



MEDIC@LIVE

09 OTT 2020

Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n.6



Patologie dell'anca:
il conflitto Femoro-Acetabolare

Pag. 7

Denaro al medico di struttura convenzionata.
È concussione?

Pag. 17

DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento):
interventi sanitari e socio-psicopedagogici

Pag. 13

La variabilità cardiaca come strumento di
misurazione della resilienza

Pag. 26

SOMMARIO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Patologie dell'anca: il conflitto Femoro-Acetabolare

Dott. Roberto Urso

Pag. 7

SOCIOLOGIA

DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento): interventi sanitari e socio-psicopedagogici

Dott.ssa Annamaria Venere

Pag. 13

DIRITTO SANITARIO

Denaro al medico di struttura convenzionata. È concussione?

Avv. Angelo Russo

Pag. 17

PSICOLOGIA

La variabilità cardiaca come strumento di misurazione della resilienza

Dott. Massimo Agnoletti

Pag. 26



MEDIC@LIVE
Magazine



medicalive.it

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Medic@live Magazine, il segreto per promuovere un evento e avere successo! Professionisti della comunicazione che trasformano il Tuo evento in un'esperienza grandiosa, in notizia. Contattaci per sapere come fare.

- Servizi di anticipazione dell'evento
- Talk show
- Conduzione giornalistica di una tavola rotonda
- Videointerviste dei relatori e delle Autorità

pubblicita@medicalive.it – Tel. 095 728 0511

I PROSSIMI EVENTI

NOVITÀ TERAPEUTICHE IN DERMATOLOGIA: LA TERAPIA DELLA DERMATITE ATOPICA E LE CHERATOSI ATTINICHE

14 novembre 2020 – Ragusa

Medici di Medicina Generale (medici di famiglia) e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Continuità assistenziale, Dermatologia e venereologia, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, Pediatria
ECM 6

XVIII EDIZIONE INCONTRI REUMATOLOGICI ETNEI

20-21 novembre 2020 – FAD

Medici Chirurghi, Farmacisti
ECM 15

LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

28-29 novembre 2020 – FAD

Fisioterapisti
ECM 12

3° CONGRESSO ARTEMISIA

27-28 novembre 2020 – FAD

Medici chirurghi specialisti in: cardiologia, continuità assistenziale, gastroenterologia, ginecologia ostetrica, malattie dell'apparato respiratorio, medicina generale, neurologia, organizzazione dei servizi sanitari di base, otorinolaringoiatria, reumatologia
ECM 7,5

LA PRATICA DEL'EBM

5-6 dicembre 2020 – Bologna

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia
ECM 21.7

VII FOCUS REUMATOLOGICO

11-12 dicembre 2020 – FAD

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Cardiologia, Dermatologia e Venereologia, Farmacologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali; Fisioterapisti
ECM 8

SHOULDER REHABILITATION

12-13 dicembre 2020 – Bologna

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia
ECM 20

IMAGING E CLINIMETRIA IN REUMATOLOGIA

18 dicembre 2020 – FAD

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia, Farmacologia e Tossicologia clinica, Igiene Epidemiologia e Sanità pubblica, Geriatria, Malattie infettive, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro, Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna, Medicina Legale e delle Assicurazioni, Medicina Nucleare, Nefrologia, Neurologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Radioterapia, Reumatologia; Farmacisti

ECM 8

Lascia il segno, affidati a noi!



Specialisti nel settore congressuale nazionale e internazionale, progettiamo e organizziamo eventi formativi ECM residenziali (RES) e a distanza (FAD).

Noi di AV eventi e formazione garantiamo affidabilità e competenza nella cura dei dettagli, nell'organizzazione di conferenze, meetings, congressi, riunioni aziendali.

Grazie all'esperienza di uno staff qualificato, il tuo convegno sarà un evento memorabile.

ORGANIZZAZIONE CERTIFICATA



AV[®]
AVeventieformazione

Sede di Catania
Viale Raffaello Sanzio 6,
Tel: 095 7280511
Fax: 095 7461360
Cell: 338 3941650
info@av-eventieformazione.it
www.av-eventieformazione.it

Patologie dell'anca: il conflitto Femoro-Acetabolare



Dott. Roberto Urso

Dirigente Medico
U.O. di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale Maggiore, Bologna

Abstract

Il conflitto femoro acetabolare (FAI) è una patologia degenerativa ed evolutiva senza una definita età di insorgenza perché può colpire sia l'adulto durante il suo fisiologico decorso evolutivo artrosico, sia il paziente più giovane in quanto più propenso ad una attività sportiva continuativa e micro-traumatizzante. Nel tempo, questi micro-traumi possono portare alla formazione di alterazioni anatomiche dell'articolazione del femore.

In the context of hip pathologies, there are also those with subtle onset, not based on age, but which affect subjects of both sexes and of all ages. And here we are talking about the "femoral-acetabular conflict" which belongs to this category of often underestimated diseases.

È frequente che si lamenti un dolore all'anca, al femore o al fianco, sintomatologia che spesso definiamo "pubalgia", riferendoci a una specifica zona che, indicata manualmente, può spaziare dalla zona bassa lombare, al fianco, alla porzione addominale bassa fino alla citata zona inguinale. Le patologie che coinvolgono la sede coxo-femorale (l'articolazione dell'anca) sono molte, di svariata natura e spesso non ben descrivibili da chi ne soffre, non avendo, il più delle volte, una chiara insorgenza, né di origine traumatica, né derivante da altre patologie correlate; quindi, sine causa.

Nell'ambito delle patologie dell'anca esistono anche quelle a insorgenza subdola, non basate sull'età anagrafica e che colpiscono soggetti di entrambi i sessi.

In questi casi parliamo del "conflitto femoro-acetabolare" che appartiene a questa categoria di malattie spesso sottostimate.

La malattia viene citata con il termine inglese di **FAI**, acronimo di **Femur Acetabular Impingement**. Vediamo di cosa si tratta.

La terminologia medica non sempre risulta ordinata e chiara e spesso può creare una certa confusione.

Impingement: dall'inglese = **conflitto**

«Le definizioni di conflitto sono molteplici, ma è comune a tutte l'idea che il conflitto sia una percezione» (Pearson, 2016)

Il concetto di “**percezione**” appare assolutamente come il più corretto.

- Percezione di dolore, fastidio, limitazione, impotenza funzionale.
- Il Dolore in quale punto? Dove? Perché? Per quale motivo ho dolore?
- Ho un dolore. È inguinale? È l'anca? Che cosa sta accadendo?

La più classica definizione data è quella del dolore «**inguinale**», con il paziente che, appoggiando la mano sul fianco e sull'anca, descrive un'area estremamente varia e vasta, che spazia dal fianco stesso, alla coxo-femorale fino alla zona lombare, l'inguine e spesso al dorso della coscia.

Riesce a circumnavigare quasi tutto l'emisoma corporeo per cercare di spiegare un qualcosa che è subdolo, profondo e insorto senza che egli stesso abbia fatto qualcosa per provocarlo.

Laddove il paziente non riesce a dare una reale logica spiegazione al problema, sono gli esperti del settore che devono intervenire con una appropriata anamnesi e un approfondito esame obiettivo per cercare di definire una diagnosi quanto più accurata.

Il FAI è una patologia a più alto riscontro negli sportivi, indipendentemente dall'età anagrafica.

Sintomo ricorrente e fastidioso rappresentato in questa popolazione di sportivi sia essa di professionisti che non professionisti, causato dai ripetitivi e impattanti movimenti cui sono soggette le articolazioni.

Quale quesito deve porsi e su quale dubbio devono concentrarsi l'ortopedico, il fisiatra e il fisioterapista?

- Trattasi di una lesione cronica o di una lesione acuta?
- È un problema puramente muscolo-scheletrico?
- Ha un'origine muscolare o la malattia è legata alla parte ossea?

La priorità va data alla reale sede da cui deriva il problema, quindi si deve stabilire l'area anatomica interessata.

Inguine? Anca? Pube? Testicolo? Adduttori dell'anca? Parete addominale inferiore?

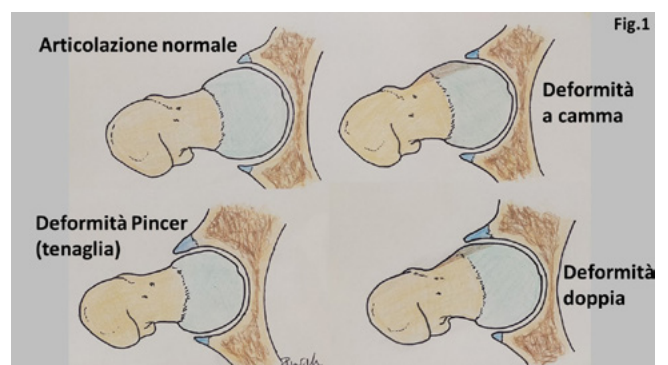
Il Paziente va intervistato, studiato clinicamente, osservato nella sua postura e sottoposto ad attento esame:

- Palpazione lombare, valutazione del tono muscolare, rilevazione di presenza di tumefazioni o deformità, valutazione della capacità deambulatoria e del passaggio seduto-in piedi, palpazione addominale, riscontro del segno di Lasegue e il Trendelenburg, esame dei genitali maschili e l'esame della pelvi nelle donne.
- Esame obiettivo della articolarietà dell'anca, della zona lombare, lombo-sacrale, ricerca di eventuale dolore alle sacro-iliache, valutare il ROM (range of motion) delle anche.
- Verificare la presenza di dolore ad un certo movimento dell'anca, con particolare attenzione alla flessione, all'abduzione-adduzione. Se al movimento di intra-rotazione il dolore aumenta probabilmente ci si troverà di fronte ad una ipotetica sindrome da conflitto femoro-acetabolare.

Le potenziali cause dei dolori alle anche negli sportivi sono numerose e fra queste le più comuni sono: le tendiniti adduttorie, gli strappi muscolari addominali bassi, le borsiti, gli strappi muscolari semplici, l'artrosi in fase iniziale che può giungere fino alle fratture da stress sia al femore che al bacino. In casi particolari è possibile riscontrare una necrosi avascolare della testa del femore che simula perfettamente una sindrome da conflitto femoro-acetabolare.

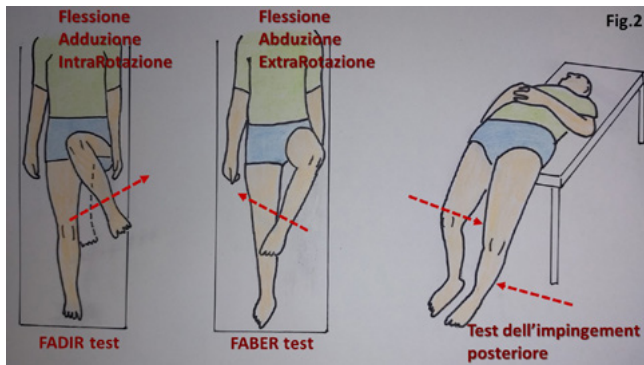
Quindi che cos'è in realtà il FAI? Perché entra nel gruppo delle patologie del “groinpain” (dolore dell'anca)?

Altro non è che una deformità, un'anomalia, un esuberato di una parte ossea; vi può essere un esuberato del ciglio del cotile, vi può essere una deformità a livello del collo del femore, a volte possono presentarsi entrambi. (figura 1)



La deformità a carico del collo del femore viene denominata CAM, ovvero camma, avendo la stessa struttura convessa del meccanismo a camme dei motori a combustione. Mentre la deformità del ciglio cotiloideo viene denominata Pincer, cioè tenaglia, pinza.

La logica delle terminologia è data dal fatto che durante i movimenti di intra-rotazione dell'anca si viene a creare lo scontro (conflitto) fra l'esuberanza delle parti, o del collo del femore o della parte del ciglio cotiloideo, oppure di entrambi se ambedue presenti. Con il test FADIR, cioè ponendo l'anca in flessione, adduzione e intra-rotazione, avremo una risposta estremamente predittiva per la sindrome da impingement. Assieme a tale test anche il test FABER e dell'impingement posteriore aiutano la diagnosi. (figura 2)

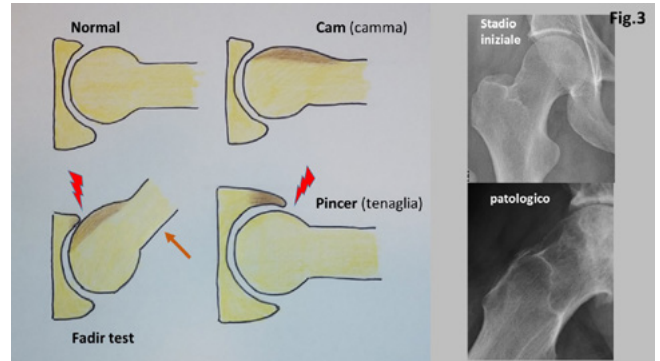


Come si presenta, come si evidenzia, come si cura

Il FAI ha una tipica insorgenza subdola e intermittente; la coxalgia-pubalgia si evidenzia più facilmente a chi ha una attività fisica di un certo livello, indipendentemente dall'età. I sintomi dolorosi si possono presentare anche in condizione di non sportività, fra le persone che, causa del tipo di lavoro, sono costretti a mantenere una particolare postura che nel tempo accentua il dolore coxalgico.

Come detto l'effetto CAM porta ad avere l'impingement sul labrum dell'acetabolo e, quando presente anche un ciglio cotiloideo più accentuato, la stessa attività sportiva può portare alla rottura dello stesso labrum.

Tale rottura, nel suo processo di guarigione tra-



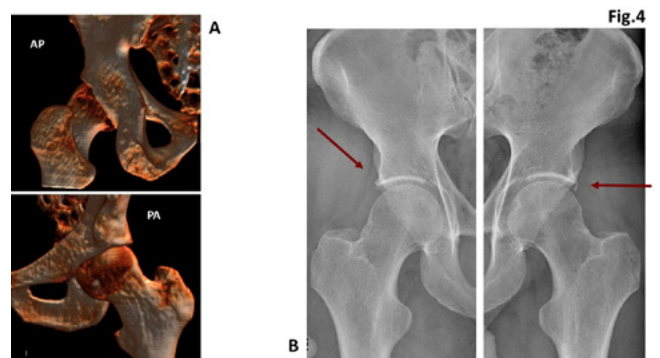
sformerà il ciglio in una vera e propria spina (pincer-pinza) che creerà il conflitto a livello del collo a seconda dei movimenti eseguiti.

Un continuo pinzamento porterà a sua volta un continuo dolore, ma anche ad un disequilibrio del carico. Una non curanza del problema può sfociare in futuro ad una successiva degenerazione delle strutture cartilaginee limitrofe, fino ad arrivare ad una vera e propria degenerazione articolare.

La diagnostica per immagini parte sempre da una radiografia standard, metodo sempre veloce, poco invasivo e molto efficace per determinare eventuali dismorfismi, lesioni fratturative o dettagli artrosici neo-formati.

Nella figura 4 si può notare un ciglio acetabolare normale in antero-posteriore e postero-anteriore su ricostruzione in 3D, figura a destra. Nell'immagine di sinistra un ciglio lievemente accentuato all'anca di destra e una calcificazione da rottura del ciglio a sinistra che, nel futuro, potrebbe portare al formarsi di esuberanza ossea dando origine all'effetto "pincer".

Se la radiologia classica non fosse dirimente si può eseguire la Risonanza magnetica che risulta ideale per lo studio delle strutture cartilaginee articolari e i tessuti molli, ma anche fondamentale per lo studio del tessuto

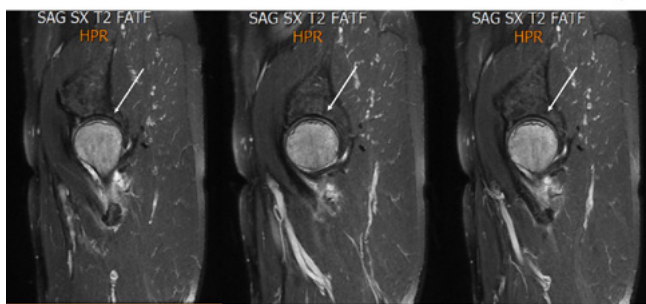


osseo spongioso che viene messo in risalto quando sofferente per necrosi o edema diffuso.

Nella figura 5, attraverso una RMN, viene evidenziato il progressivo danno del pannicolo cartilagineo della testa del femore che il FAI determina nel tempo.

La TAC rimane un esame essenziale per studiare la morfologia ossea e se presenti fratture che molto spesso non vengono evidenziate con la radiologia classica. La RMN è sempre ideale per lo studio dei tessuti molli articolari e può dare risposte ad eventuali dubbi fratturativi, ma la Tomografia rimane l'elemento più valido per confermare la tipologia di frattura attraverso la ricostruzione tridimensionale.

Fig.5



Come approcciarsi dal punto di vista fisioterapico quando viene fatta la diagnosi di FAI? O la soluzione chirurgica rimane l'unica strada da percorrere? E quali sono le terapie?

Quando il problema si presenta in un ambito prettamente sportivo risulta assolutamente prioritario mettere in difesa l'arto interessato, limitando o vietando gli allenamenti, diminuirli nel tempo a seconda dell'intensità dolorifica e in ogni caso limitare quelli che sono i carichi e le attività eccessivamente violente dal punto di vista dell'impegno e tipologia. Sport a larga diffusione quali il calcio, calcetto, basket, corsa e arti marziali in genere sono predisponenti a tale problema. In ogni caso, quando lo sportivo inizia ad avvertire iniziali sintomatologie, dovrà obbligatoriamente portare i propri allenamenti entro o al di sotto della soglia dello stress fisiologico.

Non ci sono dei clinical trials che dimostrino che una buona fisioterapia permetta di evitare l'approccio chirurgico, ma esiste un basic physiotherapy evidence che permette di portare ad un alleviamento dei sintomi

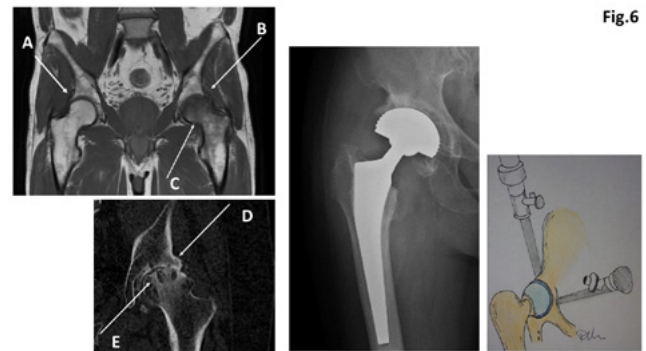
e permette, spesso, una più rapida ripresa delle attività. Basilare una attività di recupero della muscolatura glutea e un rinforzo della triangolazione zona lombare, pelvica e della coxo-femorale. Associando cicli di U.S e di tecar-terapia. L'uso dei fans è sempre indicato all'inizio dei sintomi dolorosi. Una terapia a base di Fans deve essere protratta per almeno 6-7 giorni eventualmente accompagnata da gastroprotettori.

In centri specifici si possono eseguire delle infiltrazioni ecoguidate con cortisonici. Terapia che porta a sicuro beneficio immediato, ma che non è certamente l'arma risolutiva. Questo approccio va sempre eseguito in ambiente sterile e con le più accurate cautele onde evitare rischi infettivi.

Uno stadio iniziale della patologia che risulta resistente ad ogni terapia fisica o farmacologica può essere affrontata chirurgicamente, soprattutto se il paziente è in giovane età e ha esigenze sportive e lavorative che gli impediscono lunghe interruzioni temporali.

La chirurgia aperta di asportazione dei "pincer" o lo scalpellamento dei "cam" è stata ormai superata dalla moderna artroscopia che, nel suo intento, si prefigge l'obiettivo di trattare le lesioni del labrum e delle cartilagini per via mini-invasiva, quindi con cicatrici minime, nessun danno ai fasci muscolari e una successiva precoce ripresa delle proprie attività.

Fig.6



Negli stadi più avanzati, con dolori che ormai non sono più tollerabili e una funzionalità compromessa da un grado artrosico molto elevato ci porta a ricorrere alla chirurgia più invasiva di sostituzione protesica della articolazione coxo-femorale. Nella figura 6A si evidenzia un ciglio cotiloideo con "pincer" in stadio iniziale, ma una vitalità della testa femorale buona; nella figura 6B

è evidente il ciglio ormai distaccato dalla iperpressione che successivamente ha portato ad un evidente edema osseo spongioso (fig.6C). Tale quadro risulta doloroso e terapie fisiche risultano inutili. L'uso dei Fans rimane l'unico modo per cercare di dominare il dolore. Nell'immagine 6D e 6E si nota la iperpressione del pincer e la distruzione dell'apice della testa del femore, il tutto associato anche ad un fenomeno artrosico compatibile con l'età del paziente. L'intervento di sostituzione protesica della articolazione dell'anca rimane l'unica soluzione per eliminare totalmente i dolori e permettere una totale ripresa della funzionalità dell'anca.

Bibliografia

- Fadale PD, Wiggins ME: Corticosteroidinjections: their use and abuse. J. Am. Academy Orthop. Surg. 2:133-140,1994
- Scott SH DA: Internalforces of chronicrunninginjury sites. Med Sci Sports Exerc 22:357-369,1990
- Anderson K, Strickland SM, Warren R: Hip and groin injuries in athletes. Am J Sports Med 29:521-530
- Swain R, Snodgrass S: Managonggroinpain, evenwhen the cause isnotobvious. Physician Sports med 23:54-62,1995
- Lacroix VJ: A complete approach to groinpain. Physician Sport Med 28:32-37,2000
- Brent Brotzman S, Wilk KE: Rehabilitation in orthopedics, Excerpta Medica, II Ed.Elsevier, 2004
- Gray'sAnatomy, 37th edn (Churchill Livingstone: Edinburgh 1989)



Momenti dal Congresso Regionale 2020

5^o
Congresso Regionale
CRel
Sicilia 2020

23-24
ottobre 2020

Evento FAD

Responsabile Scientifico
Dott. Aldo Molica Colella



DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento): interventi sanitari e socio-psicopedagogici



Dott.ssa Annamaria Venere

Sociologa Sanitaria,
 Criminologa Forense,
 Amministratore Unico:
 "AV eventi e formazione"
 Direttore editoriale:
 Medicalive Magazine – Catania

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) come dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia, rappresentano la causa principale delle difficoltà scolastiche e l'individuazione precoce si presenta quale fattore di assoluta rilevanza nel ridurre al minimo gli effetti psicosociali negativi futuri.

Inquadramento generale dei DSA in una prospettiva sociosanitaria

Con la locuzione Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) si suole indicare una serie di difficoltà nell'apprendimento scolastico, presentate da bambini normalmente scolarizzati, che possono interessare l'apprendimento della lettura (dislessia), quello della scrittura (disortografia e disgrafia) o quello del calcolo (discalculia). Criterio indispensabile per fare diagnosi di DSA è l'assenza di altre patologie neuromotorie, cognitive, psicopatologiche e/o sensoriali (Militerni, 2009).

Da una recente elaborazione dei dati del MIUR (2018) sulle certificazioni DSA (dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia) relative ai primi tre cicli scolastici (scuola d'infanzia, primaria e secondaria), si nota come in Italia sussista una percentuale di studenti con DSA pari al 3,2 % del totale.

Nello specifico si tratta del 5,6 % di studenti della scuola secondaria di primo grado, contro il 4,7 % della secondaria e l'1,96 % della primaria. In termini numerici, tali percentuali si traducono in una popolazione studentesca totale di 8.582.920 bambini affetta DSA, pari a un incremento medio negli ultimi tre anni dello 0,3-0,4 % (MIUR, 2018).

I DSA, dunque, sono un disturbo piuttosto frequente, e a volte di difficile gestione, il che presuppone la necessità di attuare interventi multidisciplinari di natura socio-psicopedagogica, al fine da ridurre al minimo le conseguenze psicosociali nei bambini che ne soffrono.

Quali sintomi per quali disturbi dell'apprendimento?

Il quadro clinico dei DSA si presenta all'inizio della scuola elementare e progressivamente, dopo aver assunto le sue connotazioni specifiche, tende a scomparire dopo l'adolescenza. La dislessia è il DSA più diffuso e comporta una difficoltà di apprendimento della lettura in bambini normalmente scolarizzati, di intelligenza normale e senza alcun deficit sensoriale. La compromissione della lettura si può presentare in grado variabile e generalmente comporta l'incapacità di distinguere lettere simili per forma o per suono, inversioni di lettere, omissioni di lettere o sillabe, o sostituzione di intere parole (Benso, 2011; Militerni, 2009).

Associata alla dislessia, vi è la disortografia, ovvero la difficoltà di apprendimento della scrittura in bambini scolarizzati, con intelligenza normale e privi di deficit sensoriali. La disortografia si rivela con problematiche nei dettati e nella composizione libera di parole, attraverso inversioni, omissioni di lettere, povertà di vocabolario, errori grammaticali e della punteggiatura (Militerni, 2009).

Infine abbiamo la discalculia, la cui difficoltà dell'apprendimento dell'aritmetica si rivelano nell'incapacità di effettuare calcoli su piccole quantità e l'acquisizione del concetto di numero è molto difficile, e la disgrafia, legata all'aspetto grafologico, ovvero la difficoltà di calcolare la giusta dimensione delle lettere e la distanza tra esse (Kaur, & Padmanabhan, 2017).

Al di là dei sintomi diagnostici, i bambini che soffrono di DSA sono carenti sul piano delle abilità sociali, specie nella capacità relazionale e dello stare insieme con gli altri. Per questo, alle difficoltà di apprendimento si aggiungono spesso problemi sociali ed emotivi, quali: ansia, frustrazione, rabbia, spesso una scarsa immagine di sé e umore depresso. L'ansia è la componente dominante e si accompagna alla insoddisfazione e disautostima determinata dall'incapacità di accontentare le aspettative di genitori e insegnanti. Una situazione frustrante può degenerare addirittura in episodi di rabbia rivolta verso di sé o verso gli altri (Stella et al., 2009).

Partendo da un'analisi anamnestica e sintomatologica, le modalità di intervento che è possibile attuare per alleviare e risolvere i disturbi specifici dell'apprendimento devono partire dalla comprensione delle cause che li hanno generati.





L'origine neuro e psicosociale dei DSA

Possiamo discernere cause di natura neuropsicologica e cause di natura socio-psicologica. Dal punto di vista neuropsicologico, la ricerca prende spunto da una serie di dati rappresentati da familiarità (vi è una percentuale che va dal 50 all'80 % d'incidenza negli ascendenti e nei collaterali di bambini affetti di DSA), nonché alla diversa incidenza del disturbo nei due sessi (i maschi sono interessati in maniera più elevata) e all'anamnesi positiva per fattori potenzialmente cerebrolesivi. La ricerca neuropsicologica ha cioè evidenziato l'esistenza di un'alterazione funzionale genetica a carico delle strutture preposte all'acquisizione e all'automatizzazione dei vari apprendimenti specifici (Militeri, 2009).

Le cause neuropsicologiche, tuttavia, non spiegano tutti i casi di DSA. Per quanto concerne l'origine so-

cio-psicologica, infatti, in certe situazioni si riconosce ai DSA una genesi essenzialmente psicogena, facendo rimando al valore simbolico che l'apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo possono assumere all'interno di determinate situazioni. La difficoltà dell'apprendimento, in altre parole, non è altro che l'espressione psicosomatizzata di un malessere interno legato a dinamiche intrapersonali e interpersonali inadeguate. Oppure ancora a una situazione familiare non rassicurante (Militeri, 2009).

In virtù di quanto riportato, si rendono pertanto necessari interventi sia sanitari che socio-psicopedagogici per alleviare le conseguenze sociali dei DSA, la cui questione è stata ribadita nella Legge 8 Ottobre 2010 n. 170, "*Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico*", nonché nelle "*Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento*" contenute nel Decreto n. 5669 del 12 luglio 2011.

Interventi sanitari e psicopedagogici: la prospettiva multidisciplinare

Coinvolgendo dimensioni a livello sia sociale che psicopedagogico, gli interventi per i DSA devono coinvolgere la molteplicità di fattori e cause che entrano in gioco, comprese le implicazioni relazionali. La prospettiva multidisciplinare prevede interventi sanitari riabilitativi, interventi psicoeducativi e interventi psicoterapeutici.

In relazione alla tipologia di disturbo specifico, il lavoro riabilitativo comprende sia stimolazioni specifiche, quali esercitazioni di lettura, di dettato o di calcolo, sia stimolazioni generali, come attività di orientamento spazio-temporale, ritmo, espressione verbale. Dal punto di vista socio-psicopedagogico, invece, un ruolo fondamentale lo hanno gli insegnanti e i genitori: i primi perché sono coloro che rivelano le difficoltà dei bambini, i genitori perché devono provvedere alle difficoltà dei figli. L'intervento socio pedagogico, in questo caso, mira a definire la struttura del disturbo, collocarlo nella sua esatta dimensione e suggerire le modalità di approccio più idonee in termini affettivo pedagogici, al fine di creare le condizioni per una soddisfacente crescita psicologica del soggetto. In ultimo, abbiamo anche gli interventi psicoterapeutici, nei casi in cui le dinamiche emotive assumono una rilevanza tale da interferire sul funzionamento generale del bambino (Kaur, & Padmanabhan, 2017).

È importante sottolineare che l'individuazione precoce dei DSA si presenta quale fattore di assoluta rilevanza nel ridurre al minimo gli effetti psicosociali negativi futuri. Per tale motivo, oltre gli insegnanti e i genitori, anche i medici di base e tutto il personale sanitario può e deve svolgere un ruolo fondamentale in questo senso.



Bibliografia

- Benso, E. (2011). *La dislessia. Una guida per genitori ed insegnanti: teorie, trattamenti e giochi*, Il Leone Verde, Torino, 2011.
- Kaur, A., Padmanabhan, J. (2017). Children with specific learning disorder: identification and interventions, *International Journal of Education and Applied Social Science*, 8, 1.
- Militerni, R. (2009). *Neuropsichiatria infantile*, Idelson-Gnocchi, Napoli.
- MIUR (2018). I principali dati relativi agli alunni con DSA, in www.miur.gov.it.
- Stella, G., Franceschi, S., Savelli, E. (2009). Disturbi Associati nella Dislessia Evolutiva-Uno studio preliminare, *Rivista Dislessia*, 6, 1, 2009.

Denaro al medico di struttura convenzionata. È concussione?



Avv. Angelo Russo

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

La Corte di Cassazione (sez. VI Penale, sentenza 17 settembre – 20 ottobre 2020, n. 28952) torna ad occuparsi della questione circa la configurabilità del reato di concussione commesso da un medico di struttura convenzionata.

Il fatto

All'imputato è stato contestato di aver, in qualità di sanitario che prestava la sua attività professionale di medico chirurgo presso una clinica convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, costretto S.R., sua paziente affetta da stenosi alla spina dorsale, a consegnargli una somma di denaro per il compimento di un intervento chirurgico presso la suddetta struttura.

Il medico, tra il dicembre 2012 e il febbraio 2013, era stato più volte contattato dalla paziente che aveva in cura, la quale richiedeva di essere sottoposta ad intervento chirurgico per le gravi sofferenze patite, e alle sue richieste aveva temporeggiato limitandosi a prescriverle medicinali, così costringendola a promettergli il pagamento della somma non dovuta (trattandosi di intervento a carico del Servizio Sanitario Nazionale) di 1.000,00 Euro.

Assicuratosi la disponibilità del denaro, il medico fissava l'intervento senza neppure visitarla.

Il denaro veniva consegnato dalla figlia della paziente, due giorni dopo l'intervento, una volta che il medico si era assicurato della assenza nella stanza del personale infermieristico.

Il medico propone ricorso per cassazione denunciando:

1) Vizio di motivazione (art. 606 c.p.p., lett. e) in ordine alla valutazione delle prove liberatorie indicate nell'appello e in ordine alle testimonianze di C. , C. , B. e M. .

La sentenza impugnata avrebbe fondato la condanna del medico sull'assunto della pacifica attendibilità della parte civile, senza valutare, almeno su tale punto, le prove testimoniali di segno contrario.

Secondo il ricorrente la Corte di appello avrebbe ritenuto sufficiente la credibilità delle persone offese senza considerare il loro risentimento per la morte della loro congiunta tesi avvalorata dal rilievo che, nella querela, le predette si erano concentrate sugli aspetti professionali piuttosto che sull'episodio concussivo in sé.

Il ricorrente, in particolare, faceva presente che:

a) Il racconto della figlia (quanto all'episodio della dazione dei soldi all'imputato), confermato dalle altre parti civile solo de relato, è stato seccamente smentito dalla infermiera chiamata in causa;

b) L'altra infermiera della clinica (C.A.) ha smentito di aver assistito o avuto conoscenza di dazioni di denaro all'imputato.

Dati che, nella prospettazione del ricorrente, sono in grado di travolgere la logicità della motivazione.

c) Illogicamente la Corte di appello aveva ritenuto confortata la tesi accusatoria sulla base delle testimonianze di due ex pazienti (M. e B.) del medico che non avevano subito fatti concussivi, ma che si erano limitati ad una spontanea regalia a titolo di ringraziamento di qualche centinaio di euro.

d) Illogicamente la Corte di appello aveva ritenuto inattendibile la versione fornita dalla ex paziente M. solo perché sproporzionata alle sue entrate e non con-

sentita la sua accettazione dal codice comportamentale dei pubblici dipendenti.

e) Ininfluenza a sostenere la tesi accusatoria era il riscontro del pegno degli oggetti, posto che in ogni caso risultava non coincidente la somma ricavata con quella indicata come prezzo della concussione.

2) Violazione di legge in relazione all'art. 317 c.p. quanto alla qualifica soggettiva in capo al ricorrente (art. 606 c.p.p., lett. b).

L'attività svolta dal ricorrente, secondo la tesi difensiva, doveva essere inquadrata in un rapporto esclusivamente privatistico in quanto la prima visita era stata fatta a domicilio e in clinica non vi era alcuna lista di attesa per l'intervento richiesto di guisa che alcun favoritismo e abuso era stato compiuto dal medesimo nel programmare l'intervento pacificamente necessario.

3) Violazione di legge in relazione all'art. 317 c.p., in ordine all'elemento oggettivo del reato (art. 606 c.p.p., lett. b).

Difetta, secondo il ricorrente, nella condotta accertata alcuna forma di costrizione nella consegna del danaro quale contropartita dell'intervento chirurgico.

Era stata la stessa figlia della paziente ad aver affermato che la somma venne "concordata" come compenso per la sua prestazione professionale.

Era comunque emerso che la paziente si era rivolta al medico in quanto la sua vicina M. le aveva raccontato della sua esperienza e della regalia versata spontaneamente.

Alla prima visita il medico aveva escluso un intervento per il peso della paziente e la richiesta sarebbe stata fatta solo durante una telefonata e la consegna sarebbe avvenuta ad intervento effettuato.

Ne consegue, secondo la linea difensiva del medico, un rapporto paritetico tra cliente e professionista, nel quale era stata la S. ad insistere per effettuare l'intervento che poteva effettuare liberamente altrove e nella stessa clinica (nella quale non c'era lista di attesa) e ad effettuare la dazione ad intervento riuscito (il che avvalorerebbe la tesi della spontaneità).

I fatti, invero, andavano qualificati, sin dall'inizio, nell'alveo della induzione indebita ovvero, in caso di errore della vittima nella doverosità delle somme consegnate, in quello della truffa.

4) Violazione di legge in relazione all'art. 62 c.p., n. 4 e art. 323-bis c.p., in trattandosi di fatto di particolare tenuità (art. 606 c.p.p., lett. b).



La Corte di appello avrebbe tralasciato di considerare i motivi di appello relativi al grado dell'offesa e che il reato avrebbe consentito all'imputato di conseguire il modesto profitto di 1.000,00 Euro.

Il ricorrente, inoltre, denuncia la palese illogicità della motivazione là dove ha ritenuto attendibili le dichiarazioni della parte civile F.A. nonostante palesi contraddizioni intrinseche ed estrinseche, rappresentate dalle dichiarazioni dei testi B. e M. (relative a dazioni di regalie a fronte di efficaci prestazioni mediche), da quelle delle infermiere C. e C. (che aveva escluso di aver assistito a dazioni di danaro); dall'ira dimostrata dalle parti civili nei confronti dell'imputato alla morte della congiunta, tanto da richiedere l'intervento della polizia (dato pretermesso dalla Corte di appello e indicato nei motivi di appello); dalla mancanza di un vantaggio immediato per la S. nel pagamento della somma di danaro (non vi era alcuna lista di attesa e alcun favoritismo per il ricovero).

La decisione

La Corte di Cassazione accoglie il ricorso.

La prestazione professionale, oggetto dell'imputazione, in ordine alla quale è contestata all'imputato la condotta di abuso costrittivo, riguardava l'effettuazione di un intervento chirurgico presso una clinica accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN) in regime di convenzione (ovvero i cui oneri economici erano addebitati al SSN, fatta salva la compartecipazione dell'utente con il pagamento del ticket).

Si trattava, pertanto, non del normale sviluppo del rapporto professionale privato (già esistente tra il medico e la paziente) bensì del segmento relativo al ricovero ed intervento della paziente presso una clinica convenzionata, quindi di un rapporto parificato dalla normativa di settore al rapporto pubblico (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

La qualifica pubblicistica del medico che svolge la sua attività professionale presso una struttura convenzionata, rileva la Corte, è stata da tempo affermata dalla giurisprudenza di legittimità.

Nella fattispecie in esame, l'attività delle strutture



convenzionate e di coloro che in essa operano trova la sua fonte nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale atteso che *“le convenzioni tra il SSN e le case di cura o minori strutture private hanno natura di contratto di diritto pubblico e danno vita a rapporti che si inquadrano nelle concessioni amministrative di pubblico servizio, in quanto con tali convenzioni vengono attribuite a soggetti privati, in funzione integrativa e di supporto della struttura pubblica, attività proprie del servizio sanitario nazionale”* (Cassazione SS.UU., n. 7958 del 27.3.1992).

Principi ritenuti applicabili anche a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 502 del 1992, che ha riordinato la disciplina in materia sanitaria, essendosi affermato che *“la natura del rapporto tra struttura privata e ente pubblico non è mutata con la nuova disciplina, che resta di tipo concessorio, atteso che la prima, a seguito del provvedimento di accreditamento, viene inserita in modo continuativo e sistematico nell'organizzazione della P.A., venendo investita dello svolgimento di attività funzionale al perseguimento dell'interesse generale alla realizzazione del diritto alla salute”* (Cassazione civile SS.UU. n. 16336 del 18.6.2019).

Esclusa, pertanto, la natura privata dell'attività svolta dal medico nella struttura privata accreditata in relazione a prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione, va chiarito quale sia la sua qualifica soggettiva – pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio – stante la rilevanza della questione ai fini della configurabilità del reato di concussione *ratione temporis*, trattandosi di fatto commesso prima della riforma della L. n. 69 del 2015, che ha (nuovamente) inserito tra i soggetti attivi del delitto de quo l'incaricato di un pubblico servizio.

La qualifica di pubblico ufficiale deve essere, invero, riconosciuta a quei soggetti che (pubblici dipendenti o

semplici privati, quale che sia la loro posizione soggettiva) *“possono e debbono, nell’ambito di una potestà regolata dal diritto pubblico, formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione oppure esercitare, indipendentemente da formali investiture, poteri autoritativi, deliberativi o certificativi, disgiuntamente e non cumulativamente considerati, mentre sono incaricati di pubblico servizio, a tenore dell’art. 358 c.p., coloro i quali, pure agendo nell’ambito di attività disciplinata nelle forme della pubblica funzione, mancano dei poteri tipici di questa, purché non svolgano semplici mansioni di ordine, nè prestino opera meramente materiale”* (Sez. Unite, n. 7958 del 27.3.1992).

Nel concetto di *“poteri autoritativi”* rientrano non soltanto i poteri coercitivi, ma tutte quelle attività che sono esplicazione, comunque, di un potere pubblico discrezionale nei confronti di un soggetto, che viene a trovarsi così su un piano non paritetico - di diritto privato - rispetto all’autorità che tale potere esercita.

La nozione dei *“poteri certificativi”* attiene a tutte indistintamente quelle attività di documentazione cui l’ordinamento assegna efficacia probatoria, quale che ne sia il grado.

In applicazione di questi principi, si è affermato che *“il sanitario che presta la sua opera libero-professionale per una casa di cura convenzionata, in virtù di un rapporto di natura privatistica, è pubblico ufficiale, in quanto partecipa delle pubbliche funzioni che il SSN svolge per il tramite della struttura privata mediante la convenzione.*

Egli agisce così per la pubblica amministrazione, concorrendo a formare ed a manifestarne la volontà in materia di pubblica assistenza sanitaria, nonché esercitando in sua vece poteri autoritativi e poteri certificativi con riferimento alla compilazione della cartella clinica, di ricette, impegnative di cura e di ricoveri ed attestazioni di malattie rilevanti nei rapporti di lavoro pubblico e privati, nonché nello status assistenziale o previdenziale del paziente.

Con effetti che incidono quindi su questo, sul medesimo servizio sanitario e su altri enti pubblici, tenuti ad erogare i farmaci e le prestazioni assistenziali o previdenziali prescritte o riconosciute, nonché in relazione alla salute pubblica, sull’intera collettività” (Sez. Unite, n. 7958 del 27/03/1992, Delogu, cit.).

Nel solco di questa linea interpretativa *“è stata riconosciuta al medico convenzionato con il SSN la qualifica di pubblico ufficiale in relazione all’attività con la quale egli prescrive esami, svolge la sua attività, indipendentemente dal rapporto fiduciario esistente con il paziente, per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione, che si estrinsecano nella diagnosi e nella correlativa prescrizione”* (Sez. 6, n. 35836 del 22.2.2007).

Appare corretta, secondo la Suprema Corte, la qualificazione di pubblico ufficiale attribuita all’imputato, quale medico chirurgo operante presso una casa di cura accreditata.

Le contestate condotte costrittive sarebbe state poste in essere dall’imputato abusando di tale pubblica qualità, in base alla quale gestiva un apposito *“spazio operatorio”* per conto del SSN e con mansioni che non venivano a limitarsi alla sola attività sanitaria, ma implicavano scelte (quanto ai tempi di esecuzione) e poteri certificativi (la cartella clinica), questi ultimi tra l’altro funzionali all’erogazione del rimborso delle prestazioni da parte del SSN.





Fondato è, invece, secondo la Suprema Corte, il motivo con il quale il ricorrente contesta, sotto vari profili, la motivazione in ordine alla affermata responsabilità per il reato contestato.

Se, invero, non appare contestabile la prova della dazione della somma di danaro all'imputato per l'intervento chirurgico eseguito in regime di convenzione con il SSN (in quanto basata su plurimi elementi, seri, gravi e convergenti) a diverse conclusioni deve pervenirsi per la dimostrazione che la ragione di tale dazione fosse da identificarsi nell'abuso costrittivo, che connota la condotta di concussione.

Preliminarmente, quindi, occorre distinguere tra la condotta di costrizione e quella di induzione richiamate rispettivamente dall'art. 317 (come sostituito dalla riforma del 2012) e dall'art. 319-quater c.p.

Fattispecie penali che sono accomunate, oltre che da uno stesso evento (dazione o promessa dell'indebito), da una medesima modalità di realizzazione: l'abuso della

qualità o dei poteri dell'agente pubblico, ovvero dalla *“strumentalizzazione da parte del soggetto pubblico di una qualità effettivamente sussistente (abuso della sua qualità) o delle attribuzioni ad essa inerenti (abuso dei suoi poteri) per il perseguimento di un fine immediatamente illecito”*.

In sostanza, nelle richiamate norme, l'abuso è indicativo dell'esistenza, in capo all'agente pubblico, di un diritto all'uso della qualità o dei poteri, che viene però deviato dalla sua funzione tipica e si atteggia come contrapposto logico dell'uso così come positivamente delineato e, in quanto tale, inclusivo di imprescindibili limiti.

L'abuso non è quindi un presupposto del reato ma integra un elemento essenziale e qualificante della condotta di costrizione o di induzione, nel senso che costituisce il mezzo imprescindibile per ottenere la dazione o la promessa dell'indebito.

L'abuso, in altri termini, è legato da un nesso di

causalità con lo stato psichico determinato nel soggetto privato ed è idoneo, in ulteriore sequenza causale e temporale, a provocare la dazione o la promessa dell'indebito.

Quanto in particolare all'abuso di qualità, le Sezioni Unite hanno chiarito che *“esso consiste nell'uso indebito della posizione personale rivestita dal pubblico funzionario e, quindi, nella strumentalizzazione da parte di costui non di una sua attribuzione specifica, bensì della propria qualifica soggettiva – senza alcuna cor-*

forma omissiva) e deve avere una efficacia psicologicamente motivante per il soggetto privato; costui cioè deve comunque avvertire la possibile estrinsecazione dei poteri del pubblico agente, con conseguenze per sé pregiudizievoli o anche ingiustamente favorevoli e, proprio per scongiurare le prime o assicurarsi le seconde, decide di aderire all'indebita richiesta.”

Le Sezioni Unite Maldera hanno precisato che *“il delitto di concussione viene a caratterizzarsi per l'abuso costrittivo, quale tipico mezzo di coazione, che,*



relazione con atti dell'ufficio o del servizio – così da fare sorgere nel privato rappresentazioni costrittive o induttive di prestazioni non dovute.

Ovviamente l'abuso della qualità, per assumere rilievo come condotta costrittiva o induttiva, deve sempre concretizzarsi in un facere (non è configurabile in

attraverso la violenza o, più frequentemente, la minaccia (quale prospettazione di un male o danno ingiusto anche realizzata con toni velati o allusivi), obblighi il soggetto passivo a tenere un comportamento che altrimenti non avrebbe tenuto.

La modalità costrittiva rilevante nel delitto di con-

cusione va enucleata quindi dalla combinazione dei comportamenti tenuti dall'intraneus con il risultato che i medesimi producono, e trova la sua genesi nell'abuso della qualità o dei poteri."

È il contenuto di tale abuso, che si concretizza, al di là del dato formale, nel prospettare alla vittima un danno ingiusto (*contra ius*), a integrare la costrizione ed a porre il soggetto passivo in una condizione di sostanziale mancanza di alternativa, vale a dire con le spalle al muro: evitare il verificarsi del più grave danno minacciato, che altrimenti si verificherà sicuramente, offrendo la propria disponibilità a dare o promettere una qualche utilità (danno minore) che sa non essere dovuta (*certat de danno vitando*).

Deve rimanere, in altri termini, estranea alla sfera psichica e alla spinta motivante dell'extraneus qualsiasi scopo determinante di vantaggio indebito, considerato che, in caso contrario, il predetto non può essere ritenuto vittima agli effetti dell'art. 317 c.p., perché finisce per perseguire, con la promessa o con il versamento dell'indebito, un proprio tornaconto, divenendo co-protagonista della vicenda illecita.

Nell'induzione (che qualifica la diversa fattispecie di cui all'art. 319-quater c.p.) si è invece in presenza dell'alterazione del processo volitivo altrui, che, pur condizionato da un rapporto comunicativo non paritario, conserva, rispetto alla costrizione, più ampi margini decisionali, che l'ordinamento impone di attivare per resistere alle indebite pressioni del pubblico agente e per non concorrere con costui nella conseguente lesione di interessi di importanza primaria, quali l'imparzialità e il buon andamento della pubblica amministrazione.

Si tratta quindi di verificare gli effetti che si riverberano sulla volontà del privato ovvero se quest'ultima, nel suo processo formativo ed attuativo, sia stata "piegata" dall'altrui sopraffazione ovvero semplicemente "condizionata" od "orientata" da pressioni psichiche di vario genere, diverse però dalla violenza o dalla minaccia e prive del relativo carattere aggressivo e coartante.

La tipicità della fattispecie induttiva è, in definitiva, integrata dall'abuso prevaricatore del pubblico agente e dal fine determinante di vantaggio indebito dell'extraneus.

Le Sezioni Unite hanno evidenziato, inoltre, come la corretta qualificazione giuridica del fatto come concus-

sione piuttosto che come induzione indebita vada parametrata anche dal confronto e dal bilanciamento tra i beni giuridici coinvolti nel conflitto decisionale: quello oggetto del male prospettato e quello la cui lesione consegue alla condotta determinata dall'altrui pressione.

Le Sezioni Unite, sul punto, hanno fatto l'esempio di una condotta concussiva, richiamando quella del primario dell'unità operativa di cardiocirurgia di una struttura pubblica, il quale, per operare personalmente e con precedenza su altri un paziente, pretenda dal medesimo, allarmandolo circa l'urgenza dell'intervento "salvavita", una certa somma di denaro.

In tal caso il paziente, accondiscendendo alla richiesta del medico, pur assicurandosi un trattamento di favore rispetto ad altri pazienti non disposti a cedere all'abuso, è gravemente condizionato dalla componente coercitiva evincibile dall'intero contesto (l'intervento al cuore potenzialmente salvifico, condizionato al pagamento indebito, omettendo il quale, il paziente avverte di esporre a grave rischio la propria vita).

In continuità con tali principi, la Suprema Corte ha ravvisato "l'abuso costringitivo nella condotta del dirigente ospedaliero che aveva subdolamente prospettato alla paziente che intendeva sottoporsi ad un intervento di interruzione di gravidanza l'esistenza di impedimenti burocratici e difficoltà organizzative presso la pubblica struttura per dare forza alle sue pretese di dirottare la stessa, dietro pagamento del suo compenso, al suo studio privato. In tal caso la paziente aveva subito una brutale forma di pressione, posta di fronte all'alternativa di subire un male ingiusto, consistente in un danno alla sua salute e alla sua riservatezza se non avesse accettato l'unica soluzione prospettata come praticabile di sottoporsi ad un aborto clandestino a pagamento nello studio privato" (Sez. 6, n. 13411 del 5.3.2019).

Nel caso in esame, secondo il Giudice di legittimità, la Corte di appello ha semplicisticamente richiamato i suddetti principi, senza esaminare il contesto in cui la vicenda si è articolata, per inferirne che la persona era stata "costretta" al pagamento della somma indebita in quanto posta di fronte all'alternativa cruciale di continuare a soffrire o di essere operata dall'imputato, pagando a questi una somma di danaro per una prestazione a lei dovuta.

La Corte, peraltro, sottolinea che per le prestazioni farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere l'accesso è subordinato ad apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale (D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8-bis) da sanitario operante per conto di tale servizio.

Pertanto, venendo alla vicenda in esame, ai fini dell'intervento specialistico era pur sempre necessaria una proposta di ricovero da parte di un medico prescrittore del SSN (medico ospedaliero, medico di base, medico della c.d. guardia medica).

Su tale punto la sentenza del Tribunale e della Corte di Appello nulla dicono.

Tale circostanza, invece, assumeva rilievo al fine della prospettazione dell'alternativa sofferenza - intervento dietro pagamento, posto che la necessità dell'intervento doveva (come poi lo è stato) essere in ogni caso stabilita, per l'accesso al SSN, da un medico prescrittore.

Quanto poi alle modalità di effettuazione dell'intervento specialistico, va considerato che le Regioni garantiscono le prestazioni sanitarie attraverso soggetti "ac-

creditati" (strutture autorizzate, pubbliche o private e i professionisti che ne facciano richiesta – sulla base di appositi accordi contrattuali).

In tal modo è ampliata la piattaforma dei servizi sanitari offerti all'utente da parte del SSN, così da evitare tendenzialmente i tempi di attesa.

Le strutture accreditate non sono, tuttavia, libere di effettuare le prestazioni sanitarie con la mera presentazione della richiesta sul modulario SSN, ma devono attenersi – per ragionevoli limiti della spesa pubblica – al volume di prestazioni che il SSN ha programmato per la struttura o per il professionista privato accreditato.

Gli appositi accordi contrattuali definiscono infatti i programmi di attività con la indicazione dei volumi (in termini di *budget*) e delle tipologie di prestazioni erogabili e la remunerazione corrispettiva.

Solo nell'ambito del programma definito dall'accordo, il soggetto accreditato assume la qualifica di gestore del servizio pubblico.

In tale prospettiva, gli utenti che intendano scegliere per il loro ricovero, proposto con ricetta SSN, una determinata



struttura privata accreditata possono ottenere soddisfazione a seconda del raggiungimento o meno del volume massimo di prestazioni erogabili da tale struttura.

Nel caso in esame, in sede di merito è stato accertato che l'imputato operava in una struttura privata convenzionata come libero professionista utilizzando un determinato "spazio operatorio assegnato" dalla clinica, che poteva gestire con autonomia quanto ai tempi necessari di esecuzione degli interventi e senza lista di attesa.

Ebbene, anche con riferimento a tale situazione, la Corte di appello non ha spiegato, pur a fronte di precise contestazioni della difesa, perché l'intervento presso la struttura accreditata, una volta ottenuta la proposta di ricovero su ricetta SSN, fosse "l'unica speranza" per la paziente, là dove era pur sempre possibile il ricorso a strutture pubbliche o comunque ad altre cliniche private accreditate.

Non sono invero emerse – nè la Corte di appello ne ha fatto cenno – forme di strumentalizzazione da parte dell'imputato nella gestione della malattia della persona offesa (l'imputazione contestava all'imputato di aver temporeggiato sui tempi di effettuazione dell'intervento), tali da creare una situazione di pressione sulla paziente in funzione della soluzione "salvifica" dell'intervento presso la struttura convenzionata.

Tale ultimo aspetto della vicenda, secondo la Suprema Corte, si connette ad un altro profilo critico della motivazione in ordine all'accertamento del fatto-reato.

L'abuso costringitivo ad opera dell'imputato è stato, invero, ricostruito attraverso le testimonianze dei parenti della paziente, deceduta prima dell'inizio delle investigazioni.

In particolare, è la figlia della paziente a riferire di come la stessa le abbia raccontato del contenuto della proposta avanzata dall'imputato nel corso di una telefonata ("doveva operarsi ma il problema erano i soldi").

È poi il marito della paziente a riferire che la donna gli aveva confidato in lacrime della medesima telefonata fatta dall'imputato per richiedere denaro per operarla.

Il tema della attendibilità delle loro testimonianze si doveva quindi "confrontare non solo con i principi in tema di valutazione della prova dichiarativa provenienti dalla parte civile, ovvero da persona portatrice di pretese economiche – che richiedono una verifica, più penetrante e rigorosa rispetto a quella richiesta per la valutazione delle dichiarazioni di altri testimoni, della credibilità soggettiva del dichiarante e dell'attendibilità

intrinseca del suo racconto e, qualora risulti opportuna l'acquisizione di riscontri estrinseci" (ex multis, Sez. U, n. 41461 del 19.7.2012) – ma anche significativamente con la natura indiretta o mediata della prova stessa.

Nel caso in esame, l'impossibilità di esaminare la fonte diretta (e la mancanza in ogni caso di dichiarazioni direttamente acquisite dalla stessa nel corso delle indagini preliminari) se non determinava alcuna limitazione al valore probatorio delle testimonianze indirette – che devono essere configurate, al pari di ogni altra prova storica, come rappresentazione dello stesso fatto che si assume di voler provare, sia pure soggettivamente mediata attraverso il testimone indiretto – imponeva tuttavia al giudice di apprezzare con particolare attenzione e prudenza il mezzo di prova, nella misura in cui attraverso tali testimonianze mediate doveva essere ricostruito lo stato di costrizione della persona offesa.

Era quindi necessaria sul punto una adeguata motivazione, nella specie mancante.

E ciò vale anche con riferimento a quei dati distonici quanto alle modalità costringitive adoperate, provenienti dalle testimonianze di coloro che erano venuti in "diretto contatto" con l'imputato, liquidate in modo semplicistico dalla Corte di appello come inattendibili.

In particolare, la teste M.M. "aveva consigliato la persona offesa di rivolgersi al Dott. R. , per le sue capacità professionali, precisando che ad avvenuta guarigione gli aveva consegnato 400 Euro a titolo di pura liberalità."

Suggerimento rivolto dalla M. anche al cognato della persona offesa, B.E. , che aveva riferito di "aver appreso da costei che per farsi operare dal R. bisognava consegnargli una somma di danaro extra, che costui aveva poi effettivamente versato al predetto senza essere stato sollecitato."

In definitiva, le loro testimonianze, per come sintetizzate in motivazione, dimostravano che "il dottore R. era stato scelto e consigliato per le sue capacità professionali e che la dazione della somma di danaro in suo favore – al di là della spontaneità o meno della stessa – era stata riconnessa alla possibilità di essere operati da lui stesso, mentre nulla hanno riferito in merito al collegamento del medico alla struttura convenzionata."

Sulla base delle superiori considerazioni la Corte di Cassazione ha accolto il ricorso con rinvio alla Corte di Appello per un nuovo giudizio idoneo a colmare le carenze motivazionali riscontrate.

La variabilità cardiaca come strumento di misurazione della resilienza



Dott. Massimo Agnoletti

Psicologo, Dottore di ricerca esperto di Stress, Psicologia Positiva e Epigenetica. Formatore/consulente aziendale, Presidente PLP-Psicologi Liberi Professionisti-Veneto, Direttore del Centro di Benessere Psicologico, Favaro Veneto (VE)

Abstract

La Variabilità Cardiaca è un complesso concetto che include la misurazione dell'attivazione del nervo vago, il principale circuito informazionale neurale tra il nostro cervello e il resto del nostro organismo, con molte implicazioni per la funzione immunitaria. La recente letteratura suggerisce che la Variabilità Cardiaca rappresenta una preziosa e affidabile modalità per determinare la nostra soggettiva resilienza vale a dire la nostra capacità psicofisica di gestire lo stress.

Heart Variability is a complex concept that includes the measurement of the activation of the vagus nerve, the main informational neural pathway between our brain and the rest of our organism with many implications for our immune function. Recent literature suggests that Heart Variability represents a precious and reliable way to measure our subjective resilience that is our psychophysical ability to manage stress.

La resilienza è definita come la capacità dell'organismo di gestire lo stress negativo al fine di riportare alla precedente situazione di benessere e/o di equilibrio omeostatico dinamico dell'organismo stesso (Chrousos&Gold, 1992).

Nella spiegazione classica di Stress vi è un agente (stressor) che perturba l'equilibrio dinamico interno dell'organismo. La reazione che tende a compensare questo squilibrio è generalmente di natura psicofisica e si affida a risorse che possono essere, nella specie umana, psicologiche, neurali, endocrine e immunologiche, coinvolgendo quindi sia il piano mentale che biologico e cellulare attraverso dinamiche epigenetiche.

La cosiddetta reazione di Stress, almeno nella sua definizione classica, prevede un'attivazione che coinvolge sempre sia il sistema nervoso centrale che autonomo (nelle sue componenti principali e antagoniste, simpatiche e parasimpatiche), sia l'asse endocrino HPA che prevede la cascata di segnali e reazioni biochimiche. Questi ultimi partono dall'ipotalamo, passano per l'ipofisi e includono la produzione di messaggeri chimici come il cortisolo da parte delle ghiandole surrenali (glucocorticoidi).

La capacità di far fronte alle reazioni innescate da uno stressor negativo sono di natura neuroendocrina e interessano tutte le implicazioni fisiologiche che l'organismo mette in atto per gestire la situazione in modo adattivo, per ristabilire l'equilibrio preesistente.

Nel caso dello stress acuto, la reazione all'esposizione di un predatore, comporta l'avvio di una successione molto precisa di eventi sia di natura psicologica che di natura neurale ed endocrina, finalizzata a massimizzare le possibilità di sopravvivenza dell'organismo

stesso spostando, in una frazione di secondo dove vi è una forte accelerazione del battito cardiaco e una estesa vasocostrizione, la maggior parte di risorse metaboliche (sangue, zuccheri, ecc.) dal tronco verso le braccia e le gambe. Questo avviene per realizzare la cosiddetta reazione di "attacco o fuga" e per poi tornare, in seguito alla risoluzione del "problema", a una modalità psicofisica dove la priorità delle risorse e delle energie è dedicata, invece, a funzioni biologiche importanti quali la digestione, il sistema immunitario, il sistema riproduttivo e sessuale.

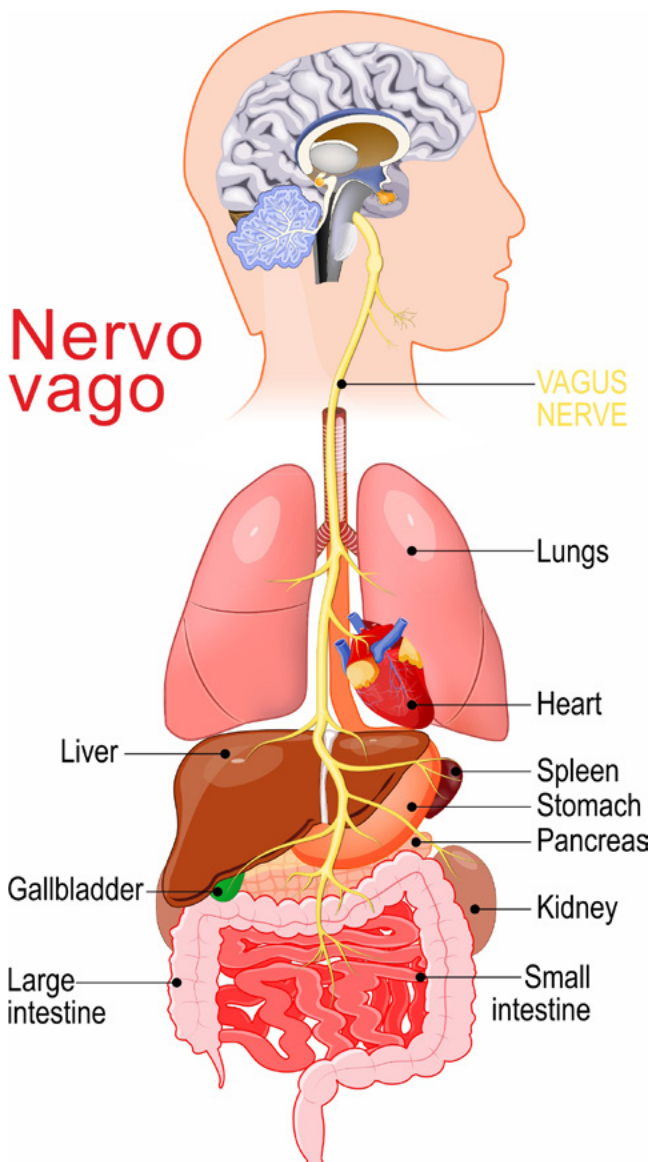
Com'è chiaro anche da questa sintetica descrizione, il sistema cardiocircolatorio e il sistema nervoso, sia centrale che periferico, prevedono degli schemi di attivazione molto coordinati che garantiscono la gestione delle situazioni distressanti (cioè di stress negativo) al fine di preservare la sopravvivenza e la fitness dell'organismo.

In questa visione d'insieme è utile ricordare che il nervo vago è il più esteso ramo parasimpatico del sistema nervoso autonomo e assolve a funzioni fondamentali



che vanno oltre quelle già largamente conosciute in passato legate alla coordinazione antagonista con il sistema simpatico.

La recente letteratura scientifica ha infatti dimostrato il ruolo determinante del nervo vago per la comunicazione immunitaria tra il cervello ed il resto del corpo e per la sua specifica ed esclusiva funzione di connessione tra l'attivazione cerebrale delle aree, che sottendono le emozioni, e il loro impatto anti-infiammatorio immunitario.



Il nervo vago è composto sia da fibre neurali afferenti (circa l'80%) che veicolano le informazioni che da moltissimi distretti ed apparati dell'organismo arrivano al cervello, che da fibre efferenti (il rimanente circa 20%) che portano l'informazione nella direzione opposta (dal cervello al resto dell'organismo), con una funzione esecutiva coerente alle informazioni sensoriali ricevute.

Il sistema nel suo complesso monitora continuamente la presenza di infiammazioni presenti nell'organismo "rispondendo" ad un eventuale specifica infiammazione locale con la produzione aspecifica di acetilcolina, allo scopo di sopprimere la produzione di citochine TNF (Tracey, 2002).

Quanto appena descritto è chiamato "circuito colinergico anti-infiammatorio" (CAP, cholinergic anti-inflammatory pathway) perché questo meccanismo neuro-endocrino ha il compito di monitorare l'intero organismo orchestrando il sistema immunitario in base agli stressors che affrontiamo.

Risulta evidente quindi la sua funzione strategica sia per la nostra salute sia per la nostra qualità di vita e benessere psicofisico.

Questo meccanismo gestisce il sistema immunitario e la sua funzione infiammatoria in modo estremamente diffuso e capillare in tutto l'organismo contrastando eventuali esposizioni potenzialmente pericolose di antigeni presenti nel corpo come anche situazioni di carattere più generale.

Il cervello controlla, modula e orchestra l'attivazione del sistema immunitario che sappiamo svolgere il proprio ruolo interagendo continuamente con la massa del microbiota composta di batteri, funghi e virus che colonizzano il tratto digestivo del nostro organismo.

Come sappiamo da ricerche piuttosto recenti che citeremo di seguito, alcune aree del cervello che si attivano quando viviamo esperienze connotate emotivamente, modulano il funzionamento del nervo vago determinando un cambiamento della capacità immunitaria antiinfiammatoria così importante per il nostro benessere psicofisico e la nostra salute generale perché fanno parte dell'architettura di quel fattore complesso che definiamo resilienza.

La variabilità cardiaca, chiamata anche con l'acronimo HRV (Heart Rate Variability) è un'analisi complessa degli effetti sul sistema cardiocircolatorio,

del sistema nervoso e molte altre funzioni compreso l'asse microbiota-intestino-cervello (Thayer et al., 2012; Bonaz et al. 2018).

Uno degli indici della variabilità cardiaca è lo stato di attivazione neurale del nervo vago che misura quindi la sua efficacia nel contrastare sia lo stress ossidativo che le infiammazioni che l'attività antagonista e complementare con il sistema nervoso autonomo simpatico.

Negli ultimi due decenni sappiamo che l'attività del nervo vago interagisce con la corteccia frontale e l'amigdala, aree strategicamente fondamentali per la regolazione delle emozioni (Urry et al., 2006), con l'asse neuro-endocrino dello stress (Thayer et al., 2012) e con molti comportamenti che comprendono le abitudini e gli stili di vita che adottiamo (Gidron, et al., 2018).

Un alto grado di attivazione del nervo vago predice una migliore condizione cardiovascolare e polmonare oltre a essere correlata a minori fattori di rischio comportamentale e oncologico legate allo stress ossidativo, infiammatorio, iperattività del sistema nervoso autonomo simpatico (Gidron, et al., 2018). Una bassa attivazione neurale del nervo vago è associata a un meno efficace recupero in seguito a problematiche cardiovascolari, endocrine ed immunitarie (Weber et al., 2010).

Ancora più recentemente la letteratura scientifica mostra evidenze sulla connessione positiva tra esperienze connotate da emozioni positive ed il funzionamento del nervo vago analizzato dallaHRV con tutti i vantaggi derivanti in termini del nostro benessere psicologico e la nostra salute (Agnoletti&Formica, in press; Agnoletti; 2019; Agnoletti, 2018; Agnoletti, 2017; Appelhan&Luecken, 2006; Fredrickson, &Levenson, 1998; Kok&Fredrickson, 2010; Thayer&Brosschot, 2005).

Una ridotta variabilità cardiaca è associata a una moltitudine di fattori di rischio di mortalità e di problematiche cardiovascolari (Thayer and Lane, 2007; Thayer et al., 2010a,b) in cui è strategicamente importante comprendere la funzione inibitoria dei circuiti neurali che collegano neuralmente la corteccia prefrontale con il nervo vago (Thayer et al., 2012).

Il funzionamento della corteccia prefrontale è infatti fondamentale per la gestione dello stress psicosociale perché assolve il suo esclusivo ruolo nella regolazione emotiva con le conseguenti implicazioni per lo stato di attivazione del nervo vago.

A proposito della regolazione emotiva, è stata dimostrato che la misurazione della variabilità cardiaca del tono vagale è connessa alle emozioni positive (allegria e calma) e al grado di soddisfazione di vita e quindi, indirettamente, alla resilienza e alla capacità di gestione dello stress psicofisico che possediamo (Carnovali et al., 2018; Dong et al., 2018; Geisler et al., 2010; Perna et al., 2020).

In sintesi, la nostra capacità di resilienza determina la possibilità di gestire efficacemente lo stress negativo vissuto, affrontando le piccole e grandi sfide che la vita ci pone.

La resilienza è un fattore molto complesso che include gli aspetti bio-psico-sociali della nostra esistenza e proprio per questa sua intrinseca complessità può essere potenzialmente modificata (incrementandola o deprimendola) in base alla tipologia di esperienze (biologiche, psicologiche e sociali) che viviamo quotidianamente.



Bibliografia

- Agnoletti, M. & Formica, S. (in press). Physiological and epigenetic implications of Positive Emotions. in *Positive Psychology*, Aleksandra Kostic (Editor) & Derek Chadee (Editor). Wiley-Blackwell, USA.
- Agnoletti, M. (2019). L'impatto delle emozioni positive sulla nostra salute attraverso il circuito anti-infiammatorio colinergico. *State of Mind*, 8.
- Agnoletti, M. (2018). Optimal experiences (Flow) are correlated with a more efficient anti-inflammatory cholinergic efferent vagus nerve pathway, *International Neuroscience and Biological Psychiatry Conference of Stress and Behavior Society ISBS*, Miami, FL, USA.
- Agnoletti, M. (2017). Do more frequent flow experiences correspond to a more efficient cholinergic anti-inflammatory pathway? conference proceedings on *International SIPNEI and ISNIM neuroimmunomodulation*, Rome, Italy.
- Appelhans, B.M., Luecken, L.J. (2006). Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Rev. Gen. Psychol.* 10, 229–240.
- Bonaz, B., Bazin, T. & Pellissier, S. (2018). The vagus nerve at the interface of the microbiota-gut-brain axis. *Front Neurosci.* 2018; 12: 49. doi: 10.3389/fnins.2018.00049.
- Carnevali, L., Koenig, J., Sgoifo, A., & Ottaviani, C. (2018). Autonomic and Brain Morphological Predictors of Stress Resilience. *Frontiers in neuroscience*, 12, 228. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00228>
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267, 1244-52.
- Dong, S. Y., Lee, M., Park, H., & Youn, I. (2018). Stress Resilience Measurement With Heart-Rate Variability During Mental And Physical Stress. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference*, 2018, 5290–5293. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2018.8513531>
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191–220.
- Geisler, F., Vennewald, N., Kubiak, T., Weber, H. (2010). The impact of heart rate variability on subjective well-being is mediated by emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 49. 723-728. [10.1016/j.paid.2010.06.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.015).
- Gidron, Y., Deschepper, R., De Couck, M., Thayer, J. F., Velkeniers, B. (2018). The Vagus Nerve Can Predict and Possibly Modulate Non-Communicable Chronic Diseases: Introducing a Neuroimmunological Paradigm to Public Health. *J Clin Med.*; 7(10): 371.
- Kok, B. E., & Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart: Autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, 85(3), 432-436.
- Perna, G., Riva, A., Defillo, A., Sangiorgio, E., Nobile, M., & Caldirola, D. (2020). Heart rate variability: Can it serve as a marker of mental health resilience?: Special Section on "Translational and Neuroscience Studies in Affective Disorders" Section Editor, Maria Nobile MD, PhD. *Journal of affective disorders*, 263, 754–761. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.017>
- Thayer, J.F., Ahs, F., Fredrickson, M., Sollers, J.J., Wager, T.D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *NeurosciBiobehav Rev.* Feb;36(2):747-56. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.11.009. Epub 2011 Dec 8.
- Thayer, J.F., Hansen, A.L., Johnsen, B.H. (2010). The non-invasive assessment of autonomic influences on the heart using impedance cardiography and heart rate variability. In: Steptoe, A. (Ed.), *Handbook of*

Behavioral Medicine: Methods and Applications. Springer, New York.

– Thayer, J.F., Lane, R.D. (2007). The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. *Biol. Psychol.* 74, 224–242.

– Thayer, J.F., Brosschot, J.F. (2005). Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain. *Psychoneuroendocrinology* 30, 1050–1058.

– Thayer, J.F., Yamamoto, S.S., Brosschot, J.F. (2010b). The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *Int. J. Cardiol.* 141, 122–131.

– Tracey, K. J. (2002). The inflammatory reflex. *Nature.* 420, 853–9.

– Urry, H.L., van Reekum, C.M., Johnstone, T., Kalin, N.H., Thurow, M.E., Schaefer, H.S., Jackson, C.A., Frye, C.J., Greischar, L.L., Alexander, A.L., Davidson, R.J. (2006). Amygdala and ventromedial prefrontal cortex are inversely coupled during regulation of negative affect and predict the diurnal pattern of cortisol secretion among older adults. *J. Neurosci.* 26, 4415–4425.

– Weber, C. S., Thayer, J. F., Rudat, M., Wirtz, P. H., Zimmermann-Viehoff, F., Thomas, A., Perschel, F. H., Arck, P. C., Deter, H. C. (2010). Low vagal tone is associated with impaired post stress recovery of cardiovascular, endocrine, and immune markers. *European Journal of Applied Physiology*, 109(2), 201-211. doi: 10.1007/s00421-009-1341-x.





fatti vedere.

advcommunication.it

agenzia pubblicitaria <

web agency <

web marketing <

video e multimedia <

eventi <

ufficio stampa <

editoria e formazione <

ADV
ADV communication

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: @falconsalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
direttore.editoriale@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

ADV communication
Graphic designer: Luigi Ugolini

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 Catania
Tel. +39 095 728 0511
redazione@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**



medicalivemagazine