



MEDIC@LIVE

04 APR 2017 *Magazine*

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 3

www.medicalive.it

ISSN 2421 - 2180



ALL' INTERNO

pag. 4 **INDICAZIONI AL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO
NEI TUMORI DELLA MAMMELLA**

pag. 10 **TRATTAMENTO DELLE LESIONI
LEGAMENTOSE DI CAVIGLIA**

pag. 18 **LE APPLICAZIONI DELL'OZONOTERAPIA
NELLE CURE PALLIATIVE - Parte 2**

pag. 23 **PROGETTUALITÀ DELLA PERSONA
E SOSTENIBILITÀ SOCIALE
EQUILIBRI IN MOVIMENTO - Parte 1**

pag. 31 **IL "COMPARAGGIO". POST FATA RESURGO**



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



SOMMARIO

pag. 4

RADIOTERAPIA

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO NEI TUMORI DELLA MAMMELLA

Dott. Mattia Falchetto Osti , Dott.ssa Donatella Caivano, Dott.Paolo Bonome

pag. 10

ORTOPEDIA

TRATTAMENTO DELLE LESIONI LEGAMENTOSE DI CAVIGLIA

Dott. Roberto Urso

pag. 18

REUMATOLOGIA

LE APPLICAZIONI DELL'OZONOTERAPIA NELLE CURE PALLIATIVE - Parte 2

Dott. Mario Bentivegna

pag. 23

SOCIOLOGIA

PROGETTUALITÀ DELLA PERSONA E SOSTENIBILITÀ SOCIALE EQUILIBRI IN MOVIMENTO - Parte 1

Dott. Giulio Godano

pag. 31

DIRITTO SANITARIO

IL "COMPARAGGIO". POST FATA RESURGO

Avv. Angelo Russo



I PROSSIMI EVENTI

LA CARENZA DI VITAMINA D

6 Maggio 2017 - San Cataldo (CL)

MMG e Specialisti in: Ortopedia e Traumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Reumatologia; Biologi
ECM 6

INCIDENZA E TRATTAMENTO DELLE FRATTURE E DEI CROLLI VERTEBRALI

13 Maggio 2017 - Caltagirone (CT)

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

ECM 5

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE GOMITO-MANO

13-14 Maggio 2017 - Catania

Fisioterapisti e terapisti occupazionali

ECM 17,6

LA PATOLOGIA AORTICA TORACICA

20 Maggio 2017 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Angiologia, Cardiologia e Chirurgia Vascolare
ECM 5

LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

26-27 Maggio 2017 - Forlì

Fisioterapisti

ECM 21,5

LE LESIONI TRAUMATICHE DELLA SPALLA: TRATTAMENTO CHIRURGICO E RIABILITATIVO

10-11 Giugno 2017 - Acireale

Medici Specialisti in: Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia,
Reumatologia, Medicina dello Sport, Fisioterapisti

ECM 21,8

LE ORTESI POLSO-MANO NELLA RIABILITAZIONE

1-2 Luglio 2017 - Forlì

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

ECM 22

ETHICS AND SOCIAL WORK

10-13 Settembre 2017 - Enna

Medici, Assistenti sociali, Sociologi, Psicologi, Educatori



**I QUADERNI DI ORTO-FISIO-REUMA
ECOGRAFIA INTERVENTISTICA**

16-17 Settembre 2017 - Catania

Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna,
Ortopedia e Traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia
ECM 16

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

14-15 Ottobre 2017 - Bari

Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti, Medici Chirurghi Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione,
Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport, Reumatologia
ECM 21,6

IL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

21 Ottobre 2017 - Catania

Medici Chirurghi Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia,
Medicina dello Sport, Reumatologia, Neurologia, Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali
ECM 8

FOCUS SUL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

21 Ottobre 2017 - Ostuni (BR)

Medici chirurghi specialisti in Fisiatria, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Reumatologia, Ortopedia,
Anestesia, Rianimazione, Medicina di Base (MMG); Farmacisti
ECM 5

LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

17-18 Novembre 2017 - Forlì

Fisioterapisti
ECM 20,5

IL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

2 Dicembre 2017 - Bari

Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti, Medici Chirurghi Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione,
Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport, Reumatologia
ECM 8

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO NEI TUMORI DELLA MAMMELLA



Dott. Mattia Falchetto Osti
Dott.ssa Donatella Caivano
Dott. Paolo Bonome

UOC Radioterapia
AO Sant' Andrea

Facoltà Medicina e Psicologia
Università di Roma "Sapienza"

Bibliografia

Bartelink H, Horiot JC, Poortmans PM, Struikmans H, Van den Bogaert W, Fourquet A, Jager JJ et al. Impact of a higher radiation dose on local control and survival in breast-conserving therapy of early breast cancer: 10-year results of the randomized boost versus no boost EORTC 22881-10882 trial. *Clin Oncol* 2007; 25(22):3259-65.

Bentzen SM, Agrawal RK, Aird EG, Barrett JM, Barrett-Lee PJ, Bentzen SM, Bliss JM. The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial B of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial. *START Trialists' Group. Lancet* 2008 ;371(9618):1098-107.

Chen AM, Meric-Bernstam F, Hunt KK, Thames HD, Oswald MJ, Outlaw ED, et al. Breast conservation after neoadjuvant chemotherapy: the MD Anderson cancer center experience. *J Clin Oncol* 2004; 22(12):2303-12.

Deutsch M. Repeat high-dose external beam irradiation for in-breast tumor recurrence after previous lumpectomy and whole breast irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 53 (3): 687-691.

Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJH, Mansel RE et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2014; 15(12): 1303-1310.

Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER et al. Twenty-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1233-1241

Fodor J, Major T, Polgar C, et al. Prognosis of patients with local recurrence after mastectomy or conservative surgery for early-stage invasive breast cancer. *Breast* 2008; 17 (3):302-308. Gruppo di lavoro AIRO per la Patologia Mammaria 2013: La Radioterapia dei Tumori della Mammella Indicazioni e Criteri Guida

Hagberg KW, Divan HA, Fang SC, Nickel JC, Jick SS. Risk of gynecomastia and breast cancer associated with the use of 5-alpha reductase inhibitors for benign prostatic hyperplasia. *Clin Epidemiol* 2017; 10(9):83-91.

Introduzione

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nel sesso femminile a livello mondiale, seguito dal tumore del polmone e successivamente da quello colon-rettale. In Italia si stima che nel 2016 siano stati diagnosticati 50.200 nuovi casi. La malattia presenta un'ampia variabilità geografica con tassi amplificati sino a 10 volte nei paesi economicamente più sviluppati. Nel 2013, il carcinoma della mammella è stato tra le prime cause di morte per tumore nelle donne con 11.939 decessi (ISTAT).

A partire dalla fine degli anni 90 si è notata una progressiva riduzione di incidenza dei tassi di mortalità per tumore della mammella, attribuibile al maggior interesse nell'effettuazione di programmi di screening, maggiori diagnosi precoci, al miglioramento delle strategie terapeutiche ed ad una maggiore conoscenza delle cause della patologia. Infatti, uno studio della WHI ha mostrato una maggiore incidenza dei carcinomi invasivi della mammella e di patologie cardiovascolari in donne che facevano uso di terapia ormonale estro-progestinica.

La sopravvivenza a 5 anni stimata nelle donne che si sono ammalate dal 2005 al 2007 è stata del 87% ed è in costante aumento.

Il cancro della mammella può essere diagnosticato anche nel sesso maschile, tuttavia i tumori mammari maschili sono estremamente rari, rappresentando meno dell'1% di tutti i casi.

La valutazione del paziente va effettuata collegialmente da un gruppo di specialisti dedicati quali radiologo, anatomopatologo, chirurgo, radioterapista oncologo e oncologo medico.

La scelta terapeutica va effettuata dopo un'attenta valutazione sia del paziente che del tumore. Tra le variabili da considerare nel paziente vi sono: storia medica personale, familiarità per neoplasia, prevalentemente cancro della mammella e dell'ovaio, stato menopausale, confermato anche mediante misurazioni nel sangue di alcuni livelli ormonali (estradiolo, FSH).

Va effettuato un esame clinico, va considerato lo stato di benessere generale e la valutazione dei parametri ematici, come la conta dei globuli bianchi, dei globuli rossi e la valutazione di disfunzioni epatiche, ossee, renali o di altro genere.

Per quanto riguarda il tumore le variabili da valutare sono: lo stadio di malattia, l'istotipo, il grading, lo stato dei recettori ormonali per gli estrogeni e per il progesterone, lo stato Her 2, lo studio dei profili di espressione multi genica, l'indice di proliferazione cellulare Ki 67.

Generalmente le strategie terapeutiche combinano modalità di intervento che:

- agiscono a livello locale, come la chirurgia o la radioterapia,
- agiscono a livello sistemico sulle cellule cancerose potenzialmente presenti in tutto il corpo, come ad esempio la chemioterapia, la terapia ormonale e/o la terapia a bersaglio molecolare anti Her 2.



Holmberg L, Garmo H, Granstrand B, Ringberg A, Arnesson LG, Sandelin K, Karlsson P, Anderson H et al. Absoluterisk reductions for local recurrence after postoperative radiotherapy after sector resection for ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol* 2008;26(8):1247-52.

Hughes KS, Schnaper LA, Bellon JR, Cirincione CT, Berry DA, McCormick B, Muss HB et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women age 70 years or older with early breast cancer: long-term follow-up of CALGB 9343. *J Clin Oncol* 2013; 31(19):2382-7.

Hughes LL, Wang M, Page DL, Gray R, Solin LJ, Davidson NE, Lowen MA et al. Local excision alone without irradiation for ductal carcinoma in situ of the breast: a trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 2009;27(32):5319-24.

International commission on radiological Protection. Pregnancy and Medical Radiation. *Ann ICRP* 2000; 30: 1-43

Ismaili N, Elmajjaoui S, Lalya I, Boulaamane L, Belbaraka R, Abahssain H, Aassab R, et al. Anthracycline and concurrent radiotherapy as adjuvant treatment of operable breast cancer: a retrospective cohort study in a single institution. *BMC Res Notes* 2010; 3:247.

Linee Guida Aiom 2016: Neoplasie della mammella.

Mamounas EP, Anderson SJ, Dignam JJ, Bear HD, Julian TB, Geyer CE Jr, Taghian A et al. Predictors of locoregional recurrence after neoadjuvant chemotherapy: results from combined analysis of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18 and B-27. *J Clin Oncol* 2012; 30(32):3960-6.

McCormick B, Winter K, Hudis C, Kuerer HM, Rakovitch E, Smith BL, Sneige N et al. RTOG 9804: a prospective randomized trial for good-risk ductal carcinoma in situ comparing radiotherapy with observation. *J Clin Oncol* 2015;33(7):709-15.

Mukesh MB, Barnett GC, Wilkinson JS, Moody AM, Wilson C, Dorling L, et al. Randomized controlled trial of intensity-modulated radiotherapy for early breast cancer: 5-year results confirm superior overall cosmesis. *J Clin Oncol* 2013; 31(36):4488-95.

Peto R, Davies C, Godwin J, Gray R, Pan HC, Clarke M, Cutter D et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). *Lancet*. 2012; 379(9814): 432-444.

Polgár C, Van Limbergen E, Pötter R, et al. Patient selection for accelerated partial-breast irradiation (APBI) after breast-conserving surgery: Recommendations of the Groupe Européen de Curiethérapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (GEC-ESTRO) breast cancer working group based on clinical evidence (2009). *Radiation Oncol* 2010 ;94: 264-273.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(3):321-33.

Shah C, Vicini F, Wazer DE, Arthur D, Patel RR. The American Brachytherapy Society consensus statement for accelerated partial breast irradiation. *Brachytherapy* 2013;12(4):267-77.

Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(1):11-30.

Che cos'è la Radioterapia e modalità

La Radioterapia (RT) consiste nell'utilizzo di radiazioni che hanno come scopo quello di uccidere le cellule tumorali a livello del DNA. In generale, le cellule tumorali hanno una minore capacità riparatrice rispetto alle cellule normali. La Radioterapia può essere effettuata in differenti modalità.

-EBRT: radioterapia a fasci esterni, fascio di radiazioni erogato mediante acceleratori lineari con tecnica 3D conformazionale e/o IMRT.

-brachiterapia endocavitaria (mammosite): consiste in un palloncino connesso ad un catetere per il passaggio di una sorgente radioattiva ad alto dose rate (Ir 192). Lo strumento è posizionato nel letto operatorio durante o dopo la chirurgia.

-brachiterapia interstiziale: consiste nel posizionamento di cateteri in parallelo ad intervalli equivalenti. Usando questi cateteri l'irradiazione viene fornita mediante un sistema remote after loading di Ir 192.

-IORT: è una metodica che si basa sull'irradiazione del letto operatorio dopo la rimozione chirurgica del tumore attraverso acceleratori lineari dedicati durante l'intervento chirurgico.

Controindicazioni alla Radioterapia

Prima della pianificazione della strategia terapeutica, dalla chirurgia alla radioterapia dovrebbe essere valutata la possibilità di accedere ambulatorialmente e quotidianamente al Centro di Radioterapia, in relazione al performance status fisico, psichico e alla situazione logistica. L'età della paziente non costituisce una controindicazione. Tra le controindicazioni assolute vi è lo stato di gravidanza. La RT della mammella comporta un aumentato rischio teratogenico, di induzione di aborti, di neoplasie radio-indotte e di disordini ematologici nel bambino. Altra controindicazione è l'incapacità a mantenere la posizione individuata per l'esecuzione del trattamento, poiché ne impedisce la corretta esecuzione. Tra le controindicazioni relative vi sono malattie del collagene (lupus, sclerodermia, dermatomiosite) in fase quiescente, macromastia, pregressa radioterapia degli stessi volumi.

Piano di trattamento

Carcinoma non invasivo (Stadio 0): il carcinoma non invasivo è un tipo di tumore che viene definito come una forma pre-invasiva, il quale in una certa percentuale di casi ha delle potenzialità di trasformazione in una forma invasiva.

Si distinguono in tale ambito il Carcinoma lobulare in situ (LCIS) e il Carcinoma duttale in situ (DCIS).

Altro tumore da considerare nello stadio 0 è il Carcinoma microinvasivo.

L'American Joint Committee on Cancer and the International Union for Cancer Control (AJCC-UICC) definisce come carcinoma mammario microinvasivo (pT1mic) quando vi è presenza di una componente infiltrante microscopica delle dimensioni inferiori o uguali ad 1 mm. Si tratta di un tumore piuttosto raro, per tale motivi non vi sono studi clinici che definiscano esattamente il piano di terapia.

Carcinoma lobulare in situ: il trattamento locale attualmente consigliato è l'escissione chirurgica. Non vi è indicazione alla RT complementare. In presenza di elevata familiarità o di una mutazione genetica può essere valutata la mastectomia bilaterale profilattica con ricostruzione immediata.



Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA et al. Accelerated partial breast irradiation. Consensus Statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; 74: 987-1001.

Smith BD, Bentzen SM, Correa CR, Hahn CA, Hardenbergh PH, Ibbott GS, McCormick B et al. Fractionation for whole breast irradiation: an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 81(1):59-68.

Sotiriou C, Wirapati P, Loi S, Harris A, Fox S, Smeds J, Nordgren H, et al. Gene expression profiling in breast cancer: understanding the molecular basis of histologic grade to improve prognosis. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98(4):262-72.

T. J. Whelan, I. Olivetto, I. Ackerman, J. W. Chapman, B. Chua, A. Nabid, K. A. Vallis, J. et al. NCIC-CTG MA.20: An intergroup trial of regional nodal irradiation in early breast cancer. *J Clin Oncol* 29: 2011 (suppl; abstr LBA1003)

Toledano AH, Bollet MA, Fourquet A, Azria D, Gligorov J et al. Does concurrent radiochemotherapy affect cosmetic results in the adjuvant setting after breast-conserving surgery? Results of the ARCOSEIN multicenter, Phase III study: patients' and doctors' views. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;68(1):66-72.

Truong PT, Olivetto IA, Speers CH, Wai ES, Berthelet E, Kader HA. A positive margin is not always an indication for radiotherapy after mastectomy in early breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 58(3):797-804.

van der Hage JA, van de Velde CJ, Julien JP, Tubiana-Hulin M, Vandervelden C, Duchateau L. Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer trial 10902. *J Clin Oncol* 2001; 19(22):4224-37.

Wapnir IL, Dignam JJ, Fisher B, Mamounas EP, Anderson SJ, Julian TB, Land SR et al. Long-term outcomes of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP-B-17 and B-24 randomized clinical trials for DCIS. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103(6):478-88.

Whelan T, MacKenzie R, Julian J, Levine M, Shelley W, Grimard L, Lada B et al. Randomized trial of breast irradiation schedules after lumpectomy for women with lymph node-negative breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94(15):1143-50.

Zhao L, Mi D, Sun Y. A novel multitarget model of radiation-induced cell killing based on the Gaussian distribution. *J Theor Biol* 2017; 8(420):135-143.

Carcinoma duttale in situ: il trattamento raccomandato è la quadrantectomia. Nel caso in cui ci sia evidenza di un DCIS diffuso (ad esempio malattia presente in due o più quadranti) è necessario procedere mediante mastectomia, senza dissezione dei linfonodi ascellari. Quest'ultimo caso va valutato solo quando ci sia evidenza di malattia metastatica a livello dei linfonodi ascellari.

Studi prospettici randomizzati hanno dimostrato che l'utilizzo della Whole Breast Radiation Therapy (WBRT) adiuvante, riduce di un mezzo il tasso di recidiva locale nelle pazienti con margini liberi da malattia, nonostante non ci siano evidenze statisticamente significative che mostrino una differenza di risultati in termini di sopravvivenza globale e di sopravvivenza libera da metastasi.

Lo studio RTOG 9804 ha messo a confronto la semplice osservazione rispetto al trattamento radioterapico adiuvante in pazienti sottoposte a chirurgia conservativa in pazienti definite a rischio basso ed intermedio (diametro <2.5 cm, margini ≥3mm, grado medio basso). A 7 anni di follow-up, le pazienti sottoposte a radioterapia presentavano un tasso di recidiva locale del 0.9 % vs il 6.7 % delle pazienti che effettuavano solo osservazione (p <0.001).

Nello studio NSABP B-17 si è osservato a 15 anni una riduzione del 52 % di recidiva di carcinoma invasivo ipsilaterale delle pazienti sottoposte a RT adiuvante, tuttavia la sopravvivenza globale e il rischio cumulativo di morte per ogni causa presentava dei risultati simili. Ad oggi non ci sono evidenze scientifiche di Livello 1 che possano identificare un gruppo di pazienti, definito a basso rischio tali da non trarre beneficio da una radioterapia post operatoria. Si può considerare la possibilità di omettere la RT soltanto nelle forme con rischio di recidiva basso. Mediante gli studi ECOG 5194 e RTOG 9804 sono stati identificati dei criteri mediante il Van Nuys Prognostic Index tali per cui si può prendere in considerazione la possibilità di omettere la radioterapia: grado 1-2, distanza dai margini almeno di 3 mm, lesione non superiore ai 2,5 cm ed età.

È importante discutere il piano di trattamento con il paziente per esplicitare i rischi di recidiva locale e consentire al paziente la migliore scelta possibile. Il frazionamento adoperato è quello convenzionale 50 Gy in 25 frazioni sull'intera mammella residua post chirurgia, WBRT. Tuttavia ulteriori studi hanno dimostrato l'efficacia del trattamento Whole Breast ipofrazionato. In tal caso vanno considerate le dimensioni della mammella e del tumore che possano limitare l'efficacia della metodica. Per quanto riguarda l'utilizzo del boost successivo, sino ad ora i pareri sono discordanti e non si sono raggiunte delle evidenze chiare nell'ambito dei DCIS che mostrino un significativo vantaggio. L'impiego della Partial Breast Irradiation (PBI) nel trattamento del DCIS, appare controverso. La PBI non rappresenta uno standard terapeutico per il DCIS e non va proposta al di fuori di studi clinici. Secondo i recenti Consensus Statement dell'ASTRO e del GEC-ESTRO, la PBI nel DCIS va valutata in modo cautelativo quando il diametro della lesione è ≤ 3 cm e non è indicata quando è > 3 cm.

Carcinoma Micro invasivo: le indicazioni al trattamento radiante sono le medesime del DCIS e del carcinoma invasivo, con frazionamento che va da quello convenzionale all'ipofrazionato. Non vi sono inoltre studi che indichino l'utilizzo di una radioterapia adiuvante dopo chirurgia radicale.

Carcinoma invasivo Early Stage (Stadio I-II)

Le indicazioni al trattamento dei carcinoma invasivo early stage (stadio I-II) sono:

- Mastectomia +/- terapia sistemica +/- RT;
- Quadrantectomia + RT +/- terapia sistemica.

La RT effettuata dopo quadrantectomia comprende o un'irradiazione totale della mammella secondo frazionamento convenzionale o ipofrazionato +/- boost. Oppure può essere effettuata un'irradiazione accelerata Partial Breast mediante EBRT, o brachiterapia interstiziale o endocavitaria o IORT. Vari trial hanno dimostrato un'equivalenza di risultati sulla sopravvivenza quando si confronta la chirurgia conservativa seguita da RT rispetto alla mastectomia.

I frazionamenti adoperabili sono quelli convenzionali: 50 Gy in 2 Gy per frazione o 45-50.4 Gy in 1.8 Gy per frazione, oppure l'ipofrazionamento 42.56 Gy in 2.67 Gy per frazione o 40.05 in 2.67 Gy per frazione. Quattro trials randomizzati con un follow up superiore a 10 anni hanno suggerito risultati simili nei due tipi di regime di frazionamento.

Due studi inoltre hanno mostrato un miglioramento dei risultati sul controllo locale quando viene adoperata una dose aggiuntiva di boost (10-16 Gy) sul letto chirurgico. Generalmente la radioterapia adiuvante non viene effettuata dopo mastectomia, tuttavia pazienti sottoposte a chirurgia radicale che presentano margini di resezione positive devono effettuare RT adiuvante sulla parete toracica. Inoltre, il trial retrospettivo della British Columbia ha mostrato che pazienti con età ≤ 50 anni, tumore T2, G3 e invasione vascolare positiva (LVI+) mostravano un miglioramento nel controllo locale di malattia nelle pazienti sottoposte a RT adiuvante post mastectomia. Tuttavia, nel carcinoma della mammella early stage vi è un sottogruppo di pazienti a cui può essere omesso il trattamento radioterapico adiuvante post chirurgia conservativa. Ogni situazione va valutata in base ai fattori di rischio. Trials recenti suggeriscono che pazienti con età avanzata ($\geq 60-70$ anni), recettori positivi per gli estrogeni, tumore T1 N0, hanno un tasso accettabile ridotto di recidiva di malattia quando effettuano chirurgia ed ormono-terapia, anche se i tassi si riducono ulteriormente con la radioterapia adiuvante. Due importanti trial hanno suggerito che in pazienti con età superiore ai 70 anni e tumore molto piccolo (<1 cm) si può valutare l'opzione di trattare con sola chirurgia ed ormono-terapia senza l'utilizzo di radioterapia. Altro punto fondamentale e molto dibattuto è quello del volume linfonodale.

Alla domanda se la radioterapia può essere sostituita al trattamento chirurgico dei linfonodi ascellari la risposta è: è possibile! Nei precedenti trials si è apprezzato che pazienti con linfonodi clinicamente negativi presentavano un'equivalenza di risultati sul controllo locale, metastasi a distanza e sopravvivenza globale nel confronto RT vs dissezione dei linfonodi ascellari.

Lo studio AMAROS (After Mapping of the Axilla: Radiation or Surgery) ha randomizzato due bracci: dissezione dei linfonodi ascellari vs RT nei pazienti con linfonodi sentinella positivi. A 5 anni non si è evidenziata alcuna differenza sui tassi di recidiva locale, metastasi a distanza e sopravvivenza globale. Anche nell'ambito di carcinomi invasivi della mammella early stage vi è possibilità di effettuare una PBI. In generale la brachiterapia interstiziale ed endocavitaria adoperano 34 Gy in 3.4 Gy bi giornalieri per frazione, mentre la radioterapia a fasci esterni adopera 38.5 Gy in 3.85 Gy bi giornalieri per frazioni.

L'ASTRO ha pubblicato delle linee guida per cui può essere considerata la possibilità di effettuare la PBI.

Le pazienti potenzialmente candidabili sono quelle con età >60 anni, ER+, DCIS ≤ 2 cm, N0, uni-centrico, distanza dal margine ≥ 2 mm, no invasione linfo-vascolare (LSVI), no componenti estensive intra duttali (EIC), no BRCA1/2 mutati. Un ulteriore update del 2013 ha definito inoltre candidabili pazienti con età ≥ 50 anni, dimensioni del tumore ≤ 3 cm, sub-tipo invasivo e DCIS, no LVI, N0, sia ER + che ER -. Una delle considerazioni sulla PBI è che mediante questa metodica si ha una riduzione significativa nel numero delle sedute di RT e quindi una riduzione sulla durata complessiva del trattamento.

Quando si effettua una radioterapia a fasci esterni, una valutazione che va effettuata e che risulta sempre più emergente è la necessità di erogare una dose il più possibilmente omogenea, evitando di creare delle zone di sovradosaggio (volume ≥ 2 cm³ che riceve più del 107 % della dose). Si ricercano per tale motivazione delle tecnologie sempre più avanzate come l'IMRT.

Con tale tecnica si ha la potenzialità di ridurre le teleangectasie, dare risultati estetici migliori e creare una maggiore omogeneità della dose, ciò malgrado si associa al problema delle basse dosi sugli organi circostanti, come ad esempio il parenchima polmonare, per le quali ad oggi non si conoscono ancora le potenzialità di insorgenza delle neoplasie radio indotte e di fibrosi polmonari tardive.

Carcinoma localmente avanzato (Stadio III)

Il carcinoma localmente avanzato si riferisce principalmente a tumori stadio III (T3N1, N2-3 o T4). Tuttavia si possono qui considerare anche i tumori stadio IIB (T3N0) e il tumore infiammatorio della mammella. Non vanno qui considerati i tumori con metastasi a distanza. Nell'approccio a questo tipo di tumore è fondamentale distinguere il tumore non operabile da quello operabile. Nel primo caso l'approccio terapeutico da considerare è l'utilizzo di una chemioterapia neoadiuvante per ridurre il volume tumorale e renderlo operabile. Nel secondo caso la chemioterapia si può effettuare sia in adiuvante che in neoadiuvante. La mastectomia radicale modificata (includente i livelli linfonodali I e II) è un approccio di terapia locale definitivo. La radioterapia adiuvante post mastectomia è indicata in tutti gli stadi III di malattia. La terapia ormonale e il trastuzumab vanno considerate in base all'espressione dei recettori ormonali e dell'Her 2. La chemioterapia neoadiuvante viene adoperata con lo scopo principale di ridurre il volume tumorale comportando l'operabilità della malattia. Tuttavia altre finalità potrebbe essere una riduzione del volume tumorale tale da consentire un trattamento chirurgico conservativo al posto di quello radicale, ma soltanto in casi selezioni di pazienti a prognosi maggiormente favorevole. Al contrario, nelle paziente a prognosi sfavorevole (tumore T3 o T4, cN positivo alla diagnosi, tumore residuo maggiore di 2 cm, malattia residua multifocale e invasione linfo vascolare) vi è un aumento della probabilità di recidiva locale se si procede mediante chirurgia conservativa successiva.

Le pazienti definite inoperabili e che necessitano di chemioterapia neoadiuvante sono: N2a, coinvolgimento della cute (T4b-d), più o meno coinvolgimento della parete toracica.

Prima di procedere mediante trattamento chemioterapico neoadiuvante è di fondamentale importanza effettuare core biopsy, localizzare le clips a livello della malattia ed infine effettuare una biopsia del linfonodo sentinella nei casi T3 N0 (ma non nei casi T4cN0). Se i linfonodi sono clinicamente positivi occorre effettuare FNA per confermare il coinvolgimento linfonodale. Gli studi NSABP 18 e NSABP 27 hanno mostrato che la risposta patologica completa (pCR) si correla a dei favorevoli risultati in termini di sopravvivenza globale e sopravvivenza libera da malattia. Attraverso questi due grossi trials si è cercato di definire i criteri di selezione per la radioterapia adiuvante post chemioterapia neoadiuvante e post chirurgia. In generale si è osservato che l'età, lo stadio clinico prima della chemioterapia e la risposta patologica sul T e sullo N costituiscono dei punti critici che definiscono il rischio di recidiva locale. In generale, si può affermare che dopo chirurgia conservativa è sempre indicata radioterapia adiuvante sulla mammella in toto, per il volume linfonodale va considerato lo stadio patologico. Dopo la mastectomia radicale la radioterapia sia sulla parete toracica che sui linfonodi va valutata caso per caso. Siamo in attesa di un ulteriore trial NSABP 51 il quale potrebbe aiutarci nella migliore definizione delle indicazioni alla radioterapia dopo chemioterapia neoadiuvante e chirurgia e sui volumi da irradiare.

La radioterapia della parete toracica dopo mastectomia: l'indicazione è su tumori primitivi >5 cm (pT \geq 3 cm), per i tumori che infiltrano cute e/o il muscolo pettorale e/o la parete toracica e nel caso di interessamento metastatico di 4 o più linfonodi ascellari. Indicazione alla radioterapia sulle stazioni linfonodali: dopo mastectomia e dissezione linfonodale, l'irradiazione dei linfonodi regionali (regione sopra sottoclaveari +/- catena mammaria interna) è indicata nei tumori pT3-4, nei pT1-2 con 4 o più linfonodi ascellari positivi, anche se si sta estendendo l'indicazione anche quando ci sono da 1 a 3 linfonodi positivi, pT1-2 lì dove vi siano fattori biologici sfavorevoli. Dopo chirurgia conservativa l'indicazione all'irradiazione della stazioni linfonodali si ha nei casi con 4 o più linfonodi ascellari positivi e anche in questo caso in pazienti con 1-3 linfonodi positivi con fattori di rischio sfavorevoli. Uno studio randomizzato ha studiato pazienti con linfonodi ascellari sia negativi ma ad alto rischio sia positivi dopo chirurgia conservativa a singola WBRT vs. WBRT + irradiazione dei linfonodi ascellari. Quello che si è evidenziato è che nelle pazienti irradiate anche sul volume linfonodale si otteneva un maggiore controllo locale di malattia, minor numero di ricadute a distanza e migliore sopravvivenza generale.

TIMING: la radioterapia lì dove ci sia indicazione solo al solo trattamento radioterapico adiuvante va effettuata nel più breve termine possibile dopo la cicatrizzazione della ferita chirurgica. Tuttavia studi retrospettivi hanno mostrato che non ci sono peggioramenti sul controllo locale e la sopravvivenza globale in una radioterapia effettuata non oltre le 24 settimane. Per coloro che ricevono chemioterapia adiuvante è sconsigliabile effettuare un trattamento Chemio-radioterapico concomitante. È fortemente sconsigliato associare radioterapia a schemi di terapia contenenti antracicline e/o taxani a causa di un aumentato rischio di effetti collaterali sui tessuti cutanei, sottocutanei, parenchima polmonare e cardiaco. Occorre attendere dal termine della chemioterapia un mese prima di poter iniziare il trattamento radiante. La radioterapia può essere somministrata in associazione a schemi contenenti CMF o trastuzumab. Non ci sono controindicazioni all'associazione della Radioterapia con l'ormono-terapia.

Radioterapia nelle donne in gravidanza

Il trattamento del carcinoma mammario in gravidanza dovrebbe essere il più simile possibile a quello delle donne non in gravidanza, tuttavia va individualizzato per età gestazionale, stadio, biologia del tumore e preferenza delle pazienti. L'interruzione di gravidanza va discussa con la paziente lì dove il trattamento ha dei rischi di danneggiare il feto e il mancato trattamento comporti dei rischi di danneggiare la madre. Questa evenienza si può manifestare soprattutto quando la patologia è diagnosticata nel primo trimestre di gravidanza. La chirurgia è la prima opzione terapeutica senza che l'anestesia comporti rischi per il feto. La gravidanza non è un fattore che può modificare l'indicazione a Chirurgia conservativa o radicale. Tuttavia una chirurgia conservativa nel primo trimestre potrebbe prolungare i tempi di terapia adiuvante, per tale motivo sarebbe opportuno effettuare una mastectomia radicale. Il trattamento radioterapico può essere effettuato solo al termine della gestazione, la gravidanza è una controindicazione assoluta alla radioterapia.

MALATTIA METASTATICA: l'indicazione al trattamento radioterapico si ha nelle seguenti condizioni:

- emergenze oncologiche quali compressione midollare, sindrome mediastinica;
- palliazione: tumore primitivo sintomatico non operabile, metastasi ossee litiche sintomatiche o a rischio di frattura, metastasi cerebrali sintomatiche e non, consolidamento dopo intervento di decompressione midollare, consolidazione dopo fissazione di frattura patologica.

TOSSICITÀ: le tossicità si distinguono in due grosse categorie: le acute (si verificano entro 90 giorni dall'inizio della RT) e le tardive (si verificano nei successivi 90 giorni). Le tossicità dipendono dai volumi di irradiazione e dagli Organi critici circostanti.

Tossicità della cute e della mammella: si osserva eritema cutaneo, edema del tessuto mammario irradiato, disepitelizzazione del solco sottomammario, della regione ascellare e talora anche della regione della giunzione sterno-clavicolare. Tali complicanze minori sono in genere transitorie e destinate a risolversi nell'arco di poche settimane. L'impiego della brachiterapia per il sovradosaggio al letto tumorale, può aumentare da 4 a 10 volte il rischio di fibrosi. Dal punto di vista clinico nei 6-9 mesi successivi dalla fine del trattamento radiante la mammella può rimanere maggiormente sensibile al tatto e la cute può apparire iperpigmentata. Inoltre in una fase tardiva si potrebbe osservare una riduzione della viscoelasticità della cute, presenza di teleangectasie, distribuite prevalentemente sulle aree di sovradosaggio. L'effetto collaterale tardivo più frequente è rappresentato da alterazioni cosmetiche associate a perdita di volume mammario, fibrosi mammaria, retrazione a livello del letto tumorale e stasi linfatica cronica.



Tossicità polmonare: La polmonite subacuta post-attinica si può riscontrare in una percentuale compresa tra lo 0% ed il 31% dei casi. Spesso è asintomatica, e dipende dal volume polmonare irradiato. La terapia consiste nella somministrazione di steroidi. La prognosi è eccellente, nonostante le possibili recidive che possono aversi alla sospensione della terapia steroidea.

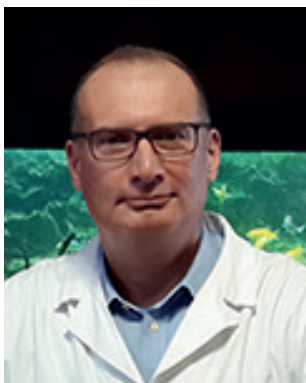
Tossicità cardiaca: l'incidenza della tossicità è correlata al volume cardiaco irradiato e si parla in questo ambito di Radiation-Related Heart Disease: RRHD. In generale, si osserva una tendenza ad un aumento di possibilità che tale evento accada dopo lunghi periodi dalla irradiazione. Tuttavia, grazie alla implementazione di tecnologie sempre più avanzate, si è osservata una sensibile riduzione del rischio di morte da RRHD. Gli eventi che si manifestano frequentemente in questo ambito e dopo un maggior intervallo temporale dalla RT sono la pericardite, le anomalie del sistema di conduzione, i danni valvolari, le alterazioni a livello coronarico.

Alterazioni dell'arto superiore e della spalla: Può manifestarsi in circa il 20-30% delle pazienti lungo-sopravvivenenti ed è strettamente correlata all'estensione della dissezione dei linfonodi ascellari e all'associazione con la RT. L'irradiazione della regione ascellare aumenta l'incidenza del linfedema in un range compreso 25-54%. Il linfedema post-RT può manifestarsi in tempi molto variabili, da poche settimane (circa 6-12) ad alcuni anni dopo il termine del trattamento. L'approccio terapeutico del linfedema si basa su tecniche di fisioterapia atte a ridurre il volume dell'arto e a mantenere lo stato di integrità della cute e delle strutture di supporto.

Plessopatia brachiale: il rischio varia fra 0% e 5%, è correlato alla dose totale, al frazionamento e al volume di plesso irradiato. Si verificano principalmente quando le dosi su tale distretto sono superiori a 50 Gy, soprattutto se il trattamento radiante è associato a chemioterapia.

Carcinogenesi: differenti studi indicano che, in seguito all'aumento della sopravvivenza, le pazienti trattate per neoplasia mammaria hanno, rispetto alla popolazione generale, un rischio maggiore di sviluppare una seconda neoplasia.

TRATTAMENTO DELLE LESIONI LEGAMENTOSE DI CAVIGLIA



Dott. Roberto Urso

Dirigente Medico U.O. di
Ortopedia e Traumatologia

Ospedale Maggiore, Bologna

Bibliografia

Outland T: Sprain and separation of the inferior tibiofibular joint without important fracture. Am. J. Surgery 59:320-329, 1943

Colton C.L.: Lesioni della caviglia, cap.33, 675-728, Fratture e lussazioni, Piccin Editore, 1991

Netter F.H.: Apparato muscolo scheletrico, part III, Traumatologia, valutazione clinica e trattamento, Ciba edizioni, 1993

Close J.R.: Some application of the functional anatomy of the ankle joint. J Bone JontSurg 38S:761-781, 1956

Funder V, Jorgensen JP, Andersen A et al: Ruptures of the lateralligaments of the ankle. Clinical diagnosis. Acta Othop-Scand 53:997-1000, 1982

Inman VT: The joint of the ankle. Baltimore, Williams & Wilkins, 1976

Kelikian H, Kelikian AS: Disorders of the ankle. Philadelphia, WB Saunders, 1985

Gould J.S: Chirurgia del piede, Verduci Editore, 1996

Bronstrom L: Sprainedankles: I. Anatomic lesions in recent sprains. Acta ChirScand 128:483-495, 1964

Cass JR, Morrey BF: Ankle instability: Current concepts, diagnosis and treatment. Mayo Clinic proc 59:165-170, 1984

Il trauma distorsivo della caviglia, o della "tibio-tarsica" come molti autori preferiscono definirla, è percentualmente più ad appannaggio di ragazzi e dei giovani adulti che, per talune proprie attività, sia sportive sia lavorative, possono indurre all'evento traumatico.

Come descrisse Garrick, rappresentano il 45% delle lesioni nella pallacanestro e il 31% nel gioco del calcio. Nei paesi nordici i traumi sportivi della caviglia sono il 21% di tutte le lesioni muscolo-scheletriche.

Con il termine di distorsione si intende un episodio sub-lussativo di una articolazione. Situazione temporanea, in quanto i capi articolari riprendono la loro normale posizione dopo tale evento (ciò che la distingue dalla lussazione vera). Ma durante l'episodio distorsivo la capsula articolare, legamenti attigui e la cartilagine articolare, risultano danneggiati, a volte anche in modo grave.

Le lesioni legamentose laterali alla caviglia sono la maggioranza rispetto alle lesioni della porzione legamentosa mediale. Il legamento tibio-fibulare viene spesso coinvolto in tale evento.

La distorsione di caviglia provoca quasi sempre una deformità più o meno estesa della zona interessata e determinata dal versamento causato dalla lacerazione dei tessuti danneggiati. La compressione dell'ematoma che limita anche la funzionalità, causa dolore. Una distorsione di caviglia dolente, ma che non mostra ematomi, ecchimosi o dolori all'articolazione, viene più semplicemente definita "distorsione legamentosa", perché il danno provocato è sempre minore rispetto a una distorsione vera.

Come tutte le patologie muscolo-scheletriche vengono classificate in base all'entità del danno. Molte classificazioni sono state redatte, ma essendo una patologia estremamente diffusa, sia per comodità, che per rapida interpretazione, si preferisce classificarle in 3 gradi.

Grado 1: grado lieve. Stiramento capsulare di entità lieve.

Grado 2: grado moderato. Le strutture articolari hanno subito sollecitazioni importanti

Grado 3: grave. Rottura capsulare e/o dei legamenti periarticolari. A volte necessitano di intervento chirurgico riparativo.

Anatomicamente la caviglia è un ginglismo, formato dalla porzione distale della tibia e del perone che si articola con l'astragalo, determinando il plafond, cioè formando una chiusura a "pinza" o "mortaiato", posizionato superiormente al calcagno con cui si flette ed estende, mantenendo movimenti di lateralità che non superano i 6° di movimento; il calcagno è articolato all'astragalo e in successione sono adesi alla filiera della medio-tarsica.

Il complesso capsulo-legamentoso della caviglia è rappresentato da gruppi di legamenti che servono a rendere stabile il compartimento anatomico: legamenti mediali, o legamenti laterali e la sindesmosi fra tibia e perone (otibio-fibulare).

Laterali: Peroneo-Astragalico Anteriore, Peroneo-Astragalico Posteriore, Peroneo-Calcaneare

Tibio-Peroneale: Leg. Tibio-peronealeantero-inferiore, tibio-peroneale postero-inferiore, tibio-peroneale trasverso, Leg. interosseo.

Mediale: Legamento deltoideo, superficiale e profondo



Classificazione

Le distorsioni dei **legamenti laterali** avvengono tramite meccanismo di inversione oper causa di inclinazione in varismo della caviglia. Come già citato, la classificazione di grado 1°-2°-3° fu fatta nel 1970 da *O'Donoghue*, il quale definì le distorsioni della caviglia come un trauma legamentoso secondario a un evento traumatico dato dall'eccessivo stress di affaticamento sul segmento osseo o da una sollecitazione improvvisa". Cioè non altro che la ordinaria "distorsione da sport" o "distorsione involontaria, occasionale".

Il 1° grado determina un danno tissutale legamentoso moderato, rilevabile alla clinica, ma senza reali instabilità. Il 2° grado è un danno più ampio, ove si rileva instabilità, ma con porzione legamentosa ancora a buona tenuta. Il 3° grado si ha una lesione con instabilità ampia, a causa della lacerazione totale del legamento.

Il trauma della **sindesmosi** è una lesione definita grave da svariati autori (*Outland, Close, Brostorm, Mullins e Sallis*), dimostrando che la diastasi tibio-peroneale si verifica solo con la rottura della sindesmosi associata a lesione dei legamenti mediali o laterali. Il 10% di tutte le distorsioni porta a questa lesione del legamento tibio-peroneale e che una diastasi tibio-peroneale sia presente in almeno il 70% dei casi clinici che si presentano all'osservazione dell'ortopedico.

Secondo *Dupuytren*, la lesione completa è costituita dalla frattura-lussazione della tibio-tarsica, includendo medialmente la frattura del malleolo o la lesione del legamento deltoideo, la diastasi della "pinza" tibio-peroneale e la frattura del malleolo peroneale esterno.

L'esagerata pronazione del piede, con rotazione forzata verso l'esterno, porta a tale lesione. Perché il legamento deltoideo, messo in ampia tensione durante la pronazione del piede, cede quando l'astragalo, all'interno del mortaio tibio-peroneale, inizia la sua rotazione verso l'esterno

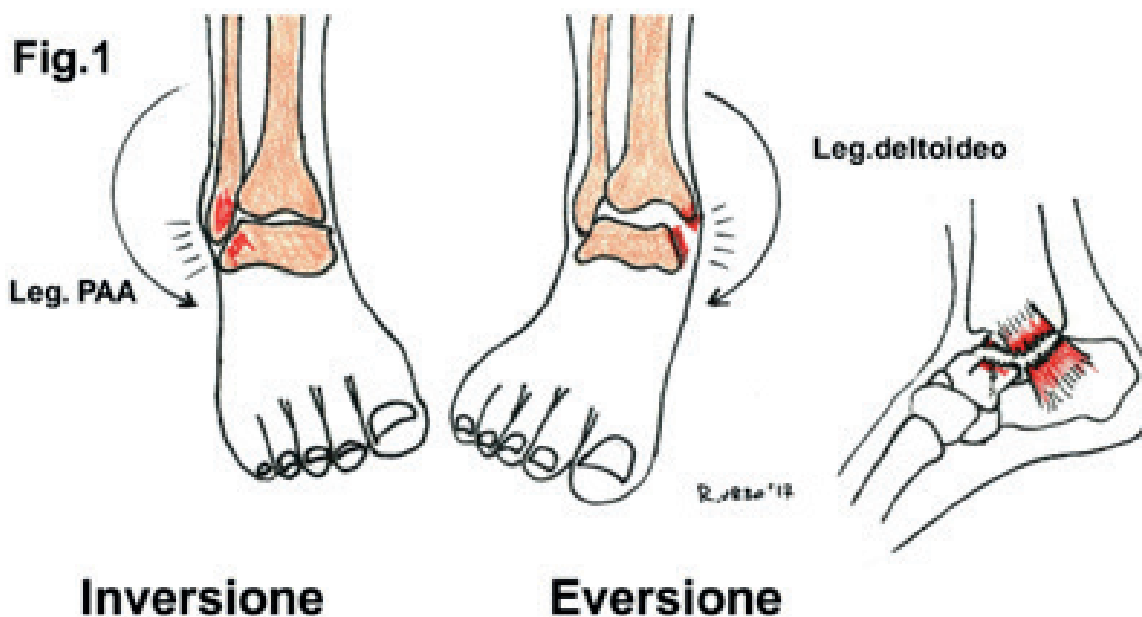
Studi approfonditi, eseguiti su cadavere, hanno infatti dimostrato che il trauma in extra-rotazione e abduzione del piede provoca la sopracitata lesione del **legamento deltoideo**, associata a lesione della sindesmosi, spesso con frattura del malleolo peroneale, poiché tale legamento è deputato a "frenare" il movimento di intra-rotazione durante il carico.

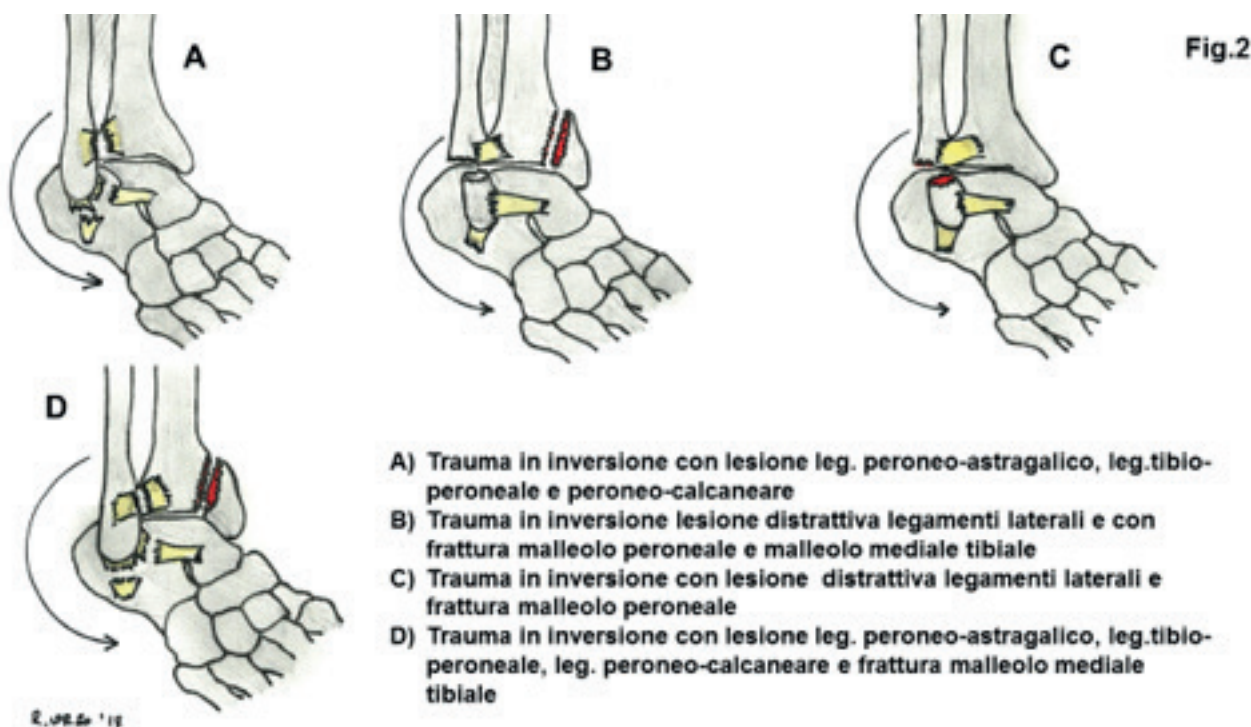
Lesioni cartilaginee del plafond

- 1° grado: lesione dell'osso sub-condrale (cartilagine indenne)
- 2° grado: distacco di frammento osteocondrale (cartilagine moderatamente logora)
- 3° grado: Frammento osteocondrale completamente avulso (cartilagine rovinata o assente)
- 4° grado: distacco di frammento osteocondrale con frammento libero in articolazione.

Dinamica

Il trauma distorsivo può essere causato da attività di tipo sportivo o di natura accidentale. I traumi da sport, spesso nelle attività di contatto, possono determinare lesioni più gravi perché, come insegna la moderna traumatologia, vengono inseriti nel contesto dei "traumi ad alta energia". Calcio, basket, volley e rugby, sono sport di contatto che più degli altri portano a lesioni capsulo-legamentose di segmenti quali la caviglia e il ginocchio.





Il trauma distorsivo della caviglia si può avere in inversione ed eversione (fig.1). La lesione in inversione è una rotazione del piede rispetto al mortaio, in supinazione (o per inclinazione in varismo), ma si possono produrre anche in intra-rotazione.

Le lesioni legamentose possono essere associate, a seconda dell'intensità e dinamica del trauma, a fratture malleolari. La lesione della sindesmosi è a sua volta associata a fratture malleolari, mediali, laterali o doppie (fig.2). Le lesioni dei legamenti mediali sono lacerazioni il più delle volte causate dal movimento di extra-rotazione e abduzione del piede (pronazione) (fig.1)

Al trauma distorsivo con lesione legamentosa si può associare anche la lesione a carico del pannicolo osteocondrale dell'astragalo. Spesso paragonate alle lesioni di tipo osteocondritico dei giovani. Tali lesioni sono classificate, secondo Berndt e Harty, in base all'aspetto radiografico: stadio 0, lesione sub-condrale con cartilagine indenne; stadio 1, compressione osso sub-condrale; stadio 2, frammento osteocondrale parzialmente distaccato; stadio 3, frammento osteocondrale avulso.

Diagnosi

La prima diagnosi è sempre clinica, con la raccolta dei dati del paziente e dell'evento che ha prodotto il trauma. Spesso il racconto della dinamica dell'accaduto, su caviglia sana o su caviglia con esiti già traumatici, porta a una differenziazione diagnostica. Le patologie associate, quali malattie infiammatorie cronico-degenerative, il tipo di attività svolta o quale sport viene praticato, aiutano a differenziare la lesione durante l'esplorazione clinica. Il piede piatto o il piede cavo, le lassità articolari e le condizioni generali del paziente esaminato, sono fondamentali per lo studio clinico.

Non di meno va valutata la situazione vascolare e neurologica, legata a danni del nervo surale o del peroniero profondo, determinando a volte iperestesia antero-laterale alla caviglia. Così come la stessa lussazione o lesione traumatica dei tendini dei peronieri può sfuggire.

I test maggiormente usati in sede di valutazione sono il test del cassetto anteriore, il test dello stress in inversione (fig.5). A causa del dolore questi test non vengono tollerati dal paziente, ma sono assolutamente dirimenti sull'entità della lesione. L'esame va sempre eseguito anche nella caviglia controlaterale, per valutare il grado di instabilità e per escludere un'instabilità cronica di tipo congenito o da traumi ripetuti nel tempo. Quando nel test del cassetto uno spostamento in avanti supera il valore standard compreso fra i 2 e i 9 millimetri, si può fare già diagnosi di lesione del legamento peroneo-astragalico anteriore.

Test del cassetto anteriore: attendere il rilassamento muscolare del paziente, stabilizzare la tibia con una mano e con l'altra mano imporre una forza anteriore (scivolamento) sul calcagno.

Test dello stress in inversione: la caviglia in posizione neutra o con minima flessione plantare. Con una mano si stabilizza la tibia e con l'altra si esegue una manovra di variazione della calcaneo-cuboidea. Tale test serve per valutare il legamento peroneo-calcaneare e peroneo-astragalico anteriore.

Stress in valgismo: la lesione del legamento deltoideo è associata ad altre lesioni. L'importante dolore alla digitopressione sulla sede del legamento, l'associazione con frattura del malleolo peroneale, l'apertura della sindesmosi, il dolore lungo il decorso del tibiale posteriore, impediscono manovre di stress a questo livello. Lo stesso esame radiografico, associato a una attenta clinica del paziente, portano a diagnosi di lesione di questo legamento.



A) Trauma in inversione, con frattura dell'apice del malleolo peroneale e relativa sofferenza del leg.PAA

B) Trauma distorsivo in inversione con frattura distasata del malleolo peroneale. Stiramento/lesione del leg.PAA



Fig.3

Come in tutti i traumi il primo esame strumentale eseguito è un radiogramma nelle proiezioni di antero-posteriore, laterale e nelle sue proiezioni oblique. (fig.3-4, proiezioni AP). In successione ci si può coadiuvare con un esame ecografico dei tessuti molli, fino ad arrivare all'esame RMN della caviglia, per eseguire studio approfondito dell'apparato capsulo-legamentoso. L'esame TAC non viene preso in considerazione per i tessuti molli, ma è estremamente dirimente per la ricerca di lesioni fratturative mal inquadrabili con l'esame radiologico standard.



A) Trauma in eversione con lesione del legamento deltoideo (diasatasi della pinza tibio-peroneale) associata a frattura del malleolo peroneale

B) Trauma in eversione con diastasi a livello del mortaio e distacco dell'apice del malleolo mediale tibiale, che determina la instabilità del leg. deltoideo.



Fig.4



**Instabilità in valgo da
lesione del legamento
Deltoido.
Diastasi
tibio-peroneale**



Trattamento

I trattamenti terapeutici delle lesioni delle caviglia variano a seconda dell'entità del danno riportato dal paziente. Tali lesioni vanno riconosciute immediatamente nel loro grado di gravità, trattate nel modo più appropriato per far sì che ci sia una completa "restitutio ad integrum" della articolazione. Certamente le lesioni gravi, cioè quelle lesioni legamentose associate a eventi fratturativi dei malleoli, avranno un percorso e un decorso più lungo e complesso. Il trattamento da eseguire non è solo di tipo ortopedico ma, una volta esaurito il percorso conservativo/chirurgico, ci sarà da affrontare il percorso riabilitativo che, in tali lesioni, rappresenta la strategia più tecnicamente articolata per una ottimale ripresa funzionale.

Lesione del legamento PAA: indipendentemente dal grado di lesione, l'approccio chirurgico al leg. PAA ha subito un'importante battuta d'arresto negli ultimi anni. Il trattamento conservativo, in tale lesione, è predominante.

Grado I: bendaggio funzionale elasto-compressivo, taping, cavigliera graduata in neoprene o in tessuto elasticizzato. Il carico è concesso a seconda del dolore. Terapia antidolorifica continuativa per 5-6 giorni, crioterapia, liberazione del bendaggio e valutazione clinica a 2-3 settimane.

Grado II: tutore bivalva per stabilizzare il varo-valgo ma conservare la flessione-estensione della caviglia. Spesso associato a un bendaggio alla colla di zinco. Dopo 5 giorni sarà rimossa la colla di zinco, ma il tutore bivalva sarà mantenuto per un totale di circa 25 giorni dall'evento traumatico. Alla visita di controllo si valuterà la stabilità e si deciderà, in collaborazione con il fisiatra e il fisioterapista, una rieducazione alla ripresa funzionale-

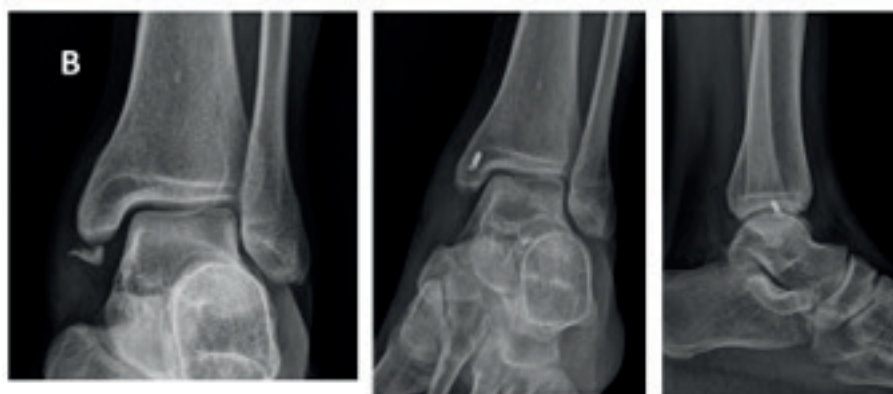
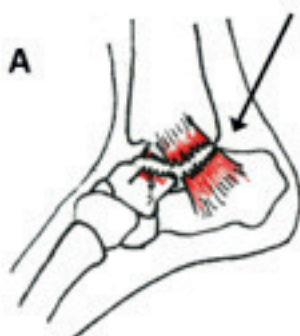
Grado III: al grado più grave si associa una discussione più variegata. Molti sostengono che l'immobilizzazione forzata con apparecchio gessato sia da escludere in quanto crea rigidità articolare a causa della posizione bloccata; altri sostengono che sia ancora un metodo efficace per permettere una sicura immobilizzazione fino a che non si sia creata una efficace cicatrizzazione della parte legamentosa lesionata (fig.6). Indicato più nei giovani che, per questione di età e poca pazienza, tendono ad asportare i tutori rimovibili. Spesso si giunge al compromesso di mantenere un blocco con stivaletto gessato per 15 gg., su cui è consentito camminare, per poi sostituirlo con un tutore bivalva per altre 2 settimane. A fine periodo si dovrà eseguire attenta valutazione, il più delle volte supportata con esame strumentale quale ecografia o RMN, per determinare quale migliore protocollo riabilitativo sia da iniziare sul paziente.



**Trauma in inversione, con segno clinico di lesione di grado III del leg. PAA, edema perimalleolare, non lesioni lussative a carico dei peronei.
Iniziale trattamento con stivaletto gessato, da carico, per 15 giorni.**

Fig.6

Lesione del legamento deltoideo: Una lesione del legamento deltoideo rappresenta sempre un rischio se non riconosciuta e non ben trattata. Il legamento deltoideo ha rilevanza fondamentale per la stabilità della caviglia. Un edema, una ecchimosi, un vivo dolore in tale sede, dopo trauma in eversione, deve portare l'ortopedico a non sottovalutare le lesioni di tale legamento. La diagnostica strumentale diventa di fondamentale importanza per lo studio di queste lesioni, in quanto il trattamento di tipo conservativo rappresenta la minima quota di tutti i trattamenti. Se la stabilità è compromessa, l'approccio diventa obbligatoriamente chirurgico. In una lesione parcellare, trattata conservativamente, si deve determinare una immobilizzazione in supinazione, che al tempo stesso non permette al paziente di dare il carico sull'arto interessato. Con una positività data da ecografia o RMN, soprattutto per il deltoideo profondo, l'atteggiamento è sempre chirurgico. Ciò significa operare il paziente di sutura riparativa del legamento deltoideo profondo e superficiale tramite via di accesso chirurgica mediale, alla caviglia (fig.7).



**A) Lesione trasversa completa del legamento deltoideo. Incisione mediale e sutura del legamento profondo e superficiale
B) Lesione del legamento deltoideo con distacco di bratta ossea all'apice del malleolo mediale tibiale. Sutura + reinserimento con ancoretta**

Fig.7



Lesioni miste

Nei traumi distorsivi che provocano una frattura del malleolo peroneale, sovente, vi è distasi della pinza tibio-peroneale e lesione associata del legamento deltoideo. L'intervento chirurgico consiste nella osteosintesi del malleolo con placca e viti e, in sede di intervento, si eseguono determinate manovre che servono al chirurgo per stabilire la reale instabilità del legamento deltoideo, indipendentemente dall'esame strumentale che ha eseguito nel pre-operatorio. Se la stabilità è comunque compromessa, si provvederà ad agire per via mediale alla ricostruzione del legamento deltoideo. Il legamento può essere suturato nella sua lesione trasversale mediale oppure, se avulso, può essere reinserito, tramite una ancoretta metallica, quando distaccato con bratta ossea dal malleolo mediale tibiale. (fig.8)



Fig.8

Trauma in eversione con frattura del malleolo peroneale e lesione completa del legamento deltoideo.

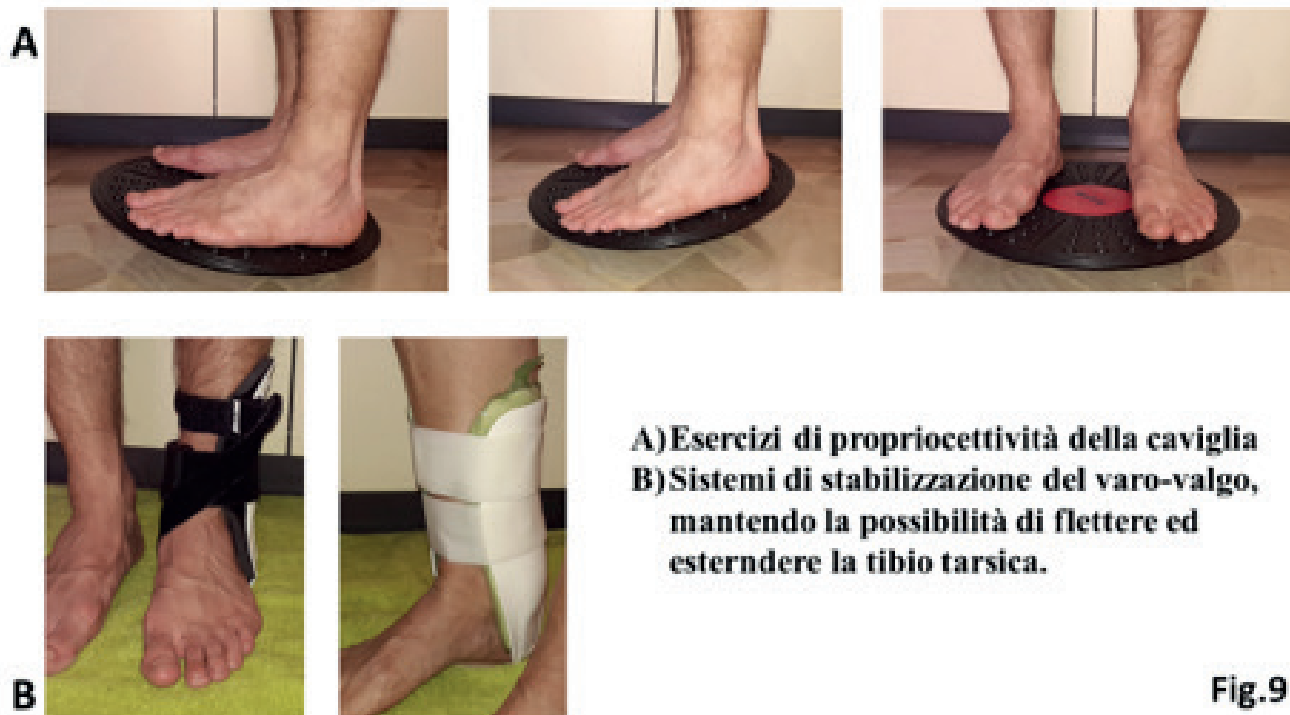
Osteosintesi con placca e reinserimento del legamento deltoideo tramite ancoretta metallica.

Guarigione completa a 3 mesi dopo Fisioterapia assistita.

La lesione legamentosa della caviglia necessita sempre di un'attenta valutazione, per decidere quale tipo di trattamento attuare. La prima regola è quella di agire in modo tale da ripristinare una perfetta funzionalità, in quanto un trattamento non adeguato può determinare degli esiti estremamente invalidanti.

Come visto la scelta del trattamento terapeutico può essere di tipo cruento (chirurgico) o incruento (conservativo). La valutazione ortopedica e fisiatrica a fine cura sarà sempre attenta e precisa, in quanto il ciclo riabilitativo avrà fondamentale importanza per la normale ripresa delle attività sia quotidiane che sportive. La fisiokinesiterapia è spesso interpretata da molti come una terapia non strettamente necessaria, vuoi per il tempo da dedicare, vuoi per la spesa o perché si ha la convinzione che la ripresa al movimento venga spontaneamente nel tempo (fig.9).

È compito del medico ortopedico, del fisiatra e del fisioterapista insistere sull'importanza della riabilitazione e delle cure accessorie, concentrando l'attenzione stessa del paziente: occorre far leva sui principi di biomeccanica della caviglia, sulla rilevanza che hanno i legamenti stabilizzatori della tibio-tarsica e sugli esiti che, in caso di cattivo trattamento, possono residuare portando lo stesso paziente ad avere una persistenza di sintomi dolorosi sotto carico e un'inabilità alle pratiche quotidiane e ludico-sportive.



A) Esercizi di propriocettività della caviglia
B) Sistemi di stabilizzazione del varo-valgo, mantenendo la possibilità di flettere ed estendere la tibio tarsica.

Fig.9

LE APPLICAZIONI DELL'OZONOTERAPIA NELLE CURE PALLIATIVE – Parte 2



Dott. Mario Bentivegna

Medico Specialista in
Reumatologia

Consigliere SIR

ASP7 di Ragusa

Bibliografia

Libro italiano di cure palliative. Milano: Poletto editore. (Amadori, D. & De Conno, F. (2003). Qualità della vita e Qualità della morte. In Amadori, D. & De Conno, F.)

Beltrutti D, Illengo M: Il paziente canceroso terminale, Min Med, 71, 2699-704, 1980

Beltrutti D: "pitiful death". Is it a response to a "painful life"? Panminerva Med, 36, 97-100, 1994.

Beltrutti D: La medicina nella Cuneo medioevale. Min Med, 67, 1-5, 1976.

Christakis N.A.: Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs N Engl J Med 1996;335:172-8.

Corli O. (a cum di)- Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia-Roma, Città nuova editrice 1988.

Cunietti E., M. Monti A. Vigano – il movimento Hospice cenni storici ed esperienza italiana. In Quaderni di cure palliative vol. 1, n. 1, 1, 17-20.

Dunlop RJ, Hockley JM: Terminal Care support teams. The Hospital-Hospice interface. Oxford University Press, Oxford, 1990.

Leoni M. – L'assistenza psico - sociale nella malattia inguaribile – Assisi Cittadela editrice, 1992.

Lynn J. Caring at the end of our lives N Engl J Med 1996;335:201-2.

Moore N: The History of St Bartholomew's Hospital. Pearson, London, 1918.

Munley A., I.H.M. – The Hospice alternative. A new context for death and dying- Basic Books, Inc., Publishers, New York 1983.

Saunders C: What's in a name? in: Palliative medicine 1987: 1, 57-61.

Saunders C: The evolution of the hospices. In: RD Mann (Ed): The history of the management of pain: from early principles to present practice. Parthenon, Carnforth, Lancashire, 1988.

Principi generali

DICHIARAZIONE DI HELSINKI DELLA WORLD MEDICAL ASSOCIATION (ART. 37)

"Nel trattamento di un singolo paziente, quando non esistono comprovate cure o altri interventi conosciuti non si sono dimostrati efficaci, dopo aver ricercato l'opinione degli esperti in materia, il medico con il consenso del paziente o di un suo legale rappresentante, può usare un intervento non provato, se, secondo il suo giudizio tale farmaco può costituire una speranza per salvare la vita, ristabilire l'integrità fisica o alleviare le sofferenze del paziente. Questo intervento dovrebbe successivamente essere reso come oggetto di studio, disegnato per valutare la sua sicurezza e l'efficacia. In tutti i casi una nuova informazione deve essere registrata e quando appropriato resa pubblicamente disponibile".

Alla luce di quanto descritto nei capitoli precedenti si avvalorava sempre di più l'ipotesi di utilizzare l'Ossigeno-Ozono terapia, sia da sola sia a supporto delle terapie farmacologiche e non, per raggiungere il nobile obiettivo di curare e quindi di attenuare i sintomi che affliggono i pazienti nella fase avanzata di malattia.

L'utilizzo della Ossigeno-Ozono terapia, alla luce della dichiarazione di Helsinki, sopra menzionata, presuppone la stretta osservanza dei protocolli SIOOT validati dal Ministero della Salute.

Tutti i sintomi precedentemente descritti, di cui sono affetti i pazienti in fase avanzata di malattia, potrebbero avere giovamento dall'utilizzo dell'Ossigeno-Ozono terapia.

Sicuramente, però, come vedremo in seguito e in modo dettagliato, solo alcuni sintomi, più di altri, potranno avere un netto miglioramento.

Le modalità di somministrazione della miscela di O₂-O₃ in questi pazienti da utilizzare sono:

- La **GAE** (Grande AutoEmoinfusione), essa per sua facilità di esecuzione (di solito questi pazienti hanno un accesso venoso già isolato) e per la sua azione sistemica, trova maggiore applicazione nel miglioramento dei sintomi di quei pazienti che assumono molti farmaci. Con essa trovano giovamento: 1) La fatigue (specie nelle fasi di sostegno durante i trattamenti chemio-radioterapici), 2) Le ulcere vascolari croniche, 3) Le piaghe da decubito (con plasma attivato con PRP), 4) Le patologie arteriose sistemiche;

- La **PAE** (Piccola AutoEmoinfusione), con essa trovano giovamento: 1) La fatigue (specie nelle fasi di sostegno, durante i trattamenti chemio-radioterapici);

- 2) L' ansia e la Depressione.

Insufflazioni rettali.

- **Trattamenti topici:** Sacchetti, IM, SC, OS.

Trattamento specifico dei sintomi

Ansia

Terapia delle cause e degli altri eventuali sintomi concomitanti:

- Prima linea: Benzodiazepine (la durata non superiore alle 8-12 settimane somministrando la dose più alta alla sera); Lorazepam 1 mg/die per os fino a 1-2 mg 2/3 volte/die oppure - alprazolam 0,25 a 0,50 mg 2/3 volte/die fino ad un massimo di 4 mg totali/die.

Saunders C: *The management of terminal illness. Hospital Med publ, London, 1967.*

Ventafredda V – *Curare quando non si può guarire. In: Quaderni di cure palliative, vol. 1, n. 1, 11-14.*

Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R: *Philosophy of Medicine, Blackwell, London, 1990.*

Le cure domiciliari in Italia: "Strumenti di conoscenza per una strategia condivisa nell'attuazione della Legge 38" (7° Supplemento al numero 26 2010 di Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)

Giuseppe Casale, Alice Calvieri - *Centro Antea Roma: Palliative care in Italy a historical perspective – Medic 2014; 22(1): 21-26*

Documento del tavolo di lavoro AIOM-SICP: "Cure Palliative Precoci e Simultanee" 2015

Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Ferraz Gonçalves J, Løge J, Kaasa S. *Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. Palliative Medicine 2008; 22:13–32*

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer- and Treatment-Related Anemia. V.1. 2010. Available at: www.nccn.org*

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue. V.1. 2010. Available at: www.nccn.org*

Escalante C.P. *Cancer-related fatigue: "Prevalence, screening and clinical assessment" & "Treatment". www.UpToDate.com, ottobre 2009*

Neuenschwander H. et al. *Medicina Palliativa. 2a Edizione. Lega Svizzera Contro il Cancro, 2007.*

Bachmann-Mettler Irène, *Astenia nei pazienti con malattia tumorale. Berna. Cure Oncologiche Svizzera, 2003 - Ganier C. et al. L'asthenie chez le patient cancéreux en soins palliatifs. Infokara, n.2, 2005*

Mara Guerinoni. *La valutazione iniziale dell'astenia in cure palliative. Stabio 2006. Lavoro di certificazione SSFS*

Gluckman S. J. *Treatment of chronic fatigue syndrome. www.UpToDate.com, agosto 2009*

Lucas J, et al. *Fatigue: A Summary of the Definitions, Dimensions and Indicators. Nursing Diagnosis 7*

IREF/Ricerche. *Lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza. Franco Angeli, Milano 1991*

Apolone G. et al. *Misurare la qualità in oncologia: Aspetti di metodo ed applicativi. Roma: Il pensiero scientifico editore, 1997: p.2, 73-74, 54*

Campanelli I. et al. *Oncologia e cure palliative. Milano: McGraw-Hill, 2002:374-375*

Bonaldi A. et al. *Curare la qualità. Milano: Edizione Angelo Guerini associati srl, 1994:45*

Kaeser I. et al. *Evaluation de la fatigue au moyen d'une échelle analogique selon trois axes (psychique, cognitif, émotionnel). Palliative-ch 2004, 3:26*

Olson K. *Les fondaments du concept de la fatigue. Palliative-ch, 2004, 3:27-28*

- Seconda linea: aggiungere Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors.

- Citalopram 10 mg/die per os fino a 30-60 mg/die oppure
- Escitalopram 5-10 mg/die per os fino a 20 mg/die oppure
- Sertralina 25 mg/die per os fino a 200 mg/die (incrementi di 50 mg ad intervalli di tempo maggiori ad una settimana).

- Controindicato l'uso concomitante di Tamoxifene e SSRI.

- Terapia non farmacologica: dove è possibile proporre incontri con uno psicologo, di auto-mutuo aiuto e tecniche di rilassamento.

Ozonoterapia:

- GAE (Grande Autoemofusione): 1-2 sedute settimanali, 20-30 mcg, 200 cc O₂-O₃ + 200 cc sangue;
- Insufflazione rettale 10 cc, 30-40 mcg.

Astenia-Fatigue

- Astenia Primaria non esiste un trattamento farmacologico; i farmaci proponibili (esempio metilfenidato, modafinil) sono off-label. Il Desametasone al dosaggio di 4 mg per os due volte al dì è stato in grado di ridurre l'astenia in modo statisticamente significativo rispetto al placebo. Risultati analoghi si sono ottenuti con la somministrazione del Ginseng americano, con l'agopuntura e con la promozione di una moderata attività fisica (esempio massofisioterapia, yoga, tecniche di rilassamento muscolare).

- Astenia secondaria: trattamento causale.

Ozonoterapia:

- GAEI (Grande Autoemofusione): 1-2 sedute settimanali, 20-30 mcg, 200 cc O₂-O₃ + 200 cc sangue
- Insufflazione rettale 150 cc, 20 mcg
- PAEI (Piccola Autoemofusione) 20cc, 30mcg ago 23G; 1-2 sedute la settimana

Le molteplici attivazioni biologiche innescate dalla Ossigeno-Ozonoterapia eseguita con il metodo della autoemoterapia ozonizzata (O₃-AHT) sembrano idonee per correggere l'ipossia muscolare, l'alterazione immunologica e lo stress ossidativo cronico presente in tali affezioni. Inoltre, l'induzione del senso di benessere può effettivamente combattere il grave affaticamento di molti pazienti.

Depressione

- Prima linea SSRI: Citalopram iniziando da 10 mg/die per os fino a 30-60 mg/die oppure Escitalopram iniziando da 5-10 mg/die per os fino a 20 mg/die oppure Sertralina iniziando da 25 mg/die per os fino ad un massimo di 200 mg/die (con incrementi di 50 mg in 50 mg ad intervalli di tempo non inferiori ad una settimana) oppure mirtazapina (se concomitano ansia e disturbi del sonno) iniziando con 15 mg per os/die fino a 45 mg/die alla sera).

- Seconda linea: Venlafaxina iniziando con 75 mg per os/die in 2 somministrazioni fino a 150 mg/die (dose massima 300 mg/die) oppure Duloxetine 60 mg/die per os in unica somministrazione (evitare la sospensione brusca) oppure Trazodone iniziando con 75 mg/die per os fino a 150 mg/die suddivisi in 2-3 dosi (dose massima 300 mg/die).

Ozonoterapia:

- GAEI (Grande Autoemofusione): 1-2 sedute settimanali, 20-30 mcg, 200 cc O₂-O₃ + 200 cc sangue.
- Insufflazione rettale 10 cc, 30-40 mcg.
- PAEI (Piccola Autoemofusione) 20cc, 30mcg ago 23G; 1-2 sedute la settimana.



Decloux D. et al. *Journee dediee a l' experimentation et à la gestion de deux symphomes frequents en soins palliatifs et oncologie: La fatigue et la dyspnee. Infokara 19, 2004, 3:111-117*

Caraceni A. *Curare per alleviare la sofferenza e non solo per impedire la morte. La rivista di cure palliative. 2005, 1:10-12*

Furlini S., Somà K., Vargiù M., Rizzati C., - Gruppo di lavoro Lesioni Cutanee Croniche – V congresso Nazionale A.I.U.C. Napoli 8-11 Novembre 2006

International Journal of Ozone Therapy 8: 107-130, 2009

Franzini M., Valdenassi L., Sominetti V. - *Protocolli SIOOT Rev.01.16.259*

Bocci V. *Autohemotherapy after treatment of blood with ozone. A reappraisal. J Int Med Res 22:131-144,1994.*

Donati F. *L'ozono in uroginologia – Quaderni SIOOT Linee Guida FIO T025 22.04.2013*

Wenzel DG, Morgan DL: *Interactions of ozone and anti-neoplastic drugs on rat lung fibroblasts and Walker rat carcinoma cells. Research Communications in Chemical Pathology and Pharmacology 40(2): 279-287,1983.*

Coppola L, Verrazzo G et Al: *Oxygen-ozone therapy and haemorheological parameters in peripheral chronic arterial occlusive disease. Trombosi e Aterosclerosi. Vol. 3 n. 2, marzo-aprile 1992.*

: "Fisica-chimica e biochimica dell'ozono". *Scienze algologiche 172 Anno HI Gennaio/Aprile 1990*

Richelmi P, Valdenassi L: *Aspetti biochimici ed implicazioni tossicologiche in ossigenoozono terapia. Attualità e prospettive in terapia antalgica. Ed. ESM 1995:185-204*

Luongo C, Sammartino A et Al: *Effetto antimicrobico dell'ozono su colture di Pseudomonas aeruginosa e Staphylococcus aureus - Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza della Seconda Università di Napoli - Rivista Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia 1:13-18,2002*

Luongo C, Sammartino A et Al: - *Valutazione degli effetti della terapia sistemica con O2-O3 nelle arteropatie ostruttive croniche periferiche - Istituto di Scienze anestesiologiche, chirurgiche e dell'emergenza; Dipartimento di geriatria gerontologia e malattie del metabolismo; Facoltà di medicina e chirurgia della 2° Università degli studi di Napoli - Rivista Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia 1:25-30,2002*

Rilling S, Viebahn R (ed): *The Use of Ozone in Medicine, 2nd edn. Heidelberg: Haug K.F. Publ., 1987; pp. 1-187. Google Scholar*

4.Garber GE, Cameron DW, Hawley-Foss N, *The use of ozone-treated blood in the therapy of HIV infection and immune disease: a pilot study of safety and efficacy. AIDS 1991; 5: 981-984. Google Scholar Medline*

5.Konrad H *Ozone therapy for viral diseases. In: Proceedings 10th Ozone World Congress 19-21 March 1991, Monaco. Zurich: International Ozone Association, 1991; pp. 75-83. Google Scholar*

Diarrea

- Pazienti a basso rischio di complicanze (diarrea G1-G2): Counseling alimentare e terapia farmacologica.

- Primo step: loperamide dose iniziale 4 mg dopo la prima scarica aggiungendo 2 mg dopo ogni episodio di diarrea fino ad un massimo di 16 mg/die.

- Secondo step: in caso di mancata risposta dopo 24 ore: fare coprocultura e associare antibioticoteraapia con fluorochinoloni

- Terzo step: in caso di mancata risposta dopo altre 24 ore: sospendere loperamide, cominciare terapia idroelettrolitica e octreotide 0,1-0,2 mg s.c. ogni 8 ore oppure 0,6 mg in infusione continua e.v./s.c. per 24 ore (uso off-label).

- Pazienti ad alto rischio di complicanze [(diarrea G3-G4 e diarrea G1-G2 associata a sintomi concomitanti (nausea/vomito \geq G2, febbre, disidratazione) o a presenza di comorbidità (insufficienza epatica, insufficienza renale cronica, diabete, cardiopatie, etc)].

- Primo step: terapia idroelettrolitica associata ad antibioticoteraapia con fluorochinoloni e.v. e octreotide 0,1-0,2 mg s.c. ogni 8 ore oppure 0,6 mg in infusione continua e.v./s.c. di 24 h (uso off-label).

- Secondo step: in caso di risposta insoddisfacente: octreotide 0,9 mg in infusione continua e.v./s.c. di 24 h (uso off-label).

- Terzo step: in caso di risposta insoddisfacente: aggiungere atropina 2 mg sc ogni 4/6 ore oppure atropina 2 mg sc in infusione continua per 24 ore (da evitare nei pazienti cardiopatici o con glaucoma).

La diarrea dei carcinoidi, di altri tumori neuroendocrini e da immunodeficienza beneficia di un trattamento con octreotide a lento rilascio o con lanreotide. In alternativa alla loperamide possono essere utilizzati altri oppioidi come la codeina o la morfina che presentano il vantaggio di migliorare il tono dello sfintere anale.

Ozonoterapia:

- Acqua ozonizzata.
- Insufflazioni rettali

Mucosite

Prevenzione: igiene orale e sciacqui con collutorio e bicarbonato di Na, educazione alimentare del paziente e dei familiari. Terapia sintomatica in caso di dolore: Benzidamina collutorio 10 ml 3-4 v/die, associata a crioterapia (tenere in bocca cubetti di ghiaccio o un ghiacciolo prima del pasto) e anestetici per uso topico come lidocaina viscosa (prodotto galenico). Terapia sistemica con oppioidi deboli (codeina, tramadolo) o oppioidi forti a rilascio prolungato (la morfina è la prima scelta) a orari fissi; al bisogno morfina a rapida azione). Se il paziente non è in grado di alimentarsi e la prognosi è compatibile: nutrizione parenterale. In caso di sovrainfezione fungina (documentata con esame colturale) o in pazienti ad alto rischio: Prima scelta: nelle forme più lievi nistatina soluzione orale 4-6 ml 4 v/die fino a 48 ore dopo la guarigione oppure fluconazolo iniziando con 50-100 mg/die per os fino a 200-400 mg/die e.v. nelle forme più gravi. Seconda scelta: itraconazolo iniziando con 100-200 mg 2 v/die fino a 200 mg e.v. 2 v/die per i primi 2 giorni e poi 200 mg/die. Ozonoterapia:

- Sciacqui con acqua ozonizzata



Stipsi

Trattare le cause di dolore alla defecazione; agire sui disordini metabolici ed elettrolitici e sulla terapia farmacologica in atto.

- Prima linea: utilizzo di un'agente ad azione stimolante (es. senna cpr 12 mg, 1-8/die) +/- un agente ad azione osmotica (es. macrogol 1-3 bst/die o lattulosio 15-30 ml/die).
- Seconda linea: (<3 evacuazioni/wk per 14 giorni, nonostante incremento dei dosaggi): esclusa la presenza di fecalomi e quadri occlusivi, dopo evacuazione indotta da rettoclisi e/o supposte di glicerina, aggiungere un secondo lassativo osmotico (es. magnesio solfato).
- Terza linea: (solo stipsi indotta da oppioidi in pazienti con malattia avanzata): metilnatrexone 0,15 mg/kg a dì alterni.

Ozonoterapia:

- Insufflazioni rettali 50/200cc permanenza di O₂O₃ per 5 minuti a 10-20 mcg;
- Acqua ozonizzata almeno 1 litro al dì.

Xerostomia

Prevenzione Igiene orale ed educazione del paziente.

Terapia sintomatica quando è possibile, sospendere o ridurre i farmaci che possono causare la xerostomia. Utilizzare saliva artificiale o collutori con carbossimetilcellulosa, lattoferrina, lisozimi. Pilocarpina (off-label) (collirio 4%) 4-6 mg (2-3 gocce) per o.s. ogni 6 ore.

Ozonoterapia:

- Sciacqui con acqua ozonizzata.

Lesioni Necrotico Cangrenose - Piaghe da Decubito

Obiettivi e Trattamento:

- Alleviare il dolore dovuto alla patologia di base e/o alla piaga:
 - Terapia del dolore secondo le linee guida dell'OMS;
- Prevenzione della colonizzazione batterica:
 - Antisettica a lento rilascio per ridurre i tempi di cambio e il trauma da medicazione;
- Pulizia chirurgica:
 - Solo in caso sia necessario drenare raccolte purulente;
- Evitare shock settici:
 - Antibiotici sistemici;
- Mobilizzazione:
 - In relazione alla compliance del paziente ed in rapporto al dolore;
- Trattamento locale nelle ultime fasi della vita:
 - La medicazione può essere evitata

Ozonoterapia:

- GAE (Grande AutoEmoinfusione): 2 sedute settimanali, 30-40 mcg, 200 cc O₂-O₃ + 200 cc sangue;
- Applicazione topica sacchetti/cope in vetro: 3 sedute settimanali di almeno 20 min. a 30mcg/ml; pretrattamento con acqua ozonizzata.

Infezioni Apparato uro-genitale

Trattamento topico con insufflazione intravescicale e/o intravaginale.

Si utilizza:

- Presidio in vetro denominato DONATI'S CUP;
- Cateteri per uso vaginale con introduzione per 4 cm;
- 10 cc a 20 mcg di O₂-O₃ ed insufflarla immediatamente;
- Dopo l'insufflazione, clampare il catetere e tenere l'Ozono in loco per almeno 3 minuti.

Insufflazione vescicale

Si consiglia di bagnare la regione vulvare nella zona dove andrà posizionata la DONATI'S CUP® perché in questo modo l'ozono ha un effetto terapeutico maggiore (soprattutto a livello vulvare). È fondamentale fare attenzione alla chiusura anteriore per coprire l'area paraclitoridea e posteriormente per la protezione dello spazio rafe ano-vaginale. L'ossigeno ozono deve rimanere in vescica per almeno 3 minuti avendo cura di ottenere un sistema a tenuta stagna.



Insufflazione vaginale

Si bagna, come per l'insufflazione vescicale, con acqua ozonizzata (o un gel su base acquosa) la regione vulvare. E' fondamentale fare attenzione alla chiusura anteriore per coprire l'area paraclitoridea e posteriormente per la protezione dello spazio rafe ano-vaginale. Anche in vagina l'ozono deve rimanere 3 minuti per avere l'effetto desiderato. L'ozono viene mantenuto in vagina grazie alla DONATI'S CUP ® ed al meccanismo di tenuta stagna del sistema.

Insufflazione rettale

E' sempre meglio agire anche a livello rettale perché spesso le flogosi della vescica e vagina non sono il primum movens, ma sono organi bersaglio dell'intestino. Ancora una volta si sottolinea che questa metodica è assolutamente indolore.

PROGETTUALITÀ DELLA PERSONA E SOSTENIBILITÀ SOCIALE EQUILIBRI IN MOVIMENTO - Parte 1



Dott. Giulio Godano

Sociologo, Pedagogista

Educatore presso Cooperativa Sociale "Quadrifoglio"

Bologna

Bibliografia

Contini M., *Elogio dello scarto e della resistenza. Pensieri ed emozioni di filosofia dell'educazione*, Clueb, Bologna, 2009.

Mead H. G., *Mente, sé e società*, Giunti Barbera, Firenze, 1972.

Simmel G. (1900), *Le metropoli e la vita dello spirito*, Armando Editore, Roma, 1995.

Opera originale *Die Großstädte und das Geistesleben*, Dresden: Petermann, 1903.

Pani R., Sagliaschi S., *Psicologia del gusto e delle preferenze alimentari*, Utet, Torino, 2010.

Piaget J., *Psicopedagogia e mentalità infantile*, Firenze, Le Monnier, 1970.

Simmel G. (1890), *La differenziazione sociale*, Laterza, Bari-Roma, 2002.

Sitografia

<http://www.lastminutemarket.it/cittadini/introduzione>

<http://www.filosofico.net/gadamer.htm#n2>

<http://lameladinewton-micromega.blogautore.espresso.repubblica.it/2016/12/23/la-prevenzione-dai-rischi-naturali-una-questione-geoetica-e-culturale/>

«I problemi più profondi della vita moderna scaturiscono dalla pretesa dell'individuo di preservare l'indipendenza e la particolarità del suo essere determinato di fronte alle forze preponderanti della società, dell'eredità storica, della cultura esteriore e della tecnica – l'ultima metamorfosi della lotta con la natura che l'uomo primitivo deve condurre per la sua esistenza fisica.» (...) «Se si interrogano i prodotti della vita specificamente moderna a proposito della loro interiorità, se si interroga il corpo della cultura, per così dire, a proposito della sua anima – come ora intendo fare per le nostre metropoli –, la risposta dovrà cercare di scoprire l'equazione fra i contenuti individuali e sovraindividuali della vita a cui queste formazioni sociali danno luogo: in altre parole, dovrà indagare i movimenti con cui la personalità si adegua alle forze ad essa esterne.»¹

Con queste premesse tratte da "Le metropoli e la vita dello spirito" del sociologo Georg Simmel intendo partire per raccontare i processi di sviluppo del bambino nella sua relazione con l'ambiente. Ogni discorso qui generato deve essere pensato in correlazione con gli altri discorsi, in un rapporto sinergico che mi piace chiamare "respiro ecologico ed ecosistemico". Ogni processo di sviluppo agisce e reagisce sull'ambiente fatto di oggetti e persone; ogni processo di sviluppo è legato all'ambiente come sistema vivente, quindi il sistema vivente agisce sul bambino e la loro relazionalità produce cambiamenti, dato che il bambino, quindi la persona, fa parte del sistema vivente. Le relazioni che intercorrono tra l'ambiente e il dna ci danno prova di questa energia ecologica, di questo respiro. Ancora, vorrei legare questi discorsi con le relazioni sociali. Penso che le relazioni sociali possano – se evolute – costruire ponti di significato esistenziale e vitale tra tutti gli esseri umani presenti sulla terra. Se ogni cosa agisce sull'altra, il problema comunicativo diventa il discorso per eccellenza nella società, il quale si traduce poi nella relazione educativa ovvero nei modi con cui le persone costruiscono significato e senso, si rispettano e si aiutano vicendevolmente, costruendo una comunità sostenibile e civile.

Se questi sono grandi obiettivi, mete più vicine sono ad esempio l'individuazione e l'immaginazione di relazioni educative sostenibili e costruttive.

Questi obiettivi hanno bisogno tuttavia di partire dagli aspetti basilari della vita, i mattoni e gli attrezzi coi quali la persona si costruisce e si costituisce come essere sociale.

Ed ora approfondiamo alcuni termini del dibattito ovvero gli strumenti utilizzati dal bambino per vivere, sopravvivere e crescere nell'ambiente. Vogliamo descriverli rispettando la relazionalità dell'esistenza. Il padre del bambino cresce col bambino e si relaziona con lui. E' utile fare nuove scoperte e diventare più consapevoli mentre attraversi una fase così importante della tua vita. Io sono padre da otto mesi. E' utile scrivere la storia della consapevolezza sociale che genera cultura e pratica educativa.

1. Simmel G., *Le metropoli e la vita dello spirito*, Armando Editore, Roma, 2013. Opera originale *Die Großstädte und das Geistesleben*, Dresden: Petermann, 1903.

Di cosa ha bisogno l'essere umano per vivere nella comunità sociale?

Amore e Affetto

Sono la base della nostra vita, come l'acqua, l'ossigeno, i sali minerali, le vitamine, le fibre. Abbiamo bisogno di grandi quantità di amore e affetto autentico per funzionare correttamente ovvero rispettando la relazionalità dell'esistenza. Ogni giorno necessitiamo di vivere essendo riconosciuti, salutando le persone, sorridendo ed essendo felici. Vogliamo vivere momenti di rilassatezza, di vicinanza, di accoglienza. Se ci sono eventi e fenomeni dannosi per te e l'ambiente, questi generano sofferenza in noi. Noi reagiamo subito fuggendo dal pericolo e dalle persone aggressive e violente, dalle persone rigide, le quali potrebbero imporre un comportamento. Fino a che il bambino ha salvi gli antidoti alla violenza tutto procede bene. Ma quando il bambino vive molti momenti di aggressività e violenza, di inquietudine, di ansia ed impulsività comincia a credere che l'ambiente sia fatto in quel modo e perde progressivamente – chi più chi meno – gli antidoti necessari a ritrovare un senso pacifico e tollerante di esistenza, nel quale prosperare e maturare come persona, come essere. Nel corso della vita è possibile costruire degli strumenti psichici e socio-culturali in grado di garantire un equilibrato adattamento emotivo.

Antidoti e anticorpi psicosociali

La produzione di anticorpi è la funzione principale del sistema immunitario umorale.

Avere anticorpi aiuta nell'umore, aiuta a vivere meglio ed in salute.

Gli anticorpi – esattamente come per l'organismo umano – si formano attraverso un lavoro di codificazione ed analisi degli elementi esterni, ingeriti o attratti dal corpo. Nell'organismo umano, è sufficiente una piccola parte (antigene) di microorganismo infettivo (batterio, tossina, virus, ecc.) perché si attivi un anticorpo. Infatti la parte infettiva, chiamata antigene, può legarsi alla struttura dell'anticorpo, attivarsi e nel tempo contrastare l'insorgenza di eventuali ulteriori microorganismi infettivi, soprattutto se non sono di entità troppo considerevole.

Partiamo da questa prima descrizione dell'anticorpo per descrivere un suo possibile fratello psicosociale. Un fatto grave di violenza o un insieme di comportamenti caratterizzati da aggressività psicologica e al limite fisica possono creare nel bambino la giusta equidistanza, inserendosi nell'anticorpo psicosociale che potremmo anche chiamare 'super io' o 'io', mantenendo la fondamentale differenza che esiste nella classificazione di Freud. Pensiamo quindi di attribuire ai genitori e alla famiglia l'esempio educativo per il figlio, lavoro del "super io", e di attribuire al soggetto in divenire, il bambino che diventa persona, la capacità di costruire una coscienza critica e riflessiva, con ciò lavorando come "io".

Potremmo narrare di un'altra eziologia psicosociale secondo la quale se il bambino non vede il comportamento e il fenomeno violento ma lo sente vicino, può comunque sviluppare l'anticorpo psicosociale di riferimento. Così come se il bambino sente il comportamento aggressivo. In questi casi il bambino è in grado di capire e farsi un'idea – più offuscata all'inizio e più nitida nel corso del tempo – della gravità di ciò che sta vivendo. Il bambino piccolo reagisce in maniera evidente cercando di eliminare il fattore che lo può fare stare male.

Se l'aggressione dura nel tempo, questa può complicare il lavoro del bambino che fugge dall'azione di un insieme di comportamenti etero inflitti dannosi per sé e per gli altri. Questi comportamenti possono infatti causare danni psicologici significativi, legati ad esempio al sistema limbico ovvero la sede dell'esperienza emozionale oppure legati all'autostima e all'amore per sé stessi, qualità che potrebbero diventare precarie. Tali danni potrebbero essere altresì permanenti, a seconda della frequenza e della reiterazione della condotta aggressiva e violenta.

In questo quadro desolante emerge una speranza, quella dell'anticorpo psico sociale. C'è un punto fino al quale è possibile che l'anticorpo si sviluppi ed un limite oltre il quale il lavoro da compiere – più inconscio che conscio – diventa molto grande, invalidando la vita della persona e rendendola poco equilibrata e centrata nel rapporto con gli altri.

I danni delle condotte aggressive e violente sono – in ogni modo – incalcolabili in quanto le conseguenze esplicite ed implicite di queste azioni possono essere plurime e significativamente dannose, tali da – come abbiamo detto – invalidare la vita sociale della persona. Questi ragionamenti estremi, che ricordano la metodologia di Banfi e Paci, ci servono per introdurre la tematica in questione in relazione allo sviluppo eventuale degli anticorpi psicosociali.

L'anticorpo potrebbe emergere anche grazie al sostegno che altre persone svolgono nei confronti della vittima di comportamenti violenti e aggressivi. Pensiamo ai genitori, agli amici, ai professionisti psicologi, psichiatri, sociologi, criminologi, pedagogisti, educatori, ecc. Il loro lavoro è intriso di aiuto sociale, in inglese si chiamano "helping professions" e i loro obiettivi riguardano il sostegno e la riattivazione sociale, la cura, il benessere, la felicità della persona con il suo ambiente sociale. Il bambino e la persona (l'adulto) possono vivere altri tipi di situazioni nella vita. Prendiamo ad esempio come riferimento la moltitudine dei reati del codice penale. Assistere all'esecuzione di reati può comportare un disincentivo ad impegnarsi nella vita con azioni legali e sostenibili. La capacità dell'anticorpo psicosociale deve diventare quello della persona e così costituirsi una forte corazza. Emergono così la consapevolezza della propria persona e dell'ambiente. Questa consapevolezza permette di sentire i campanelli d'allarme delle situazioni e condizioni sociali dannose, quindi orientare i comportamenti presenti e futuri. E' chiaro che lo sviluppo ed il mantenimento della consapevolezza è uno dei lavori più ardui e vedranno una trattazione nella parte relativa al viaggio verso l'adultità. Potremmo dire che il rapporto tra gli elementi spia e la consapevolezza è ciò che edifica la presenza della persona nell'ambiente sociale e ciò che la persona fa nel suo interesse sociale. Da questo rapporto è possibile valutare l'andamento e il comportamento della persona nella società.



Il lavoro dell'educatore è quello di far emergere nel giovane e nella persona in generale le capacità di costruzione degli strumenti psicosociali utili per vivere in maniera serena e per realizzarsi. Educare deriva infatti dal latino "educere" che significa condurre fuori o da un'altra parte la personalità, le caratteristiche, le potenzialità della mente della persona.

Se quindi gli "helper professionist" e in particolare gli educatori hanno come obiettivo quello di condurre fuori le buone inclinazioni dell'animo e le potenze della mente della persona, in questo senso il bambino e la persona possono avere un valido aiuto per sviluppare non solo quegli anticorpi psicosociali che gli servono per sopravvivere e vivere nella giungla delle emozioni e dei fenomeni sociali, ma anche di sviluppare le loro buone intenzioni ed inclinazioni.

Bisogna riflettere su quali sono i modi per raggiungere antidoti e anticorpi psico sociali senza vivere/subire sulla propria pelle condizioni di aggressività e violenza. La ricerca può dare risposte in questo versante. Assistere a situazioni di aggressività/violenza cosa produce?

Una larga fetta di popolazione vive in condizioni di normalità, in relazione a questi eventi e minacce, non comportandosi in questa maniera. Potrei dire la maggior parte della popolazione ma non ne sono sicuro. Considerando la mole di criminalità oggi presente sulla terra, è difficile poter dire con esattezza chi si comporta bene, secondo le regole della civiltà con la quale si vive, e chi invece devia e delinque. Troppe sono le modalità e i casi della psicopatologia, della devianza e della delinquenza. Sicuramente si può dire che esistono molte persone che riescono a vivere dignitosamente e sufficientemente felici, le quali hanno saputo crescere valorizzando le loro implicazioni morali. "Acquisendo" gli antidoti e gli anticorpi psicosociali hanno saputo e sanno vivere senza calpestare gli altri, realizzando sé stessi e gli altri.

Nell'immaginario collettivo e nelle discussioni sociali tali valori morali sono solitamente scarto rispetto all'andamento culturale prevalente. Questi sono i principali motivi per i quali invece Mariagrazia Contini diffonde un'idea di pedagogia che cerchi di inserirsi attivamente nel tessuto professionale e sociale, tralasciando quelle tendenze banalizzatrici e riduttive che la rendono un sapere del buon senso. La disciplina pedagogica «si colloca in primo piano godendo di una diffusa rappresentazione sociale positiva. Il sapere pedagogico diventa chiacchiera mediatica che, attraverso spot sempre più seduttivi e ricchi di effetti speciali, finisce per orientare pesantemente lo sguardo sul mondo e gli stili di vita».²

Lavoriamo con un impegno educativo profondo per le persone e facilitare l'ambiente sociale nel rapporto con le persone, restituendo alla società di cui facciamo parte gli sforzi e i risultati di questo intenso lavoro. Ovviamente dobbiamo occuparci nello stesso momento della capacità della persona di adattarsi e convivere con l'ambiente, che si rende sempre meno ospitale a sé stesso e alle persone, per varie cause.

Fiducia

La fiducia è una delle componenti sociali dell'affetto e dell'amore. Dare fiducia ad un'altra persona è un'azione naturale, innata e spontanea. Fin da piccoli i bambini cercano persone di cui fidarsi, a cui raccontare qualcosa di sé e con i quali giocare. La fiducia consente di conoscersi, parlarsi e crescere. Ti senti protetto dalla fiducia degli altri, pensiamo a come i genitori tutelano la tua vita di bambino. E in questa protezione hai la capacità di esprimerti quindi di allenarti a sviluppare una capacità. La capacità sociale è innata e favorisce la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente. Con la fiducia la socialità è nutrita e diventa sicurezza emotiva. Queste condizioni permettono al bambino di avere un rapporto sano con i genitori, di andare a scuola serenamente e trovare la propria strada. La sicurezza emotiva permette di vivere meglio le frustrazioni, aiutandosi coi propri genitori a costruirsi una propria sicurezza emotiva, la corazza con la quale vivere.

La sicurezza emotiva è un anticorpo psicosociale fondamentale e rende possibile essere e vivere serenamente resistendo agli attacchi eterodiretti ed esterni.

La fiducia nasce dall'affetto e dall'amore perché nasce dalla consapevolezza che siamo tutti abitanti di questa terra, tutti condividiamo il fatto di essere nel mondo. Viviamo – e in alcuni casi subiamo – i problemi della natura poiché noi siamo nella natura, ne facciamo parte. Siamo una parte dell'esistenza biologica presente sulla terra e in questa prospettiva possiamo abbracciarci nella solidarietà.

Se ti fidi di lui allora gli vuoi bene. Potremmo assumere quest'ipotesi come possibile nel panorama pedagogico. La fiducia deve però essere autentica e non stemperarsi nella falsità e nella convenienza. Dall'azione sociale di fiducia verso gli altri scaturisce la fiducia in sé stessi. Non è così scontato avere fiducia in se stessi ed anzi questa sensazione od intuizione è direttamente legata all'autostima. Se a partire dalla nostra infanzia le figure educative di riferimento non si impegnano per confermare le qualità del bambino, è molto probabile che lui non riesca a sviluppare abbastanza autostima, quindi capacità di prevedere le proprie azioni, immaginare e progettare le proprie mete, ecc.

Durante il viaggio emerge anche la consapevolezza sull'ambiente. L'ambiente è significativo per l'umore del bambino e della persona. La consapevolezza sull'ambiente emerge come necessità per il bambino di comprenderlo e con esso comprendere il proprio mondo psichico e sociale. Comprendere l'ambiente significa comprendere il proprio posto nel mondo, le proprie radici e il legame che si ha con la terra.

Cibo ed alimentazione

La ricerca di cibo significa autonomia, conoscenza, sviluppo. Gusto personale, che si costruisce nel tempo modificando odori, ricordi, emotività.³

2. Contini M. G., *Elogio dello scarto e della resistenza. Pensieri ed emozioni di filosofia dell'educazione*, Clueb, Bologna, 2009.

3. Pani R., Sagliaschi S., *Psicologia del gusto e delle preferenze alimentari*, Utet, Torino, 2010.

La ricerca di cibo è una delle attività più importanti della vita e si costruisce con gli altri in un processo sociale significativo per la personalità, che comprende l'affettività e le emozioni. Queste ultime sono di primaria importanza nell'adattamento sociale all'alimentazione, costituendo il vero nucleo per l'apprendimento e l'equilibrio alimentare.

L'alimentazione è connessa direttamente allo stile di vita della persona quindi alla sua potenziale progettualità, la quale potrà essere più o meno positiva e più o meno negativa. Risulta in ogni modo una possibilità per la persona, la quale scopre nel corso della vita cosa gli piace e cosa non gli piace, quali sono i suoi gusti prevalenti, quali le sue ricerche. Le sue difficoltà emotive e fisiche come alcune malattie dell'alimentazione e dell'organismo. L'alimentazione plasma l'intera esistenza e viene plasmata da essa, in un processo di fusione continua tra gli elementi vitali (chimici, fisici, batteri, virus, ecc.)

I cibi sani e l'equilibrio nel comportamento alimentare

Il consumo intensivo di zuccheri e di proteine animali rappresenta una delle prime cause di tumore, diabete, obesità, possibilità di disturbi alimentari. Una buona pratica allora è quella di limitarne drasticamente il consumo, comprendendo qual è il livello accettato dal proprio organismo, nell'esecuzione delle proprie funzioni e attività.

Ancora, assume particolare rilevanza il consumo quotidiano di frutta, soprattutto prima o lontano dai pasti, e di verdura; il mangiare con calma masticando tanto i cibi; il suddividere i cibi mangiandone poche quantità durante il giorno o la settimana. L'ascolto di se stessi e la coerenza nel comportamento sono utili azioni per seguire la strada che porta all'equilibrio nel comportamento alimentare.

Un piano per un'alimentazione sana e sostenibile, che veda da un lato l'impegno per l'equilibrio dei nutrienti e dall'altro l'investimento per una reale riduzione degli sprechi in campo agricolo ed alimentare è stato presentato in Parlamento dal M5S. Ogni anno il nostro paese mette nell'immondizia tonnellate di cibo non mangiato e questo non giova a nessuno. Considerando gli aspetti giuridici legati, per es., all'utilizzo di prodotti sempre freschi nelle scuole e alle sanzioni operanti nel non rispetto di queste procedure, il nostro sforzo pedagogico e sociale ci deve portare a costruire sempre più dei sistemi di utilizzo secondario o alternativo delle risorse. In proposito l'Università di Bologna è un'eccellenza da questo punto di vista⁴ e la politica deve seguire e accompagnare questi processi, in maniera decisiva, per esempio organizzando o facilitando mercati di secondo utilizzo con prezzi inferiori, ma ancor più importante facilitando la distribuzione sociale degli alimenti partendo dalle persone che non riescono a permettersi l'acquisto, evitando in questo modo di eliminare il problema dell'abbondanza produttiva buttando gli alimenti nell'immondizia.

A monte, tuttavia, abbiamo due azioni fondamentali e sinergiche. Primo. Ridurre la produzione, abbandonando il paradigma economico della crescita ed equilibrandolo sapientemente con quello della decrescita. Un tale sistema potrebbe così avere la possibilità di monitorare i livelli di consumo-utilizzo e di spreco in tutte le zone territoriali delle città nelle quali viene fatto questo lavoro di distribuzione.

Secondo. Educare ad una sana relazione con il cibo e la propria alimentazione, controllando le patologie ad essa associate e promuovendo la solidarietà, utile per le azioni del punto primo.

La scuola è un organo sociale molto importante nello sviluppo culturale e nella creazione di valore. La responsabilità e la delicatezza del compito richiedono un lavoro continuo e duraturo, che possa forgiarsi con l'esempio e la coerenza continui. La coerenza sul piano alimentare significa poter sperimentare i propri gusti avendo come limite guida l'eccesso e la pericolosità. Le linee guida sono le seguenti. L'educazione alimentare deve poter basarsi sull'autonomia e sulla libertà limitata di esprimersi. Bisogna avere la possibilità di provare e valutare i gusti scelti, con una guida adulta capace di comprendere i tempi dei bambini e l'equilibrio tra prove e limiti. Il cibo e l'alimentazione sono connessi direttamente alle emozioni che si provano, come per ogni altra percezione ed esperienza. È importante quindi assecondare e seguire le emozioni vissute dai bambini e dalle persone per conoscerle e orientare un progetto educativo autentico ed efficace, comprendente una dolce fermezza per far emergere le implicazioni personali e l'ascolto utile ad imparare sempre nuove informazioni all'avanguardia della tecnica e della medicina.

Solo insieme si procede in pace

Non si eliminano facilmente la sofferenza psichica e la criminalità. Bisogna accogliere per comprendere. Dopo la comprensione si può gestire il problema, perché le cose si chiariscono e si autodefiniscono. Le parti dovrebbero arrivare ad una consapevolezza ed una responsabilità eguali per riconoscere i fatti dannosi, le reciproche difficoltà, le eventuali responsabilità giuridiche e morali. Accogliere per comprendere significa rifiutare modi relazionali tendenti alla stigmatizzazione preventiva e ingiustificata, all'esclusione delle persone, a partire dai bambini. Pensiamo che tutte le persone possano contribuire in qualche modo all'evoluzione umana e sociale. Se escludi una persona questa potrebbe essere forte, ignorarti ed andare avanti, svilupparsi in altro modo senza di te. Se invece è fragile presumiamo possa escludere a sua volta, e così via, e così via. Questa processualità crea disagio, frustrazione, incapacità alle scelte, progettualità e responsabilità. Pensiamo sia il male primo dell'essere umano. La sua tendenza ad escludere per crescere individualmente. Si può invece crescere in autonomia ma non dipendendo dagli altri, se non per i beni primari e sociali utili all'esistenza. Crescere in autonomia non escludendo gli altri, anzi valorizzandoli nel proprio universo di azione, nel proprio spazio di vita.

4. <http://www.lastminutemarket.it/cittadini/introduzione>



Saper essere e vivere

Cosa significa? Su quali aspetti possiamo studiarne le caratteristiche?

Ci siamo molto interrogati su cosa voglia dire saper essere e vivere. Saper essere è una riflessione che ci portiamo dentro durante la nostra esistenza e ci permette di modificare il nostro comportamento sulla base di valori personali e sociali, di influenze e condizionamenti sociali, di esperienze significative e meno significative che accadono.

La riflessione vera e propria o maggiormente consapevole, dotata degli strumenti per esistere e crescere, si forgia durante la vita, in virtù di circostanze favorevoli. E' quindi evidente che il bambino faticherà a riflettere sul saper essere, sui suoi comportamenti e i suoi valori; fino ad arrivare al cambiamento voluto e cercato. Nel percorso che lo porterà all'adulthood, il bambino riuscirà a dotarsi di tutti quegli elementi culturali fatti di prassi e valori in evoluzione. Ogni persona costruisce proprie modalità di azione, ragionamento e riflessione, secondo differenti gradi potenzialmente e limitatamente analizzabili attraverso linee guida internazionali e nazionali. Chi non riesce ad adeguarsi e a trovare motivazioni per intervenire sul mondo in maniera equa, responsabile, sostenibile può deviare e precipitare nella delinquenza, complicando il percorso del suo processo vitale.

Saper essere significa anche costituirsi nella relazione sociale come un attore responsabile che rispetta la relazionalità dell'esistenza e i tempi di ragionamento delle persone. Saper essere significa comprendere e raggiungere la serenità, mantenendo quel giusto distacco dalle cose che contribuisce a formare una reazione matura agli eventi, trasformando costruttivamente le emozioni di aggressività e rabbia che albergano in noi.

Tolleranza e comprensione

Seguendo le orme della filosofia e delle scienze sociali ed intrecciando ad esse il cammino tortuoso dell'umanità, tentiamo di comprendere come mai sia importante sviluppare queste due capacità elevate dell'essere umano. La tolleranza ci consente di rispettare l'altra persona ed il suo universo di significati, fatto di tempi, opinioni, credenze, valori e comportamenti. La comprensione ci dà prova del reale e della spinta creatrice della realtà, la quale appunto necessita di un lavoro che sia essenzialmente comprensivo della sfera umana e sociale, evitando al massimo di ergersi a giudici della vita sociale ed altrui. La comprensione parte dalla naturale capacità sociale delle persone di trovarsi in empatia e simpatia, condividendo la sofferenza e il vissuto dell'altra persona, in maniera reciproca. Lo scopo principale della vita, direbbe Gadamer⁵, è proprio quello di comprendere i mondi vitali e le innumerevoli relazioni che intercorrono tra loro.

Gattonare e camminare, ergersi in piedi

Gattonare sviluppa il ragionamento scientifico, la naturale potenzialità intellettuale relativa alla scoperta e alla curiosità. Mentre il bambino prepara le sue funzioni vitali, gattonando e provando ad alzarsi scopre gradualmente il mondo che lo circonda, contribuendo ad affinare la tecnica motoria con quella cognitiva e sociale. Ergersi in piedi è un'azione che porta gradualmente il bambino a rimanere in piedi e camminare senza bisogno di sostegno e dimostra come il bambino faccia sostanzialmente affidamento sulle sue capacità fisiche e cognitive per aggiustare e costruire l'equilibrio e la postura. La postura può nel tempo essere insegnata in riferimento ad una cultura ed un'educazione posturale, soprattutto nei casi di patologie associate.

Le fasi dello sviluppo secondo Jean Piaget⁶

Secondo lo psicologo francese i bambini non ragionano come gli adulti. La mente del bambino si sviluppa secondo una sequenza ordinata di stadi. Il cervello in maturazione produce degli schemi, concetti e modelli mentali nei quali riversiamo le nostre esperienze per dare una forma a suddetti schemi. Per fare ciò seguiamo l'assimilazione: interpretiamo le nostre esperienze secondo le nostre capacità di comprensione relative alla fase dello sviluppo nella quale ci troviamo. Nel tempo accomodiamo, aggiustiamo cioè le nostre esperienze sulla base della maturazione avvenuta e in corso. Diamo quindi forma agli schemi mentali che ci contraddistinguono, elaborando le esperienze per giungere a qualcosa di nuovo.

Secondo Piaget i bambini costruiscono la loro comprensione del mondo attraverso l'interazione con esso, avvicinandosi in questo al pensiero di G. Bateson. Bateson considera l'ecosistema la vasta mente, della quale l'individuo è solo un sottosistema. Quindi l'individuo quando agisce usa o interpreta più menti o sistemi mentali: l'albero, la strada, la casa, il fiume, il bastone, l'animale, ecc.

Lo stadio senso motorio 0-2 anni

Il primo stadio dell'apprendimento per Piaget è lo stadio senso motorio. Il bambino conosce il mondo attraverso i sensi e le azioni. Quando il neonato si muove, comprende che è capace di far succedere le cose. In questa fase abbiamo la permanenza degli oggetti: gli oggetti fuori dalla vista del bambino non esistono più. Dall'ottavo mese i bambini cominciano ad essere consapevoli della permanenza degli oggetti e tale consapevolezza è graduale e continua. Dal nono e decimo mese infatti il bambino cercherà l'oggetto nascosto.

In questa fase i bambini faticano a percepire l'ambiente al di fuori di loro stessi e non comprendono il punto di vista dell'altro, essendo evidentemente egocentrici. Ancora il bambino in questa fase assume che una certa cosa, chiara ed evidente per lui, lo sia anche per gli altri. Chiamiamo questo processo la maledizione della conoscenza.

5. <http://www.filosofico.net/gadamer.htm#n2>

6. Cfr. Piaget J., *Psicopedagogia e mentalità infantile*, Firenze, Le Monnier, 1970.

Lo stadio preoperatorio 2-7 anni

Il secondo stadio dell'apprendimento è per Piaget lo stadio cosiddetto preoperatorio. Il bambino non è in grado di eseguire operazioni mentali, cioè eseguire un'azione e invertirla mentalmente. Nell'esempio di un contenitore con una sostanza dentro (es. latte) il bambino non si accorge che la quantità di latte non varia se si cambia solamente il contenitore, ad esempio in un contenitore più alto e snello. I bambini non hanno quindi la conservazione della sostanza per cui per la loro mente la quantità resta indifferente indipendentemente dalla forma.

Si acquisisce progressivamente la capacità di comprensione del punto di vista e degli stati mentali altrui.

Lo stadio operatorio concreto 7-12 anni

Nello stadio operatorio concreto i bambini raggiungono la capacità di pensare in modo logico su concetti concreti (oggetti) e acquisiscono la conservazione della sostanza.

Lo stadio operatorio formale 12-18 anni

In questo stadio l'adolescente acquisisce la capacità del pensiero astratto e del ragionamento sistemico.

Piaget ha contribuito in maniera notevole alla psicologia dello sviluppo ma oggi sappiamo comprendere lo sviluppo in maniera organica ed olistica. Considerando che ogni processo sociale può essere generatore di sviluppo così come di regressione, la nostra meta sociale è la formazione permanente della persona. Gli inglesi la chiamano life long learning, un'apprendimento e una conoscenza che dura tutta la vita. Non si è mai al sicuro nella vita con o senza la scienza. Bisogna sapersi addestrare alla scienza e al controllo della propria persona. Poi nel rapporto con gli altri, con la natura. Lo sviluppo psichico e sociale dipende dalla ricerca e gli uomini si differenziano in base a questo. Lo sviluppo non finisce, anche se finisce la vita delle persone. Il genere umano continua la sua evoluzione nel pianeta e nell'universo ed è arduo saper azzardare sempre una risposta. Il silenzio è saggezza se raccoglie lo stimolo della ricerca scientifica, l'osservazione. Trovare linee guida tra le buone pratiche è la politica che bisogna attuare, comprendendo le istanze di chi lotta per le persone. Continuando i servizi pubblici di prossimità, aiutando le famiglie e tutte le persone con la scuola, generando conoscenza e consapevolezza.

L'andamento della nostra identità è un importante indicatore di salute per la nostra esistenza in quanto persone in società. L'accettazione della realtà è importante ed è un pensiero virtuoso. Il pensiero di fallimento snatura la nostra anima e la nostra identità se portato all'eccesso ma è utile per continuare a provare, per non arrendersi mai, per imparare dalle prove e dagli errori, imparando giorno dopo giorno ad affrontare le sfide e le difficoltà della vita.

Giocare, imitare, emulare, imparare

Trattiamo il pensiero di George Herbert Mead⁷ per delineare alcuni capisaldi del pensiero psicologico sociale. Mead sostiene che la persona agisca secondo il principio della reazione ad uno stimolo proveniente dall'ambiente. Ad uno stimolo ambientale dovrebbe attuarsi una reazione adeguata e tale processo viene arricchito dal simbolo. In questa prospettiva, il "self" e il "mind" si sviluppano nel tentativo di adattarsi all'ambiente circostante. Anche la società si sviluppa a partire da questa impostazione.

Per Mead, il 'mind' ha tre caratteristiche fondamentali:

A – usa simboli per caratterizzare gli oggetti del mondo;

B – sceglie tra possibilità di azione alternative;

C – è capace di rimuovere le situazioni inadeguate e di seguire quelle adeguate.

E' qui che la relazione con la società è imprescindibile. L'esistenza della società dipende infatti dalla capacità di vagliare alternative e selezionare azioni che rendano possibile – anziché frenarla – la cooperazione tra gli uomini.

In relazione allo sviluppo del 'mind', a partire dall'infanzia e dall'età dello sviluppo, per Mead il bambino seleziona i gesti che gli assicurano la sopravvivenza. La selezione avviene attraverso: prove ed errori; training diretto dai genitori e altre figure educative. In questa maniera i gesti acquistano un significato comune per il bambino e per la sua famiglia, assumendo la forma di gesti convenzionali i quali permettono al bambino di comunicare con precisione i desideri e i bisogni. Dai primi gesti potranno poi svilupparsi quelli più complessi, sperimentabili anche in altri contesti. Il raggiungimento della capacità di interpretare gesti rappresenta un traguardo importante, perché consente "di assumere la prospettiva dell'altro" ("to take the role of the other"). Senza tale capacità, sarebbe impossibile la cooperazione che caratterizza ogni società. La capacità di assumere la prospettiva dell'altro implica altresì che l'individuo consideri anche sé stesso dal punto di vista dell'altro: in questo modo, l'io può meglio valutare le conseguenze del suo agire nei confronti

dell'Altro. E' qui che si snoda e dipana il fulcro del pensiero di Mead, in quanto la capacità di interpretare i gesti – quindi di assumere la prospettiva dell'altro – consente agli uomini di fare di loro stessi un oggetto di rappresentazione, oggettivandosi.

E' così possibile la pratica dell'autoriflessione e dell'autovalutazione, tanto importanti nell'agire e nella modifica dei comportamenti. In Mead i livelli di sviluppo del 'self' sono tre:

1- il "gioco" ("play"), tramite il quale il bambino impara ad assumere la prospettiva dei suoi compagni di gioco (genitori, amici, figure adulte, ecc.);

2- il "gioco" ("game"), nel quale si acquistano più immagini diverse del proprio "self" (all'asilo, a scuola, coi compagni, ecc.);

3- l'"altro generalizzato" ("generalised other"). In questo modo le persone acquistano la prospettiva di una "comunità di attitudini" ("community of attitudes"), grazie alla quale cooperano con gente diversa immedesimandosi in essa. Eccoci arrivati ai giochi che i bambini fanno, facendo finta di fare il "meccanico", l' "autista", il "medico", l' "insegnante-maestro", l' "artigiano", ecc.

In definitiva, perché il "self" si sviluppi correttamente, le differenti impressioni che ci formiamo nelle interazioni con gli altri devono poter essere positive e proattive. Se il bambino è trattato in maniera discriminatoria e non si crede nelle sue potenzialità, può essere che sviluppi un "self" insicuro. La società, per funzionare bene, ha bisogno del "self" e anche del "mind", ovvero dell'auto-coscienza. Infatti non si potrebbe agire coordinatamente senza assumere ruoli e possibilità d'azione. Inoltre la società non può funzionare bene se gli individui che ne fanno parte non abbiano sviluppato il "self", che ripetiamo ricopre la capacità di assumere la prospettiva dell'altro. Oltre a questi concetti, Mead introduce anche quelli di "Me" e dell' "I". Il soggetto infatti non è soltanto "mind" ovvero autocoscienza impenetrabile ai cambiamenti e agli influssi esterni (ambiente). Accanto alla dimensione coscienziale dell' "I", c'è il "Me", ovvero la concezione che gli altri hanno di me. Il "Me" rappresenta quindi l'interiorizzazione delle aspettative che gli altri hanno nei miei confronti. Così inteso, il "self" è la sintesi, armonicamente equilibrata, dei diversi "Me". E' chiaro come gli insegnanti abbiano una responsabilità molto grande nell'applicazione di questi concetti e di questi valori. Dobbiamo credere nei nostri bambini e nelle enormi potenzialità che possono avere e sviluppare. Possiamo e dobbiamo convergere la loro azione su comportamenti e attività positive, rafforzando e fortificando il loro "self" e il loro "mind". In questo modo anche i loro "Me" saranno autentici e potranno consentire loro di crescere serenamente. Per Mead infatti siamo ciò che gli altri vogliono che siamo. Introiettiamo le aspettative degli altri e su di esse modelliamo la nostra identità.

Riconoscimento ed elaborazione delle emozioni: Empatia, simpatia, entropatia

Da queste abilità può dipendere l'armonico sviluppo della personalità e l'attitudine all'essere sereni nella relazione, in particolare in quella educativa.

L'abbandono della violenza e dell'aggressività sono spesso il risultato, come sostiene Contini, di un processo continuo di elaborazione e consapevolezza delle proprie emozioni. E' probabile ed auspicabile che una volta a conoscenza dei meccanismi di funzionamento delle proprie emozioni, quindi dopo averle conosciute e riconosciute attraverso un lavoro di attraversamento prospettico con i caregivers, la persona riesca a fidarsi maggiormente di se stessa comprendendo le altre persone e le loro emozioni. Infatti dal processo di conoscenza emotiva inizia la conoscenza dell'altro attraverso l'empatia, una presa d'atto del sentire dell'altro. Il tentativo di entrare nel sentire dell'altro non è un processo semplice in quanto si può empatizzare superficialmente ed empatizzare profondamente. L'empatia profonda mette in dubbio la sua stessa logica in quanto concorre a costruire la complessità del punto di vista dell'altro, il quale si cela e si scopre in un gioco di luci e ombre che si collega con i codici sociali definiti e meno definiti dalla cultura e dalla società in cui ci si trova. Dal sentire della persona giungiamo ad un processo successivo maggiormente carico di affettività, soprattutto se unito all'empatia: il sentire con l'altro o simpatia. Tale sentimento si caratterizza per una condivisione della sofferenza, una partecipazione reciproca avente lo scopo di lenire quella sofferenza. Le professioni sanitarie e sociali sono intrise di questo sentire e di questi sentimenti, capaci di aiutare le persone a stare meglio o a vivere meglio le loro sofferenze.

Nell'intervento sociale ed educativo assume rilievo l'entropatia ovvero la capacità di entrare nel sentire e nel punto di vista dell'altro al fine di conoscerlo in profondità per aiutarlo ad emergere e a dare valore a se stesso in rapporto con la società.

Serenità

Serenità è il termine con cui si descrive la condizione emotiva individuale caratterizzata, a livello interiore ed esteriore, da tranquillità e calma non solo apparente, ma talmente profonda da non essere soggetta, nell'immediato, a trasformazioni di umore, ad eccitazioni o perturbazioni tali da modificare significativamente questo stato di pace.

La serenità è una componente rilevante nel costituire il benessere emotivo dell'uomo; secondo alcune teorie essa è talmente rilevante da costituire una condizione necessaria e sufficiente per la felicità dell'essere umano.

La serenità ci consente di pensare ed elaborare le informazioni senza costrizioni, dal punto di vista psico sociale. Biologicamente non è possibile evitare le costrizioni poiché la realtà ti cambia continuamente. Il freddo, le malattie, i cambiamenti climatici e della terra, i terremoti, ecc. Possiamo prevedere e prevenire alcuni "disastri annunciati" della terra o alcuni fenomeni che vedono l'ambiente in pericolo, come l'inquinamento da sostanze tossiche provenienti dalle fonti energetiche fossili, la tossicità della plastica e dei suoi elementi come gli ftalati, altri elementi chimici inquinanti e tossici come la formaldeide, l'amianto, ecc. Se tuttavia non viene fatta questa opera di prevenzione nella società è difficile riuscire ad invertire una tendenza che porta ad una malattia dalla sera alla mattina.⁸ Ecco perché affermo che è più difficile organizzare, costruire e mantenere una serenità sui fenomeni fisici, chimici e biologici. Possiamo comunque imparare ad accettare i fenomeni naturali con maggiore laicità, giungendo a quell'assenza di turbamento che contraddistingue la serenità di spirito.

8. <http://lameladinewton-micromega.blogautore.espresso.repubblica.it/2016/12/23/la-prevenzione-dai-rischi-naturali-una-questione-geoetica-e-culturale/>



Più complesso è il discorso per i conflitti e le relazioni sociali difficili, le situazioni sociali, i fatti storici, ecc. E' soprattutto in questo ambito che è più difficile accettare la realtà e giungere ad una serenità di spirito e di giudizio. La serenità di giudizio ci aiuta a costruire un'obiettività distaccata, quel giusto e mite distacco che ci consente di valorizzare le persone, le loro esperienze, le relazioni che instaurano e le azioni che compiono. La coscienza di vivere in pace ci fa trovare la giusta chiave di lettura di ciò che ci succede intorno.

Da queste abilità primarie e vitali – utili alla sopravvivenza – ne discendono altre, le quali consentono di costruire tutti gli ulteriori elementi della società che comprendono le attività lavorative e di costruzione delle strutture di comunità dalla abitazione, al borgo, alla metropoli; le azioni per la cura della persona e dell'ambiente, e per la definizione dei limiti personali e collettivi; tutte quelle attività come le attività di socializzazione, di educazione e di insegnamento che rendono possibile la riproducibilità, la trasmissione delle conoscenze e la generazione di nuove ed innovative conoscenze.

IL “COMPARAGGIO”. POST FATA RESURGO



Avv. Angelo Russo

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

Le recenti notizie di cronaca su (presunti sino ad eventuale sentenza definitiva di condanna) episodi di corruzione e truffa presso il CTO di Milano hanno (ri)portato al centro dell'attenzione il (tristemente) famoso fenomeno del “*comparaggio*”.

Con il predetto termine si indica, come noto, un reato diffuso in alcuni ambienti riguardanti la salute dei cittadini (studi medici, ospedali e farmacie), consistente nella pratica per cui taluni medici, farmacisti, veterinari, o altri operatori sanitari accettano denaro e/o premi a fronte della prescrizione di determinati farmaci o strumenti diagnostici o chirurgici piuttosto che di altri o, ancor peggio, di farmaci per i quali non vi sia alcun concreto bisogno.

E' bene, sin da subito, precisare che la pratica del “*comparaggio*” non comporta, necessariamente, variazioni nello scopo delle terapie stante che esse possono, comunque, rispondere alle esigenze di cura del paziente.

Può, tuttavia, spostare l'interesse economico del sistema sanitario nazionale garantendo l'arricchimento dell'industria farmaceutica e/o del sanitario, allorquando, a titolo esemplificativo, viene prescritto un farmaco di marca in luogo del farmaco equivalente, pur disponibile sul mercato.

Nel nostro ordinamento giuridico il “*comparaggio*” è previsto come reato dal R.D. 27 luglio 1934, n.1265 (“*Testo Unico delle Leggi Sanitarie*”), agli artt. 170, 171 e 172, nonché dal D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219 (“*Codice del farmaco*”), all'art. 147, comma 5.

La condotta illecita sanzionata consiste, in sintesi, nel ricevere, per sé o per altri, denaro o altra utilità ovvero nell'accettare la promessa, allo scopo di agevolare, con prescrizioni mediche o in qualsiasi altro modo, la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto a uso farmaceutico.

Il presente contributo intende focalizzare alcuni degli aspetti processualmente più importanti in materia di accertamento degli episodi di “*comparaggio*”, dovendosi ricordare (come insegna la famosa “*Operazione Giove*” della Guardia di Finanza che vide gli imputati assolti dalle accuse loro contestate) che il materiale raccolto nella fase delle indagini deve essere, necessariamente, sottoposto al vaglio del Giudice nei tre gradi di giudizio che la nostra Costituzione garantisce.

Con la sentenza n. 23237 dell'1.6.2016 la Corte di Cassazione si è occupata della delicata questione.

Le vicende del processo traevano origine dall'attività di un medico specialista dermatologo, docente universitario e dirigente della clinica dermatologica e, in particolare, dalle attività che egli svolgeva nella veste di professore universitario in riferimento ad un progetto per la cura di una patologia con sperimentazione di nuovi farmaci.

In tale contesto, il medico era accusato di avere avuto rapporti con aziende farmaceutiche che, per il percepimento di utilità o la richiesta di utilità in collegamento alle scelte di farmaci da somministrare, integravano fatti di corruzione.

Con la richiesta di rinvio a giudizio si ipotizzava il reato di corruzione in quanto il medico, dovendo interrompere la cura dei suoi pazienti con il medicinale xxxx, fornito dalla ditta yyyy, cui era stata ritirata l'autorizzazione all'uso su disposizione dell'Aifa (Agenzia del Farmaco), aveva contrattato con i responsabili della società zzzzz, in cambio della scelta di adozione del loro farmaco, una serie di controprestazioni, consistenti in finanziamenti di posti della scuola di specializzazione, forniture e finanziamenti di convegni etc.

Secondo il Giudice dell'udienza preliminare, sulla scorta di quanto emergeva dalle intercettazioni, alcuni dei finanziamenti di cui si discuteva nei rapporti con i rappresentanti della società riguardavano impegni pregressi di finanziamento di attività dell'università e non erano affatto correlati e condizionati alla introduzione del nuovo farmaco.

La condotta che poteva essere riportata al reato di corruzione, invece, era la richiesta di euro 100.000 fatta dal medico ai rappresentanti di una società farmaceutica per la sponsorizzazione di eventi congressuali, in questo caso con specifico riferimento alla contropartita della scelta del loro farmaco.

Secondo il Giudice dell'udienza preliminare, però, pur se vi era stata sollecitazione di tale pagamento con fini corruttivi, non vi era poi stata la disponibilità della società al pagamento sicché la condotta andava qualificata ai sensi dell'art. 322, quarto comma, codice penale quale istigazione alla corruzione.

La Corte di Appello confermava la condanna rilevando che quanto oggetto di accusa risultava, effettivamente e testualmente, dalle conversazioni intercettate e non vi era alcun elemento per dimostrare che, in queste conversazioni, vi fosse una riserva mentale da parte del medico, il quale si era difeso affermando che, in realtà, non aveva alcuna intenzione di mantenere le promesse fatte puntando solo ad avere finanziamenti per le attività della struttura pubblica.

Per un altro capo di accusa si contestava che il medico aveva richiesto utilità alla società xxxxxx in prospettiva di utilizzazione del loro farmaco yyyyyyy per il quale si attendeva l'autorizzazione alla commercializzazione da parte della citata Aifa.

Anche in questo caso, il Giudice dell'udienza preliminare osservava che, per quanto riguarda l'accertata effettiva corresponsione di denaro ed altre utilità in favore di iniziative facenti capo al medico, si trattava di prestazioni che non risultavano affatto ricollegate, come sostenuto dall'accusa, quale contropartita della somministrazione del farmaco per i pazienti del centro diretto dal medico predetto.



Risultava, invece, certo che questi avesse sollecitato il versamento di una somma tra euro 75.000 ed euro 110.000 in relazione alla scelta di somministrazione del citato farmaco per i suddetti pazienti, richiesta che, in quanto non accettata, andava anche in questo caso considerata come istigazione alla corruzione con conseguente condanna del medico.

Anche per tale contestazione la Corte di Appello rigettava l'impugnazione escludendo che potesse ritenersi dimostrata una riserva mentale dell'imputato nel fare promesse che non intendeva mantenere.

La Corte di secondo grado, infine, passava all'esame dei capi di accusa per i quali il medico era stato assolto ma per i quali la Corte di Appello disponeva la condanna in accoglimento dell'appello del Pubblico Ministero.

Al medico veniva contestato di avere prescritto ad alcuni pazienti, già trattati con altro farmaco, un diverso farmaco di altra società, ottenendo in cambio euro 40.000 per un evento congressuale, euro 34.000 per contributo per borse di studio (in realtà da utilizzare per ripianamento di buchi di bilancio dell'Università), la promessa di euro 50.000 per la pubblicazione di una rivista, euro 150.000 per l'assunzione con contratto a termine di un ricercatore per il centro interuniversitario di dermatologia biologica psicosomatica.

Il Giudice dell'udienza preliminare, nell'assolvere il medico per questo reato, osservava:

- Non era vero che vi era un impegno a curare alcuni pazienti con il diverso farmaco in quanto nel momento dei presunti accordi il farmaco era già stato somministrato a tali pazienti.

- Per poter sostenere la tesi della corruzione propria doveva dimostrarsi che i pazienti erano stati curati con il dato farmaco a prescindere dalle loro esigenze terapeutiche e ciò non era dimostrato.

- Quanto ai tre versamenti di denaro, tutti corrispondevano ad attività effettivamente svolte e non erano schermi per coprire dazi- ni illecite né vi era traccia di una promessa di euro 50.000.

La Corte di Appello ribaltava tale decisione ritenendo che «*gli elementi di responsabilità possono essere ricavati direttamente dalle intercettazioni telefoniche*» e, per quanto riguarda il versamento di euro 50.000,00 per la pubblicazione della rivista, che siffatto versamento era stato effettuato.

La Corte di Appello, nel qualificare il reato come corruzione propria, osservava che «*l'atto contrario ai doveri di ufficio è rappresentato anche dalla sola accettazione di utilità per la somministrazione di un determinato farmaco, pur se in conformità ad una corretta scelta medica, essendo violate le disposizioni in tema di rapporti con fornitori di medicinali e divieto di comparaggio*».

La decisione della Corte di Cassazione

La Suprema Corte, in sintesi, avalla l'iter motivazionale del Giudice per l'udienza preliminare laddove aveva, innanzitutto, fondatamente escluso che alcun accordo vi fosse stato per la somministrazione di un farmaco che, invece, era già stato somministrato ai pazienti e, soprattutto, aveva ritenuto che non vi fosse alcuna prova che tali farmaci fossero stati somministrati contro le esigenze terapeutiche degli stessi pazienti.

In questo contesto di totale infondatezza della accusa, il Giudice di primo grado aveva anche notato che, se qualche elemento andava desunto dalle intercettazioni, era però in senso del tutto inverso rispetto alla accusa in quanto le parti anteponevano l'interesse terapeutico dei pazienti.

La Suprema Corte, inoltre, in relazione al possibile carattere "sospetto" delle prestazioni economiche offerte da una società farmaceutica (come sottolineato dalla Corte di Appello) osservava che, in realtà, si trattava di prestazioni che si inserivano nel contesto di finanziamenti delle attività universitarie, senza alcuna apparenza di arricchimento privato degli imputati.

Per le medesime ragioni la Corte di Cassazione smentiva che vi fosse stato sviamento di somme tramite la pubblicazione di una rivista, perché quest'ultima non era affatto lo schermo per coprire illegittime acquisizioni ma era, al contrario, una autorevole rivista del settore medico.

Secondo la Corte di legittimità, il Giudice di Appello, dopo aver affermato che gli elementi di responsabilità potevano essere ricavati direttamente dalle intercettazioni, riporta stralci che, in realtà, piuttosto che quale prova dei fatti, vengono chiaramente indicati come una sorta di riscontro ad una tesi preconcepita atteso che, dalla motivazione della sentenza impugnata, non emerge alcun serio riferimento all'esservi stata una fornitura di medicinali condizionata da una corresponsione di utilità.

La Corte, inoltre, rilegge, completamente, le circostanze afferenti il presunto accordo che prevedeva il finanziamento di attività universitarie, sottolineando che «*La descrizione dei rapporti, dei dubbi sulla esecuzione dell'accordo, eccetera, risulta solo un riempitivo che dà corpo alla motivazione ma non ha alcun collegamento logico con la prova di una vicenda corruttiva che, come limpidamente individuato dal gip, avrebbe richiesto una seria dimostrazione della "svendita" di pazienti ipotizzata dalla tesi di accusa (tesi, fortunatamente, positivamente smentita non restando neanche a livello di dubbio).*»

La conclusione, secondo la Suprema Corte, è che, la vicenda concreta è stata correttamente ricostruita dal Giudice di primo grado e valutata nel senso del mancare sia atti contrari ai doveri di ufficio (ivi compresa una più generale "messa a disposizione") in cambio di utilità, che la corresponsione di utilità che vadano al di là di legittime attività di finanziamento e sponsorizzazione di attività di ricerca e documentazione medica.

Con riferimento agli altri capi della sentenza di condanna, l'argomento principale della difesa era che la trattativa nel corso della quale, secondo il Giudice dell'udienza preliminare, il medico istigava la società farmaceutica ad offrire utilità in cambio di utilizzo del loro medicinale era caratterizzata da un'ampia riserva mentale del medico che non aveva affatto intenzione di fare alcunché di diverso da ciò che era doveroso.

In altri termini, questi simulava una sua disponibilità perchè intendeva ottenere ulteriori impegni della società farmaceutica a favore di università ed ospedale.



Secondo la Suprema Corte la riserva mentale del medico doveva risultare non già in base alla telefonata ma *“in base alla valutazione degli elementi esterni che la difesa aveva ragionevolmente indicato e che la Corte di Appello ha ingiustificatamente scelto di non valutare.”*

Non è chi non veda (specie fra i non addetti ai lavori) come l'assoluzione del medico sembri poggiare su *“cavilli”*.

In realtà, pur non volendosi sminuire un fenomeno (quale quello del *“comparaggio”*), palesemente distorsivo della libera concorrenza e del mercato, non si può e non si deve commettere l'errore (se davvero lo si vuole esaminare in modo intellettualmente onesto) di *“giudicarlo”* emotivamente.

Basti pensare, come già rilevato, alla famosa *“Operazione Giove”*, all'esito della quale, a fronte di una variegata composizione di fatti, circostanze ed indagati (a seguito di indagini della Guardia di Finanza dalle quali sembrava emergere la chiara colpevolezza dei protagonisti), gli imputati sono stati assolti.

Il rischio, quotidianamente presente durante la visione di programmi televisivi nei quali si auto celebra la ricerca della verità, è che l'approccio emozionale alla questione equivalga, sic et simpliciter, a condanna in assenza delle garanzie che solo il processo può fornire.

Un'ultima amenità.

Rivelava Peter Rost, ex vicepresidente di marketing della Pfizer nel 2009: *«Il settore farmaceutico è molto potente e se qualcuno prova a parlare apertamente di quello che succede in quel mondo viene letteralmente mandato via a calci. Ha un potere sulla politica molto simile a quello della mafia»*. *Basterebbe pensare al fatto che l'industria farmaceutica è quella che, dal 1998 ad oggi, ha speso di più per influenzare la politica statunitense.»*

2.501.745.267.

Non è un numero di telefono internazionale.

Sono i dollari spesi per attività di lobbying negli Stati Uniti d'America.

Le lobbies non sono creature mitologiche; esistono e pure in Italia.

E sul palmo delle loro mani è collocato il mondo.



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci

+39 095 7280511

pubblicita@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/+AventieformazioneCatania>