

All'interno

- pag.3 Gestione della relazione tra normativa di prodotto e normativa su salute e sicurezza Analisi del d.lgs 81/08 ed i regolamenti reach e clp
- pag. 8 Il cuore in ospedale: tra tecnologie avanzate e umanizzazione delle cure
- pag. 12 Ancora sul consenso informato
- pag. 14 "Doctor Web": l'eHealth che rinnova la sanità

- pag. 18 Importanza della riabilitazione nella SLA
- pag. 20 L'aziendalizzazione della sanità
- pag. 21 Danno renale acuto da mezzo di contrasto (CI-AKI)
- pag. 25 Il Ginocchio del Saltatore

- pag. 27 La vivida oscurità del paziente Borderline
- pag. 34 La Rete Reumatologica Siciliana: un modello virtuoso per una buona sanità
- pag. 37 Ruolo dell'ecografia articolare nella diagnosi delle Early Arthritis
- pag. 39 Quale Consuelling in emergenza?

Sommario

pag. 2 L'editoriale - *Salvo Falcone - Direttore Responsabile*

Biologia

pag. 3 Gestione della relazione tra normativa di prodotto e normativa su salute e sicurezza Analisi del d.l.gs 81/08 ed i regolamenti reach e clp - *Dott.ssa Vilma Sabbatini*

Cardiologia

pag. 8 Il cuore in ospedale: tra tecnologie avanzate e umanizzazione delle cure - *Dott. Riccardo Guglielmi*

Diritto Sanitario

pag. 12 Ancora sul consenso informato - *Avv. Sergio Piccolo Salafia*

Ematologia

pag. 14 "Doctor Web": l'eHealth che rinnova la sanità - *Dott. Attilio Guarini*

Fisioterapia

pag. 18 Importanza della riabilitazione nella SLA - *Dott.ssa Simona Ganci*

Management Sanitario

pag. 20 L'aziendalizzazione della sanità - *Prof. Angelo Rosa*

Nefrologia

pag. 21 Danno renale acuto da mezzo di contrasto (CI-AKI) - *Dott. Orazio Marcello Trovato*

Ortopedia

pag. 25 Il Ginocchio del Saltatore - *Dott. Gaetano Gibellino*

Psicologia

pag. 27 La vivida oscurità del paziente Borderline - *Dott.ssa Concetta Mezzatesta*

Reumatologia

pag. 34 La Rete Reumatologica Siciliana: un modello virtuoso per una buona sanità - *Dott. Mario Bentivegna*

pag. 37 Ruolo dell'ecografia articolare nella diagnosi delle Early Arthritis - *Dott. Sebastiano Tropea*

Scienze Infermieristiche

pag. 39 Quale Consuelling in emergenza - *Dott. Sergio Pagliocca*



Salvo Falcone - Direttore Responsabile

Eccellenza e alta formazione, spending review e nuovi modelli di aziendalizzazione.

Sono solo alcuni dei punti riguardanti il comparto sanitario italiano caratterizzato da elevati livelli di specializzazione, ma anche da inevitabili carenze legate ai continui tagli della spesa e alla mancata prontezza nel recepimento di nuovi modelli capaci di imprimere - nelle intenzioni - una svolta epocale al settore.

Di sanità, oggi, si parla tanto e non solo per l'aumentato bisogno di assistenza sanitaria, ma anche e soprattutto per gli eccellenti risultati della ricerca scientifica conseguiti in molte specialistiche.

MEDIC@LIVE Magazine vuole offrire un rinnovato punto di vista sulla sanità italiana; uno spazio innovativo, insomma, sospeso tra il rigore delle informazioni fornite e la veloce individuazione e divulgazione di tutte le novità del settore. La società editrice e la redazione vogliono contribuire - nelle rispettive competenze - alla realizzazione di un magazine costantemente aggiornato e capace di offrire informazioni verificate. Un media che si presenta - pur sempre nell'ambito telematico - con due diverse piattaforme: quella testuale sul web e quella più comoda, da sfogliare, in un formato pdf ovviamente compatibile con i sistemi di lettura e-book. L'interazione, inoltre, sarà il punto di forza di **MEDIC@LIVE Magazine**: il nostro magazine è presente su tutti i social media nell'ottica della migliore interpretazione del web 2.0 e prevede la possibilità di ricevere contributi e segnalazioni che, in tempo reale e previa verifica, potranno arricchire ulteriormente i contenuti presentati a cadenza mensile.

L'attendibilità e la precisione dei contributi sono costantemente monitorate da un gruppo di lavoro e da un comitato editoriale di livello: sono entrambi garanzia per il lettore. I contributi sono, inoltre, arricchiti dalla realizzazione di servizi comprendenti video-interviste ai protagonisti della sanità in generale e della ricerca scientifica.

Nel ringraziare coloro i quali hanno contribuito alla stesura delle pubblicazioni di questo primo numero, auguriamo una buona lettura ai nostri lettori; ricordando che sono proprio loro al centro della nostra attenzione e destinatari di un lavoro che, speriamo, non risponda solo alle contingenze di una informazione veloce e incalzante, ma piuttosto offra contributi verificati e di qualità.

Gestione della relazione tra normativa di prodotto e normativa su salute e sicurezza Analisi del d.lgs 81/08 ed i regolamenti reach e clp

Normativa sociale

Il d.lgs 81/08 e s.m.i. rappresenta l'attuale normativa sociale in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e, in particolare, i capi i (protezione da agenti chimici) e ii (protezione da agenti cancerogeni e mutageni) del titolo ix si riferiscono all'esposizione ad agenti chimici pericolosi, cancerogeni e mutageni.

Al centro del d.lgs.81/2008 vi è la valutazione dei rischi riferita a gruppi omogenei di lavoratori esposti a rischi particolari. Il "gruppo" è definito sia in base all'attività svolta che all'esposizione nell'ambiente di lavoro: il richiamo al gruppo porta alla necessità di privilegiare l'adozione di misure di prevenzione di tipo collettivo.

Normativa di prodotto

Il regolamento ce 1907/2006 - reach concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche prodotte o importate nel territorio dell'ue in quantità pari o superiore ad 1 tonnellata/anno ed **il regolamento ce 1272/2008 - (clp) per la classificazione, etichettatura e confezionamento** di sostanze e miscele rappresentano una **normativa di prodotto**.

Il reach, insieme alle altre normative correlate, si riferisce al singolo prodotto (sostanza/miscela) e alle informazioni riguardanti lo stesso, mettendole in correlazione con gli usi.

Nel primo e secondo caso lo strumento privilegiato e più completo per trasferire e ricavare le informazioni di pericolosità di sostanze e miscele è la scheda dati di sicurezza disciplinata dal regolamento reach.

Queste le figure coinvolte: nel d. Lgs 81/08 e s.m.i. "il datore di lavoro rappresenta il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa".

Il regolamento CE 1907/2006 - reach riconosce un'entità legale con sede all'interno della comunità europea che deve adempiere a tutti gli obblighi previsti dal regolamento stesso.

Nel primo caso il datore di lavoro si interfaccia con le figure aziendali del dirigente, preposto, rspp, mc, rls, mentre nel secondo come "entità legale" possiamo considerare il fabbricante, l'importatore, l'utilizzatore a valle, il distributore, il fornitore.



Dott. ssa Vilma Sabbatini, Biologa e Ricercatrice. Coautrice di articoli scientifici e brevetti farmacologici. Docente certificato per la Sicurezza sul lavoro.

Occorre ricordare che il datore di lavoro può coincidere, nello stesso tempo e a seconda del prodotto che si considera, con il fabbricante, l'importatore, il distributore o l'utilizzatore a valle (il **"responsabile dell'immissione sul mercato"**, richiamato dal d.lgs. 81/08, corrisponde alla definizione di **fornitore**).

Per adempiere agli obblighi del regolamento reach risulta vantaggioso individuare alcuni referenti aziendali, ad es. come referente sicurezza prodotti avremo: il referente reach, referente clp, il referente sds, tutti collegati con la figura del dl.

Obblighi del datore di lavoro e del fornitore: ogni datore di lavoro (sia esso fabbricante, importatore o utilizzatore a valle) ha il compito di mettere in atto tutte le azioni finalizzate a garantire il trasferimento delle nuove informazioni, previste dall'applicazione dei regolamenti utili alla prevenzione dei rischi e alla sicurezza dei lavoratori, ai diversi soggetti della catena di approvvigionamento, avendo come scopo la valutazione completa e corretta di tutti i rischi.

Il dl deve richiedere la sds al fornitore per miscele classificate non pericolose ma contenenti sostanze pericolose in concentrazioni inferiori all'obbligo di classificazione, ai sensi dell'art. 31 par. 3 del reach, o comunque richiedere informazioni sulle sostanze rientranti nel campo di applicazione del reach, in quanto tali o contenute in miscele, come previsto dall'art. 32 del reach medesimo. Ai sensi dell'art. 223 comma 4 del d.lgs. N. 81/2008 e s.m.i., il responsabile dell'immissione sul mercato di agenti chimici pericolosi (fornitore) è tenuto a fornire al datore di lavoro acquirente tutte le ulteriori informazioni necessarie per la completa valutazione del rischio. In pratica informazioni necessarie per la valutazione dei rischi: caratteristiche di pericolosità per salute e sicurezza, proprietà chimico - fisiche, modalità di impiego. Per le modalità di impiego occorre considerare ad es: uso in sistema chiuso, uso in inclusione in matrice, uso controllato e non dispersivo, uso con dispersione significativa, tenendo anche conto degli scenari di esposizione allegati alla esds, se presenti e pertinenti.

Aggiornamento della valutazione dei rischi: se non ora, quando? La necessità di aggiornare la valutazione del rischio chimico da agenti chimici pericolosi, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro si effettua nei casi in cui le informazioni inerenti alle proprietà delle sostanze pericolose, cancerogene e mutagene siano state modificate o aggiornate dalle nuove norme. La valutazione del rischio è da ritenersi ancora valida nei casi di non variazione della classificazione di pericolo degli agenti chimici utilizzati. La necessità di aggiornamento della valutazione del rischio può sicuramente nascere dall'avvenuto riscontro di nuovi pericoli (ad es. Nel caso di variazione di classificazione di sostanze a seguito di revisioni delle stesse) e/o che lo scenario di esposizione previsto nella e-sds sia diverso dalle modalità di impiego degli agenti chimici presenti nelle condizioni operative di lavoro in essere.

Le schede dati di sicurezza, quali innovazioni?

Scheda dati di sicurezza. Dal 1 dicembre 2010 esiste un nuovo formato in base al regolamento 453/2010 con inserimento classificazione clp, richiesta di maggiori informazioni e di dati, maggior numero di sottosezioni ...

Scenario espositivo. dal 1 dicembre 2010: uno o più allegati per specifico uso; solo in caso di sostanza registrata reach, prodotta e/o importata ≥ 10 t/a e classificata pericolosa. Problematiche emergenti: complessa lettura, documenti voluminosi (anche > 100 pagine), mancanza di armonizzazione di formato...

Chi valuta la conformità dello scenario espositivo?

L'attività di verifica della conformità allo es per la parte relativa alle attività dei **lavoratori presuppone una conoscenza delle condizioni** in cui la sostanza è **usata/manipolata** nell'ambito dell'azienda; richiede anche le **competenze** proprie delle figure che nell'ambito dell'azienda effettuano la valutazione dei rischi in base al d. Lgs. 81/08 oltre al referente sicurezza dei prodotti della propria azienda. **L'attività di verifica** della conformità dello scenario espositivo per la parte dell'ambiente presuppone una conoscenza: **del destino delle acque reflue e delle emissioni in atmosfera del sito industriale in esame, della produzione di eventuali rifiuti**, nonché competenze specifiche relative alle tecnologie adottate nel loro trattamento.

Per i prodotti senza sds

Il **reach** richiama e rafforza l'aspetto che il responsabile dell'immissione sul mercato di agenti chimici pericolosi (**fornitore**) è tenuto a comunicare al **ddl informazioni necessarie** per la completa vdr.....infatti **l'art. 32 del reach** conferma **l'obbligo del fornitore di comunicare tutte le informazioni necessarie a valle** della catena d'approvvigionamento per le sostanze in quanto tali o in quanto componenti di preparati (miscele) per le quali non è prescritta una sds, al fine di una corretta gestione del rischio chimico.

Regolamento reach

Obbligo di comunicare informazioni a valle della catena d'approvvigionamento per le sostanze in quanto tali o in quanto componenti di preparati per le quali **non è prescritta una scheda di dati di sicurezza**. Il fornitore di una sostanza, in quanto tale o in quanto componente di un preparato, che non è tenuto a fornire una scheda di dati di sicurezza a norma dell'articolo 31 comunica al destinatario le informazioni seguenti:.....d) ogni altra **informazione disponibile** e pertinente sulla sostanza, necessaria per consentire **l'identificazione e l'applicazione di misure appropriate di gestione dei rischi**;3. I fornitori aggiornano tempestivamente le informazioni nelle seguenti circostanze: a) non appena si rendono disponibili nuove informazioni che possono incidere sulle misure di gestione dei rischi o nuove informazioni sui pericoli;

Lettera circolare della commissione consultiva permanente

L'art. 6 del d.lgs. 81/08 istituisce la commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro. Comitato 9: agenti chimici (componente: confindustria; esperto: fch):

"prime indicazioni esplicative in merito alle **implicazioni** del regolamento (ce) n. 1907/2006 (...reach), del regolamento (ce) n. 1272/2008 (...clp) e del regolamento (ue) n. 453/2010 (...concernente le disposizioni sulle schede dati di sicurezza), nell'ambito della normativa vigente per gli ambienti di lavoro (titolo ix del d.lgs.

81/08 e s.m.i, capo i “protezione da agenti chimici” e capo ii “protezione da agenti cancerogeni e mutageni”).

Approvate il 20 aprile e pubblicate con lettera circolare del ministero del lavoro il 30 giugno 2011.

Ricadute su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

1. Definizione e individuazione delle figure coinvolte (es. datore di lavoro - fabbricante/importatore/distributore/utilizzatore a valle, responsabile dell'immissione sul mercato - fornitore).

2. Terminologia (es. preparati - miscela).

3. Nuove sds e nuovi criteri di classificazione delle sostanze e delle miscele pericolose

4. Nuovo sistema di etichettatura (es. le indicazioni di pericolo - h, i consigli di prudenza - p ed i pittogrammi introdotti da regolamento clp non sono sempre riconducibili alle frasi r, s ed ai simboli di pericolo)

5. Coesistenza di etichettatura su imballaggi diversi dello stesso prodotto (secondo il regolamento clp e secondo la vecchia normativa fino al 1 giugno 2015).

6. Necessità di aggiornare la valutazione del rischio chimico da agenti chimici pericolosi e cancerogeni/mutageni negli ambienti di lavoro nei casi in cui le proprietà pericolose e cancerogene/mutagene siano state modificate.

7. Necessità di aggiornare la formazione/informazione per lavoratori, dirigenti, preposti e rls, come previsto dal d.lgs. 81/2008, relativamente ai nuovi criteri di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e miscele pericolose ed alle nuove misure di prevenzione e protezione eventualmente da adottare

8. Classificazione di agenti chimici pericolosi e agenti cancerogeni e/o mutageni a i fini della sorveglianza sanitaria.

9. La necessità di aggiornare la segnaletica di sicurezza in base ai nuovi pittogrammi introdotti dal regolamento clp.

Le criticità legate ai valori limite di esposizione occupazionale

Oel (occupational exposure limits) versus dnel (derived non effect level)

loel (oel) valori limite di esposizione professionale presi in considerazione per la valutazione del rischio chimico (art. 223, d.lgs. 81/2008 e s.m.i.). Individuati dalle autorità es e recepiti da ogni stato membro, dopo un preciso iter di approvazione e con il coinvolgimento di differenti stakeholders. Obbligatori in ogni stato membro.

Dnel utilizzato dal fornitore di una sostanza per la costruzione degli scenari espositivi allegati alla sds. Derivati dal fornitore per la registrazione reach e la relativarealizzazione di un csr. Contenuti nel dossier di registrazione e riportati nella sd.

Quindi: mantenere distinti i due parametri; laddove vi è di riferimento solo il dnel, verificare l'ottemperanza allo scenario e alle rispettive misure di gestione del rischio- (non al valore numerico!!).

Sanzioni

D.lgs. 81/2008 il sistema sanzionatorio prevede **arresto o ammenda** in caso di violazioni di obblighi previsti dalla norma, come, ad esempio: -art. 29, comma 1 **“il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) in collaborazione con il rspp e il mc nei casi di cui all'articolo 41 (sorv. Sanitaria)”**. -art. 155, comma 1 **“è punito con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.500 a 6.400 euro il datore di lavoro. A) per violazione dell'art. 29 comma 1”**

Regolamento reach (d.lgs. 133/2009) visto che è indirizzato alla **“sola” entità legale**, prevede sanzioni **principalmente di tipo amministrativo** e non penale.- ad esempio, l' art. 10 prevede che il datore di lavoro che non consenta ai lavoratori o ai loro rappresentanti di accedere alle informazioni (art. 35 del regolamento reach) ottiene una sanzione amministrativa da 15.000 a 90.000 euro.

Il cuore in ospedale: tra tecnologie avanzate e umanizzazione delle cure



Dott. Riccardo
Guglielmi,
Direttore U.O.C.
Cardiologia Ospedale
AOU Policlinico di Bari.

Bibliografia

Thomas, W.I., Thomas, D.S., 1928,
The Child in America. Behavior problems and programs

Alfred A. Knopf,
New York, cap. XIII *The Methodology of Behavior Study*, pp. 571-572.

Daniel Callahan
La medicina impossibile, Baldini & Castoldi, 1998

Cattorini P.M.
Bioetica metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici, Elsevier Italia s.r.l., 2011, 4° edizione

Mario Affronti
Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti XIII Congresso nazionale SIMM Agrigento 14-17 maggio 2014

Don Mario Persano
La ricerca della Bellezza Levante editori 2014

La Cardiologia del terzo millennio si caratterizza per l'indispensabile contributo fornito dalle tecnologie avanzate, dall'uso di materiali e "device" dispositivi in continua evoluzione e miglioramento, da sistemi informatici sempre più raffinati e da molecole nuove, di grande efficacia terapeutica, che l'industria farmaceutica propone sul mercato. Tutto questo, nonostante la crisi che l'attuale congiuntura economica determina sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e sui settori strategici legati alla ricerca, alla produzione e alla vendita.

L'ecocardiografia, l'emodinamica, l'elettrofisiologia, la cardiostimolazione e la tele-cardiologia sono le ultraspecialità nelle quali la tecnologia ha un espressivo ruolo in termini di peso, valore e costo. La telecardiologia, oggi a tutti nota come la possibilità di trasmettere un ECG da una postazione esterna (ambulanza, farmacia, ambulatorio di medicina di base) a una centrale operativa, in un prossimo futuro permetterà l'esecuzione di cicli riabilitativi o controllo di patologie gravi, come lo scompenso cardiaco, mentre il paziente è nella sua abitazione, senza necessità di un ricovero ospedaliero; esempio di tecnologia che crea risparmio per il SSN.

Nel campo informatico le tecnologie avanzate in cardiologia sono usate per l'innovazione e l'ottimizzazione dei processi diagnostici, terapeutici e di training dedicati alla gestione clinica, interventistica e riabilitativa del paziente affetto da sindrome coronarica acuta, scompenso, aritmie. Grazie ad esse stiamo riuscendo a ottimizzare e automatizzare i processi clinici dei nostri ricoverati, a sviluppare sistemi innovativi di supporto ai processi diagnostici e terapeutici, con particolare interesse per la cardiologia interventistica, per la gestione del pronto soccorso e del paziente critico. Le alte tecnologie incidono sui processi riabilitativi di pazienti cardiologici usciti dalla fase acuta, grazie a modelli di gestione e monitoraggio delle attività di recupero, attraverso sistemi di controllo a distanza delle attività riabilitative programmate. La telecardiologia permette il controllo a distanza anche delle sale di emodinamica ed elettrofisiologia, consentendo così un notevole miglioramento del processo diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti affetti da malattie del cuore. La particolarità di questi processi integrati è la multi-medialità; saranno realizzati sistemi aperti nelle Unità HUB che potranno essere potenziati secondo le eventuali criticità di singole Unità SPOKE.

La tecnologia e i progressi della medicina, in generale, e della cardiologia, in particolare, hanno aperto enormi orizzonti di conoscenza, ma pongono una serie di problematiche importanti relative al decidere e all'agire del medico. Le conseguenze di tutto ciò si ripercuotono sul governo clinico, sull'appropriatezza d'uso delle informazioni e soprattutto **sull'esercizio sostenibile dell'agire medico** che possa giovare al singolo uomo malato, in un contesto d'invecchiamento demografico e cronicità delle patologie.

Cardiologia

La **formazione** del medico del terzo millennio deve essere vista come un itinerario ideale che preveda la **Bioetica**, come punto di partenza, la **Buona medicina** come punto di arrivo senza tralasciare o trascurare l'indispensabile tappa intermedia, la **Medicina sostenibile**.

La **Bioetica** è il punto di partenza di un atto medico corretto e rappresenta il primo viaggio di questo ideale itinerario iniziatico. Deriva da εθος (o ηθος), carattere o comportamento, costume, consuetudine e βιος, vita, e possiamo definirla come la disciplina che si occupa delle "questioni morali legate alla ricerca biologica e alla medicina".

Discorso più impegnativo riguarda la **medicina sostenibile**. Secondo Daniel Callahan, bioetico statunitense *"La medicina deve prendere parte alla ricerca del significato, all'elaborazione dei riti sociali e culturali con cui si cerca di far fronte alla malattia e alla morte..."*. Il primato della scienza è fuori discussione. Esso però ha spinto ai margini le prospettive religiose, i contributi delle scienze umane, le culture popolari e tradizionali. **La medicina sostenibile apre la mente al senso del limite**. Tutta la bioetica, se vogliamo, poggia proprio sul principio secondo cui *«non tutto quello che si può (praticamente) fare si deve anche (moralmente) fare»*. Ne viene fuori una critica severa delle fallaci promesse della tecnologia, quelle che ti fanno sperare nel rinvio indefinito della malattia e della morte. Per Callahan, la malattia accompagna la nostra vita in maniera **ineliminabile** e la morte non può e non deve essere rinviata oltre certi limiti dettati dal normale ciclo di vita. Su questa idea centrale, si basa l'idea di medicina sostenibile, come corollario di una rivisitazione filosofica della nozione stessa di progresso.

Obiettivo della Medicina Sostenibile è l'agire del medico e del suo gruppo che giovi al singolo uomo malato. Il governo clinico è l'insieme di competenze e risultati (efficienza, efficacia, rendimento, qualità). Se al governo clinico, così inteso, aggiungiamo l'**Umanizzazione delle cure**, quest'ultimo si trasformerà in **BUONA MEDICINA**; ferro e carbonio che miscelati sapientemente insieme danno l'acciaio.

Per raggiungere la meta della **Buona medicina** dobbiamo avere chiare queste quattro premesse (presupposti per l'umanizzazione delle cure): la cultura del malato influenza in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica; esiste una forza terapeutica della relazione che oggi sembra essere trascurata; bisogna abbattere i livelli d'incomprensione; l'approccio non è un modello unico e deve essere personalizzato.

Platone diceva che: *"... lo straniero separato dai suoi concittadini e dalla famiglia deve ricevere un amore maggiore ..."*. Ippocrate: *"... E in ogni luogo dove andrete, sarà per il sollievo dei malati. Non desistete dal prestar loro attenzione e ascoltate i loro problemi ..."* e che *"... Esistono malattie legate alla povertà ..."* riferendosi sicuramente alla tubercolosi. I nostri vecchi maestri ci hanno insegnato ad avere verso i malati un approccio olistico a 360°. Il sociologo **Thomas** formulò un teorema secondo il quale *"... Se gli uomini definiscono reali certe situazioni esse saranno reali nelle loro conseguenze ..."*.

vedi gli effetti della scarsa informazione ufficiale da parte di autorità statali, su certi atteggiamenti, francamente razziali e discriminatori, da parte di amministratori locali, dirigenti scolastici, che hanno adottato provvedimenti poco scientifici, per le problematiche legate al virus Ebola.

Fatti questi riferimenti storici e sociali, come si deve comportare il medico dei giorni nostri, specialmente in ospedale, per rendere umane le cure? La risposta è semplice. Il medico deve saper ascoltare, deve saper vedere, deve lasciar parlare, deve essere attento ai bisogni e alle richieste dell'utenza, al mutamento dei tempi, delle tecniche di comunicazione e delle politiche sociali. Non è certo cosa da poco o facile. Il medico deve avere certezza e cultura che non possono essere annullate da mode né può accettare modelli che entrano in conflitto con i presupposti di saggezza, umanità e competenza che sono le caratteristiche della propria coscienza e non dovrà abdicare dal ruolo centrale.

Quando curi la malattia, puoi vincere o perdere. Quando ti prendi cura della persona, puoi solo vincere. La medicina non è una scienza esatta. E' invece strettamente legata al principio di probabilismo e di causalità che derivano dall'agire umano. L'errore è sempre dietro l'angolo, non dobbiamo abbassare la guardia. La certezza diagnostica-terapeutica in medicina è un'utopia: il non ammettere improbabili sicurezze rivelano presunzione intellettuale e il rifiuto di comprendere che nella pratica medica non vi sono garanzie né certezze. Nelle professioni sanitarie, ci vuole umiltà, tanta umiltà.

E' necessario rivedere con senso critico un quadro del 1897 di Picasso giovane, *Carità e Sofferenza* (Museo di Barcellona), diventato una sacra icona del rapporto medico paziente. Il medico porge le spalle alla paziente ed è assorto, con molto distacco professionale, nel controllo del polso arterioso, grande "tecnologia" per quegli anni.

Il moderno cardiologo dell'ospedale deve lavorare con cuore e grande passione, senza mai "dare le spalle" a chi gli chiede aiuto. Deve saper creare un'alleanza terapeutica che produca un nuovo atto medico. La conseguenza sarà una maggiore fiducia dei medici nei confronti dei pazienti con riduzione dell'atteggiamento difensivo e maggiore fiducia dei pazienti nei confronti dei medici con riduzione dell'insoddisfazione, talvolta persino del rancore. L'errore rimane una possibilità, seppure negativa delle cure sanitarie ed è il medico, in primis, a essere chiamato ad affrontarlo. La Cardiologia è sempre più arricchita dalle innovazioni tecnologiche. L'effetto è sulla cura del malato che diventa un assemblato di procedure raffinate e tecnicamente complesse.

Negli ultimi decenni i medici hanno perso SOVRANITA'. La medicina clinica è passata in secondo piano e la medicina strumentale ha fatto il sorpasso.



Cardiologia

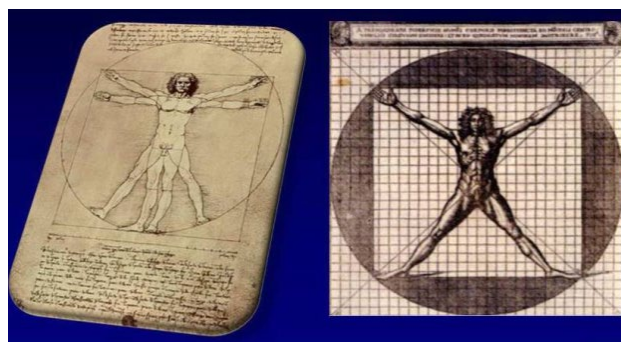
Perché questo? La risposta è semplice. E' entrato a gamba tesa l'aspetto giuridico, il pezzo di carta del referto ha superato l'esame obiettivo. Umanizzazione delle cure significa che il comportamento del medico debba tendere a questi risultati: la tecnologia sia mezzo e non fine; la cura del malato non si riduca alla cura della malattia.

Questi risultati non potranno essere raggiunti solo con la buona volontà di un medico sempre più assediato da burocrazia e condizionamenti difensivi. Università e Politica devono fare la loro parte. L'Università deve saper selezionare e formare professionisti capaci, che abbiano cultura, attenzione umana ai malati, capacità d'ascolto, visione nel prendere decisioni, attitudine al comunicare, condivisione e attenzione alla sostenibilità, capacità di lavorare in gruppo, fare sistema. Come insegnano i filosofi tutto è Politica e i politici devono creare le condizioni, anche legislative, affinché il medico possa aggiungere qualità agli anni e non aggiungere soltanto anni alla vita. Quest'obiettivo non potrà mai essere raggiunto senza un riesame giuridico della colpa medica e senza che sia favorita, al medico, l'autonomia nella professione. Difendere l'autonomia del medico significa essere dalla parte del cittadino utente e non di lobby o d'interessi economici. Per la sanità la peggiore malattia è la burocrazia, togliamo forza alla malattia non ai medici, per curare bene un malato ci vuole libertà di cura e il malato è una persona non un modulo da compilare: questi sono i messaggi che il politico deve accogliere affinché, difendendo l'autonomia del medico, il malato possa ricevere cure migliori e più umane.

L'umanizzazione deve scaturire da un'armonia di comportamenti, integrando le varie figure professionali non solo di un singolo team ma anche tra ospedale e territorio, medicina di famiglia e specialistica. L'armonia si percepisce osservando con gli occhi del cuore l'Uomo di Vitruvio di Messer Leonardo. Espressione diretta e spontanea di armonia che non potrà mai essere colta osservando la quadratura del cerchio dell'Uomo di Vitruvio disegnato da Cesariano.

In medicina è indispensabile saper aggiungere alla bellezza dell'armonia, creatività, intelligenza, passione, amore e perché no, senso dell'umorismo.

Un medico cardiologo libero da condizionamenti, paure e atteggiamenti difensivi, anche se inserito in percorsi clinici e diagnostici di alta tecnologia, quasi da fantascienza, non verrà mai meno ai suoi doveri etici, morali e umani quando curerà qualsiasi cittadino che gli chiede aiuto per problematiche di salute.



Ancora sul consenso informato



Avv. Sergio Piccolo
Salafia,
Diritto Civile e Diritto
Amministrativo

“Oltre alle patologie che mi trovo ad affrontare quotidianamente, mi accorgo talvolta che il mio principale avversario, professionalmente, può diventare il paziente stesso”.

A fronte del carattere apparentemente criptico di simili affermazioni, non è infrequente ascoltare esternazioni di malcontento da parte di medici (e professionisti sanitari in genere), i quali apprendono delle crescenti azioni giudiziarie – risultate poi vittoriose – intentate da pazienti che ritengono di aver subito una violazione dei propri diritti, a causa di omissioni relative al rilascio del consenso al trattamento terapeutico praticato.

Ciò che si lamenta, in sostanza, è la circostanza che l'attività medica è ormai fonte di responsabilità sia (ovviamente) nell'ipotesi di sua esecuzione non corretta, in presenza di esiti negativi del trattamento – erogato senza rilascio del consenso o mediante consenso reso senza la dovuta consapevolezza – sia in quella di trattamento eseguito correttamente ma, ugualmente fonte di responsabilità, per vizi attinenti il c.d. consenso informato, che tutela il diritto del paziente ad autodeterminarsi liberamente in merito alla prestazione sanitaria.

Escluse le ipotesi relative a trattamenti medici erogati in stato di necessità per l'imminente pericolo alla salute del paziente (dove la stessa prestazione del consenso non è possibile o è resa da soggetti diversi, in relazione alle circostanze del caso concreto), infatti, si è assistito ad un'evoluzione in senso garantistico della disciplina, distinguendosi il consenso informato nella sua “accessorietà” al trattamento medico e, dall'altro lato, il carattere autonomo del medesimo, quale espressione del diritto fondamentale del paziente alla propria libera autodeterminazione.

Può subito evidenziarsi che – tutelandosi il preminente diritto alla salute del paziente e, in relazione ad esso, il diritto parimenti fondamentale dell'autodeterminazione – il contenuto degli obblighi di informazione non differisce a seconda che il paziente si sia rivolto ad una struttura ospedaliera pubblica, privata o, in alternativa, anche ad un singolo professionista in regime privatistico.

Ai fini della responsabilità, infatti, le uniche differenze riguardano l'individuazione del soggetto “immediatamente” responsabile in caso di violazione, piuttosto che responsabile in via “mediata” (ovvero colui sarà sottoposto ad azioni civilistiche di rivalsa, a seguito della responsabilità accertata nei confronti della struttura ove opera).

La natura del consenso informato è stata ormai più volte descritta dalla giurisprudenza di Legittimità, ritenendosi che: *“secondo l'orientamento costante di questa Corte, costituisce violazione del diritto inviolabile all'autodeterminazione (artt. 2 e 3 Cost., e art. 32 Cost., comma 2) l'inadempimento da parte del sanitario dell'obbligo di richiedere il consenso informato al paziente nei casi previsti (v. Cass., sez.un.*

11 novembre 2008, n. 26972; Cass. 9 febbraio 2010, n. 2847)

Come evidenziato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 438 del 2008, il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Carta costituzionale". "La responsabilità del sanitario per violazione dell'obbligo del consenso informato discende a) dalla condotta omissiva tenuta in relazione all'adempimento dell'obbligo di informazione in ordine alle prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente sia sottoposto b) dal verificarsi – in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, e, quindi, in forza di un nesso di causalità con essa – di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente.

Non assume, invece, alcuna influenza, ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, la circostanza che il trattamento **sia stato eseguito correttamente o meno**" (Cass. Civ., III Sez. 20.8.2013 n. 19220).

Deve puntualizzarsi, inoltre, che non è sufficiente la prestazione del consenso (in quanto, appunto, carente del carattere di "informato") mediante la sola sottoscrizione della modulistica predisposta dal medico, dall'operatore sanitario o dalle stesse strutture ospedaliere.

La predetta decisione, in linea con l'orientamento consolidato, afferma ancora che esso, oltre ad essere personale, "deve poi essere specifico e esplicito deve essere, inoltre, reale ed effettivo, sicché non è consentito il consenso presunto e deve essere, altresì, anche attuale, nei casi in cui ciò sia possibile".

Sul carattere bivalente del diritto al consenso informato ed alla duplice fonte di danno che deriva dalla sua violazione, inoltre, più di recente è stato affermato che: "la violazione, da parte del medico, del dovere di informare il paziente, può causare **due diversi tipi di danni: un danno alla salute**, sussistente quando sia ragionevole ritenere che il paziente, su cui grava il relativo onere probatorio, se correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti; nonché **un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione in se stesso**, il quale sussiste quando, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (ed, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute" (Cassazione civile, sez. III 30/09/2014 n. 20547). Alla luce dei superiori principi, ormai stabilmente riconosciuti e suscettibili di evoluzioni ulteriori in senso garantistico, un imperativo è d'obbligo: informarsi, informare e poter provare di avere informato compiutamente!

“Doctor Web”: l’eHealth che rinnova la sanità



Dott. Attilio Guarini,
Direttore UOC Ematologia e Terapia Cellulare IRCCS,
Istituto Oncologico
“Giovanni Paolo II” Bari.

“...l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi ed al trattamento...”.

È questa la definizione di Telemedicina sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

L'impossibilità dei pazienti di essere presenti ogni qualvolta il percorso di cura lo rende necessario come in alcuni controlli diagnostici, il ricorso a tecnologie innovative oggi ha reso possibile erogare servizi di assistenza sanitaria attraverso la trasmissione sicura di informazioni e dati nella forma di testi, suoni, immagini.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico e l'uso sistematico da parte degli ospedali delle Regioni italiane potrebbe contribuire significativamente alla revisione organizzativa dei diversi SSR che non possono prescindere dall'incremento della tanto auspicata “de-ospedalizzazione”.

Per disegnare percorsi assistenziali nuovi ed alternativi al ricovero, spesso impropri, gli ematologi dell'Istituto Oncologico di Bari hanno messo a punto un prototipo di teleassistenza e telemonitoraggio domiciliare per i pazienti affetti da malattie onco-ematologiche nelle fasi acute del trattamento, con l'obiettivo della riduzione dei costi conseguente al contenimento della durata della degenza, una maggiore appropriatezza delle prestazioni, ma soprattutto, con un conseguente miglioramento della qualità della vita a parità di out come, assicurando, la continuità e l'integrazione del percorso assistenziale con una visione ed una gestione integrata dell'assistenza centrata sul paziente.

Il prototipo, in fase avanzata di sviluppo ed implementazione, consiste in un sistema tecnologico altamente evoluto di assistenza domiciliare per il monitoraggio, direttamente al domicilio del paziente, dei principali parametri vitali ad alta intensità di cure, con la relativa trasmissione e visualizzazione direttamente nella cartella clinica elettronica del paziente, in tempo reale, dei dati rilevati dai devices diagnostici e con il conseguente ritorno, in multi-canaltà, al paziente e al medico di medicina generale, del feedback generato dal team specialistico dedicato (piano terapeutico, indicazioni prescrittive, dieta, esami supplementari), che interviene anche in caso di alert per terapie di emergenza nonché con la condivisione delle informazioni generate.

La definizione di un nuovo ed avanzato modello di assistenza domiciliare con telemonitoraggio del paziente onco-ematologico, trova ragion d'essere sulla necessità assistenziali dei pazienti che presentano, dopo chemioterapia,

neutropenia severa a rischio di gravi infezioni e che richiedono ricoveri frequenti e prolungati con elevata intensità assistenziale ed ingente impiego di risorse.

La crescente numerosità di questi pazienti determina problematiche connesse a liste d'attesa e disponibilità di posti letto dedicati con elevati costi delle procedure assistenziali in regime di degenza ordinaria che peraltro generano DRG poco remunerativi con conseguente rischio di insostenibilità organizzativa ed economica.

L'obiettivo dell'Istituto Oncologico di Bari è stato, dunque, quello di confrontare il costo-beneficio di percorsi gestionali alternativi dopo chemioterapia convenzionale ed eventualmente anche dopo trapianto di cellule staminali ematopoietiche, con una attenta valutazione della sicurezza in termini di rischio di mortalità e morbilità treatment-related ed una analisi del "cure rate" nei differenti setting assistenziali.

Esistono in letteratura diverse esperienze sulla gestione domiciliare di questo subset di pazienti sia in Europa che negli USA, ma in nessun caso è stato sperimentato l'utilizzo di "point of care al domicilio".

Molti dei programmi descritti in letteratura presentavano lo svantaggio di obbligare comunque a frequenti accessi in ambulatorio o DayHospital e comportavano esborsi out of pocket da parte del malato con uno spostamento della spesa dalla struttura sanitaria alla famiglia.

Buona parte degli insuccessi era inoltre legata alle difficoltà dei pazienti di raggiungere l'ospedale in una condizione clinica che spesso è caratterizzata dai sintomi della disidratazione e dalla febbre.

Il progetto di telemonitoraggio del paziente oncoematologico prevede la gestione del periodo di aplasia post-chemioterapia direttamente a domicilio secondo un modello di Home Care senza i giornalieri accessi in regime di DH o ambulatorio grazie al monitoraggio tramite point of care allocati al letto del paziente.

"Attori" dello studio sono i pazienti affetti da Mieloma Multiplo, Linfomi e Sindromi Mielodisplastiche sottoposti a chemioterapie intensive o non intensive a rischio di tossicità ematologica grado 3-4. Il paziente selezionato e adeguatamente formato al momento della dimissione ospedaliera dove viene infusa la chemioterapia, viene dotato presso il proprio domicilio di opportune strumentazioni che trasmettono in remoto ed in tempo reale dati clinici ed ematochimici alla "control room" della struttura ospedaliera e sul tablet/PC del medico di medicina generale. Tali dati vengono monitorati h24 dal personale medico ed infermieristico ed in caso di necessità clinica il paziente viene riammesso in ospedale.

Il sistema, studiato in modo tale da avere il minor ingombro possibile per l'equipe che si recherà in assistenza domiciliare per l'installazione, si struttura in 2 componenti fondamentali:

1. Sistema diagnostico di monitoraggio

2. SMART HOMECARE BOX.

Il sistema diagnostico di monitoraggio è costituito da devices, che consentono al personale sanitario ed ai caregiver di eseguire in modo semplice e vicino al paziente una serie di valutazioni strumentali ed analisi al di fuori dal laboratorio tradizionale, senza la necessità di personale tecnico specializzato o laureato al fine di avere immediatamente dati indispensabili per la valutazione dei parametri metabolici e vitali del paziente e poter modulare in tempo reale la terapia come se il paziente fosse ricoverato.

Il sistema consente la determinazione certificata (precisione e ripetibilità) dei parametri vitali mediante monitoraggio non invasivo transcutaneo e indagini ematiche sia da prelievo capillare che da prelievo venoso.

Il sistema di monitoraggio non invasivo transcutaneo consente di valutare in modalità continua: saturazione d'ossigeno (SpO₂), frequenza cardiaca, ECG a 4 derivazioni e temperatura corporea.

I point of care consentono di effettuare le principali indagini di laboratorio sia da prelievo capillare che da prelievo venoso (emocromo, piastrine e formula leucocitaria, elettroliti, emogasanalisi, glucosio, funzionalità renale e gli enzimi cardiaci (cTnI, CK-MB, BNP).

L'installazione del sistema consta di pochissime operazioni, considerata l'estrema flessibilità e semplicità d'uso dei sistemi diagnostici, classificabili a pieno titolo nella definizione di Point of Care Testing.

Ciascun domicilio dispone inoltre di un'unità di acquisizione, che afferisce tramite connessione bluetooth ad una macchina che integra le funzioni di gateway bluetooth ed inoltre dei dati (Smart Care Home Box), dispositivo ideato e messo a punto a hoc per il prototipo.

Il prototipo Smart Homecare Box è un sistema multicanale di trasmissione dei dati rilevati dai devices diagnostici suddetti direttamente nella cartella clinica elettronica del paziente, con il conseguente ritorno al paziente, in multicanalità, del feedback generato dal personale medico ospedaliero (piano terapeutico, indicazioni prescrittive, esami supplementari), e la simultanea condivisione delle informazioni generate tra tutti gli attori sanitari coinvolti nella gestione del paziente.



Ematologia



Il paziente disponendo dei dispositivi elettronici comuni e diffusi come la televisione, il personal computer e il cellulare collegato a internet in mobilità (smartphone o tablet), può leggere il referto delle indagini ed le relative prescrizioni specialistiche.

Vitale importanza riveste la selezione del paziente da avviare a questo peculiare subset assistenziale che rappresenta, sostanzialmente, una ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) supportata dalle potenzialità dell'ICT (Information and Communication

Technologies) che consentono una assistenza specialistica "virtuale simulando appieno la condizione del ricovero in ospedale.

La valutazione della fattibilità prevede anzitutto la presenza di requisiti essenziali quali la "compliance" del paziente e dei familiari, le condizioni socio-ambientali, la presenza di care-giver che devono essere opportunamente "formati" oltre che ai requisiti "clinici" del paziente la cui patologia deve essere stabilizzata, riservando tale setting assistenziale al monitoraggio delle fasi di aplasia.

La sperimentazione del prototipo, di recente attivazione, nonostante l'elevata compliance e gradimento degli utenti, ad oggi non ha ancora prodotto dati "robusti" che ci consentano di confermare l'ipotesi di validità del modello.

Riteniamo, comunque, che il tentativo di ottimizzare il processo assistenziale con una ospedalizzazione domiciliare "avanzata" possa essere probabilmente la forma migliore per erogare le terapie ancillari in quanto consente di prendersi cura globalmente e costantemente del paziente che si sente "protetto" come in ospedale rimanendo tra gli affetti dell'ambiente familiare.

Va considerato, inoltre, che le malattie oncoematologiche sono più frequenti nell'età avanzata dove la terapia di Guarini-3supporto (per la qualità stessa dell'assistenza) è essenziale. e poter erogare diagnostica e terapia direttamente al domicilio del paziente riteniamo possa presentare innumerevoli vantaggi dal punto di vista umano, organizzativo, economico e soprattutto di qualità della vita dei pazienti e della famiglia.

Le azioni così progettate diventano importantissime per il sistema e quindi ci auguriamo trovino le motivazioni e le risorse necessarie per la loro sostenibilità e per divenire sistema di lavoro abituali e permanenti affinché il numero dei pazienti che potrà usufruirne possa ampliarsi significativamente.



Importanza della riabilitazione nella SLA



*Dott.ssa Simona Ganci,
Fisioterapista.
Si occupa di assistenza
domiciliare presso
il distretto di Lercara
Friddi (PA)*

SLA: raggrinzimento (sclerosi) della porzione laterale (laterale) del midollo spinale e perdita del trofismo o nutrimento muscolare (amiotrofica). E' una malattia degenerativa progressiva dei motoneuroni; del 1° motoneurone che si trova nella corteccia cerebrale e trasporta il segnale nervoso attraverso prolungamenti che dal cervello arrivano al midollo spinale e del 2° motoneurone, detto anche periferico o spinale, che è formato da cellule nervose che trasportano il segnale dal midollo spinale ai muscoli.

Oggi è importante parlare di SLA e, negli ultimi tempi, quest'argomento ha avuto molto spazio nelle pagine dei giornali e delle trasmissioni televisive per aver colpito personaggi famosi, specialmente in ambito sportivo (ricordiamo molti calciatori). E' venuta alla ribalta grazie anche all'iniziativa "ice bucket", il secchio d'acqua gelida gettato in testa per sostenere le donazioni a favore della ricerca, portata avanti da molte celebrità e personaggi famosi. Tale azione è stata scelta perché il ghiaccio e lo shock termico simulano quella che diventa la sensazione di dolore e intorpidimento di un malato di SLA che non riesce più a respirare autonomamente.

Oggi la SLA è considerata una malattia rara con incidenza 1-3 casi ogni 100.000 abitanti, prevalenza 6-8 ogni 100.000 abitanti. Ogni giorno sono registrati, in media, 3 nuovi casi. In Italia, attualmente, sono 5.000 c.a. i malati di SLA. Rimane una malattia molto difficile da capire e trattare in quanto non è nota la sua eziologia e non esiste una cura capace di annientarla, pertanto l'unica "strada" percorribile è quella della Riabilitazione. Il trattamento riabilitativo nella SLA, più che in altre patologie degenerative, è una sfida per ciascun riabilitatore in quanto è una lotta contro il tempo. Nella mia esperienza lavorativa ho trattato diversi casi di SLA e ogni volta ho capito come, in realtà, a differenza delle altre figure mediche o sanitarie, il riabilitatore è colui che più di tutti sta a contatto con il paziente: "vive" con lui la malattia e concorre a migliorarne la qualità di vita. La malattia può essere paragonata ad un "uragano" capace di travolgere, con la sua forza distruttrice, la vita dei soggetti colpiti e delle famiglie che ogni giorno si ritrovano, spesso da sole, a vivere e lottare contro questo male; ma, a differenza di un uragano che nel tempo si placa, con la SLA purtroppo nulla si ferma e nulla può tornare alla cosiddetta "normalità": è un continuo sprofondare nella disperazione dovuto al progredire della patologia che si arresterà solo con lo spegnimento del corpo.

Non esiste un programma riabilitativo standard da eseguire passo dopo passo, ma si può attuare un progetto riabilitativo individuale da creare e adeguare su ciascun paziente in base alla sua condizione clinica e necessità di aiuto. La Riabilitazione accompagna il paziente dalle prime fasi della malattia sino all'ultimo istante della sua vita; chiaramente in ciascuna fase o momento mirerà a obiettivi diversi.

Fisioterapia

Ricordiamo che fondamentale è il legame di fiducia e collaborazione che si viene a instaurare tra terapeuta e paziente ma anche con i familiari, i quali saranno educati e formati per la gestione dell'assistenza domiciliare.

Nella prima fase, quando ancora non vi è perdita di autonomia funzionale ma riduzione di essa, lo scopo del trattamento sarà quello di rallentare il processo di perdita funzionale con conseguente disabilità grave attraverso mobilizzazione passiva e attiva, cambi posturali, esercizi di rinforzo muscolare e, laddove sia possibile, lavoro sulla deambulazione o trasferimenti assistiti, per esempio sulla carrozzina.

Purtroppo, con il progredire della malattia - che varia da persona a persona - ci si imbatte in problemi e complicanze caratterizzate dalla progressiva perdita di movimenti volontari a carico degli arti superiori e inferiori, serie difficoltà nell'espressione verbale e nella deglutizione (pazienti con disartria o anartria e con nutrizione enterale tramite PEG), compromissione della funzione respiratoria (con ventilazione meccanica non invasiva sino ad arrivare alla tracheostomia), che costringerà il soggetto a vivere in una condizione di "intrappolamento di sé nel proprio corpo".

Occorre dunque una presa in carico del paziente a 360°, dal punto di vista riabilitativo e sanitario; inoltre, con la collaborazione di altri professionisti quali logopedista, psicologo o infermiere, il programma riabilitativo sarà un processo in continua evoluzione che di volta in volta si comporrà e adatterà alle nuove condizioni cliniche che via via si presenteranno.

Nel momento in cui la malattia si presenta in una fase avanzata, è chiaro che gli obiettivi saranno diversi. Si continuerà con le mobilizzazioni, che diventeranno esclusivamente passive, con frequenti cambi posturali per prevenire complicanze da allettamento e si procederà con la Fisioterapia respiratoria che mira a ritardare il ricorso alla tracheostomia. Scopo della Fisioterapia respiratoria è la prevenzione delle infezioni respiratorie (la debolezza dei muscoli respiratori che rendono estremamente difficoltosa l'espulsione del catarro); il miglioramento/mantenimento dell'elasticità della gabbia toracica lavorando sui muscoli coinvolti nella respirazione (la limitata attività può causare una rigidità della cassa toracica: la respirazione a elevata frequenza (F) e ridotto volume corrente (VC) associata a scarsa attività fisica riduce la necessità di ampie escursioni respiratorie che col tempo provoca un irrigidimento dei tessuti della cassa toracica, come tendini e legamenti, e le anchilosi delle articolazioni costo-sternali e costo-vertebrali); il mantenimento di un'adeguata ventilazione alveolare (la debolezza o la paralisi dei muscoli che controllano la ventilazione, portano a uno stato di ipoventilazione alveolare e la prognosi di questi pazienti è determinata, e spesso resa infausta, dalla conseguente insufficienza respiratoria).

Si può quindi affermare che la Riabilitazione è un processo fondamentale e indispensabile nei malati di SLA, che non ha però come fine "il recupero di funzioni" o il "riabilitare", bensì lo scopo di migliorare la qualità di vita di questi pazienti mettendo in "campo" tutte le nostre forze e competenze, cercando di regalare ai nostri pazienti piccoli o grandi benefici che possono essere di conforto nel loro irreversibile destino di rimanere "intrappolati in queste sabbie mobili che possiamo chiamare SLA".

L'aziendalizzazione della Sanità



*Prof. Angelo Rosa,
Vice Direttore Operativo,
Docente di Human
Resource Management,
LUM School of Management – Università
LUM Jean Monnet*

Il sistema sanitario italiano ha subito, a partire dagli anni '90, un processo di aziendalizzazione determinato dai profondi cambiamenti dell'ambiente esterno, definito dall'aumento degli spazi di azione a disposizione delle stesse aziende e sfociato nella ridefinizione degli assetti organizzativi nonché nell'individuazione di nuovi ruoli. Dagli anni '90 in poi si è assistito a un profondo cambiamento delle logiche prevalenti di macro assetto e a una maggiore articolazione della struttura organizzativa delle aziende sanitarie.

Il cambiamento nelle dinamiche della domanda e nella definizione dei bisogni, l'evoluzione delle tecnologie a disposizione, la ridefinizione del ruolo della politica e delle istituzioni, lo spostamento del sistema di finanziamento hanno profondamente cambiato lo scenario: i risultati delle aziende diventano sempre più misurabili in termini oggettivi e il management ha bisogno di leve gestionali adeguate per poter assolvere ai propri compiti e rispondere alle esigenze espresse dal cittadino-cliente.

In questo contesto le aziende sanitarie brain-intensive, cioè ad alta intensità di capitale intellettuale e di professionisti, sono chiamate a trovare un equilibrio tra aspettative politiche, professionali, sociali e istituzionali. Si attivano quindi processi di sviluppo organizzativo, di adeguamento dell'organizzazione e dei suoi membri alle sfide poste dall'ambiente esterno. Cambiano, di conseguenza, i sistemi attraverso i quali vengono prese le decisioni, si organizza il lavoro, si misurano le performance e si governa l'innovazione.

Le forti pressioni ambientali e i fabbisogni organizzativi, derivanti dalla necessità di un approccio multi-disciplinare e multi-professionale, hanno determinato, nel corso degli ultimi anni, forti cambiamenti organizzativi nelle aziende sanitarie, le quali necessitano di una vera e propria rivoluzione in termini organizzativi. Uno degli "ingredienti" principali, che possono aiutare il cambiamento, è la formazione. La formazione e quindi l'Educazione Continua in Sanità (ECM) diventano, anche grazie all'avvento di nuove tecnologie e di nuove forme di apprendimento quali la Formazione a Distanza (FAD), uno strumento rilevante di governance. La FAD diventa uno strumento formativo facilmente fruibile in quanto abbatte notevolmente i vincoli territoriali e temporali in quanto è accessibile a tutti e in tutti i momenti della giornata. La formazione diventa quindi un veicolo necessario per traghettare tutti gli "attori" del mondo sanitario in una nuova Sanità ed è solo attraverso questa che si può pianificare e costruire il cambiamento.

Danno renale acuto da mezzo di contrasto (CI-AKI)

Il danno renale acuto da mezzo di contrasto (m.d.c.), dopo procedure sia diagnostiche che interventistiche, viene definito come l'aumento della creatinina serica (CrS) di oltre il 25% o di 0.5 mg/dl o del 50% in più rispetto al valore basale con una contrazione della diuresi a valori inferiori di 0.5 ml/kg/ora per 6 ore.

La frequenza di CI-AKI nei soggetti con Filtrato Glomerulare ridotto $20 < (GFR) < 60$ ml/m/1,73m² si attesta intorno al 13% dei pazienti non diabetici, mentre per i soggetti diabetici sale al 20% dei casi trattati. Di questi la percentuale di pazienti che possano necessitare di trattamento dialitico è bassa, intorno allo 0.5-2%.

Ciò che fondamentalmente contribuisce alla comparsa di CI-AKI, è la tossicità diretta sui nefroni del m.d.c. iodato; la formazione di microemboli colesterinici (in caso di procedure percutanee); la vasocostrizione renale indotta dal m.d.c. e/o stenosi da microemboli colesterinici.

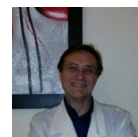
La tossicità diretta del m.d.c. correla con la forza ionica e con l'osmolarità del composto usato. Infatti nell'uso comune si preferisce utilizzare m.d.c. non ionici e a bassa o iso-osmolarità.

La formazione dei microemboli colesterinici, che avviene in circa la metà delle procedure percutanee, si spiega con l'azione di sfregamento meccanico del catetere guida lungo le pareti dell'Arteria. Aorta e quindi con le eventuali placche ateromatose.

Nella maggior parte dei casi questi microembolismi passano inosservati poiché sono clinicamente silenti. Talvolta però, (1% dei casi), si possono sviluppare sindromi emboliche che possono interessare altri distretti come: reni, digerente (ischemie mesenteriche), danno del microcircolo periferico (ischemie e/o necrosi delle estremità soprattutto in soggetti già compromessi tipo diabetici o vasculopatici).

La risposta vasocostrittiva intrarenale, come risposta vasale al m.d.c., si manifesta con una temporanea e breve vasodilatazione, da produzione locale di nitrossido (NO) seguita da vasocostrizione prolungata (ore o giorni).

Questa condizione comporta il rallentare del passaggio del m.d.c. nei vasi e nei tubuli dei nefroni e ciò causa un passaggio di contrasto iodato nello spazio interstiziale perivasale e peritubulare, con liberazione di fattori infiammatori (citochine, interleuchine, TNF, fattori di crescita simil-piastrinici etc.) che prolungano la vasocostrizione.



Dott. Orazio Marcello Trovato, Nefrologo, direttore sanitario centro dialisi Sicilia Dial Center – Diaverum, Acireale (CT).

Bibliografia

Endre ZH: *Acute Kidney injury: Definition and new paradigms. Adv Chronic Kidney Disease 15:213, 2008.*

Tepel M, Aspelin P, La-meire N : *Contrast-induced nephropathy: A clinical and evidence based approach. Circulation 113:1799, 2006..*

Denton KM, Shweta A. , Anderson WP *Preglomerular resistance responses to different level of simpatetic activation by hypoxia. J Am Soc Nephrology 13:27, 2002.*

Mc Cullough PA: *Contrast-induced acute kidney injury. J Am Coll Cardiol 51:1419, 2008.*

Heinrich MC, Haberle L, Müller V, et al:

Nephrotoxicity of iso-osmolar iodixanol compared with nonionic low-osmolar contrast media: Metà analysis of randomized controlled trials. Radiology 250:68, 2009.

Pannu N, Wiebe N, Tonelli M:

Alberta Kidney Disease Network: Prophylaxis strategies for contrast-induced nephropathy. JAMA 295:2765, 2006.

Nei soggetti con massa nefronica ridotta, disfunzione endoteliale, vasculopatie etc. la vasocostrizione sarà più prolungata ed il danno maggiore e quanto più i nefroni saranno coinvolti tanto più aumenterà la Creatinina S.

La creatinina viene comunemente utilizzata come marker di danno renale, soprattutto per la facilità e l'economicità di dosaggio. In effetti la CrS inizia ad aumentare quando circa il 50% dei nefroni sono stati danneggiati e quindi il GFR si è ridotto al di sotto di 60 ml/m²/1,73m². Esistono altri markers di Insufficienza Renale quali : Cistatina C , Lipocalina, Molecola 1 di danno renale, IL-18, gli enzimi di origine tubulare, FGF-23. E' auspicabile l'utilizzo di questi markers nella pratica clinica oltre che in quella sperimentale (crisi economiche permettendo).

Nei pazienti che devono essere sottoposti a procedure che prevedono l'uso di m.d.c. e di cui è nota la presenza di malattia renale preesistente (GFR<60 ml/m²/1,73 m²), è necessario effettuare una prevenzione. Va tenuto in considerazione il fatto che se presenti altri fattori di rischio (Diabete M., anemia, instabilità C.V., età avanzata etc.) la probabilità di sviluppare CI-AKI può aumentare fin oltre il 50%.

La prevenzione si attua :

- Idratando bene il soggetto per espandere la volemia;
- Utilizzando m.d.c. non ionici e a bassa o iso-osmolarità nella minor quantità possibile;
- Eventuale procedura farmacologica per la protezione d'organo pre-intra-post-procedurale.
- Attraverso il monitoraggio post-procedurale ed eventuali ulteriori terapie.

Comunemente si inizia con una infusione di sol.fisiologica (500-1000 ml) alla velocità di 1.5 ml/kg/h 6-12 ore prima della procedura. Tale infusione viene mantenuta durante la procedura. Durante il periodo post-procedura è auspicabile mantenere una diuresi di ca. 150 ml/h. Qualora la diuresi fosse maggiore bisognerà infondere 150 ml/h di sol. Fisiologica per ca. 6 ore.

Il mantenimento di una adeguata diuresi è importante perché consente di dimezzare il rischio di comparsa di CI-AKI.

Una metanalisi di 16 studi ha messo in evidenza che un particolare tipo di m.d.c. non ionico iso-osmolare (iodixanolo) può avere minore nefrotossicità rispetto ad altri m.d.c. in particolar modo nei diabetici e negli insufficienti renali cronici (con GFR >20 ml/m²/1,73 m²) ma lo stesso vantaggio non si evince nella popolazione generale.

Riguardo alla quantità di m.d.c. da poter somministrare in sicurezza non vi è accordo, ma logicamente più è basso il GFR minore dovrebbe essere la dose

somministrata. In linea generale si ritiene che non si dovrebbero superare i 30 ml nelle procedure diagnostiche e i 100 ml in quelle interventistiche. Se fosse necessario ripetere la procedura si consiglia, ove possibile, attendere almeno 10 giorni tra le due somministrazioni, sempre qualora vi sia stata una nefropatia da m.d.c.

Per evitare la comparsa di CI-AKI sono state tentate diverse strategie terapeutiche di prevenzione supportate da circa 40 studi. Ma la maggior parte di questi erano studi di piccola entità e di modesta potenza statistica per infine non si documenta con chiarezza la superiorità di una strategia sull'altra. Tuttavia sono emerse alcune considerazioni:

- I diuretici (dell'ansa o mannitolo) possono peggiorare la CI-AKI se l'espansione di volemia non è adeguato alla diuresi indotta e quindi si realizza una disidratazione;

- La Dopamina non dà protezione renale poiché gli effetti vasodilatatori dei recettori di tipo 1 dei vasi intrarenali vengono contrastati da quelli vasocostrittori dei recettori di tipo 2 e dagli α e β adrenergici;

- I diuretici (dell'ansa o mannitolo) possono peggiorare la CI-AKI se l'espansione di volemia non è adeguato alla diuresi indotta e quindi si realizza una disidratazione;

- La Dopamina non dà protezione renale poiché gli effetti vasodilatatori dei recettori di tipo 1 dei vasi intrarenali vengono contrastati da quelli vasocostrittori dei recettori di tipo 2 e dagli alfa e beta adrenergici ;

- Evitare i farmaci nefrotossici: FANS, Aminoglicosidici, Metformina, Ciclosporina A, soprattutto nel periodo peri-procedurale.

- Non vi sono, attualmente, farmaci approvati per la prevenzione della CI-AKI.

Sono state proposte, di volta in volta, oltre alla idratazione ottimale e all'uso di m.d.c. non ionici a bassa- iso-osmolarità altri farmaci come N-Acetil-Cisteina (NAC), le statine, l'Aminofillina, l'Ac. Ascorbico, le PGE-1.

Da alcuni piccoli studi sembrerebbe che il NAC e.v. e per os (600-1200 mg e.v. prima della procedura e 600-1200 mg per os b.i.d. nelle 48 ore successive alla procedura) abbia una qualche efficacia nella prevenzione del danno ossidativo da CI-AKI.

Questa evidenza non è da tutti condivisa poiché altri studi ne dimostrerebbero invece l'inefficacia.

Tuttavia in considerazione della gravità della CI-AKI e della sicurezza e maneggevolezza della molecola in questione questa strategia viene considerata da molti come buona pratica clinica (o perlomeno come atteggiamento "prudente") il mettere in campo le combinazioni possibili (idratazione+ iodixanolo+NAC)

per ridurre il rischio di CI-AKI e di possibile Insufficienza Renale che potrebbe richiedere il trattamento dialitico.

In conclusione i pazienti ad alto rischio devono iniziare l'idratazione 12 ore prima della procedura e continuare almeno per le 6 ore successive. E' necessario dosare la CrS dopo 24 ore e determinare la Cr. Clearance usando le formule a disposizione Cockcroft-Gault o MDRD per i pazienti che hanno già un GFR <60 ml/m/1,73 m².

Nei soggetti con GFR <30 ml/m/1,73 m² è necessario un follow up prolungato che tenga conto della possibilità di trattamento dialitico temporaneo per consentire una veloce eliminazione del m.d.c. dal circolo ematico e il recupero funzionale dei reni.

Il Ginocchio del Saltatore

Con il termine di “ginocchio del saltatore” s’intende, una sindrome clinica che colpisce, con una frequenza media dell’8%, atleti che praticano un’attività sportiva caratterizzata da frequenti salti (pallavolo, pallacanestro, saltatori) o che determina un’eccessiva sollecitazione dell’apparato estensore del ginocchio, come nel caso del sollevamento pesi.

Non di rado la sindrome colpisce anche soggetti non sportivi che spesso presentano un’ipotrofia muscolare del quadricipite (in particolare del vasto mediale) o alterazioni dell’allineamento dell’apparato estensore del ginocchio.

Si tratta di un’infiammazione del tendine (tendinite) che può verificarsi a tre livelli: apice della rotula (70% dei casi), base della rotula sul tendine del quadricipite (20% dei casi) e infine sulla tuberosità tibiale (10% dei casi).

Il sintomo principe è rappresentato nel dolore localizzato in una di queste tre sedi e la sua comparsa avviene dopo l’attività sportiva, a seguito di prolungata stazione seduta a ginocchia flesse (automobile, cinema) o nell’azione di salire e scendere le scale.

La fase acuta può presentare un certo grado di tumefazione in corrispondenza della zona di maggior dolore. In fase avanzata, invece, può evidenziarsi una vera e propria zoppia antalgica.

Negli sportivi i fattori predisponenti l’insorgenza del ginocchio del saltatore sono riconducibili a notevoli carichi di lavoro, specie se ripetuti molte volte, la tipologia della superficie di gioco, i microtraumi ripetuti, ecc.

Per una corretta diagnosi sono fondamentali l’anamnesi e un’accurata visita clinica. Solo in alcuni casi possono essere necessari indagini diagnostiche strumentali, quali l’ecografia, le radiografie e, raramente, la risonanza magnetica.

Il trattamento del ginocchio del saltatore, in qualsiasi zona anatomica si evidenzia il sintomo algofunzionale, si basa principalmente su quattro fattori: riposo, evitando salti, scale, sforzi eccessivi in flessione-estensione; applicazione del ghiaccio, che deve essere utilizzato per 15’-20’ tre-quattro volte al giorno; esercizi di stretching dei muscoli flessori del ginocchio; potenziamento muscolare del quadricipite (ginnastica isometrica a ginocchio esteso) e, in particolare, del vasto mediale (flessione-estensione del ginocchio negli ultimi 30° di estensione).

A volte può essere essenziale ricorrere all’utilizzo di farmaci antiinfiammatori per via sistemica (ma essendo il tessuto tendineo poco vascolarizzato questi farmaci purtroppo giungono in misura molto ridotta lì dove c’è



*Dott. Gaetano Gibellino,
Medico Chirurgo
specialista in Ortopedia
e Traumatologia,
Fisiatria e Medicina dello Sport.*

l'infiammazione e quindi agiscono prevalentemente come antidolorifici), locale (il loro reale effetto però è difficilmente quantificabile e prevedibile) o attraverso infiltrazioni locali (raramente) e l'ausilio di terapia fisica strumentale come ultrasuoni, laserterapia, ionoforesi, ipertermia e onde d'urto.

Solo eccezionalmente è necessario ricorrere all'intervento chirurgico

ma diventa prioritario informare i pazienti che i tempi di guarigione possono essere anche di alcuni mesi.

Prevenire il trauma si può con esercizi di stretching dei flessori del ginocchio, ginnastica isometrica a ginocchio esteso, ginnastica isotonica negli ultimi 30° di estensione.

La vivida oscurità del paziente Borderline

La condizione borderline è uno dei mali ancora oggi emblematici.

La relazione tra questo e altri disturbi di personalità è stata fonte di notevole interesse storico da parte degli esperti. Questi osservano come, nella clinica, spesso le etichette nosografiche non riescano a inquadrare né tanto meno spiegare la complessità della condizione fenomenologica del paziente.

Piccola, ma dovuta puntualizzazione, la diagnosi di Disturbo di Personalità (DP) richiede una valutazione del modello di funzionamento a lungo termine dell'individuo e le particolari caratteristiche di personalità devono essere evidenti fin dalla prima età adulta.

I tratti di personalità che definiscono questi disturbi devono anche essere distinti da caratteristiche che emergono in risposta ad eventi stressanti situazionali specifici o stati mentali più transitori.

La diagnosi è un processo complesso e importante, ma torniamo alla patologia oggetto dell'articolo, molte sono le metafore usate dai borderline durante i colloqui per spiegare il loro "stato". Troviamo spesso espressioni come: "cancro che divora", "tristezza nervosa infinita", "silenzio emotivo rabbioso".

Questo nostro lavoro si muove nella direzione, non facile, di fornire spunti e riflessioni sullo spettro depressivo della condizione borderline a partire da contributi di studiosi che negli anni ne hanno identificato le caratteristiche.

Volere inquadrare in un solo codice (DSM V o ICD-10) la psicopatologia borderline, risulta più complesso di quanto sembri e arduo è comprendere che non solo non è una patologia a metà tra la psicosi e la nevrosi, ma che presenta una strutturazione ben precisa con elementi che percorrono trasversalmente tutto l'Asse II del DSM V.

In letteratura, il personaggio tenebroso, iracondo, ma triste è sempre stato fonte di ispirazione per molti poeti, scrittori e registi che ne hanno fatto un modello sociale, e, per citare un'ormai celebre spot pubblicitario, una clonazione di piccoli uomini denim – che non devono chiedere mai! – che incuriosiscono le donne e suscitano l'invidia degli uomini. Il disturbo borderline, nelle sue peggiori manifestazioni, è oggi uno dei disturbi più diffusi; basti pensare agli eventi che leggiamo quotidianamente, notizie sui giornali: infanticidi, uxoricidi seguiti da suicidi, stragi nelle scuole etc.

Tutto questo impone una riflessione clinica.

Ma qual è il primo sintomo che il paziente borderline porta al colloquio?



Dott.ssa Concetta Mezzatesta, Psicologa e Psicoterapeuta.

Bibliografia

Bromberg P.M., "Standing in the spaces, *The Analytic Press*", 1998, London, 8.

Correale A, Alonzi A.M., Carnevali A., Di Giuseppe P., Giacchetti N., *Contrast-induced ne-Borderline lo sfondo psichico naturale*, Edizioni Borla, 2001, Roma.

AA.VV., "Manuale diagnostico e statistico" Ed. IV, 1994, A.P.A 1996 Masson, Milano • Parigi • Barcellona.

Freud S. (1917-23), "L'io e l'Es a altri scritti" Vol.IX Bollati Boringhieri 1994, Torino

Gunderson J.(1984) "Borderline Personality disorders" in "Disturbo Borderline di personalità" di Maggini e Pintus ETS, 1992 Parma.

Hoffman N. "Il comportamento depressivo" Salzburg 1976, Città Nuova Editrice, 1985 Roma.

Kernberg, O.(1984)

"Disturbi gravi di Personalità", Ed. Bollati Boringhieri, Torino.

Klein, M.

"Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco depressivi" in "Scritti 1921-1958", Ed. Boringhieri, 1976, Torino.

Maffei C.

"Il disturbo Borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi", Ed. Bollati Boringhieri, 1993, Torino.

Searles, H.(1986)

"Il paziente borderline", Ed Bollati Boringhieri, 1995, Torino.

Spesso, il fatto di sentirsi vuoto e depresso. Ad un'attenta valutazione clinica si osserva che nel'80% dei casi il disturbo borderline si trova associato ad altri disturbi di personalità (anche se in misura minore e come tratto) ed, in particolare, è di frequente presente assieme al Disturbo istrionico, dipendente, antisociale, schizotipico e narcisistico e in misura minore con il Disturbo negativistico, evitante e paranoide.

La questione della comorbilità riveste una notevole importanza sia teorica che clinica.

Di notevole rilevanza clinica sono i tratti di aderenza tra Disturbo Borderline di Personalità e i Disturbi dell'Umore, con particolare attenzione al Disturbo Distimico e alla Depressione Maggiore che si presentano con maggiore frequenza.

Il DBP può presentarsi, infatti, come una variante caratterologica, lungo lo spettro dei Disturbi dell'Umore che si identifica con una propensione al discontrollo affettivo dove l'elemento differente è l'instabilità caratterologica nel primo e la vulnerabilità affettiva nel secondo.

Autori come Akiskal (1988) considerano la personalità borderline come Borderline Maniac-depressive Psychoses, assimilandoli allo spettro bipolare. È necessario adesso, per poter meglio affrontare il nostro argomento, fare una breve panoramica sulla fluidità delle manifestazioni che contraddistinguono il paziente borderline.

Gli esperti che si sono occupati della patologia al limite tracciano come tratti peculiari la stabile instabilità dell'umore, la labile affettività, la tendenza agli acting, lo scarso controllo degli impulsi, meccanismi primitivi che tentano di arginare una debolezza e una vulnerabilità strutturale radicata in specifiche carenze evolutive di natura traumatica legate alle prime relazioni e ancora debolezza del sentimento del sé, e urgenza nella motivazione nel compiere sforzi riparativi.

Se volessimo marcare una linea di confine tra Disturbo Borderline di Personalità e depressione dovremmo analizzare tre percorsi interconnessi per comprendere: 1) la differenza tra l'affettività "appiattita" del paziente depresso e l'affettività "depressa" del borderline; 2) il sentimento disforico borderline; 3) lo stato dissociativo di base.

L'affettività «depressiva» è qui intensa come «atipica», costellata da sentimenti di: noia, anedonia (Hoch, Polatin 1949), sentimenti di futilità e soprattutto di vuoto interiore, una specie di depressione senza affetto depressivo (Crinker, Werble, Drye 1968) pervasa da irritazione, disforia, depersonalizzazione e, occasionalmente, percorsa da accessi di rabbia.

Sono assenti i vissuti di colpa e di rimorso che costituiscono il tradizionale marker psicopatologico delle depressioni melanconiche.

La particolarità della dimensione depressiva nella patologia al limite ha un carattere quantitativo relativo appunto, alla qualità del sentimento depressivo e un carattere diffusivo, che attraversa tutta l'esistenza del soggetto.

Al contrario la depressione maggiore ha più le caratteristiche di condizione fasica e ciclica (Cunderson, Phillips 1991; Rogers, Widiger, Krupp 1995). Com'è noto le due patologie si differenziano tanto sul piano della eziopatogenesi quanto su quello fenomenologico. L'affettività borderline è un vasto agglomerato di emozioni instabili, caleidoscopiche al centro delle quali si colloca un umore di tipo disforico, piuttosto che triste. La tristezza è invece centrale nella melanconia. In questa dimensione, infatti, gli affetti hanno perso la loro colorazione emotiva per trasformarsi in raggi di luce che non irradiano calore, ma rappresentano fredde inflessioni che denotano l'assenza di un buio in agguato.

L'ambivalenza che caratterizza la sfera affettiva, quella relazionale e sociale del borderline, ci dipingono il quadro patologico di un soggetto intrappolato in una ineludibile bipolarità che alterna ciclicamente sentimenti di: idealizzazione e svalutazione/speranza e delusione/ odio e amore, gioia/dolore, malignità/tenerza, generosità/chiusura, che confondono chi lo guarda, ma , ancor più grave, confondono il borderline stesso, dandogli quel senso di vuoto e di non-sense. Una organizzazione di personalità che vive una rabbia triste, una modalità affettività reattiva.

Ciò detto, possiamo tracciare la prima tra le differenze sostanziali prendendo come parametri le coordinate di tempo e spazio, così come vissute dal paziente depresso e dal paziente borderline. La complessità strutturale della personalità depressa rende ardua la riduzione a tratti monadici e ai tentativi di categorizzazioni cliniche (depressioni somatoformi, endogene e reattive) all'interno dei disturbi dell'Umore, pur tuttavia, gli elementi spazio-temporali sembrano essere dei buoni indicatori per valutare queste complessità.

Il tempo del paziente depresso è un tempo appiattito, apatico, anedonico, un tempo di colpa e di morte, un tempo d'inadeguatezza dove il lutto, il rimorso e la perdita si susseguono in una costante ruminazione di emozioni, la cui lettura è bidimensionale, privata della seppur minima profondità.

E' un mental clock che distorce cognitivamente l'immagine di sé e degli altri, altera il ritmo sonno-veglia, e ancora, è un tempo emofiliaco dove "l'energia vitale" è totalmente persa nella tetra oscurità del sé.

Lo spazio è un teatro dove un ritmo lento scandisce la motricità. Lo spazio è perdita, ma anche autopunizione ed espiazione da pentimento nel tentativo di recuperare un oggetto perduto. Il comportamento depressivo è da un lato conseguenza di stati ambientali avversi, dall'altra una strategia (fallimentare) di modificare questo stato.

La «depressione» borderline, invece, non è la manifestazione esteriore di una fallimentare elaborazione del lutto relativo a una perdita quanto, piuttosto, una condizione permeata di rabbia, solitudine e vuoto interiore che accompagna al

ciclico perpetuarsi di oscillazioni affettive: dalla illusione del contatto, alla rabbia per il rinnovarsi della minaccia della separazione vissuta come perdita (Pazzagli, Rossi, Monti).

Tornano alla mente le parole scritte da Pravet a un amico per spiegare alcuni stati d'animo ricorrenti: "...è un sentimento difficile da identificare, è come se mancasse sempre un pezzo ad un quadro opaco [...] come se lentamente scivolassi in uno stato dove niente è più importante [...] c'è solo il silenzio assordante della rabbia e della morte".

L'io del paziente borderline vive costantemente questo silenzio assordante di rabbia e morte, continuamente minacciato su due fronti: da una parte il rischio che la separazione porti a una regressione simbiotica, facendogli perdere così la precaria individualità e i confini del Sé; dall'altro c'è la paura che questa "fusione" porti ad una forma di ritiro e ripiegamento sul Sé.

Questi pazienti reagiscono alla separazione con cronica ansietà e regressione sintomatica, anziché con la "muta" rassegnazione depressiva, tanto da essere chiamati anche "malati per l'assenza".

Già Freud nel 1917 definisce il lutto normale come "senso d'afflizione, tristezza per la separazione da un oggetto, da una persona, da una situazione", e mette ben in evidenza come una sana strutturazione di personalità comprende: un buon funzionamento dell'io che introietta, elabora e l'integra la perdita/separazione. Più lunga e laboriosa è l'elaborazione del lutto, (che passa attraverso fasi più o meno lunghe e dolorose) più il soggetto borderline sarà vulnerabile ed esposto agli stressors esterni più reagirà con rabbia e frustrazione.

Continuando con il nostro percorso attraverso le coordinate spazio-tempo, possiamo sostenere che il tempo del soggetto borderline è un tempo ambivalente, scandito da un mental clock non sincronizzato con il resto del mondo.

Il tempo del racconto è una danza che ripropone avvenimenti attraverso la memoria, a velocità variabile con alcuni vuoti nel processo di significazione e interpretazione degli eventi, con una alterazione temporale che non permette mai di riparare agli avvenimenti del passato.

La confusione degli orizzonti porta il paziente borderline a muoversi alla ricerca di qualcosa che argini il senso di inadeguatezza e svalutazione, noia, vuoto ed emofilia emotiva che lo caratterizza.

Lo spazio dell'altro è solo un luogo di scontro che si trasforma in un frenetico tentativo di sedare la rabbia intensa, un anestetico che impedisce di mentalizzare (spazio interno per pensarsi) nel tentativo disperato di evitare abbandoni reali e immaginari.

Sembra che in questi pazienti, la speranza, come un'ultima dea, abbia

lasciato veramente la loro vita, e, al posto del sentimento di continuità e progettualità, resti solo un vago senso di morte legato a un incessante sguardo al passato nel quale non c'è posto per l'alternativa e il senso ultimo e risolutivo dell'esistenza è un gesto al limite.

Sono peculiari, infatti, in questa patologia, comportamenti autodistruttivi ricorrenti (minacce, gesti o comportamenti parasuicidari o automutilazioni - DSM-V) finalizzati a ottenere una "saving response", differenti dai pensieri di morte e suicidari dei pazienti depressi che rappresentano la via ultima di fuga, per porre fine alla intollerabilità dell'esistenza (Stone nel 1990 afferma "if parasuicide than borderline", i gesti autolesivi sono spesso esplosioni di rabbia nell'80% dei casi). In questo contesto, la forte dipendenza, la compulsiva ricerca di sensazioni (sensation seeking), l'incapacità a tollerare la solitudine, e i coinvolgimenti in relazioni tumultuose e catastrofiche sono atti che possono essere letti come un tentativo di arginare il sentimento cronico di vuoto, caratteristico di questi soggetti.

La vita interpersonale del paziente borderline viene, così, permeata di rabbia e aggressività dove la solitudine è tollerabile e l'incontro con l'altro con il suo paesaggio mentale è angosciante.

Differente è il meccanismo che lega il paziente depresso alle altre persone. L'estrema difficoltà e l'incapacità di mettersi in rapporto con gli altri legata all'emofilia vitale che governa questi soggetti condiziona, fino a minarle totalmente, le relazioni interpersonali.

Sono identificabili, in questi soggetti, emozioni fredde "cold emotions" in cui manca la componente psicologica "hot emotions".

Il soggetto depresso, che a differenza del borderline, ripiega verso il sé, piuttosto che all'esterno, vive i sentimenti di odio e le critiche negativamente e la flessibilità di elaborare il lutto o una perdita scivola nell'oscurità e al suo posto prende corpo la convinzione che ci sia qualcosa di negativo e cattivo in sé.

Il silenzio melanconico devitalizzato della depressione maggiore nel borderline può accompagnarsi a condotte provocatorie e di rottura ed è in stretto rapporto di interdipendenza con la natura e la qualità delle relazioni interpersonali. Ne consegue che la vita del borderline è attraversata da un'affettività ciclicamente incostante, instabile, in cui il cronico sentimento di tristezza è sostituito da un più vasto insieme di affetti, tutti, in una qualche misura, spiacevoli.

E' al centro di questa instabilità affettiva "depressiva" che si colloca la disforia o come da DSM IV "un umore disforico di base". In questo contesto intendiamo usare questo termine, caro alla scuola di Vienna, per indicare l'insieme di sentimenti che più caratterizzano l'affettività del borderline: la tensione, l'umore scontroso, l'irascibilità, il panico, la disperazione, nonché la ridotta capacità di modulare gli affetti. Così: "Se la scissione (con i meccanismi di idealizzazione e svalutazione) è il marker psicodinamico della patologia al limite, la disforia, che costituisce il marker psicopatologico" (Stanghellini, 1996), rappresenta l'effetto

psicopatologico che segnala un tentativo di ribellione alla condizione depressiva in qualche modo costantemente evitata.

Essa rappresenta il segnale di una condizione affettiva che non riesce a trovare una sua stabilità, ad assestarsi in un equilibrio. Una vicenda in perenne transizione, non in grado di accedere alla forma invariante di un quadro tipico (come quello estremo della melanconia).

E' il sintomo di una depressione permanentemente evitata.

Da qui nasce quell'immagine, che tutti noi abbiamo, di un soggetto che vive in una condizione di eterno caos e inafferrabilità, ma nel profondo in una condizione di vuoto e di non-sense.

Per il borderline rabbioso e depresso, infatti, è totalmente chiuso l'accesso, alla sua trama, la sua storia, a ciò che Correale definisce, fondo psichico; quell'unità spazio-temporale che conferisce il senso di continuità e di coesione, che si auto-mantiene che, costituito dalle prime esperienze del bambino, sensoriali e affettive, permette alle esperienze del neonato, di integrarvisi, dandogli un senso di continuità, coerenza esistenziale.

Il fondo psichico è come il fondo di un quadro: esso esprime uno stratificarsi di elementi, che proprio perché stratificati, in qualche modo sembrano uscire dal tempo e costituire una struttura semi-fissa.

Ciò che manca al paziente borderline è proprio lo sfondo, la consapevolezza del proprio background, questo legame tra il proprio Sé di ora e quello del passato.

Egli vive come in un'eterna, lacerante frattura che lo conduce a una insita consapevolezza tra il senso del sé, e le immagini del sé, cioè i vari modi in cui il Sé può manifestarsi, modificandosi di volta in volta, rimanendo però sempre fedele a se stesso. Bromberg definisce questo stato "standing in the spaces", ossia la capacità di stare in spazi, tra realtà differenti, senza perdere nulla di esse e di se stesso.

Il fondo psichico del borderline è caratterizzato dalla incapacità ad associare le esperienze vissute in un insieme congruo, dovuta a una forma di dissociazione, vista come un improvviso e intenso restringimento del campo della coscienza, in seguito ad emozioni, sentimenti particolarmente intensi. E' la trama che conferisce il senso di realtà: un difetto della trama è quello che favorisce la dissociazione o meglio l'esistere di una dimensione dissociativa che va ad essere quasi una costante dimensione depressiva esistenziale del borderline. Correale et altri (2001).

Si tratta di uno stato dissociativo di base - passiamo così al terzo percorso da noi tracciato.-attivato ogni qualvolta un sentimento sconosciuto, troppo intenso o eccessivamente distonico rispetto a quello precedente, irrompe nell'affettività del soggetto.

L'instabilità affettiva del borderline determina, quindi, non solo il suo modo di vivere le emozioni o di rapportarsi agli altri; essa è altresì determinante nel districare la trama narrativa del Sé, nel riconoscere, decifrare, rappresentare e, quindi, esprimere i propri stati emotivi.

Così l'attivazione di una emozione specifica non acquista il carattere di consapevolezza della presenza di qualcosa di definito dentro di sé, ma viene vissuta piuttosto come una attivazione aspecifica, una inquietudine generalizzata, una smania, una spinta ad agire, una necessità a contatti più stretti e coinvolgenti con le persone care.

Incapace di lasciarsi andare, di intimità ed empatia, il soggetto borderline viaggia su onde differenti dal soggetto depresso; se il primo, infatti, ingoia freneticamente le esperienze, senza metabolizzarle e svuotandole di senso e significato, piombando inevitabilmente nella "vivida oscurità"; il secondo non riesce a tollerare l'eccessiva vicinanza e pesantezza di ogni singola esperienza amplificandola per svuotarla di Eros.

Concludiamo con una considerazione: dinanzi a stati d'animo così complessi e a tratti oscuri, la domanda circa una possibile guarigione che si pongono tutt'oggi i figli di Saturno (nella cui milza si agitavano i morsi della bile nera, tenebrosa e malinconica) attende ancora nel III millennio una risposta, risposta forse a cavallo tra biologia, neurologia e psicopatologia.

La Rete Reumatologica Siciliana: un modello virtuoso per una buona sanità



*Dott. Mario Bentivegna,
Reumatologo
specialista in terapia del
dolore e Coordinatore
Rete Reumatologica
Provinciale
ASP 7 Ragusa.*

Le malattie reumatiche sono patologie cronic-degenerative, comprendono malattie diverse fra di loro - in termini di manifestazioni cliniche - e sono aggravate da disabilità crescente.

Si stima che in Italia ne soffrano oltre cinque milioni di persone. L'iter diagnostico non è ancora adeguatamente rapido, e spesso queste patologie vengono diagnosticate in una fase in cui il danno è irreversibile. La diagnosi precoce, l'iter diagnostico più appropriato e le terapie più avanzate - in un quadro di collaborazione fra le diverse specialità mediche - sono gli obiettivi principali da raggiungere.

La Regione Sicilia, con il decreto dell'Assessore alla Sanità del 17/10/2012, GURS n.51 del 30/11/2012, ha istituito la "Rete Reumatologica Regionale", primo esempio nazionale di un collegamento in rete di una intera regione.

La "Rete Reumatologica Regionale" prevede livelli crescenti di assistenza (1°, 2°, e 3° livello), ed è costituita da punti HUB (2° e 3° livello) e punti SPOKE (1° livello). Lo scopo della "Rete Regionale" è quello di avviare programmi di prevenzione primaria e secondaria attraverso un'integrazione operativa fra la medicina e la pediatria di base, gli ambulatori specialistici di reumatologia delle ASP, i presidi ospedalieri di reumatologia e le Università siciliane.

I Centri SPOKE sono individuati come strutture sanitarie di 1° livello (gli ambulatori ospedalieri di reumatologia, gli ambulatori specialistici delle ASP), in grado di effettuare le prestazioni diagnostico-terapeutiche a basso indice di complessità che non necessitano di ricovero a ciclo continuo.

I Centri HUB sono individuati come strutture sanitarie ospedaliere di 2° livello con posti letto funzionali all'interno del dipartimento di appartenenza, e 3° livello con dotazione di posti letto dedicati.

La "Rete" è il vero modello assistenziale per la patologie cronic degenerative reumatologiche:

1) Il potenziamento del territorio (specialistica ambulatoriale) favorirà la realizzazione di un filtro per le patologie di 1° livello (circa 80% di tutte le patologie reumatologiche); i pazienti affetti da tali patologie resteranno nell'ambito del territorio, mentre quelli affetti da patologie complesse passeranno al livello superiore (specialistica ospedaliera).

2) Il 2° e 3° livello arriveranno prestazione proprie, quindi si libereranno risorse umane e organizzative e si eviteranno intasamenti nelle liste di attesa.

Reumatologia

Bisogna dividere compiti, ruoli e competenza in una organizzazione gestita da un sistema di comunicazione informatizzato e condiviso.

Aspetto importante, da non sottovalutare nell'ambito reumatologico, è il ruolo della formazione e della ricerca. Tali aspetti, in modo armonico, possono essere inseriti nel percorso organizzativo della rete reumatologica.

Per favorire l'operatività della "Rete" bisogna mantenere attivi alcuni aspetti fondamentali anche per la sua sopravvivenza ricorrendo ad una partnership economico-finanziaria pubblico-privato, al fine di creare un modello stabile nel tempo.

1) MONITORAGGIO. Istituire un "tavolo di monitoraggio" che funga da cabina di regia e che possa centralizzare tutto il sistema organizzativo della rete. Esso dovrà essere costituito da: a) Direttore sanitario dell'ASL (o suoi delegati); b) rappresentanti dei distretti e PO Ospedalieri, responsabili degli specialisti territoriali; c) Reumatologo Coordinatore delle Rete Provinciale; d) Rappresentanti dei MMG e dei PLS; e) Rappresentante delegato delle associazione dei malati.

2) INFORMAZIONE E FORMAZIONE. a) Istituire e programmare eventi di base per MMG e PLS al fine di informare e "formare" su tutti gli aspetti scientifici delle patologie reumatologiche e su quelli clinico-sociali per i malati; b) organizzare eventi per i medici specialisti (Reumatologi e branche affini) di aggiornamento scientifico e non solo. Prevedere, cioè, corsi di formazione per implementare e diffondere la conoscenza delle nuove tecnologie sia per la diagnosi (ecografia, RMN capillaroscopia, ecc...) che per le terapie (ecografia interventistica ecc...)

3)CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA. Utilizzare un sistema informatizzato di una cartella clinica a 2 settori. a) Settore specialistico per il monitoraggio e la gestione dei pazienti in trattamento utile per i centri specialistici; b) settore pratico che possa utilizzare un software gestionale per la medicina del territorio (stampa ricette SSN, lettere ai familiari, comunicazione ai medici di base, stampe di modelli per prescrizioni regolamentate, tipo piani terapeutici e/o note AIFA ecc...). La cartella clinica deve essere visibile da tutti gli attori delle Rete e dai MMG del singolo paziente (con password di protezione per la privacy)

4)PORTALE DELLA REUMATOLOGIA. La rete deve, per sua istituzione e costituzione, costruire un portale informatizzato, aperto sia agli addetti ai lavori (personale sanitario e non) sia ai pazienti, e al mondo della società civile, al fine di comunicare il sapere e gli sviluppi del mondo della reumatologia ma anche per creare una cultura e una sensibilità per il mondo delle patologie reumatologiche e per i malati affetti da tali patologie

5)Elaborare i PDTA provinciali nelle patologie Reumatologiche per costruire percorsi condivisi

Il lavoro svolto dai reumatologi siciliani in questi ultimi due anni, in sintonia con i funzionari dell'Assessorato e le Associazione dei malati, ha prodotto un risultato unico e sicuramente stimolante per il futuro non solo della reumatologia regionale, ma anche nazionale.

Diversi sono stati gli obiettivi raggiunti, ma sicuramente altri e ben più importanti potranno essere realizzati nel prossimo futuro per il bene dei nostri pazienti.

Creare opportunità di lavoro sia sul territorio che in ospedale, offrire maggiori e migliori servizi ai nostri malati, svuotare le liste di attesa, ridurre l'emigrazione extraregionale: questi devono essere alcuni degli obiettivi primari per la Reumatologia Siciliana.

Ruolo dell'ecografia articolare nella diagnosi delle Early Arthritis

L'Artrite reumatoide (AR) è la più comune malattia reumatica immuno-mediata, colpisce lo 0,5 -1% della popolazione, caratterizzata da severa distruzione articolare e conseguente disabilità.

Un intervento tempestivo migliora la prognosi nella gran parte dei pazienti. Indubbiamente, esiste una fase pre-clinica, durante la quale, come hanno dimostrato studi su donatori sani che hanno poi sviluppato la malattia, sono presenti nel siero sia il fattore reumatoide (FR) che gli anticorpi anti-peptidi ciclici citrullinati (anti-CCP), citochine e chemokine pro-infiammatorie. Questa fase, clinicamente silente, sviluppa nel tempo una sinovite distruttiva e una malattia clinicamente diagnosticabile. Se non è attuabile identificare l'inizio della malattia da un punto di vista biologico, è oggi possibile effettuare una diagnosi precoce, già quando compaiono i primi segni clinici dell'artrite. Questo periodo che precede il danno conclamato viene identificato come "window of opportunity" ed è quello durante il quale il trattamento sembra essere più efficace.

Il termine Early Arthritis (EA) indica la fase di esordio delle poliartriti croniche, con particolare riferimento all'artrite reumatoide e alle spondiloartriti sieronegative. Da un punto di vista temporale viene indicata come EA l'artrite sintomatica da non più di 12 mesi e "Very Early Arthritis" (VERA) quella da non più di 12 settimane. Alcuni studi hanno dimostrato che circa il 70% dei pazienti dopo 2 anni di malattia presenta un danno articolare irreversibile, ma il 40% presenta erosioni all'esame radiologico dopo 6 mesi e il 15-20% evidenzia erosioni già all'esordio della malattia stessa. Il concetto di EA non include soltanto una diagnosi precoce, ma soprattutto la possibilità di offrire al paziente un trattamento terapeutico idoneo e tempestivo. È stato dimostrato che nei pazienti con diagnosi precoce di artrite, nei quali venga iniziato un adeguato regime terapeutico entro 16 settimane, è possibile ridurre o ritardare il danno articolare nonché, in alcuni casi, portare a una vera e propria remissione clinica.

Tra le metodiche strumentali utilizzate per la diagnosi precoce il ruolo predominante è svolto senza dubbio dall'ecografia articolare alla quale viene affiancato l'esame radiografico.

La radiografia tradizionale, sebbene ha il vantaggio di essere diffusamente disponibile, economica, ben standardizzata e ripetibile nel tempo, presenta delle indubbie limitazioni riguardo alla possibilità di individuare erosioni solo se esse compaiono sul margine della corticale ossea e alla scarsa sensibilità al cambiamento. Pur con queste limitazioni, la radiologia tradizionale riveste un ruolo importante e rappresenta tuttora una misura di outcome raccomandata dalle società scientifiche internazionali.



Dott. Sebastiano Tropea, Reumatologo, specialista interno Rete Reumatologica ASP 7 Ragusa

L'ecografia, di contro, mostra alta sensibilità e specificità grazie all'ottima visualizzazione delle strutture tendinee, muscolari e articolari e può considerarsi come esame di prima scelta. L'utilizzo di sonde ad alta frequenza, la possibilità di usare il power-doppler e di eseguire esami dinamici rendono tale metodica ancor più indicata in determinati distretti, come le piccole articolazioni di mani e piedi particolarmente interessate nelle fasi precoci. Oggi si utilizzano apparecchi dotati di sonde lineari a elevata frequenza (6 - 20 MHz). L'introduzione della tecnica Doppler, che studia il flusso sanguigno e in particolare il power-Doppler, che visualizza i vasi a flusso lento, ha di gran lunga migliorato l'accuratezza del classico esame ecografico individuando l'aumentata vascolarizzazione a carico dei tessuti colpiti dal processo infiammatorio. Per quanto riguarda, invece, i limiti dell'esame eco power-Doppler la qualità dell'esame dipende dall'esperienza dell'operatore e dal tipo di apparecchio utilizzato.

L'esame ecografico, essendo una metodica dal costo accessibile, non invasiva, di facile esecuzione, è molto diffusa e risulta fondamentale nella prima valutazione dei pazienti con EA fornendo la possibilità di visualizzare la presenza di alterazioni precoci indicative di malattia.

Quale counselling in emergenza?

L'emergenza extraospedaliera trova un coinvolgimento umano, diverso e ben più ampio, rispetto a quella intraospedaliera. Nel Pronto Soccorso Ospedaliero, oggi denominato D.E.A., le figure che intervengono a favore di un infortunato, ossia, medici, infermieri, oss, sono abili e abilitati a farlo. Ma quando l'emergenza si richiede in un contesto estraneo e lontano dalle strutture precedentemente nominate, ossia la strada, in casa, è lecito domandarsi: Chi può soccorrere? Come si soccorre?

Il semplice cittadino non è adeguatamente formato ad agire in tal senso. Solo i professionisti sanitari sono abilitati a farlo seguendo le linee guida, i protocolli di emergenza, le metodiche e le tecniche. Nel panorama della Sanità italiana non esiste una normativa che obblighi tutte le scuole, comuni, famiglie e istituzioni, a sensibilizzarsi e formarsi attraverso la promozione del volontariato o di semplici lezioni, e per i bambini opuscoli a fumetti, finalizzate a informare, istruire, educare e formare il cittadino ad agire, prontamente, a un'eventuale emergenza e salvare una vita in attesa dei soccorritori professionisti.

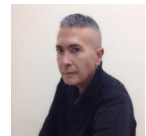
La tempestività dei soccorsi da parte dei cittadini permetterebbe, tra l'altro, la riduzione dei costi sociali dovuti, in alcuni casi, alle conseguenze dell'evento traumatico (lunghe degenze, giorni di malattia, interventi chirurgici e percorsi riabilitativi).

Fronteggiare i dati statistici, dove ogni otto minuti circa, in Italia, una persona è colpita da arresto cardiaco; ogni quattro feriti da incidenti stradali, uno è mortale; un incidente domestico ogni ora, un incidente sul lavoro ogni due ore (nelle ventiquattrore, non considerando il solo turno di lavoro) non è facile.

Ogni giorno si perdono migliaia di vite e la maggior parte dei casi dipende dal mancato soccorso o dal tardo arrivo dei soccorritori.

Se la cultura all'emergenza fosse, oltre che di promozione e prevenzione, ma soprattutto di qualità, si potrebbero abbattere i costi della sanità.

Quale counselling in emergenza?



*Dott. Sergio Pagliocca,
Infermiere,
Cavaliere della Repubblica,
Docente e
Istruttore di Primo Soccorso
(ex D.L.vo 81/08),
BLS e BLS-D certificato
E.R.C./I.R.C.
Segretario Generale di
RETE EMERGENZE
Associazione Onlus,
Roma.*

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamaprella

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDIC@LIVE Magazine**



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Anno 1 - Numero 1 - Gennaio 2015

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Coordinatore editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie:

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

Dario Ganci

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE sas
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 - Catania
E-mail: info@medicalive.it
P. Iva: 04660420870