

n° 80 agosto 2008

## indice

### Review e linee guida

- Hypertension Management in Neurologic Emergencies. Arthur M Pancioli. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. Ann Emerg Med 2008; 51: S24-7
- Hypertension With Acute Coronary Syndrome and Heart Failure. Deborah B Diercks, E Magnus Ohman. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. Ann Emerg Med 2008;51:S34-6
- Blood Pressure Management in Traumatic Brain Injury. Lori A Shutter, Raj K Narayan. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. Ann Emerg Med 2008;51:S37-8

### Lavori

- Non invasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema. Alasdair Gray, et al, for the 3CPO Trialists. NEJM 2008; 359: 142-51
- Cardiac troponin and outcome in acute heart failure. Peacock WF, De Marco T, Fonarow G.C, et al. N Engl J Med 2008; 358:2117-26.
- Diagnosis and treatment of blunt thoracic aortic injuries: changing perspectives. Demetriades D, et al. Journal of Trauma 2008; 646 ;1415-1419.
- Assessment of a new trauma workflow concept implementation a sliding CT scanner in the trauma room: the effect on workup times. Ping Fung Kon Jin PH. et al. Journal of Trauma 2008; 64:1320-1326.
- Outcomes in 140 critically ill patients with status epilepticus. Stéphane Legriél, et al. Intensive Care Med 2008;34:476-80
- Stroke thrombolysis in the emergency department as an alternative service for community hospitals lacking a stroke unit. Bruno Barroso, et al. Eur J Emerg Med 2008;15:71-4

### Aggiornamenti

Medicina d'Emergenza in Cina. A cura di Luca Iaboli

---

**Redattore Capo:** Mauro Fallani<sup>1</sup> [mauro.fallani@sanita.marche.it](mailto:mauro.fallani@sanita.marche.it) **Redazione:** Andrea Fabbri<sup>2</sup> [dr.andrea.fabbri@gmail.com](mailto:dr.andrea.fabbri@gmail.com) Rodolfo Ferrari<sup>3</sup> [dr.rofer@libero.it](mailto:dr.rofer@libero.it) Luca Iaboli<sup>4</sup> [liaboli@hotmail.com](mailto:liaboli@hotmail.com) Rita Previati<sup>5</sup> [preri@libero.it](mailto:preri@libero.it) **Supervisore:** Alberto Vandelli<sup>2</sup> [a.vandelli@ausl.fo.it](mailto:a.vandelli@ausl.fo.it)

<sup>1</sup>U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, <sup>2</sup>DEA AUSL di Forlì, <sup>3</sup>DEA S.Orsola-Malpighi Bologna, <sup>4</sup>DEA Reggio Emilia, <sup>5</sup>DEA Ferrara

---

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo <http://simeu.it/emiliaromagna/index.html>

- **Review e linee guida**

**Hypertension Management in Neurologic Emergencies.** Arthur M Pancioli. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. **Ann Emerg Med** 2008; 51: S24-7

Nelle emergenze neurologiche bisogna considerare che da un lato una pressione arteriosa (BP) elevata può causare danno in più letti vascolari (compreso il rischio di emorragia cerebrale), dall'altro che la riduzione dei valori pressori può compromettere la perfusione dei tessuti agli estremi del torrente circolatorio. I due fattori che regolano il flusso ematico cerebrale sono la pressione di perfusione cerebrale ed il sistema di autoregolazione cerebrale.

Nell'encefalopatia ipertensiva (caratterizzata da ipertensione, alterato stato mentale e papilledema), causata da perdita del sistema di autoregolazione del SNC, i farmaci antipertensivi consigliati sono labetalolo, nicardipina ed esmololo ev, con l'obiettivo di ridurre del 25% in 8 ore i valori di BP media (in origine per definizione > 150 mmHg); nitroprussiato ed idralazina sono sconsigliati.

Nell'ictus ischemico acuto periodi di ipotensione anche relativa vanno prevenuti per impedire un aumento del danno tissutale (è quindi sconsigliata la nifedipina sublinguale). Benché la questione dell'ottimale gestione dei valori di BP sia tuttora controversa, la terapia antipertensiva è consigliata nei candidati alla trombolisi (BP sistolica < 185, BP diastolica < 110), nei soggetti con concomitanti sindrome coronaria acuta, dissezione aortica, encefalopatia ipertensiva, insufficienza renale acuta, edema polmonare acuto, BP sistolica > 220 o diastolica > 120; i farmaci indicati sono labetalolo e nicardipina ev (senza spingersi sino a BP sistolica < 140 e diastolica < 90).

Nell'emorragia intracranica elevati valori pressori all'esordio correlano con prognosi infausta; i dati riportati in letteratura non sono concordi, ma la riduzione della BP qualora indicata deve essere graduale; se si ritiene che vi sia un aumento nella pressione endocranica (GCS < 8, deficit pupillare, shift della linea mediana, oblitterazione delle cisterne della base) l'obiettivo dovrebbe essere una BP media di poco < 130 (o sistolica < 180); in assenza di sospetta ipertensione endocranica il target è BP media < 110 e sistolica < 160; in caso di craniotomia la BP media va mantenuta < 100. Spesso in questi pazienti l'adeguato controllo del dolore è in grado di limitare i valori pressori. Gli antipertensivi di scelta sono labetalolo, nicardipina ed esmololo ev; nitroprussiato ed idralazina sono sconsigliati.

Nell'emorragia subaracnoidea la riduzione della BP è univocamente indicata; l'obiettivo è mantenere la BP media < 130 e sistolica < 160; la nimodipina è indicata per prevenire successivi danni neurologici ischemici e non nel trattamento antipertensivo acuto; vanno valorizzati il controllo del dolore e la sedazione per il loro potenziale ipotensivante; i farmaci antipertensivi preferibili sono labetalolo, nicardipina ed esmololo ev; nitroprussiato ed idralazina sono da evitare.

**Commento di Rodolfo Ferrari**

**Hypertension With Acute Coronary Syndrome and Heart Failure.** Deborah B Diercks, E Magnus Ohman. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. **Ann Emerg Med** 2008;51:S34-6

Il trattamento acuto dell'ipertensione arteriosa nella sindrome coronarica acuta è consigliato con nitroglicerina (sl o ev) e  $\beta$ -bloccanti ev quando la pressione arteriosa (BP) sistolica sia > 160 e/o diastolica > 100, con obiettivo di ridurre i valori di BP del 20-30%. In caso di infarto miocardico acuto con elevazione del tratto ST la trombolisi è controindicata in caso di BP > 185/100 mmHg.

Nell'insufficienza cardiaca e nell'edema polmonare acuto cardiogeno il farmaco antipertensivo di prima scelta è la nitroglicerina (ev a boli o in infusione continua) nei pazienti con BP sistolica iniziale  $\geq$  140 (o anche se compresa tra 90 e 139); il nitroprussiato o gli ACE-inibitori ev sono altre possibili opzioni (in aggiunta, naturalmente, ai diuretici).

**Commento di Rodolfo Ferrari**

**Blood Pressure Management in Traumatic Brain Injury.** Lori A Shutter, Raj K Narayan. The EMCREG-International Consensus Panel Recommendations. **Ann Emerg Med 2008;51:S37-8**

L'obiettivo del trattamento della pressione arteriosa (BP) nel trauma cranico non è l'ipertensione di per sé quanto il mantenimento della pressione di perfusione cerebrale; l'encefalo traumatizzato è infatti vulnerabile di fronte all'ipotensione in presenza di pressione endocranica aumentata. Le fasi di relativa ipotensione (frequenti in fase preospedaliera, spesso da emorragia e shock) correlano con una prognosi peggiore e beneficiano di terapia con infusione di soluzione salina o emoderivati. Il trattamento dell'aumentata BP (che indica una conservata capacità di autoregolazione) non è di norma consigliato. Il trattamento analgesico ed ansiolitico (consigliato con farmaci a breve emivita e basse dosi) va considerato anche sui suoi effetti ipotensivi. La pressione di perfusione cerebrale (nei soggetti con monitoraggio della pressione endocranica) dovrebbe essere mantenuta a 50-70; in caso di marcata elevazione della BP meritevole di terapia il farmaco di prima linea è il labetalolo; il nitroprussiato va evitato.

**Commento di Rodolfo Ferrari**

• **Lavori**

**Non invasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema.** Alasdair Gray, et al, for the 3CPO Trialists. **NEJM 2008; 359: 142-51**

Ecco, per alcuni versi, un "colpo" non indifferente inferto alle evidenze sino ad ora dimostrate relativamente all'efficacia delle tecniche di ventilazione non invasiva (NIV - sia CPAP che NIPPV a doppio livello di pressione positiva) nel trattamento dell'edema polmonare acuto cardiogeno (ACPE). Numerose metanalisi negli ultimi 3 anni avevano documentato la riduzione sia del tasso di mortalità (sino al 47%) che di intubazione, con forza tale da far ritenere "non più etico" negli studi di trattamento dell'ACPE arruolare pazienti all'O<sub>2</sub> terapia standard con ventimask (vedi Novità in Urgenza numero 74).

Questo trial clinico controllato, svolto nel Regno Unito, ha randomizzato 1.069 pazienti (degli iniziali 1.842) reclutati da 26 DEA nell'arco di 46 mesi in tre gruppi di trattamento (mantenuto per almeno 2 ore): 1) O<sub>2</sub> terapia standard (flusso di O<sub>2</sub> sino a 15 l/min, FIO<sub>2</sub> sino a 60%, con target di SpO<sub>2</sub> 92%), 2) CPAP (da 5 a 15 cmH<sub>2</sub>O) e 3) NIPPV (pressione inspiratoria tra 8 e 20 cmH<sub>2</sub>O, pressione espiratoria tra 4 e 10). Con la forza dei grandi numeri (il numero dei pazienti in questo lavoro è superiore al totale di quelli sino ad ora inclusi negli studi raccolti dalle metanalisi al riguardo), emerge dai risultati come non vi siano differenze significative né per la mortalità a 7 giorni (9,8% nel gruppo O<sub>2</sub> standard, 9,5% per i gruppi NIV, 9,9 % nei soggetti non reclutati), né a 30 giorni, né nei tassi di intubazione tracheale, né di ricovero in terapia intensiva, né nell'incidenza di infarto miocardico; la NIV presenta invece rispetto all'O<sub>2</sub> standard migliori risultati nel ridurre la dispnea, la frequenza cardiaca, l'acidosi e l'ipercapnia.

Non è chiaro come questo lavoro presenti tra i risultati molteplici aspetti in netto contrasto con quanto sino ad oggi pubblicato in letteratura; gli Autori stessi analizzano diverse opzioni di risposta (inappropriatezza della popolazione studiata, non corretta applicazione o inefficacia degli interventi terapeutici, errori nelle metanalisi) senza dirimere il dubbio. Non è semplice ad una prima occhiata a tavolino identificare errori o bias anche metodologici che possano avere condizionato i risultati di questo articolo pubblicato nientemeno che sul New England Journal of Medicine. A fronte di una straordinaria sovrapposibilità delle caratteristiche dei tre gruppi, vi sono però parecchi elementi non perfettamente chiari e comprensibili. Gli Autori affermano di aver arruolato pazienti con APEC di grado severo. Considerando però l'elevato numero di soggetti trattati, il livello medio di pH (7.22) e quello di PaCO<sub>2</sub> (56-58 mmHg), bisogna pensare che un numero consistente di essi fosse portatore di acidosi metabolica piuttosto che di una vera acidosi respiratoria. Inoltre, la SpO<sub>2</sub> media risulta del 90% all'inizio dello studio; non è dato conoscere se la rilevazione venisse ottenuta in aria ambiente o in O<sub>2</sub>, né tantomeno quale fosse la FIO<sub>2</sub> applicata in questo caso. In nessuna parte del lavoro si fa

cenno ad un parametro di scambio e monitoraggio fondamentale quale il rapporto  $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$ . E' poi curioso considerare che, in uno studio su pazienti considerati "severi", uno dei criteri di inclusione fosse una frequenza respiratoria  $> 20$  atti/min. Gli Autori dimostrano una eguale rappresentazione delle comorbidità nei tre gruppi, ma è quantomeno inusuale che la presenza di BPCO (senza che ne siano chiariti i criteri di diagnosi né ne sia stabilita la severità) non costituisca criterio di esclusione dall'arruolamento in uno studio prospettico di queste proporzioni. L'aspetto che probabilmente più ci colpisce in proposito è che la diagnosi di infarto miocardio sia affidata ai criteri WHO del 1971 (!). Come si siano comportati gli enzimi cardiaci e le troponine (con i conseguenti problemi diagnostici ed interpretativi) nei tre gruppi di trattamento non è specificato. Ancora riguardo alle comorbidità, non viene data alcuna interpretazione del loro significato fisiopatologico nell'ACPE. Facciamo un esempio: l'ipertensione arteriosa era ugualmente rappresentata nei tre gruppi di pazienti: ma quanti tra questi avevano ACPE "ed" ipertensione, e quanti ACPE "da" ipertensione? Non viene poi analizzato nei tre gruppi alcuno score fisiologico, né neurologico, né tantomeno un parametro fondamentale quale la funzionalità renale. In definitiva mancano sicure informazioni su quanti pazienti nei tre gruppi di trattamento fossero effettivamente "gravi" e meritevoli di terapia con NIV. In corso di intervento, non sono comunque poche le "anomalie" rilevate: la durata media di trattamento (CPAP 2.2 ore, NIPPV 2.0), il ridotto tasso di intubazione tracheale (rispettivamente nei tre gruppi 3 casi, 1 caso, 4 casi), la caduta della  $\text{PaO}_2$  ad un'ora di trattamento nei pazienti trattati con NIV. Tra i limiti oggettivi del lavoro, non sono esplicitati i criteri per l'intubazione (il che condiziona in modo non indifferente l'interpretazione dei risultati, anche considerando la scarsa attitudine anglosassone a tale metodica), non vi è una standardizzazione né vi sono elementi precisi relativi a tempi e dosaggi dei farmaci impiegati, non è chiaro secondo quale criterio alcuni soggetti trattati inizialmente in uno dei tre gruppi siano poi "trasferiti" ad un diverso tipo di trattamento anche con shift all'interno dei tre gruppi di studio (ad esempio 43 soggetti da  $\text{O}_2$  standard a CPAP, 49 da NIPPV ad  $\text{O}_2$  standard, ben altri 44 complessivi destinati ad un "nuovo trattamento non determinato" senza chiarire di cosa si tratti) e come questi vengano considerati al calcolo dei risultati; inoltre, se il passaggio da NIV ad  $\text{O}_2$  standard può essere motivato da intolleranza, quello da  $\text{O}_2$  standard a NIV deve presupporre una superiorità della NIV (il che rappresenta una contraddizione di termini, visto l'intento dello studio). Un ultimo aspetto riguarda il grado di esperienza degli operatori coinvolti. Più dell'80% di questi erano "esperti" nelle tecniche di NIV a detta degli Autori. Tale assunzione appare quantomeno questionabile se si considera che molti dei centri coinvolti nello studio hanno arruolato una ventina di pazienti in quattro anni (vale a dire 5 all'anno), qualcuno 11, uno 5 (!). Si potrebbe continuare con altre considerazioni di ordine tecnologico (un unico ventilatore domiciliare impiegato per lo studio, privo della possibilità di erogare una precisa  $\text{FIO}_2$ , assenza di utilizzo del generatore di flusso per la CPAP, ecc.), ma ci sembra di aver messo anche "troppa carne al fuoco" per una futura discussione che ci si augura quanto più ampia ed accesa possibile.

Alla luce delle conclusioni di questo studio, cosa cambia nella comune pratica clinica? Non molto. Viene confermata l'indicazione al trattamento con NIV dell'insufficienza respiratoria acuta (ARF) in corso di ACPE non responsiva alla terapia convenzionale e si conferma anche l'assenza di indicazione a comportarsi diversamente in presenza di sindrome coronarica acuta, senza differenze tra CPAP e ventilazione a doppio livello di pressione positiva. Ciò che cambia, invece, è la necessità che chi ha esperienza di NIV nel trattamento dell'ARF si rimetta a tavolino, oltre che al letto del paziente nel mondo di ogni giorno, per raccogliere e documentare i dati sull'efficacia della NIV nell'ACPE, trasportandoli definitivamente anche nel mondo delle evidenze.

**Commento di Rodolfo Ferrari e Paolo Groff DEA S. Benedetto del Tronto**

**Cardiac troponin and outcome in acute heart failure.** Peacock WF, De Marco T, Fonarow G.C, et al. *N Engl J Med* 2008; 358:2117-26.

La troponina è noto essere un marker che fornisce indicazioni diagnostiche e prognostiche nelle sindromi coronariche acute, ma non viene menzionata in caso di scompenso cardiaco dalle linee Guida attuali, che citano solo l'utilità del BNP, in particolare quando la diagnosi di scompenso cardiaco è dubbia. In questo lavoro sono stati valutati i livelli di troponina all'ingresso in oltre

84.000 pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco acuto (i pazienti del registro americano "ADHERE", citato anche nell'articolo precedente). I pazienti con troponina positiva avevano una pressione sistolica più bassa, una minore frazione di eiezione, una maggiore mortalità intra-ospedaliera. Inoltre, rispetto ai pazienti troponina negativi, richiedevano interventi farmacologici più complessi, con vasodilatatori e inotropi.

Conclusioni. I dati di questo articolo suggeriscono che la misurazione della troponina aggiunge importanti informazioni prognostiche alla valutazione iniziale del paziente con scompenso cardiaco acuto, facente parte della stratificazione globale del rischio. Un aumento della troponina in questi casi può indicare un danno cellulare derivante da meccanismi patologici connessi con la disfunzione miocardica, con conseguente stress ossidativo e meccanico. Emergono tuttavia alcune perplessità, in quanto in questo studio basato sul registro ADHERE non può essere esclusa nei pazienti con scompenso cardiaco acuto e troponina positiva la concomitanza di una sindrome coronarica acuta. Sono altresì auspicabili ulteriori verifiche in casi di scompenso cardiaco acuto non ischemico.

**Commento di Rita Previati**

### **Diagnosis and treatment of blunt thoracic aortic injuries: changing perspectives.**

Demetriades D, et al. **Journal of Trauma 2008; 646 ;1415-1419.**

Nell'ultimo decennio il percorso diagnostico e assistenziale dei soggetti con trauma toracico e sospetto di lesione dell'aorta toracica ha subito significativi cambiamenti. Lo studio in questione mette a confronto le strategie della pratica clinica e i risultati dell'attività clinica ricavati da database dell'American Association for the Surgery of Trauma dei periodi 1997 versus 2007. L'analisi dei dati di attività del 1997 ha visto 274 soggetti con lesione traumatica dell'aorta toracica provenienti da 50 centri trauma. I dati di questo periodo sono stati confrontati con quelli del 2007 che includevano invece 193 casi trattati da 18 centri trauma per un periodo di 26 mesi. Il confronto fra i due periodi è stato eseguito mediante confronto delle procedure di diagnosi definitiva (TAC, aortografia e ecografia trans-esofageo, RMN) e dei metodi di trattamento definitivo sull'aorta (sutura laparotomica verso riparazione con tecnica endovascolare, clampaggio e utilizzo di stent rispetto a tecniche di bypass). Sono considerati infine indicatori di percorso come l'intervallo di tempo fra l'evento traumatico e il momento della procedura chirurgica (tempestiva o meno) così come indicatori di esito (sopravvivenza, paraplegia correlata ad una non tempestiva riparazione o altre complicazioni gravi).

I risultati indicano un sostanziale cambiamento del percorso diagnostico: si è passati da un estensivo impiego dell'aortografia nel primo periodo (93.3%) rispetto alla angio TC (34.8%) ad un abbandono significativo della aortografia nel 2007 (8.3%) con un'affermazione dell'angio TC (87%). L'impiego dell'ecografia trans-esofagea a sua volta ha mostrato un progressivo abbandono (11.9% vs. 1.0%). L'analisi dei tempi documenta un incremento significativo del tempo medio dal trauma all'intervento chirurgico (16.5 ore nel 1997 vs. 54.6 ore nel 2007;  $p < 0.001$ ). Nel periodo 1997 la totalità dei soggetti è stata sottoposta a intervento per via laparotomia, tecnica impiegata solo nel 35.2% dei soggetti nel 2007, in quanto il restante 64.8% dei soggetti operati sono stati sottoposti a intervento per via endovascolare. Da segnalare nel gruppo sottoposto ad intervento chirurgico per via laparotomica l'incremento dell'impiego di tecniche di bypass (da 64.7% nel 1997 all'83.8% nel 2007). La mortalità è risultata ridursi dal 22% nel 1997 al 13.0% nel 2007 ( $P < 0.02$ ), con una consensuale riduzione anche degli esiti di paraplegie post intervento (da 8.7% a 1.6%  $P < 0.001$ ). Da segnalare peraltro un incremento del numero di reazioni da rigetto (dal 0.5% nel 1997 a 18.4% nel 2007). Oggi il percorso diagnostico per sospetto di lesione traumatica dell'aorta toracica ha visto un'affermazione dell'impiego in urgenza della angio-TC a fronte del quasi completo abbandono dell'aortografia e dell'ecografia transesofagea. Si è diffuso il principio dell'intervento temporaneo con protesi ad inserimento endovascolare con la riparazione definitiva posticipata dell'aorta lesionata. Sempre più diffusi i trattamenti per via endovascolare. Queste variazioni di tendenza hanno portato ad una riduzione della mortalità e del numero delle complicanze gravi come la paraplegia post intervento. Da segnalare come dato accessorio un incremento del numero delle patologie da rigetto.

**Commento di Andrea Fabbri**

**Assessment of a new trauma workflow concept implementation a sliding CT scanner in the trauma room: the effect on workup times.** Ping Fung Kon Jin PH. et al. **Journal of Trauma 2008; 64:1320-1326.**

L'impiego della TC multistrato nel percorso diagnostico del traumatizzato grave sta diventando sempre più frequente. In questo studio è stata valutata l'efficienza dell'impiego di una TC multistrato, direttamente disponibile in sala emergenza durante la fase di valutazione primaria di un soggetto con trauma severo. L'applicazione di un percorso diagnostico completo fin dalla prima valutazione in sala emergenza e senza spostamenti del paziente ha permesso agli autori di eseguire confronti su diagnosi, trattamento e outcome dei soggetti trattati nei due periodi diversi. Le caratteristiche cliniche e demografiche dei soggetti sono risultate simili nei 2 periodi. Un percorso diagnostico completo nel gruppo di soggetti sottoposti ad una TC multistrato è stato completato in media in 79 [SD 29 min], rispetto ad un tempo di 105 min [SD 48 min] dell'epoca percorso standard 2003. Il percorso diagnostico senza l'impiego di indagini TC risultava analogo nei due periodi 56 min nel 2005 e 53 min nel 2003. Le conclusioni di questo studio indicano che i tempi diagnostici di un percorso che prevede l'impiego sistematico di una TC multistrato direttamente in sala emergenza risultano più rapidi e efficaci rispetto ad un percorso tradizionale.

**Commento di Andrea Fabbri**

**Outcomes in 140 critically ill patients with status epilepticus.** Stéphane Legriel, et al. **Intensive Care Med 2008;34:476-80**

Questo studio retrospettivo francese valuta i fattori associati alla mortalità nei casi di status epilepticus (SE) (sia convulsivo o non convulsivo), definito come attacco della durata di almeno 10 minuti o più di 2 episodi senza recupero intercorrente dello stato di vigilanza, su 140 soggetti ricoverati in terapia intensiva (ICU) nell'arco di 8 anni. Il trattamento farmacologico prevedeva una prima linea con clonazepam (1 mg ev, ripetibile sino a 3 volte), seconda linea con fenobarbitale (10-15 mg/kg ev) o fenitoina (18 mg/kg ev), terza linea con tiopentale (bolo 5 mg/kg ev, poi infusione 3-5 mg/kg/h) nei casi refrattari. Nella fase diagnostica la TC era riservata ai pazienti con trauma o deficit neurologici focali, la puntura lombare in caso di febbre e sospetto di meningite, il dosaggio sierico dei farmaci anticonvulsivanti o di altri farmaci potenzialmente implicati e lo screening tossicologico secondo sospetto clinico, altri test di laboratorio per alterazioni metaboliche di rilievo. Tra i risultati emergono in particolare: età media 49 anni (range da 24 a 71); epilessia già nota nel 49% dei casi; crisi continua nel 58% dei casi (media 60 minuti, da 20 a 180), intermittente (2-3 minuti) nel 42%; crisi convulsiva (prevalentemente tonico-clonica generalizzata) nell'89% dei casi, non convulsiva 11%; insulto cerebrale come causa più frequente (53%), sospensione della terapia antiepilettica nel 20%, nel 35% dei casi la causa non è stata identificata; latenza media di 5 minuti (da 0 a 71) tra l'esordio della crisi e la somministrazione di farmaci; SE refrattario nel 25% dei pazienti; ventilazione meccanica necessaria nel 76% per una durata media di 2 giorni (da 1 a 7); insufficienza d'organo (oltre che neurologica) associata nell'85% dei casi (1 organo nel 21%, 2 - 29%, 3 - 19%, 4 o più organi nel 16%); degenza media in ICU di 5 giorni (da 2 ad 11); mortalità in ospedale 21% (complessivamente del 13,3% nel sottogruppo di pazienti con crisi di durata inferiore ai 30 minuti, 32,7% se superiore ai 30 minuti; 9 decessi dopo decisione di soprassedere alle manovre salva vita, 6 casi di shock settico, 5 morte cerebrale, 10 casi di insufficienza multiorgano). Viene consigliato il trattamento precoce delle crisi prolungate (dopo 5-10 minuti) quando cioè lo SE sia previsto come imminente piuttosto che già stabilito e definito, essendo l'efficacia della terapia di prima linea dipendente dalla durata dell'attacco; dei fattori di rischio correlati in modo predittivo alla mortalità, infatti, (cioè: età più avanzata, GCS, crisi continua, SE sintomatico e SE refrattario) solo lo SE refrattario può essere condizionato dal trattamento e dalla sua tempestività.

**Commento di Rodolfo Ferrari**

**Stroke thrombolysis in the emergency department as an alternative service for community hospitals lacking a stroke unit.** Bruno Barroso, et al. **Eur J Emerg Med 2008;15:71-4**

Esperienza “off label” di un centro francese (non incluso nello studio SITS-MOST) situato a 200 km dalla più vicina stroke unit (SU) nel trattamento con rtPA dello stroke. Dopo una fase di formazione ed organizzazione riguardante il personale coinvolto nella fase pre- ed intraospedaliera, un centro che può contare 24h/24 su team di emergenza territoriale, DEA, ICU, dipartimento di chirurgia vascolare, diagnostica per immagini, dipartimento di neurologia, disponibilità neurochirurgica, ha trattato in 22 mesi 40 soggetti (su 1.169 casi di stroke con accesso al DEA di cui 349 attacchi ischemici transitori, 192 stroke emorragici, 628 stroke ischemici) con trombolisi entro 3 ore dall’esordio dei sintomi (età media dei pazienti 69 anni, range 33-80; stroke carotideo 39 casi, 1 basilare; 11 casi a genesi cardioembolica) previo consenso informato. I risultati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli presentati in letteratura: è stato trattato con rtPA il 3,4% degli stroke (6,3% degli stroke ischemici), si è avuto 1 caso (2,5%) di emorragia sintomatica alla TC di controllo 24 ore dopo terapia, nessun miglioramento in 12 pazienti (30%), miglioramento negli score neurologici ben quantificabile in 14 soggetti (35%), 3 decessi durante ricovero (di cui 1 per emorragia cerebrale in ottava giornata; rischio noto, dopo 7-10 giorni, soprattutto per le lesioni ischemiche più estese), e risultato a 24 ore come fattore predittivo di buon recupero funzionale a 3 mesi. Questo studio suggerisce come sia possibile, in sicurezza, considerare un allargamento del numero dei centri legalmente abilitati alla trombolisi nello stroke rispetto a quanto attualmente previsto.

**Commento di Rodolfo Ferrari**

## • Aggiornamenti

### **Medicina d’Emergenza in Cina.** A cura di Luca Iaboli

*Sono un miliardo e 300 milioni. Sono più giovani di noi, lavorano più di noi, studiano più di noi. Hanno schiere di premi Nobel per la scienza. Guadagnano stipendi con uno zero in meno dei nostri. Hanno arsenali nucleari ed eserciti di poveri. La Cina è il più imponente modello di Stato autoritario, funzionale e modernizzatore che ha saputo in pochi decenni traghettare dalla miseria al benessere 300 milioni di persone (1).*

#### **Breve storia della Cina (dal 1949 ad oggi)**

*La repubblica Popolare Cinese è stata proclamata il 1°-X-1949, dopo la guerra civile fra i comunisti di Mao Zedong e i nazionalisti di Chiang Kai-shek conclusasi con la sconfitta di questi ultimi e con la loro fuga a Taiwan (2).*

*Nel 1949, quando Mao Tsetung e il Partito Comunista Cinese presero il potere, la Cina era un paese stremato dopo più di due decenni di invasioni straniere e guerra civile: povertà, malnutrizione, malattie endemiche erano piaghe diffuse da cui derivavano alti tassi di mortalità infantile (252 x 1000 nati vivi) e bassi livelli di sopravvivenza della popolazione (32 anni di speranza di vita alla nascita) (3).*

Nel primo Congresso Nazionale della Salute (1950) fu allestito un sistema sanitario in cui tutte le strutture, dai grandi ospedali ai piccoli dispensari, erano pubbliche (3).

Ai tempi di Mao Zedong, nelle campagne giravano i “medici scalzi”, che dovevano portare le cure elementari alla popolazione più povera. Anche se la propaganda maoista li esaltava, la loro competenza era modesta e i metodi arcaici. Almeno, però, riuscirono a far scendere i livelli di mortalità, in un’epoca in cui la Cina era un gigante povero che stentava a sfamare i suoi abitanti (1).

Dagli anni ‘50 agli inizi degli anni ‘80 il sistema sanitario cinese ha ottenuto enormi risultati: la mortalità infantile è crollata a 34 x 1000 nati vivi e la speranza di vita alla nascita si è innalzata a 68 anni (3).

Il 10 settembre 1976 il sole è tramontato sulla Cina: i cinesi sono rimasti senza il “Grande Timoniere”. Per tre lunghissimi, commoventi minuti 800 milioni di cinesi, un quarto dell’umanità a quei tempi, sono rimasti immobili, sull’attenti, la testa china, moltissimi in lacrime, a rendere l’ultimo omaggio a Mao Zedong (4).

Da lì la Cina è ripartita, e la rivoluzione culturale ha cambiato volto. In base alla Costituzione del 1982, la Repubblica Popolare Cinese è uno stato socialista, nel quale il partito comunista ha un'assoluta preminenza; nel 1993 è stato inserito nella costituzione il principio dell'“economia socialista di mercato”; gli emendamenti del 1999, del 2003 e del 2004 hanno introdotto il diritto alla proprietà privata (definita “inviolabile”), il principio dello stato diritto, lo svolgimento pubblico dei processi (5), il rispetto e la difesa dei diritti umani (6). Nel 2000 sono stati ripristinati, dopo oltre 50 anni, i voli diretti a Taiwan e liberalizzati i viaggi turistici (2).

<p><b>Economia di mercato: il caso Walt Disney (1)</b>  <i>Libri di Topolino, album colorati con le figurine del pesciolino Nemo, sono le prove a carico in un impressionante dossier sugli abusi dei diritti umani nelle fabbriche cinesi. Dietro gadget e giocattoli che vengono venduti dalla Disney ai bambini del mondo intero, ci sono le vittime di una tragica serie di incidenti in fabbrica: dita e mani amputate, morti sul lavoro. Le accuse sono documentate da un gruppo di ricercatori universitari di Hong Kong, che sono riusciti a raccogliere le testimonianze degli operai e le rivelano in un voluminoso rapporto con il titolo “In cerca della coscienza di Topolino”.</i></p>	<p><b>I dannati del miracolo (1)</b>  <i>Dall'interno della fabbrica, insieme con il “manuale delle bugie” gli operai hanno fatto giungere agli attivisti umanitari anche le fotocopie dei veri cartellini orari, le buste paga autentiche. Fanno turni quotidiani che, con gli straordinari obbligatori, possono raggiungere le 18 ore al giorno di lavoro. Hanno una settimana lavorativa di sette giorni su sette, con un solo giorno di riposo al mese. Le paghe sono di 13 centesimi di euro all'ora, inferiori perfino al salario minimo legale cinese. I ritardi nel pagare i salari sono frequenti e 50 operai sono stati licenziati nel gennaio 2004 dopo aver osato protestare perché la paga non arrivava. Non c'è pensione, non c'è assistenza sanitaria in caso di malattia. Nei dormitori vengono stipati 20 operai per stanza.</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### La salute del drago

Il nuovo corso politico-economico ha avuto drammatiche conseguenze sul sistema sanitario. Tra queste la più importante è stata la drastica riduzione della spesa sanitaria statale e il conseguente trasferimento alle province e alle autorità locali della responsabilità finanziaria sui servizi sanitari, attraverso la tassazione locale. Ciò ha avuto l'immediato effetto di favorire le province più ricche della costa rispetto a quelle rurali più povere e di porre le basi per una crescente disparità tra sanità urbana e sanità rurale.

La riduzione del finanziamento statale ha provocato di fatto la privatizzazione del sistema sanitario cinese: i finanziamenti locali infatti coprono solo una piccola parte (10-30%) delle spese dei servizi e dei presidi sanitari, che così sono costretti a vendere le prestazioni in un regime di mercato.

Ospedali e centri sanitari, dotati di una forte autonomia, impongono tariffe e possono generare profitti, da cui dipendono gli stipendi del personale medico. Il risultato è l'esplosione della vendita di farmaci e di servizi ad alta tecnologia (3).

I “medici scalzi” sono diventati professionisti della salute, impegnati anch'essi, al pari dei medici di città, a lucrare vendendo farmaci costosi. L'impatto della trasformazioni ha portato al collasso di un sistema di accesso universale ai servizi di base, che per anni ha rappresentato un modello per i paesi in via di sviluppo (3).

Se una volta il governo cinese offriva cure gratuite per tutti, oggi in pratica ciò non avviene: solo il 25% dei pazienti ha qualche forma di assicurazione privata e la maggior parte dei pazienti deve pagare per test, procedure e farmaci. Spesso, nello sforzo di risparmiare, il paziente richiede che certi farmaci non vengano somministrati o che procedure ed esami non vengano eseguiti (7).

*(Ndr: il resoconto successivo è tratto dal bel libro di Rampini (1))*

Appena si varca il portone dell'Istituto di Pechino per le malattie respiratorie e cardiovascolari, la sorpresa per lo straniero è garantita. In uno dei più avanzati ospedali pubblici della capitale, il

#### Dati economia e sanità (2-3)

PIL/ab:	1.151 \$ USA (2004)
PIL variazione annua:	7,5% (2004)
Speranza di vita (anni):	M 70; F 73 (2003)
Posti letto ospedale:	2,3 ogni 1.000 ab. (2003)
Medici:	1,6 ogni 1.000 ab. (2004)
Spesa Sanitaria Totale:	61\$ pro-capite (2003)
Spesa Sanitaria Pubblica:	2% PIL (2002)
Ospedali:	17.844
Centri sanitari in aree rurali:	46.014
Medici:	1,47/1.000 ab. (città 1,95; campagna 1.17)
Infermieri:	1/1000 ab. (città: 1,65; campagna 0,54)

salone d'ingresso accoglie la folla dei pazienti con dei tabelloni elettronici luminosi che sembrano le quotazioni di borsa di Wall Street: sono i prezzi di ogni visita specialistica, delle analisi del sangue, degli interventi chirurgici. A fianco, su un'altra parete, s'illuminano i prezzi dei medicinali... Perfino sul muro dove sono elencati i nomi dei medici, accanto a ogni professore e alla relativa specializzazione c'è in bella evidenza una cifra in yuan, il costo della visita. Nella sanità pubblica cinese tutto si paga e, in proporzione ai salari locali, si paga caro. Drappelli di malati e dei loro famigliari si accalcano all'ingresso dell'ospedale, scrutando attentamente i vari listini: le operazioni, le medicine, le visite. Bisogna farsi i conti in tasca prima di prendere appuntamento e, in certi casi, ci si rassegna e si torna a casa... Un intervento di pronto soccorso per la rianimazione: 120 yuan (12 euro). Una lastra di raggi X: 30 euro. Una diagnosi sul sistema immunitario: 40 euro. Le analisi del sangue: 20 euro.

Non si salvano le medicine: 9 euro una sola confezione per diabetici, 3 euro il kan rui tan antiallergico, 2 euro una scatoletta di banali pastiglie contro il raffreddore.

Per chi ne guadagna 100 al mese (il salario di molti lavori manuali a Pechino), anche un'influenza comporta un abbassamento del tenore di vita. Gli ospedali si difendono spiegando che da quando lo Stato ha tagliato loro drasticamente i sussidi, guadagnare sui farmaci è essenziale perché dalla vendita dei farmaci ricavano il 40% del loro autofinanziamento.

Mentre le cliniche private per i nuovi ricchi dilagano a macchia d'olio, "China Daily", organo ufficiale del governo, rivela che nelle grandi città il 60% degli abitanti sono sprovvisti di assicurazione e devono pagarsi tutte le cure... Ma è nelle campagne che la situazione è più drammatica: se ospedali e medici si specializzano nel vendere cure alla nuova middle class agiata delle grandi metropoli, il resto della Cina deve sperare nella buona sorte.

"China Daily" ammette che tra gli abitanti delle zone rurali (800 milioni di cinesi) la quota di quelli che non hanno nessun rimborso sanitario balza al 90%. Il risultato è che molti contadini non vedono mai un medico né mettono piede in un ospedale, salvo in punto di morte. C'è una battuta amara che circola tra i contadini: "un'operazione di appendicite vale il raccolto di un anno"... Ora il paese è una potenza economica, ma è diventata una versione estremista dell'economia di mercato: la Repubblica Popolare Cinese, governata da un partito che non ha mai smesso di definirsi comunista, è passata in un ventennio dallo statalismo egualitario alla scomparsa di ogni Welfare State. Tutto si paga, anche nei servizi pubblici. Per la sanità, la quota dei costi che ogni cinese deve pagarsi di tasca propria è passata dal 28% nel 1978 al 60% di oggi.

Campi di Riso e skyline di Shangai (foto T&T)



### **Medicina d'Emergenza in Cina (7)**

Nei paesi in via di sviluppo la spesa per la sanità è meglio investita in medicina preventiva o in progetti di salute pubblica. Ma la Cina di oggi è un mondo dai due volti fatto di campi di riso e di treni ad alta velocità. La medicina d'Emergenza, forse più di ogni altra specialità medica, è il riflesso della modernizzazione ed ha inizio proprio nelle città, dove deve rispondere alla domanda in aumento di un trattamento peculiare per la patologia cardiovascolare e traumatica.

Nelle grandi città infatti, le condizioni di vita (vedi di seguito) predispongono a uno spostamento epidemiologico dalle malattie infettive a quelle cardiovascolari e l'alta densità di veicoli determina un incremento della patologia traumatica: a Beijing nel 1989 c'erano circa 10.000 macchine contro le 250.000 del 2005 (8).

## Ruolo della medicina d'Emergenza in Cina

La medicina d'Emergenza è, rispetto al modello americano, ad uno stadio iniziale di sviluppo.

Sono oltre 60.000 i medici che lavorano nei PS e circa il 95% di questi non è stato formato in medicina d'Emergenza: si tratta di specialisti di altre specialità o medici di medicina generale senza un formale training postlaurea. D'altra parte, da anni sono presenti un'associazione nazionale, riviste specialistiche e programmi di training post-universitario: master di 3 anni, o specializzazioni di 4 o 5 anni (8) (*ndr: nel 1997*).

Mentre nei piccoli ospedali sono i medici di reparto che coprono le esigenze del PS, negli ospedali delle grandi città i medici vi lavorano stabilmente, spesso solo per alcuni anni prima di cambiare per una differente specialità.

Si stima che siano circa 3.000 (*ndr: nel 2001*) i medici che lavorano nei dipartimenti d'Emergenza delle grandi città che hanno ricevuto 1 anno o più di formazione appropriata.

Dato che il bisogno di personale qualificato è così grande, il prossimo futuro per il personale da impiegare nel dipartimento d'Emergenza sarà a due livelli: specialisti e personale con un breve training post-laurea di 6 mesi-1 anno.

Come è avvenuto in molti altri paesi, sin dal 2000 una collaborazione tra USA e Ministero della Salute Cinese ha condotto alla creazione di un percorso di formazione sui principali aspetti amministrativi della Medicina d'Emergenza: pianificazione strategica, organizzazione strutturale, flusso di pazienti, gestione di personale, materiale e capitale, miglioramento della qualità, sistemi informativi, ... , così da formare un gruppo di amministratori in grado di far progredire la Medicina d'Emergenza in Cina (9).

### Medicina d'Emergenza in Cina (7)

1980 - inizia la pubblicazione del Chinese Journal of Emergency Medicine

1983 - fondata l'Associazione Cinese di Medicina Emergenza (CAEM)

1985 - 1° congresso nazionale di medicina d'Emergenza ad Hangzhou

1986 - la medicina d'Emergenza diventa una specializzazione

1990 - inizia la pubblicazione del CAEM Journal Emergency Medicine

### La transizione demografica ed epidemiologica (3)

*La Cina è nel mezzo di una poderosa transizione demografica ed epidemiologica: nel 2000 solo il 7% della popolazione era composto da soggetti ultrasessantacinquenni, che nel 2040 rappresenteranno il 20% della popolazione, un quadro simile all'attuale situazione dei paesi più industrializzati.*

*Oltre all'invecchiamento della popolazione la Cina sta sperimentando una drammatica trasformazione in molti aspetti della vita sociale ed economica... l'urbanizzazione è un potente determinante dello sviluppo delle malattie croniche. Il diabete è un esempio: la prevalenza nelle grandi città è del 6%, contro il 3,8% nelle piccole medie città e lo 0,7% in campagna.*

*In Cina le malattie croniche rappresentano il 79% delle cause di morte: su 1 miliardo e 300 milioni: 160 milioni di adulti sono ipertesi, 300 milioni sono fumatori, l'obesità è considerata un'epidemia (il 25% dei maschi ed il 17% delle femmine).*

*Le malattie dell'urbanizzazione e dello sviluppo industriale convivono con quelle della povertà e del sottosviluppo: 4 milioni e 400 mila i casi di tbc, 300.000 i nuovi casi all'anno di malaria, e 800.000 i nuovi casi all'anno di schistosomiasi.*

### Urbanizzazione (1)

*La pressione a cui sono sottoposte le città incute sgomento. Chongqing è già la megalopoli più mostruosa del pianeta con i suoi 30 milioni di abitanti e un paesaggio da Inferno dantesco, da Blade Runner, in cui spesso il giorno non si distingue dalla notte, tanto il cielo e il Fiume Azzurro sono neri di inquinamento.*

*Pechino, Shanghai, Canton e Shenzhen si avviano tutte a raggiungere e superare la soglia dei 20 milioni di abitanti, un livello oltre il quale molti urbanisti ritengono che sia semplicemente impossibile governare una città. Superato un certo grado di concentrazione, tutto il sistema dei servizi rischia il collasso: dalle reti elettriche all'approvvigionamento idrico, dalle fognature allo smaltimento dei rifiuti, dal traffico alla criminalità, dalle scuole agli ospedali.*

## **Problemi della medicina d’Emergenza**

I problemi si ripetono uguali ovunque: la carenza di posti letto determina che il paziente aspetti molto prima di essere ricoverato in reparto. I pazienti sostano in PS spesso abbastanza a lungo ... l’attesa media in alcuni dipartimenti d’Emergenza è di oltre 2 giorni (8).

Come altrove, i medici d’Emergenza sono sottostimati e considerati dei generalisti con uno status inferiore agli specialisti, e la medicina d’Emergenza è considerata una specialità per giovani medici. Per chi invece considera il proprio mestiere come una possibile carriera, i problemi centrali sono il carico di lavoro più elevato e le difficoltà maggiori rispetto ad altre discipline, senza un corrispettivo economico offerto da altre specialità. Come altrove, i medici in Cina scelgono questo percorso, sapendo in partenza che lavoreranno più di altri colleghi, per la sfida e per l’interesse della disciplina.

## **Medicina d’Emergenza preospedaliera**

Il numero telefonico “120” (10) corrisponde al nostro 118 ed è attivo in molte città, ma non ancora nelle aree periferiche e rurali.

Il medico è a bordo dell’ambulanza per gestire i pazienti più gravi.

Le ambulanze partono dall’ospedale, oppure, nelle città più grandi, sono servizi che dipendono dal comune e la gestione del servizio territoriale e dell’ospedale sono quindi nettamente separate.

In questi anni sono state condotte campagne pubblicitarie per ridurre l’uso inappropriato del servizio e milioni di persone sono state formate in tecniche di rianimazione di base.

## **Strutture**

Generalmente sono presenti un’area di triage, una divisione tra emergenze mediche e chirurgiche, e unità di Osservazione Breve. Nei dipartimenti più grandi vi sono terapia intensiva e sale chirurgiche. I piccoli pazienti sono generalmente visitati da pediatri in un’apposita sezione del DEA.

Completamente differente è la soluzione adottata da altri ospedali in cui una larga area centrale è circondata da varie stanze con differenti specialisti (neurologi, oculisti, ...) che visitano sia pazienti ambulatoriali che emergenze.

## **Farmaci e attrezzature**

Il materiale per la rianimazione (defibrillatori, farmaci, attrezzatura per intubazione, ...) è presente in tutti gli ospedali e lo stesso vale per la diagnostica radiologica (TC). L’Urokinasi è ampiamente usata, mentre l’altro costo della rTPA ne preclude un uso diffuso.

## **Il drago nello stivale**

*Vanno quasi tutti a scuola i bambini cinesi che vivono in Italia. Si curano da medici cinesi, obbedendo a direttive che vengono da un capo che, a Genova, si chiama Wang. Non so quale autorità formale eserciti, ma certo è una persona autorevole se può decidere che i pediatri di strada, anche se gratuiti, non vanno bene per curare i bimbi della comunità.*

*Oltre alle differenze culturali profonde tra medicina occidentale e orientale, forse non è bene che si conoscano le condizioni per cui, sin da bimbi, i cinesi immigrati lavorano, fan tardi la notte, e s’addormentano a scuola con la testa sul banco. Recuperano le ore di sonno passate a cucire o lavar piatti in ristorante.*

*Per questo mi stupisco di veder arrivare un padre cinese col piccolo in braccio... (11)*



**Intervista a Ophelia Bik Kuen\*** (\*mediatrice culturale presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, ed il Centro Stranieri AUSL Reggio Emilia)

*A Reggio vivono molti cinesi: quanti sono? Cosa fanno?*

A Prato, Firenze, Milano sono molti di più... molti vivono vicino a Carpi. I numeri non li conosciamo; secondo le statistiche mi sembra che a Reggio ci siano 7.000-9.000 persone regolari, ma anche di questi non si sa con precisione dove vivono, dato che quando li cerchi a domicilio, non trovi mai nessuno... i cinesi girano, spesso. La maggioranza lavora con la confezione, nel settore della ristorazione o in altre attività commerciali quali bar e locali d'intrattenimento.

*Da dove arrivano: dalle città o dalle campagne?*

Le persone che dalla Cina si trasferiscono in provincia di Reggio Emilia per lavorare, provengono prevalentemente dalla regione dello Zenjiang, vicino a Shanghai, ... un territorio molto povero, prevalentemente rurale, grande come l'Italia (13).

*Come arrivano in Italia?*

Per arrivare in Italia vengono usati diversi percorsi. Clandestinamente giungono attraverso i territori dell'ex-Jugoslavia, passando dall'Albania o ultimamente attraverso la Russia, ma anche via Africa. Il trattato di Shengen del 1985 e la possibilità di avere un visto per la Comunità Europea, permette di arrivare senza ulteriori controlli. Attraverso i canali ufficiali si arriva in Italia direttamente sfruttando la richiesta di lavoratori specializzati e il ricongiungimento familiare successivo. Questi sono una minoranza: l'arrivo è spesso clandestino, il percorso migratorio lungo e tortuoso, di frequente gestito da un'organizzazione illegale (13).

*Quanto costa il viaggio?*

Inizialmente si tratta di una persona finanziata dalla famiglia, poi, quando si è sistemato inizia a fare il ricongiungimento familiare e chiamare 1-2-3. Oppure, se è entrato come clandestino, è venuto qui dove c'era già qualcuno ... non c'è più nessuno che viene qua senza appoggio.

Molti anni fa il viaggio costava dai 20 ai 40 milioni... oggi da quando è possibile avere un visto per il turismo, ci sono molte più possibilità. Con il visto turistico alcuni pagano 7.000 euro, oppure c'è chi usa il decreto flussi... per il ricongiungimento si pagano sino a 15.000 euro, ma poi si è regolari.

*Per un paese povero di campagna si tratta di una bella cifra!*

Se io guadagno 1.000 soldi al mese lì, corrispondono a 100 euro di qui; guadagnando qui 1.000 euro al mese, prendo 10 volte tanto. Spesso i lavoratori contraggono un forte debito che ripagano negli anni. I soldi necessari per il viaggio si raccolgono da parenti che credono nell'investimento... quando la persona tornerà a casa pagherà i debiti... con il 10% di interessi.

Con questo sogno tutti cercano di venire qua a guadagnare euro ... tutti credono che in Italia la luna sia più bella ... a caro prezzo però: la loro abitazione coincide con il prezzo di un appartamento a Prato. PS RE - 2007 (14)

*Chi non riesce a lavorare? Chi si ammala o si fa male?? chi non riesce a pagare?* Ci sono i parenti, qualcuno che garantisce... noi non chiediamo mai soldi ad un cinese. Ho parlato con Rossano (infermiere che si occupa di salute pubblica all'ambulatorio di Reggio Emilia), che mi forniva alcuni dati. Presso il Centro stranieri visitate 3.000 persone, circa 1.000, sono cinesi.

*Però qui in ospedale praticamente non ne vediamo... la mia impressione è di un numero molto basso, pronto soccorso, pochi, rispetto a quanti vivono in città.*

Vai a vedere in ostetricia e al nido. Ogni volta che lavoriamo in ospedale io e la mia collega abbiamo sempre molto da fare in quei reparti.

La realtà del flusso migratorio dalla Cina è spesso sconosciuta, in quanto i



Nazionalità	n°
Marocco	2281
Albania	1363
Tunisia	1130
Egitto	860
Ghana	734
Romania	606
<b>Cina</b>	<b>562</b>
Ucraina	387
Moldavia	379

servizi offerti dal territorio non vengono utilizzati dai cinesi. Il momento della nascita di un bambino è uno dei pochi momenti in cui le donne cinesi e i servizi vengono in contatto (13).

E' difficile che un cinese, anche regolare, usi il sistema italiano. Il problema fondamentale è che non sa la lingua italiana e non conosce tutto il percorso, difficile anche per gli italiani, che uno deve fare.

Anche per noi mediatori è una cosa molto faticosa... spieghiamo tutte le procedure al paziente che ci guarda negli occhi e il giorno successivo ci telefona chiedendoci "cosa deve fare? dove sono? dove devo andare?" ... e non ha capito nulla.

Quando uno ha conosciuto il sistema in Cina, senza questo tipo di burocrazia, qui per loro diventa difficile. In Cina tutto è l'ospedale... hai una bella cartella in cui viene scritto tutto; le visite fatte, il costo, ... sanno quello che vogliono e lo ottengono. C'è un medico che ti prescrive... e ti indica: vai a fare questo e quello, poi vai a pagare...

Là è tutto più veloce: paghi e fai tutto lo stesso giorno... invece qui devi sapere chi è il tuo medico di base, andare a parlare con il tuo medico di base, fare la visita mentre non capisci la lingua, ti prescrive una richiesta con la quale devi andare al CUP e prenotare ... e poi recarti ai poliambulatori e pagare in cassa prima di fare la visita, ... e lo specialista che ti vede ti prescrive un altro esame ... è impossibile.

*Quindi c'è chi preferisce tornare a casa per farsi curare perché qua è più difficile?*

In Cina paghi e sei a posto. C'è chi va fino a Shangai a cercare un medico... e costa meno: se qua costa 100 là costa 10. Un'ecografia in Cina si paga 200 soldi che corrispondono a 20 euro qua, e soprattutto non bisogna aspettare, mentre qui si aspetta. Anche 6 mesi... ma stai scherzando?

*Ma la medicina là è la stessa, si?*

Molte cose sono simili. Il nome, il dosaggio e i principi attivi sono uguali... i cinesi sono molto bravi a copiare, e hanno copiato quasi tutti i farmaci... prendono quello che funziona.

*E la medicina tradizionale?*

Anche adesso molti cinesi credono ancora in questo tipo di medicina e nell'uso delle erbe. Ci credono ancora perché è una teoria che funziona... più come prevenzione. Noi crediamo molto nell'energia... Ying e Yang (positivo e negativo, sole e luna). Quando uno dice che non va bene di corpo, o vengono dei brufoli, o ha caldo (ma senza febbre), o bruciano gli occhi, viene mal di testa, allora significa che l'energia è troppo positiva, e quindi vengono prescritte delle erbe per abbassare l'energia, qualcosa per aiutare l'equilibrio.

"Dentro gli organi sono depositate energie anche mentali"... , nel cuore, ad esempio, c'è l'energia mentale vera e propria, nel polmone alberga l'intuizione, nel rene si dà vita alla volontà, nel fegato sta la forza di decisione... nella medicina cinese un'emozione influenza un organo corrispondente (e viceversa), ad esempio: il cuore sente la gioia, il rene la paura, il fegato la collera, il polmone la tristezza e l'inquietudine, lo stomaco e la milza il rimuginare e le "idee fisse" (11).

Questa è la prevenzione: se uno è veramente malato ed ha bisogno di un intervento per appendicite si rivolge in ospedale...

Io personalmente ho provato, anche a casa mia. Di origine sono di Hong Kong. Quando ero bambina i genitori venivano dalla Cina e credevano anche loro in questa medicina. Quando avevo mal di gola, mi davano da bere un'ape regina piena di sale, bollita.

*Ci sono medici qui in giro che praticano medicina tradizionale?*

Ci sono dappertutto: Firenze, Prato, Milano, Reggio, Modena, Mirandola ... c'è sempre un medico cinese.

## Bibliografia

- (1) Rampini F. "L'impero di Cindia. Cina, India e dintorni: la superpotenza asiatica da tre miliardi e mezzo di persone." Arnoldo Mondadori Edizioni, 2006
- (2) "Calendario atlante De Agostini 2006", De Agostini Editore.
- (3) "A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute." 2° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS ([www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it))
- (4) Terzani T. "In Asia." Longanesi Editore, 1998

- (5) Condannato a morte il responsabile Food and Drug Administration Cinese, in Pary J. "Chinese court sentences former drug chief to death." BMJ 2007;334:1138.
- (6) Per chi vuole approfondire l'argomento, interessante il rapporto amnesty international 2008 (<http://thereport.amnesty.org/>). Per chi è interessato all'altra faccia della medaglia, ovvero la grinta con cui la Cina affronta gli USA sul tema dei diritti umani, molto ben fatto è il sito: [http://english.people.com.cn/200503/03/eng20050303\\_175406.html](http://english.people.com.cn/200503/03/eng20050303_175406.html)
- (7) Ali R. "Emergency medicine in China: redefining a specialty." J Emerg Med 2001;21:197-207. Si tratta del resoconto di una visita avvenuta a gennaio del 2000 di vari dipartimenti di Emergenza di grandi città.
- (8) Willis M. "International Collaboration Changes The Face of Emergency Medicine in China." Reperibile al sito: [www.med.wright.edu/whatsnew/daymed/april97.pdf](http://www.med.wright.edu/whatsnew/daymed/april97.pdf)
- (9) Hsu E.B. et al. "Development of emergency medicine administration in the People's Republic of China." J Emerg Med 2005;28:231-236
- (10) [www.em120.com](http://www.em120.com), il sito ufficiale della medicina d'Emergenza in Cina (in cinese)
- (11) Paolo Cornaglia Ferraris. "Pediatri di strada." Pensiero Scientifico Editore, 2006
- (12) Tratta da un articolo del Corriere della Sera del 19 febbraio 2008.
- (13) Shuyan S. et al. "Il drago e la fenice. La nascita dei bambini cinesi a Reggio Emilia, viaggi di andata e ritorno tra le origini ed il futuro: un'esperienza di corsi di accompagnamento alla nascita." AUSL Reggio Emilia.
- Dal 1998 opera nella AUSL di Reggio Emilia il Centro per la Salute della Famiglia Straniera. La presenza fissa della mediatrice culturale di lingua cinese ha fatto assumere al centro una funzione di riferimento per l'etnia cinese presente in città. Le donne cinesi in gravidanza seguite dal centro sono state: 138 nel 2002, 145 nel 2004 e 130 nel 2005.*
- (14) Accessi di pazienti extracomunitari nel corso del 2007 presso il PS dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. Il totale degli accessi è di circa 78.000.