vulnerability to heat-related mortality: a multicity, population-based, case-crossover analysis.

Epidemiology 2006; 17: 315-23.

30. Kovats RS, Hajat S. Heat stress and public health: a critical review. Annu Rev Public Health 2008: 29: 9.1-9.15.

31. Bouchama A, Dehbi M, Mohamed G, Matthies F, Shoukri M. Menne B.

Prognostic factors in heat wave related deaths: a meta-analysis. Arch Intern Med 2007; 167(20): 2170-6. 32. Naughton MP, Henderson A, Mirabelli MC, et al. Heat-related mortality during a 1999 heat wave in Chicago. Am J Prev Med 2002; 22(4); 221-7.

33. Schifano P, Lallo A, Asta F, et al. Effect of ambient temperature and air pollutants on the risk of preterm birth, Rome 2001-2010, Environ Int 2013; 61:77-87. doi: 10.1016/i.envint.2013.09.00 5. Epub 2013 Oct 5.

34. Ministero della Salute.

Centro per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM). Estate sicura 2010, come vincere il caldo. Informazioni e raccomandazioni per il Medico di medicina generale.

35. Davis RE, Knappenberger PC, Michaels PJ, Novicoff WM. Changing heat related mortality in the United States. Environ Health Perspect 2003: 111 (14): 1712-8.

36. Health and Climate Change. The Lancet Series 2009. Disponibile online: www.thelancet.com/series/health-and-climatechange

LINKOGRAFIA

http://www.aafp.org/online/en/home.html Sito web dell'American Academy of Family Physicians con articoli sui

rischi associati al caldo, raccomandazioni per affrontare l'emergenza.

http://emergency.cdc.gov /disasters/extremeheat Sito web dell'Agenzia federale degli Stati Uniti «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC) con raccomandazioni per affrontare l'emergenza Caldo.

http://www.ministerosalute.it/emergenzaCaldo/e mergenzaCaldo.jsp Sito web del Ministero della Salute con informazioni/raccomandazioni sui rischi associati alle ondate di calore e sulle attività di prevenzione disponibili a livello nazionale e locale.

www.climatecrisis.net Sito web del TakePart network, sostenuto da Al Gore, con informazioni sui cambiamenti climatici e sulle azioni individuali per ridurre le emissioni.

http://europa.eu/legislation summaries/energy/eu ropean energy policy Pagina web dell'Unione europea sulla strategia europea di mitigazione dei cambiamenti climatici fino al 2020 e oltre.

www.minambiente.it/hom e_it/home_aria.html?lang= it&Area=Aria Sito web del Ministero dell'Ambiente con informazioni sulle emissioni di aas serra in atmosfera.

Questionario "Clima e Salute"

- Secondo l'Organizzazione Mondiale della Meteorologia (WMO) di quanto sono aumentate dall'inizio della rivoluzione industriale ad ogai le concentrazioni atmosferiche di CO2 nell'atmosfera?
- Del 160% a.
- Circa del 40% b. Non sono aumen-C.
- tate Sono aumentate ma d
- non è possibile valutare di quanto
- 2. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ritiene ali effetti sulla salute causati dai cambiamenti climatici:
- Un problema irrilea. vante
- Tra i più rilevanti prob. blemi sanitari
- Un problema ormai C. superato
- Un problema riguardante solo alcune aree del pianeta
- Ci sono studi epidemiologici sugli eventi meteorologici estremi e le loro conseguenze sulla salute?
- No, ancora non sono stati prodotti,
- Sì e dimostrano che non ci sono conseguenze sulla salute,
- Sì, e dimostrano che stanno già producendo effetti sulla salute contribuendo al carico globale di malattie e decessi prematuri
- Sì e dimostrano che le consequenze sulla salute deali eventi meteorologici estremi si verificano solo in alcune aree del pianeta.
- Come è stata la risposta dei servizi sanitari all'esperienza dell'ondata di calore dell'estate 2003?

- Adequata
- b. Adeguata dal punto di vista clinico, ma inadeguata dal punto di vista organizzativo Inadeauata
- d. Limitata perché ha raggiunto solo alcune fasce di popolazione
- Durante le ondate di calore le popolazioni urbane vengono colpite
- α In maniera omogenea
- b. In maniera disomogenea
- C. Non vengono colpite d. In maniera minore di quelle non urbane
- Il livello socio-econo-6. mico della popolazione influenza la suscettibilità agli effetti delle ondate di calore?
- Si. in particolare auello delle persone anziane
- Si perché le fasce più svantaggiate non hanno l'aria condizionata
- C Si, solo nelle donne
- d. Si, alcuni studi hanno messo in evidenza una maaaiore suscettibilità dei livelli socioeconomici più bassi perché hanno minore capacità di adattamento e vivono in aree ambientali più degradate.
- Le patologie croniche incidono sul grado di suscettibilità della popolazione in relazione agli effetti a breve termine delle ondate di calore?
- a. No
- b. Sì, solo se riguardano l'apparato cardiovascolare
- Sì, solo se riguardano l'apparato respiratorio
- Si, in particolare le patologie croniche a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare

- Le temperature minime elevate registrate nelle ore notturne contribuiscono all'impatto sulla mortalità?
- No h Sì
- Solo se sono improv-C. vise e di breve durata
- ad esclusione delle aree urbane
- Qual è stata la percentuale di casi di morti in eccesso in occasione dell'ondata di calore che ha investito le città del centronord in Italia nel 2012?
- 7% a.
- b. 10%
- C. 3%
- Ы Non c'è stata mortalità in eccesso
- Gli effetti del caldo 10. sulla salute provocano sintomi di un solo tipo?
- а
- Sì, ma sono sintomi h che non arrivano all'attenzione clinica
- C. Sì e sono tutti molto aravi
- No, hanno un ampio d. spettro di manifestazioni di aravità varia
- Qual è stato l'impatto delle temperature elevate dell'estate del 1983 a Roma in termini di mortalità?
- Non è stato registrato nessun cambiamento rispetto alle medie staaionali
- È stato evidenziato un aumento del 59% della mortalità totale
- È stato evidenziato un aumento del 35% della mortalità totale e del 59% della mortalità per cause cardiovascolari rispetto all'anno precedente
- È stato evidenziato d.

un aumento del 15% della mortalità totale e del 29% della mortalità per cause cardiovascolari rispetto all'anno precedente

- 12. L'effetto delle temperature elevate sulla mortalità evidenziabile dagli studi di serie temporale è:
- A breve termine a.
- b. A lungo termine
- Sia a breve che a \sim medio termine
- A lungo termine, dopo esposizione cumulata per molti giorni consecutivi alle elevate temperature
- 13. Qual è il tempo di latenza del picco di mortalità dopo il picco di temperatura elevata?
- 1 settimana a. b. 1-2 giorni C. 1-2 settimane d. 5-6 aiorni
- Le ondate di calore che hanno un maggior impatto sulla salute sono quelle che si verificano:
- All'inizio della stagione calda poiché l'impatto è sull'intero "serbatoio dei suscettibili" e perché nella popolazione non c'è ancora stato un processo di adattamento alle temperature elevate
- Nel mese di luglio b. perché si verificano temperature più elevate e le popolazioni sono meno adattate
- C. Le ondate di calore di stessa intensità e durata hanno sempre lo stesso impatto sulla salute
- d. Le ondate che si verificano nel mese di agosto e che durano almeno 6-7 giorni consecutivi
- Nel 2003 a Pariai l'incremento della mortalità nei giorni di ondata di calore è stato

- a. Il più elevato tra auelli osservati
- b. Il meno elevato tra quelli osservati
- C. Uquale a quello registrato in altre città
- Non è stato registrato un incremento della mortalità
- L'impatto sulla mortalità nel 2012 è stato minore rispetto al 2003?
- No, è stato maggiore a. No, nonostante l'introduzione di piani di prevenzione
- Sì, anche grazie all'introduzione di piani di prevenzione
- А Sì, nonostante non si sia intervenuti con misure di prevenzione
- Di quali parametri 17. climatici è funzione il rischio nel corso di un'ondata di calore? Temperatura sima, temperatura minima e umidità relativa
- Temperatura minima e umidità relativa
- Temperatura minima, umidità relativa ed escursione fra la temperatura minima e la temperatura massima
- d. Umidità relativa e durata della temperatura massima
- Esiste una omogeneità geografica nella relazione temperatura-mortalità?
- a. No b. Sì
- È in corso di appro-C. fondimento
- Sì, ma dipende dalla durata dell'ondata di calore
- 19. Da cosa dipende la vulnerabilità della popolazione agli effetti delle alte temperature e delle ondate di calore?
- È funzione del livello di esposizione, ma non risente

- della «suscettibilità» individuale e della capacità di adattamento sia a livello individuale che di contesto sociale e ambientale
- È funzione della «suscettibilità» individuale e della capacità di adattamento sia a livello individuale che di contesto sociale e ambientale
- È funzione della sola «suscettibilità» individuale
- È funzione del livello di esposizione, della «suscettibilità» individuale e della capacità di adattamento sia a livello individuale che di contesto sociale e ambientale
- 20. In cosa consiste il meccanismo della termoreaolazione?
- È il meccanismo che a. consente di adattare i processi di produzione e di dispersione del calore ai cambiamenti della temperatura ambientale È il meccanismo che
- consente di adattare i processi di dispersione del calore ai cambiamenti della temperatura ambientale
- È il meccanismo che blocca i processi di produzione e di dispersione del calore
- d. È il meccanismo che consente di adattare i processi di produzione e di dispersione del calore a prescindere dai cambiamenti della temperatura ambientale
- Il meccanismo della 21. termoregolazione è controllato?
- Dall'ipofisi a.
- Dal talamo b. Dall'amiadala C.
- Ы Dall'ipotalamo
 - Quale meccanismi fisiologici vengono messi in atto dalla termoregolazione? Minore sudorazione e diminuzione della frequenza

respiratoria

- Vasodilatazione b. aumento del circolo ematico cutaneo insieme a maggiore sudorazione e diminuzione della frequenza respiratoria
- c. Vasodilatazione aumento del circolo ematico cutaneo, maggiore sudorazione e aumento della frequenza respiratoria
- Diminuzione del circolo ematico cutaneo, minore sudorazione e diminuzione della frequenza respiratoria
- 23. L'omeostasi è:
- Il meccanismo che reaistra l'alterazione delle condizioni fisiologiche in un organi-
- Il meccanismo che h. agrantisce il mantenimento di condizioni stabili nell'organismo
- Il meccanismo che \sim permette di non modificare le condizioni fisiologiche
- Non ha a che vedere con il mantenimento delle condizioni in un organismo
- Cosa vuol dire che i danni prodotti dal caldo possono essere indiretti?
- Che non può esserci a. relazione diretta fra incremento della temperatura e danni per la salute
- Che l'incremento b. della temperatura determina l'incidenza di nuove patologie Che le elevate temperature possono aggravare condizioni patologiche preesistenti
- Che l'incremento della temperatura può causare decessi per cause accidentali
- 25. Esiste una specifica causa nella gran parte dei decessi per danni prodotti dal caldo?
- La gran parte dei decessi è ritenuta non riconduci-

- bile a una specifica causa e a un solo meccanismo fisiopatologico
- b. Sì, il meccanismo fisiopatologico è chiaro ed è riconducibile ad una accelerazione cardiaca Il meccanismo fisiopatologico sembra chiaro, ma deve essere ancora verificato
- La gran parte dei decessi è ritenuta riconducibile a una specifica causa e a un solo meccanismo fisiopatologico
- 26. L'impatto delle alte temperature e delle ondate di calore sulla popolazione è omogeneo?
- Sì, e prescinde dalle caratteristiche socio-demoarafiche, di salute e di condizioni di vita
- No, è legato a specifiche caratteristiche socio-demografiche, di salute e di condizioni di vita
- C. Solo in parte
- Sì, all'interno dei did. versi gruppi sociali
- Le ondate di calore che si verificano all'inizio della stagione estiva hanno un impatto maggiore sulla salute della popolazione rispetto a episodi di uquale intensità che si verificano successivamente nel corso dell'estate?
- Sì a.
- b. No, è maggiore l'impatto degli episodi successivi
- c. A seconda della differenza rispetto alla temperatura usuale per la stagione
- Solo se fa seguito a un calo delle temperature medie
- L'impatto delle ele-28. vate temperature sulla mortalità risulta più elevato durante estati precedute da inverni con bassa mortalità?
- No, è più elevato solo in anni con elevata mortalità invernale

- Solo se la mortalità invernale è risultata collegata a un picco climatico in basso
- c.
- d. No, è più elevato solo in anni con in cui la mortalità invernale è rimasta nella media stagionale
- Quali sono le fasce di età che vengono ritenute a maggiore rischio di subire gli effetti negativi dell'esposizione al caldo estremo?
- a. I giovani adulti
- b. Gli anziani, e non i bambini
- \sim Anziani e bambini molto piccoli
- Anziani, bambini e d. adolescenti per un imperfetto funzionamento del meccanismo della termoregolazione
- 30. Esiste un'associazione tra elevate temperature e la natalità pre-termine?
- Si, in alcuni studi è stata evidenziato un aumento delle nascite pre-termine del 10,9% all'aumentare di 1°C della temperatura nei due giorni precedenti il parto
- Si, in alcuni studi è stata evidenziato un aumento nascite pre-termine dell'1.9% all'aumentare di 1°C della temperatura nei due giorni precedenti il parto
- C. Nο
- Si, in alcuni studi è d. stata evidenziata una diminuzione delle nascite pre-termine dell'1.9% all'aumentare di 1°C della temperatura nei due giorni precedenti il parto
- 31. Quali condizioni morbose sono state messe in associazione con il rischio di mortalità durante le ondate di calore?
- Malattie cardio- e a. cerebrovascolari
- Malattie cardio- e cerebrovascolari, disturbi psi-

chici, malattie del sistema nervoso centrale, malattie del fegato e dei reni

- Malattie cardio- e cerebrovascolari, solo se associate a malattie del sistema nervoso centrale
- Malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie polmonari croniche, disturbi psichici, malattie del sistema nervoso centrale, malattie del feaato e dei reni e malattie metaboliche quali il diabete
- 32. È vero che in molti studi i rischi maggiori sono stati stimati per mortalità e ricoveri ospedalieri per patologie respiratorie?
- No, auesto dato a. deve ancora essere indagato Sì, con gli effetti maggiori nelle persone anziane
- Sì, con gli effetti maggiori a carico delle persone anziane, ma solo in presenza di comorbilità
- No, i rischi maggiori sono stati stimati per mortalità e ricoveri per cause cardiache
- 33. L'ipotesi che il soggetto cardiopatico abbia una diminuita capacità di reagire allo stress termico per le difficoltà a potenziare la aittata cardiaca, necessaria per aumentare il volume del circolo cutaneo e quindi la dispersione di calore:
- a. È stata avanzata da numerosi studi
- h È stata confutata da numerosi studi
- Non è stata mai avanzata
- d. Èinfondata
- Quale può essere la conseguenze di una profusa sudorazione compensativa?
- Emoconcentrazione e conseguente annullamento del rischio trombotico
- Emoconcentrazione b.

- e, potenzialmente, trombosi del circolo coronarico, cerebrale o polmonare e coagulazione intravasale disseminata
- C. Emoconcentrazione, che non può avere conseauenze di rilevanza clinica
- Maggior fluidità del flusso sanguigno
- 35. Manifestazioni ischemiche cerebrali acute e croniche sono fra i rischi da tener presente in condizioni di caldo eccessivo?
- Si solo nelle popolazioni anziane
- Sì, se l'insufficienza cerebrovascolare si reaistra in soggetti immunodepressi
- Sì, in persone con insufficienza cerebrovascolare
- 36. I pazienti con insufficienza renale possono andare incontro più facilmente a sbalzi di pressione durante i periodi di caldo intenso?
- Nο
- Sì, in concomitanza con problemi legati alla disidratazione
- soprattutto le C donne
- Sì, solo se hanno un'età superiore agli 80 anni
- I soggetti diabetici sono ritenuti suscettibili agli effetti del caldo?
- Si, per la presenza di neuropatia periferica che li rende incapaci di produrre una sudorazione efficace per l'interruzione del segnale che dal centro della termoreaolazione è diretto alle ahiandole sudoripare
- Si, per la presenza di neuropatia periferica che favorisce una sudorazione eccessiva
- Si, per un'alterazione C. dello stimolo della sete, che li espone a maggior disidratazione
- d. No, non sono ritenuti

particolarmente suscettibili agli effetti del caldo

- 38. Per quale motivo la sclerodermia espone il paziente che ne soffre a una maggior sensibilità nei confronti del caldo eccessivo?
- Per una sudorazione eccessiva
- Perché la sudorab. zione è bloccata per un assottialiamento dell'epidermide
- Perché la sudorazione è abnormemente stimolata dall'assottialiamento dell'epidermide
- Ы Per un'alterazione dello stimolo della sete, che lo espone a magaior disidratazione
- 39. L'assunzione di alcuni tipi di farmaci può rappresentare un ulteriore fattore di rischio per gli effetti del caldo?
- а No
- Sì b.
- Sì, al di sopra degli 80 anni di età
- Sì, solo se si assumono più di due farmaci contemporaneamente
- Su quali aruppi di popolazioni, la persistenza di temperature elevate ha un impatto maggiore?
- Residenti nelle zone a. collinari
- Residenti nelle zone b.
- rurali Residenti nelle zone C. costiere
- Residenti nelle zone d. urbane







U.O.D. di Reumatologia Dott.ssa E. Battaglia X SEMINARIO DI REUMATOLOGIA

CORSO DI FORMAZIONE IN REUMATOLOGIA HOT TOPICS 2015 NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA



25/26 Settembre 2015
Catania, Hotel Nettuno

SicilySPINE 30-31 2015

Grand Hotel Baia Verde

E.C.M

20 CREDITS

Congress Director Luigi MANFRÉ Update on "closed" spine surgery

PRE-CONGRESS COURSE

October 29, 2015 - Catania

Focus on Lumbar Pain: from the diagnosis to the treatment

Scientific Secretary

L. Manfre' - S. Marcia - M. Muto - G. Pellicano'

Pre Congress Course

Thursday 29th - evening

Focus on Lumbar Pain: from the diagnosis to the treatment

Physiopathology of the sciatic pain When it's too late: the neuropatic pain

CT/Xray guided injection therapy

CT/X-ray radioablation in spinal facets and sacroiliac joint syndrome

CT/Xray guided MIS ablation of the basivertebral nerve in DDD

CT/X-ray guided in chronic nerve damage: Epidural Neuro-modulation

PRF – Peripheral nerves Pulsed Radiofrequency: Ultrasound guided in chronic nerve damage

PRF - Gangliar Radio & Cryoablation: CT/X-ray guided in chronic nerve damage

Congress

Friday 30th - morning Spinal Instability

latrogenic instability

Biomechanics & Symptoms

The sagittal balance

Radiology: X-ray, CT and MRI

Surgical approach for cervical spine fusion

CT/X-ray guided techniques in posterior lumbar spine

CT/X-ray guided technique in anterior lumbar spine fusion

CT/X-ray guided technique in sacral fusion

Spinal Canal Stenosis

Imaging and Symptoms

Biomechanics

CT/X-ray guided technique in lumbar spinal canal and foraminal stenosis: Spacers

CT/X-ray guided technique in lumbar spinal canal stenosis: MILD

CT/X-ray guided technique in lumbar spinal canal stenosis: ALTUM and other new devices

Surgical treatment of the lumbar spinal canal stenosis Surgical treatment of the cervical spinal canal stenosis

ORGANIZATIVE SECRETARY

Saturday 31st - morning Vertebral Lesions

Advanced Imaging

Spine Emergency

Biomaterials: beyond the PMMA

Biomechanics

Principles of fluoroscopic and CT guidance in spine procedures New Augmentation Techniques in cervical and thoracic spine

New Augmentation Techniques in lumbar spine

Vertebroplasty beyond the vertebra: bone remodeling of sacrum & posterior arch

CT/X-ray guided Techniques in vertebral tumors: Cryo-ablation CT/X-ray guided Techniques in vertebral tumors: Radio-ablation CT/X-ray guided Techniques in vertebral tumors: Embolization From the side of oncologic patients: the ANDOS foundation experience

Closing Ceremony

Registration fee

Non-Member Scientific Society (euro 250,00) Member of Scientific Societies (euro 200,00)

Fellows, Physician assistants, Technologists, Retired (free of charge)

Via Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA) Ph. 081 198.103.98 - Mob. 349.73.98.399 segreteria@eventiecongressi.net

www.eventiecongressi.net









CON II PATROCINIO DI





CONGRESSO

LE NUOVE SFIDE IN EPATOLOGIA

CATANIA, Hotel Nettuno Viale Ruggero Di Lauria, 121 18-19 SETTEMBRE 2015

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Dr. MAURIZIO RUSSELLO UOSD EPATOLOGIA ARNAS GARIBALDI-NESIMA. CATANIA

Dr. GAETANO SCIFO UOC MALATTIE INFETTIVE OSPEDALE UMBERTO I. SIRACUSA



18 SETTEMBRE 2015

- 13,30 Iscrizione dei partecipanti
- 14.00 Apertura dei lavori e saluto delle Autorità

LSESSIONE "Focus sui tumori epatici"

Moderano: V. Magnano S. Lio - G. Montalto 14,20 Trends globali d'incidenza e mortalità dell'HCC

- e del colangiocarcinoma P. Almasio 14,40 Epidemiologia, gestione e prognosi dell'epato-
- carcinoma nella pratica clinica in... ITA.LI.(C)A F. Trevisani
- 15.00 Trattamenti loco-regionale e sistemico: prospettive future
- 15,20 Trattamento dell'HCC con Radioembolizzazione: criteri di selezione e potenzialità terapeutiche
- 15,40 Trattamenti chirurgici dei tumori epatici primitivi LI Cillo
- 16.00 Discussione
- 16,30 Coffee break

II SESSIONE "Il danno epatico nel paziente con sindrome metabolica"

Moderano: F. Purrello - M. Romano - S. Squatrito

- 17.00 Fegato e lipotossicità M. Averna
- 17,20 NAFLD in età pediatrica: come prevenire danni
- 17,40 NAFLD in età adulta: strategie terapeutiche attuali e prospettive future G. Marchesini
- 18.00 Discussione Intervengono: V. De Maria - R. Risicato
- 18.30 Chiusura dei lavori

19 SETTEMBRE 2015

III SESSIONE "Il nuovo mondo delle epatiti virali"

- Moderano: A. Cascio A. Chirianni C. Torti 09.00 Come gestire il paziente in terapia con NUCs
- 09,20 L'Interferone è ancora una risorsa in HBV?
- 09.40 Lo scenario futuro dell'epatite B
- 10,00 Discussione Intervengono: S. Bonfante - L. Guarneri - C. Iaria
- Moderano: G. Bertino B. Cacopardo C. Iacobello 10.20 Diffusione di HCV in Italia A. Andriulli
- 10.40 Gestione e trattamento del paziente con malattia epatica F0-F2 (in un sistema con risorse limitate)
- 11.00 II trattamento della malattia epatica severa/avanzata
- 11.20 Cosa aspettarsi dai DAAs in fase di avanzata S Bruno
- 11.40 Lo scenario futuro dell'epatite C: sfida all'eliminazione del virus A. Craxi
- 12.00 Discussione

Intervengono: S. Bruno - G. Mannino - F. Cartabellotta Mini-Simposio:

Il danno epatico farmaco-indotto Moderano: G. Fassari - R. Bernardini

12,20 Drug induced liver injury (DILI)

- 12.40 Finalità e organizzazione del network del danno farmaco-indotto: l'Euro-DILI A. Licata
- 13.00 Farmacovigilanza F. Drago
- 13.20 Discussione
- 13.40 Lunch

IV SESSIONE "La criticità in epatologia"

Moderano: P. Leo - S. Madonia - C. Virgilio

- 15.00 La gestione del paziente con emorragia digestiva superiore G. D'Amico
 - Interviene: G. Inserra
- 15.20 Le infezioni nella ESLD G Scifo Interviene: G. Liberti
- 15.40 Il danno renale nel paziente con cirrosi scompensata Interviene: A. Digiacomo
- 16.00 Coagulopatia nella malattia epatica avanzata C. Cammà Interviene: I. Scalisi
- 16.20 Lo stato nutrizionale nel paziente con ESLD M. Distefano Interviene: M. Sapienza
- 16.40 Quando riferire il paziente con Advanced Liver Disease per il trapianto? G Vizzini Interviene: A. Davi
- 17.00 Discussione
- 17.30 Conclusioni

INFORMAZIONI GENERALI



95126 CATANIA - via Guerrera, 26 Tel /Fax 095.388193 info@paroleimmagini.it

Iscrizioni online

www.paroleimmagini.it



Evento n. 130184 12 Crediti formativi Professioni: Medico Chirurgo Bio**l**ogo Farmacista Infermiere

"NELLA TUTELA DEI MEDICI SONO I NUMERI UNO"

DOTT. NICOLA DEL CIOTTO • CHIRURGIA VASCOLARE; CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO

158.159

EX SPECIALIZZANDI '82-2006 SONO STATI PRIVATI DI UN DIRITTO SANCITO DALL'EUROPA (fonte FNOMCeO) 87.300 HANNO CHIECTO GILICITIA

180.000

EURO ESENTASSE RIMBORSABILI A MEDICO

373

MILIONI GIÀ RICONOSCIUTI AI NOSTRI ASSISTITI

E TU COSA ASPETTI?

Per una valutazione gratuita della tua posizione, i nostri 350 consulenti legali sono a tua disposizione.

La nuova azione è imminente.

Per gli iscritti all'OMCeO Catania l'adesione è a costi ridotti.





800.122.777





AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA
- UNITA SPINALE UNIPOLARE -



CONVEGNO:

"LA SPASTICITA' NELLA PERSONA CON LESIONE MIDOLLARE"

VALUTAZIONE, TRATTAMENTO, ROBOTICA



polizza Colpa Grave Club Medici

L'unico reale riparo alla tua professione



Associazione Nazionale tra i medici iscritti agli albi professionali Area Centro - Sud

Centro Direzionale Isola E3 palazzo Avalon - 80143 Napoli tel: 081.7879520 I email: areasud@clubmedici.org



leader nella RC professionale

Dopo il successo 2014 anche nel 2015 con il prestito



importi erogabili

- per pura liquidità fino a € 50.000 in 120 mesi
- per consolidamento debiti fino a € 80.000 in 180mesi
- gli importi e le durate superiori a € 50.000 e
 120 mesi sono riservati ai già clienti Agos Ducato

flessibilità senza costi aggiuntivi

- puoi modificare l'importo della rata, una volta l'anno e fino a 3 volte
- puoi saltare la rata, posticipandone il rimborso, una volta l'anno e fino a 3 volte

in 2 giorni

• bonifico sul proprio c/c in 48 ore dall'approvazione della richiesta

unico

- fino a € 30.000 è esente da documenti di reddito (con 10 anni d'iscrizione O.M.)
- con carta di identità, codice fiscale e il tesserino di iscrizione all'Ordine

NB: Per richieste superiori a € 30.000 o in caso di specifici requisiti della richiesta potrà essere necessario anche un documento attestante il reddito.

estinzione anticipata

 sia totale che parziale, risparmiando gli interessi non ancora maturati

Club Medici Finanza Srl Agente in Attività Finanziaria: Centro Dir. Isola E3 - 80143 Napoli – Iscr. Albo Agenti in Attività Finanziaria presso OAM al n. A8229

N. Verde Club Medici 800 032 797 Junedi - venerdi (9.00 - 19.00)



