

SINTESI
della
VERSIONE ITALIANA
del

***DOCUMENTO DE CONSENSO DEL GOBIERNO DE
ESPAÑA – MINISTERIO DE SANIDAD, POLITICA
SOCIAL E IGUALDAD***

Sensibilidad Química Múltiple
(nov 2011)

Traduttore del documento originale (mar 2012)
Estensore della sintesi (set 2012)

Giancarlo Ugazio

Già professore ordinario di Patologia Generale nella Scuola Medica dell'Università di Torino (1976-2007)

Fondatore e Presidente del Gruppo di Ricerca per la Prevenzione della Patologia Ambientale (G.Ri.P.P.A.) (TO) (2002)

Socio onorario del Comitato per la Difesa della Salute nei Luoghi di Lavoro e nel Territorio di Sesto S. G. (MI) (2011)

TARGET

del documento di sintesi:

Malati di SCM in fieri o negli stadi clinici avanzati (2° & 3°),

**Medici, consulenti tecnici, avvocati, giudici, funzionari della P.A., legislatori,
membri del potere esecutivo, ingegneri, architetti,
giornalisti della carta stampata e delle emittenti radio e televisive,**

Studenti della scuola secondaria di ogni ordine e grado

Quaderno n. 5 - 2012 di Giancarlo Ugazio

SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA

PARTE I. Introduzione

Il 4 febbraio 2010, il Ministero della Salute, Politica sociale e l'Uguaglianza, ha incontrato una vasta rappresentanza di associazioni di persone affette da Sensibilità Chimica Multipla (SCM), ha deciso di istituire un gruppo di lavoro di esperti per studiare il problema della sanità e della salute, considerata la necessità espressa di migliorare il livello delle conoscenze scientifiche attuali su questo processo, la sua diagnosi, il trattamento e altri aspetti dello stesso.

Membri del gruppo di lavoro sono stati nominati: **Paul Arnold Llamosas, Benjamín Climent Díaz, Joaquín Fernández Sola, Francisca Lopez Crespi, Ceferino Maestu Unturbe, Julián Márquez Sánchez, Jordi Obiols Quinto, Nicolás Olea Serrano, Eduard Rodriguez Farré, Mar Rodriguez Gimena, Amelia Rus Garcia, Carmen Valls Llobet.**

Questi sono stati coadiuvati dai seguenti esperti appartenenti a istituzioni pubbliche spagnole: **Anunciacion Lafuente Gimenez, José Iglesias Piñeiro, Carmen Moya Garcia, Rosa López Rodríguez, Sonia Peláez Moya, Mercedes Lois Cabello, Montserrat Cano Limarquez, Pilar Diaz Torres, Covadonga Caballo Dieguez, Montserrat Garcia Gomez, Patricia Lopez Menduiña, Antonio Sarriá Santamera, Cristina Asensio del Barrio, Andrés Fernández Ramos, Flavia Salcedo Fernández, Gimeno José Miguel Carrasco, Natalia Biencinto López, Maria Luisa Requena Berrio.**

PARTE II. Analisi della situazione e Descrizione della SCM

4. Introduzione

La Sensibilità chimica multipla (SCM) è il termine più utilizzato per descrivere una sindrome complessa che si verifica come una serie di sintomi associati con un'ampia varietà di agenti e componenti presenti nell'ambiente, eseguendo tali reazioni di esposizione livelli di solito tollerati dalla maggior parte delle persone.

Pur essendo il termine SCM usato più comunemente, gli altri nomi utilizzati sia nella letteratura scientifica sia dai media per descriverla sono: "*Sindrome da sensibilità chimica*", "*allergia universale*", "*sensibilità al cibo e chimica*", "*allergia cerebrale*", "*malattia ambientale*", "*malattia del ventesimo secolo*", "*sindrome di risposta a sostanze chimiche*", o anche "*malattia ecologica*".

Questo fenomeno è stato descritto per la prima volta nel 1950, quando fu osservato come alcune persone avevano un certo numero di sintomi quando erano esposte a concentrazioni molto basse di sostanze presenti nell'ambiente di lavoro e domestico. Tuttavia, non fino al 1987, quando M. Cullen etichettò questa sindrome come "Sensibilità Chimica Multipla (MCS)." Quest'autore usò il termine al plurale "Sensibilità Chimiche Multiple, SCM" proprio per evidenziare la molteplicità degli eventi, delle origini e dei processi coinvolti, come:

- un disordine acquisito
- caratterizzato da sintomi ricorrenti
- riconducibili a diversi sistemi di organi
- che accade come risposta all'esposizione dimostrabile a molti composti chimicamente indipendenti a dosi ben inferiori a quelli che cominciano ad avere effetti nocivi sulla popolazione generale.
- non essere in grado di dimostrare che nessun test di funzionalità fisiologica correla con i sintomi.

Ci sono molti nomi reperibili in letteratura per riferirsi a ciò che è noto come SCM.

La SCM è oggetto di dibattito tra la comunità scientifica, perché la maggior parte dei casi che sono stati individuati ha pochissime caratteristiche comuni e ha una varietà di sintomi e di gradi di gravità, che ha portato a

controversie riguardanti i meccanismi biologici patogeni e la mancanza di criteri comuni per la diagnosi e il trattamento. In questo momento, l'OMS non considera la SCM come entità nosologica con un codice specifico.

Per tutti questi motivi, è difficile determinare l'incidenza di questo disturbo; nonostante che l'evidenza stimi una prevalenza compresa tra lo 0,2% e il 4%, con una netta prevalenza delle donne tra i casi rilevati.

5. Esposizione Ambientale e SCM

Le conoscenze scientifiche disponibili, circa l'associazione tra l'esposizione ambientale e i segni e i sintomi di SCM, non permettono conclusioni definitive. Alle consuete difficoltà nello stabilire relazioni eziologiche tra l'esposizione alle sostanze chimiche e la presenza di malattie, aggiunge, nel caso della SCM, l'enorme varietà dei fattori innescanti e delle situazioni d'esposizione rilevate.

Per tipo di sostanze o di situazioni che scatenano i sintomi della SCM, sono stati sviluppati diversi elenchi che illustrano i sintomi più frequentemente denunciati da chi ne è affetto. La grande varietà di prodotti e situazioni delle esposizioni riferite non consente di identificare un modello omogeneo, anche se c'è un certo tipo di prodotti che si ripetono frequentemente. Tuttavia, l'assenza di criteri validati sperimentalmente per la diagnosi precoce della SCM è considerata il più grande ostacolo per definire un chiaro collegamento tra alcune esposizioni e gli effetti conseguenti. D'altra parte, nonostante l'interesse dimostrato nella ricerca di un particolare profilo genetico, non sono disponibili prove scientifiche riguardanti l'associazione tra la genetica e la SCM. I risultati su questo problema non fornirebbero ancora la prova di tale rapporto, quindi vi è necessità di sviluppare gli studi sulle interazioni tra gene e ambiente. Tra le linee di ricerca correnti si ravvisa l'utilità di studiare gli effetti che può avere la combinazione di due o più inquinanti che agiscono su percorsi simili. Mentre i risultati di queste indagini non hanno finora stabilito i livelli dei fattori di rischio, ma indicano chiaramente l'imprevedibilità degli effetti di queste combinazioni, la questione dovrebbe essere presa in considerazione per studiare la relazione tra l'esposizione ambientale e la SCM. In conclusione, data l'assenza di prove scientifiche, si raccomanda di eseguire altre ricerche su questa linea, ma secondo una prospettiva

olistica che coniuga la prospettiva clinica, psico-socio-sanitaria, con l'ambiente.

6. Epidemiologia

La rassegna delle conoscenze scientifiche su quest'argomento ha concluso evidenziando la difficoltà di stimare la prevalenza a causa dei molti nomi dati alla malattia, giacché sotto lo stesso nome sono comprese diverse malattie e non vi è alcuna definizione di caso concordato tra gli operatori sanitari.

Tuttavia, tenendo conto delle molte variabili, possiamo concludere:

- In tutti gli studi selezionati, la maggior parte delle persone colpite sono donne.
- In termini di età, per la maggior parte, gli studi sono stati condotti con gli adulti. Alcuni suggeriscono che la possibilità di sviluppare la SCM può essere maggiore nell'adolescenza. Per quanto riguarda i bambini, ci sono poche prove per includere questo gruppo di età come oggetto di studio. Altri studi non hanno trovato nell'età un fattore di rischio.
- Per quanto riguarda l'istruzione, non si rilevano differenze tra i gruppi.

7. Etiologia e Fisiopatologia

Non ci sono studi conclusivi che attribuiscono l'origine della SCM a fattori genetici. Allo stesso modo, non abbiamo alcuna prova conclusiva che essa abbia origine in fattori psicologici e/o psichiatrici.

Tra i diversi scenari in termini di patogenesi, troviamo:

1. Ipotesi psicologica.
2. Ipotesi genetica.
3. Ipotesi chimica di sensibilizzazione allergica e risposta olfattiva.
4. Ipotesi anatomica.
5. Ipotesi di disturbi neurologici e cognitivi.
6. Ipotesi sovrapproduzione di ossido nitrico (NO)
7. Ipotesi sullo stato redox dei mitocondri

Nella SCM si sviluppano risposte aggravate per l'esposizione a vari xenobiotici. Lo stress ossidativo è un meccanismo di tossicità molto comune. Di solito si sviluppa nella risposta immunitaria nelle prime fasi di esposizione a xenobiotici, che precede la comparsa di effetti tossici in altri organi e sistemi fisiologici.

Vi è una forte relazione bidirezionale fra i tre sistemi principali responsabili del mantenimento dell'omeostasi nell'organismo: il CNS, il sistema immunitario e il sistema endocrino. È molto probabile che i tre sistemi siano coinvolti nella risposta tossicologica che si osserva durante lo sviluppo della SCM, mediante alterazioni dei meccanismi di regolazione localizzati in questi sistemi.

Per quanto sopra detto, si riconosce la necessità di eseguire nuove ricerche sui possibili meccanismi fisiologici responsabili della SCM.

8. Manifestazioni cliniche e Comorbidità

Lo studio dei sintomi di SCM, permette di estrarre alcune delle sue caratteristiche, che includono:

- L'eterogeneità delle manifestazioni della SCM tra i soggetti che sono colpiti, che implica sia il *profilo* dei sintomi (varietà delle manifestazioni che coinvolge diversi sistemi e organi) sia la sua variabilità quanto a intensità e decorso clinico, sia la differenza dell'impatto sulla vita quotidiana delle persone colpite.

- La difficoltà di stabilire il rapporto tra i sintomi e l'esposizione ha aggiunto una difficoltà riguardante la spiegazione dei sintomi.

- La difficoltà di identificare i segni distintivi della SCM non impedisce loro di rivelarne alcuni che servano a guidare l'esplorazione nella consultazione clinica, essendo importante la loro ricorrenza nell'anamnesi dei malati.

Per quanto riguarda la comorbidità della SCM, gli studi non sembrano essere decisivi, sebbene siano mirati sulla comorbidità con altre malattie e anche con alcuni disturbi mentali.

In conclusione, l'eterogeneità e la vaghezza dei sintomi e la mancanza di concordare un profilo validato sperimentalmente, hanno suggerito dubbi sull'accettazione della SCM come entità nosologica con una specifica eziopatologia surrettizia.

9. La diagnosi della SCM

Sebbene la mancanza di un chiaro modello dei sintomi associati con la SCM e la difficoltà di distinguerli da quelli caratteristici di altre malattie, diventino ostacoli per la diagnosi, è possibile risolvere questo problema. A questo scopo, si seguano le seguenti raccomandazioni:

- Sospetto clinico di SCM con la presunzione di nesso causale tra l'esposizione chimica e i sintomi della malattia in tutta la patologia con sintomi diversi, cambiando e senza una chiara appartenenza secondo i ragionamenti classici che sono stati utilizzati, così come prima delle situazioni cliniche riconosciute non rispondenti ai trattamenti consueti.
- Miglioramento dei *questionari* disponibili per un'approssimazione diagnostica.
- Adeguamento degli *esami complementari* disponibili con l'intenzione di convalidare le principali alterazioni neuroendocrine centrali che stanno alla base di questa malattia, così come le conseguenze che a livello periferico può essere lo stesso, nelle persone colpite in cui è stata eseguita correttamente la diagnosi clinica.

10. Impatto fisico, psicologico e sociale.

Qualità della vita

La SCM incide gravemente sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette. La SCM influisce su molti aspetti della persona: le relazioni di lavoro, quelle familiari e sociali, l'ambiente sociale, la salute emotiva, ecc.

Com'è già stato osservato, nonostante la variabilità dei vari studi e la proporzione di uomini e donne nei campioni di popolazione, l'evidenza scientifica indica per una maggiore prevalenza di SCM nelle donne. Al momento non vi è alcuna prova che suggerisca alcune differenze biologiche e fisiologiche tra i sessi che possano spiegare la maggiore incidenza di SCM, per cui è necessario affrontare altri fattori che possano essere espressivi. In questo senso, non riuscendo a chiarire un chiaro legame tra la SCM e il genere (fattori di rischio socialmente costruite), è necessario considerare tutti gli aspetti legati ai ruoli di genere e gli stereotipi che differentemente colpiscono la salute degli uomini e delle donne. Uno dei settori della vita che è più colpito nelle persone affette da SCM è quello lavorativo. La SCM interessa direttamente l'area della salute occupazionale e della politica di prevenzione. I Servizi di Salute e Sicurezza sul lavoro devono valutare e controllare i rischi, considerare l'utilità di un cambiamento del posto di lavoro della persona interessata e, se è necessario, valutare la necessità d'inabilità temporanea nella fase acuta sintomatica, o permanente, secondo la gravità dei sintomi e la mansione lavorativa, anche se è considerato

fondamentale, il reinserimento nella vita familiare, sociale e del lavoro, quando c'è stato un sufficiente miglioramento della condizione clinica.

11. Approccio terapeutico della SCM

La MCS è un problema di salute complesso che richiede un approccio multidisciplinare volto a migliorare i sintomi e la qualità della vita.

Per questo, l'approccio terapeutico della SCM dovrebbe considerare:

- Evitare le riesposizioni.
- Massimizzazione-riabilitazione e sostegno psico-sociale per migliorare il modo di affrontare la malattia.
- Per quanto riguarda i farmaci, non vi è alcuna prova scientifica sull'opportunità di qualsiasi azione terapeutica in particolare nel trattamento dei sintomi di SCM, sebbene in alcuni casi siano stati usati: Bioquinona Q-10 o coenzima Q-10 o vitamina B1.
- E' necessario eseguire un corretto trattamento valutando la comorbidità per i disturbi che sono associati con la SCM.

12. Prevenzione

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, conoscere la SCM in modo più approfondito è fondamentale perché può avere l'effetto collaterale di miglioramento delle condizioni ambientali nella popolazione generale.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, la diagnosi precoce si configura come una buona misura per evitare l'ampliamento e la cronicità del meccanismo della sensibilità, insieme con l'evitare l'esposizione e la riesposizione agli agenti scatenanti.

PARTE III. Conclusioni e Raccomandazioni approvate dal Gruppo di Redazione

1. Definizione di caso

1.1 Persona con esposizione a diverse sostanze chimiche presenti nell'ambiente a bassi livelli*, che manifesti sintomi riproducibili e ricorrenti che coinvolgono diversi sistemi d'organo e può migliorare il suo stato quando i presunti agenti causali sono stati eliminati o evitando l'esposizione a essi. *In concentrazioni inferiori a quelle considerate in grado di provocare effetti negativi per la popolazione generale.

2. Criteri diagnostici

2.1 La persona ha sintomi ricorrenti quando è esposta a vari agenti chimici in concentrazioni inferiori a quelle considerate in grado di provocare effetti avversi alla popolazione generale.

2.2 La sindrome SCM ha un decorso cronico.

2.3 Alcuni sintomi possono migliorare o scomparire quando l'esposizione cessa.

2.4 I sintomi possono manifestarsi con sostanze ben tollerate in precedenza.

2.5 I sintomi variano in gravità, frequenza e durata.

2.6 I sintomi **non** si limitano a **un singolo sistema od organo**.

2.7 La disfunzione d'organo può essere osservata in qualsiasi dei seguenti sistemi: cardiovascolare, endocrino, epatico, immunologico, psicologico, neurocognitivo, neurologico, ginecologico, andrologico, nella pelle e nelle mucose.

2.8 La persona ha difficoltà a mantenere le abitudini e le attività della vita quotidiana e l'accesso ai servizi sanitari, con ridotta qualità della vita.

2.9 Alcune persone affette da SCM non possono tollerare l'alcol e alcuni farmaci che, in precedenza, sono stati tollerati.

3. Eziopatogenesi.

3.1 Gli studi esaminati suggeriscono una possibile origine **multifattoriale** della SCM e sembrano essere coinvolti vari meccanismi di tossicità, i sistemi organici, a livello sia molecolare, sia biochimico, strutturale e fisiologico.

4. Diagnosi.

4.1 La diagnosi di SCM dovrebbe essere registrata nella cartella clinica.

4.2 La diagnosi di SCM è clinica, basata sulla presenza di sintomi e segni.

4.3 I sintomi espressi da persone colpite da SCM possono essere diversi, con un'**estrema varietà**, e coinvolgere i diversi sistemi d'organo.

4.4 I sintomi variano in gravità e decorso. Oltre al sintomo stesso, bisogna prestare attenzione alla sua qualità: una circostanza in cui si esprime il sintomo riguardo all'esposizione, la durata, la ricorrenza e la cronicità. Sostanze chimiche simili possono dar luogo a sintomi diversi in una persona.

4.5 Gli effetti neurotossici di alcuni agenti eziologici possono colpire la salute mentale delle persone affette da SCM e il loro ambiente psicosociale, potendo scatenare manifestazioni psicologiche o incidere su persone con precedente patologia psichiatrica.

4.6 Una volta che si è prodotta la prima manifestazione della SCM, l'andamento clinico tende a cronicizzarsi. In un primo momento può esserci la tendenza a un aumento del numero di agenti chimici alla cui esposizione il paziente peggiora, così come avviene per i sintomi che compaiono e per la loro gravità.

5. Diagnosi. Anamnesi

5.1 Si deve eseguire una **minuziosa intervista clinica** per individuare i sintomi e i segni, con domande sull'ambiente chimico dell'inizio (lavorativo o domiciliare) e della evoluzione, e sull'ambiente chimico attuale.

5.2 Si deve ascoltare attentamente il racconto del paziente attraverso l'intervista clinica diretta.

5.3 Si deve tener conto dei criteri diagnostici approvati in questo documento.

6. Diagnosi. Esame fisico.

6.1 L'esame fisico deve essere sistematico e centrato specialmente sui sistemi che sono oggetto dei sintomi manifesti.

6.2 Osservazione dei sintomi, se li ha avuti, come, per esempio: eritemi, raucedine, disturbi della parola o dell'attenzione, gonfiore addominale, tachicardia, aritmia,

tachipnea, iperattività motoria, incoordinazione motoria, bradi-psichismo, vulvo-vaginite, tremori sbattenti.

6.3 Serviranno le **fotografie** che documentino i segni manifesti.

7. Diagnosi. Prove complementari.

7.1 La ricerca delle altre prove complementari deve essere finalizzata al quadro clinico, all'esame fisico e al sospetto di un'affezione associata (Per esempio: analisi della funzione tiroidea o cortisolo basale o FR o ANA o 25 OH-D o PTHi o Prolattina o Ferritina, Vitamina B12 o Acido Folico)..

8. Diagnosi. Strumenti d'appoggio.

8.1 I questionari auto-somministrati (QEESI, UTHS, IEISI,), sebbene non siano stati ancora stati approvati nel nostro ambiente, sono molto utili come strumenti d'appoggio.

8.2 La SCM altera significativamente la qualità di vita e comporta un danno sulla gestione sociale delle persone che la patiscono. Perciò si potrà usare come strumento d'appoggio il questionario SF-36.

9. Approccio Terapeutico.

9.1 La SCM **non ha un trattamento specifico** giacche' non si conosce la sua patogenesi specifica.

9.2 La SCM è una sindrome complessa che ha bisogno di una **gestione terapeutica multi-disciplinare**

9.3 Oggigiorno, l'evidenza scientifica disponibile sull'efficacia di trattamenti distinti, farmacologico e non farmacologico, non sono sufficienti per suggerire, in questo documento, concreti mezzi terapeutici.

9.4 Assodato che **non esiste un trattamento curativo**, gli interventi terapeutici devono essere rivolti a migliorare la sintomatologia, a trattare la comorbidità, e a migliorare la qualità della vita.

9.5 La proposta terapeutica deve adattarsi alla dinamica di questa malattia, giacche' le variazioni della sintomatologia nei pazienti avvengono rapidamente.

9.6 La tecnica che si è dimostrata più efficace è **evitare l'esposizione** alle situazioni già note come scatenanti del quadro clinico.

9.7 Generalmente, si raccomanda di migliorare la ventilazione nei posti dove si trovano le persone affette.

9.8 E' consigliabile evitare l'esposizione ai principali agenti chimici sensibilizzanti.

9.9 L'evoluzione cronica e persistente della SCM obbliga le persone che la soffrono a modificare le attività della loro vita quotidiana. Queste considerazioni devono essere incluse nel momento di realizzare la proposta terapeutica, personalizzandola.

9.10 E' necessario favorire il miglioramento della capacità dei malati di SCM d'affrontare la malattia proporzionando i mezzi che permettano di migliorare la qualità della loro vita e di esercitare un maggiore controllo sulla stessa per raggiungere, nei limiti del possibile, una condizione soddisfacente di benessere fisico, mentale e sociale.

9.11 E' importante l'attitudine di ascoltare con attenzione da parte dei sanitari e delle sanitarie che seguono il decorso terapeutico dei malati di SCM.

9.12 Si conceda un appoggio psicologico di adattamento e di supporto sociale per superare la sua malattia.

9.13 Si lavorerà con le persone affette da SCM nel modificare quelle abitudini di vita che ledono lo stato della loro salute.

10. Attenzione sanitaria.

10.1 Si daranno alla persona malata l'informazione medica o un documento sanitario che riportino la diagnosi di SCM

10.2 La diagnosi di SCM deve essere chiaramente indicata nella storia clinica e, in particolare, deve essere comunicata al personale ospedaliero e anestesista nel caso di qualsiasi intervento chirurgico, soprattutto negli interventi odontoiatrici, e se c'è bisogno di qualsiasi tipo di protesi interna o esterna.

10.3 La persona colpita da SCM ha un decorso clinico cronico con eziologia non nota. Ciò fa sì che l'ambiente lavorativo, familiare, sociale e, talvolta, il loro ambiente sanitario possa considerarla erroneamente "persona non malata".

10.4 Il personale medico, gli infermieri e gli/le assistenti sociali devono conoscere le caratteristiche speciali che sono richieste dalla gestione dei pazienti affetti da SCM e prenderle in considerazione in relazione con l'assunzione di cibo, l'assistenza generale, i trattamenti terapeutici e la rilevazione delle reazioni avverse o effetti collaterali degli stessi.

10.5 Tutti gli altri servizi sanitari per il personale (ausiliari, addetti alle pulizie, ecc.) devono conoscere le caratteristiche speciali per tener conto di esse nel contatto e nella

assistenza sanitaria per una corretta manutenzione degli spazi in relazione con i pazienti con diagnosi di SCM.

10.6 E' importante sviluppare protocolli per la cura in presenza di SCM.

10.7 Se si stabiliscono nuovi trattamenti in persone con diagnosi di SCM, essi dovrebbero essere condotti in modo controllato e personalizzato per evitare di avere la concomitanza di due nuovi trattamenti in una sola volta, in modo che, se accadono effetti negativi, si possa scoprire quale composto sia responsabile della sensibilità, o peggio.

11. Algoritmo per l'assistenza sanitaria.

11.1 In seguito, è presentata una proposta di algoritmo d'intervento sanitario (posizionato alla fine del punto 17).

12. Raccomandazioni generali per la promozione della salute.

12.1 **Promuovere campagne a livello sociale** (pubblicità, mass media, *workshop* e seminari di sensibilizzazione, ecc.) per una migliore comprensione della SCM.

13. Raccomandazioni generali in materia di formazione dei servizi sanitari professionali.

13.1 Si dovrebbe **migliorare la conoscenza della SCM da parte di tutti i professionisti** che possono essere **coinvolti nell'affrontarla**, guidando la formazione da una prospettiva bio-psico-sociale che comprenda anche quella del genere, al fine di garantire una risposta adeguata alle esigenze delle persone che ne sono affette.

13.2 **Formazione di operatori sanitari per la diagnosi precoce** dei sintomi e dei segni di sospetta SCM, e per migliorare la terapia dell'affezione.

14. Raccomandazioni generali per i sistemi informativi sanitari

14.1 Promuovere gli elementi diagnostici della SCM inclusi nella cartella clinica.

14.2 Promuovere lo sviluppo di protocolli che tengano conto dei punti critici nella catena delle informazioni riguardanti la cura di pazienti con SCM (p.e.: servizi di farmacia ospedaliera per la gestione a impianto di farmaci ospedalieri di cura, unità di infermeria per il ricovero e l'emergenza ecc., per ciò che attiene la somministrazione del farmaco).

14.3 Studio dal Comitato dei Sistemi del SSN della possibilità di presentare una proposta al Comitato di Redazione della 9a edizione CIE9MC, per includere nell'indice alfabetico delle malattie il termine "sensibilità chimica multipla" in modo che esso compaia in questa edizione di CIE9MC

15. Raccomandazioni generali per la ricerca.

15.1 Sarebbero opportuni l'apertura e il mantenimento di linee di base, clinica e applicata e dello sviluppo di piani di ricerca nazionale sulla SCM, per la limitatezza dell'evidenza scientifica in campo di epidemiologia, eziologia e fisiopatologia e per il suo importante impatto individuale, familiare e sociale.

15.2 Incoraggiare tutte le ricerche sopra dette, anche la prospettiva di genere, vale a dire dall'interno delle ipotesi di ricerca per l'analisi e la presentazione dei risultati, tenendo conto il condizionamento di genere che può influenzare la presentazione e la dimostrazione della SCM e il suo comportamento epidemiologico.

15.3 Incoraggiare tutte le ricerche di epidemiologia, diagnosi e gestione terapeutica della SCM, la raccolta di dati disaggregati per sesso ed età, con particolare enfasi sulla sua analisi delle caratteristiche di genere (costruite su base sociale) che possano essere influenzare dall'approccio dell'ipotesi della ricerca ai risultati ottenuti (Discussione e conclusioni).

15.4 Migliorare la produzione di prove scientifiche sulla SCM, con diversi studi qualitativi che includano una prospettiva di genere nelle loro variabili di studio, e permettano così l'analisi delle disuguaglianze di genere tra uomini e donne affetti da SCM.

15.5 Promuovere lo svolgimento di ricerche sul rapporto tra SCM e gli altri fattori di disuguaglianza sociale (classe, area geografica, *habitat*, condizioni di vita, ecc).

15.6 E' necessario indagare l'interazione tra operatori sanitari e le persone diagnosticate, con l'obiettivo di ottimizzare i risultati sanitari e l'utilizzo delle risorse sanitarie.

15.7 Promuovere studi che valutino l'impatto familiare e sociale e dei bisogni oltre all'impatto sulla qualità della vita delle persone affette da SCM.

15.8 Promuovere studi che dimostrano il potenziale impatto delle radiazioni elettromagnetiche nelle persone affette da SCM.

15.9 Data l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e la possibilità di produrre nuovi progressi sulla SCM, si propone di eseguire una rassegna della letteratura, per ottenere nuove prove scientifiche, entro due anni.

16. Raccomandazioni generali in materia di accesso alle informazioni di qualità.

16.1 Incoraggiare e promuovere la divulgazione, tra le società scientifiche e professionali, del documento di consenso del SSN (come l'attuale) per facilitare la sua conoscenza da parte del personale nel settore sanitario.

17. Raccomandazioni generali per il coordinamento Multi-settoriale e Inter-istituzioni.

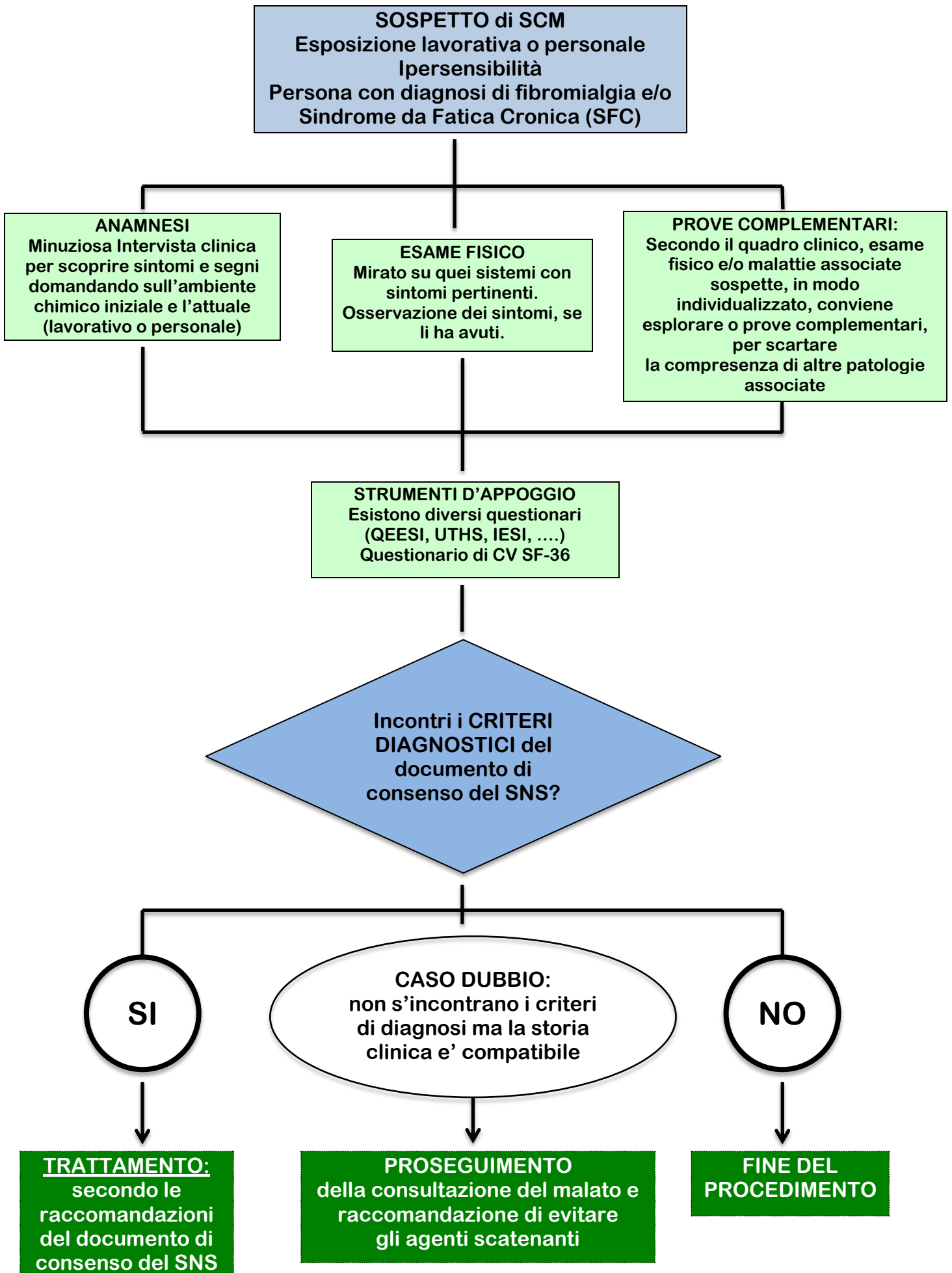
17.1 Si dovrebbe continuare il lavoro congiunto delle autorità competenti interessate, le associazioni delle persone malate e le società scientifiche, affinché contribuiscano a migliorare le conoscenze scientifiche e il valore sociale della SCM.

17.2 Migliorare il coordinamento e la comunicazione tra i professionisti che si prendono cura di persone colpite da SCM, in diversi campi:

- Sistema Nazionale della Salute: assistenza sanitaria,
- Salute Occupazionale: valutazione e controllo dei rischi lavorativi,
- Previdenza Sociale: Valutazione della capacità lavorativa,

Con lo scopo di **migliorare l'informazione alle persone affette e l'evoluzione della loro patologia, e per facilitare la loro piena integrazione socio-lavorativa.**

11.1 Algoritmo per l'assistenza sanitaria.



Note del Traduttore del documento originale ed Estensore della sua sintesi.

Quale medico-non pentito di valutare la salute altrui pari alla mia, oltre che scienziato-non-in-vendita, con lo spirito di difensore civico della salute della collettività, prendo a prestito l'approccio critico dell'uomo della strada, in veste di Green Man, quando inciampa in una situazione chiaramente deleteria per quell'incommensurabile bene dell'essere umano che è la salute (cfr III e IV di copertina).

Così, quando ho trovato il Documento di Consenso del Governo spagnolo sulla SCM del novembre 2011 (marzo 2012), ho esultato di gioia di fronte a tanta scienza e coscienza nei membri del Gruppo di Redazione incaricati dall'esecutivo iberico (da Paul Arnold Llamosas a Maria Luisa Requena Berrio, sanitari muniti di un'intelligenza pari alla loro umanità e capaci di coniugare la scienza con la coscienza, la miglior combinazione per conservare la salute.

Nello stesso tempo, tributando loro una standing ovation, mi sono reso conto di quanta utilità esso, tradotto nella nostra lingua, avrebbe potuto essere per i cittadini del Belpaese, per il tramite della nostra classe medica, di caratura diversa dalla loro. Pertanto, senza indugio, mi sono dedicato alla traduzione di un documento tanto prezioso.

Una volta terminato questo lavoro tanto entusiasmante, ho ravvisato l'opportunità di far suggerire al titolare del dicastero dell'esecutivo italiano della salute, per il tramite della malata GLP, rubricata nella storia clinica n. 18 della monografia MCS-III inserita nel sito web www.grippa.org, di provvedersi del documento originale in lingua, chiedendolo direttamente dal pari-grado iberico, oltre che di divulgarlo in seguito tra la classe medica del Belpaese, al fine di migliorare la qualità umana della prestazione sanitaria a tanti sventurati (malati di SCM). E' un dato di fatto, purtroppo, che molti medici siano tuttora del tutto digiuni della realtà clinica e sociale della sindrome devastante definita con l'acronimo suddetto, e nascondano la loro ignoranza col disprezzo dei malati, accusandoli di essere simulatori e/o mentecatti. In questa palude, non è infrequente incontrare pazienti che, presi per mano da tale genia di sanitari – per dirla eufemisticamente – a calci nelle terga – per dirla realisticamente – sono stati condotti dagli esordi della

condizione clinica (primo stadio) alle fasi avanzate, irreversibili (secondo e terzo stadio) semplicemente con la somministrazione di test psichiatrici, come la suddetta GLP.

Avevo identificato questa crudeltà sanitaria come negazione dello spirito del giuramento di Ippocrate, considerando che un'alternativa di quest'approccio inumano, talora applicato a titolo personale, potrebbe essere l'ossequio generalizzato di sanitari verso i poteri forti collegati col cartello chimico-farmaceutico di Bruxelles, derivato dall'I.G. Farbenindustrie. Però ho pensato che entrambe le scelte lascino il paziente in balia di se stesso in egual misura. Pertanto, in accordo con GLP, ho programmato di redigere una sintesi del Documento per divulgarla tra gli studenti delle scuole medie come prezioso strumento per autogestire la difesa contro gli inquinanti ambientali, derivati dal "progresso", responsabili della perdita della tolleranza (TILT) con acquisizione della sensibilità (SCM). Poi, una serie di difficoltà, insieme con un esplicito sollecito, mi ha spinto a fornire al ministero competente il lavoro in extenso già finito, in lingua italiana. L'ho quindi inoltrato quam celerrime (aprile 2012), per il tramite della malata GLP nominata in precedenza.

In seguito, altri impegni scientifico-divulgativi (pubblicazione del libro "Asbesto-Amianto, ieri-Oggi-Domani) mi hanno distolto da questo programma però, del tutto di recente, l'ho ripreso e portato a compimento. Infine, qualche giorno fa, in occasione degli incontri a Casale Monferrato, uno pubblico, l'altro riservato alle associazioni degli esposti all'amianto (17 settembre 2012), mi sono premurato di preannunciare al titolare del dicastero della sanità che riceverà quanto prima la presente sintesi di quel Documento di Consenso che, già da mesi (aprile 2012), è a sua disposizione. L'ho invitato a divulgarla e gli ho annunciato che, quanto prima, sarà inserita nel sito web www.grippa.org (come capitolo 8 del Quaderno n. 5-2012).

N.B. Questa sintesi riassume le parti I, II & III del Documento originario, e omette gli allegati e la bibliografia. Il lettore, tra il target, interessato al lavoro completo, può visitare liberamente il capitolo 2 del Quaderno n. 5-2012.

Quaderno n. 5 - 2012 di Giancarlo Ugazio

Lascio ai miei concittadini credenti la libertà di considerare la mia opera, descritta in modo ironico dall'allegoria del *Green Man*, equipollente alla recita di preghiere, ma desidero assicurare gli altri, laici come me, che penso di svolgere solo un compito assimilabile a quello dell'*ombudsman*, quel difensore civico che affonda le sue radici storiche nel III secolo d.C., ai tempi dell'impero romano, quale *defensor civitatis*, e che è stato rispolverato in tempi recenti nella Svezia del 1808, in attuazione della nuova costituzione del tempo.

Il fine ultimo di questa mia attività, di medico-non-pentito ed anche di scienziato-non-in-vendita, perseguito attraverso lo studio attento dei risultati della ricerca biomedica e della loro accurata divulgazione, è la lotta senza quartiere dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo.



Giancarlo Ugazio
Contatti: 011-7640356; 335-5938275
giancarlo.ugazio@grippa.org
www.grippa.org

Quaderno n. 5 - 2012 di Giancarlo Ugazio

THE GREEN MAN & MCS

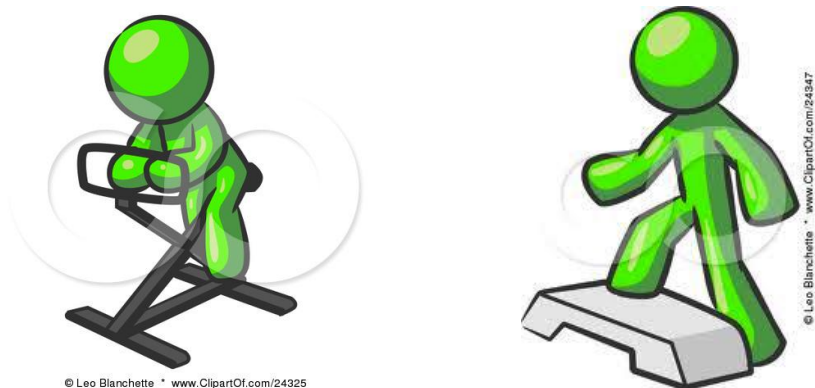


G.U.
e' qui

Avvistato lo sconcio ambientale, Green Man sbraita e scrive.



Green Man vuol lavare lo sconcio, rivanga e si allena con i pesi.



Si rinforza anche con la cyclette quindi sale il primo gradino.



Auguro a voi
di trovarvi li

Finalmente Green Man raccoglie i fiori e i frutti del suo lavoro.