



MEDIC@LIVE

03 MAR 2018 *Magazine*

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 4

www.medicalive.it

ISSN 2421 - 2180



ALL' INTERNO

pag. 4 ASPETTI PSICONEURALI DELLA CONNESSIONE TRA LE
ESPERIENZE OTTIMALI (FLOW) E LA RESILIENZA

pag. 7 LE STRAGI DEL SABATO SERA:
UNA POSSIBILE INTERPRETAZIONE SOCIOLOGICA

pag. 10 OPERAZIONE DI ROUTINE E CONSENSO INFORMATO.
QUANDO LA RESPONSABILITÀ
PER DANNO IATROGENO?



SOMMARIO

pag. 4

PSICOLOGIA

**ASPETTI PSICONEURALI DELLA CONNESSIONE TRA LE
ESPERIENZE OTTIMALI (FLOW) E LA RESILIENZA**

Dott. Massimo Agnoletti

pag. 7

SOCIOLOGIA

LE STRAGI DEL SABATO SERA: UNA POSSIBILE INTERPRETAZIONE SOCIOLOGICA

Dott.ssa Annamaria Venere

pag. 10

DIRITTO SANITARIO

**OPERAZIONE DI ROUTINE E CONSENSO INFORMATO.
QUANDO LA RESPONSABILITÀ PER DANNO IATROGENO?**

Avv. Angelo Russo



I PROSSIMI EVENTI

3° CONGRESSO REGIONALE CReI Sicilia 2018

6-7 Aprile 2018 - Messina

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina dello Sport, Radiodiagnostica, Dermatologia; Farmacisti, Fisioterapisti
ECM 8

CORSO DI CONTROLLO MOTORIO E RIEQUILIBRIO MUSCOLARE

7-8 Aprile, 12-13 Maggio, 9-10 Giugno, 30 Giugno-1 Luglio 2018 - Acireale

Fisioterapisti
ECM 50

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE GOMITO-MANO

9-10 Giugno 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali
ECM 20,8

L'APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ALLA LOMBALGIA

20 Aprile 2018 - Acicastello (CT)

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia
ECM 5

LA TERAPIA DEL DOLORE NELLA GESTIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

21 Aprile 2018 - Catania

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Continuità assistenziale, Endocrinologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria
ECM 6

LE ORTESI POLSO-MANO NELLA RIABILITAZIONE CONSERVATIVA E POST-CHIRURGICA

5-6 Maggio 2018 - Catania

Medici Chirurghi specialisti in: Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport, Reumatologia; Fisioterapisti; Terapisti Occupazionali
ECM 16,9

OPEN DAY BOLOGNESE DELLA MANO CHIRURGICA

19 Maggio 2018 - Bologna

MMG (medici di famiglia) e specialisti in:
Ortopedia e traumatologia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Medicina dello Sport, Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione, Medicina Legale, Medicina del Lavoro; Fisioterapisti; Terapisti occupazionali; Tecnici ortopedici
ECM 4

LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

19-20 Maggio 2018 - Forlì

Fisioterapisti
ECM 21,4

CORSO DI MANIPOLAZIONI VERTEBRALI ED INTEGRAZIONE AVANZATA

1 Modulo 25/26/27 Maggio - 2° Modulo 22/23/24 Giugno 2018 - Forlì

Fisioterapisti, Fisiatri e Ortopedici
ECM 50



LE ORTESI POLSO-MANO NELLA RIABILITAZIONE CONSERVATIVA E POST-CHIRURGICA

26/27 Maggio 2018 - Bari

Medici Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione; Medicina dello Sport;
Ortopedia e Traumatologia; Reumatologia; Fisioterapisti; Terapisti Occupazionali

ECM 19,1

CORSO DI MANIPOLAZIONI VERTEBRALI ED INTEGRAZIONE AVANZATA

1 Modulo 8/9/10 Giugno - 2° Modulo 29/30/ Giugno - 1 Luglio 2018 - Bari

Fisioterapisti, Fisiatri e Ortopedici

ECM 50

CALCIO E VITAMINA D - UNA QUESTIONE DI CARENZA

9 Giugno 2018 - Enna

MMG (Medici di famiglia) e specialisti in Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia, Medicina Fisica e Riabilitazione,
Medicina Interna, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Reumatologia.

ECM 6

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE DEL GOMITO E DELLA MANO

9/10 Giugno 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali

ECM 20,8

LA RIABILITAZIONE NEL TRATTAMENTO CONSERVATIVO E POST-CHIRURGICO DELLE INSTABILITÀ GLENO-OMERALI

16/17 Giugno 2018 - Bari

Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione

ECM 21,6

RIABILITAZIONE IN ACQUA NELLE PATOLOGIE ORTOPEDICHE E NEUROLOGICHE

22/23/29/30 Giugno - 6/7 Luglio 2018 - Acireale

Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva,
Psicologi e Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica

ECM 46,8

DIZIONE ED ESPRESSIVITÀ DELLA VOCE

29/30 Giugno - 1 Luglio 2018 - Catania

TRATTAMENTO CONSERVATIVO E POST-CHIRURGICO NELLE PATOLOGIE DI GOMITO-MANO

13/14 Ottobre 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali

ECM 20,8

LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

17/18 Novembre 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali

ECM 18,5

ASPETTI PSICONEURALI DELLA CONNESSIONE TRA LE ESPERIENZE OTTIMALI (FLOW) E LA RESILIENZA



Dr. Massimo Agnoletti

Psicologo

Dottore di ricerca

Esperto di stress e
Psicologia positiva

Titolare del Centro di
Benessere Psicologico

Favaro Veneto (VE)

Bibliografia

Agnoletti, M. (2013). *L'Esperienza Ottimale e le tre strategie per incrementarla. Atti del convegno La Psicologia Positiva. Prospettive di ricerca, settori di intervento, sbocchi lavorativi. Ordine degli Psicologi del Veneto, Padova 26 Ottobre 2013.*

Agnoletti, M. (2015). "Vivere più esperienze ottimali equivale ad avere un'asse dello stress HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene) più efficace?", *Atti del convegno internazionale sulla Psicologia Positiva, Bergamo 12/13-06-15.*

Agnoletti, M. (2015). "Le esperienze ottimali, la resilienza e lo stress", *PNEI NEWS, n1, pp. 7-10.*

Agnoletti, M. (2016). "Che relazione esiste tra la frequenza delle Esperienze Ottimali e i MUS (Medically Unexplained Symptoms)?", *Atti del convegno internazionale sulla Psicologia Positiva, Cesena 09/11-06-16.*

Agnoletti, M. (2017). "Do more frequent flow experiences correspond to a more efficient cholinergic anti-inflammatory pathway?", *conference proceedings on International SIPNEI and ISNIM neuroimmunomodulation, Rome, Italy.*

Carnevali, L. & Sgoifo, A. (2013). *Stress, la parola chiave è controllo*, *PNEInews*, 3- 13, 6-9.

Castro, D.C. & Berridge, K.C. (2014). *Advances in the neurobiological bases for food 'liking' and 'wanting'*. *Physiology & Behavior*, 136, 22-30.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety*. San Francisco: JosseyBass.

Delle Fave, A., Massimini, F. & Bassi, M. (2011). *Psychological selection and optimal experience across cultures: Social empowerment through personal growth*.

Dordrecht, NL: Springer.

Davidson, R.J. (2000). *Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity*. *American Psychologist*, Vol 55(11), 1196-1214.

Davidson, R.J. (2013). *The Emotional Life of Your Brain*. New York, New York: Penguin Group.

Abstract

An increased psychophysical well-being states followed by Optimal Experiences correspond to, besides a more effective regulation of the HPA axis, a better ability to face dis-stressful life's events (resilience) due to experience dependent neuroplasticity properties.

Una maggiore frequenza di stati di benessere psicofisico conseguenti le Esperienze Ottimali corrispondono, oltre ad una più efficace regolazione dell'asse HPA, ad una migliore capacità di affrontare le eventi stressanti negativi della vita (resilienza) grazie alle proprietà di neuroplasticità influenzate dalle esperienze.

Introduzione

Gli sviluppi recenti delle neuroscienze e delle scienze biologiche permettono di comprendere maggiormente la connessione tra il livello delle Esperienze Ottimali, le specifiche aree cerebrali particolarmente attive durante queste esperienze, e la resilienza, cioè la capacità di recuperare un equilibrio psicofisico in seguito all'esposizione di situazioni stressanti negative.

Grazie all'integrazione di conoscenze che sfidano i tradizionali confini delle scienze psicologiche e biologiche e dei loro paradigmi (in particolare lo sviluppo delle neuroscienze e della psicologia positiva da una parte, l'epigenetica e la neuroplasticità dall'altra) è possibile oggi fare luce sulla complessità umana in un modo impensabile fino a qualche decennio fa.

Vediamo ora come le esperienze eudaimoniche ottimali, le aree cerebrali implicate durante queste esperienze e la resilienza sono legate da una logica comune.

Gli stati esperienziali chiamati "eudaimonici" sono quelle esperienze caratterizzate da uno stato positivo di crescita e di complessità psicologica, connesse anche al concetto di impegno e di sforzo. Questi stati psicologici generano significato in ciò che facciamo (sono cioè attività che consideriamo molto significative) e aumentano il benessere e la qualità di vita personale (Seligman e Csikszentmihalyi 2000; Ryan e Deci, 2001; Delle Fave, Massimini e Bassi, 2011).

Le esperienze eudaimoniche sono diverse e più complesse di quelle edoniche, legate al concetto di puro "piacere" edonistico, sia dal punto di vista psicologico (Ryan e Deci, 2001; Vázquez et al. 2009) sia per la loro architettura neurofisiologica (Castro, D.C. & Berridge, K.C. 2014; Urry et al. 2004; Lewis, et al. 2014) che per il loro aspetto legato al funzionamento epigenetico (Fredrickson et al. 2013).

Il benessere eudaimonico risulta essere un fattore protettivo le psicopatologie ed è un predittore di benessere fisico inclusi bassi livelli di cortisolo. Le persone che riportano un maggiore benessere psicofisico hanno, in seguito ad eventi positivi, una maggiore attivazione del corpo striato e della corteccia prefrontale, e minori livelli di cortisolo. Il corpo striato e la corteccia prefrontale sono elementi del circuito neurofisiologico della ricompensa chiamato anche circuito dopaminergico della ricompensa perché la dopamina è il neurotrasmettitore protagonista di questa complessa rete neurale (il cosiddetto circuito "want").



Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K. A., Algoe, S. B., Firestone, A. M., Arevalo, J. M. G., Ma, J., & Cole, S. W. (2013). *A functional genomic perspective on human wellbeing*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

Heller, A.S., van Reekum, C.M., Schaefer, S.M., Lapate, R.C., Radler, B.T., Ryff, C.D., & Davidson, R.J. (2013). *Sustained striatal activity predicts eudaimonic well-being and cortisol output*. *Psychological Science* 24(11), 2191-2200.

Hölzel, B. et al. (2010). *Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala*. *Soc Cogn Affect Neurosci*; 5(1): 11–17.

Hoon, Oh. (2012). *Traumatic Experiences Disrupt Amygdala–Prefrontal Connectivity in Barbara Ferry* (Eds) "The Amygdala - A Discrete Multitasking Manager". InTech.

Lazar, S. et al. (2005). *Meditation experience is associated with increased cortical thickness*. *Neuroreport*. 2005 Nov 28;16(17):1893-7.

Lewis, G.J., Kanai, R., Rees, G., & Bates, T.C. (2014). *Neural correlates of the "good life": Eudaimonic well-being is associated with insular cortex volume*. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 9, 615-618.

Manzanao, Ö., Cervenkab, S., Jucaitec, A., Hellenäs, O., Fardeb, L., Ullén, F. (2013). *Individual differences in the proneness to have flow experiences are linked to dopamine D2-receptor availability in the dorsal striatum*. *Neuroimage*, Volume 67, 1–6.

McEwen, B., Morrison, J. (2013). *The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course*. *Neuron*, 10;79(1):16-29.

Mosing, M.A., Cesarini, D., Johannesson, M., Magnusson, P.K.E., Pedersen, N.L., Nakamura, J., Madison, G., Ullén, F., (2012). *Genetic and environmental influences on the relationship between flow proneness, locus of control and behavioral inhibition*. *PLoS One*, 7(11).

Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2009). *Flow theory and research*. in C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 195-206). Oxford: Oxford University Press.

Ryan, R. & Deci, E. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being", in *American Psychologist*, 55, pp. 68-78.

Ryan R. & Deci E. (2001) *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *Annual Review of Psychology*, 52, 141- 166.

Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. in *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*.

American Psychologist, 55(1), 5-14.

Trabucchi, P. (2012). *Resisto dunque sono*, Milano: Corbaccio editore.

Ullén, F., de Manzano, O., Almeida, R., Magnusson, P.K.E., Pedersen, N.L., Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M., & Madison, G. (2011). *Proneness for psychological flow in everyday life: Associations with personality and intelligence*. *Personality and Individual Differences*. 52, 167-172.

E' stato suggerito che un sostenuto grado di attivazione del circuito della ricompensa in risposta ad eventi positivi sia alla base del benessere e della regolazione adattiva dell' asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Agnoletti, 2015; Heller et al., 2013).

Sempre riguardo l'asse HPA è stato visto che in seguito ad eventi negativi (anche di natura traumatica) corteccia prefrontale e amigdala sono inversamente attivati e predicono la produzione di cortisolo (Urry et al. 2006).

Le Esperienze Ottimali (chiamate nel mondo anglosassone "Optimal Experiences" o più semplicemente "Flow") sono una categoria particolare di esperienze eudaimoniche identificate dal prof. Csikszentmihalyi negli anni 70 del novecento (Csikszentmihalyi, 1975). Nella letteratura psicologica esse rappresentano il concetto eudaimonico per eccellenza perché ne incarnano i fattori chiave con particolare intensità e chiarezza.

In quasi 40 anni di studi si è accumulata una notevole quantità di dati anche transculturali riguardanti l' analisi fenomenologica, i tratti di personalità, le evidenze neurofisiologiche dell' Esperienza Ottimale (Manzanao et al., 2013; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009; Ullén et al. 2011).

Le Esperienze Ottimali sono stati soggettivi dove una specifica combinazione cognitiva, emotiva e motivazionale genera uno stato di benessere significativo; la persona che vive queste esperienze è completamente coinvolta nell'attività scelta, percepisce un alto senso del controllo situazionale ed un equilibrio tra le proprie capacità ed il grado di difficoltà dell' attività ingaggiata. Il flow è uno stato di benessere così gratificante che induce la persona a replicare l'esperienza stessa.

La tipologia specifica di attività nelle quali l' Esperienza Ottimale viene ad instaurarsi è assolutamente soggettiva (suonare uno strumento musicale, giocare a scacchi, danzare, praticare uno sport, ecc.) perché dettata dalla scelta personale che i soggetti compiono durante il loro percorso di vita tuttavia vi è una comune configurazione psicologica alla base di tutte queste variegate attività.

Dallo studio sistematico delle descrizioni fenomenologiche di decine di migliaia di questionari sono emerse alcune specifiche caratteristiche del flow tra le quali: una motivazione intrinseca (si pratica l'attività per il gusto stesso di farla) che porta a ricercare di ripetere l'esperienza, un alto senso di controllo situazionale, un equilibrio tra il grado di difficoltà dell'attività e le proprie capacità percepite.

Recenti studi sulle correlazioni del Flow e biomarcatori ha indicato un rapporto tra frequenza di questa specifica tipologia di esperienze e benefici psicofisici legati a vari sistemi metabolici, neurali ed immunitari (Agnoletti, 2015; 2016; 2017).

All'interno dell'attuale teoria dell' Esperienza Ottimale esistono tre categorie logiche rappresentate da differenti configurazioni tra il grado di difficoltà dell'attività e le proprie capacità percepite: l'area nella quale viviamo uno stato di esperienza ottimale "EO", l'area che rappresenta l'esperienza di noia "EN" (caratterizzata da una situazione in cui le proprie capacità personali sono percepite come superiori rispetto la difficoltà dell'attività intrapresa), e quella dell'ansia "EA" (caratterizzata da una situazione dove le proprie capacità sono percepite come inferiori rispetto la difficoltà dell'attività ingaggiata).

Il meccanismo del flow ha una natura dinamica nel senso che, ad esempio, uno stato ottimale non può durare a lungo, una volta raggiunto "incrementerà" nel tempo il livello percepito delle capacità auto-percepite e conseguentemente aumenterà il grado di difficoltà dell'attività necessaria per raggiungere la futura esperienza ottimale.



Urry, H.L., van Reekum, C.M., Johnstone, T., Kalin, N.H., Thurow, M.E., Schaefer, H.S., Jackson, C.A., Frye, C.J., Greischar, L.L., Alexander, A.L., & Davidson, R.J. (2006).

Amygdala and ventromedial prefrontal cortex are inversely coupled during regulation of negative affect and predict the diurnal pattern of cortisol secretion among older adults. Journal of Neuroscience, 26, 4415-4425.

Urry, H. L., Nitschke, J. B., Dolski, I., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Mueller, C. J., Rosenkranz, M. A., Ryff, C. D., Singer, B. H., & Davidson, R. J. (2004). *Making a life worth living: Neural correlates of well-being. Psychological Science, 15, 367-372.*

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. & Gómez, D. (2009). *Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology. Annuary of Clinical and Health Psychology, 5, 15-28.*

mo quindi comprendere che esistono logicamente due tipologie di strategie atte a "riportarci" nell'area positiva delle Esperienze Ottimali: la strategia (S1) che implica una riacquisizione della percezione di controllo della situazione senza percepire un aumento delle capacità personali e la strategia (S2) che consiste nel mantenere nel tempo l'alto (e stressante) grado di difficoltà dell'attività, percependo contemporaneamente un aumento delle proprie capacità e quindi un maggiore grado di controllo della situazione. La strategia S2 è l'unica situazione in cui la persona percepisce l'aumento di controllo abbinato all'incremento delle capacità personali (Agnoletti, 2013; 2015). Questa situazione è molto connessa con la coltivazione di una capacità denominata "resilienza" cioè la capacità di gestire una situazione ansiogena ristabilendo efficacemente il grado di benessere psicofisico precedente l'evento stressante (Trabucchi, 2012).

E' stato visto che la resilienza ha la sua localizzazione neurofisiologica nel tratto neurale mielinico che connette la corteccia prefrontale e l'amigdala (Davidson, 2000; 2013) e che queste due strutture sono modificabili strutturalmente (neuroplasticità) attraverso esperienze selettivamente definite (Hölzel, et. al., 2010; Lazar, et.al. 2005; McEwen & Morrison, 2013).

E' presumibile pensare che anche il tratto neurale sia plasticamente modificabile dalle esperienze personali vissute; a conferma di questa ipotesi si veda ad esempio l'attivazione neurale inversa tra prefrontale e l'amigdala (Urry et al. nel 2006).

Le dimensioni fenomenologiche del Flow sono state identificate e misurate da diverso tempo ma solo molto recentemente si è analizzata anche la natura neurofisiologica di questo meccanismo psicologico. Risulta interessante notare a questo riguardo che esiste un legame tra la propensione ad avere Esperienze Ottimali e la percezione di controllo che si ha della propria vita ed è stato ipotizzato che, alla base di questa relazione, ci sia il coinvolgimento del circuito dopaminergico della ricompensa (Mosing et al., 2012). A conferma di questa ipotesi è stato dimostrato che le differenze individuali nella propensione ad avere Esperienze Ottimali sono legate alla disponibilità del recettore D2 della Dopamina che si trova nel corpo striato dorsale (Manzanao et al., 2013), struttura questa che fa parte del circuito della ricompensa.

Come abbiamo visto precedentemente, la teoria attuale prevede che l'unica strategia possibile per replicare il Flow, mantenendo lo stato di difficoltà tipico della situazione ansiogena, sia aumentando le proprie capacità percepite.

Replicare questa particolare strategia psicologica incrementa quindi la resilienza cioè la capacità di gestire una situazione ansiogena/stressante ristabilendo in maniera efficace lo stato psicofisico precedente la situazione negativa.

Aumentare la frequenza di questa tipologia di esperienze (S2) dovrebbe quindi avere effetti di plasticità neurale del tratto neurale che connette la corteccia prefrontale all'amigdala presupposto per esprimere la capacità della resilienza.

Queste due strutture neurali (amigdala e corteccia prefrontale) abbiamo visto che sono inversamente correlate durante la regolazione di emozioni negative (stress negativo) e predicono i livelli di cortisolo prodotto in fase diurna.

L'attuale conoscenza scientifica sembra suggerire quindi che ad una maggiore propensione di Esperienze Ottimali dovrebbe corrispondere una maggiore attivazione del tratto neurofisiologico corrispondente la resilienza, che connette la corteccia prefrontale e l'amigdala oltre una migliore regolazione adattiva dall'asse HPA che favorirebbe un minore livello di cortisolo prodotto. Dall'uso strategico di queste conoscenze potrebbero esserci interessanti ricadute applicative finalizzate al miglioramento della qualità di vita e del benessere globale della persona.

In termini più pratici ciò significa che, se ad esempio, sciando su di una pista "bianca" posso vivere un'esperienza ottimale, ma ripetendo nel tempo la medesima pista (migliorando quindi le mie capacità percepite) arriverò al punto di non provare più la stessa esperienza positiva vissuta in precedenza.

Per evitare uno stato di noia e "ingaggiare" la prossima esperienza ottimale dovrò quindi aumentare il livello di difficoltà della pista da sci per intercettare l'equilibrio con le capacità autopercepite di quel momento. Se non effettuerò questa scelta bilanciata correrò il rischio di incappare nella situazione ansiogena dove le difficoltà dell'attività sono molto superiori a quelle auto-percepite/attribuite (p.e. un novello sciatore che affronta una pista nera) o noiosa caratterizzata dall'esatta configurazione opposta dove le difficoltà dell'attività sono molto inferiori a quelle auto-percepite/attribuite (praticando nuovamente la pista "bianca").

Andando ad approfondire la situazione ansiogena/stressogena negativa, caratterizzata da una percezione di "basso" controllo e/o "bassa" prevedibilità degli eventi (Carnevali e Sgoifo, 2013), possia-

LE STRAGI DEL SABATO SERA: UNA POSSIBILE INTERPRETAZIONE SOCIOLOGICA



Dott.ssa Annamaria Venere

Sociologa Sanitaria

Amministratore Unico
AV Eventi e Formazione

Direttore Editoriale
MEDICALIVE MAGAZINE

Sitografia

<http://www.interruzioni.com/stragisabato.htm>

<http://www.polizialocalepadova.it/index.php/chi-siamo/2013-11-11-12-13-23/reparti/reparto-radiomobile/13-comunicati/147-riflessioni-psicologia>

https://www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi_2012/incidenti_strad_27_09_2012/2012_9_27_presentazione_oss_incidenti_palladino_1.pdf

http://www.corriere.it/cronache/17_gennaio_03/calco-stragi-sabato-sera-7d39c45c-d19b-11e6-a55b-632cc5cf8e9f.shtml

http://www.fondazioneania.it/export/sites/fondazione/it/pubblicazioni/Statistiche/Incidentalita_stradale_dei_giovani_sotto_i_30_anni.pdf

Sono il pensiero di un'altra vita spezzata ancora giovane, e in modo così stupido; il pensiero della famiglia che di lì a poco incontreremo e del dolore che inevitabilmente divideremo; le lacrime che vedremo scorrere sul volto di una mamma o di un papà; le lacrime spesso ricacciate indietro negli occhi dei fratelli, soprattutto se più piccoli».

La condivisione delle esperienze è la forma più efficace di prevenzione, il raccontare ai ragazzi come si svolgono esattamente i soccorsi in circostanze d'incidenti così gravi e come sia complesso rapportarsi con le famiglie colpite dal lutto e dal dolore costituisce una delle poche risorse per sviluppare in loro quella forma di autodifesa che può salvare vite. Può sembrare duro talvolta porre i ragazzi dinanzi a immagini crude o racconti o anche riferire loro il dolore immenso di genitori che hanno perso i propri figli, ma in realtà è un modo per costringerli a riflettere sul fatto che quelle immagini, quei racconti e quei genitori potrebbero essere i loro un giorno.

Alta velocità, droga ma soprattutto un elevato livello di tasso alcolico nel sangue, sono le cause principali delle stragi del sabato sera. Ed è per questo che il preoccupante fenomeno è strettamente legato a quello della guida sotto l'influenza di alcol e sostanze stupefacenti, il cui abuso oltre ad incidere sulla salute personale dell'individuo, determina una particolare condizione di pericolosità del soggetto per l'incolumità degli altri, quando si pone alla guida.

Non deve inoltre trascurarsi il ruolo delle reali condizioni fisiche dei conducenti, il sonno e la stanchezza in particolare. Ciò soprattutto considerando che chi guida dopo aver bevuto, aumenta di circa quattro volte il suo rischio di incorrere in incidenti stradali. Chi guida in condizioni di sonnolenza aumenta di due volte il suo rischio di incorrere in incidenti stradali. Chi guida dopo aver bevuto e in condizione di sonnolenza aumenta di circa sette volte il suo rischio di incorrere in incidenti stradali. L'obiettivo è evitare che l'incidente abbia luogo.

Le maggiori iniziative per il contrasto di tale fenomeno hanno mirato sia alla trasmissione fra la popolazione giovanile di messaggi positivi sulla vita, sui pericoli della perdita dei riflessi durante la guida, sulla tutela dell'incolumità propria e altrui, sulla cultura della sicurezza, sia al coordinamento delle attività di controllo lungo la rete viaria da e per i luoghi di ritrovo giovanile. La Polizia di Stato, soprattutto attraverso la sua componente specialistica, la Polizia Stradale, ha prestato un contributo rilevante all'obiettivo del contenimento del numero e della gravità degli incidenti stradali.

La tendenza al rischio è insita nella gioventù. Il rischio suscita nei ragazzi la sfida che rimanda alla trasgressione, all'eccitazione e al coraggio.

È ormai diventata una consuetudine dolorosa leggere sulle prime pagine dei quotidiani, specialmente quelli a diffusione locale, la notizia di qualche giovane vita stroncata in un sinistro automobilistico.

La notte del sabato sera rappresenta, infatti, il momento in cui più spesso avvengono gli incidenti. Si tratta della serata tradizionalmente consacrata dai giovani, liberi da impegni di lavoro e di studio, al divertimento.

Quando le vittime di queste disgrazie sopravvivono, può succedere che i postumi consistano in deficit cognitivi e motori talmente gravi da impedire loro di condurre una vita tranquilla e normale.

Ne consegue un'escalation di famiglie messe seriamente a dura prova, progetti esistenziali in fumo, sofferenze fisiche e psicologiche indicibili, bisogni assistenziali che richiedono la presenza costante di una persona 24 ore su 24 per il resto della vita.

La nostra epoca infatti vive nel segno della velocità, dell'efficienza, della competizione e del consumo, dove l'apparire, l'immagine, la ricchezza, il potere e il possesso, sono gli elementi essenziali. Le industrie automobilistiche costruiscono vetture sempre più rapide, che tentano d'imporre sul mercato con pubblicità al contempo seducenti e aggressive.

La macchina potente e veloce è sinonimo di affermazione, integrazione, conquista sessuale.

Come asserisce la Dott.ssa Raffaella Buzzi a capo dell'Associazione "Psicologi per i popoli": «La prima cosa che posso dire è che non ci si abitua mai a questo tipo di intervento, ed anche i soccorritori più esperti, pur portando a termine in modo perfetto la tecnica dell'intervento, si portano a casa una cicatrice, l'ennesima che segna la nostra attività lavorativa. Cosa sono queste cicatrici? Sono i segni dei pensieri e delle emozioni che ci passano per la testa prima e dopo qualsiasi intervento in caso di incidenti mortali.



I termini sfida e pericolo sono quelli che più ricorrono nei discorsi degli adolescenti sul rischio: “rischiare è sfidare se stessi”, “mettersi in gioco”, “scommettere per ottenere”, “capacità e voglia di mettersi in discussione”. Il rischio appare, dunque, non fine a se stesso ma determinato da motivazioni sottostanti quali il bisogno di essere notati, sentirsi parte del gruppo e sentirsi all'altezza. L'atteggiamento dominante è quello di spingersi a rischiare per ottenere visibilità, legittimazione, conferma da parte degli altri. Il desiderio di successo nelle relazioni interpersonali è talmente importante che tutti i comportamenti sono subordinati in funzione di questo obiettivo.

Per i ragazzi l'incidente è prevalentemente un evento subito, non il frutto di un'azione del soggetto, determinato da fattori esterni quali il fondo stradale, la nebbia ma interessante è che anche alcool e droghe sono spesso ritenuti dagli adolescenti un fattore esterno che si introduce nel soggetto e modifica capacità e riflessi.

Occorre inoltre evidenziare che nei giovani l'azione che l'alcool esercita sull'organismo è sottovalutata (pensano generalmente che per perdere il controllo ottimale di guida occorran molti bicchieri di birra, vino o super-alcolici), ed è accompagnata dalla convinzione che chi è abituato, regge meglio l'alcool e rischia di meno. L'incidente è dunque frutto del caso e della fatalità mentre l'alcool è l'irrinunciabile mezzo di socializzazione.

Sembra mancare nei giovani la dimensione del dopo.

Prevale un'eccessiva sicurezza e fiducia nelle proprie capacità nell'illusione di poter sventare qualsiasi pericolo. Ferite, fratture che provocano danni fisici permanenti che possono limitare la socialità possono essere l'unico deterrente contro le condotte pericolose. Il rischio per l'integrità fisica dev'essere percepito come più immediato rispetto al guadagno in termini di socializzazione, non un'eventuale perdita futura ma come conseguenza negativa che può essere determinata da un agire superficiale e senza tentennamenti solo perché condiviso dal gruppo. Su tali premesse si basa il progetto Icaro della Polizia stradale che attraverso il metodo dell'educazione emozionale intende raggiungere i giovani sensibilizzandoli al valore della vita attraverso il racconto delle esperienze di coloro che sono rimasti paralizzati a seguito di incidenti stradali.

In questo scenario sempre più drammatico e destabilizzante l'ecstasy rappresenta la droga più diffusa tra le nuove droghe; si trasforma in sostanza da prestazione e l'atmosfera collegata a essa diventa la vera padrona della situazione. Tale fenomeno non si verifica in tutti i locali da ballo, perché si calcola che su oltre cinquemila discoteche in Italia, la droga circoli in percentuale del 7-8 %, dove quasi la metà dei giovani consuma sostanze stupefacenti.

Secondo la psicologa e psicoterapeuta Maria Marcella Cingolani del portale web “ascolto-ansia.it”, le stragi del sabato sera sembrano rappresentare la voce di tanti giovani che attraverso la metafora del ballo esprimono il loro disagio rispetto a un'impossibilità d'interrogarsi sulla propria esistenza, sull'opportunità d'interrogarsi sul proprio desiderio represso e annullato da un bisogno di consumo immediato, generalizzato, imposto come irrinunciabile.

Attualmente il tempo necessario per ognuno di riflettere sulle possibili scelte, sulle possibili opportunità, sulla ricerca di un desiderio particolare, pare aver perso la sfida per soccombere al consumo di tutto, in una frenesia che non concede tregua, pena lo spettro dell'emarginazione.

Dunque non sembra che i provvedimenti attuati sinora, come la chiusura anticipata dei locali o ancora il divieto di vendita degli alcolici, seppure utili, siano la risposta adeguata all'aspetto metaforico del ballo.

Sarebbe opportuno adottare la strategia dell'ascolto, ridare al tempo la sua collocazione di strumento indispensabile per consentire a ogni giovane di non sentirsi ghettizzato in una categoria, ma soggetto in grado di esprimersi, d'interrogarsi sulle proprie questioni, le proprie difficoltà di elaborare e costruire la propria identità.

La gente della notte sta diventando più responsabile al volante: nel 2016 sono calati gli incidenti e le morti sulle strade del “sabato sera”. Erano l'incubo dei genitori negli anni Ottanta e Novanta ma, secondo i dati della Polizia stradale e dell'Arma dei Carabinieri, ci sono stati 35 morti in meno. Le vittime rilevate dalle due forze di polizia sono state in tutto 119, mentre sono diminuiti anche gli scontri 2.730 (-224). «I primi segnali del 2016 sono positivi — spiega Roberto Sgalla, direttore centrale di tutte le specialità della Polizia — ed esprimo un cauto ottimismo perché i nostri dati tengono conto solo degli incidenti rilevati fuori dai centri abitati ma se anche all'interno delle città sono in calo possiamo ipotizzare che si iniziano a vedere i risultati congiunti dei controlli sempre più stringenti contro l'abuso di alcol e droghe per i guidatori unite alle tantissime campagne di prevenzione svolte in Italia».

Vale la pena sottolineare che l'età sempre più bassa dei frequentatori aggiunge un ulteriore livello di complessità. In Italia e non solo, la cultura del clubbing è diventata una pura impresa economica che resiste cercando di favorire l'evoluzione di un pubblico sempre più giovane.

Le grandi discoteche-marchio, quelle che ospitano dj-popstar attirano masse di giovanissimi.

Da sempre si è cercato di affrontare i due approcci del proibizionismo e della riduzione del danno: la differenza principale è che il primo, largamente sperimentato, si è rivelato fallimentare.

Il secondo, in Italia, non è mai stato adottato.

L'effettiva mancanza riguarda l'elaborazione di una visione più ampia e radicale che non si concentri soltanto sul sintomo, ma individui anche le ragioni profonde per cui i ragazzini delle discoteche odierne appaiono sovente in cerca non più di una qualche forma di percezione alternativa del mondo, ma di un mero stato di non percezione ovvero di un blackout senza progetto.

In positivo o in negativo, la pista da ballo svela sempre qualcosa del mondo. I ragazzini sono una spia dei tempi, sono «i canarini della miniera».

Tuttavia, a cambiare negli anni, è stato il clima sociale in cui si svolgeva questo dibattito.

La concezione di alcuni, secondo cui le generazioni di un tempo manifestassero un rapporto più sano, o meno nichilista con le sostanze, rivela chiaramente un mutamento delle dinamiche sociali.

Chi assumeva sostanze nei decenni passati, lo faceva spesso nell'ambito di una sottocultura, come quella hippy o raver degli anni novanta, che creava un senso di comunità e conferiva all'assunzione di quelle sostanze significati culturali, legati a una visione



del mondo, discutibile o meno che fosse.

Oggi gli adolescenti che frequentano la discoteca di Riccione Cocoricò, per citare un non lontano e tragico caso di cronaca, ci sembrano danzare nel vuoto.

In ultima analisi occorre modificare l'approccio psicologico alla guida da parte delle nuove generazioni affinché queste stragi siano contenute. È necessario iniziare a educare alla sicurezza stradale sin dalla più tenera età oltre che intervenire con attività di formazione specifiche per le due ruote, che rappresentano la tipologia di veicolo con il maggior numero di decessi tra i ragazzi, ed è necessario parlare sempre di più di responsabilità nel bere in senso generale e in correlazione alla guida. Una sfida per l'intera comunità è di sviluppare strategie efficaci per modificare il comportamento alla guida delle persone, ritenuto causa dell'80% circa di tutti gli incidenti stradali, affinché siano scoraggiate quelle attività ritenute inappropriate per una guida sicura e corretta. Purtroppo, l'elemento umano, soprattutto con riferimento al mondo giovanile, è, ed è sempre stato, il più difficile da influenzare e correggere, anche se il campo in cui operare e la direzione da seguire è quella che consente a un "guidatore" di non morire sulla strada.

OPERAZIONE DI ROUTINE E CONSENSO INFORMATO. QUANDO LA RESPONSABILITÀ PER DANNO IATROGENO?



Avv. Angelo Russo

Avvocato Cassazionista,
Diritto Civile,
Diritto Amministrativo,
Diritto Sanitario,
Catania

Con la sentenza 13 ottobre 2017, n. 24074 la Corte di Cassazione torna a occuparsi di responsabilità medica in occasione di interventi chirurgici di routine.

Il fatto

La Corte d'appello di Palermo, con sentenza 25.3.2013 n. 560, confermava la decisione del Tribunale che aveva rigettato la domanda di risarcimento danni proposta da A.A. nei confronti dell'Assessorato alla sanità della regione siciliana (Gestione stralcio delle sopresse UU.SS.LL.), di G.V., L.G. e B.G., rispettivamente chirurgo operatore, assistente e primario del reparto (quest'ultimo intervenuto in camera operatoria a completare l'intervento chirurgico), per i danni, consistiti in "colangite recidivante da stenosi del coledoco e del dotto epatico di sx", subiti in conseguenza dell'intervento di colecistectomia - cui era stata sottoposta, in data

21.7.1994, presso l'Ospedale di Palermo - iniziato per via laparoscopica e completato per via laparotomica al quale era seguita stenosi con fistola al coledoco prossimale che aveva richiesto un successivo intervento riparatorio, eseguito dalla paziente in altra casa di cura.

Accogliendo la disamina critica effettuata dal CTU sulle varie questioni prospettate dall'attrice, la Corte di Appello concludeva per la correttezza della condotta dei sanitari, sia nella scelta del metodo che nella esecuzione dell'intervento e del trattamento post-operatorio, in quanto la lesione iatrogena della via biliare principale verificatasi durante l'intervento in laparoscopia doveva essere attribuita alla insorgenza di una complicanza, non essendo stata, invece, accertata una lesione ischemica secondaria ad una lesione arteriosa al momento dell'intervento, cui ricondurre la stenosi del tratto prossimale del coledoco.

La Corte, infine, accertava che risultava provato l'adempimento dell'obbligo di acquisizione del consenso informato dai documenti, sottoscritti dalla paziente, relativi alla accettazione della anestesia e della trasfusione di sangue.

Nel ricorso per cassazione A. evidenziava come la lesione iatrogena della via biliare principale (coledoco) integrasse un fatto dannoso riconducibile causalmente alla manovra laparoscopica eseguita dagli operatori G. e L. e, dunque, suscettibile di determinare la responsabilità per inadempimento (da contratto per l'ente pubblico erogatore del servizio pubblico sanitario e da "contatto sociale" dei medici operatori).

Sottolineava la ricorrente che l'affermazione del CTU - riprodotta poi nella motivazione del Giudice di appello - secondo cui "non sussiste responsabilità, dovendo considerarsi tale lesione iatrogena come mera complicanza statisticamente rilevata nella letteratura scientifica (evenienza statisticamente rilevante come riportato circa nell'1% (percento) dei casi, descritta dalla letteratura internazionale)", costituisse un mero paralogismo, in quanto non consentiva di individuare la ragione giustificativa della ascrizione della lesione iatrogena alla categoria dei fenomeni sottratti alla sfera di controllo ed intervento umano, quale "evento insopprimibile" da intendersi conseguenza inevitabile della "corretta esecuzione" del metodo chirurgico laparoscopico, prescelto ed in concreto adottato.

La decisione della Corte

La Suprema Corte ritiene fondata la censura mossa alla decisione della Corte di Appello alla stregua del principio, più volte enunciato, secondo cui, "in caso di prestazione professionale medico - chirurgica di routine, spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico - scientifiche del momento."

Da ciò consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di complicanze intraoperatorie, ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonchè l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio (cfr. Corte cass. Sez. 3, Sentenza n. 20806 del 29/09/2009; id. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 17694 del 29/07/2010; id. Sez. 3, Sentenza n. 13328 del 30/06/2015; id. Sez. 3, Sentenza n. 12516 del 17/06/2016).

In applicazione del principio, pertanto, l'affermazione contenuta in sentenza, meramente riproduttiva dell'elaborato peritale depositato dal CtU, secondo cui "la lesione costituisce un evento insopprimibile (quand'anche prevedibile, comunque inevitabile)" è totalmente carente di supporto esplicativo, tanto più considerando che la nozione di una "conseguenza inevitabile" determinata dalla corretta esecuzione della manovra operatoria mal si concilia con la rilevazione statistica dell'evento lesivo soltanto "nell'1% (percento)" dei casi.

Il dato statistico, quindi, (in base al quale all'esecuzione dell'intervento con metodo laparoscopico consegue normalmente un risultato favorevole) non supporta l'iter motivazionale seguito dal Giudice di appello sicchè, in assenza di specifici fattori che determinino in modo autonomo l'anomalia del risultato, quest'ultima non può che essere ricondotta alla errata manovra del medico chirurgo.

La Corte rileva, peraltro, che la criticità dell'argomentazione non viene colmata neppure dalla successiva osservazione del Ctu, secondo cui *"diverse volte la causa della lesione rimane inspiegabile, ed in più di metà dei casi la lesione si verifica durante le manovre per riconoscere ed isolare il cistico e per staccare la colecisti dalla via biliare"*, nè assolve al requisito minimo motivazionale richiesto dall'art. 111 Costituzione, comma 6, l'illustrazione di ipotetiche possibilità di lesione in circostanze particolari (estrema sottigliezza del dotto cistico) indicate esemplificativamente e che, come tali, non appaiono riferibili al caso concreto.

La ricorrente, infine, contestava la sentenza della Corte d'appello nella parte in cui avrebbe ritenuto provata per via presuntiva - in assenza di alcuna informativa scritta - la acquisizione del consenso informato della paziente e la consapevole accettazione da parte della stessa della metodica chirurgica prescelta e dei rischi connessi, non costituendo fatti idonei a produrre l'inferenza logica del fatto ignorato la mera sottoscrizione dei moduli relativi all'assenso alla anestesia ed alla emotrasfusione.

La Corte, rigettava il motivo di ricorso, attraverso una compiuta analisi dei principi elaborati, sul punto, dalla giurisprudenza di legittimità (cfr. Corte cass. Sez. 3, Sentenza n. 18513 del 03/09/2007; id. Sez. 3, Sentenza n. 7237 del 30/03/2011; id. Sez. 3, Sentenza n. 20984 del 27/11/2012; id. Sez. 3, Sentenza n. 25764 del 15/11/2013; id. Sez. 3, Sentenza n. 14642 del 14/07/2015) dai quali si ricavava che *"la manifestazione del consenso informato alla prestazione sanitaria, costituisce esercizio di un autonomo diritto soggettivo all'autodeterminazione, riferito alla persona fisica (la quale in piena libertà e consapevolezza sceglie di sottoporsi a terapia farmacologica o ad esami clinici e strumentali, o ad interventi o trattamenti anche invasivi, laddove comportino costrizioni o lesioni fisiche ovvero alterazioni di natura psichica, in funzione della cura e della eliminazione di uno stato patologico preesistente o per prevenire una prevedibile patologia od un aggravamento della patologia futuri), che - se pure connesso - deve essere tuttavia tenuto nettamente distinto - sul piano del contenuto sostanziale - dal diritto alla salute, ossia dal diritto del soggetto alla propria integrità psico-fisica"*, che *"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 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost., i quali stabiliscono, rispettivamente, che "la libertà personale è inviolabile", e che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*.

La circostanza che il consenso informato trovasse fondamento negli artt. 2, 13 e 32 Cost. poneva in risalto la funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona, quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, *"se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione..."*.

Al diritto indicato corrisponde l'obbligo del medico di fornire informazioni dettagliate, in quanto strettamente strumentale a rendere consapevole il paziente della natura dell'intervento medico e/o chirurgico, della sua portata ed estensione, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative.

In applicazione della regola del riparto dell'onere della prova, grava sul medico, in caso di contestazione del paziente, la dimostrazione di aver fornito tutte le indicazioni necessarie a compiere la scelta consapevole, e dunque di aver correttamente adempiuto all'obbligo informativo preventivo, mentre, nel caso in cui tale prova non venga fornita e dunque sussista inadempimento colpevole (il cui accertamento è del tutto indipendente dalla corretta esecuzione della terapia somministrata o dell'intervento chirurgico o dall'eventuale danno alla salute ad essi conseguito), occorrerà distinguere ai fini della valutazione della fondatezza della domanda risarcitoria proposta dal paziente:

- a) l'ipotesi in cui alla omessa informazione sia conseguito un danno alla salute che costituisca esito non attendibile dalla prestazione tecnica se correttamente eseguita - e quindi imputabile a colpa professionale - nel qual caso la mancanza del consenso informato si inserirà nella serie causale produttiva del danno non patrimoniale;
- b) l'ipotesi in cui, invece, il peggioramento della salute corrisponda ad un rischio attendibile e cioè ad un esito infausto prevedibile "ex ante" nonostante la esatta esecuzione della prestazione tecnica-sanitaria che si rendeva comunque necessaria, nel qual caso, ai fini dell'accertamento del danno, graverà sul paziente l'onere della prova, anche tramite presunzioni, che il danno alla salute è dipeso causalmente dal fatto che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi all'inadempimento dell'obbligo di informazione alcuna rilevanza causale sul danno alla salute.



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci

+39 095 7280511

publicita@medicalive.it

www.medicalive.it

Comitato Tecnico Editoriale

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



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

Francesco Sgrò

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 – Catania
E-mail: info@medicalive.it
P. Iva: 04660420870
ISSN 2421-2180

SEGUICI ANCHE SU...



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



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AveventieformazioneCatania>

