



GASLINI

ISTITUTO GIANNINA GASLINI • OSPEDALE PEDIATRICO

**INIZIATIVE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
DEI DIPENDENTI
DELL'ISTITUTO GIANNINA GASLINI**



a cura di:

Direzione Sanitaria

Servizio Prevenzione e Protezione

Rappresentanze Sindacali Unitarie

PERCHE' QUESTA INIZIATIVA

L'Istituto, la cui missione e obiettivo principale sono la cura dei pazienti pediatrici, non ha comunque mai trascurato gli aspetti legati alla salute e sicurezza dei propri dipendenti, nell'ottica del "prendersi cura" di tutte le persone che qui operano e vivono parte del proprio tempo.

Da anni sono state intraprese molte iniziative tra cui la valutazione del rischio, la fornitura dei dispositivi di protezione collettiva e individuali, la formazione, la sorveglianza sanitaria...adempiendo alle normative nazionali e allineandosi a standards di qualità internazionali: ma ci si è resi conto che si poteva fare ancora di più!

Prendendo spunto dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riguardante la salute quale stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come assenza di malattia, ci si è prefissi l'obiettivo ambizioso di puntare al benessere dei lavoratori dell'Istituto, integrando questo obiettivo nella logica dell' "Ospedale Sicuro" proposta dal Piano Strategico 2010-2015.

Grazie allo stimolo e con l'aiuto delle Rappresentanze Sindacali Unitarie, e con la collaborazione di diversi professionisti, Servizi Pubblici ed Enti Specializzati del settore, si è pensato di iniziare affrontando - secondo la propria specificità - alcuni temi di possibile interesse per la vita privata e lavorativa di tutti i dipendenti quali: alcol, fumo, droga e prevenzione dei tumori di genere.

Avvalendosi non solo di professionalità ed esperienze interne, ma anche del contributo di professionisti di altre strutture sanitarie, durante l'anno verranno organizzati seminari a libera partecipazione - con l'obiettivo di far conoscere quali sono le conseguenze dell'uso di alcune sostanze e quali le conseguenze della mancata prevenzione - e realizzate campagne informative, nonché iniziative specifiche, quali ad esempio la possibilità di effettuare gratuitamente presso gli ambulatori dell'Istituto il pap-test per le donne o l'esame PSA per gli uomini.

Siamo convinti che questa iniziativa troverà un buon accoglimento da parte di tutti e una nutrita adesione e partecipazione saranno la migliore risposta.

Dott. Paolo Petralia

*Direttore Generale
Istituto Giannina Gaslini*

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE E DANNI FISICI

Gianni Testino e Ornella Ancarani

Dipartimento Medicina Specialistica – Az. Osped. Univ. “ San Martino”- Genova

Societa' Italiana di Alcologia

L' etanolo presente nelle bevande alcoliche non e' un nutriente, ma una sostanza tossica e potenzialmente una droga.

Recentemente l'Associazione Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha inserito il “consumo di bevande alcoliche” nel gruppo 1 come cancerogeno per alcune neoplasie: cavità buccale, prime vie aeree superiori, esofago, intestino, fegato, pancreas e mammella (Lancet Oncology, Novembre 2009) (1, 2, 3). E' stato così abolito il termine abuso che permette in modo non etico di consigliare un uso moderato di bevande alcoliche.

L'etanolo viene metabolizzato dall'alcol deidrogenasi in sede gastrica (circa il 20%) e dall'alcol deidrogenasi epatica e dal citocromo P450 presente nel sistema microsomiale. Il prodotto che ne deriva e' l'acetaldeide, sostanza particolarmente tossica e cancerogena.

E' bene precisare come gli enzimi citati, sino all'età di 16 anni non siano a livello epatico particolarmente maturi: al di sotto di tale età, quindi, l'uso di alcol e' da sconsigliare fortemente. **In Liguria ogni 100000 abitanti ci sono 10 ricoveri per patologie alcol correlate al di sotto dei 14 anni** (dati Ministero della Salute, 2010).

L'alcol favorisce **60 patologie differenti** soprattutto a livello epato-gastroenterologico, neurologico e cardio-circolatorio. La patologia epatica e' certamente la piu' frequente. Circa il 90% dei soggetti sviluppano steatosi epatica, il 30-40% steatoepatite e circa il 20% cirrosi epatica in un periodo di tempo che varia dai 5 ai 30 anni in relazione all'assetto genetico. In Liguria ogni 100000 abitanti ci sono oltre 260 ricoveri per patologie alcol correlate. In questi ricoveri sono compresi anche gli incidenti automobilistici e sul lavoro (dati Ministero della Salute, 2010). Circa il 10% dei ricoveri in terapia intensiva e' alcol correlato.



Di particolare rilevanza e' il rapporto **alcol e donne**. Assumendo uguali dosi di alcol in eguali condizioni, le donne raggiungono una concentrazione di alcol nel sangue più elevato rispetto agli uomini. L'alcol, infatti, si diffonde nell'acqua e la donna ha meno acqua corporea rispetto all'uomo e, quindi, l'alcol ingerito e' meno diluito. Inoltre, una minore attività dell'alcol deidrogenasi gastrica ed influenze ormonali contribuiscono ad aumentare i livelli di alcolemia nella donna.

Le problematiche più frequenti sono le seguenti: durante i giorni precedenti il ciclo mestruale e durante l'ovulazione l'organismo e' più sensibile all'alcol; riduzione della capacità riproduttiva; l'alcol ingerito si distribuisce rapidamente dal sangue al latte e, quindi, al bambino; influenza negativa sui sintomi correlati alla menopausa; viene favorita l'osteoporosi; incremento del peso corporeo; incrementato rischio di numerose patologie internistiche e neoplastiche (in particolare il cancro della mammella).

Un importante problema da affrontare è quello dell'uso di **alcol in gravidanza**. Esiste un passaggio facilitato bidirezionale dell'alcol tra la madre ed il feto. Dopo 15' dall'assunzione dell'alcol il livello di alcolemia del feto è simile a quello materno. È possibile che si sviluppi la **Sindrome Feto-Alcolica** caratterizzata da importanti alterazioni fisiche e neurologiche. Nella prima metà della gravidanza i danni sono soprattutto di ordine fisico e nella seconda metà sono soprattutto in corrispondenza del sistema nervoso. L'alcol, infatti, esercita un effetto tossico sui neuroni e può provocare alterazioni dello sviluppo psico-motorio con disturbi del comportamento e deficit intellettivo.



I principali meccanismi di danno alcol-correlato sul feto sono i seguenti: ridotta sintesi di prostaglandine; ridotto trasporto transplacentare di glucosio, aminoacidi, etc; ridotta sintesi dei fattori di crescita insulina-like; alterazione della trasmissione cellulare II-mediata; induzione dell'apoptosi neuronale; incremento dello stress ossidativo.

È stato calcolato che il 32% dei neonati di madri che bevono più di 5 Unità Alcoliche/ die (per esempio circa 4 bicchieri di vino/ die) ed il 14% dei figli di madri che bevono con moderazione (1-3 Unità Alcoliche/ die) presenta anomalie congenite (Centro Alcolologico Regionale Lazio, Ceccanti 2007) (4, 5).

È bene precisare come possano essere presenti anche quadri sfumati che difficilmente sono clinicamente identificati come alcol-correlati. E questo sia per oggettive difficoltà cliniche, sia anche per limitazioni culturali che in questo settore ancora sono presenti. Per tale ragione la definizione attualmente utilizzata è quella di **Disturbo da Fetopatia Alcolica**: termine generale utilizzato per indicare l'insieme degli effetti che possono eventualmente manifestarsi in un individuo la cui madre abbia consumato bevande alcoliche in gravidanza. Questi effetti possono comprendere anomalie fisiche, alterazioni mentali, comportamentali e/o deficit dell'apprendimento generalmente a carattere permanente.

È bene sottolineare, inoltre, come durante la gravidanza non esista un “**limite di esposizione consentito**” od una “**soglia di sicurezza**”. Per tale ragione il medico è eticamente obbligato a sconsigliare fortemente l'uso di bevande alcoliche sia durante la gravidanza, che durante l'allattamento.

Bibliografia

- 1) International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens- Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncology* 2009; 10: 1033-1034
- 2) Testino G. Alcoholic diseases in hepato-gastroenterology: a point of view. *Hepatogastroenterology* 2008; 55: 371-377
- 3) Testino G. Alcohol and gastrointestinal oncology. *World J of Gastrointest Oncol* 2010; 2: 322-25
- 4) Ceccanti M, Spagnolo PA, Balducci G. Linee Guida per una corretta diagnosi della fetopatia da alcol. Centro Alcolologica Regionale – Regione Lazio, Società Editrice Universo, Roma 2007

- 5) Project CHOICES Research Group: alcohol-exposed pregnancy: characteristics associated with risk. Am J Preve Med 2002; 23: 166-173

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE E LAVORO

Dott. Mauro Piccinini, Dott. Mauro Perria

Medici Competenti - Servizio di Medicina Preventiva

Istituto Giannina Gaslini

Nell'ambito delle iniziative di tutela della sicurezza e della salute degli operatori e degli utenti per effetto di recenti disposizioni normative in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro (combinato disposto dell'art. 15 della legge n. 125 del 30 marzo 2001, che impone il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative ad elevato rischio di infortuni sul lavoro, dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, che definisce l'ambito di applicazione di tale divieto e dell'articolo 41 comma 4 del D.Lgs 81/2008 s.m.i., che stabilisce che, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite mediche preventive, periodiche ed in occasione del cambio della mansione siano altresì finalizzate alla [verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza](#)), appare opportuno informare tutti i lavoratori che alcune mansioni svolte nell'Istituto Giannina Gaslini rientrano nel novero di quelle per cui è vietata l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche.

In particolare nell'elenco di mansioni per cui si applica il divieto rientrano:

- [mansioni sanitarie](#) svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
- [vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice](#), addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;
- [mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto](#):
 - a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali e' richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali e' richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada.
 - b) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci.

I rischi legati alle abitudini al bere e le possibili conseguenze che ne derivano, possono coinvolgere, oltre chi consuma alcol, i colleghi di lavoro, la famiglia o altre persone e segnatamente nel caso specifico, i piccoli pazienti.



L'Articolo 15 della Legge 30 marzo 2001, n. 125 prevede infatti il “[divieto di somministrazione e assunzione](#) di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro e la [possibilità](#) da parte del Medico

Competente o di medici del lavoro dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza con funzioni di vigilanza, di effettuare controlli alcolimetrici”. La verifica di assenza di condizione di alcool dipendenza e assunzione acuta di alcool rimane una possibilità attivabile anche non a tappeto, ma sulla base di riscontri oggettivi.

Si ricorda che la Legge 125/2001 dispone il divieto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, pertanto il livello di alcolemia dovrebbe essere pari a zero. A titolo di confronto si consideri che è 0,5 g/l invece il livello di alcolemia consentito dal codice della strada nei guidatori, mentre l'alcolemia consentita è pari a zero per chi ha la patente da meno di tre anni e per gli autisti di veicoli commerciali pesanti e per i conducenti di autobus.

Nel caso di assunzione acuta in un soggetto non patologico per dipendenza, per la sua occasionalità è molto probabile che il problema non coinvolga il medico competente nell'immediatezza del fatto; tuttavia il datore di lavoro, i dirigenti e/o i preposti, qualora si accorgano della possibile situazione di assunzione alcoolica acuta, devono allontanare il lavoratore dal posto di lavoro se questa persona opera in ambiente a rischio per se o per terzi.

Successivamente il lavoratore verrà comunque sottoposto a visita di idoneità alla mansione specifica dal medico competente in medicina del lavoro dell'Istituto ai fini di verificarne la permanenza dell'idoneità al lavoro.

A fronte di un caso di alcool dipendenza riscontrato in sede di accertamento da parte del medico competente del lavoro occorrerà poi attivare il seguente percorso:

- Il medico competente esprimerà nei confronti del lavoratore alcolista un giudizio di temporanea non idoneità alle mansioni o compiti lavorativi elencati nel Provvedimento della Conferenza unificata Stato-Regioni del 16 marzo 2006;
- Il lavoratore verrà inviato ai sensi dell'art. 5 della legge 300/1970 e dell'articolo 125 del DPR 309/1990, presso centri specializzati di diritto pubblico che dovranno certificare lo stato di abuso alcolico cronico o di assuntore occasionale ;
- I lavoratori alcolisti manterranno comunque il proprio posto di lavoro, essendo tutelati dalla legge 26 giugno 1990, n. 162, che prevede la sospensione fino a tre anni del rapporto di lavoro, in aspettativa senza assegni, con conservazione del posto di lavoro subordinatamente alla esibizione di adeguata certificazione dell'adesione a specifici percorsi riabilitativi da parte degli stessi lavoratori interessati, rilasciata da strutture pubbliche o convenzionate con il SSN.

Bibliografia

1. LEGGE 30 marzo 2001, n. 125, Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati, *Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001*

2. DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 9 ottobre 1990, n. 309. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, *Gazzetta Ufficiale n. 255 del 31/10/1990, Supplemento Ordinario*.

3. CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO - PROVVEDIMENTO 16 marzo 2006

Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 75 del 30-3-2006*.

4. DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008, N. 81 - Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.



Dipartimento Dipendenze e della Salute Mentale
S.C. Ser.T Centro-Levante- distretto 13
Direttore: Dr ELENA DUCCI

Se Guidi ...NON bere!
Al volante pensa a te e agli altri

Cos'è l'alcol

L'alcol è una sostanza con una capacità di **indurre dipendenza** persino superiore alle droghe più conosciute.

I giovani (al di sotto dei 16 anni), le donne e gli anziani sono in genere maggiormente vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità del loro organismo a metabolizzare l'alcol.

Gli effetti di farmaci e droghe assunti si sommano a quelli dell'alcol.

Cos'è l'alcolemia

L'alcolemia è la concentrazione di alcol etilico nel sangue, si misura con l'etilometro e il tasso alcolemico si esprime in grammi ogni litro di sangue (gr/l).

È influenzata anche da:

- ❖ modalità di ingestione (a stomaco pieno o vuoto)
- ❖ gradazione alcolica della bevanda
- ❖ peso, sesso, età, stato di salute.

Come si smaltisce l'alcol

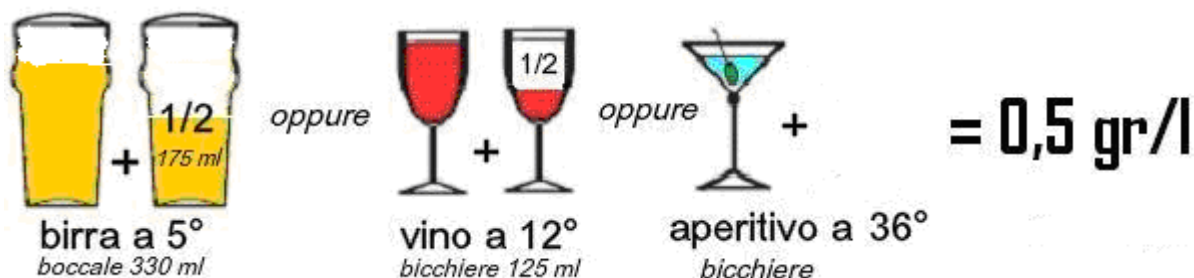
I tempi di "smaltimento" non sono rapidi: per metabolizzare una unità alcolica sono necessarie da 1 a 2 ore.

Non è possibile accorciare questi tempi!

Non è vero che:

- ❖ se bevi caffè o fai la doccia fredda smaltisci l'alcol più velocemente
- ❖ con una notte di sonno smaltisci l'alcol ingerito la sera prima

Per tutti questi fattori **non è possibile individuare una quantità "sicura" alla guida.**



Già con queste quantità si può raggiungere il limite legale di **0,5 grammi** per litro di sangue (gr/l) di alcolemia alla guida!



Se guidi ...non bere

RICORDA:

- ❖ Al volante **anche un bicchiere** può essere pericoloso
- ❖ Se devi guidare, **consuma solo bevande analcoliche**
- ❖ L'alcol è la causa di un incidente mortale su quattro e di uno su due nelle notti dei fine settimana.



0,2 gr/l

Si modifica la tua percezione del rischio e aumenta la tendenza ad agire in modo imprudente



0,5 gr/l

Limite legale di alcolemia alla guida

Il campo visivo si riduce: è più difficile controllare lo specchietto retrovisore e sorpassare.

La tua capacità di percepire gli stimoli sonori, luminosi e uditivi si riduce del 30-40%.
Raddoppia Il rischio di essere coinvolti in un incidente mortale.



Oltre 1 gr/l

Sei in stato confusionale e perdi totalmente la lucidità con conseguente sopore e sonnolenza molto intensa.

I falsi miti



Il vino fa buon sangue e riscalda

No. Al contrario l'abuso d'alcolici può portare a varie forme d'anemia ovvero carenza di globuli rossi nel sangue.

A lungo andare il corpo ha una minore capacità di sopportare il freddo perché la pelle calda disperde calore raffreddando ancora di più le parti interne del corpo.



L'alco tira su

No. Non è uno stimolante ma ha un'azione depressiva sul sistema nervoso centrale. E poi è un vasodilatatore e può aggravare i collassi.



L'alcol aumenta la forza

No. In realtà le capacità cerebrali e motorie sono da subito ridotte. Inoltre tramite una azione diretta sulla muscolatura scheletrica, l'alcol può provocare danni acuti o cronici.



L'alcol stimola l'appetito

Sì e no. A piccole dosi l'alcol stimola l'appetito perché provoca la secrezione gastrica che accresce lo stimolo della fame. A lungo andare l'alcol provoca una ipersecrezione gastrica e inibisce lo stimolo della fame.



L'alcol fa digerire

Sì e no. Sì, solo a piccole dosi e a gradazioni non elevate, perché stimola la secrezione salivare, gastrica e intestinale. A dosi elevate invece l'alcol provoca seri danni al fegato e al pancreas e la digestione è più difficile.



L'alcol concilia il sonno

Sì, ma non è un sonnifero! La sua capacità di conciliare il sonno è pericolosa perché il suo effetto anestetico è molto forte e per questo non va assunto prima della guida.



Più sai meno rischi: cosa dice la legge

(aggiornamento Legge n° 120 29/07/2010)

Guida sotto l'influenza dell'alcol (art. 186 CdS)

È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.

Tasso alcolemico **tra 0,5 - 0,8 gr/l:**

- ❖ sanzione da € 500 a 2.000,
- ❖ sospensione patente da 3 a 6 mesi;

Tasso alcolemico **tra 0,8 - 1,5 gr/l:**

- ❖ sanzione da € 800 a 3.200,
- ❖ arresto fino a 6 mesi e sospensione patente da 6 a 12 mesi;

Tasso alcolemico **superiore a 1,5 gr/l:**

- ❖ sanzione da € 1.500 a 6.000,
- ❖ arresto da 6 a 12 mesi e sospensione patente da 1 a 2 anni.

Nel caso si **provochi un incidente stradale**: sanzioni raddoppiate, fermo del veicolo (se di proprietà) per 180 giorni.

Se il tasso è oltre 1,5 g/l la patente può essere revocata.

Divieto assoluto di bere alcolici per giovani, neo patentati e "professionisti" (art. 186 bis del Codice della Strada)

Zero alcol per i conducenti sotto ai 21 anni, per chi ha conseguito la patente B da meno di 3 anni e per i professionisti della guida.

Tasso alcolemico **sotto 0,5 g/l:**

- ❖ multa da € 155 a 624
(le sanzioni raddoppiano se si provoca un incidente), perdita di 5 punti della patente.

Con tassi **oltre 0,5 g/l**

- ❖ le sanzioni aumentano di un terzo (o la metà) rispetto a quelle dell'art. 186.

Patente/patentino revocata e veicolo confiscato (se di proprietà) se il tasso è superiore a 1,5 per 2 volte in un biennio.

Per i **conducenti professionisti**, revoca della patente alla prima violazione.

Per i **minorenni** con un tasso inferiore a 0,5 g/l _ niente patente B prima di 19 anni; con un tasso superiore allo 0,5 niente patente prima dei 21 anni.

I minorenni che commettono una violazione che comporta la sospensione (patente o patentino) dovranno rifare gli esami della patente (revisione)



Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti (art. 187 del CdS)

La sanzione per chi guida dopo aver assunto droghe prevede:

- ❖ una multa da € 1500 a 6000
- ❖ l'arresto da 6 a 12 mesi
- ❖ la sospensione della patente da 12 a 24 mesi.

La sospensione raddoppia se il veicolo non è di proprietà.

Le sanzioni aumentano da un terzo alla metà per i conducenti sotto ai 21 anni, per chi ha la patente B da meno di 3 anni e per i conducenti professionisti.

Confisca del veicolo (se di proprietà).

Nel caso si provochi un incidente stradale, le pene raddoppiano, il veicolo viene confiscato e la patente revocata.

La violazione di questi articoli prevede la sottrazione di almeno 10 punti sulla patente.



L'arresto e la multa possono essere sostituite, per non più di una volta, con un lavoro di "pubblica utilità" purché non si sia provocato un incidente stradale.

A chi puoi rivolgerti



ASL 3 Genovese

Nucleo Operativo Prevenzione e Trattamento Problemi Alcolcorrelati

via G. Maggio, 6 - Genova tel. 010 3446-330/318

Direttore Responsabile Dott.ssa E. DUCCI

Associazioni di auto aiuto

A.R.C.A.T. Liguria - Associazione regionale Club Alcolisti in Trattamento -
Vico di Mezzagalera ,4 r tel. 010 2512125

Alcolisti Anonimi Italia

Servizi Generali tel. 01066636620 cell. 3351949560

Area Liguria cell. 3351949573

Realizzazione e Aggiornamento (29 luglio 2010—Legge n° 120)

Per la realizzazione del presente materiale sono state utilizzate alcune informazioni relative all'opuscolo "*Se Guidi ...Non Bere*" realizzato dall'Assessorato ai Trasporti della Provincia di Genova e dalla ASL 3 Genovese - Nucleo Operativo Prevenzione e Trattamento Problemi Alcolcorrelati (Coordinatore A.S. Cinzia Colombani). Alla produzione dell'opuscolo ha collaborato la dott.ssa Anna Maria Micantoni.

L'aggiornamento dei contenuti è stato curato da:

Roberta Facchini (educatore professionale)

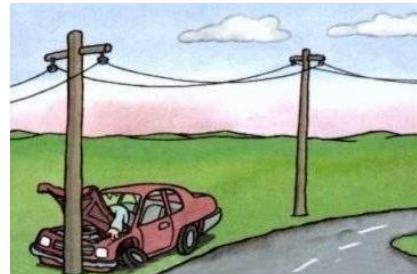
Cinzia Colombani (assistente sociale)



Dott. Giorgio Schiappacasse
U.O. Ser.T. Ponente
Tel 0103447030
Cell. 3290176068

L'APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE
AI PROBLEMI CORRELATI ALL'USO DELLE SOSTANZE PSICOATTIVE

Il panorama dei **problemi correlati all'uso delle sostanze psico-attive**, siano esse legali o illegali, è **molto più ampio di quanto ci piace immaginare e considerare**. Questo panorama è così ampio e complesso che possiamo ritenere che tutti noi, le nostre famiglie e le nostre comunità siano toccate in modo diretto o indiretto da questo problema e dalle sue conseguenze (problemi correlati); **pensiamo ad esempio agli incidenti stradali**.



La riflessione e le esperienze maturate in questi ultimi decenni hanno fatto emergere la necessità di sviluppare un nuovo e diverso approccio ai problemi correlati all'uso di sostanze psico-attive e ai comportamenti compulsivi assimilabili.

Passato lo **“Tsunami AIDS”**, che ha inciso profondamente nelle pratiche cliniche e negli assetti organizzativi a volte in modo più ideologico che scientifico, **siamo di fronte ad un imponente fenomeno di “consumo” generalizzato e “normalizzato” di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali soprattutto tra i giovani**. Anche **la prescrizione e il consumo di psicofarmaci è in forte espansione** a fronte di un disagio crescente nella popolazione generale e non può non essere un dato allarmante su cui è necessario interrogarsi e riflettere.



Se aggiungiamo poi all'uso di sostanze psicoattive i comportamenti compulsivi assimilabili, (gioco d'azzardo, disturbi alimentari, ecc..), **l'allarme si può trasformare in vero e proprio panico...dove siamo finiti? ... come ci siamo arrivati? ... come ne usciamo?**

Guardiamo quali sono i concetti che, pur nel caos di questi anni, si sono andati affermando e che sono sostenuti e promossi attualmente anche dall'OMS.

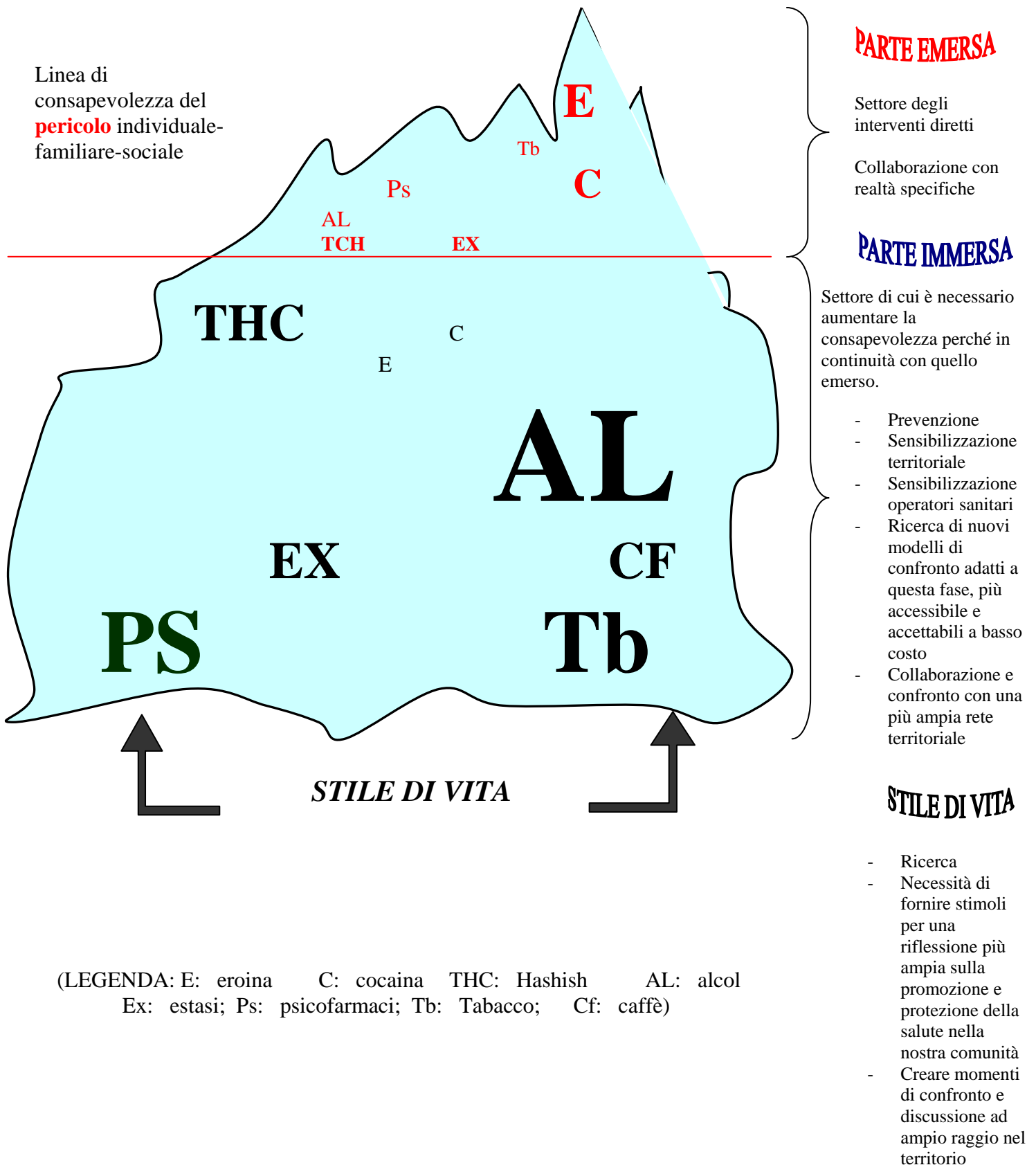
In primo luogo il concetto di **RISCHIO correlato all'uso** di sostanze psicoattive. Un ragionare moderno e attento ha abbandonato da anni il concetto di "abuso" per la sua indeterminatezza ed ambiguità .



Oggi in prevenzione si parla di rischio, di corretta, completa e costante informazione, di consapevolezza, di scelta, di responsabilità, di coinvolgimento globale di tutti, di interdipendenza dei comportamenti e degli stili di vita.

Il RISCHIO riguarda tutti (esiste anche un rischio passivo), è necessario esserne consapevoli e non avere paura di uscire dalle **false sicurezze** della delega, della de-responsabilizzazione spesso sostenuti da situazioni di comodo e interessi mercato.

Possiamo visualizzare i problemi in campo con l'Iceberg delle sostanze psicoattive a cui è possibile aggiungere o collegare gli iceberg dei comportamenti assimilabili.



E' chiaro in questa rappresentazione **il continuum tra le diverse parti dell'iceberg e la loro dipendenza dalla dinamica delle correnti calde o fredde a cui sono sottoposte**. Aver chiaro ed essere consapevoli di ciò, rende **ognuno di noi partecipe e attore di questo processo**. **Possiamo decidere in quale direzione applicarci**.

Ci siamo inoltre resi conto di come **siano profondi i legami tra i problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive ed i comportamenti e i messaggi generalmente accettati o addirittura incentivati dalla società nel suo complesso** (tradizioni, pubblicità diretta e indiretta, interessi commerciali, interessi professionali, posizioni di comodo e semplicistiche, omissione di informazione o di intervento, ...).

Guardare a questo mondo in modo più ampio e complesso ha reso necessario utilizzare **una nuova cornice epistemologica: l'approccio Ecologico Sociale**. Ossia l'approccio ecologico applicato anche ai problemi dei comportamenti umani.

Tale moderno approccio, che si sta affermando in molti campi della scienza, sottolinea **i profondi legami e le continue interazioni che esistono tra INDIVIDUO-FAMIGLIA-SOCIETA'**.

E' necessario oggi essere tutti consapevoli di questa complessità e delle relative interrelazioni. Questi i punti fondamentali che fanno la differenza sia nella visione che nell'organizzazione del sistema di intervento:

L'APPROCCIO FAMILIARE: tale approccio sottolinea che tutta **la famiglia deve essere informata, resa partecipe e consapevole**, nei modi dovuti ed opportuni, dei percorsi di trattamento. Attenzione ed indicazioni vanno fornite a tutti i membri della famiglia stessa. Tutta la famiglia è coinvolta nei problemi e rappresenta anche la prima risorsa.



(‘La famiglia’ di Fernando Botero)

L'APPROCCIO DI POPOLAZIONE: tale approccio è raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare per le politiche di prevenzione. Esso enuncia che una adeguata politica di prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive deve mirare alla riduzione dei consumi di queste nella popolazione generale e non solo su target specifici (questa attenzione comprende quella dell'uso di psicofarmaci).

Questo è ottenibile se tutte le forze in campo sviluppano azioni di **sensibilizzazione sui RISCHI correlati all'uso di tutte le sostanze psicoattive siano esse legali o illegali.**

- **LA CONOSCENZA, IL SOSTEGNO, LO SVILUPPO E LA COLLABORAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI DI AUTOTUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE COSTITUITE DAI CITTADINI E DALLE LORO FAMIGLIE** (es: Alcolisti Anonimi, Club degli Alcolisti in Trattamento) hanno dimostrato in questi anni, a livello internazionale, di rappresentare la risposta più efficace, più territorializzata e più accettabile economicamente per il trattamento a medio- lungo termine dei problemi alcol-correlati. Inoltre rappresentano modelli di riferimento consolidati per lo sviluppo di realtà specifiche nei diversi settori.

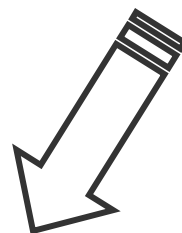
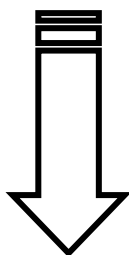
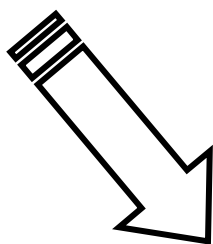


(‘Girotondo’ Keith Haring)

**AREA
SOCIALE**

**AREA
SANITARIA
OSPEDALIERA**

**AREA
SANITARIA
TERRITORIALE**



**TARGET di riferimento
comuni:**

- **APPROCCIO
FAMIGLIARE**
- **APPROCCIO di
POPOLAZIONE**
- **ASSOCIAZIONI di
AUTOTUTELA e
PROMOZIONE della
SALUTE**

**impegno a sviluppare
iniziative di miglioramento
su questi 3 punti*



ASL 3 “Genovese” – Centri per lo studio e il trattamento del tabagismo
Responsabile Dott Piero Clavario

FUMO PERCHE' MI PIACE, PERO' ADESSO VOGLIO SMETTERE

“Fumo perché mi piace, però adesso voglio smettere”. E’ quello che ci dicono i fumatori che vengono nei nostri centri per essere aiutati a smettere di fumare. Io stesso sono un ex fumatore ma non riesco a ricordarmi quale fosse il piacere della sigaretta. Certo, mi ricordo le circostanze in cui fumare mi faceva più piacere: dopo il caffè o dopo un pranzo, in compagnia dei compagni del liceo, dopo aver superato un esame all’università.

Insomma in realtà la sigaretta non è un piacere di per sé, ma perlopiù rappresenta la sottolineatura di un altro piacere. Ecco perché chi non fuma non si perde proprio niente dei piaceri della vita. Inoltre sono però gli stessi fumatori ad ammettere che di tutte le sigarette che fumano, sono solo poche quelle che ancora riescono a restituire quelle sensazioni piacevoli che i primi tempi tutte le sigarette garantivano.

E allora perché fumano? Perché in Italia più del 20% della popolazione fuma? Perché continuano, anche se ormai tutti sanno che il fumo è pericolosissimo per la salute? Perché non smettono, visto che nelle interviste più del 60% dei fumatori ammette di essere stufo e di voler smettere? Perché il fumo è una malattia. Il 95% dei fumatori è ammalato di una tossicodipendenza. Essere dipendenti da qualcosa significa che non si ha più la possibilità di scegliere, si ha bisogno di continuare quel comportamento. Allora il fumatore che al mattino non vede l’ora che il caffè sia pronto nella caffettiera per berlo e gustarsi la prima sigaretta, non lo fa più per scelta ma per necessità.

E con questa consapevolezza, avendo chiaro che il fumo è una malattia che annulla la capacità di controllo che il fumatore ha rispetto all’uso della sigaretta, possiamo serenamente spazzare via 500 anni di moralismo rispetto al “vizio” del fumo. Il fumo non è un vizio e non può essere affrontato come tale. Il fumo è una malattia che purtroppo esordisce ormai in età pediatrica. Le prime sperimentazioni con la sigaretta vengono fatte ormai intorno ai 13-14 anni, la decisione di *provare l’effetto che fa* viene presa da un individuo che non ha ancora la personalità strutturata a sufficienza per comprendere le conseguenze di quello che fa e del rischio a cui si espone.

Spesso mi viene chiesto di andare nelle scuole a parlare di questo argomento agli studenti. Cerco di evitarlo perché è inutile. Purtroppo fino ad oggi nessuno al mondo ha dimostrato di essere riuscito a ridurre il numero dei ragazzi che iniziano a fumare con un programma di educazione sanitaria. E allora dobbiamo arrenderci alla inevitabilità di questo problema? Certo che no, però dobbiamo avere chiaro che prevenire la dipendenza del fumo è un obiettivo ambizioso che richiede il concorso di tutta la società e non solo di chi si occupa di salute.

Allora è più urgente e fattivo che i medici si applichino ad aiutare chi fuma e desidera smettere ma non riesce da solo. Negli ultimi vent'anni la scienza ha fatto enormi progressi nella comprensione di meccanismi che stanno alla base dei comportamenti di dipendenza e questo ci ha aperto le porte a sviluppare delle cure, anche farmacologiche, che combattano in modo efficace il disagio a cui va incontro il fumatore quando smette di accendersi la sigaretta. Si è finalmente capito perché chi ha una dipendenza è così forzato a reiterare il comportamento di assunzione.

Il cervello degli animali, e quindi anche il nostro, è stato programmato, nel corso di milioni di anni di processo evolutivo, per controllare in modo stretto alcuni tipi di comportamento che sono indispensabili per la nostra sopravvivenza: la ricerca del cibo, l'attività sessuale, la cura della prole. In sostanza quei comportamenti che ci garantiscono che non ci estingueremo. Questo controllo del comportamento è particolarmente potente, stretto esattamente come è stretto il legame che unisce una madre al proprio figlio neonato.

Cosa c'entrano le sigarette e le droghe con tutto questo? Semplicemente le droghe agiscono sugli stessi circuiti cerebrali, per cui alla fine il nostro cervello viene ingannato dalla sostanza che provoca dipendenza e si convince che l'uso di quella droga è indispensabile alla sua stessa sopravvivenza. Il problema principale, che rende difficile per il soggetto affetto da una dipendenza spezzarne le catene, è che il controllo del comportamento avviene attraverso dinamiche emotive e non attraverso meccanismi razionali. Quindi alla fine noi razionalmente sappiamo bene che quel comportamento o quella sostanza è estremamente pericolosa per la nostra salute ma emotivamente non sappiamo più farne a meno.

E tutto questo è naturalmente vero anche per il fumo di tabacco. I nostri fumatori vivono quindi questa ambivalenza, da un lato vorrebbero "divorziare" dalla sigaretta, da questo "partner" che certamente li danneggia, ma dall'altro lato ne sono ancora innamorati.

Allora cosa possiamo fare per aiutare a smettere chi vuole provarci? Davvero molto.



Paul Cézanne

La prima cosa è chiarire che chi smette di fumare non perde qualcosa ma piuttosto ne guadagna molte. Intanto smettere di fumare fa bene. Qualunque sia l'età a cui si smette, qualunque sia lo stato di salute del fumatore che lo fa, smettere di fumare allunga la durata della vita e soprattutto migliora la qualità della vita. Chi meglio di chi ha smesso può dire se è più o meno felice di prima? Su 100 fumatori che smettono solo 4 dicono di essere meno contenti rispetto a quando fumavano, 30 dichiarano di esserlo come prima e 76 affermano di essere più felici rispetto a quando fumavano.

Naturalmente non possiamo illudere i fumatori che smettere sia tutto rose e fiori, smettere di fumare è come vedere un bel film al cinema: bisogna pagare un biglietto. I fumatori quando smettono per un certo periodo possono sperimentare sulla propria pelle tutta una serie di disturbi fisici e psichici, più o meno fastidiosi, che rappresentano il quadro clinico della astinenza per la nicotina e per

svariati altri prodotti chimici che assumevano regolarmente attraverso la sigaretta. Torneranno come prima, ma è possibile che per un po' di tempo avvertano qualche disagio: un po' di irritabilità in più, o un sonno più disturbato, magari le gengive che sanguinano un poco o una per loro insolita stitichezza.

La stragrande maggioranza dei fumatori che provano a smettere da soli e senza aiuto alcuno ricominciano nella prima o seconda settimana, proprio perché non riescono a gestire i sintomi di astinenza. Questo significa che ridurre il loro disagio significa aumentare il numero di quelli che riusciranno a smettere definitivamente.

Ma quali sono le strategie che si possono usare per liberarsi delle catene del tabagismo? La prima cosa è ragionare sulla motivazione. Chi prova a smettere, di solito pensa di farlo principalmente per la sua salute. Naturalmente è vero. Però in realtà la decisione di provarci è di solito spinta da decine di altri motivi, apparentemente secondari ma che in realtà concorrono a spingere verso il tentativo di gettare definitivamente le sigarette. Il costo economico, ad esempio, oggi sempre più rilevante; potersi finalmente dimenticare dei divieti e delle limitazioni che oggi inseguono i fumatori; allontanarsi per sempre dalla "puzza" che impregna i capelli, gli abiti e la casa. Sono solo alcuni dei motivi che fanno pendere la bilancia verso una vita libera dalla sigaretta.

E' importante che il fumatore analizzi con attenzione tutti i pro e i contro del fumo, perché dopo aver smesso verrà a mancare proprio il principale strumento motivazionale che è la paura delle conseguenze sulla salute del fumo. Se ho smesso non posso più avere paura della sigaretta ed allora è importante che io ricordi che sono centinaia gli altri motivi per i quali ho raggiunto la decisione di smettere. Questo servirà a vedere la metà piena del bicchiere quando sarò in difficoltà per qualche sintomo di astinenza: "Sono più nervoso del solito però sono giorni che non fumo", "Da quando ho smesso dormo peggio però mio figlio non mi dice più 'papà puzzi' quando lo prendo in braccio".

Una volta raggiunta la convinzione che è venuto il momento di provarci dobbiamo decidere se ci sentiamo in grado di farlo da soli o se pensiamo di aver bisogno di aiuto. Nel primo caso è cruciale fissare la data del primo giorno in cui non si fumerà e liberarsi la sera prima delle ultime sigarette che si posseggono. Meglio togliere di torno anche tutto quanto connesso con il fumo: posacenere, accendini ecc. Estremamente importante è cercare il supporto delle persone che ci stanno intorno, familiari, amici. Tutti devono sapere che da quel giorno proverete a smettere di fumare e, se possibile, cercheranno di aiutarvi. Per chi ha un partner fumatore le cose sono un poco più complicate perché questo rappresenta un serio rischio di ricaduta, ma anche qui è possibile mettere in pratica qualche strategia efficace. L'ideale sarebbe fare un tentativo congiunto ma non è affatto detto che il partner fumatore sia anche lui motivato a smettere in quel momento. Se non vuole smettere gli chiederemo una sola cosa: di non lasciare sigarette incustodite in giro.

Forse in passato avete già fatto qualche tentativo e non siete riusciti. Se non credete di poter riuscire da soli e pensate di aver bisogno di aiuto allora dovete parlarne con il vostro medico di famiglia. La disassuefazione da tabacco è un gesto terapeutico e non bisogna affidarsi a pratici e fattucchiere.

Esistono oggi tutta una serie di interventi terapeutici efficaci e ci sono linee guida internazionali su come e quando avvalersene.

Una modalità che da sempre si è dimostrata efficace è il supporto psicologico. Un terapeuta esperto di counselling ha una serie di strumenti da utilizzare che vi permetteranno di essere guidati nel percorso di disassuefazione. Questo tipo di terapia ha però alcuni limiti, i principali dei quali sono: la necessità di un intervento ben strutturato, cioè un certo numero di sedute con il terapeuta, e

soprattutto un professionista con una grande esperienza non solo nelle tecniche psicologiche ma anche nel campo specifico della dipendenza da fumo di tabacco. Non sempre è facile trovarlo.

Più semplice è fare ricorso al supporto farmacologico. Ci sono al momento almeno quattro farmaci che, se assunti in modo corretto e per tutto il tempo necessario, sono in grado di raddoppiare o triplicare le vostre probabilità di smettere. Tra questi la terapia sostitutiva nicotinic, cioè i cerotti e le gomme alla nicotina, sono prodotti farmaceutici da banco, cioè possono essere acquistati senza la prescrizione di un medico. In realtà però il loro utilizzo corretto necessita di alcune informazioni che, se non seguite, ne possono pregiudicare l'efficacia. Se volete provare ad utilizzarli, chiedete al vostro farmacista di fiducia come fare, sicuramente sarà in grado di aiutarvi.

Alcuni anni fa, un po' casualmente, si è scoperto che il Bupropione, un farmaco utilizzato nella terapia della depressione, era efficace anche nell'ambito della disassuefazione da tabacco.

L'efficacia terapeutica in questo ambito è analoga a quella della terapia con alte dosi di nicotina assunta in cerotti combinati con le gomme e tripla di quella degli interventi psicologici. Le proprietà antidepressive di questo farmaco lo rendono particolarmente indicato nei soggetti con determinati tipi di disturbi del tono dell'umore. E' chiaro che l'indicazione a questa terapia dovrà essere attentamente valutata dal vostro medico di medicina generale che forse potrà decidere di avvalersi della consulenza di uno specialista prima di prescrivervela.

Da alcuni anni è disponibile sul mercato il primo farmaco che sia stato progettato fin dall'inizio per la disassuefazione da fumo di tabacco. Si chiama Vareniclina ed ha la proprietà di occupare gli stessi recettori cerebrali dove di solito agisce la nicotina. Il vantaggio principale di questo farmaco è di essere facile da usare, indipendentemente dal numero di sigarette fumate e dal grado di dipendenza: il dosaggio non cambia. La Vareniclina ha poi una lunga durata d'azione e con due compresse al giorno garantisce una buona copertura dai sintomi di astinenza per tutta la giornata, mattino compreso, quando al risveglio il fumatore di solito sperimenta i maggiori disturbi di astinenza. Al momento, questo è il farmaco più efficace, il 50% in più rispetto ai precedenti.

In qualche caso l'utilizzo dei farmaci con il supporto del farmacista o del proprio medico può non essere sufficiente, sia perché il grado di dipendenza è particolarmente elevato sia perché coesistono altri problemi di salute fisici o psichici che rendono necessario un approccio intensivo specialistico. In quel caso è possibile rivolgersi ad un centro antifumo, dove esiste personale medico particolarmente specializzato nella gestione della terapia di disassuefazione in fumatori "difficili".

Prima di rivolgervi a queste strutture però è fondamentale consultare l'elenco dei centri antitabacco dell'Istituto Superiore di Sanità e chiedere consiglio al vostro medico di medicina generale in modo da essere certi di non incappare in uno di quegli "pseudo centri antifumo" gestiti da soggetti animati soprattutto dall'interesse nell'estorcervi danaro. Il fatto che il centro a cui vi rivolgete faccia parte del sistema sanitario nazionale rappresenta una garanzia se non di automatica eccellenza almeno di onestà.



Pablo Ricasso

I fumatori in Italia sono quasi dodici milioni e rappresentano un bel mercato per le multinazionali del tabacco ma anche per chi produce prodotti che promettono di aiutare a smettere di fumare. Di tanto in tanto appaiono quindi sul mercato prodotti commercializzati con questo fine. E' stato un grande successo editoriale un libro che promette che la conoscenza del problema rende semplice smettere di fumare. Purtroppo non è così, smettere di fumare non è facile neanche se si conoscono per filo e per segno tutti i meccanismi della dipendenza. Tuttavia leggere, informarsi, certamente può essere di aiuto per qualcuno nel trovare un suo percorso di disassuefazione, ma non illudetevi che sia automatico.

Da qualche tempo godono di una certa popolarità le cosiddette sigarette elettroniche o altri prodotti simili che vengono proposti come sostituti della sigaretta. Non esiste nessuna evidenza scientifica di efficacia per nessuno di questi prodotti che non devono quindi essere considerati un presidio terapeutico per la disassuefazione da fumo di tabacco.

In conclusione quindi il fumo di sigaretta rappresenta un problema sanitario particolarmente importante, non tanto e non solo per le conseguenze che ha sulla salute, ma perché rappresenta in sé una malattia in quanto dipendenza. Di tutte le persone che fumano, sono molte quelle che desiderano smettere e non ci riescono; queste persone devono sapere che possono essere aiutate.

Esistono oggi vari strumenti terapeutici farmacologici e non farmacologici che possono moltiplicare le possibilità di riuscire a smettere di fumare. L'efficacia di queste terapie può essere amplificata dal supporto di un sanitario, a partire dal consiglio del farmacista, passando dal proprio medico di medicina generale per arrivare ai più complessi e strutturati interventi proposti dai centri antifumo.

Smettere di fumare è possibile ed oggi è più facile.



LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICIE UTERINA

Prof. Giorgio Bentivoglio

Responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia

Istituto Giannina Gaslini

Il carcinoma della cervice uterina (portio) è un tumore ancora molto frequente (oltre mezzo milione di nuovi casi all'anno nel mondo) che colpisce in massima parte giovani donne, essendo l'incidenza massima verso i 30-35 anni.

Nonostante la disponibilità da oltre 50 anni di un mezzo di screening di facile esecuzione (**il Pap test**) in Italia circa 3500 donne ne rimangono affette.

Il Pap test è un mezzo di screening (non è diagnostico), cioè permette di individuare i soggetti a maggior rischio, indirizzandole alla effettuazione di un controllo diagnostico.

E' pertanto ingiusto accusare il Pap test di imprecisione : il suo scopo, peraltro fondamentale, è quello di avviare a controlli ulteriori o togliere la paura di malattia.

L'Ospedale Gaslini ha pertanto ritenuto utile offrire alla sue Dipendenti , nell'ambito della prevenzione, l'esecuzione gratuita di questo esame, essendo fra l'altro possibile effettuare nello stesso Istituto gli ulteriori passi diagnostici e prognostici, quali colposcopia, biopsia mirata, dosaggio proteina p16, e conseguenti trattamenti terapeutici.

Il test è consigliato a tutte le donne che hanno avuto rapporti sessuali, essendo un virus (HPV) trasmissibile con i rapporti sessuali la causa delle alterazioni che possono portare al carcinoma della portio.

L'esame deve essere eseguito in assenza di perdite mestruali ed è consigliabile non avere rapporti sessuali, non fare lavande, né applicare ovuli vaginali nei 2 giorni prima dello stesso.

E' un esame semplice, innocuo e indolore, che consiste nel prelievo di una piccola quantità di cellule cervicali, strisciando sulla portio una sottile spatola di legno ed una spazzolina.

L'evoluzione di una eventuale patologia tumorale è lenta, e pertanto per i soggetti a basso rischio non è necessario un controllo annuale, ma è solitamente sufficiente l'esecuzione del Pap test ogni 3 anni.

Non bisogna poi dimenticare che, oltre alla funzione di screening di patologie tumorali del collo dell'utero, è utile per diagnosticare stati infiammatori vaginali e la condizione ormonale della donna .

Fatte queste premesse, sarà possibile effettuare il Pap test presso l'ambulatorio di Ginecologia situato al III piano del padiglione 10, previo appuntamento telefonico **al n. 0105636380 dalle 8.00 alle 9.00 e dalle 13.30 alle 14.30, dal lunedì al venerdì.**

E' infine utile ricordare che da 2 anni è disponibile la vaccinazione contro i virus HPV cancerogeni, che questa vaccinazione è gratuita per le ragazze di 11-12 anni, e che da tempo viene praticata presso l'ambulatorio del padiglione 10, III piano.



LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA PROSTATA

Dott. Mauro Piccinini, Dott. Mauro Perria

Medici Competenti - Servizio di Medicina Preventiva

Istituto Giannina Gaslini

Il tumore della prostata è la più frequente neoplasia dell'uomo con un'incidenza del 12%, sorpassando anche quella polmonare che arriva appena al 10%. Il tumore della prostata è raro nei soggetti con meno di 40 anni ed aumenta progressivamente con l'età.

E' stato calcolato quindi che un uomo, nel corso della vita, presenta un rischio di sviluppare un carcinoma prostatico clinicamente evidente pari a circa il 15%. Inizialmente il tumore prostatico è confinato alla ghiandola ed è caratterizzato da una **crescita molto lenta**, potendo restare asintomatico e non diagnosticato anche per anni; in taluni casi, addirittura, non e' in grado di alterare, anche se non curato, la qualità e la speranza di vita del paziente.

Al contrario, specialmente nei casi giovanili il tumore può risultare molto aggressivo e diffondersi velocemente ad altre parti del corpo (soprattutto a livello linfonodale ed osseo): in questi casi una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato possono risultare di vitale importanza.

Purtroppo allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non e' possibile sapere con certezza se una neoplasia prostatica si comporterà in modo aggressivo. Di conseguenza, in presenza di una diagnosi di cancro della prostata, si opta quasi sempre per un trattamento terapeutico, anche se questo porta talvolta a trattare delle neoplasie che non avrebbero modificato la aspettativa di vita del paziente.

Sfortunatamente il tumore della prostata, nella maggior parte dei casi, non determina alcun disturbo per cui è indispensabile sottoporsi a delle **visite periodiche specialistiche dopo i 50 anni**.

Le linee guida americane sullo screening del cancro alla prostata sono state aggiornate recentemente.

L' American Cancer Society nel marzo 2010 ha infatti dato delle nuove indicazioni sull'utilizzo del PSA (Antigene Prostatico Specifico) evidenziando l'importanza di dare una corretta informazione ai pazienti sui benefici e i rischi.

Che cosa è il PSA?

Il PSA, o Antigene Prostatico Specifico, è una proteina prodotta dalla prostata, una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile. La funzione della prostata è di produrre il liquido seminale che veicola gli spermatozoi durante l'eiaculazione. Il PSA è uno dei principali componenti di questo fluido e solo in minime quantità è presente fisiologicamente anche nel circolo sanguigno. Per effettuare il test del PSA basta un semplice prelievo di sangue, un'operazione sufficiente per misurarne la concentrazione che di norma è molto bassa. L'unità di misura è il nanogrammo per millilitro (ng/ml) di siero.

Il test del PSA non è però sempre affidabile in quanto i valori variano non solo e non necessariamente in presenza di un tumore maligno ma anche a causa di altri fattori sia fisiologici (eiaculazione) che patologici benigni (ipertrofia prostatica, prostatite).

Il PSA resta un **marcatore "organo" specifico**, ossia legato a diverse condizioni della ghiandola prostatica, non è quindi un marcatore specifico di "cancro".

Questo non vuol dire che il test sia completamente inutile ma è importante fornire ai pazienti le giuste informazioni.

Grazie al test del PSA, anche se ci sono tuttora dei pareri contrastanti, è possibile individuare dei tumori maligni in uno stadio molto iniziale, una diagnosi che consente di ridurre il rischio di morte da cancro prostatico.

La non completa affidabilità di quest'esame per la diagnosi certa di tumore, il rischio di errori interpretativi che possono causare ansia, l'incertezza riguardo il beneficio della cura in pazienti con

determinate caratteristiche e gli aspetti economico-sanitari, non consentono però l'impiego di questo test come indagine sistematica sulla popolazione (test di screening per la diagnosi di tumore prostatico).

Quando si trova un valore anomalo di PSA il più delle volte si dovrebbe procedere con la biopsia prostatica, un'operazione spesso dolorosa e che può portare a complicanze come infezioni e sanguinamenti. In quest'ultimo caso la periodicità dei controlli e la lettura dei risultati saranno a cura dello specialista che, conoscendo la storia clinica e il trattamento ricevuto dal paziente, potrà correttamente interpretarne il significato.

Nel corso del meeting annuale dell'American Urological Association (AUA) svolto nell'aprile 2009 a Chigaco, in Illinois, è stata data la notizia che il test PSA annuale è stato inserito di nuovo tra le 'best practice' nei pazienti asintomatici di 40 anni in prevenzione primaria dei carcinomi prostatici, L' American Cancer Society (ACS), raccomanda invece l'esecuzione del PSA e della DRE (esplorazione rettale digitale) di routine solo dai 50 anni in su e solo se il medico, d'accordo con il paziente, decide di aderire al programma di screening per il carcinoma prostatico

D'altra parte l'American Urological Association : «Il test dell'antigene prostatico specifico (PSA) rappresenta un utile strumento di screening per la diagnosi precoce del tumore della prostata che i medici devono costantemente offrire ai propri pazienti, essendo dimostrata un'efficacia pari al 20% nel ridurre la mortalità per questo tipo di tumore.

Esistono tuttavia ragioni che hanno alimentato il dubbio sulla validità di questa misura se utilizzata come screening di massa a scopo preventivo (analisi sistematica sulla popolazione maschile).

Per esempio non tutto il PSA rilevabile nel siero (PSA totale) è quello biologicamente attivo, infatti, la quota che si misura come totale comprende una frazione libera (PSA free) e un'altra legata ad altre proteine di trasporto. Inoltre, il valore della misura del PSA nel siero aumenta pure, e si può mantenere alto per tempi diversi, in situazioni del tutto normali come, per esempio, dopo un'esplorazione rettale effettuata dall'urologo a scopo diagnostico o per controllo preventivo e addirittura è di base un po' più alto nei ciclisti professionisti. Infine il livello sierico del PSA può oscillare anche in corso di patologie infiammatorie (prostatiti acute e croniche) non solo quindi in caso di tumore benigno o maligno e in fase molto precoce, la misura del PSA può sottostimare la presenza del tumore stesso. Attualmente ci si affida, per valutare l'aggressività del tumore e per distinguere tra affezione benigna e maligna, anche alla velocità con cui il valore aumenta da una misurazione all'altra. In termini pratici quindi la determinazione del PSA nel siero, presenta alcuni quesiti ancora da risolvere, sia per il medico sia per il paziente. Al di là delle posizioni, per certi aspetti anche discordanti, della comunità scientifica, il dosaggio dei livelli sierici del PSA è in ogni caso **un parametro universalmente riconosciuto come efficace.**



Carta Europea sull'Alcol

Principi etici ed obiettivi

Tutti hanno diritto a una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi, che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche.

Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società.

Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.

Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.

Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno il diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

Conferenza promossa dall'ufficio Regionale europeo dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità
Parigi, 12 – 14 dicembre 1995

Per saperne di più puoi contattare direttamente

<i>Ornella Ancarani</i>	Capo Sala U.O. Alcologia e Patologie correlate Azienda Ospedale San Martino	ornellaancorani@virgilio.it
<i>Giorgio Bentivoglio</i>	Responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia Istituto Giannina Gaslini	giorgiobentivoglio@ospedale-gaslini.ge.it
<i>Susy Cappiello</i>	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Istituto Giannina Gaslini	susycappiello@ospedale-gaslini.ge.it
<i>Piero Clavario</i>	Responsabile – Centri per lo studio e il trattamento del tabagismo ASL3 ‘Genovese’	piero.clavario@asl3.liguria.it
<i>Cinzia Colombani</i>	Assistente Sociale ASL3 Genovese	cinzia.colombani@asl3.liguria.it
<i>Silvio Del Buono</i>	Direttore Sanitario Istituto Giannina Gaslini	direzionesanitaria@ospedale-gaslini.ge.it
<i>Roberta Facchini</i>	Educatore Professionale ASL 3 Genovese	robertafacchini@tiscali.it
<i>Anna Maria Micantoni</i>	Psicologo Comune di Genova ‘Città Sicura’ Coll. Centro Alcologia Az. Ospedale San Martino	ammicantoni@comune.genova.it
<i>Mauro Perria</i>	Medico Competente Servizio Medicina Preventiva Istituto Giannina Gaslini	mauroperria@ospedale-gaslini.ge.it
<i>Mauro Piccinini</i>	Medico Competente Servizio Medicina Preventiva Istituto Giannina Gaslini	mauropiccinini@ospedale-gaslini.ge.it
<i>Giorgio Schiappacasse</i>	U.O. Ser.T. Ponente ASL3 Genovese	giorgio.schiappacasse@asl3.liguria.it
<i>Gianni Testino</i>	Responsabile U.O. Alcologia e Patologie correlate Azienda Ospedale San Martino Vice Presidente Nazionale Società Italiana di Alcologia	gianni.testino@hsanmartino.liguria.it

Informazioni utili

Associazione “Genitori Insieme” : associazione di genitori che si trovano in difficoltà con i figli adolescenti. www.genitoriinsieme.org

Associazione di volontariato “Insieme per non fumare” onlus - via O.Caccia, 6/b
37136 Verona tel. 045 502533

ARCAT Liguria: Centro Alcolologico Territoriale Funzionale – Via di Mezzagalera,4 r
16123 Genova, tel/fax 0102512125, email associazione@arcatliguria.it

LHG12: libera cooperazione fra persone con l’obiettivo di favorire la crescita e lo sviluppo dell’approccio etico-sociale – www.lightouse.genova12.it

Alanon: associazione di familiari e amici di alcolisti - www.al-anon.it

A.A. Alcolisti Anonimi Italia: [www. Alcolisti-anonimi.it](http://www.Alcolisti-anonimi.it)

Ufficio Relazioni con il Pubblico Asl3 ‘Genovese’: informazioni sulla rete alcolica e centri anti tabacco.

A yellow oval shape with a black outline, containing two small grey circles for eyes and a simple black line for a smile.

ALCOL DROGA FUMO

Conoscere, Capire e Scegliere

A solid red heart shape with a black outline.

TUMORI DI GENERE

Conoscere per prevenire