

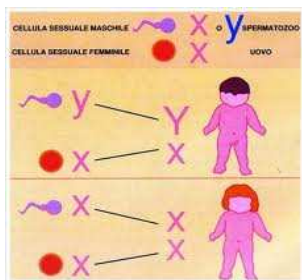
SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 9

Settembre 2011

In corrispondenza del periodo feriale, ripresentiamo alcuni articoli "ameni" di interesse culturale generale tratti dal nostro archivio, ma con l'aggiunta anche di materiale attuale

Un protocollo
di Pronto
Soccorso
per il dolore
toracico



Determinazione
prenatale del
sesso: dai tempi
remoti a oggi



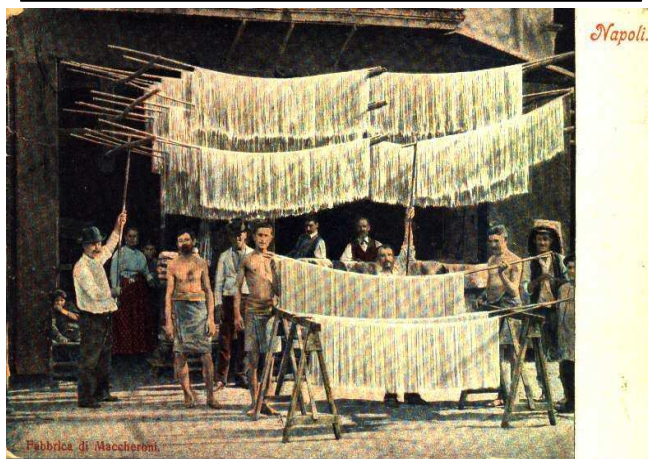
Sono cieco, ma
non me ne
accorgo!
L'Anosognosia

La ricerca scienti-
fica tra verita' e
menzogna

L'infermiere che
non chiama il
medico, e'
corresponsabile
del decesso

Un trattamento
per l'incontinenza
fecale

Boli annuali di
vitamina D
aumentano
rischio di frattura



Napoli: una fabbrica di maccheroni (primi '900)

Tacere all'assicu-
razione in buona
fede non invalida
la polizza

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**

Il "Popolo del Grano"
(Dall' Archivio Storico)

MMG-net

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Indice

Determinazione prenatale del sesso: dai tempi remoti a oggi Pag. 3

Sono cieco, ma non me ne accorgo! L'Ano-sognosia Pag. 4

Il "Popolo del Grano" Pag. 6

La ricerca scientifica tra verita' e menzogna Pag. 9

Un protocollo di Pronto Soccorso per il dolore toracico Pag. 9

Un trattamento per l'incontinenza fecale Pag. 10

Boli annuali di vitamina D aumentano rischio di frattura Pag. 11

L' infermiere che non chiama il medico, e' corresponsabile del decesso Pag. 12

Tacere all' assicurazione in buona fede non invalida la polizza Pag. 12

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE luglio- agosto 2011 (a cura di Marco Venuti) Pag. 10

Mensile di informazione e varie attualita'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
<http://www.scienzaeprofessione.it>

Patrocinate da
-O.M. della Provincia di Padova
-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"
-SIMG-Roma
-SIAMEG
-ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
-Medico&Leggi

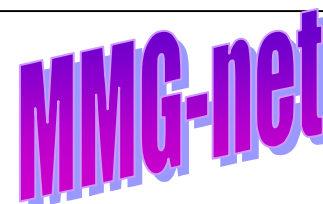
Redazione
Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Guido Zamperini (redattore)

Collaborano:
Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:
dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo:
Oltre 3000 articoli e varie risorse su <http://www.pillole.org/>
Contenuti selezionati:
www.scienzaeprofessione.it

Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte



MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Determinazione prenatale del sesso: dai tempi remoti a oggi

Qualcuno ricorderà l'episodio, riportato da tutti i giornali, della coppia che, sottoposta ad inseminazione artificiale, si è poi rifiutata di riconoscere legalmente il prodotto del concepimento perché maschio, mentre il desiderio della coppia era quello di avere una femminuccia. Ed era così imperativo, il desiderio di una femmina, da non ammettere deroghe e da porsi al di sopra di ogni concetto di amore, solidarietà, carità.

"Speriamo che sia femmina!" titolava un famoso film di una ventina d'anni fa; in questo caso il desiderio si è trasformato in una condizione "sine qua non".

L'episodio ha destato un grande clamore proprio perché è tale da indurre, più o meno consciamente, una serie di riflessioni: è tanto importante poter conoscere o addirittura scegliere in anticipo il sesso del proprio figlio? E qualora questa scelta sia effettivamente possibile, a quali estremi e a quali aberrazioni si potrebbe arrivare?

La speranza che potrebbe trattarsi di un caso del tutto isolato non ha molto fondamento, se si considera come tale aspetto sia valutato nelle diverse culture, e come sia stato sempre tenuto in considerazione nelle più diverse epoche storiche.

I problemi legati al concepimento, alla diagnosi precoce di gravidanza e alla determinazione prenatale del sesso del nascituro, benché apparentemente marginali, hanno in realtà permeato notevolmente il pensiero comune già da molti secoli. In quasi tutte le società gli esseri umani si sono sempre posti il problema di conoscere anzitempo il sesso del nascituro per motivi religiosi, economici o sociali, legati ad esempio (ma non esclusivamente) alla trasmissione delle proprietà ereditarie, o a questioni di prestigio.

In Cina, i prossimi genitori pregano perché il nascituro sia maschio: nei tempi passati, per motivi religiosi legati al Confucianesimo (che legava ai discendenti maschi la perpetuazione del culto degli antenati) era importantissimo avere almeno un maschio (che oltretutto era esente da problemi di dote) nella propria discendenza; da quando il nuovo corso ha cercato di imporre la regola "un figlio per ogni coppia" le famiglie più religiose, soprattutto nelle campagne ove il rispetto della legge era meno stringente, tendevano a lasciar morire l'eventuale femmina o a storpiarla deliberatamente per poter avere il permesso di un secondo figlio.

Gli aborigeni australiani invece, fino a

tempi molto recenti, non si ponevano neppure il problema: essi ignoravano completamente il rapporto tra atto sessuale e fecondazione, e ritenevano che la gravidanza ed il sesso del nascituro derivassero da una diretta azione divina del tutto imprevedibile e inconoscibile.

In un papiro egiziano del 1350 a.C. venivano riportati dei dati che possono meravigliare per il rigore con cui sono esposti, tanto da essere stati riesaminati e studiati agli inizi del '900: partendo dall'osservazione che l'ormone follicolare (di cui avevano intuito l'esistenza) agisce sulla crescita delle piante, i sacerdoti fondavano le loro tecniche diagnostiche sul fatto che semi di orzo e di frumento irrorati con urina di donna gravida si svilupperebbero con diversa rapidità a seconda del sesso del nascituro: se i semi di frumento si sviluppano più adagio di quelli di orzo dobbiamo attendere un maschio; se i semi di orzo germogliano più rigogliosamente di quelli del frumento c'è l'80% di probabilità che il nascituro sia di sesso femminile. Purtroppo i successivi controlli statistici effettuati in epoca moderna hanno tolto validità a questo tipo di prova, riscontrando alcune differenze ma non tali da raggiungere la significatività statistica.

Gli influssi della luna:

In ogni epoca si è ritenuto che l'ambiente in generale, ma soprattutto i cicli lunari, avessero un importante influsso, quasi "magico", sulle cose dell'uomo: sin dai tempi più antichi era diffusissima nel volgo di ogni paese l'idea secondo cui la luna, avvicinandosi, saturerebbe della sua energia la terra ed i corpi, mentre allontanandosi li svuoterebbe. Da ciò derivavano le varie precauzioni popolari di fare "a luna crescente" tutto ciò che doveva crescere e prosperare (seminazioni, piantagioni), riservando invece ai periodi di "luna calante" tutto ciò che deve morire o essere distrutto (raccolti, potature, tagli, ecc.).

La crescita e lo sviluppo della vegetazione apparivano agli occhi del volgo intimamente connessi con la vita della luna, per cui si tendeva, per traslazione, a mettere in correlazione le varie fasi della luna con il sesso dei nascituri: la donna che ha partorito un figlio in fase di luna crescente avrà assorbito una grande energia, per cui partorirà, successivamente, un maschio; se invece il parto del primo nato è avvenuto in fase di luna calante il nascituro della successiva gravidanza sarà femmina. Questo metodo, strettamente inattendibile, aveva tra l'altro il difetto di non essere applicabile alle primi-

pare...

Un medico arabo del I secolo usava consigliare alle sue pazienti, desiderose di conoscere il sesso del nascituro, di comporre una mistura con latte e farina e quindi di avvicinarla al fuoco. Se le fiamme sgretolavano la poltiglia il nascituro sarebbe stato maschio; se la poltiglia si fosse consolidata sarebbe nata una femmina.

In Occidente lo stesso **Ippocrate** si cimentò nel settore, affermando, tra l'altro, che, se la pelle della futura mamma diventa più pallida, il neonato sarà femmina.

Nel Medio Evo invece usava recidere all'inizio della gravidanza la coda di una lucertola: se l'animale soccombeva all'intervento chirurgico, la gravidanza della donna si sarebbe interrotta; se la coda invece rinasceva bifida la gestante avrebbe partorito una femmina; se rinasceva normale, con un solo capo, la gestante avrebbe partorito un maschio.

Un chirurgo ostetrico francese del XVI secolo, ripetendo peraltro altri celebri aforismi di Ippocrate, riassume i termini del problema come da lui erano visti nel 1575; probabilmente dalle sue affermazioni sono nate le varie credenze basate sull'esame della forma che assume l'addome della donna in gravidanza:

"Se la donna gestante porta nel suo seno un maschio, essa è più disposta e gagliarda; di colorito vermiglio con l'occhio vivo, gaio, chiaro. Essendo il figlio maschio più caldo per suo temperamento così raddoppia il calore della madre. Nel seme germinale sta la virtù creatrice e formatrice: ora è certo che il seme più caldo e più secco genera dei maschi; il seme più freddo e più umido genera delle femmine; così l'umidità è meno efficace della siccità. Ciò spiega perché la femmina si sviluppi più tardi del maschio. Se quindi si tratta di un maschio la madre gode durante la gravidanza di un migliore appetito; essa avverte già i moti attivi del nascituro al 3 mese e 1/2 allorché se si tratta di una femmina li sentirà molto più tardi; il suo ventre ha forma appuntita. Inoltre la presenza del maschio si manifesta palesemente verso la parte destra del corpo della madre; infatti nell'atto di camminare essa inizia col piede destro e, se da seduta vuole alzarsi mette la mano destra sulle ginocchia per appoggiarsi; l'occhio destro è più mobile; il seno destro ingrossa maggiormente del sinistro e i movimenti del feto sono più spiccati nella parte destra

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

dell'addome ... se la nutrice ha partorito un maschio il suo latte e' migliore perche' il suo sangue e' piu' elaborato e quindi meno ricco di scorie; perche' il feto maschile essendo nel ventre di sua madre la scalda e il suo calore e' naturale piu' che la femmina. Tuttavia ... mi sembrano non saggi quei mariti che si corrucciano con le loro donne quando queste hanno il grave torto di mettere al mondo una femmina, perche' non e' nella potenza della donna o dell'uomo di generare maschi o femmine a loro volonta'".

Sembra evidente come il chirurgo risenta del maschilismo imperante nella sua epoca...

Ma il desiderio di prevedere (e possibilmente scegliere) il sesso del nascituro si trascina fino all' epoca moderna:

Le teorie del 1800:

Alcuni scienziati tedeschi dell' 800, secolo dei lumi e dei criteri scientifici, affermavano che ciascun ovaio e' dotato di una propria serie sessuale cosi' stabilita: ovaio destro: maschio, maschio, femmina; ovaio sinistro: femmina, femmina maschio. Queste sequenze si riproducono alternativamente da destra a sinistra formando un ciclo che comprende una serie di 6 mestruazioni. Da appropriati calcoli si potrebbe percio' determinare il sesso nella specie umana. Gli "appropriati calcoli" sono stati poi effettuati da altri studiosi ma, con delusione delle gestanti di tutto il mondo, hanno escluso ogni correlazione del genere, relegando la teoria nell' ambito delle ipotesi fantasiose.

Un'altra teoria della stesso epoca si basava invece sulla frequenza del battito cardiaco fetale: da 130 a 135, maschio; da 150 a 160, femmina; naturalmente non e' vero niente. Sempre nell'800 diversi autori sostennero con convinzione la possibilita' di far nascere maschi o femmine a volonta' applicando le seguenti leggi:

nasce sempre una femmina quando la fecondazione ha luogo uno o due giorni prima dell'inizio del ciclo mestruale, ovvero nel giorno immediatamente susseguente ad esso; nasce sempre un maschio quando la fecondazione ha luogo due o tre giorni dopo la mestruazione;

se la fecondazione avviene nel periodo intervallare il sesso viene stabilito dall'ovulo del

ciclo mestruale immediatamente susseguente. E' presumibile che l'enunciato sibillino di questa terza Legge rappresentasse l'alibi per i casi che risultassero di sesso diverso dal pronosticato.

Nei primi del '900 si abbozzarono dei tentativi di diagnosi scientifica: negli Stati Uniti si studio' un metodo che consisteva nell'iniettare endovena ad un coniglio maschio impubere di tre mesi di vita, 10 cc di urina di donna gravida. Se l'iniezione restava senza effetto cio' indicava che il nascituro sarebbe stato un maschio; se al contrario il testicolo del coniglio presentava all'esame istologico spermatogenesi iniziale cio' significava che il nascituro sarebbe stato una femmina. Il metodo non resse pero' a un esame statistico stringente per cui non venne confermato.

Ma se non si riesce a prevedere il sesso, si preveda almeno la gravidanza!

Nel 1930 un americano (J. Bercovitz) e un francese (L. Pouliot) hanno scoperto che la diagnosi potrebbe essere effettuata con un semplice mezzo fondato sulla reazione pupillare: viene instillato una o due gocce di sangue della donna da esaminare nel sacco congiuntivale di un occhio della stessa con un apposito contagocce; dopo due minuti si esamina l'ampiezza della pupilla: se esse sono isocoriche non c'e' gravidanza; se le due pupille sono anisocoriche e restano tali ad una seconda e una terza prova fatte nello spazio di 5 minuti la diagnosi di gravidanza e' positiva. L'anisocoria puo' consistere in una miosi o in una midriasi indifferentemente purché esista tale anisocoria. Non sappiamo se anche questi studi siano poi stati sottoposti a rigoroso vaglio scientifico.

Ma il problema della previsione del sesso, pur se ufficialmente "politicamente scorretto" in un' epoca di parita' sessuale, non cessa di essere molto "sentito" anche ai giorni nostri, al punto di interessare valenti ricercatori: due ricercatrici inglesi dell'Universita' di Nottingham, Pauline Hudson e Rosemary Buckley, hanno recentemente (nel 2000) pubblicato su Practising Midwife Journal una relazione su uno studio che negli ultimi due anni le ha portate a tenere sotto osservazione seimila

donne incinte. Secondo questa ricerca, le mamme vegetariane sono portate ad avere piu' figlie femmine, mentre quelle che seguono una dieta a base di carne e pesce tendono a procreare maggiormente figli maschi. "Anche se per il momento non ne abbiamo scoperto con certezza la causa, statisticamente sembra proprio che la nascita di una bambina sia piu' frequente rispetto a quella di un maschio, quando la madre e' rigorosamente vegetariana", ha detto la dottoressa Pauline Hudson.

Un noto ginecologo italiano ne ha fornito, su un diffuso settimanale, la sua interpretazione. "Nelle donne che mangiano carne, il PH vaginale e' piu' acido rispetto a quelle che sono vegetariane", ha spiegato, "Questa particolare condizione favorisce gli spermatozoi portatori di cromosomi maschili, che sono piu' veloci ma piu' fragili di quelli femminili".

Un gruppo di ricercatori svedesi ha invece pubblicato su Lancet nel dicembre 1999 uno studio che promette di diagnosticare il sesso del nascituro all' eventuale iperemesi della gravida. L' iperemesi e' una patologia caratterizzata da nausea e vomito molto intensi che talvolta impongono il ricovero della paziente nei primi mesi di gestazione. Secondo questi ricercatori chi soffre di questa malattia probabilmente dara' alla luce una femmina in quanto, l'iperemesi gravidica e' associata ad un aumento di gonadotropina corionica e i livelli di questo ormone si alzano soprattutto quando il feto e' di sesso femminile.

In epoca di genoma umano, di ecografie ostetriche, di parita' sessuale, tali problematiche possono apparire patetiche o comiche, tuttavia non si puo' ignorare l'importanza che gli esseri umani hanno sempre attribuito alla possibilita' di prevedere (ma soprattutto di controllare e indirizzare) l'andamento demografico della razza umana. Ma e' proprio importante questo? Non e' meglio lasciar fare alla natura?

Daniele Zamperini, Pubblicato su "Doctor", maggio 2001

Sono cieco, ma non me ne accorgo! L' Anosognosia

"Anosognosia": la malattia di chi non sa di essere malato.

Seneca in una lettera indirizzata al suo amico Lucilio racconta con sorpresa e incredulita' il comportamento di Arpaste, un'amica della moglie: "Questa donna improvvisamente ha perduto la vista. Cosa incredibile ma vera, questa pazza non ha consapevolezza

za di essere cieca e talvolta chiede al suo custode di essere condotta altrove perche' dice che la nostra casa e' troppa buia".

Se fosse vissuto qualche migliaio di anni piu' tardi Seneca avrebbe saputo che la conoscente era affetta dalla sindrome di Anton, scoperta nel 1885.

Solo nel 1914 Babinski definì col termine "anosognosia" l'ignoranza o la scarsa consapevolezza di un evidente deficit cognitivo, motorio o sensoriale.

Puo' sembrare una cosa strana ma invece e' molto frequente che soggetti che abbiano subito una lesione cerebrale da ictus o da trauma, pur presentando evidenti fenomeni

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

di deficit motorio a carico degli arti (o sensitivo a carico dei vari apparati) neghino assolutamente la presenza di tale deficit.

La negazione può assumere aspetti assai diversi: interrogati i pazienti possono dire di star benissimo e messi di fronte al loro deficit con una serie stringente di domande possono eludere il problema trovando una giustificazione (plausibile, ma solo per essi) al loro disturbo: proprio come l'amica di Seneca.

Una paziente affetta da tale sindrome insisteva che gli era sufficiente trovare finalmente un paio di occhiali adatti, tanto da essere adirata con i medici che si rifiutavano di darglieli.

A volte le scuse sono davvero bizzarre e arrivano ad essere delle vere e proprie confabulazioni: una paziente intervistata da Ramachandran e Blakeslee nel '98, pur essendo affetta da una paralisi totale al braccio sinistro giustificava la cosa con dolori artritici che rallentavano i movimenti, fino a stupirsi (*"cosa ci fa quel braccio paralizzato nel mio letto?"*).

Le scuse cercate sono spesso incongruenti tra loro e contraddittorie da un momento all'altro. In genere comunque, nonostante le possibili confabulazioni, il paziente anosognosico presenta normali capacità critiche (negli altri settori) che possono venire testate con le apposite prove psicometriche.

Com'è possibile quindi che una persona con capacità critiche intatte non sia in grado di rendersi conto della presenza di un proprio deficit tanto evidente?

Le interpretazioni di questo fenomeno sono distinte in due ampie categorie: motivazionali e cognitive. Le prime considerano l'anosognosia come un meccanismo di difesa per uno stato di cambiamento improvviso: i pazienti tenderebbero a negare la loro esperienza troppo negativa e dolorosa. Secondo ricerche del 1955 (Urweinstein e Kahn) si rilevò che in effetti esisteva una certa relazione tra anosognosia e personalità premorbosa con tendenza a negare le proprie difficoltà anche in ambiti diversi da quelli del loro deficit.

Le teorie motivazionali tuttavia non spiegano il motivo per cui l'anosognosia sia più frequentemente associata ad emiplegia destra (53%) e meno ad emiplegia sinistra (14%).

Le teorie cognitive perciò tendono a considerare la mancanza di consapevolezza di un deficit sensorimotorio come un "errore" occor-

so durante l'elaborazione dell'informazione a livello cerebrale.

Secondo alcuni fisiologi (Mc. Glynn e Schacter, 1989) questo deficit sarebbe secondario a una lesione di un sistema neurologico detto "CAS" (Conscious Awareness System) corrispondente ai lobuli parietali inferiori. Tale sistema raccoglierebbe le informazioni provenienti dai vari sistemi relativi alle loro modalità specifiche e produrrebbe un output nei lobi frontali responsabili a loro volta di organizzare e monitorare o iniziare complesse sequenze di idee o di azioni.

Uno dei problemi per lo studio dell'anosognosia è dovuto all'ampia gamma di disturbi a cui essa può essere associata. Infatti la mancanza di consapevolezza non si manifesta in modo ben definito e uniforme: vi sono individui che sembrano ignorare completamente la presenza del deficit, altri che lo minimizzano, altri ancora che ammettono una certa difficoltà ma si comportano in maniera incongruente.

Esistono possibilità di recupero anche spontaneo. Inoltre il paziente può mettere in atto delle curiose strategie di compensazione. Ad esempio un paziente, camminando in un corridoio travolgeva qualsiasi persona o cosa si trovasse alla sua sinistra. Per evitare ciò aveva sviluppato una curiosa strategia purtroppo non molto efficace: quando camminava metteva l'indice di fronte al volto e questo a suo avviso avrebbe dovuto indicargli il centro del corridoio. Bastava seguire il dito e non avrebbe avuto problemi. Purtroppo il suo centro era molto relativo e non ebbe mai grandi risultati.

Per prima cosa comunque, affinché il paziente affetto da anosognosia possa ottenere un recupero, è necessario che raggiunga la consapevolezza del suo deficit. Questo perché, in via di principio, fino a che non si sia arrivati a tal punto esso tende a ignorare, eludere, contrastare le strategie terapeutiche messe in atto. Non è ben chiaro però se i pazienti che raggiungono più facilmente questo stadio siano quelli colpiti da forme più lievi o se al contrario costituiscono dei veri successi delle terapie riabilitative messe in opera.

SIAMO TUTTI ANOSOGNOSICI?

Uno dei problemi di fondo per l'analisi e la terapia di questa forma morbosa è costituita dal fatto che, se una persona è affetta da tale

malattia, non può riconoscere di esserne affetto. È possibile perciò ipotizzare che tutti noi siamo portatori di forme di anosognosia di cui non ci rendiamo conto? È ovvio che per le forme più evidenti la diagnosi può essere effettuata da terze persone nel confronto con individui "sani". Esistono però effettivamente delle anosognosie di cui non siamo consapevoli: una di queste è costituita dalla famosa macula cieca, cioè quella piccola porzione di campo visivo cieco di cui siamo assolutamente inconsapevoli finché qualche caso non ce ne rivela la presenza. È ben noto che questo spazio cieco può essere facilmente individuato tramite dei semplici test visivi. La sua presenza è ben nota ai prestidigitatori i quali sfruttano la situazione di parziale cecità indotta da una macula cieca per mascherare le loro magie.

Queste magie non sono altro che abilissimi inganni perpetrati alle spalle del nostro sofisticato cervello, che si lascia gabbare proprio perché non elabora (o meglio non si preoccupa di elaborare) l'assenza di informazione proveniente da un certo settore. Proprio su questo punto critico, (e cioè sul fatto che il nostro cervello non si occupa di elaborare l'assenza d'informazione) si basa la "discovery theory" di Levine (1990) che non considera l'anosognosia come un errore cognitivo o una forma di difesa psicologica (benché non escluda che anche questi aspetti possano contribuire) ma la intende semplicemente come conseguenza del nostro imperfetto processo di monitoraggio, come il frutto di un "normale" fallimento nello mascherare alcuni errori piccoli o grandi del nostro cervello. Il nostro cervello in effetti si rivela incapace di cogliere alcune stimolazioni sensoriali riguardanti i vari aspetti ma considererebbe questa assenza di attenzione come una normale routine di "assenza di segnale".

Così resta indifferente ai campi magnetici, agli ultrasuoni, alcuni odori, con un meccanismo di diniego che è molto simile a quello dei pazienti anosognosici.

Daniele Zamperini. - 2000

Fonte principale: "Psicologia contemporanea" n.157, 2000.

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Il "Popolo del Grano"

Se è vero che "l' uomo è ciò che mangia", è possibile osservare come, dal punto di vista alimentare, il mondo possa essere diviso, per certi aspetti, in due parti distinte: mentre in Oriente si affermava, come cibo per antonomasia, il riso (originario dell' India e diffusosi verso il 2000 A.C. in Cina e nelle Filippine), in Occidente nasceva invece il "popolo del grano".

Il contadino occidentale ha sempre, tenacemente, coltivato il grano, malgrado le difficoltà che tale coltivazione comportava: scarsa resa (notizie storiche riferiscono come fosse molto positiva già una resa di 4 a 1, cioè di quattro chicchi di grano per ognuno che fosse stato seminato, ridicola secondo gli standard attuali), necessità di rotazione delle colture, di concimazioni adeguate e così via. Tuttavia, per l' alta capacità nutritiva e per le gradevoli qualità organolettiche il grano è sempre rimasto l' alimento base in tutto l' Occidente, e soprattutto in Italia.

Documenti storici, trattati classici, tradizioni ed usi, dimostrano concordi che il patrimonio alimentare dell' Italia, nella sua ricchezza di varietà e produzione, è rimasto quasi invariato dalle epoche più remote fino ai giorni nostri. Se si eccettua l' introduzione di alcuni vegetali come il pomodoro, la patata o il mais, introdotti dopo la scoperta dell' America, noi viviamo ancora, dopo tanti secoli, quasi degli stessi alimenti dei nostri più antichi antenati.

La leggenda:

Secondo la mitologia greca fu Demetra, dea delle messi, - Cerere per i Romani - a donare all' uomo i cereali, in particolare il frumento da cui appunto si ricava la farina per panificare. Da sempre il pane ha avuto una sacralità che nel mondo greco prima e romano poi era legata alla fecondità della terra, tanto che Demetra era celebrata durante i riti dei misteri eleusini, e ad essa, durante le feste rurali che nell' antica Grecia si svolgevano da metà maggio a metà giugno (epoca della raccolta del grano) veniva offerto il pane Thargelos, preparato con la prima farina ottenuta dopo la mietitura.

Un po' di storia:

Incerta è l' epoca della nascita del frumento: alcune tracce - trovate nella caverna di Merkenstein in Austria - permetterebbero di farlo risalire al periodo Paleolitico; altri reperti archeologici lo farebbero risalire invece all' età neolitica (6000 anni avanti Cristo).

In epoca storica, tra le tante ipotesi, e' da

segnalare quella dello storico **Diodoro Siculo** (I secolo a.C.) che, con legittimo orgoglio regionalistico, rivendica alla Sicilia (Trinacria) il ruolo di patria legittima del frumento in quanto in questa terra cresce spontaneo il *Triticum villosum* che attraverso la coltivazione si sarebbe trasformato in *Triticum sativum*, cereale usato per la panificazione. Saranno infatti soprattutto i cereali del genere *triticum* (così detto probabilmente per il fatto che il grano deve essere prima sottoposto alla battitura e poi alla macinazione) a costituire in seguito la base del patrimonio alimentare occidentale.

Il pane, realizzato in vari modi e con vari elementi, è comunque presente presente nella storia di tutti i popoli occidentali.

E' certo che gli **Etruschi** fossero forti coltivatori di cereali: Tito Livio enumera, tra gli aiuti forniti dalle città etrusche a Scipione nel 204 A.C., abbondanti quantità di cereali, e soprattutto di *Triticum* (frumento bianco).

Gli antichi agricoltori conoscevano all' incirca le stesse specie e varietà di cereali note ancora oggi: Plinio, Dioscolide, Varone affermano concordemente che il cereale più largamente coltivato era l' orzo, di cui Ippocrate e Galeno, Celso e Paolo di Egina esaltavano le azioni terapeutiche come vivanda degli infermi per le virtù contenute nella ptisana (una specie di farinata ottenuta con la farina d' orzo più o meno grossolanamente macinata, bollita con l' acqua e arricchita di svariati ingredienti, e somministrata in forma di brodo, sciolto o anche non sciolto, simile pressappoco agli odierni brodi vegetali).

Era usatissimo il farro, cereale che molto probabilmente corrisponde al "dicocco" (*Triticum dicoccum*) o, secondo ricerche che risalgono al 1765, alla nostra spelta. Del farro si servirono, secondo Plinio, i popoli del Lazio già 300 anni prima che fosse scoperta l' arte della panificazione, cuocendolo con acqua sotto forma di farinata, così come ancor oggi si usa in alcune zone agricole.

L' arte della panificazione poi progredì rapidamente: allora come ora vennero prodotti diversi tipi di pane, ottenuti usando diverse specie di farina di grano e, anche nella stessa farina, diversi gradi di molitura e di stacciatura.

Infatti la farina veniva divisa, facendola passare attraverso setacci di diverse forme e grandezze, in diversi gradi di purezza: il fior della farina (flos) era la farina più fine, otte-

nuta sottraendo ogni particella di crusca e di farina più grossa; era anche detta siligo perché si otteneva da quella varietà di grano più bianco indicato col nome di siligine. La farina media, ottenuta dopo che erano stati stratti il "fiore" e la crusca, era la cosiddetta simila, o similago o farina secondaria, la farina generalmente usata per il pane dell' esercito, il pane prediletto da Cesare Augusto (*"secundarium panem appetebat"*); se a questa farina era stata lasciata la crusca si otteneva invece la farina pollen (Celso) o la farina crassior.

L' arte della panificazione ebbe un forte sviluppo durante il tardo impero romano, allorché, per la diffusa ricchezza, la decadenza dei costumi e delle virtù domestiche, le donne cessarono di cuocere il pane in casa. Secondo lo storico Plinio furono alcuni prigionieri Macedoni a insegnare ai Romani l' arte della panificazione che ben presto divenne un lavoro assai redditizio e socialmente considerato. I fornai, detti pistores a causa della primitiva tecnica di macinazione consistente nel pestare i grani per separarli dalle glume (solo molto più tardi si conobbe l' uso delle macine) costituivano infatti una categoria molto importante.

In età romana, già all' epoca dell' imperatore Augusto a Roma vi erano trecento forni. I mulini pubblici venivano edificati vicino ad essi per realizzare agevolmente il ciclo della panificazione.

I pistores erano pure incaricati, dallo Stato, della distribuzione di grano e di pane (frumentationes) ai poveri, dapprima a prezzo "sociale", poi del tutto gratuitamente. La distribuzione gratuita di "alimento" divenne un problema (e una fonte di malaffare) colossale se si pensa che ne beneficiavano, nel IV secolo D.C., oltre 300.000 persone. Si comprende perciò la sempre crescente importanza dei fornai: si conoscono monumenti sepolcrali eretti in memoria di fornai divenuti ricchissimi in seguito al loro mestiere: il monumento sepolcrale dedicato ad Eurisace, fuori di Porta Maggiore, a Roma, ove vengono rappresentati, mediante una serie di particolari atteggiamenti bassorilievi, i diversi momenti della preparazione, della cottura e della vendita del pane, rappresenta un esempio illustre.

Gli scavi archeologici di Pompei e di Ostia hanno poi recuperato diverse botteghe e retrobotteghe di fornai, di fabbricatori di paste, e sono stati recuperati addirittura, dalle ceneri del Vesuvio, alcuni pani dell' epoca, pressoché intatti nella loro forma. Tali pani

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

non si differenziavano molto, per l'aspetto, da quelli attuali: la forma più comune era quella circolare un po' schiacciata e recante sulla superficie dei solchi a settori che ne facilitavano la divisione, molto simile all'attuale "michetta" o "rosetta", ma se ne facevano di forme più svariate. Tale abitudine sembra essere derivata direttamente dall'antico Egitto, ove sono stati rinvenuti pani di forma conica, semicircolare, ovoidale, triangolare e a ciambella. Lì, durante il Nuovo Regno, era addirittura invalso l'uso di forme zoomorfe o antropomorfe per il pane destinato ai bambini.

È certo comunque che il frumento con cui oggi viene preparato il pane è il risultato di vari incroci e pertanto è ben diverso da quello degli antichi.

Il pane, oggi.

Aspetti nutritivi: il pane e la pasta alimentari ottenuti dalla farina del grano contengono principalmente due principi alimentari indispensabili all'organismo: le proteine (glutine) e i carboidrati (amidi).

La farina di frumento contiene anche una certa quantità di grassi, circa il 5%, che può contribuire a coprire anche il fabbisogno di queste sostanze. Sono però soprattutto le proteine, l'amido e i carboidrati a rendere così così pregevoli e gustosi la farina e i suoi derivati.

Il pane deve la sua leggerezza e la sua fragranza a una sostanza che è, sostanzialmente un microrganismo cioè il lievito. Questo fermenta le materie zuccherine che si trovano nella farina producendo acido carbonico che rimane imprigionato nella pasta; questa diventa spugnosa e ricca di microscopiche bollicine d'aria, trattenute dal glutine, ottenendo così quell'elasticità e quella leggerezza tanto gradevole.

Nei paesi dove la cultura del pane è poco avanzata si usa molto il **pane di segale** che differisce dal pane di grano in quanto non contiene glutine che si possa estrarre direttamente. Differisce anche per una proporzione più alta di sostanze solubili e igroscopiche, nonché per il colore brunoastro. È un pane meno fermentato, più compatto che si conserva più a lungo fresco.

Il **pane d'orzo** è molto simile a quello della segale ma è ancora più compatto a causa della mancanza di glutine. Il suo sapore e il suo odore sono assai molto meno gradevoli di quelli del pane di frumento.

La **farina d'avena** è quella che dà il pane è meno buono, pesante, compatto, di un sapore amaro. I canoni di certi ordini monastici ne prescrivevano l'uso esclusivo a titolo probabilmente di mortificazione della carne.

Alcune curiosità da segnalare:

Narra la storia che Giulio Cesare contro Vercingetorige, in Gallia, rischio'

l'ammutinamento dei suoi soldati in quanto erano rimasti senza pane. Non che essi mancassero di cibo, tutt'altro, in quanto erano ben forniti di carne e di altri alimenti, tuttavia questo tipo di alimentazione non li soddisfaceva in quanto abituati a un vitto a base di farinacei di cui sentivano la mancanza (la famosa offa).

Nel 1300 furono realizzati dei panini bianchi detti «da bocca», utilizzati al posto dei tovaiglioli. Esisteva pure il «pane del boia», sorta di vitalizio alimentare che i fornai furono obbligati per legge a realizzare: questo veniva consegnato, in segno di disprezzo, capovolto. Ancora oggi, pur essendosi persa la memoria dell'origine, è sgradito il pane capovolto sia quando si porge che quando si mette in tavola, avendo assunto nella credenza popolare un significato negativo di porta sfortuna trasformato poi in una regola di galateo.

Nel 1728 Jacopo Bartolomeo Beccari evidenzia le proprietà nutritive possedute dal glutine che, in epoca autarchica, venne addirittura definito «carne vegetale» per il suo valore biologico, pari a quello delle migliori proteine animali.

È del 1875 la famosa Inchiesta Agraria di Stefano Jacini che evidenzia il pane come alimento base per gli operai, mentre ancora il consumo della carne era molto basso.

La «Gazzetta Medica Lombarda» nel 1881, riporta la scoperta fondamentale del dott. C. Bazzoni che, nella Sala del Consolato Operaio di Milano effettuò un esperimento con delle zuppe accompagnate col suo nuovo pane-carne.

Narrano le cronache che più di 66 persone fra delegati, operai, consociati e invitati presero parte all'esperimento. Tutti trovarono il pane soddisfacente e la zuppa con essa confezionata superiore in bontà a qualsiasi altra, considerando anche il suo bassissimo prezzo. I delegati hanno poi all'unanimità dichiarato che «Doversi proporre il nuovo pane-carne per uso di nutrimento quotidiano degli operai e dei contadini, doversi invitare il Governo a sostituire questo pane a quello in uso dell'esercito col nome di galletta, doversi finalmente invocare che vengano introdotte le zuppe in discorso nei ricoveri di mendicanti e dovunque è necessaria una nutrizione igienica ed essenzialmente economica».

Negli eserciti agli inizi del '900 si usava il cosiddetto «pane di munizione», fatto di farina di frumento con aggiunta di crusca. Alcuni tipi di pane detti «pane inglese» vengono preparati con miscugli in determinate proporzioni di poltiglia di patate, di farine, di lievito di birra.

Gli altri alimenti a base di cereali: soprattutto pasta

Gli antichi conoscevano, oltre al pane, tutta un'altra serie di piatti basati sui diversi cereali coltivati: simila (semolino di grano), alica (semolino di farro), farinate e polente più o meno spesse e arricchite con svariati ingredienti e droghe, perfino una forma di pasta (laganum) simile a quelle delle attuali lasagne (da cui probabilmente è derivato il nome) o tagliatelle.

Si conoscevano diverse forme di focacce (offa, libum ecc): erano semplici, fatte con pasta fermentata o non fermentata (azima), a base di farine dei vari cereali, cotte sotto la cenere al fuoco diretto oppure entro pentole, eventualmente mescolate con condimenti grassi (olio, noci, avellane, ecc.).

Le focacce venivano anche condite con ingredienti vegetali o animali, come latte o formaggio, così come si usa ancora oggi in diverse regioni d'Italia.

Il succo delle carioidi immature dei cereali, ricche di zucchero, veniva anch'esso utilizzato per produrre, dopo torrefazione, delle bevande gradevoli e sostanziose, miscelate con miele e con latte. Di questa specie doveva essere il chondros dei Greci e l'alica del Latini; questa, secondo Palladio, si otteneva in particolare dall'orzo semimaturato raccolto nel mese di Giugno.

Dei vari derivati artificiali derivati dai generi alimentari era noto l'amido o amilum, così detto perché «a mole», cioè formato dalla farina non macinata, ottenuto macerando con acqua le carioidi del frumento e spremendo, colando e disseccando la polvere che se ne otteneva.

Ma il tipico alimento italiano a base di grano è, e rimane, la pasta.

Chi ha inventato la pasta?

È una domanda difficile: alcuni testi fanno riferimento a Marco Polo, altri a genti venute dall'Oriente o sostengono addirittura che la pasta sia stata importata dai Mongoli.

Un impasto molto simile alla pasta attuale era già usato dagli etruschi, visto che in una tomba di Cerveteri sono raffigurati coltelli, mattarello e una rotella che sembra quella ancora in uso per la preparazione dei ravioli. È probabile che gli etruschi preparassero e cucinassero lasagne a base di farina di farro. Le lagane romane, di cui abbiamo già parlato, certamente non erano identiche alle attuali lasagne, ma sicuramente ne erano abbastanza simili, ed erano a base di farina. Il più antico libro di ricette romane, scritto da Apicio, raccomandava di utilizzare "le duttili lagane per racchiudervi timballi e pasticci".

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Intorno all'anno Mille abbiamo la prima ricetta documentata di pasta, nel libro "De arte Coquinaria per vermicelli e maccheroni siciliani", scritto da Martino Corno, cuoco del potente Patriarca di Aquileia.

Nel XII secolo si documentata l'esistenza di un'industria di pasta secca, detta "itrija", localizzata nelle vicinanze di Palermo.

Nel "Libro di chi si diletta a girare il mondo" scritto nel 1154, dal geografo di origine araba Al-Idrisi, che era al servizio di Ruggero II, si legge di una zona abitata con case e "molti mulini", a poca distanza da Palermo, denominata "Trabia" dove si fabbrica pasta a forma di fili (Tria in arabo), e di commerci della pasta, molto sviluppati, in paesi di "Musulmani e Cristiani", spedita con navi che ne "trasportarono abbondanti quantità ovunque nel Mediterraneo".

E' curioso osservare che in Puglia le lasagne secche oncor oggi vengono chiamate "Tria". E' perciò dimostrato come, quasi un secolo prima della nascita di Marco Polo già si usava, in Italia, la pasta alimentare a forma di spaghetti.

La Pasta così trattata non entro' immediatamente nelle mense "nobili e principesche d'Italia", perche' l' uso era piuttosto scomodo: come nel famoso film di Toto', all' epoca la pasta veniva mangiata con le mani. Fu solo attorno al 1700, che grazie ad un tal Gennaro Spadaccini, intraprendente ciambellano di corte di Re Ferdinando II, e alla sua geniale idea di utilizzare una forchetta con 4 punte corte (poi diventata di uso comune), che la Pasta fu servita anche nei pranzi delle corti di tutt'Italia e di la' inizio' il suo giro del mondo.

Inizialmente la pasta veniva confezionata esclusivamente a mano, ma allargandosi il consumo crebbe il numero dei maestri d'arte, che si unirono in Corporazioni e idearono mezzi meccanici per facilitare la produzione. Dallo Statuto della Corporazione di Roma, che risale alla fine del Cinquecento, apprendiamo che le botteghe d'arte si distinguevano in due categorie: quelle con torchio e quelle senza. Quindi l'uso del torchio a vite era già diffuso tra il XVI e il XVII secolo.

Fin dall'inizio della produzione artigiana si era notato che la pasta, analogamente ad altre sostanze alimentari, dopo essere stata privata in un tempo piuttosto breve di una forte percentuale dell'acqua in essa contenuta, poteva essere conservata a lungo senza deteriorarsi. Si incominciò quindi a ricercare una condizione che permettesse di ottenere, nel modo meno dispendioso possibile, una accurata essiccazione.

Il clima, caratterizzato da regimi di brezza costanti e favorevole all'essiccazione, portò ad accentrare la lavorazione in Sicilia, in provincia di Genova e nel napoletano, dove questa industria assunse proporzioni impo-

nenti dando origine, sul finire del secolo scorso, a una notevole esportazione. L'essiccazione della pasta, specialmente nel napoletano, assunse le caratteristiche di un vero e proprio rito, officiato dal pastaio: egli doveva prevedere le condizioni climatiche, sentire i cambiamenti del tempo, conoscere al tatto lo stato della pasta, il grado di essiccazione raggiunto, per stabilire le operazioni successive necessarie ed evitare che il prodotto potesse fermentare o asciugare troppo rapidamente.

Con l'introduzione dell'essiccazione artificiale, l'industria della pastificazione tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento va diffondendosi in tutte le regioni d'Italia, anche in quelle dove le condizioni ambientali avrebbero impedito l'essiccazione naturale praticata a Napoli, a Genova e a Palermo.

Il consumo medio anno pro-capite, (pasta) in Kg, in alcuni paesi e' cosi' valutato (dati del 1999):

Italia Kg. 28
Venezuela Kg. 13
Tunisia Kg. 13
Stati Uniti Kg. 9
Cile Kg. 9
Svizzera Kg. 9
Grecia Kg. 9
Francia Kg. 7
Russia Kg. 7
Canada Kg. 6,3
Germania Kg. 5
Spagna Kg. 4
Inghilterra Kg. 2
Giappone Kg. 1,8
Cina Kg. 0,8

Il mercato

Nel settore della pasta alimentare, malgrado l' introduzione di nuove regole da parte della CEE e malgrado le fluttuazioni conseguenti alle periodiche "guerre alimentari" tra Europa e Stati Uniti, l'Italia ricopre un ruolo di primo piano.

Grazie a una produzione che (dati del 1997) ha superato le 2.920.000 tonnellate, pari a un fatturato di 5.777 miliardi di lire, il nostro Paese guida la classifica mondiale dei produttori, seguito dagli USA che esprimono una produzione di circa 2 milioni di tonnellate.

Di assoluto rilievo anche i livelli produttivi di altri quattro Paesi: la Russia, con oltre 1,3 milioni di tonnellate, il Brasile (circa 0,7 milioni t), Turchia (0,4 milioni t) e la Francia (0,3 milioni t). Significative anche le produzioni di Messico, Spagna e Argentina. La quota di esportazione della pasta italiana si aggira intorno al 50% della produzione.

I principali mercati di assorbimento della pasta "made in Italy" sono: la Germania e gli USA (circa il 15% ciascuno), la Francia

(circa il 13%); seguono Regno Unito, Russia e Giappone.

Attualmente in Italia operano quasi 200 imprese con un totale di oltre 8.000 addetti

Il problema del glutine: la celiachia

Paradossalmente la nazione che piu' fa uso di alimenti a base di grano risulta pure essere quella con il maggior numero di persone affette da intolleranza al glutine, componente proteica fondamentale del grano stesso (ma non, ad esempio, del riso). La malattia celiaca, infatti, in diversi gradi di gravita', e' assai comune in Italia. Puo' definita come "un'anomala risposta immunologica all'ingestione di glutine in soggetti geneticamente suscettibili". E' stato calcolato (www.celiac.org) che ne sia affetto 1 italiano ogni 250. La maggior parte di queste persone presentano sintomatologia aspecifica intestinale, spesso etichettata come "colon irritabile", accompagnata a volta da altri sintomi, come dispepsia, flatulenza, dimagrimento. Più del 50% dei pazienti però non presentano la tipica patologia o sintomatologia gastroenterica ma sintomatologia riferita ad altri organi, per cui non vengono correttamente diagnosticati.

L'anemia è il sintomo extraintestinale di più frequente riscontro, ma non sono infrequenti l'osteoporosi giovanile, l'atassia idiopatica (secondaria a danno cerebellare), l'epilessia (presente nel 5% dei pazienti, accompagnata da lesioni calcifiche cerebrali), la sintomatologia psichiatrica (depressione, disturbi del comportamento, ansietà), disturbi cutanei (alopecia areata, iperpigmentazione, lichen, psoriasi) patologia riproduttiva: (amenorrea, sterilità, aborti ricorrenti, oligozoospermia).

Sono risultate associate ad intolleranza al glutine pure le patologie tiroidee autoimmuni, il diabete mellito di tipo I, la cirrosi biliare primitiva, la dermatite erpetiforme, le alterazioni criptogenetiche delle transaminasi.

Ci si chiede (e la cosa è ancora controversa) se le abitudini alimentari basate sul consumo di cereali possano avere un effetto favorente la malattia; certamente però possono rivestire il ruolo di fattore scatenante nei soggetti geneticamente predisposti. Molti specialisti sconsigliano, perciò, l'aggiunta di glutine agli alimenti destinati all'uso dell'infanzia (le cosiddette "pastine glutinate") in quanto al loro accresciuto potere nutritivo può contrapporsi lo scatenamento di una sindrome da intolleranza. Il rispetto della dieta priva di glutine resta il trattamento fondamentale, per questi pazienti.

Daniele Zamperini: terminato 19/05/2001.

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

La ricerca scientifica tra verita' e menzogna

La polemica sulle frodi nella scienza non sono nuove; diversi ricercatori hanno anche eccettuato che perfino Mendel abbia in realta' un po' "spinto" i risultati delle sue osservazioni che, sebbene risultate esatte, darebbero assai difficilmente risultati cosi' come esposti dallo scienziato.

Insomma, i risultati degli studi scientifici non sono sempre limpidi come sembrano.

In epoca moderna il fenomeno si e' ampliato a dismisura malgrado i controlli effettuati dai comitati redazionali delle riviste specializzate per cui in diverse nazioni sono stati istituiti organismi appositi, destinati a controllare la correttezza della ricerca che si svolge con fondi statali sul loro territorio. Sono presenti, ad esempio, in Danimarca, Germania, Gran Bretagna, Francia e naturalmente Stati Uniti. Una serie di episodi clamorosi hanno messo in luce come, in diversi casi, la ricerca sia stata pilotata o addirittura falsificata da ricercatori o aziende che avevano degli interessi nel settore. I ricercatori sono spinti soprattutto dall'ansia di dover pubblicare per mantenere posizioni e posti di prestigio, le aziende da ovvi motivi commerciali di mercato.

Tralasciando la notissima contesa tra Montagner e Gallo sulla poco chiara scoperta dell'HIV, diversi casi di ricerche non proprio limpide sono stati portati all'attenzione del pubblico:

- Nel 1978 Peter Seeburg trafugava dei campioni presso i locali dell'Universita' di California onde completare il suo lavoro presso una azienda privata (Genentech). Da tale lavoro derivavano prestigiose pubblicazioni su "Nature" e guadagni di miliardi, tuttavia una imprecisione tecnica rilevata nelle pubblicazioni ha fatto si' che il ricercatore finisse in Tribunale ove veniva costretto a confessare il malfatto.

- Una ricercatrice tedesca (Marion Brach) ha invece confessato di aver ritoccato al computer fotografie di elettroforesi comparse su almeno 47 articoli scientifici tra l'88 e il '96.

- Robert Davies invece ha sostituito frammenti di tessuto onde pilotare i risultati di una ricerca biochimica.

A fronte di questi "pubblici peccatori" sembra amplissimo il fronte dei "falsificatori artigianali": attualmente il fenomeno e' favorito e ingigantito data l'enorme mole delle pubblicazioni scientifiche per cui i responsabili hanno maggiore possibilita' di mimetizzare le scorrettezze. Un'inchiesta condotta nel '93 dall' "American Scientist" rivelava che circa il 7% dei lavoratori di un laboratorio era a conoscenza di falsificazioni di dati, mentre una ricerca analoga condotta in Norvegia nel '95 rilevava addirittura oltre il 20% di tali frodi conosciute dagli operatori del settore.

Sono diverse le tipologie di frode piu' comunemente riscontrate nelle revisioni:

- Plagio.
- Falsa attribuzione del lavoro ad autori che in realta' non hanno partecipato, o esclusione di coloro che hanno veramente effettuato il lavoro. Tale tipologia potrebbe essere riscontrata molto frequentemente (esperienza personale: N.d.R.) nei lavori italiani.
- Presentazione di dati gia' pubblicati come se fossero nuovi e ripubblicazione degli stessi dati su riviste diverse con lieve cambiamento di prospettive di presentazione in modo da "riciclare" un unico lavoro moltiplicandone il valore. Tale tipologia puo' indirettamente falsare tutta la prospettiva di valutazione di un fenomeno che risulterebbe percio' confermato da diversi studi quando in realta' si tratterebbe di un unico studio. E' un fenomeno molto frequente.
- Conflitto di interessi non dichiarato tra la sponsorizzazione e l'effettuazione del lavoro.
- Fabbicazione di dati
- Falsificazione brutta dei dati
- Mancata adesione alle linee-guida etiche.

Sono poi arrivati all'attenzione del pubblico episodi di ricerca "pilotata" se non falsificata deliberatamente dalle aziende interessate. E' stato pubblicato recentemente sul "Lancet", ad esempio, il piano con cui la Philip Morris tentava scientificamente e metodicamente, con una capillare azione di travisamento e disinformazione, di screditare gli effetti delle ricerche sul danno da fumo. In particolare veniva programmata ad arte una produzione di studi negativi sulla rela-

zione tra fumo passivo e cancro da opporre ai dati della ricerca IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) che aveva effettuato una ricerca che dimostrava la dannosita' del fumo passivo.

La strategia di tali multinazionale non si basava tanto sulla falsificazione dei dati quanto su una sottile campagna tesa a screditare i dati e i metodi delle ricerche ufficiali. Venivano coinvolte agenzie di relazioni pubbliche e prestigiosi giornali internazionali.

Lo stesso "Lancet" ha dovuto confessare mestamente di aver pubblicato inconsapevolmente una lettera sul fumo passivo sponsorizzata da industrie del tabacco.

Il Saint Paul Pioneer Press aveva gia' riportato che, tra il 1992 e il 1993 il Tobacco Institute (si tratta dell'Ente che gestisce la "comunicazione" delle multinazionali del tabacco) ha pagato docenti universitari e ricercatori perche' criticassero con articoli e lettere dirette alle riviste scientifiche il rapporto sul fumo passivo dell'Agenzia per la protezione Ambientale. Uno degli accusati si e' difeso sostenendo che anche i ricercatori di segno contrario venivano pagati per le loro pubblicazioni.

E' evidente percio' come l'obiettivita' nelle ricerche scientifiche sia un aspetto altamente a rischio, sia per quanto riguarda l'effettuazione vera e propria della ricerca da parte degli studiosi, soggetti a pressioni di vario tipo, sia per quanto riguarda l'interpretazione dei dati che puo' essere manipolata facilmente da entita' economiche abbastanza potenti.

C'e' anche il rischio pero' che le ricerche che presentino dati non allineate con studi precedenti vengano guardate ingiustamente con sospetto e che i ricercatori possano tendere ad "adeguarsi" alle ricerche precedenti onde non correre il rischio di sentirsi accusare di falso o di sensazionalismo scientifico.

Daniele Zamperini (2001)

Fonti:

Tempo Medico e varie.

Un protocollo di Pronto Soccorso per il dolore toracico

Un protocollo diagnostico della durata di sole 2 ore permette ai medici di Pronto Soccorso di identificare i pazienti con

dolore toracico a basso rischio di eventi cardiaci maggiori.

Questo studio, denominato ASPECT

(Asia-Pacific Evaluation of Chest Pain Trial), aveva lo scopo di valutare un protocollo diagnostico della durata di 2

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

ore, da eseguire in Pronto Soccorso in pazienti con dolore toracico, per escludere una sindrome coronarica acuta. Nello studio sono stati esaminati 3.582 pazienti di 9 paesi. La valutazione prevedeva lo score TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction), l'elettrocardiogramma e un panel di tre esami (creatin chinasi MB, troponina e mioglobina). Da notare che la creatin chinasi MB, la troponina e l'elettrocardiogramma fanno già parte del TIMI score.

I pazienti sono stati classificati a basso rischio di eventi cardiaci maggiori (morte, arresto cardiaco, necessità di rivascolarizzazione di emergenza, shock cardiogeno, infarto miocardico acuto, aritmia ventricolare, blocco atrio ventricolare di alto grado che necessita di intervento) se avevano un TIMI score = 0, nessuna evidenza di alterazioni ischemiche all'elettrocardiogramma e valori normali dei tre biomarkers all'entrata e dopo 2 ore.

I pazienti che in totale sono stati definiti a basso rischio erano 370. Di questi 18 si sono persi al follow up, i rimanenti 352 sono stati seguiti per 30 giorni. Tre di questi sono andati incontro ad un evento cardiaco maggiore. Considerando la coorte di tutti i pazienti arruolati un evento cardiaco maggiore si è verificato nell'11,8%.

Il valore predittivo negativo del sistema è risultato pari al 99,1%.

Fonte:

Than M et al. A 2-h diagnostic protocol

to assess patients with chest pain symptoms in the Asia-Pacific region (ASPECT): a prospective observational validation study.

Lancet. 2011 Mar 26;377:1077-84.

Commento di Renato Rossi

Lo studio recensito in questa pillola può essere molto utile ai medici di Pronto Soccorso per identificare i pazienti con dolore toracico a basso rischio di eventi cardiaci maggiori in un lasso di tempo ragionevole e di poterli dimettere con ragionevole sicurezza. Infatti un evento cardiaco maggiore, nei pazienti considerati a basso rischio, si è verificato nello 0,85% dei casi, mentre la percentuale nell'intera popolazione dello studio è stata di quasi il 12%. Il protocollo ha quindi un elevatissimo valore predittivo negativo.

Ricordiamo che il TIMI score preveda la valutazione dei seguenti parametri:

- 1) età > 65 anni
- 2) presenza di almeno 3 fattori di rischio per cardiopatia ischemica (anamnesi familiare positiva, fumo, ipertensione, diabete, ipercolesterolemia)
- 3) anamnesi per precedente stenosi coronarica > 50%
- 4) slivellamento dell'ST all'elettrocardiogramma all'arrivo in PS
- 5) almeno due eventi anginosi nelle precedenti 24 ore
- 6) uso di ASA nei precedenti 7 giorni
- 7) aumento della troponina cardiaca o della creatin chinasi MB

A ciascuno di questi sette parametri viene dato 1 punto.

Pur se pensato per i medici di Pronto Soccorso questo protocollo può essere utile anche ai medici di Medicina Generale, che spesso devono confrontarsi con pazienti che lamentano dolore toracico. Nel contesto della Medicina Generale, tuttavia, non c'è disponibilità di attrezzature, nè di avere in poco tempo il risultato degli esami di laboratorio, nè la possibilità di mantenere il paziente in osservazione. Anche il possesso di un elettrocardiografo (con eventuale servizio di telemedicina per la lettura dell'elettrocardiogramma) non garantisce da eventuali errori diagnostici, in quanto sono ben descritti casi di infarto con tracciato elettrocardiografico muto, almeno nelle prime fasi. Pertanto il livello di sospetto nella medicina territoriale deve essere particolarmente elevato ed ogni caso di dolore toracico, anche con presentazione atipica, deve essere considerato di origine cardiaca salvo dimostrazione del contrario. Per il Medico di Medicina Generale è preferibile avere un'elevata sensibilità, pur scontando una bassa specificità (molti invii inutili al PS).

Da considerare infine che le cause del dolore toracico non sono solo la cardiopatia ischemica: altre patologie potenzialmente gravi da tenere in considerazione sono, per esempio, gli aneurismi dell'aorta toracica in fase di rottura e l'embolia polmonare.

Un trattamento per l'incontinenza fecale

L'iniezione transanale sottomucosa di NASHA Dx potrebbe essere un trattamento efficace per l'incontinenza fecale, ma necessitano altri studi.

In questo RCT sono stati arruolati 206 pazienti di età compresa tra 18 e 75 anni con incontinenza fecale. I partecipanti sono stati trattati con iniezione transanale sottomucosa di NASHA Dx (n = 136) oppure con iniezione simulata (n = 70). Sia i pazienti che i medici erano in cieco per sei mesi, quando venne determinata (tramite un diario di due settimane e valutazione clinica) la gra-

dità dell'incontinenza fecale e la qualità di vita.

L'end point primario era rappresentato dal numero degli episodi di incontinenza fecale.

Per poter parlare di efficacia del trattamento si doveva avere una riduzione di almeno il 50% degli episodi.

Tale riduzione si verificò nel 52% dei pazienti del gruppo con trattamento attivo e nel 31% del gruppo controllo (p = 0,0089).

Si registrarono 128 eventi avversi associati al trattamento, di cui due gravi (un ascesso rettale e un ascesso prostatico).

Gli autori concludono che l'iniezione anale di NASHA Dx è un trattamento efficace per l'incontinenza fecale. Una miglior selezione dei pazienti, la scelta di dosi ottimali, il sito ideale per l'iniezione e risultati a più lungo termine potranno aumentare la compliance dei malati.

Fonte:

Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence: a randomised, sham-controlled trial. Graf W et al. Lancet 2011 march 19; 377: 997-1003.

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Commento di Renato Rossi

Per incontinenza fecale s'intende la perdita involontaria di materiale fecale liquido e/o solido a causa di una perdita del controllo dello sfintere anale.

La prevalenza della sindrome è difficile da determinare sia per la comprensibile riluttanza a riferirla di soggetti per altro verso in buona salute, sia per la scarsa abitudine dei medici a ricercarla. Secondo dati di letteratura colpisce circa il 2-3% dei soggetti viventi in comunità; nei pazienti ricoverati in casa di riposo la prevalenza dell'incontinenza fecale può superare il 50%.

Le cause sono molteplici: anomalie congenite (spina bifida, mielomeningocele), malattie infiammatorie dell'intestino, postumi di interventi chirurgici anali (emorroidectomia, sfinterotomia), diabete, ictus, lesioni spinali, malattie degenerative neurologiche.

Anche il parto per via vaginale può esse-

re una concausa dell'incontinenza fecale per danni allo sfintere o ai nervi pudendi.

Infine l'età può rivestire un ruolo importante per varie ragioni: diminuzione della pressione anale, diminuzione del volume rettale necessario ad inibire il tono sfinteriale, rallentamento della conduzione nervosa a livello dei nervi pudendi.

Il trattamento può essere medico o chirurgico.

Alcuni hanno suggerito il trattamento a base di sostanza formanti massa (metilcellulosa, psyllium), altri hanno proposto varie tecniche di biofeedback.

Nei pazienti in cui l'incontinenza fecale è causata da episodi incontrollati di diarrea si può usare la loperamide.

In pazienti che non rispondono alla terapia conservativa si può ricorrere alla iniezione anale di vari materiali per migliorare la funzione dello sfintere interno (silicone, microgranuli carbon coa-

ted, collagene).

La terapia chirurgica, che prevede vari tipi di interventi ricostruttivi, deve essere attentamente valutata e riservata a pazienti selezionati in quanto non è scevra da complicanze (infezioni, necrosi tissuali, emorragie, ematomi perirettali, stenosi anale, dolore...).

Nello studio recensito in questa pillola è stato usato per iniezione sottomucosa transanale un copolimero a base di destranomero e acido ialuronico stabilizzato. Questo preparato è già utilizzato nel trattamento del reflusso vescico uretrale dei bambini, dell'incontinenza urinaria da sforzo femminile oppure nell'incontinenza urinaria post prostatectomia. I risultati sono incoraggianti, ma, come ammettono gli stessi autori, sono necessari altri studi per definire una selezione ottimale dei pazienti, delle dosi e della sede in cui iniettare il preparato.

Boli annuali di vitamina D aumentano rischio di frattura

Secondo i risultati di uno studio austriaco una singola dose annuale di 5000-10000 UI di vitamina D si associa ad un incremento del rischio di frattura a 3-5 anni rispetto a quanto osservato nel gruppo placebo.

Sono state randomizzate 2317 donne, con età media di 76 anni, non già trattate con vitamina D a dosi superiori o uguali a 500 UI/die, a ricevere per almeno 3 anni una dose annuale singola di 50000 UI di vitamina D o placebo.

Sono state studiate l'incidenza mensile delle fratture (confermate radiologicamente) e delle cadute.

I livelli plasmatici basali di vitamina D sono risultati di circa 20 ng/l. Dopo 1 mese, 3 mesi e un anno i livelli plasmatici sono risultati incrementati rispettivamente di 2,4 - 1, 8 volte e del 50% circa rispetto al gruppo di controllo.

Le fratture nel gruppo colecalciferolo sono risultate 171 vs 135 in quello placebo e le cadute 2892 (83,4 per 100 persone-anni) in 837 donne del gruppo attivo vs 2512 (72,7 per 100 persone-anni)

nelle 769 donne del gruppo placebo (RR1,15 95% IC 1,03-1,30 p 0,03).

Il rapporto di rischio per l'incidenza di fratture è stato di 1,26 (95% IC 1-1,59; p 0,047) tra il gruppo vitamina D e quello placebo.

E' stato registrato anche un andamento temporale per quanto concerne l'incidenza delle cadute essendo il RR delle cadute pari a 1,31 nei primi 3 mesi dopo il bolo e di 1,13 nei restanti 9 mesi (analisi post hoc) nel gruppo attivo vs quello di controllo.

Gli autori concludono che una somministrazione annuale di alte dosi di vitamina D si associa ad un incremento del rischio di cadute e di fratture.

Fonte

Sanders K.M. et al. JAMA 1-2:303(18):1815-22

Commento di Luca Puccetti

I risultati dello studio sono sorprendenti e in disaccordo con altre esperienze pur se non realizzate con lo stesso rigore. In

Italia in alcune regioni era diventata consuetudine somministrare in occasione della vaccinazione influenzale anche alte dosi di vitamina D, in bolo unico o al massimo in 2 boli, di cui uno da assumere in autunno e l'altro in primavera. In linea generale, pur essendoci molta contraddittorietà nei risultati degli studi fino ad ora pubblicati, sembrava di cogliere il dato complessivo che la sola assunzione di calcio non è di aiuto per la prevenzione delle fratture (anzi se ottenuta mediante una dieta ad alto contenuto proteico, come quella con latticini può risultare persino deleteria), mentre sembrava essere utile la somministrazione di calcio e vitamina D. Per la somministrazione della sola vitamina i risultati erano veramente inconcludenti perchè molto contraddittori. Si è anche spesso scritto che la vitamina D dovrebbe contrastare la debolezza prossimale dei muscoli dei cingoli, spesso presente negli anziani, che contribuisce a favorire le cadute o ad aggravarne le conseguenze.

Questo studio in cui le donne assumeva-

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

no sia calcio (almeno 800 mg/die) che vitamina D in megaboli annuali da 500-000 UI dimostra che tale strategia non solo non diminuisce le cadute e le fratture ma le incrementa. Essendo uno studio in doppio cieco è improbabile che abbiano influito fattori confondenti tali da alterarne seriamente i risultati. L'andamento dei valori plasmatici della vitamina D, pur se studiato solo in sottogruppo di donne tra quelle partecipanti allo studio, dimostra che effettivamente durante lo studio i livelli della vitamina D plasmatica sono risultati superiori nel gruppo attivo rispetto a quello placebo e, cosa ancor più interessante, si è osservato un tasso più elevato di cadute proprio nei mesi successivi alla somministrazione del bolo, allorché la differenza dei valori plasmatici della vitamina D

era maggiore tra gruppo attivo e gruppo placebo.

Tale studio rende necessario una valutazione più approfondita delle conseguenze metaboliche, ossee e di quelle sulle performances neuromuscolari e sui riflessi degli anziani trattati con megaboli di vitamina D per poter comprendere i meccanismi che sono in gioco nel determinare questo risultato.

Pertanto per adesso è importante che i medici e i decisori pubblici siano informati di questo importante studio e si sospenda la somministrazione delle megadosi profilattiche di vitamina D. La somministrazione di Calcio e vitamina D per la prevenzione delle fratture è opportuno che sia assicurata tramite un'assunzione quotidiana o settimanale e

non tramite megaboli annuali.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5050>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4935>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3498>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4574>
5. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD00-0227.
6. Rheumatology (Oxford). 200-7;46(12):1852-1857
- 7 JAMA. 2010 May 12;303:1861-1862.

L' infermiere che non chiama il medico, e' corresponsabile del decesso

La Cassazione (Sent. 24573/2011) ha condannato un infermiere che, nel corso del decorso post-operatorio, non si era attivato per chiamare il medico in occasione dell' aggravamento dei sintomi.

I fatti: un uomo, veniva ricoverato d'urgenza in ospedale in seguito ad incidente stradale nel quale aveva riportato fratture multiple in tutto il corpo. I sanitari procedevano ad effettuare l'intervento chirurgico ma, nella fase postoperatoria, si presentavano sintomi di complicazioni, quali vomito, intensa sudorazione e sanguinamenti. La moglie chiedeva, invano, al personale infermieristi-

co, l'intervento di un medico; il paziente moriva per un ematoma non diagnosticato.

I giudici di merito condannavano i medici per l' errore diagnostico e per aver effettuato l' intervento in circostanze che lo avrebbero sconsigliato, ma assolvevano il personale infermieristico.

La Cassazione modificava la sentenza ritenendo che l' infermiere rivestisse in realta' una posizione di garanzia, per cui su di esso gravava l'obbligo giuridico di chiamare il medico competente in seguito alle reiterate richieste dei familiari della vittima.

Precisa la Corte: "in caso di morte del

paziente e di imputazione di omicidio colposo ai danni dei sanitari del Pronto soccorso, risulta del tutto improponibile giuridicamente l'assunto teso a escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri. Non si può infatti escludere l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole sulle condizioni dell'ammalato di fronte alle reiterate proteste, di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima".

Daniele Zamperini

Tacere all' assicurazione in buona fede non invalida la polizza

Se il paziente tace all' Assicurazione la presenza di stati morbosi non ben definiti, la polizza sulla vita resta valida, anche se poi l'assicurato muore.

Perche' la polizza venga invalidata occorre il dolo o la colpa grave, che non si concretizzano se all' atto della stipula il paziente non aveva coscienza della gravita' della malattia.

La Corte di Cassazione, terza sezione civile, ha stabilito che il comportamento dell'assicurato che tace sui sintomi non può ritenersi né doloso né gravemente

colposo, almeno in certe circostanze, per cui la Compagnia puo' essere ugualmente obbligata ad indennizzare i familiari della vittima.

Dice la Corte: "ai fini della colpa grave o del dolo da rinvenirsi in un contratto di assicurazione sulla vita, in presenza di sintomi ambigui e non specifici, stante la genericità di questi ultimi, non integra affatto dolosa reticenza né comportamento gravemente colposo il fatto che l'assicurato non abbia, al momento della stipula della polizza-vita, dichiarato l'esistenza di quei sintomi a cui i medici

hanno dato rilievo specifico e tranquillizzante, qualora questi sintomi, aggravatisi, risultino, attraverso successive indagini strumentali o di altra natura, premonitori di una vera e propria malattia, che, data la sua insidiosità, può essere acclarata soltanto con specifico esame secondo la valutazione della situazione che il paziente presenta".

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE luglio- agosto 2011

*La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti
Per consultarli: www.medicoeleggi.com*

Decreto-legge n. 98 del 6 luglio 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 155 del 06.07.11)

DISPOSIZIONI URGENTI PER LA STABILIZZAZIONE FINANZIARIA

Pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'atteso provvedimento del quale hanno ormai ampiamente trattato le principali testate giornalistiche e le molte riviste di settore.

Il decreto-legge affronta molti temi: la riduzione dei costi della politica e degli apparati; la razionalizzazione e il monitoraggio della spesa delle amministrazioni pubbliche; il contenimento e la razionalizzazione delle spese in materia di impiego pubblico, sanità, assistenza, previdenza, organizzazione scolastica. Concorso degli enti territoriali alla stabilizzazione finanziaria; Finanziamento di spese indifferibili ed altre disposizioni di carattere finanziario; disposizioni in materia di entrate; disposizioni per lo sviluppo; disposizioni finanziarie.

Per quanto riguarda più specificatamente l'ambito sanitario, gli articoli di maggior rilievo sono l'articolo 16 (Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico), l'articolo 17 (razionalizzazione della spesa sanitaria) e l'articolo 18 (interventi in materia previdenziale).

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 6 giugno 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 163 del 15.07.11)

MODIFICHE ALLA NOTA AIFA 13 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DEL 23 FEBBRAIO 2007.

(DETERMINAZIONE N. STDG/989.P)

Con questo provvedimento vengono apportate significative modifiche alla nota AIFA 13:

- le statine vengono suddivise in statine di 1° e di 2° livello, con indicazioni ben precise sulla loro utilizzazione; viene introdotta l'ezetimide come farmaco singolo;
- le indicazioni all'impiego della terapia farmacologica vengono riformulate ed ora sono contemplate l'ipercolesterolemia poligenica, le dislipidemie familiari, le iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica e le iperlipidemie indotte da farmaci;
- per la determinazione del rischio cardiovascolare (pazienti con ipercolesterolemia poligenica) scompaiono le Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità, e vengono utilizzati i criteri delle Linee Guida della AHA/ACCe dell'ESC/EASD che stratificano il rischio cardiovascolare individuale in base alla presenza o meno di alcune patologie (malattia coronarica, arteriopatia periferica, aneurisma dell'aorta addominale, disturbo cerebrovascolare, diabete mellito) e/o di fattori di rischio (età, abitudine al fumo, PA sistolica > 135 e PA diastolica > 85 o trattamento antipertensivo in atto, HDL < 40 mg/dl nei maschi e < 50 mg/dl nelle femmine, storia familiare di cardiopatia ischemica prematura - prima dei 55 anni nei maschi e dei 65 nelle femmine - in un familiare di 1°); in base a questi criteri il rischio individuale può risultare moderato, alto o molto alto.

Il nuovo testo della nota 13 entra in vigore dal 16 luglio 2011.

Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18.08.11)

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE «DOCUMENTO DI CONSENSO SULLE POLITICHE DI OFFERTA E LE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TEST PER HIV IN ITALIA». (REP. N. 134/CSR)

Il provvedimento, dopo aver analizzato la situazione nazionale per quanto riguarda la conoscenza dello stato sierologico, la situazione dell'offerta del test e le iniziative delle Regioni, si propone di ribadire la necessità di effettuare il test, di proporre modalità univoche di erogazione del test stesso e della consegna dei risultati sul territorio nazionale, di aprire la possibilità di sperimentare modalità diverse di offerta del test per garantirne l'accesso e di identificare programmi di intervento finalizzati a far emergere il sommerso.

Vengono affrontati i seguenti temi:

- gratuità e facilità di accesso,
- consenso e garanzia di riservatezza,
- diritto all'informazione e gestione dei risultati,
- esecuzione del test nei minori,

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

- strutture per l'accesso al test richiesto direttamente dagli interessati e gestione del referto (colloquio di counselling pre- e post-test),
- offerta attiva del test a gruppi di popolazione a più elevata prevalenza di infezione che si rivolgono per altri motivi ai servizi sanitari (nelle carceri, donne in gravidanza, tossicodipendenti),
- offerta attiva del test a gruppi di popolazione a più elevata prevalenza di infezione che non vengono raggiunti dai servizi sanitari,
- strumenti tecnici (procedure di effettuazione del test per HIV, test rapidi),
- promozione e revisione delle raccomandazioni.