

Un SSN che sappia affrontare l'emergenza delle malattie croniche  
pagina 6

Gastroenterologia:  
Approccio alla disfagia  
nel paziente anziano  
pagina 13

Previdenza:  
I riscatti e le  
ricongiunzioni  
pagina 24

2

2013

Anno XIII numero 2 | 2013

Bimestrale d'informazione



# medicalnetwork

LA RIVISTA DEL MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE

NASCE IL GOVERNO LETTA

**Beatrice Lorenzin  
è il nuovo ministro  
della Salute**

# indice

## EDITORIALE

Tra stallo politico, Def e sanità a trazione regionale **3**  
*a cura di Roberto Lala*

## ATTUALITÀ

### Governo

Nasce l'esecutivo Letta, Beatrice Lorenzin (Pdl) è il nuovo ministro della Salute **4**

### Cronicità

Un Servizio Sanitario che sappia affrontare l'emergenza delle malattie croniche **6**

*di Luigi Sodano, Direttore Nazionale Scuola Quadri Sumai*

### Geriatría

"La Geriatria che vorrei..." **8**  
*Salvatore Putignano, geriatra presso Asl Napoli 1 Centro*

### Psicoterapia

L'ottica psicoanalitica nei Servizi Sanitari **10**  
*Gian Paolo Sammarco*  
*Responsabile branca psicologia ambulatoriale - Az. USL n. 9 di Grosseto*

## SCIENZA E RICERCA

### Gastroenterologia

Approccio alla disfagia nel paziente anziano **13**  
*Vincenzo Leoci, Specialista ambulatoriale interno branca di geriatria azienda ULSS 12 veneziana*

### Oculistica

La sanità del territorio cresce... e diventa grande **16**  
*di Alberto Piatti, Responsabile della branca di oculistica ASL TO5*

### Allergologia

Effetti clinici e immunologici della terapia antiparassitaria in pazienti con apparente allergia **18**  
*di Rosanna Qualizza, Specialista in Allergologia, Az. Osp. Niguarda CA' Grande, Milano*

## RUBRICHE

### Previdenza complementare

I riscatti e le ricongiunzioni **24**  
*di Paolo Quarto*

# info

## medicalnetwork

LA RIVISTA DEL MEDICO  
SPECIALISTA AMBULATORIALE

### Direttore responsabile

Roberto Lala

### Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication Srl  
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma  
Telefono 06.594461 Fax 06.59446228  
e-mail: medicalnetwork@hcom.it

### Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

### Hanno collaborato

Eva Antoniotti, Lucia Conti,  
Luciano Fassari, Giuseppe Nielfi,  
Paolo Quarto,  
Stefano Simoni, Luigi Sodano

### Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

### Impaginazione

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

### Editore

Sumai - Via Tovaglieri 19, 00155 Roma  
Telefono 06.2329121 - fax 06.23219168

### Pubblicità

Edizioni Health Communication Srl,  
Roma - Telefono 06.594461

Registrazione al Tribunale di Roma  
n.446 del 22.10.2001 Roma  
Sped. abb. post. - DL 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1,  
comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Medical Network"  
garantisce la massima riservatezza dei dati  
forniti dagli abbonati nel rispetto della  
legge 675/96  
Stampa: Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di maggio 2013



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario



## editoriale

# Tra stallo politico, Def e sanità a trazione regionale

Cari colleghi, Causpicao, che in questi due ultimi mesi si riuscisse a trovare una soluzione all'impasse istituzionale in cui ci troviamo. Purtroppo i tempi si sono dilatati e anche dopo l'elezione del presidente della Repubblica e la fiducia al nuovo Governo il percorso non sarà affatto in discesa. Una premessa, permettetemi doverosa perché questo stallo ha inevitabili ripercussioni negative anche sulla sanità e di riflesso anche sulla nostra categoria, in un momento invece dove servirebbe il coraggio di investire, soprattutto in salute pubblica. Le previsioni, come dimostra anche il Documento di Economia e Finanza 2013 recentemente pubblicato, purtroppo non sono rosee. Da un lato si prevede una crescita della spesa, ma dovuta principalmente alla mancata introduzione dei 2 miliardi di ticket, e dall'altro l'incidenza sul Pil della sanità è previsto in calo dal 7,1% del 2012 al 6,7% nel 2017. Occorre al più presto un'inversione di rotta e vi posso garantire che il Sindacato, per quanto in suo potere, non esiterà a far sentire in ogni dove la sua voce e i suoi intendimenti.

Ma questo stand by a livello centrale e i numeri che non sorridono non devono assolutamente distrarci. Come sappiamo, e viviamo ogni giorno sulla nostra pelle, ormai la sanità italiana è a trazione regionale e per questo motivo vi invito come sempre a tenere alta la guardia e a segnalarci ogni possibile stortura di questo sistema a ventuno velocità. Attenzione che dev'essere al massimo livello anche in virtù delle riorganizzazioni della sanità territoriale che stanno partendo in molte Regioni, nonostante le nuove norme introdotte dalla Legge Balduzzi non siano ancora state implementate nell'Accordo collettivo nazionale. La specialistica ambulatoriale convenzionata interna, con tutti i profili che la compongono, gioca un ruolo fondamentale in questa riorganizzazione e su questo punto è in gioco il nostro futuro.

Detto ciò, desidero segnalarvi una notizia, positiva, che riguarda l'aggiornamento professionale. Mi riferisco al successo di iscrizioni registrato da 'La Rivista Medica Italiana Online', il periodico trimestrale online, nato dalla collaborazione tra il Sumai-Assoprof, la SIMS e la SIFoP, all'inizio di quest'anno, che propone corsi di aggiornamento accreditati dal ministero della Salute tramite una delle più semplici, complete e professionali piattaforme FAD (Formazione a Distanza). Vi ricordo che l'iscrizione per gli associati al Sumai-Assoprof è totalmente gratuita e attraverso la rivista si potranno conseguire 50 crediti Ecm all'anno comodamente dallo studio, da casa o durante il tempo libero usando il Pc, lo smartphone o il Tablet.

ROBERTO LALA

Segretario Generale Sumai



attualità

GOVERNO

a cura  
della redazione

# Nasce l'esecutivo Letta, Beatrice Lorenzin (Pdl) è il nuovo ministro della Salute

A fine aprile, superata la fase di stallo politica, è nato il governo guidato da Enrico Letta sorretto da una maggioranza composta da Pd, Pdl e montiani. L'esponente del Pdl guiderà il dicastero della Salute. È la quinta donna che siederà a Lungotevere a Ripa. Gli auguri di buon lavoro del Sumai

**L**il 27 aprile Enrico Letta, esponente di spicco del Partito democratico, ha sciolto la riserva e accettato l'incarico affidatogli dal rieletto Capo dello Stato, Giorgio Napolitano, di formare il governo. Un esecutivo particolare sia per la maggioranza che lo sostiene ovvero Pd, Pdl e Scelta Civica (venendo definito primo governo di grande coalizione nella storia repubblicana in quanto i governi degli anni Settanta erano a larga maggioranza ma l'esecutivo era monocolori dc), sia per i nodi che Letta dovrà affrontare: crisi economica, emergenza lavoro e rapporto con l'Europa su tutti. Un governo che si caratterizza per il ringiovanimento complessivo e che fa registrare il record di presenza femminile, sette infatti sono le "ministre". Tra le donne, Beatrice Lorenzin, Pdl, a cui è stata affidata la guida della Salute, sottosegretario Paolo Fadda, Pd. Lorenzin dovrà affrontare una serie di nodi di non facile soluzione. Prima di tutto la spesa sanitaria da tenere sotto controllo e forse da limare ancora magari facendo scattare i 2 miliardi di ticket dal 2014 per "fi-

nanziare" l'ammorbidimento dell'Imu, prima grana che l'esecutivo deve fronteggiare. C'è poi la partita con le Regioni (Patto salute e Lea su tutti), senza dimenticare i contratti e le convenzioni con il personale e le farmacie.

Non c'è dubbio che al primo posto delle preoccupazioni della neo ministra vi sarà la questione economica. Perché se è un dato che la sanità italiana abbia ormai raggiunto livelli di spesa inferiori alla maggior parte dei suoi partner europei, è inutile nascondersi dietro al dato di un "taglio obbligatorio" alla spesa pubblica per recuperare risorse per il rilancio dell'economia. Dato confermato sia dal premier Letta che dal suo ministro dell'Economia Saccomanni. E questo può significare che la spesa sanitaria rischia di entrare nel tritacarne dei tagli. Se poi aggiungiamo che bisognerà trovare subito risorse per rivedere l'Imu si capisce che, solo per fare un esempio, appare difficile realizzare il "congelamento" definitivo dei nuovi ticket sanitari (2 miliardi dal gennaio 2014) per ora fermi per lo stop alle moda-



lità di applicazione imposta dalla sentenza della Corte Costituzionale del 16 luglio scorso ma che ci vorrebbe ben poco per riattivare. Quindi la prima grana per Lorenzin sarà fare i conti con tutto ciò, partendo comunque da un taglio attorno ai 30 miliardi di euro fino al 2015, operato già dal combinato disposto delle manovre Tremonti-Monti, e contro il quale le Regioni, tutte, si sono sempre dichiarate ostili tanto da bloccare il rinnovo del Patto per la salute e qualsiasi altro accordo importante in materia sanitaria tra Governo e Regioni.

Ci sono poi i nuovi Livelli di assi-





stenza già bloccati dal ministero dell'Economia per incertezza sui saldi derivanti dall'aggiustamento del paniere del Ssn messo a punto da Balduzzi a fine anno ma non ancora licenziato da via XX Settembre. E poi gli standard ospedalieri, che dovrebbero regolare il taglio dei posti letto per portare l'indice al 3,7 per mille abitanti come stabilito dalla Spending Review montiana, introducendo anche nuovi criteri di organizzazione e valutazione degli ospedali, anch'essi al palo per il mancato accordo con le Regioni che, se non si risolve la partita economica genera-

le della sanità, non vogliono sentir parlare d'altro, come abbiamo visto. Poi ci sarà da gestire la partita dei pagamenti dei debiti di Asl e ospedali, facendo fruttare bene i 14 miliardi messi a disposizione dal decreto Grilli, considerando però che l'ammontare reale di tali debiti sappiamo sfiorare i 40 miliardi, tant'è che Regioni e aziende sanitarie hanno già messo le mani avanti sulla reale portata del provvedimento ai fini del rilancio di questo settore dell'economia. E poi la grande partita, di cui si parla ancora poco, ma che prima o poi dovrà pur avviarsi, del rinnovo di contratti e convenzioni con i settecentomila operatori del Ssn cui vanno aggiunti tutti gli accordi con gli altri attori del sistema. Prime tra tutti le farmacie, in attesa anch'esse della nuova convenzione e soprattutto della riforma del sistema di re-

tribuzione che non dovrebbe più basarsi sulla sola percentuale derivante dalla vendita dei farmaci. E poi per Lorenzin c'è ancora aperta la grana intramoenia, sempre in agenda nonostante l'ennesima riforma Balduzzi, insieme a quella, ancor più complessa, della riorganizzazione delle cure primarie (anch'essa oggetto di un nuovo intervento del suo predecessore) che deve ancora accendere i motori.

Questa la possibile agenda. Cosa farà Lorenzin? Lei ha risposto, in occasione del passaggio di consegne con Balduzzi, di voler istituire "subito tavoli per la questione dei ticket e i piani di rientro".

Per Lorenzin è fondamentale avviare subito momenti di confronto con gli attori del sistema sulle questioni

*Segue a pagina 7*

attualità

GOVERNO

## I nuovi responsabili della Salute

### Chi è Beatrice Lorenzin, ministro della Salute

Nata a Roma il 14 ottobre 1971 è il nuovo ministro della Salute del Governo Letta. Lorenzin è la quinta "ministra" della Salute dopo Tina Anselmi, Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco. Lorenzin inizia la sua attività politica aderendo al movimento giovanile di Forza Italia nel Lazio nel 1996. Nell'ottobre 1997 viene eletta nella lista di Forza Italia, al Consiglio del XIII Municipio di Roma. Nell'aprile 1999 è Coordinatore Regionale del Lazio del movimento giovanile di Forza Italia. Nel maggio 2001 è eletta Consigliere comunale di Roma. Unica donna nella coalizione di centrodestra, è Vicepresidente della commissione Donne Elette e Vicepresidente del Gruppo consiliare di Forza Italia. Tra la fine del 2004 e la metà del 2006 è Capo della Segreteria Tecnica di Paolo Bonaiuti, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri per l'informazione e l'editoria nel governo Berlusconi. Nel maggio del 2005 è nominata Coordinatore Regionale di Forza Italia per il Lazio. Dal settembre 2006 al marzo 2008 ha ricoperto il ruolo di Coordinatore Nazionale di Forza Italia - Giovani per la Libertà.

Eletta alla Camera dei Deputati nelle elezioni politiche del 2008 nella lista PdL, per la XVI Legislatura. Membro del Consiglio Direttivo del gruppo PdL alla Camera e della commissione Affari Costituzionali della Camera, della Commissione Bicamerale per l'Attuazione del Fede-

ralismo Fiscale, della Commissione Parlamentare per l'Infanzia.

Nel 2013 è inizialmente candidata alla presidenza della Regione Lazio, ma lascia in seguito il posto a Francesco Storace, già presidente della regione Lazio dal 2000 al 2005. Alle elezioni politiche del 24-25 febbraio 2013 viene riconfermata deputata alla Camera dei Deputati nelle liste del Pdl.

### Chi è Paolo Fadda, sottosegretario alla Salute

Palo Fadda (Pd) è il sottosegretario alla Salute. Nato a Villa San Pietro, in provincia di Cagliari, il 26 giugno 1950. Diploma magistrale. Insegnante ed educatore professionale. Dipendente Inail. Sindacalista Cisl. Presidente USL 20 di Cagliari dal 1982 al 1985. Già dirigente nazionale della Dc, segretario regionale di Dl-La Margherita nel 2007. Nella Direzione Federale del Partito Democratico. Sindaco di Villa San Pietro dal 1975 al 1995, Assessore della Comunità Montana 23 di Capoterra dal 1976 al 1980, Consigliere regionale dal 1984 al 2006. Assessore regionale all'Igiene e Sanità e all'Assistenza Sociale dal 1995 al 1999. Dal 1999 al 2004 capogruppo Ppi e poi della Margherita. Vice-Presidente del Consiglio regionale dal 2004 al 2006. Segretario della Commissione attività produttive. Ricandidato al Senato alle scorse elezioni non è stato però rieletto.

# Un Servizio Sanitario che sappia affrontare l'emergenza delle malattie croniche

In un'epoca dove la cronicità è la nuova pandemia con costi che nel prossimo decennio saranno di decine di miliardi di dollari, stime del *Who*, continuare a considerare l'ospedale come punto di riferimento è superato. Oggi la risposta alla patologia cronica deve essere ricercata e trovata nella medicina del territorio

di Luigi Sodano,  
Direttore  
Nazionale Scuola  
Quadri Sumai

La nuova pandemia mondiale non è più rappresentata dalle patologie infettive, oggi è rappresentata dalle NCDs (Non Communicable Diseases), le patologie che non si trasmettono da uomo ad uomo o da animale a uomo, come le infettive. Stiamo parlando delle patologie croniche: diabete, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, tumori, patologie dell'apparato neurologico. Nei Paesi occidentali, Italia compresa, le patologie croniche, in particolare quelle legate all'invecchiamento, sono aumentate del 50% negli ultimi dieci anni e incidono sempre più gravemente sui livelli e sui tempi della disabilità. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni. I pazienti cronici sono il 25% della popolazione, ma da soli assorbono il 70% della spesa. Stime della WHO (Organizzazione mondiale della Sanità) ipotizzano che le patologie croniche saranno responsabili nel mondo di una spesa complessiva di 43 mila miliardi di dollari fra il 2010 ed il 2025. Questi

dati stanno profondamente cambiando anche l'approccio che i Servizi Sanitari Nazionali devono avere nei confronti dei cittadini, soprattutto dal punto di vista degli investimenti da fare in un periodo di crisi economica mondiale. Continuare a considerare l'ospedale come punto di riferimento a cui il cittadino deve rivolgersi prioritariamente per rispondere alla sua domanda di salute è ormai ampiamente superato, oggi la risposta alla patologia cronica, ma anche alle sue recrudescenze o riacutizzazioni, deve essere ricercata e trovata sul territorio, nella medicina del territorio. Il problema è naturalmente noto anche ai nostri governanti e non a caso un dato correlato è quello della distribuzione delle risorse che il Patto della salute 2010-2012 aveva stabilito, con una quota pari al 5% delle risorse complessive da destinare all'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, una pari al 51% all'assistenza territoriale e il restante 44% per l'assistenza ospedaliera. In molte regioni però l'assistenza ospedaliera continua ad essere predominante rispetto a quella ter-

ritoriale, e sappiamo tutti che l'assistenza ospedaliera ha dei costi ben più alti di quella territoriale.

Con le riforme sanitarie succedutesi in questi anni sono emerse parole come appropriatezza, efficienza, efficacia e capacità di contenere i costi. Negli ultimi mesi si è anche cominciato a parlare pericolosamente di sostenibilità del Servizio Sanitario. Una sostenibilità oggi in qualche modo supportata dal meccanismo fiscale e impositivo delle singole Regioni che, alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione, nel frattempo ha portato a 21 modelli organizzativi socio-sanitari diversi, con Regioni virtuose e regioni sottoposte anche a piani di rientro. Tutto ciò ha comportato, prima ancora che una redistribuzione di risorse, un aumento dei ticket sanitari in maniera diversificata tra i diversi territori e, ora, si è aggiunta la spending review (revisione della spesa) il cui obiettivo sono i tagli lineari con i quali si rischia addirittura la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale, almeno per come lo conosciamo noi oggi. Se le cose continuano così,

i cittadini italiani vedranno ridurre nei prossimi anni quei Livelli Essenziali di Assistenza che sembravano una conquista sociale, anche di stabilità e di omogeneizzazione delle opportunità in campo sanitario, indistintamente per tutti e indipendentemente in quale parte del Paese si vive.

I Sindacati medici e del comparto negli ultimi mesi hanno dato più volte un segnale di coesione ed unità nella volontà comune di salvaguardare un Servizio Sanitario Nazionale che ogni giorno sembra sottrarre ai cittadini un pezzo di assistenza, una salvaguardia che passa anche attraverso il rispetto del lavoro e dei lavoratori della Sanità, sempre più spesso dimenticato in qualche Azienda Sanitaria ed Ospedaliera, ma anche con la definizione della problematica dei precari, compresi perché no, gli specialisti a tempo determinato, tutti colleghi che con sacrificio e dedizione lavorano quotidianamente malgrado non abbiano la certezza del loro fu-

**“IL CONSUMO DI RISORSE SOCIO-SANITARIE PER LE PERSONE OLTRE I 75 ANNI È 11 VOLTE SUPERIORE ALLA CLASSE DI ETÀ 25-34 ANNI. I PAZIENTI CRONICI SONO IL 25% DELLA POPOLAZIONE, MA DA SOLI ASSORBONO IL 70% DELLA SPESA”**

turo occupazionale. Ma il nuovo Governo che deve assolutamente prendere in mano la situazione e individuare in maniera chiara e univoca nuovi modelli di organizzazione della medicina del territorio in grado di intercettare i nuovi bisogni legati alla cronicità, rimettendo al centro dell'attenzione dei cittadini e dell'agenda politica le attività della Medicina Territoriale, non per una presunta supremazia di questa su altre tipologie di intervento, ma perché è ormai dimostrato a livello internazionale che è l'unica maniera per affrontare le nuove emergenze sanitarie, è l'unica maniera per non sprecare risorse e meglio utilizzare quelle che ancora ci sono, evitando non solo il costo-

so ricorso improprio all'Ospedale da parte del cittadino, ma consentendo contestualmente al personale ed alla struttura ospedaliera di avere spazi, tempo e denari per dedicarsi alle attività propriamente nosocomiali. Se è vero che gli ultimi dati che vengono dal Ministero stanno confermando la tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera, con una riduzione del 10% dei ricoveri ad alto rischio d'inappropriatezza rispetto al 2010, probabilmente è perché stiamo assistendo ai risultati dei primi timidi tentativi di cambiare il sistema a favore del territorio, speriamo che si continui su questa strada, uniformemente in tutto il Paese.

*Segue da pagina 5*

più rilevanti per garantire risposte veloci ai cittadini. Impegno anche per rapida conversione del decreto staminali. “Già nei prossimi giorni apriremo alcuni tavoli sulle questioni da affrontare. Tra queste la questione dei ticket e i piani di rientro”. Queste le prime mosse del neo ministro alla Salute Beatrice Lorenzin anticipate in occasione del passaggio di consegne al ministero. Ai responsabili del dicastero il neoministro ha sottolineato l'importanza di attivare specifici tavoli di lavoro per risolvere le questioni più rilevanti e garantire “risposte veloci” ai cittadini.

Intanto, in attesa di conoscere le mos-

se della “ministra” ci sono da sottolineare gli auguri di buon lavoro che sono giunti dal Sumai-Assoprof. “Desidero esprimere a titolo personale e a nome del Sindacato da me rappresentato i miei più sinceri auguri di buon lavoro a Beatrice Lorenzin per la nomina a ministro della Salute del nuovo Governo guidato da Enrico Letta”. Ha detto Roberto Lala, segretario generale del Sumai. “Innanzitutto voglio esprimere la mia soddisfazione per la decisione dell'Esecutivo di voler mantenere l'autonomia del dicastero della Salute – ha aggiunto il segretario degli specialisti ambulatoriali – e in questo quadro auspichiamo un incontro a breve con il Ministro per affrontare con spirito co-

struttivo i nodi più urgenti che attanagliano il nostro Servizio sanitario nazionale, a partire dal precariato, dalle riforme delle cure primarie, dall'esigenza improcrastinabile di una forte riorganizzazione delle strutture pubbliche territoriali e dalla questione della responsabilità professionale medica”.

“Nel ribadire – ha concluso Lala – i miei più sinceri auguri di buon lavoro al neo Ministro Lorenzin desidero precisare come il Sumai-Assoprof, in un momento così delicato per il nostro Paese, non intende sottrarsi ad un confronto concreto, perché mai come oggi è necessario l'apporto e la collaborazione di tutti gli attori in campo per evitare il declino del Ssn”.

attualità

CRONICITÀ



attualità

GERIATRIA

Salvatore Putignano, geriatra presso Asl Napoli 1 Centro

## “La Geriatria che vorrei...”

È il titolo del nono Congresso nazionale dell'Associazione dei geriatri extraospedalieri, svoltosi a Napoli, dedicato ai bisogni complessi degli anziani e alle risposte che a questi deve offrire il territorio

**S**i è svolto a Napoli dal 6 al 9 marzo il 9° Congresso nazionale dell'AGE (Associazione Geriatri Extraospedalieri - Geriatria Italiana Territoriale) dal titolo: “La Geriatria che vorrei...” centrando l'obiettivo sui bisogni complessi degli anziani a cui deve rispondere la geriatria e focalizzando, in particolare, l'attenzione sul ruolo che riveste il territorio.

Un congresso che ha, fin dall'inizio, ottenuto consensi perché fondato sulla convinzione che le tre anime (Università, ospedale, territorio) debbano agire sinergicamente e nel pieno rispetto dei ruoli e che ha trovato riscontro in una partecipazione non solo decisamente numerosa ma anche fortemente attiva; con discussioni intense e molto sentite e con i contributi di relatori di grande prestigio che hanno tenuto sempre alto l'interesse dei partecipanti. Insomma un congresso di geriatria moderna, pratico, con un format innovativo, di elevato spessore scientifico, con sessioni di lavoro ugualmente seguite e con tanta vivacità culturale che ha fatto allargare di molto la visione della geriatria territoriale, specialmente, inducendo lo sguardo anche su tutto ciò che la circonda e di cui dovrebbe occuparsi. L'invecchiamento della popolazione che ha caratterizzato gli ultimi decenni non accenna a fermarsi. Gli ultra 65enni rappresentano, oggi, circa il

21% della popolazione italiana e l'aumento, nell'ultimo decennio, è stato particolarmente sensibile per le età più avanzate (gli ultra 75enni sono al 10,4% della popolazione). I “grandi vecchi” (gli ultra 85enni) hanno, in più, notevolmente aumentato il loro peso percentuale passando dal 2,2% del 2001 al 2,8% del 2011 con l'incremento maggiore nella fascia 95-99 anni (+78,2%) e in quella degli ultracentenari (+138,9%). L'invecchiamento ha, comunque, determinato anche un aumento delle cronicità che, oltre a presentarsi in età più avanzate, stanno comportando un incremento di soggetti non autosufficienti. (circa 2,5 milioni). In Italia il 3,8% di anziani è ospite di RS (Strutture residenziali) e RSA (Strutture residenziali assistenziali) mentre il 4,1 % è seguito con l'assistenza domiciliare integrata. Pertanto solo il 29% degli anziani non

autosufficienti è assistito in RSA o ADI mentre per il restante 70% l'assistenza è garantita dai familiari tra gravi difficoltà e, nella maggior parte dei casi, in solitudine. La domanda di bisogni complessi assistenziali sta diventando sempre più pressante sia per il progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 80 e dei casi di demenza, sia per il forte incremento del numero delle famiglie mononucleari (perdita della funzione di ammortizzatore sociale), sia per la progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti (con la forte esigenza di potenziare l'assistenza territoriale e metterla in condizioni di affrontare i bisogni derivati dalle cronicità). Il nostro Ssn è fondato sul settore sanitario e su quello sociale che risultano ancora troppo distinti e questo aumenta fortemente il disagio del paziente target della geriatria (il paziente geriatrico), che è, spesso, a casa propria, vecchio, malato e chiede, con forza, aiuto tra consensi informati, contenzione, accanimento terapeutico, disposizioni anticipate di trattamento, tra la burocrazia (ticket, invalidità, modulistica di accesso...) e l'autoreferenzialità di svariate sigle (del tipo UVI, UVM, UVD) frutto dell'arroganza e della competizione di sistemi assistenziali regionali non sostenuti da alcuna evidenza scientifica. Assistere persone

**“UN CONGRESSO CHE, FIN DALL'INIZIO, HA OTTENUTO CONSENSI PERCHÉ FONDATA SULLA CONVINZIONE CHE LE TRE ANIME (UNIVERSITÀ, OSPEDALE, TERRITORIO) DEBBANO AGIRE SINERGICAMENTE E NEL PIENO RISPETTO DEI RUOLI”**






anziane non autosufficienti (long term care) significa fornire servizi e interventi, sociali e sanitari, con continuità cercando di mantenerle il più possibile nel proprio ambiente, con le proprie abitudini e riservando il ricovero ospedaliero a condizioni di acuzie, di emergenza o a situazioni che, per le loro peculiarità diagnostiche e/o terapeutiche, sono ingestibili se non in ambiente adeguatamente attrezzato per tecnologia e competenza. Oggi si vive di più, spesso in condizioni di fragilità estrema, e allora bisogna comprendere che si deve cambiare il modo di affrontare queste situazioni cominciando dall'insegnamento e prevedendo per le scuole di specializzazione esperienze di assistenza geriatrica più prolungate, fin dai primi anni di studio e nei vari setting, specialmente al domicilio. Il congresso, articolato in sessioni, ha portato all'attenzione le ultime acquisizioni scientifiche in geriatria non trascurando le criticità assistenziali per chi opera in un setting territoriale ancora molto carente di mezzi e di strutture. Molto si è discusso sulle problematiche medico-legali, o meglio giuridiche, che attanagliano il nostro lavoro e spesso lo

mortificano anche limitandolo operativamente. Focus sulle politerapie e sulle comorbidità che caratterizzano l'anziano fragile, vivaci e serrati confronti sugli strumenti di valutazione, incontri-confronti con le altre professioni (come i podologi) e sessioni dedicate ad argomenti specifici come la legge 38, che consente nuovi atteggiamenti di diagnosi e trattamento del dolore, hanno di fatto mantenuto alto e costante il livello di attenzione generale. "La Geriatria che vorrei..." è stato il tema dominante e, perciò, analisi e previsioni sul futuro della geriatria sono state portate dalle varie esperienze regionali. È più volte emersa la necessità di definire con chiarezza le strategie, i luoghi, i tempi e i modi operativi del geriatra del territorio concludendo che non deve fare altro che il geriatra (esattamente come fa il geriatra universitario e ospedaliero) usando le metodologie operative e gli strumenti di valutazione tipici della geriatria rapportandoli al luogo di cura e tenendo fortemente conto della dinamicità che è la caratteristica della sua specifica azione specialistica. Il valore aggiunto, o meglio qualificante, è rappresentato dallo stesso terri-

torio con le sue sedi operative e dalle problematiche che, ivi, devono trovare risposta. Così come la geriatria universitaria ed ospedaliera trovano adeguata caratterizzazione operativa nelle proprie sedi didattiche e assistenziali rispondendo, la prima, alle domande di formazione professionale e di ricerca, la seconda, a quelle di assistenza per le emergenze e per i casi ad alta intensità di cura. Certo il futuro metterà a dura prova l'assistenza all'anziano fragile sul territorio perché la crisi economica attanaglierà fortemente anche la geriatria extra-ospedaliera che dovrà, inoltre, fare i conti con una formazione universitaria che, nonostante le attendibili previsioni di ulteriore invecchiamento e di aumento delle cronicità, continua a non essere orientata sulla complessità assistenziale. Sono stati, altresì, affrontati ulteriori argomenti di grande interesse come i nuovi anticoagulanti, come le grandi sindromi geriatriche (lo scompenso cardiaco), come i problemi derivanti dalla necessaria continuità assistenziale ospedale-territorio e da una indispensabile condivisione di programmi per la nutrizione artificiale domiciliare. È stato dato ampio spazio, con una sessione dedicata, all'importanza delle modifiche dell'ambiente, specialmente quello domestico, al fine di prevenire le cadute che rappresentano un importante fattore di rischio di disabilità. Sono intervenuti rappresentanti di altre professioni (ad esempio gli architetti) a testimoniare la necessità dell'interdisciplinarietà specialmente nella progettazione di ambienti di strutture residenziali, sanitarie e non, per meglio garantire l'ospitalità ed essere anche di supporto a programmi riabilitativi. Insomma un'ottima premessa per il 10° Congresso nazionale.


 attualità

GERIATRIA



Gian Paolo Sammarco  
 Responsabile  
 branca psicologia  
 ambulatoriale –  
 Az. USL n. 9 di  
 Grosseto

# L'ottica psicoanalitica nei Servizi Sanitari

La psicoterapia come elemento essenziale nella salute mentale pubblica in grado di estendere l'ottica psicoanalitica a gran parte delle branche della medicina, spostare il focus delle scienze della mente oltre la malattia del paziente, per comprendere in profondità la natura di ogni relazione umana

**P**er ogni specialista che opera nei Servizi Sanitari, è tipico vivere momenti in cui ci si confronta con forti resistenze alla cura. Se nella psicoterapia ogni sentimento dello specialista o del paziente può rappresentare un elemento di indagine e di trasformazione, quale utilizzo ne potrebbero fare un dermatologo, un ortopedico, o un medico di famiglia? Ripercorreremo gli eventi che hanno portato la psicoterapia a diventare un elemento essenziale nella salute mentale pubblica; esteso l'ottica psicoanalitica a gran parte delle branche della medicina; spostato il focus delle scienze della mente oltre la malattia del paziente, per comprendere in profondità la natura di ogni relazione umana. Nel corso del '900, le scienze, comprese quelle mediche, sono giunte a grandi scoperte, senza che tali conquiste fossero disponibili per gran parte della popolazione. Molti scienziati intuirono che non ci sarebbe stato un progresso, se non si fosse attivata una capillare diffusione del sapere, riservando le nuove scoperte non soltanto per una piccola e privilegiata parte della popolazione. Anche la psicoanalisi, ben presto, prese la stessa posizione. Sigmund Freud considerò una "situa-



zione appartenente al futuro", che a molti sarebbe potuta sembrare "fantastica", e che, tuttavia avrebbe meritato, a suo giudizio, che ci si preparasse ad affrontarla mentalmente (Freud, 1918, p. 26). Allora, come del

resto oggi avviene in ambito privato, la psicoanalisi, come gran parte delle più raffinate cure mediche, era accessibile esclusivamente ai ceti superiori e benestanti. Come fare per metterla al servizio dei "vasti strati popolari"

che soffrivano di “nevrosi estremamente gravi?”. Freud formulò l’ipotesi di creare “delle case di cura o degli ambulatori”, con “trattamenti gratuiti”. “Potrà passare molto tempo (...) prima che lo Stato si renda conto di questi suoi doveri e del loro carattere di urgenza. Le condizioni di urgenza presenti possono allontanare ancora di più questo momento; è probabile che l’avvio a queste istituzioni sarà dato dalla beneficenza privata. Ma è un traguardo a cui prima o poi bisognerà arrivare” (ibid. p. 27). Molto decenni sono dovuti passare, ma l’intuizione freudiana ha certo avuto un seguito. Con il passare del tempo, fu proprio in Ungheria, su un primo stimolo dato da Sándor Ferenczi e poi dal suo allievo Michael Balint, che si rinforzò l’importanza di spostare il centro dell’osservazione clinica dal paziente al medico, anche in altri campi. Significò, da una parte, accrescere l’uso del controtransfert, rendendo fondamentale l’attenzione della disposizione interna e degli affetti del terapeuta, rispetto alla comprensione del paziente e della sua patologia, dall’altra, utilizzare il gruppo di medici come punto di osservazione privilegiato e complesso, in una condivisione che avrebbe ripetuto, in un certo senso, il setting della supervisione all’interno del gruppo professionale, risolvendo le posizioni di isolamento, che potrebbero limitare sia l’osservazione diagnostica che la presa in carico e la cura. Interessante è l’opera di Balint, che non considera il gruppo come risorsa dei soli psicoterapeuti, bensì come elemento centrale di ogni branca specialistica della medicina, partendo dai medici di famiglia. Credo che una prassi, ove il gruppo si incontra, condivide e cerca soluzioni ad un problema clinico, evidenziabile nell’affetti-

**“NEL CORSO DEL ‘900, LE SCIENZE, COMPRESSE QUELLE MEDICHE, SONO GIUNTE A GRANDI SCOPERTE, SENZA CHE TALI CONQUISTE FOSSERO DISPONIBILI PER GRAN PARTE DELLA POPOLAZIONE. MOLTI SCIENZIATI INTUIRONO CHE NON CI SAREBBE STATO UN PROGRESSO, SE NON SI FOSSE ATTIVATA UNA CAPILLARE DIFFUSIONE DEL SAPERE”**

vità degli specialisti, fin dal primo contatto con il paziente, possa essere allargata ben oltre le mura dei nostri ambulatori e degli ospedali. Alcune patologie di difficile approccio – pensiamo, ad esempio, ai disturbi di personalità o alle gravi psicosi – trovano la risposta più appropriata solo se, nella presa in carico del paziente, è coinvolta l’intera comunità. La realtà territoriale si estenderebbe ben oltre il piano sanitario, verso quello familiare, urbanistico, giuridico, scolastico, ecc. (Sammarco, 2011).

In un sistema molteplice e complesso, l’esperienza della formazione analitica, con la sensibilità che le è propria, unisce i dati osservabili nel contesto con le dinamiche affettive che si attivano nello specialista, perché parte da una visione volta verso il terapeuta, verso il medico. È da quelle sensazioni che si può iniziare a comprendere il contesto ove si opera, la natura della relazione che il paziente sta strutturando con noi e con il suo mondo, il suo stile nel confrontarsi con la malattia e con se stesso.

Quanto finora sperimentato, ci porta a ritenere che i servizi territoriali andrebbero pensati e costruiti ripercorrendo tutte le fasi che hanno portato alla sanità pubblica e al progresso delle scienze della mente, tenendo conto del contesto in cui si opera e della realtà sociale, culturale ed economica. Questi elementi vanno letti in pro-

fondità, andando ben oltre i dati oggettivi e misurabili che, per quanto rigorosi, necessitano comunque di un’interpretazione che giunga fino alla sfera emotiva. Per far questo, è indispensabile che l’attenzione si focalizzi non solo su ciò che si osserva nel paziente e nella comunità, ma anche sui processi affettivi che si attivano nello specialista e nel gruppo di lavoro che ha in carico una situazione clinica. Per giungere a questo, sarà necessario superare una categorizzazione degli stati emotivi di un singolo, dell’equipe, creando occasioni per uno spazio di incontro, dove possano essere condivise le impressioni, partendo da un piano sensoriale, fino ad una raffinata coscienza collettiva delle emozioni, che si avvertono e si attivano in un determinato contesto, alla ricerca di soluzioni.

Se perdiamo di vista la relazione con il paziente e con il suo ambiente, focalizzandoci soltanto sul piano delle evidenze, o ancor più scotomizzando le tecniche caratteristiche di ogni branca specialistica, non solo rischiamo di perdere un’ottica complessa di lettura della realtà, ma attiviamo un processo di demotivazione e disattenzione. Questo potrebbe condurre in quel burn-out di cui tanto si è parlato, ma che sta perdendo l’efficacia di rappresentare un disagio crescente, che, non dovremmo dimenticarlo, sarebbe amplificato anche alla situazio-


 attualità

PSICOTERAPIA



ne di diffusa crisi culturale ed economica. Avremo modo di approfondire, in altre occasioni, quanto un cambiamento così radicale, così sofferto, possa rappresentare un rischio di attivare sentimenti depressivi, persecutori e di frammentazione, dove la “la manifestazione di un agito disfunzionale potrebbe derivare da tre ordini di fattori, tutti di natura epistemologica: la scarsa conoscenza di sé e del funzionamento della comunità; la non chiara o errata individuazione degli elementi responsabili delle trasformazioni in atto; infine, l’inconsapevolezza di condividere simbolizzazioni affettive indotte dall’esterno, che si considerano, invece, del tutto estranee a sé” (Sammarco, 2011b, p.106). Un’occasione di incontro, complessa, multi-

**“UN INCONTRO  
MULTIPROFESSIONALE,  
APERTO ALLE RISORSE  
TERRITORIALI, PUÒ  
DIVENTARE UNO SPAZIO  
IMPAGABILE DI ANALISI DI  
QUEI PROCESSI AFFETTIVI  
CHE RENDONO POSSIBILE  
LA PRESA IN CARICO, LA  
CURA, MA CHE TALVOLTA  
POSSONO ANCHE  
DIVENTARE UNA  
RESISTENZA, UN LIMITE, UN  
PERCORSO CONFLITTUALE  
E STERILE”**

**“IN UN SISTEMA MOLTEPLICE E COMPLESSO, L’ESPERIENZA DELLA FORMAZIONE ANALITICA, CON LA SENSIBILITÀ CHE LE È PROPRIA, UNISCE I DATI OSSERVABILI NEL CONTESTO CON LE DINAMICHE AFFETTIVE CHE SI ATTIVANO NELLO SPECIALISTA, PERCHÉ PARTE DA UNA VISIONE VOLTA VERSO IL TERAPEUTA, VERSO IL MEDICO”**

professionale, aperta alle risorse territoriali, anche esterne ai servizi socio-sanitari, può diventare uno spazio impagabile di analisi di quei processi affettivi che, nel quotidiano, rendono possibile la presa in carico, la cura, ma che talvolta possono anche diventare una resistenza, un limite, un percorso conflittuale e sterile. Così come il medico, che è reso tale non solo dai suoi studi e dalla sua scienza, che apprende fin dalle prime fasi della sua formazione, ma soprattutto dal contatto con la sostanze corporee, nel superamento di quella dimensione perturbante e arcaica che per secoli è stata un limite alle scoperte scientifiche, uno specialista o il gruppo di lavoro che prendono in carico un paziente, nel suo ambiente e con la sua percezione di malattia, dovrà essere libero di osservare la realtà, percepirne le qualità emotive a partire delle sue stesse impressioni, che, all’origine, sono somatiche, sensoriali, protomentali. A poco servirà applicare precisi schemi cognitivi, metapsicologici, se non si è in grado di vivere e condividere la sfera del sentimento. Cosa sarebbe stata la scienza, senza la passione che, a co-

sto di scontrarsi con il mondo accademico, con le mode, con la politica del tempo, ha guidato e spinto il genere umano alla curiosità, alla creatività, alla sensibilità, a una salute fisica e psicologica che, in ogni condizione, dovremmo sempre cercare di mantenere o migliorare?

Torniamo al quesito iniziale. Alla luce delle esperienze e delle ricerche ancora in corso, possiamo ritenere che un lavoro di equipe, allargato al territorio e alla comunità, dove si possa strutturare una prassi di incontro guidata da un vertice psicoanalitico, volto alla comprensione dei processi affettivi che si attivano nella relazione, a partire dai sentimenti degli stessi specialisti coinvolti, non può che portare benefici alla presa in carico e alla cura, sia in termini organizzativi, di ottimizzazione delle risorse, e quindi di tempo e di spesa. Un’informazione autentica che viene condivisa – al di là dei vissuti persecutori che essa tende talvolta a generare nei vertici istituzionali – giova al lavoro, al benessere della comunità e ad una più efficiente gestione. Dobbiamo prendere coscienza delle resistenze che ostacolano il lavoro. La psicoanalisi, così come è in grado di evidenziare e risolvere i conflitti psichici di un individuo, stimolando la guarigione, è uno strumento impagabile per far emergere e dissolvere i conflitti istituzionali, che attivano dinamiche distruttive e di frammentazione, per ripristinare il mandato originario dei Servizi Sanitari: primum non nocere, secundum sedare dolorem.

**BIBLIOGRAFIA**

FREUD S. (1918), *Wege der psychoanalytischen Therapie* [trad. it. *Vie della terapia psicoanalitica*, in OSF, Boringhieri, Torino, 1989].  
 BALINT M. (1957), *The doctor, his patient, and the illness*, International University Press [trad. it. *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, 1976].  
 BION W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.  
 BION W.R. (1962), *Apprendere dall’esperienza*, Armando, Roma, 1972.  
 SAMMARCO G. P. (2011a), “Il gruppo di supervisione in opera. Un caso paradigmatico”, in Barnà C. A., Corlito G., *Emergenze Borderline. Istituzione, gruppo, comunità*, Franco Angeli.  
 SAMMARCO G. P. (2011b), “La prospettiva psicoanalitica nei servizi territoriali”, in Barnà C. A., Corlito G., *Emergenze Borderline. Istituzione, gruppo, comunità*, Franco Angeli.



# Approccio alla disfagia nel paziente anziano

Disturbo molto frequente, uno su cinque degli anziani ospedalizzati ne soffre, che necessita di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Le nuove Aft, che indicano il territorio come sede della gestione delle cronicità, ben si adattano a rispondere in modo efficace a un problema così complesso.

La disfagia rappresenta, così come evidenziato da dati epidemiologici già noti in letteratura, un disturbo molto frequente, che interessa il 20% degli anziani ospedalizzati e il 50% degli anziani istituzionalizzati, anche se, per questi ultimi, il rischio di presentarla, nel corso del tempo, interessa praticamente la totalità degli ospiti all'interno delle Residenze Protette e RSA e questo essenzialmente per lo stretto rapporto esistente tra ospiti anziani non autosufficienti con demenza e la susseguente disabilità nelle ADL e disfagia; oltre a ciò vi è l'evidenza che la maggior causa di istituzionalizzazione è rappresentata dalla demenza stessa. Questo problema risulta ancora più importante nel territorio specie dell'ULSS 12 Veneziana che evidenzia, tra tutte le ULSS del Veneto, la più alta prevalenza di anziani che risultano altresì più poveri e senza una adeguata rete familiare. La presenza inoltre di numerose situazioni proprie dell'età geriatrica rendono tale popolazione ancora più a rischio di disfagia (Presbifagia). Ciò comporta delle ricadute importanti di ordine: 1) epidemiologico per evidenziare la prevalenza del

disturbo e programmare pertanto le risposte più opportune;

2) di valutazione nel senso di capacità di riconoscerlo anche precocemente, di quantizzare lo stesso e i suoi effetti;

3) di risposte assistenziali adeguate e flessibili per ridurne i rischi all'interno di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale che vede coinvolti contemporaneamente diverse figure di specialistiche quali ad esempio geriatri, fisiatri, neurologi, Otorini, Internisti, Gastroenterologi Nutrizionisti, ed altri nonché MMG, Logopedisti, Fisiokinesiterapisti, Diestiste, Infermieri, Operatori addetti all'assistenza, Farmacie, Distretti;

4) di tipo strettamente nutrizionale inteso come rischio di malnutrizione;

5) di tipo economico-amministrativo in riferimento ai bilanci e programmazione di spesa (vedi ad esempio il costo degli addensanti o delle nutrizioni parenterali o enterali tramite PEG o SNG).

## Definizioni

Per *disfagia* (dal greco dis = cattivo fagein = mangiare) s'intende la difficoltà a far progredire un bolo solido

semisolido o liquido dal cavo orale allo stomaco.

**Penetrazione:** è intesa come "ingresso di saliva o di alimenti nel vestibolo laringeo (al di sopra delle corde vocali) senza ulteriore progressione per validità difensiva della tosse".

**Aspirazione:** è definito come il "passaggio di ingestivi" nelle vie respiratorie (al di sotto delle corde vocali) per assenza od ipovalidità della tosse. Quest'ultima negli anziani fragili può essere:

A) Predeglutitoria – per incapacità dell'anziano a controllare il bolo prima del regolare stimolo del riflesso propulsivo deglutitorio con bolo prematuro.

B) Intradeglutitoria – da non adeguata competenza neuromuscolare dello sfintere glottico che lascia procedere parte o l'intero bolo.

C) Postdeglutitoria – per ristagno di residui salivari o alimentari che vengono inalati alla riapertura respiratoria della glottide o per reflusso esofago-gastrico di pasto deglutito per os o più di frequente introdotto con sondino naso gastrico.

A seconda della fase compromessa prende il nome di:

scienza  
e ricerca

Vincenzo Leoci  
Specialista  
ambulatoriale  
interno branca  
di geriatria  
azienda ULSS 12  
veneziana

GASTROENTEROLOGIA



- 1) Disfagia orale: difficoltà nella preparazione e propulsione del bolo;
- 2) Disfagia faringea: difficoltà nel passaggio del bolo nella cavità oro-faringea, fase più delicata che comporta i maggiori rischi di aspirazione di cibo a livello tracheo-bronchiale;
- 3) Disfagia esofagea, incapacità di trattenere il bolo nell'esofago (reflusso).

**Fisiologia della deglutizione**

La deglutizione dell'adulto avviene attraverso sei fasi:

Fase 0. Preparazione extraorale o fase anticipatoria: in essa viene legato l'atto deglutitorio al vissuto precedente della persona specie anziana ed entrano in gioco stimoli visivi, olfattivi, abitudini consolidate, rituali, tono dell'umore, gusto e ripulsa per dati alimenti, elementi questi molto importanti nel percorso riabilitativo del paziente disfagico; è una fase preminentemente volontaria.

Fase 1. Ha come scopo la trasformazione della sostanza alimentare in bolo attraverso lo sminuzzamento e l'impasto con saliva e/o altri liquidi di provenienza esterna così che esso possa essere adeguato alla competenza deglutitoria specie dell'anziano agendo sulla composizione organolettica (consistenza, omogeneità, coesione, viscosità, temperatura e grandezza) del boccone sia sull'abilità dell'anziano a portare il cibo oltre la soglia labiale e di mantenerne la permanenza all'interno della cavità orale. È una fase volontaria.

Fase 2, (Fase orale). La lingua si muove verso l'alto schiacciando il bolo sul palato e quindi all'indietro sospingendolo verso l'istmo delle fauci dove si trovano i loci trigger che, se stimolati, provocano il riflesso della deglutizio-

ne. È una fase volontaria.

Fase 3. L'atto respiratorio si interrompe momentaneamente (apnea), per consentire il passaggio del bolo in direzione dell'esofago. In meno di un secondo si attua una complessa coordinazione neuro muscolare che vede coinvolte tutte le strutture del quadrivio oro-rino-laringo-faringeo ovvero tra la via respiratoria naso-laringea ed alimentare oro-faringea. È strettamente dipendente dall'integrità dei centri e delle vie nervose anzidette e dei gruppi muscolari competenti per la chiusura degli sfinteri velo-faringeo (naso) e laringeo, che hanno lo scopo di evitare il reflusso di cibo nel sistema respiratorio, ed apertura dello sfintere glosso palatale ed esofageo superiore, che permettono al cibo di proseguire nelle vie digestive. È una fase riflessa e quindi non volontaria.

Fase 4 (o esofagea). In essa avviene il transito del bolo tra lo sfintere esofageo superiore (SES) e quello inferiore (SEI), con apertura sincrona, peristalsi del viscere per far progredire il bolo lungo l'esofago e successiva tenuta anti reflusso. È una fase riflessa.

Fase 5 (o gastrica). È lo stadio gastrico di non ritorno nutrizionale naturale o artificiale. È una fase riflessa.

**Cause patologiche di disfagia**

(*American Gastroenterological Society*)

Cause Iatrogene (indotte da trattamenti): effetti collaterali di terapie farmacologiche (chemioterapie, neurolettici ecc.), postchirurgia muscolare o neurogena, radiazioni.

Cause infettive: difterite, botulismo, malattia di Lyme, sifilide, mucosite (Herpes, Cytomegalovirus, Candida, ecc.).

Cause metaboliche: amiloidosi, sindrome di Cushing, tireotossicosi, morbo di Wilson.

Cause miopatiche: malattie del connettivo, dermatomiosite, miastenia gravis, distrofia miotonica, distrofia oculofaringea, polimiosite, sarcoidosi, sindromi paraneoplastiche.

Cause neurologiche: tumori del tronco, trauma cranico, stroke, paralisi cerebrale, sindrome Guillain Barrè, morbo di Huntington, sclerosi multipla, polio, discinesia tardiva, encefalopatie metaboliche, SLA, morbo di Parkinson, demenze.

Cause strutturali: barra cricofaringea, divericolo di Zenker, tumori orofaringei, osteofiti e malformazioni scheletriche, malformazioni congenite (palatoschisi, diverticoli, tasche ecc).

**Disfagia età correlata: presbifagia**

La capacità di alimentarsi dell'anziano si modifica a causa dell'invecchiamento delle funzioni sensoriali e di tutta la muscolatura oro-faringea e queste condizioni, come già accennato, rendono gli anziani ancora più a rischio di disfagia oro-faringea con aspirazione del bolo alimentare, aumento del rischio di infezioni bronco-polmonari e soffocamenti, ridotto introito alimentare con aumento del rischio di malnutrizione, disidratazione e compromissione della qualità di vita fino all'involuzione psico-fisica globale. Nell'anziano inoltre spesso i problemi di deglutizione si manifestano in maniera subdola e ciò comporta una maggiore attenzione e capacità di osservazione. Schematizzando le cause che rendono l'anziano a maggior rischio di disfagia sono:

- turbe della sensibilità oro-faringo-laringea;
- ridotta secrezione salivare che comporta la presenza di boli più asciutti e quindi necessità di più atti deglutitori;
- modificazione dell'occlusione den-

- ipotonia linguale, ipostenia ed incoordinazione muscolare;
- sofferenza articolazione temporo mandibolare;
- disregolazione neurologica centrale;
- aumento di durata di tutte le fasi deglutitorie;
- fase anticipatoria (extraorale) meno efficace per: diminuzione della vista, dell'olfatto, del gusto e dell'abilità gestuale;
- indebolito accoppiamento tra fase orale che si presenta più lunga e faringe ritardata;
- aumento della soglia del riflesso difensivo della tosse (meno efficace);
- ipotonia muscolare esofagea, ritardo ed ipostenia dei due sfinteri;
- fattori sistemici: deperimento, motivazione, relazione, clinostatismo.

#### **Nell'anziano spesso i problemi di deglutizione si manifestano in maniera subdola**

- i tempi per alimentarsi si allungano progressivamente;
- cambiano le abitudini alimentari (consistenza e sapore diverso, diminuzione dell'assunzione di liquidi);
- compare la tosse durante i pasti;
- compaiono episodi febbrili.

#### **Condizioni indispensabili per una alimentazione autonoma**

- Vigilanza;
- Orientamento (Personale);
- Concentrazione;
- Memoria;
- Coordinazione motoria generale e settoriale;
- Controllo delle posture del capo e del tronco;

- Disposizione ad alimentarsi;
- Riconoscimento del cibo.

#### **Cause di declino dell'alimentazione in persone affette da demenza**

- Deficit cognitivo;
- Disturbi comportamentali;
- Affaccendamento motorio ansia;
- Disorientamento;
- Deliri Allucinazione Aggressività;
- Perdita dell'attenzione;
- Assopimento, apatia;
- Perdita di memoria;
- Disturbi alimentari;
- Dipendenza nelle ADL;
- Scarso controllo motorio.

La diagnosi di disfagia si avvale di:

1) Bed Side Evaluation (BSE) ovvero della osservazione al letto della persona (D.Farneti, 2004). È una metodica non invasiva, a basso costo, altamente specifica e sensibile e pone il sospetto o conferma l'esistenza di disfagia e le sue complicanze e deve essere condotta preferibilmente da medici specialisti o logopedisti.

La BSE si suddivide in 3 momenti:

- A) Raccolta dei dati anamnestici (patologie, interventi, farmaci);
- B) Valutazione cognitivo-comunicativa, osservazione della facies, esplorazione manuale della bocca e della faringe (Informal BSE);
- C) Valutazione delle abilità deglutitorie per boli di diversa consistenza, comparsa della tosse, raschio in gola, qualità della voce (Formal BSE).

2) Indagini strumentali che si distinguono in:

- A) Procedure non dinamiche
  - Laringoscopia indiretta – TAC e RMN
  - Fibrolaringoscopia (spuria);
- B) Procedure dinamiche
  - Manometria faringea – Scintigrafia
  - Ultrasonografia;
  - Videofluoroscopia (VFS): rappresen-

ta il Gold standard strumentale nello studio della disfagia (Logeman, 1998) e consiste in una tecnica radiologica che studia la fase orale e faringea permettendo di definire e quantificare il grado di inalazione intradeglutitoria. Il paziente viene esaminato mentre deglutisce una dose singola di mezzo di contrasto di consistenza opportuna, da seduto, nelle due proiezioni latero-laterale ed antero-posteriore. Per l'esame è necessario che il paziente abbia il tronco in posizione eretta, anche seduto in barella o è in carrozzina e prescinde dalle sue condizioni psichiche o di vigilanza, consentendone l'esecuzione anche su soggetti non attivamente collaboranti quali anziani e bambini.

Fibrolaringoscopia: fornisce dati sui parametri statici e dinamici della deglutizione (Farneti, 2004). Consiste in una indagine endoscopica e tra le tecniche è la più agevole come esecuzione (Bastian, 1993), ripetibile, ben tollerata, economica, elettiva; l'eventuale presenza di inalazione è desumibile indirettamente dalla comparsa di tosse durante e/o dopo l'atto deglutitorio o direttamente con la presenza di tracce di bolo a livello laringeo.

Allo stato attuale l'indagine strumentale è di difficile applicabilità nelle RSA e nel territorio. È costosa sia in termini economici che di carico di lavoro (spostamento presso strutture specializzate, distacco operatori, domiciliari). È invasiva e non somministrabile alla maggior parte degli anziani in particolare ai soggetti più debilitati o con demenza associata o meno a disturbi del comportamento.

#### **Approccio gestionale**

Le tecniche di Bed Side Evaluation ci

*Segue a pagina 17*

di Alberto Piatti,  
Responsabile della  
branca di oculisti-  
ca ASL TO5

# La sanità del territorio cresce... e diventa grande

L'esperienza dell'equipe specialistica ambulatoriale di Oculistica dell'ASL TO5 della regione Piemonte

**L'**Azienda Sanitaria Torino5, ubicata a sud-est dell'area metropolitana di Torino, è costituita da alcune popolose cittadine del primo hinterland torinese: Moncalieri, Chieri, Nichelino e Carmagnola, per un numero di residenti che oggi è di circa 315.000.

Sul territorio dell'ASL TO5 sono presenti tre ospedali, uno dei quali secondo l'attuale Piano Sanitario Regionale dovrà essere riconvertito in Ospedale di contiguità, ma nessuna struttura di ricovero oculistica.

Negli anni passati buona parte delle prestazioni oculistiche di secondo livello, dagli esami diagnostici alla chirurgia, dovevano per forza essere dirottati sui centri ospedalieri della città di Torino. Questo comportamento era oneroso economicamente per la nostra Azienda, in quanto incrementava fortemente la mobilità passiva, e oneroso anche per la popolazione costretta a spostarsi per una semplice capsulotomia laser o un campo visivo, cosa piuttosto paradossale per una città come Moncalieri, con 55 mila abitanti, ma senza un perimetro.

Per questi motivi, quando nel 2006 venni nominato responsabile della branca di oculistica ambulatoriale, incominciai a lavorare con i vari Direttori Generali che si sono susseguiti (ad oggi 4, con le ben evidenti difficoltà che ogni nuova gestione portava), per promuovere un concetto molto sem-

plice: gli oculisti ambulatoriali dell'ASL, grazie alla loro professionalità e alle esperienze cliniche e chirurgiche acquisite, erano in grado di soddisfare la gran parte delle necessità oculistiche della popolazione residente. E cioè un'equipe specialistica ambulatoriale, se formata da persone competenti e ben guidata può svolgere senza problemi la funzione di una struttura ospedaliera, per di più con costi nettamente inferiori. Infatti il costo orario di un medico convenzionato interno è inferiore a quello di un dirigente medico e una struttura specialistica ambulatoriale non ha personale del comparto dedicato, ma usufruisce del personale del poliambulatorio, riducendo ulteriormente le spese per l'Azienda.

La difficoltà maggiore è stata far comprendere che anche gli specialisti ambulatoriali sono medici professionalmente validi e competenti. Devo dire che grazie all'impegno di molti colleghi oculisti ambulatoriali forse ce la faremo. Con piacere ho sempre avvertito che i nostri pazienti non hanno mai fatto distinzioni di rango: ambulatoriale o ospedaliero. Erano purtroppo i colleghi della dirigenza a guardarci un po' dall'alto al basso, quando abbiamo incominciato a varcare pure la soglia delle sale operatorie. Mi ricordo con un minimo di divertimento, come nei primi tempi qualcuno dell'Ospedale pretese un incontro per in-

segnarci le regole di comportamento in ambiente ospedaliero!

La mission della branca di oculistica dell'ASL TO5 è dunque eseguire tutte le prestazioni presenti sul nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, dalla semplice visita oculistica all'intervento di cataratta. Gli oculisti convenzionati dell'ASL TO5 sono 14 ed eseguono negli ambulatori territoriali le prestazioni di base, in particolare visite oculistiche, tonometrie, esami fundus, ma da alcuni anni anche prestazioni più complesse, quali fluorangiografie, trattamenti laser retinici, capsulotomie, iridotomie, perimetrie, pachimetrie. Dal 2008 inoltre abbiamo accesso alle sale operatorie presenti nella Day Surgery territoriale di Nichelino. La nostra attività chirurgica va dai piccoli interventi palpebrali, alle plastiche della palpebra, dalle intravitreali all'intervento di cataratta che rappresenta il top della nostra produzione. Nell'anno 2012 abbiamo eseguito 401 interventi di facoemulsificazione avendo a disposizione una sola seduta settimanale di 5 ore.

L'attività dell'equipe territoriale ha anche altri fiori all'occhiello: un percorso diagnostico-terapeutico interamente dedicato alle complicanze del diabete, testimonianza di un'ottima sinergia con la struttura ospedaliera di Diabetologia. La creazione del Centro Retinopatia Diabetica risale all'anno 2003 e rappresenta la seconda espe-

rienza del genere in Piemonte ed una delle poche in Italia. Sempre nel campo della retina medica il trattamento delle maculopatie di tipo neovascolare con i più recenti farmaci antiVEGF ci pone all'avanguardia nella cura delle degenerazioni maculari. Anche per questi trattamenti è in corso di standardizzazione un protocollo aziendale per il miglior utilizzo delle risorse. Infine la cura del glaucoma sul territorio dell'ASL TO5 è stata notevolmente migliorata in questi ultimi anni, con la creazione di ambulatori specialistici, aventi agende di prenotazione dedicate. L'acquisto di un perimetro automatico e di un pachimetro ci consente di eseguire un corretto follow up dei 2500 pazienti affetti da questa patologia presenti sul nostro territorio. È pur vero, che dopo una tale elencazione di risultati, l'osservazione che più di frequente ricevo è: la vostra equipe ha potuto fare tutto ciò perché avete avuto la fortuna di avere una

Direzione Generale che vi ha sempre abbondantemente finanziato, altrimenti...Ma non è andata così.

Durante i primi anni non avemmo nessun finanziamento da parte della nostra Azienda Sanitaria; le prime risorse economiche giunsero, infatti, da un finanziamento conseguente un preciso progetto che io presentai (il centro per la retinopatia diabetica) ad una fondazione bancaria. I finanziamenti successivi giunsero da progetti di ricerca sanitaria finalizzata presentati dal sottoscritto alla Regione Piemonte, così creammo gli ambulatori per il glaucoma.

Solo nel 2008, il Direttore generale stanziò 80.000 euro per la chirurgia oculistica, con cui acquistammo microscopio operatore, facoemulsificatore, biometro e 4 set di ferri catarattici ed intravitreali e due sedie operatorie. Da alcuni anni mi fregio di presentare la nostra attività in numerosi corsi e convegni in Italia e su riviste

specializzate. Credo molto nelle possibilità della medicina specialistica ambulatoriale, soprattutto in campo oculistico, dove è possibile fare il 90% o più delle prestazioni in regime ambulatoriale.

La soluzione "ambulatoriale" per l'oculistica è ben gradita dall'attuale Dirigenza Aziendale, anche se talvolta vorremmo avere qualche certezza in più e non essere continuamente sottoposti a verifica. Ma tant'è! Il SSN oggi vive una vita precaria e non possiamo sottrarci ad una tendenza diffusa.

"Non vi, sed virtute domatur" può essere il nostro motto e lo strumento vincente è sempre stato l'utilizzo di un approccio basato sulla professionalità dei medici specialisti ambulatoriali, che vuol dire competenze acquisite o che si ha voglia di acquisire. Così è stato possibile "domare" anche i più increduli, ma gli esami non finiscono mai...

*Segue da pagina 15*

permettono di evidenziare tramite una attenta osservazione la presenza o meno di disfagia, la sua gravità clinica e quindi le necessità di tipo assistenziale; riguardo questo ultimo aspetto si riconosce:

**Gestione elevata:** in presenza di eccessiva velocità o eccessiva lentezza nell'assunzione del cibo, scarso controllo delle prassie orofacciali con presenza di movimenti di masticazione, scarso controllo delle prassie orofacciali con presenza di movimenti della lingua, limitata autonomia nell'alimentazione, collaborazione limitata dalle difficoltà di comprensione verbale e contestuale. In questa fase il paziente necessita di sorveglianza stretta ed eventuale modificazione della dieta.

**Gestione moderata:** in presenza di edentulia o protesi dentarie incongruenti, impossibilità ad evocare volontariamente la tosse, respirazione alterata con incapacità a mantenere l'apnea deglutitoria, scarso controllo delle prassie orofacciali con apertura e chiusura della bocca con tenuta delle labbra. In questa fase il paziente necessita di supervisione dell'alimentazione e variazione della dieta. **Gestione minima:** in presenza di postura scorretta, percezione del gusto alterato (mancato riconoscimento dei sapori, ricerca di gusti più decisi), alterazione nella produzione della saliva, calo ponderale nell'arco di breve tempo, variazione della qualità della voce nell'ultimo mese. In questa fase il pazien-

te necessita di un controllo periodico.

### Conclusioni

Da quanto esposto si evidenzia come tale problematica necessiti di un approccio di tipo multidisciplinare e multiprofessionale; le nuove organizzazioni funzionali (AFT), alla luce delle nuove linee del Piano Socio Sanitario della regione Veneto, che indica il territorio come sede della gestione delle cronicità così da diminuire la necessità di ricorrere al ricovero ospedaliero (numerosi infatti sono i ricoveri in ospedale per malnutrizione e disidratazione e sindromi correlate secondarie a disfagia) ben si adatteranno a rispondere in modo efficace ad un problema così complesso.

scienza  
e ricerca

OCULISTICA

# Effetti clinici e immunologici della terapia antiparassitaria in pazienti con apparente allergia

**N**ell'ambito del costante aumento delle affezioni allergiche osservato nell'ultimo ventennio nei paesi occidentali, è stato posto l'accento sulle manifestazioni clinico-biologiche di una forma di infestazione parassitaria pressoché ignorata, quella da *Toxocara canis*, e sulle basi immunologiche e cliniche della relazione *Toxocara*-allergie. Questo articolo riassume le caratteristiche del nematode *T. canis*, le tre principali forme fenotipiche con le quali la malattia si presenta (covert toxocariasis, Ocular Larva Migrans e Visceral Larva Migrans) e presenta esperienze cliniche personali. Presso l'Ambulatorio di Allergologia dell'Azienda Ospedaliera I.C.P. di Milano, dal 2003 al 2008 sono state eseguite circa 10.000 prime visite in pazienti sospetti di allergopatie e sono stati selezionati 753 pazienti che presentavano negatività ai vari test allergometrici o una mancata correlazione tra positività al test e la sintomatologia. Questi pazienti sono stati sottoposti ad esami immunologici per ricerca di anticorpi anti *T. canis* con metodo ELISA e Western blot e 240 di essi (31,8%) sono risultati positivi per anticorpi IgG anti *T. canis*; 162 pazienti (67,5%) sono stati sottoposti a terapia antielmintica con Mebendazolo o Albendazolo, che è risultata in grado di modificare in modo rilevante il quadro clinico e sierologico.

## INTRODUZIONE

Nell'ultimo ventennio le malattie allergiche nei paesi occidentali sono risultate in costante aumento, e colpiscono sia l'apparato respiratorio sia quello cutaneo (1-2). Una parte emergente e molto importante è peraltro quella che interessa l'apparato gastro-enterico associato a sintomi respiratori e/o cutanei (allergia/intolleranza). I sintomi si presentano sia in forma acuta con diarrea, nausea e vomito, sia in forma cronica con meteorismo, aerofagia, stipsi ostinata, stipsi alternata a diarrea. In entrambi i casi i test allergologici eseguiti con alimenti del commercio e con alimenti freschi nella maggior parte dei casi risultano negativi (3) o debolmente positivi, ed anche il CAP System conferma la debole positività degli alimenti la cui assunzione non è correlata alla sintomatologia presentata dal paziente; gli esami ematochimici di routine e l'esame parassitologico delle feci risultano quasi sempre negativi, ed anche nella forma cronica ricorrente le varie indagini radiologiche e/o endoscopiche nella maggior parte dei casi risultano negative (4). Varie ipotesi sono state avanzate sulle cause di questo incremento di prevalenza, dalla predisposizione genetica (5-6), a fattori ambientali (7-8) e alla teoria igienica (9), ma nessuna risulta essere ancora completamente persuasiva.

Dato il ruolo determinante nello sviluppo di allergie degli anticorpi di tipo IgE, si può ipotizzare, tra i vari fattori associati alla comparsa di allergopatie, la responsabilità di infestazioni elmintiche, che sono in grado di indurre a scopo difensivo la formazione di quantità molto elevate di IgE. Tra gli elminti la *Toxocara canis* ha particolari caratteristiche che la rendono capace di simulare quadri clinici di apparente allergia.

## LA BIOLOGIA DELLA TOXOCARA CANIS E LE ESPRESSIONI CLINICHE DELL'INFEZIONE NELL'UOMO

*T. canis* è un verme Nematode che allo stadio adulto può raggiungere i 18 cm di lunghezza e vive nell'intestino tenue dei canidi, ma anche in quello di altri mammiferi; l'animale contrae questa infestazione con l'ingestione di uova embrionate presenti nel terreno o occultate in un ospite intermedio quale ratto o topo (10,11). Esse raggiungono l'intestino dove si schiudono con fuoriuscita delle larve infettive in 2° stadio; le larve hanno diametro variabile da 18 a 22  $\mu\text{m}$  e la loro lunghezza varia da 350 a 500  $\mu\text{m}$ . Attraversata la parete intestinale, esse migrano per mezzo del sistema linfatico e venoso fino al fegato e successivamente ai polmoni e da qui, dopo la risalita tracheale, ven-



gono deglutite per ritornare infine all'intestino dove si sviluppano in verme adulto. Questo tipo di migrazione si verifica solo negli animali giovani dopo il 30° e fino al 60° giorno di vita; nel cane adulto invece, la migrazione è caratterizzata dal passaggio attraverso il fegato e i polmoni per arrivare al tessuto retroperitoneale e ai muscoli scheletrici, dove rimangono come larve inattive per periodi di tempo variabile. Nella femmina gravida le larve si possono attivare e migrare attraverso la placenta infettando i feti durante la vita intrauterina, oppure i cuccioli possono acquisire l'infestazione dopo la nascita, attraverso l'ingestione di latte materno che contiene larve migrate alla mammella. Le uova prodotte dal verme adulto hanno un diametro di 75-85 µm, non sono infestanti appena emesse con le feci, ma lo diventano (uova embrionate) dopo un periodo di maturazione di 2-5 settimane, in particolari condizioni di umidità e temperatura (15°-35°C). Le uova embrionate sono molto resistenti e possono sopravvivere fino a 3 anni nel terreno, se protette dall'essiccamento e dalle temperature estreme. Un cucciolo infetto non deparassitato di 15 giorni, è in grado di produrre uova microscopiche di *Toxocara* in numero di 10.000 per grammo di feci. Una femmina di *T. canis* produce fino a 200.000 uova al giorno e quindi se nell'intestino sono presenti numerosi esemplari, la contaminazione ambientale si realizza con l'emissione di miliardi di uova per ogni singolo cane infestato. Ne consegue che il terriccio è la fonte principale di infestazione da *Toxocara* per l'uomo, che può verificarsi facil-

mente nei parchi pubblici e in particolare nelle aree protette per i giochi dei bambini i quali spesso ingeriscono (consapevolmente o meno in base alla loro età) terriccio contaminato. Si stima che in tali aree avvenga circa il 20-30% delle contaminazioni (10,11). In realtà, l'uomo è per *Toxocara* un ospite di passaggio: le uova ingerite raggiungono lo stomaco, dove si schiudono con fuoriuscita delle larve, che attraversano attivamente la parete dell'intestino tenue e per mezzo del sistema linfatico e i vasi portali raggiungono il fegato (fig. 1). Nell'uomo le larve non si sviluppano in individui adulti ma migrano come tali in vari organi e tessuti dove rimangono per un periodo variabile da pochi mesi fino a decenni e la loro sopravvivenza dipende dalla risposta immunologica dell'ospite (12). L'infestazione da *Toxocara* è molto comune nei Paesi non sviluppati (13), mentre in Europa la prevalenza di toxocariasi, valutata con test sierologici, varia dal 2,5% in Germania al 37% in Spagna (12,14,15). Uno studio condotto in Italia (16), su 2112 sieri di soggetti adulti sani ha riscontrato una prevalenza di positività per anticorpi anti-*T. canis* del 3,9% che aumentava fino al 14,5% in soggetti oligofrenici, a dimostrazione dell'importanza dei fattori igienici. Non raramente l'infestazione può restare asintomatica, mentre nei casi sintomatici si distinguono tre forme: 1) Covert toxocariasi caratterizzata da sintomi lievi-moderati subclinici, come malessere febbrile, tosse stizzosa ricorrente, difficoltà a prendere sonno, dolori addominali, cefalea e disturbi comportamentali; 2) Ocular larva migrans, OLM, do-

ve le manifestazioni cliniche sono confinate all'occhio, e possono provocare riduzione della vista, iperemia congiuntivale, congiuntivite ricorrente, ma anche granulomi, uveite e distacco di retina;

3) Visceral larva migrans, VLM, con segni e sintomi generali quali febbre e astenia, cefalea, depressione, epilessia e altri sintomi da coinvolgimento del SNC, sintomi cutanei quali noduli, orticaria cronica, angioedemi labiali e palpebrali ricorrenti, dermatite eczematosa, sintomi intestinali come meteorismo, dolori e coliche addominali e sintomi polmonari quali tosse, broncospasmo e asma (11,12). Questi ultimi sintomi risultano particolarmente frequenti nei bambini, come è dimostrato dalla loro presenza in circa un terzo dei casi pediatrici in Paesi con caratteristiche molto diverse come il Brasile (17) e l'Olanda (18). Alcuni antigeni di *Toxocara* sono in grado di indurre una risposta linfocitaria di tipo Th2 con produzione di interleuchina 4, e conseguente switch dei linfociti B verso la sintesi di anticorpi IgE, e di interleuchina 5, con induzione di differenziazione e attivazione degli eosinofili (19). Quest'ultimo fenomeno può spiegare casi di ipereosinofilia altrimenti non giustificati (20). Riguardo alle manifestazioni cliniche, alcuni studi hanno riportato una correlazione tra infestazione da *Toxocara* e allergia. In particolare, tali correlazioni hanno riguardato la sensibilizzazione allergica, valutata mediante elevati livelli di IgE o mediante positività dei prick test (21), l'asma (22) e la rinite (23). L'asma presenta un particolare interesse, dato che un recente studio ha dimostrato con un model-

lo sperimentale che l'infestazione da *T. canis* provoca infiammazione allergica a livello polmonare associata a iperreattività bronchiale (24). Questa osservazione ha indotto la pubblicazione di un editoriale di commento nello stesso numero di *Clinical and Experimental Allergy* che invitava a riconsiderare il ruolo di *T. canis* come un trascurato fattore di rischio ambientale per l'asma, soprattutto nei bambini che vivono in aree geografiche dove l'infestazione da *Toxocara* è presente, che riguardano non solo i paesi in via di sviluppo ma anche quelli industrializzati (25). In realtà, l'infestazione da *Toxocara* non è certo tra le diagnosi più considerate nella pratica medica corrente nei paesi occidentali. Per quanto concerne i pazienti con sintomi di sospetta allergia, generalmente si ricorre a un'ampia serie di procedure diagnostiche ma non a indagini di laboratorio come il test immunoenzimatico, utilizzato più comunemente (26), o il test Western blot, che è dotato di maggiore sensibilità (27).

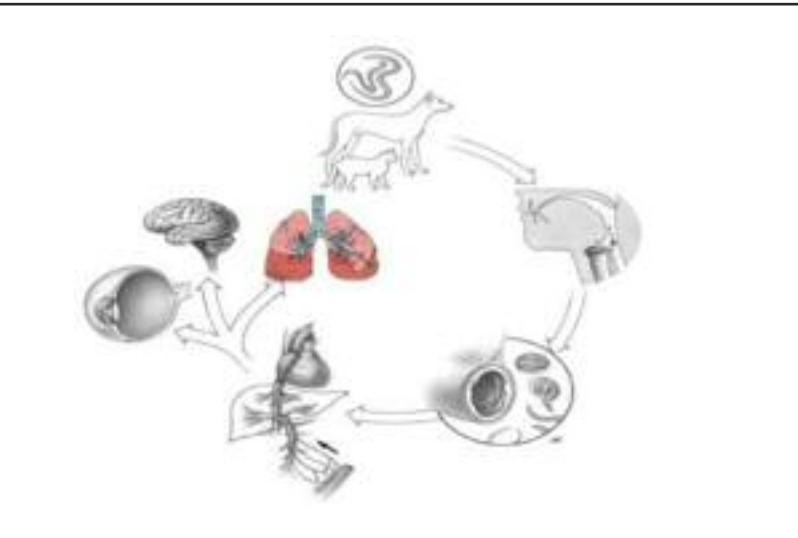
**CASISTICA DELLO STUDIO**

Presso l'Azienda Ospedaliera I.C.P. di Milano, Ambulatorio di Allergologia, dal 2003 al 2008 sono state eseguite circa 10.000 prime visite in pazienti che presentavano sintomi da sospetta allergia. Alcuni pazienti presentavano la tipica sintomatologia oculorinitica e/o asma stagionale e/o persistente; altri presentavano episodi ricorrenti di orticaria e/o di angioedema; in altri ancora la sintomatologia consisteva in orticaria cronica o colite cronica, in altri dermatite da sospetta allergia da contatto con sostanze chimiche. Tutti i pazienti sono stati sot-

**Tabella 1- Sintomi dei pazienti positivi per anticorpi anti *Toxocara canis***

N° pazienti(%)	Sintomi
59 (24.6%)	Asma
36 (16.2%)	Orticaria
28 (11.7%)	Dermatite
19 (7.9%)	Congiuntivite
13 (5.4%)	Colite
12 (5%)	Cefalea
12 (5%)	Astenia
11 (4.6%)	Tosse
10 (4.2%)	Dispnea/disfagia
8 (3.3%)	Prurito
7 (2.9%)	Rinite
15 (6.2%)	Disturbi neurologici (4 MS, 2 atassia, 1 SLA, 3 ADHD, 5 epilessia)

**Fig. 1 Ciclo vitale - Ciclo vitale della *Toxocara canis* e *T. cati* nell'uomo.**



toposti a varie indagini allergometriche in base alla sintomatologia presentata: test cutanei (prick test con allergeni inalanti e/o alimenti, patch test), spirometrie, diete di esclusione e sostituzione farmacologica. Sono stati richiesti esami ematochimici di routine, esami immunologici ed esame parassitologico delle feci; 753 pazienti selezionati perchè presentavano negatività ai vari test allergometrici o una mancata correlazione tra positività al test e la sintomatologia, sono stati sottoposti ad ulteriori esami ematochimici immunologici per ricerca di anticorpi anti *T. canis* con metodo ELISA valutato in densità ottica

(OD), con un intervallo da 0.9 a >1.1 OD e con metodo Western blot; il basso peso molecolare (LMW) è *Toxocara* specifico: la presenza sul nastro di 2 o più bande in un intervallo compreso tra 24 e 35 kDa (fig. 3), è indicativa per la presenza di anticorpi specifici IgG anti *T. canis* (27). Dei pazienti studiati, 240 (31,8%), 157 femmine e 83 maschi, di età compresa tra 2 e 76 anni, sono risultati positivi per anticorpi IgG anti *T. canis*; 64 pazienti positivi all'ELISA, 110 al Western blot e 66 per entrambi (fig. 2). In 14 pazienti l'esame parassitologico delle feci risultò positivo per *Ascaris lumbricoides* e in 3 pazienti positivo per

Fig. 2 ELISA e Western blot positivi per anticorpi anti *Toxocara canis*

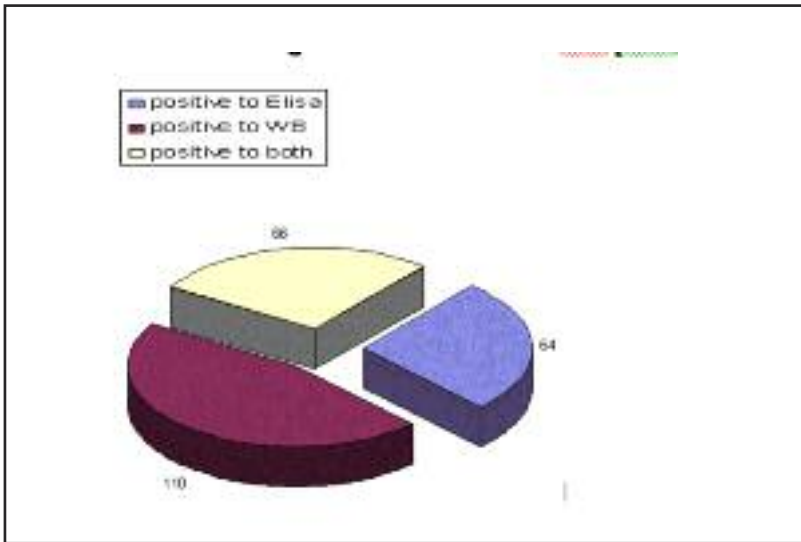
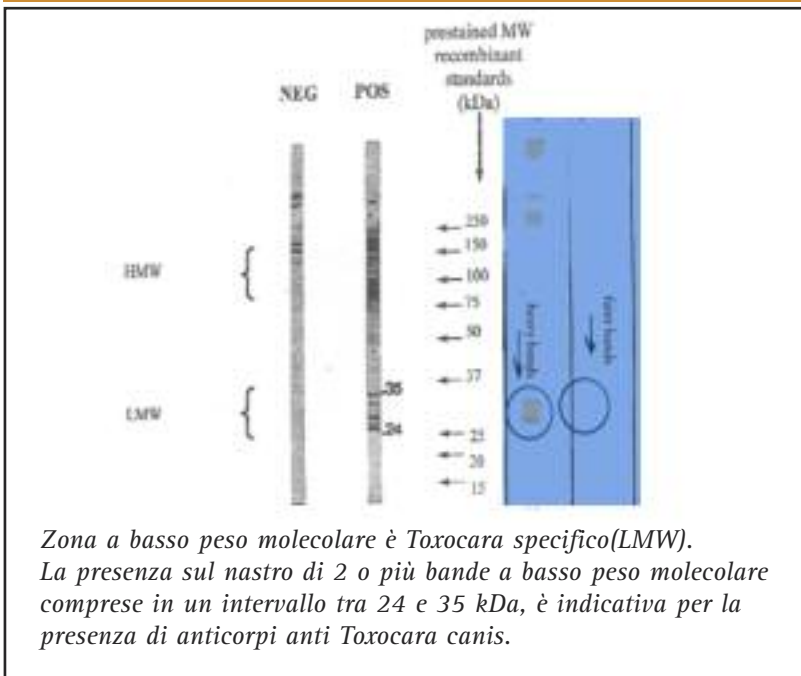


Fig. 3 Western blot (WB) specifico per IgG anti-*Toxocara canis*



larve di *Strongyloides stercoralis*. Solo 56/240 (23.8%) pazienti erano atopici con valore medio di IgE totali di 280 kU/L; 184/240 (77.1%) pazienti erano non atopici con valore medio di IgE totali di 193 kU/L. La sintomatologia più frequente era rappresentata dall'asma con 59 casi, seguita dall'orticaria con 36 casi, dermatite 28 casi, congiuntivite 19 casi, disturbi neurologici in 15 casi e sintomi gastroenterici in 13 casi; meno frequenti i casi di aste-

nia, cefalea, tosse, rinite, prurito, artalgie, sindrome vertiginosa e reazione da farmaco per un totale di 70 pazienti (tabella 1). Di questi 240 pazienti, 162 sono stati sottoposti a terapia antielmintica con mebendazolo 100 mg, 1 compressa 2 volte al giorno per 3 giorni, ciclo ripetuto dopo 20, 40 e 60 giorni; in caso di scarso beneficio è stato utilizzato albendazolo 400 mg, 1 compressa 2 volte al giorno per 5 giorni. Dopo la terapia antielmintica in tutti i

pazienti si è rilevato un notevole miglioramento della sintomatologia, per cui molti pazienti non sono più tornati al controllo; raggiunti telefonicamente, hanno risposto di non presentare più sintomi. Nei 74 pazienti controllati periodicamente, oltre al miglioramento clinico, c'è stato anche un miglioramento sierologico al Western blot con positività che variava dalla "Presenza di bande specifiche" a quello di "Presenza di banderelle specifiche" (fig. 3) e all'ELISA con riduzione dei valori da >1.1 a valori di 1 e anche di 0.9 (OD). In 35 pazienti in completa remissione dei sintomi è stata dimostrata anche una completa assenza di anticorpi anti-*T. canis*. Riportiamo qui di seguito alcuni casi che ci sono sembrati degni di particolare interesse, erroneamente diagnosticati come allergia (28). Il primo caso è una donna di 46 anni con dermatite, il cui debutto clinico risaliva a circa 30 anni prima, e cioè nell'adolescenza. La dermatite aveva una localizzazione preferenziale nella zona intorno agli occhi. Alla prima consultazione allergologica erano stati eseguiti i patch test, che erano risultati positivi per benzocaina, paraformaldeidide, balsamo del Perù e diaminodifenilmetano. L'evitare il contatto con prodotti che contengono tali apteni non si era associato ad alcun miglioramento clinico. Solo il trattamento con corticosteroidi orali era risultato efficace sulle manifestazioni cliniche. Negli anni successivi si erano verificati episodi ricorrenti di edema labiale e palpebrale, apparentemente correlati all'assunzione di FANS e di antibiotici beta-lattamici. Erano quindi state eseguite ulteriori inda-

scienza  
e ricerca

ALLERGLOGIA

gini allergologiche con i seguenti risultati: prick test positivi per uovo, latte, cereali, patata, carota, pomodoro, sedano, banana, mela, pesca e prugna; patch test positivi per balsamo del Perù, parabeni e ix profumi. Anche l'esclusione degli alimenti e dei prodotti contenenti tali apteni non aveva avuto ripercussioni cliniche positive. Erano state inoltre eseguite indagini ematologiche con ricerca di autoanticorpi, ricerca di IgE specifiche per altri alimenti e per antibiotici beta-lattamici, con esito negativo; solo il livello di IgE totali risultava incrementato (156 kU/L). La paziente si è rivolta al nostro ambulatorio di Allergologia a Gennaio del 2005, a causa del peggioramento della dermatite e dell'angioedema. All'esame obiettivo presentava importante angioedema e eritema intorno agli occhi e nella regione zigomatica. I prick test con estratti alimentari commerciali e con cibi freschi (con la tecnica del prick + prick) sono risultati positivi per uovo, orzo, finocchio, patata, pomodoro, arancia, pesca, kiwi e melone, con conferma in vitro mediante RAST solo per orzo (0.83 kU/L), patata (0.41 kU/L) e melone (0.37 kU/L). Sono stati eseguiti anche prick test per inalanti, con risultati positivi per pollini di graminacee, Artemisia, Ambrosia, Ontano e Parietaria, per epiteli di gatto e cane e per Alternaria. Il RAST era positivo solo per graminacee (6.97 kU/L) ed epitelio di gatto (1.32 kU/L) e i livelli di IgE totali corrispondevano a 121kU/L. Una seconda valutazione a Giugno 2005 ha compreso esami ematochimici completi e test parassitologici con ELISA e Western blot per T. canis. Quest'ultimo è risultato positivo, suggerendo la necessità di un trattamento con mebendazolo una compressa da 100 mg due volte al giorno per tre giorni, ripetuto per tre cicli a intervallo mensile. Tale terapia si è associata a remissione completa di tutti i sintomi e la ripetizione del test Western blot ha

dimostrato l'assenza di anticorpi anti-T. canis, la negatività è stata confermata anche all'ultimo controllo del 2008.

Il secondo caso è una paziente di 37 anni con rinite intermittente da circa 10 anni e asma persistente da 7 anni. Nei primi due anni l'asma era presente solo nella stagione fredda (da Novembre a Febbraio) ma in seguito gli episodi asmatici si erano verificati anche in primavera e in estate. Nel 2003 test allergologici eseguiti altrove avevano dato esito positivo per acari della polvere (prick test ++, CAP system 0.49 Ku/L) e un test di provocazione bronchiale aspecifico con metacolina aveva dimostrato una reattività moderata (Pd 20: 425,028 mcg). Era quindi stata prescritta una terapia con una associazione beta2-agonista a lunga durata d'azione più corticosteroide per via inalatoria. La paziente si è rivolta al nostro ambulatorio di Allergologia a Ottobre del 2004 a causa del non soddisfacente controllo dell'asma. I prick test da noi eseguiti sono risultati positivi per Dermatophagoides pteronyssinus (++) , Dermatophagoides farinae (++) , epitelio di gatto (++) , ambrosia (+++) e ontano (+) , con conferma in vitro mediante CAP system per Dermatophagoides pteronyssinus (2.05 Ku/L), Dermatophagoides farinae (1.84 Ku/L) e epitelio di gatto (0.69 Ku/L). E' stato ripetuto un test di provocazione aspecifico con metacolina, che ha dimostrato una reattività bronchiale più elevata rispetto al test precedente (Pd 20: 343,262 mcg). Sono stati inoltre eseguiti esami ematochimici di routine senza riscontri patologici e la ricerca di anticorpi anti-Toxocara mediante ELISA e Western blot. Quest'ultima ha dimostrato positività anticorpale con presenza di bande specifiche. La terapia con mebendazolo al dosaggio riportato in precedenza ha indotto un iniziale miglioramento del sintomi asmatici e cicli successivi con lo stesso dosaggio a intervallo mensile si sono associati a ulteriore miglioramento cli-

nico, che ha consentito di ridurre gradualmente la terapia farmacologica con l'associazione beta2-agonista/ corticosteroide fino alla completa sospensione a dicembre 2005. A una visita di controllo a Novembre 2006 la paziente non aveva più sintomi asmatici e presentava valori normali alla spirometria e un test di provocazione con metacolina negativo. Allo stesso tempo, il Western blot non dimostrava presenza di anticorpi anti-T. canis. Queste condizioni cliniche si sono mantenute a una ulteriore visita di controllo a Novembre 2007.

Il terzo caso si riferisce a una giovane paziente affetta da asma persistente non allergica, colite ricorrente, con reazioni eritemato-ponfoidi agli arti durante terapia con antibiotici (Rokitamicina, Amoxicil-lina e Acetossietilcefuroxima), la ricerca e la positività per anticorpi anti-T. canis, seguita dalla terapia antiparassitaria ha portato subito a un generale miglioramento clinico dell'asma e ad una riduzione della frequenza delle coliche addominali; ripetuta la terapia antiparassitaria con cicli di mebendazolo 100 mg 1 compressa 2 volte al giorno per tre giorni al mese per tre mesi consecutivi, si è ottenuta una totale regressione dei sintomi sia respiratori che cutanei. La negatività del RAST per le penicilline e la successiva negatività al test cutaneo con Allergopen ha permesso alla paziente di sottoporsi al test di tolleranza con Amoxicillina che ha dato esito negativo. Il successivo controllo sierologico ha dimostrato completa assenza di anticorpi anti-T. canis.

L'ultimo caso riguarda una paziente affetta da orticaria cronica ricorrente da più di 8 anni: negli ultimi mesi la sintomatologia era peggiorata diventando generalizzata e persistente, con ricovero ospedaliero e con diversi accessi in P.S. Le varie indagini sierologiche, ecografiche ed endoscopiche non avevano portato a diagnosi diversa da quella iniziale di "Orticaria cronica idiopatica". La sie-



ropositività per entrambi gli esami, ELISA e Western blot per anticorpi anti-*T. canis* e la conseguente terapia con mebendazolo 1 compressa 2 volte al giorno per tre giorni al mese per 5 mesi consecutivi, ha portato ad un notevole miglioramento dell'orticaria senza però la regressione totale dei sintomi che è avvenuta solo dopo il 2° ciclo di terapia con albendazolo (400 mg 1 compressa 2 volte al giorno per 5 giorni), si è ottenuta la risoluzione del quadro clinico con regressione completa dell'orticaria benessere che perdura tuttora, e a conferma della diagnosi di *Toxocariasi* si è ottenuta la completa negativizzazione sierologica oltre alla guarigione clinica.

## CONCLUSIONI

I casi qui presentati non devono essere ritenuti particolarmente rari, dato che sono stati osservati in un tempo limitato e che non sono stati i soli, in particolare nella nostra casistica di 240 pazienti *Toxocara* positivi al primo posto troviamo come

espressione clinica l'asma e a seguire l'orticaria, questa sintomatologia è molto comune nella pratica quotidiana dell'allergologo. Questa possibile origine dovrebbe quindi essere tenuta presente dallo specialista quando giungono alla sua valutazione pazienti nei quali i sintomi di sospetta ipersensibilità non sono confermati dall'iter diagnostico allergologico. D'altra parte, la positività dei test allergologici può risultare fuorviante, come osservato in particolare nel caso di dermatite, in cui la positività di patch test e prick test ha rappresentato un fattore di confondimento che ha agito molto a lungo nel far ritenere erroneamente che l'allergia fosse la causa delle manifestazioni cliniche. Altro elemento da considerare è la necessità di ricercare gli anticorpi anti-*Toxocara* con il metodo Western blot, dato che la più comunemente utilizzata tecnica ELISA può risultare non di rado falsamente negativa. Tuttavia, è necessario tenere presente anche un aspetto che non emerge

dai casi presentati: la positività dei test per anticorpi anti-*Toxocara* indica il contatto con il parassita ma non lo stato di malattia attuale. La certezza viene ottenuta "ex adjuvantibus" in base alla scomparsa delle manifestazioni cliniche dopo adeguata terapia antiparassitaria. Non possiamo infine esimerci da una considerazione di prevenzione generale, riprendendo quanto scritto da Fred Landeg, direttori dei veterinari inglesi, sulle colonne del Times ad Aprile 2008: "Quando si guarda alle malattie emergenti, molte sono trasmissibili dagli animali all'uomo. Ci sono indubbiamente benefici nel vivere con un animale in casa, ma chi ne possiede uno o più di uno dovrebbe seguire ragionevoli procedure d'igiene, evitando di farlo dormire in camera da letto, o sul letto, lasciarlo libero di circolare in cucina quando i proprietari sono assenti e un controllo periodico dal veterinario di fiducia".

## BIBLIOGRAFIA

- The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. *Lancet* 1998;351:1225-32.
- Asher MI, Montefort S, Björkstén B et al. ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006;368:733-43.
- Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125(suppl 2):116-25.
- Johansson SG, Bieber T, Dahl R et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization. October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:832-6
- Holgate ST. Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:1139-46.
- Cookson WO, Moffatt MF. Genetic of asthma and allergic disease. *Hum Mol Genet* 2000;9: 2359-64.
- von Mutius E, Martinez FD, Fritzsche C, Nicolai T, Roell G, Thiemann HH. Prevalence of asthma and atopy in two areas of West and East Germany. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:358-64.
- von Mutius E. The environmental predictors of allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105: 9-19.
- Schaub B, Lauener M, von Mutius E. The many faces of the hygiene hypothesis. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:969-77.
- Humbert P, Buchet S, Barde T. *Toxocariasis*. A cosmopolitan parasitic zoonosis. *Allerg Immunol (Paris)*. 1995;27:284-91.
- espommier D. *Toxocariasis*: clinical aspects, epidemiology, medical ecology and molecular aspects. *Clin Microbiol Rev* 2003;16:265-72.
- Overgaauw PA. Aspects of *Toxocara* epidemiology: human toxocarosis. *Crit Rev Microbiol* 1997;23:215-31.
- Glickman LT, Schantz PM. Epidemiology and pathogenesis of zoonotic toxocarosis. *Epidemiologic Reviews*, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Vol 3, 1981, 230-50.
- Pawlowski Z. *Toxocariasis* in humans: clinical expression and treatment dilemma. *J Helminthol* 2001;75:299-305.
- Portùs M, Riera C, Prats O. A serological survey of toxocarosis in patients and healthy donors in Barcelona (Spain). *Eur J Epidemiol* 1989;5:224-7.
- Genchi C, Di Sacco B, Gatti S, Sangalli O, Scaglia M. Epidemiology of human toxocarosis in northern Italy. *Parassitologia* 1990;32:313-319.
- Virginia P, Nagakura K, Ferreira O, Tateno S. Serologic evidence of toxocarosis in northeast Brazil. *Jpn J Med Sci Biol* 1991;44:1-6.
- van Dongen PA, Buij J, van Gemund JJ, van den Bergh JP, Bozon IJ. How innocent is *Toxocara*? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133:1789-91.
- Badley JE, Grieve RB, Bowman DD. Immune-mediated adherence of eosinophils to *Toxocara canis* infective larvae: the role of excretory-secretory antigens. *Parasite Immunol* 1987;9:133-43.
- Kwon NH, Oh MJ, Lee SP, Lee BJ, Choi DC. The prevalence and diagnostic value of toxocarosis in unknown eosinophilia. *Ann Hematol*. 2006;85:233-8.
- Gonzalez-Quintela A, Gude F, Campos J, Garea MT, Romero PA, Rey J, et al. *Toxocara* infection seroprevalence and its relationship with atopic features in a general adult population. *Int Arch Allergy Immunol* 2006;139:317-24.
- Buijs J, Borsboom G, Reinting M, Hilgersom WJ, van Wieringen JC, Jansen G, Neijens J. Relationship between allergic manifestations and *Toxocara* seropositivity: a cross-sectional study among elementary school children. *Eur Respir J* 1997;10:1467-75.
- Yariktas M, Demirci M, Aynali G, Kaya S, Doner F. Relationship between *Toxocara* seropositivity and allergic rhinitis. *Am J Rhinol* 2007;21:248-50.
- Pirelli E, Brandes S, Dormans J, Gremmer E, van Loveren H. Infection with the roundworm *Toxocara canis* leads to exacerbation of experimental allergic airway inflammation. *Clin Exp Allergy* 2008;38:649-58.
- Cooper PJ. *Toxocara canis* infection: an important and neglected environmental risk factor for asthma? *Clin Exp Allergy* 2008;38:551-53.
- Magnaval J, Fabre R, Maurieres P, Charlet JP, de Larrard P. Evaluation of an immunoenzymatic assay detecting specific anti-*Toxocara* immunoglobulin E for diagnosis and post-treatment follow-up of human *Toxocarosis*. *J Clin Microbiol* 1992;30:2269-74.
- Magnaval JF, Malard L, Morassin B, Fabre R. Immunodiagnosis of ocular toxocarosis using Western-blot for the detection of specific anti-*Toxocara* IgG and CAP for the measurement of specific anti-*Toxocara* IgE. *J Helminthol* 2002;76:335-9.
- Qualizza R, Megali R, Incorvaia C. *Toxocarosis* resulting in seeming allergy. *Iran J Allergy Clin Immunol* 2009;8:161-4.



ALLERGOLOGIA





di Paolo Quarto

## I riscatti e le ricongiunzioni

La riforma dei Fondi di previdenza è stata approvata dal ministro del Lavoro e dell'Economia ed è entrata in vigore da gennaio. Ecco le novità riguardanti i medici ex convenzionati transitati alla dipendenza che hanno scelto il mantenimento della posizione contributiva presso il Fondo Ambulatoriali

**N**el precedente articolo dedicato alla nuova normativa del Fondo Ambulatoriali abbiamo illustrato le disposizioni regolamentari che disciplinano l'iscrizione al Fondo e la formazione delle posizioni contributive attraverso i versamenti da parte delle strutture del servizio Sanitario Nazionale (con aliquote di contribuzione che a partire dal 2015 cresceranno gradualmente fino al 2023) ed abbiamo iniziato a parlare delle possibilità offerte agli iscritti per migliorare la propria posizione con operazioni volontarie, di riscatto e/o di ricongiunzione, dirette ad incrementare sia l'anzianità contributiva utile sia l'entità della futura pensione.

Le possibilità di riscatto, ampliate rispetto alla precedente normativa, sono le seguenti:

**PER ESSERE AMMESSI AI RISCATTI OCCORRE PRESENTARE LA DOMANDA PRIMA DEL COMPIIMENTO DELL'ETÀ DI VECCHIAIA E PRIMA DI UNA EVENTUALE RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE.**

- il riscatto dei periodi cosiddetti precontributivi, cioè dei periodi di attività ambulatoriale svolta presso gli ex Istituti mutualistici, per i quali comunque non vi è stato accredito di contributi al Fondo, per un massimo di 10 anni;
- il riscatto degli anni di studio per il conseguimento della laurea e del titolo di specializzazione necessario per svolgere l'attività convenzionata ambulatoriale, per un massimo complessivo di 10 anni;
- il riscatto del servizio militare o civile, purchè non coincidente con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata (ad eccezione dei contributi minimi versati al Fondo Generale quota A) e purchè non effettuato già presso altre gestioni previdenziali obbligatorie (compresi gli altri Fondi Speciali ENPAM);
- il riscatto di periodi (successivi al 31 dicembre 2012) di eventuale sospensione dell'attività e quindi privi di contribuzione (quali ad esempio, i permessi e i periodi di malattia non retribuiti) previsti dalle norme dell'ACNL di categoria, con esclusione tuttavia delle sospensioni o interruzioni dell'attività determinate da sanzioni disciplinari o provve-

dimenti penali;

- il riscatto di periodi di contribuzione relativi a un precedente rapporto ambulatoriale cessato e già restituiti da parte del Fondo;
- il riscatto di allineamento contributivo (in sostituzione del riscatto di allineamento orario rimasto possibile soltanto per le domande presentate entro il 31 dicembre 2012), attraverso cui sarà possibile allineare le contribuzioni annuali alla misura media annua dei versamenti effettuati nei 36 mesi precedenti la relativa domanda;

Per essere ammessi ai riscatti occorre presentare la domanda prima del compimento dell'età di vecchiaia (65 anni e 6 mesi già nel 2013, incrementati di 6 mesi ogni anno fino a raggiungere, a regime, i 68 anni nel 2018) e prima di una eventuale richiesta di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Nei casi di rinuncia alla proposta di riscatto inviata dall'Ente, una nuova domanda per lo stesso tipo di riscatto può essere presentata dopo una attesa di almeno 2 anni. Per l'ammissibilità delle domande occorre inoltre possedere una anzianità contributiva al Fondo di almeno 10 anni, ad eccezione del riscatto dei contributi restituiti e del ri-

scatto di allineamento contributivo per il quale il requisito di anzianità contributiva minima è di soli 5 anni e che può essere richiesto fino all'età di 70 anni.

Come abbiamo prima accennato, i riscatti sono operazioni assolutamente volontarie: la presentazione della domanda non impegna l'iscritto in alcun modo. Quando gli Uffici dell'Ente avranno effettuato il conteggio del contributo e comunicato formalmente la proposta di riscatto (indicando le modalità di pagamento anche rateale), l'iscritto ha sempre la possibilità di accettare o rinunciare all'operazione richiesta. Potrà altresì comunicare l'accettazione richiedendo tuttavia una limitazione dei periodi da riscattare ovvero la modifica delle modalità di rateazione; e anche dopo aver iniziato i pagamenti rateali può sempre interrompere i versamenti: in tal caso rimarrà comunque riscattato il periodo proporzionale all'importo già accreditato.

Come si determina il contributo di riscatto?

### IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO DI RISCATTO

Il contributo è pari alla riserva matematica della maggiore quota di pensione virtualmente ottenibile alla data della domanda con l'aggiunta degli anni o dei periodi riscattati. Per determinarne l'ammontare

occorre quindi fare le seguenti operazioni contabili sempre riferite alla data di presentazione della domanda:

- calcolare la pensione maturata teoricamente, senza gli anni da riscattare;
- calcolare la stessa pensione teorica con l'aggiunta degli anni e dei periodi da riscattare;
- ricavare per differenza la quota di pensione virtuale in più ottenibile dal riscatto;
- determinare la riserva matematica di tale quota, moltiplicandone l'ammontare per un coefficiente di capitalizzazione, di valore proporzionale all'età e all'anzianità contributiva (comprensiva del numero di anni riscattabili) posseduta dall'iscritto alla data della domanda.

I calcoli suddetti saranno effettuati in base alla normativa vigente alla data della domanda del riscatto. Se pertanto la domanda è presentata dopo il 31 dicembre 2012, la quota di pensione in più ottenibile con il riscatto sarà determinata con le nuove regole di calcolo in vigore dal 1° gennaio 2013, basate non più sull'orario medio di servizio tenuto nel corso dell'intera attività, ma sulla media delle retribuzioni percepite dal 1° gennaio 2013. Tenendo presente che dal 1° gennaio 2013, come vedremo più in particolare successivamente, il rendi-

mento pensionistico previsto dal nuovo Regolamento è pari al 2,1% ad anno (leggermente ridotto quindi rispetto al 2,25% attribuibile per l'anzianità contributiva maturata fino al 31 dicembre 2012), illustriamo un esempio di calcolo del contributo per un riscatto di 6 anni di laurea, richiesto nel 2013 da uno specialista di 50 anni e 5 mesi di età, con anzianità contributiva al Fondo di 18 anni e 7 mesi (alla data di domanda) e una retribuzione di circa 70.000,00 euro lordi.

Per i 6 anni da riscattare la quota di pensione virtualmente ottenibile in più, alla data di domanda, sarà di 8.820,00 euro, pari al 12,6% di 70.000,00 euro (2,1% per 6 anni x 70.000,00). Il coefficiente di capitalizzazione - ricavabile da apposite tabelle a suo tempo approvate dai Ministeri vigilanti - per l'età di 50 anni (i mesi inferiori a 6 si arrotondano in difetto) e per l'anzianità contributiva di 25 anni raggiungibile con il riscatto (6 anni di laurea + 19 anni di anzianità, perché i mesi superiori a sei si arrotondano ad anno, in eccesso) è pari a 9,810517. Il costo del riscatto per l'iscritto ammonta quindi a 86.528,76 (8.820,00 x 9,810517). Pubblichiamo uno stralcio delle tabelle di capitalizzazione in vigore per gli iscritti di sesso maschile, dal quale si evince che i coefficienti di capitalizzazione crescono di valore in

Tabella 1 - Previdenza

Età alla domanda	Stralcio delle tabelle dei coefficienti di calcolo dei riscatti e delle ricongiunzioni						
	Anzianità di contribuzione (compresi gli anni da riscattare)						
	10	15	20	25	30	35	40
30	5,882954	6,435072					
35	6,116559	6,858147	7,294048				
40	6,419884	7,321579	7,925897	8,186516			
45	6,767086	7,849252	8,602172	8,973748	9,027696		
50	7,775122	8,356449	9,326326	9,810517	9,900309	9,900309	
55	9,554789	9,554789	10,04777	10,70503	10,83565	10,83565	10,83565
60	11,38267	11,38267	11,38267	11,68808	11,8838	11,8838	11,8838
65	13,28866	13,28866	13,28866	13,28856	13,28866	13,28066	13,28066

funzione dell'età e dell'anzianità contributiva (con la conseguenza che il riscatto costa sempre di più man mano che cresce l'età e l'anzianità contributiva).

Le tabelle di capitalizzazione per le donne prevedono valori differenti, generalmente inferiori, in relazione alla loro maggiore aspettativa di vita residua. Nel caso esemplificato, per l'iscritto donna, il coefficiente di capitalizzazione ha il valore di 9,417720 e il contributo di riscatto ammonterebbe pertanto a 83.064,29 euro.

### IL CALCOLO DELLE RICONGIUNZIONI

Il conteggio del contributo per gli anni da ricongiungere si effettua con le stesse modalità illustrate per

i riscatti.

Il contributo di ricongiunzione è infatti pari alla riserva matematica della maggiore pensione ottenibile con l'aggiunta dei periodi e delle retribuzioni da ricongiungere, Rispetto al riscatto, tuttavia dall'ammontare della riserva matematica della maggiore quota di pensione ottenibile, saranno portati in detrazione i contributi trasferibili dalla gestione di provenienza.

Tali contributi, a scomputo della riserva matematica, sono trasferiti con l'aggiunta di interessi calcolati al tasso del 4,5 % dall'anno di riferimento (in cui furono versati) fino all'anno precedente la domanda di ricongiunzione. In alcuni casi, la massa dei contributi rivalutati tra-

sferibili è superiore all'ammontare della riserva matematica e pertanto la ricongiunzione non comporta altri oneri e si considera gratuita. Le somme in più trasferibili dalla gestione di provenienza non verranno però girate all'iscritto e rimarranno acquisite al Fondo. Viceversa, nei casi in cui la massa dei contributi trasferibili è inferiore alla riserva matematica, sarà posta a carico del richiedente la differenza che costituirà appunto l'onere della ricongiunzione. Nel prossimo articolo parleremo delle modalità di pagamento e di rateazione dei riscatti e delle ricongiunzioni e inizieremo a illustrare le regole per andare in pensione.

#### 1 APRILE

Apertura della 2ª finestra di decorrenza della pensione di anzianità presso i Fondi Speciali ENPAM per coloro che hanno maturato i requisiti contributivi (35 anni) e di età (58 anni) entro il 3° trimestre dell'anno 2012.

Notifica agli iscritti agli Albi con età inferiore a 65 anni e 6 mesi degli avvisi per il pagamento della

rata bimestrale dei contributi minimi 2013 al Fondo di Previdenza Generale ENPAM – quota A e del contributo per l'indennità di maternità.

#### 30 APRILE

Scadenza del termine di presentazione del mod. 730/2013 ai Centri di Assistenza Fiscale degli Enti Previdenziali o del datore di lavoro.

#### 31 MAGGIO

Consegna al contribuente da parte del sostituto d'imposta o del CAF di copia del mod. 730/2013 presentato e del relativo prospetto di liquidazione, mod. 730/3.

Scadenza del termine di presentazione del mod. 730/2013 agli altri Centri di Assistenza Fiscale.

### CONSULENZA PREVIDENZIALE

Ricordiamo agli iscritti che presso la sede del SUMAI Nazionale, Via Lamaro n. 13 – 00173 Roma, opera un servizio di consulenza relativa al Fondo di Previdenza (informazioni sulle prestazioni erogate dal Fondo Ambulatoriali, Fondo Generale sulle modalità dei riscatti, delle ricongiunzioni, ecc.).

Il servizio di consulenza, svolto dal Dr. Pao-

lo Quarto, è offerto gratuitamente agli iscritti al SUMAI in base a prenotazioni da effettuarsi tempestivamente presso il centralino del sindacato stesso (06/2329121) o in base a richieste scritte per i medici residenti fuori Roma. In entrambi i casi (colloquio diretto o quesiti scritti) è necessario che i colleghi interessati forniscano le seguenti indi-

cazioni o documentazioni:

- data di nascita, data di laurea, tipo di specializzazione relativa all'incarico ambulatoriale, anzianità del rapporto a tempo indeterminato;
- certificato storico di servizio o, in mancanza, riepilogo dettagliato indicante la data di inizio degli incarichi ambulatoriali (anche a carat-

- tere provvisorio) ed il numero di ore settimanali svolte nei vari periodi, fino al 31 dicembre 2012;
- riscatti o ricongiunzioni effettuati presso il Fondo ambulatoriale (laurea, allineamento), allegando copie delle lettere ENPAM di comunicazione;
- copia dei modelli CUD rilasciati dalle ASL dal 2008 in poi

- dai quali rilevare le retribuzioni soggette a contribuzione ENPAM, nonché copia di un cedolino recente dello stipendio
- fruizione e meno dell'indennità di coordinamento e indicazione dell'anno di inizio
- ogni ulteriore notizia ritenuta utile per la risposta ai quesiti posti.



# IL SENSO DI APPARTENENZA



**5**x1000

**Con il 5x1000 puoi aiutarci anche tu**

**Il tuo contributo servirà a migliorare le prestazioni assistenziali ai colleghi non autosufficienti**

Firma nello spazio "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale..." del tuo CUD, modello 730 o UNICO e indica il codice fiscale

**Fondazione Enpam**

**Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri**

**codice fiscale: 80015110580**



**enpam**

Oltre 20.000  
visitatori unici  
giornalieri\*

\*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*  
interamente dedicato al mondo della sanità

# quotidiano sanità.it

**Scienza**, medicina, farmaci,  
politica nazionale  
e regionale, economia  
e legislazione.

**Notizie**, interviste, dibattiti,  
documenti, analisi  
e commenti dal mondo  
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì  
al venerdì, per essere sempre  
aggiornati e informati.

[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA

QSe

Quotidiano  
Sanità  
edizioni



ACCESSO  
LIBERO  
GRATUITO  
E SENZA  
LIMITI