




STORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

anno XXV
numero 3
marzo 2014

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO



RIFORMARE
LA RESPONSABILITÀ
MEDICA
FA BENE
ALLA SICUREZZA
SANITARIA

E tutela
il diritto costituzionale
alla salute

**SIAMO UNA SOCIETÀ DI COMUNICAZIONE INTEGRATA,
SIAMO SPECIALIZZATI NEL CAMPO DELLA COMUNICAZIONE SANITARIA,
LO SIAMO DA OLTRE VENT'ANNI... E QUESTI SONO ALCUNI DEI NOSTRI NUMERI**

EDITORIA SPECIALISTICA

Oltre 80.000 riviste di settore pubblicate ogni mese

Torino Medica, Andi Piemonte, Farmauniti News, Farmacia Amica, ANAAO Informa, Suso News, Dalla Parte dell'Infermiere, Nursing Up, il Monitore Medico, Rivista dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Torino

CONGRESSI ED EVENTI

Segreteria organizzativa - Immagine coordinata
Gestione tecnica - Ufficio stampa

Congresso Europeo di Urologia 2010
(live surgery da 6 sale operatorie ripresa e trasmissione in HD)
Convegno Internazionale di Endoscopia
(live surgery ripresa, trasmissione e proiezione in 3D)
Congresso Nazionale AIG, Convegno 30 anni dei Consulitori del Piemonte,
Congresso Airo Piemonte e Valle d'Aosta, Congresso Nazionale di Radioprotezione,
Convegno la PET in Oncologia, Congresso regionale AIC,
Convention Farmauniti, Convention Farmacia Amica.

VIDEO-PRODUZIONE

Produzione e post-produzione video professionale

Filmati istituzionali per ASO San Luigi di Orbassano, Ospedale San Giovanni Battista - Molinette, Centro Antidoping, Dental School, Istituto Zooprofilattico, Centro Fisio Lingotto, Gruppo Examina, Centro Ustioni, IRCC Candiolo, Assessorato alla Salute Regione Piemonte, San Raffaele Turro.

GRAFICA & STAMPA, WEB & NEW MEDIA

Città della Salute, SIU, Ordine dei Medici di Torino, CPO Piemonte, Federfarma Piemonte, Farmauniti, ANAAO, Irmet, LARC, Gruppo Examina, Centro Antidoping, Fondazione Ustioni, ANDI, Centro Malattie Rare, Federfarma Liguria, AMOS, ASL To1, To2, To3, To4, To5, Asl CN1, CN2, Asl No, Asl VCO, Asl VC, Asl BI, AO Santa Croce e Carle, Clinica Pinna Pintor, Azienda Ospedaliera Mauriziano.

UFFICIO STAMPA

Irmet, CIMO, Ordine dei Farmacisti, Federfarma Piemonte, ANDI, SIMM

Dallo studio professionale all'azienda ospedaliera, la comunicazione sanitaria è il nostro mestiere

Sommario

numero 3
marzo 2014



“L'80% degli eventi sanitari avversi - afferma Amedeo Bianco - sono riconducibili a problemi organizzativo - gestionali, ovvero sono errori di sistema. Ma a fronteggiare la marea montante dei contenziosi oggi è sempre il singolo, che spesso entra in sala operatoria come grande chirurgo e rischia di uscirne con un'imputazione di omicidio colposo”

4 **prima pagina Editoriale**
Non ci sono più i giovani di una volta...
Mario Nejrrotti

8 **prima pagina Tribuna**
La riforma della responsabilità professionale medica
Nicola Ferraro

10 **Il dedalo**
2050: quattro milioni di centenari abitano la Terra
Georg Wick

15 **Lo stetoscopio**
Torino prima città italiana per melanomi diagnosticati
Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra

19 **Chi fa cosa**
Un aspetto poco noto della lotta alla droga
Nicola Ferraro
Silvana Patrito

23 È nato “Airett Research Team”
Nicola Ferraro
Eva Ferra

24 Impiantato un pacemaker senza fili alle Molinette
Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra

26 **Salute**
Da Torino un SOS per la Terra alle autorità politiche
Nicola Ferraro
Silvana Patrito

28 A rischio assistenza 800mila anziani in Italia
Nicola Ferraro

30 **Cultura**
“Un silenzio mai visto. Ogni sclerosi è multipla”
Massimo Boccaletti

32 “Pietre”: il teatro contro la discriminazione
Raffaella Nicotera

38 **La ricerca in Provincia**
Due elettrodi contro la distonia e il Parkinson
Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra

41 Ricerca: importanti novità da Candiolo
Nicola Ferraro
Edoardo Girola

43 **Le nostre radici**
Quando fede e solidarietà rendono la medicina migliore
Giorgio Cortesina

45 **Dai congressi**
Asmallergie 2013
Nicola Ferraro

48 Le XXV Giornate Cardiologiche Torinesi
Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra

50 **Echi dai Congressi**
SIC 2013: in chirurgia ogni limite è una sfida
Nicola Ferraro

52 **RUBRICHE**
In libreria
Bisturi rosso
I servizi dell'Ordine
Comunicati
Corsi e congressi
in pillole

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8 - 10143
Torino Tel. 011 58151.11
r.a. Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Amedeo Bianco
Vice Presidente
Guido GIUSTETTO
Segretario
Ivana GARIONE

Tesoriere
Guido REGIS
Consiglieri
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo DELLAVALLE
Ezio GHIGO
Anna Rita LEONCAVALLO
Elsa MARGARIA
Aldo MOZZONE

Renato TURRA
Roberto VENESIA
Rosella ZERBI
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)
Bartolomeo GRIFFA (Od.)
Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI

Claudio BRUCCO
Bartolomeo GRIFFA
Paolo ROSATO
Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Carlo FRANCO
Angelica SALVADORI
Vincenzo MACRÌ Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Amedeo Bianco
Direttore responsabile:
Mario Nejrrotti
Caporedattore:
Nicola Ferraro
Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Concessionaria esclusiva di pubblicità: SGI Srl Via Pomaro 3-10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it

Grafica e Design SGI Srl

Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 20 marzo 2014





a cura di
Mario Nejrrotti

NON CI SONO PIÙ DI UNA VOLTA...

Secondo l'ISTAT 6 milioni 964 mila giovani tra i 18 e i 34 anni vivono con i loro genitori.

Le ragioni sociali ed economiche di questa situazione, che ci riporta alla struttura famigliare più diffusa nella prima metà del secolo scorso, sono complesse.

LA FAMIGLIA IN ITALIA

Fino al grande sviluppo economico del dopo guerra e ai conseguenti sconvolgimenti delle tradizioni contadine del nostro popolo, la struttura famigliare era essenzialmente patriarcale e i figli spesso rimanevano con genitori e fratelli nella casa paterna per incrementare tutti insieme capacità produttiva e solidità economica.

Da allora fino agli anni novanta invece si è avuta una progressiva parcelizzazione dei nuclei famigliari, legata all'offerta di lavoro, specie in campo industriale. Nell'abbandono della casa avita aveva anche molta importanza, oltre al naturale desiderio di indipendenza delle generazioni più giovani, sfociato nei movimenti giovanili degli anni sessanta e settanta, anche un forte contrasto generazionale, che opponeva giovani e adulti.

Negli ultimi vent'anni le successive ondate di crisi economica e la globalizzazione selvaggia sono state accompagnate nel nostro Paese da politiche economiche e da riforme della scuola e dell'Università, sempre più scollegate dalle reali necessità e dal cambiamento sostanziale della nostra società.

Tutto ciò ha prodotto una nuova profonda rivoluzione del ruolo della famiglia.

Essa è diventata per la prima volta un organismo, la cui componente più anziana garantisce la sopravvivenza economica a quella più giovane, che stenta o non riesce a trovare uno sbocco lavorativo, attenuando, almeno in superficie, il precedente contrasto generazionale, che aveva in sé un elemento indubbiamente positivo di spinta al cambiamento e alla sperimentazione di nuove strade di sviluppo.

LA COLPA È SEMPRE DEI PIÙ DEBOLI

Un ribaltamento totale quindi rispetto alla famiglia contadina, ove i più giovani erano fonte di stabilità economica per le generazioni che perdevano nel tempo vigore e capacità produttiva.



I GIOVANI



Si moltiplicano i nuclei famigliari che vedono lavoratori a fine ciclo o pensionati che sostengono figli e relativi compagni, che sono privi di reddito. Questa drammatica mutazione, per il suo rapido determinarsi, non si è accompagnata ad un'evoluzione culturale e psicologica che prenda atto consapevolmente del fenomeno, senza cercare facili colpevoli.

Da un lato il potere politico e economico, insieme spesso alle famiglie, ha trovato comodo scaricare sui giovani stessi, prime vittime di questa situazione, la colpa della loro emarginazione.

Si è cercato nei primi anni della crisi, con una miope politica finalizzata al "parcheggio formativo", di rimandare il problema della disoccupazione, prolungando il periodo degli studi, se non obbligatori, almeno necessari per entrare in un confuso mondo del lavoro.

Fino a qualche anno fa esisteva l'obbligo al Diploma, alla Laurea Breve, a quella Magistrale, al Dottorato, al post Dottorato, al Master, alla riqualificazione professionale continua di larghe fasce di licenziati e cassaintegrati, per una fantomatica ricollocazione al lavoro, con l'unico risultato di ipertrofizzare il campo della formazione, spesso fine a se stessa.

Dall'altro lato, il mai sopito disprezzo nel nostro Paese per la cultura, che "non dà da mangiare e non produce nulla", si è estrinsecato episodicamente, ma sempre più frequentemente, negli inviti a non fare gli "schizzinosi", in barba agli inutili anni di studio, ad accettare qualunque collocazione a qualsiasi condizione, per farsi le ossa, diventare uomini, anche le donne, e per conquistare l'indipendenza.

Prima si preparano i futuri specializzati, con un notevole dispendio di denaro pubblico e poi si confessa candidamente che per i qualificati non c'è sbocco alcuno, anzi non sono nemmeno graditi ai colloqui di selezione e li si invita ad occupare tutti i posti possibili, senza garanzie e senza equità, fino a tacere nei curricula, naturalmente europei, il loro reale livello culturale.

Come può essersi diffusa nel verificarsi di questa tragedia sociale la diceria becera e falsa di più generazioni di "bamboccioni" che non vogliono staccarsi dalla gonna di mamma o dai pantaloni di papà?

Il gioco è semplice: basta, ad esempio, prendere uno stereotipo culturale di successo e mai dimenticato quale quello del film "I Vitelloni" di Federico Fellini del 1953, candidato all'Oscar nel 1958, con Alberto Sordi e attualizzarlo; cogliere le frasi qualunque sui giovani di qualche personaggio noto: *bamboccioni* (Tommaso Padoa-Schioppa), *choosy* (Elsa Fornero), *sfigati* (Michel Martone) e gli organi di informazione, rimbalzando la notizia, faranno il resto.

Ogni occasione è buona per ribadire il concetto e additare al pubblico ludibrio una generazione per lo più incolpevole della sua situazione.

Ancora domenica 9 febbraio 2014 le notizie delle cifre dei ragazzi costretti a vivere in famiglia erano accompagnate da ironici commenti sul maschio italiano mammona. Non si sa dove erano finite le ragazze in questa ironia di bassa lega, ma è notorio che nella nostra società, subdolamente maschilista, basta che le donne si mettano in qualche modo con un uomo, possibilmente ricco, e il lavoro a loro non serve più!

TUTTI MOBILITATI PER SUPERARE LA CRISI

I medici, soprattutto di famiglia, in particolare quelli che hanno superato i cinquant'anni, hanno accompagnato questa generazione di ragazzi dall'adolescenza a oggi.

Essi non possono non essersi resi conto che, generalmente, la volontà di restare con i genitori non è libera. E non possono non aver notato un disagio crescente: stili di vita dannosi compensatori, depressione, ansia, rabbia, frustrazione e volontà di rivincita su tutto e su tutti.

Questa situazione, ormai incancrenita, lede fortemente l'equilibrio psicofisico di tutta una generazione. Essa è, nel suo complesso, votata, come unico obiettivo, a trovare i soldi per sopravvivere e per uscire in qualsiasi modo da uno stato di precaria indigenza.

La grande assente in questa generazione è la speranza, che è un fondamentale motore all'azione. Da troppi la speranza di realizzarsi è stata abbandonata per prima e poi anche quella di essere autosufficienti e si resta a sopravvivere con mamma e papà, covando un crescente e pericoloso rancore. ►

“Come può essersi diffusa nel verificarsi di questa tragedia sociale la diceria becera e falsa di più generazioni di “bamboccioni” che non vogliono staccarsi dalla gonna di mamma o dai pantaloni di papà?”

Questa è l'impressione clinica, che emerge dalla professione quotidiana.

L'idea poi di mettere al mondo dei figli è sempre più lontana da troppi giovani che non riescono a trovare l'entusiasmo per diventare loro stessi genitori.

Il danno per la nostra società è evidente, enorme e irreversibile, ma sembra non creare il sufficiente allarme, viste le scarse politiche laiche per la famiglia.

La salute globale della generazione tra la seconda e la quarta decade è fortemente a rischio.

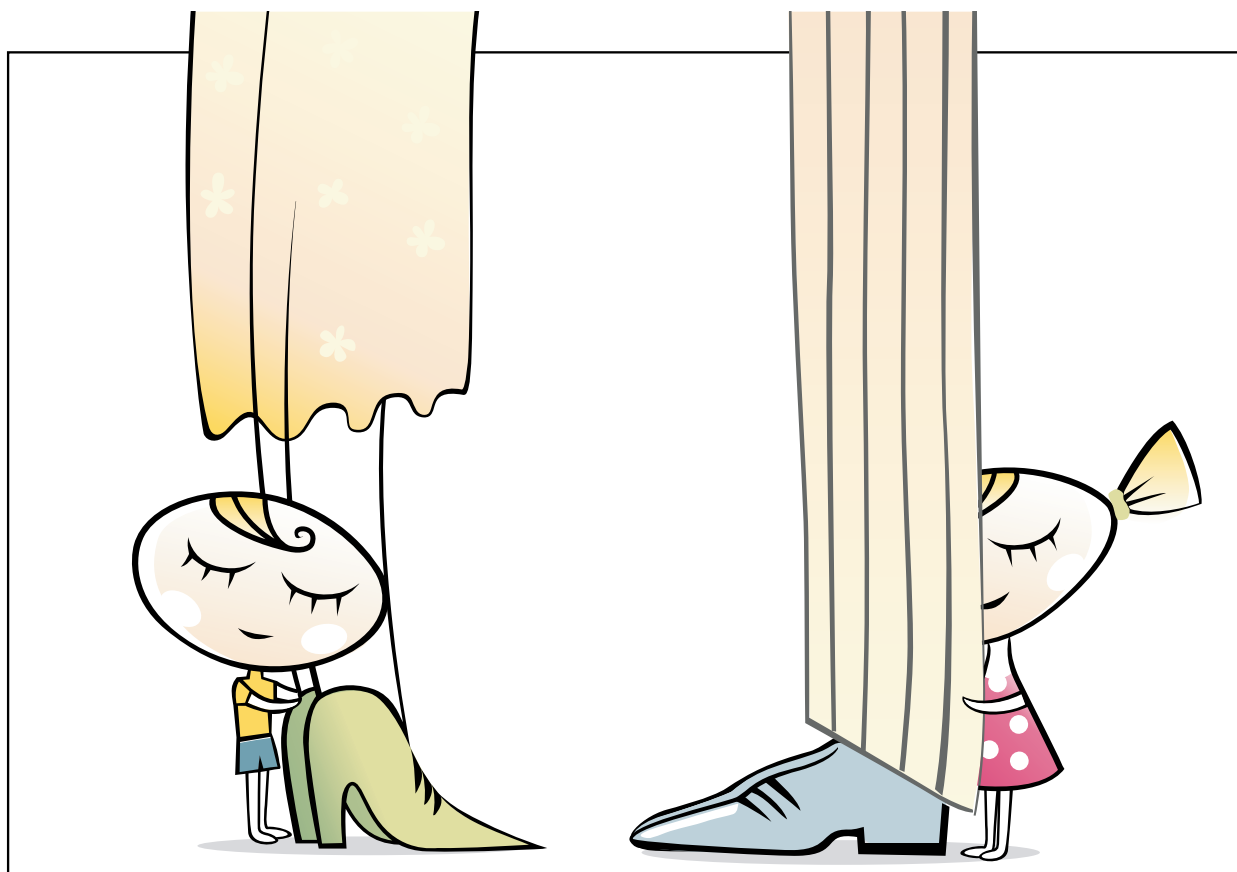
Almeno uno su cinque giovani adulti non svolge un lavoro soddisfacente, non lavora per niente o ha sperimentato il dramma di un licenziamento. Sono oltre tre milioni i malati, perché di questo a ben guardare si tratta, per l'assenza di lavoro nel nostro Paese, solo nella fascia attiva della popolazione.

Un dato che deve aiutare a riflettere tutti coloro che sono coinvolti nella difesa e promozione della salute, è che il numero globale dei disoc-

cupati in Italia supera di molto quello complessivo dei nostri cittadini, in tutte le fasce di età, che sono affetti dall'insieme delle malattie tumorali, che nel nostro Paese hanno coinvolto nel 2012 quasi 2.300.000 persone.

Quando incominceremo a occuparci seriamente di questa altra grave malattia cronica, prospettando tutti insieme concrete soluzioni?

Forse quando incominceremo ad essere seri e privi di pregiudizi e forse quando non dovremo più ascoltare infelici e arroganti uscite come quella del presidente della Fiat, ora FCA, John Elkann, secondo cui la disoccupazione giovanile sarebbe immaginaria perché: “Il lavoro c'è, ma i giovani non sono così determinati a cercarlo” e, detto dal più famoso “nipote di nonno” del nostro Paese, suona proprio inutilmente crudele... ■





kafeina.it

pet THERAPY

adulti e bambini

PET THERAPY è un termine inglese che indica attività di cura e di sostegno con l'ausilio degli animali da compagnia.

Il servizio di pet therapy si rivolge ad **adulti e bambini** con difficoltà motorie, del linguaggio e relazionali con un approccio medico e riabilitativo:

- ✦ Ambito Psicologico
- ✦ Ambito Psichiatrico
- ✦ Ambito Motorio-Riabilitativo

Le sedute

- sono individuali di 40-50 minuti
- si realizzano con un cane certificato dal punto di vista sanitario dal Dipartimento di Scienze Veterinarie dell'Università di Torino, dall'IZSTO e dal medico veterinario comportamentalista UAM
- si realizzano in stretta collaborazione fra l'equipe terapeutica del paziente e gli specialisti dell'associazione UAM
- sono strutturate su obiettivi personalizzati ed individualizzati



VILLAIRIS
...ama la famiglia



a cura di
Nicola Ferraro

LA RI RESPONSABILITÀ P

Un disegno di legge (Ddl) per riformare la responsabilità professionale dei medici e per affrontare il tema della sicurezza delle cure con il fine di tutelare il cittadino ma anche il professionista che effettua la prestazione.

La proposta è stata presentata nel gennaio scorso in Commissione Sanità del Senato, primo firmatario il presidente Amedeo Bianco.

“Secondo i dati dell’Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania), le denunce per risarcimento danni in ambito sanitario, sono state 31.500 nel 2011 e hanno fatto segnare una crescita del 200% rispetto al 1994, anche se bisogna aggiungere che la stragrande maggioranza dei contenziosi si chiude senza seguito”.

Intanto il loro incremento produce un clima socio-culturale che favorisce la levitazione del fatturato delle assicurazioni: un miliardo di euro, per esempio, è la stima dei premi incassati nel 2011: un incremento del 5,5% rispetto al 2010. Una tendenza inquietante che nasce da un clima culturale non dalla situazione reale della nostra Sanità ai vertici delle classifiche mondiali di qualità dei servizi erogati, nonostante, revisioni di spesa, economie, tagli lineari fatti con l’acchetta o mirati come un lavoro di cesello.

“L’80% degli eventi sanitari avversi - continua Bianco - sono riconducibili a problemi organizzativo-gestionali, ovvero sono errori di sistema. Ma a fronteggiare la marea montante dei contenziosi oggi è sempre il singolo, che, continua Bianco, entra in sala operatoria come grande chirurgo e rischia di uscirne con un’imputazione di omicidio colposo. La crescita del contenzioso sta configurando il tema della sicurezza delle cure come un problema drammatico che richiede un intervento normativo necessario e urgente, afferma Bianco. Il problema è particolarmente grave e urgente per le categorie professionali ad *alto rischio*, come i ginecologi, costretti a pagare premi assicurativi fino a 28.000 euro annui, una cifra ingestibile, soprattutto quando si tratta di giovani professionisti”. L’attenzione del legislatore per modificare la situazione deve quindi concentrarsi sull’eliminazione dei rischi collegati all’indiscriminata caccia al colpevole e sul miglioramento della sicurezza sanitaria”.

L’obiettivo di questo Ddl è quindi la tutela del nostro Servizio Sanitario Nazionale attraverso la tutela delle risorse nelle quali trovano uno spazio privilegiato i valori etici e civili che lo ispirano.

Le proteste dei medici italiani, che negli stessi giorni della presentazione del Ddl hanno contestato duramente uno spot tv dell’associazione “Obiettivo risarcimento” che invita i pazienti a intentare causa ogni qualvolta si sentano vittime di errori medici, sono il metro dell’urgenza di una normativa che sia in grado di tutelare invece di prestarsi alla caccia alle streghe.

Lo schema del Ddl prevede tre ambiti principali: la creazione di unità di prevenzione e gestione del rischio clinico e osservatori per la valutazione dei contenziosi; una ridefinizione dei comportamenti colposi e la possibilità di richiedere risarcimento non oltre i due anni dal fatto contestato. Inoltre il disegno di legge prevede l’obbligo di copertura assicurativa da parte di ciascun operatore sanitario come tutela in caso di condanna per colpa grave: rimarrebbe comunque a carico delle aziende sanitarie la responsabilità civile. L’onere assicurativo per la copertura della responsabilità civile nel Ddl viene peraltro incrementato e viene introdotta la possibilità, per le Regioni, di ampliare la copertura assicurativa attraverso l’utilizzo di fondi stanziati allo scopo ma gestiti direttamente dalle strutture sanitarie per le quali è stata stipulata una polizza assicurativa. La copertura assicurativa per questo tipo di rischio dovrebbe, diventare obbligatoria anche per le strutture private: e la polizza potrebbe addirittura costituire, a legge approvata, un prerequisito per l’accreditamento regionale.

In definitiva, sicurezza delle cure, eventuali azioni di risarcimento in capo alle strutture pubbliche e private; rafforzamento delle scelte delle Regioni nell’ambito della responsabilità civile che consenta un

FORMA DELLA PROFESSIONALE MEDICA



ampliamento dell'offerta assicurativa. Questi i tre punti qualificanti del Ddl *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito sanitario* presentato in Commissione Sanità del Senato.

"Riconfermare il diritto alla salute del cittadino intervenendo sulla sicurezza delle cure nelle organizzazioni sanitarie e nelle attività mediche e sanitarie anche attraverso una ridefinizione degli attuali profili penali e civili della responsabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie. Questo è il cuore della proposta legislativa - ha spiegato Amedeo Bianco, primo firmatario del Ddl in una conferenza stampa di presentazione dell'iniziativa parlamentare, ripresa da un articolo di Quotidianosanità.it.

"I tre punti qualificanti - dichiara Bianco nell'articolo citato - riguardano, in particolare la sicurezza delle cure in un'ottica di prevenzione del rischio tenuto conto della complessità tecnico-organizzativa dei sistemi di erogazione delle prestazioni mediche e sanitarie; eventuali azioni di risarcimento in campo alle strutture pubbliche e private; il rafforzamento delle scelte delle Regioni nell'ambito della responsabilità civile che consenta un ampliamento dell'offerta assicurativa".

Il testo del Ddl viene considerato positivamente dai notisti politici che raccontano le vicende parlamentari. Esiste pertanto un clima di fiducia che diventa un'opportunità politica perché l'antico nodo della sicurezza sanitaria trovi una strada per essere sciolto.

Questa sarebbe la risposta più efficace nei confronti di chi specula sulle paure stereotipate dei cittadini che si sentono vittime di una sanità che si crede allo sbando. Una speculazione che è in grado di lacerare drammaticamente il rapporto di fiducia tra medico e malato, tra malato e struttura sanitaria e tra personale sanitario e struttura sanitaria.

Questo Ddl ribadisce, da un punto di vista normativo, che il nostro Paese ha grandi eccellenze nelle professionalità mediche e sanitarie; intende assicurare che questo livello rimanga alto, e lo fa legiferando attraverso un'assunzione di responsabilità che passa attraverso la sicurezza delle cure per assicurare la tutela del diritto alla salute come previsto dalla nostra Costituzione. ■





IL PROBLEMA DELL'INVECCHIAMENTO

Prof. Georg Wick

Docente di Immunologia clinica all'Università di Innsbruck (A), nato nel 1939 a Klagenfurt (A).



La gerontologia riguarda un problema che affligge ogni organismo vivente.

Si può forse arguire che i batteri ed altri organismi monocellulari non invecchiano in quanto si riproducono in due metà eguali nessuna delle quali è parente o discendente.

Si potrebbe anche indicare il fatto che le cellule seminali (uova e spermatozoi) sono trasferiti da generazioni e generazioni per miliardi di anni rimasti vitali senza invecchiare mai (1).

Fatta eccezione per questi casi particolari le cellule somatiche di ogni organismo vanno incontro a senescenza in un processo da perdita di funzioni età-dipendente.

Studiare questo fenomeno è di particolare interesse sia dal punto di vista teorico che pratico. Il mio interesse personale nelle ricerche gerontologiche è iniziato quando sono stato coinvolto nelle ricerche di base aventi come obiettivo il declino età-dipendente delle funzioni immunitarie riflesse dalla involuzione del timo.

Sono stato affascinato dal fenomeno della autoimmunità, la perdita della autoricognizione immunologica che determina le malattie autoimmuni che iniziano precocemente nella vita e diventano clinicamente manifesta più tardi. (2)

La mia intera carriera come gerontologo è stata motivata dallo scoprire se possiamo imparare qualcosa sul processo dell'invecchiamento, studiando le malattie riferibili alle età negli animali e nell'uomo. Quando prendiamo in considera-

zione queste malattie, è importante distinguere quelle che sono manifestazioni primarie della senescenza, come le malattie di Werner e la sindrome di Hutchinson-Gilford, o quelli che sono fenomeni secondari della senescenza, perché la nostra evoluzione culturale ha un ritmo che sorpassa di gran lunga l'evoluzione biologica.

Io ritengo tuttavia che tale distinzione fra processi di pura senescenza e quelli associati a patologie della senescenza sia piuttosto un problema accademico che solleva barriere inutili per le ricerche gerontologiche di base e quelle applicate e compromette il dialogo cruciale e benefico tra le diverse discipline.

Per di più non dobbiamo dimenticare che la gerontologia in senso lato comprende molti campi oltre alla biologia, la società che invecchia rappresenta uno dei più importanti problemi socio-economici che riguarda non solo il mondo sviluppato ma in crescita anche nei continenti meno sviluppati.

LE MALATTIE ASSOCIATE ALL'ETÀ: IL PREZZO DELLA VITALITÀ DELLA GIOVINEZZA

Nel 1900, l'aspettativa media di vita nell'Europa Centrale e negli USA era di circa 49 anni. Da quella data, l'aspettativa di vita è cresciuta più che nei 10.000 anni precedenti. Ciò è dovuto ai progressi della medicina e dell'igiene così come al miglioramento delle condizioni socio-economiche. ▶



2050: QUATTRO MILIONI DI CENTENARI ABITANO LA TERRA

L'invecchiamento della popolazione subirà nel corso delle prossime quattro decadi un drammatico cambiamento, in particolare nei paesi sviluppati nei quali la previsione “particolarmente difficile per quanto riguarda il futuro” (paradosso famoso del grande fisico Niels Bohr) indicano che nel 2050 il 25% della popolazione mondiale con più di 65 anni sarà ancora in vita come saranno in vita 4,1 milioni di persone centenarie rispetto a 450.000 nel 2009. (1) Non molto diversamente in Italia, la popolazione con età maggiore di 65 anni, aumentata del 15.8% dal 2002 al 2012, raggiungerà il 19.5% della popolazione italiana: faceva registrare il 17.6% del 2002. (2)

L'invecchiamento della popolazione costituisce un problema per il mondo medico, gli amministratori della sanità, le associazioni di consumatori, le assicurazioni, i fondi sanitari e le famiglie. L'aumento delle patologie associate all'invecchiamento perlopiù comporta un aumento del fabbisogno di risorse economiche (3) e costi complessivi che le attuali restrizioni sul bilancio della sanità pubblica fanno pesantemente ricadere sulle famiglie.

Tra le malattie croniche, la cui frequenza aumenta con l'invecchiamento, di fatto difficile da trattare e da prevenire sono l'Alzheimer e il Parkinson.

Sui problemi diagnostici e preventivi e sulla ricaduta sulla società di tutti i problemi relativi, è di particolare interesse il n. 72 dell'ottobre 2012 del “Karger Gazette” di Basel e in particolare l'editoriale del Prof. Georg Wick di cui si riporta la traduzione integrale, gentilmente autorizzata dalla casa editrice con l'auspicio che sia di interessante attualità per il mondo medico torinese.

Nella postfazione dell'autore, si legge che l'essersi interessato del problema dell'invecchiamento lo ha aiutato ad affrontarlo. Non posso non condividere appieno la sua affermazione, considerando che la mia anagrafica (1921) mi fa rientrare fra la popolazione di cui si parla nell'articolo.

Ciò mi ha indotto a far partecipe della conoscenza dell'articolo la più vasta parte di colleghi giovani e meno giovani che per ragioni personali e professionali, presto o tardi dovranno di necessità occuparsene.

Plinio Pinna Pintor

Nonostante l'aspettativa di vita sia aumentata, è rimasta connessa con un più o meno costante valore delle massima età raggiungibile. Questa osservazione è una delle più importanti indicazioni che il processo di invecchiamento è governato sia da fattori genetici sia ambientali.

La discussione su questi argomenti è al fuori dello scopo di questo articolo. È sufficiente ricordare che specie differenti manifestano diverse aspettative di vita ciò che dimostra una significativa correlazione con la capacità di riparare i danni del DNA.

L'aumento dell'età è intrecciato con l'aumento della morbilità. L'elenco delle malattie associate all'invecchiamento è lungo e comprende: diabete, cancro, cardiovasculopatie, osteoporosi, artrosi e demenza. Bisogna tuttavia tenere a mente che tutte queste malattie iniziano precocemente nella vita sono inizialmente asintomatiche dal punto di vista clinico e si manifestano solo nell'età avanzata.

Pertanto le malattie nell'età avanzata non sono conseguenza del decadimento del corpo ma piuttosto il risultato della lunga sopravvivenza.

Tuttavia in questo contesto dobbiamo ricordarci che il disegno del corpo umano è insieme straordinariamente preciso e sorprendentemente trasandato. In generale è stato plasmato dall'evoluzione per raggiungere un compromesso ottimale per il suo destino finale: la riproduzione.

È importante sapere che la selezione naturale è effettiva soltanto nel periodo riproduttivo e gli individui che vivono nel periodo dopo l'età riproduttiva come nella maggioranza della popolazione che vive nelle società sviluppate non sono più soggette al processo selettivo.

La questione se l'aver nonni aumenta la probabilità di sopravvivenza non è completamente risolta. Considerando la base genetica della sopravvivenza, forse, la modificazione dei fattori ambientali è al momento l'unico fattore per ottenere "un invecchiamento in salute".

Il concetto dell'antagonismo pleiotropico* è rilevante quando di considerano le malattie connesse all'invecchiamento. Si basa sull'osservazione che alcuni geni che esercitano precocemente benefici nella vita possano esercitare un ruolo dannoso tardivo o quando la loro espressione avviene in siti diversi da quelli originali (pleiotropia). Ad esempio alcuni geni permettono la calcificazione delle ossa rendendole più robuste ed aumentando la capacità di "lotta e fuga", ma acquistano un'efficacia antitetica tardi nella vita se la loro espressione avviene altrove determinando ad esempio lesioni aterosclerotiche calcificate. Pertanto la malattia dell'invecchiamento è il prezzo da pagare per il vigore della gioventù.

Bisogna anche ripetere che le regole naturali, sottolineando lo sviluppo delle malattie dell'invecchiamento, sono oggi asimmetriche della velocità dei cambiamenti degli stili di vita (l'evoluzione culturale) che è di gran lunga troppo veloce rispetto all'adattamento genetico per accordarsi. Pertanto noi viviamo nel 21° secolo condizioni con il genoma di prima dell'Età della pietra. Nelle parole dei biologi evolutivisti Ness e Williams: "Il prezzo di non essere divorati da un leone all'età di 30 anni può essere un attacco cardiaco a 80" (4).

ANTINVECCHIAMENTO E "SCIENZA KITSCH"

Sovente i gerontologi lavorando in ricerche di base a livello di cellule singole, come il lievito, o con organismi multicellulari inferiori come il verme *C. elegans* ed i moscerini *Drosophila* della frutta si confrontano con il rischio di avere dati sopravvalutati offrendo false speranze alla gente comune.

I rulli di tamburo per gli stessi scienziati sui media ha ancora un effetto più pronunciato ed inaspettato. Così, per quanto vi sia una sorprendente analogia tra il genoma del *C. elegans* e l'uomo, gli uomini sono per altro organismi molto più complessi. È pertanto non realistico trasferire il prolungamento della vita del *C. elegans* con manipolazioni genetiche degli esseri umani. Sfortunatamente la distinzione fra scienza seria e finzioni, occasionalmente produce la formulazione di teorie complete sull'invecchiamento e la sua

“È importante sapere che la selezione naturale è effettiva soltanto nel periodo riproduttivo e gli individui che vivono nel periodo dopo l'età riproduttiva come nella maggioranza della popolazione che vive nelle società sviluppate non sono più soggette al processo selettivo.”



* Il termine si riferisce ad una contestata terapia biologica, proposta per la prima volta da G.C. Williams nel 1957, secondo la quale l'invecchiamento sarebbe causato da geni pleiotropici: in grado cioè di influenzare aspetti multipli del fenotipo di un essere vivente. Tali geni avrebbero effetti benefici nelle età più precoci ed effetti dannosi nelle età più avanzate.

prevenzione e vi sono esempi di azioni non su basi scientifiche.

Sono incline a classificare, benché ritenga provocatorio questo tipo di ricerca, come "scienza kitsch", intendendo "kitsch" come lavoro artistico effettuato per assecondare la richiesta popolare e puramente a scopo commerciale (nel nostro caso vendere scienza al pubblico) piuttosto che lavoro come autoespressione di un artista (in questo caso di uno scienziato).

Tuttavia, in tutto il mondo, ma specialmente in Europa, nell'Asia orientale e sudorientale ed in USA, la diffusione di una medicina antinvecchiamento principalmente indirizzata a gente di mezza età o anziani è un'impresa multimilionaria. Le misure antinvecchiamento che impiegano farmaci antinvecchiamento o supplementi dietetici di varia natura seguono un chiaro trend commerciale.

In un rapporto del *General Accounting Office* per il Senato degli Usa, sono stati esaminati i prodotti sanitari antinvecchiamento. Questo rapporto forma una prova inequivocabile che quasi tutti questi prodotti non solo non posseggono un effetto benefico ma, possono determinare danni fisici oltre che economici ai consumatori.

Per queste e altre ragioni, io sono sempre riluttante quando trovo un annuncio "antinvecchiamento" in uno studio medico, centri benessere o anche in un menu di un ristorante.

IL SANO INVECCHIAMENTO

Non vi è dubbio che la Geriatria moderna è capace di massimizzare la durata della vita, grazie ai progressi nella diagnosi, prevenzione e terapia, ma il processo di invecchiamento di per sé non ne è influenzato. Come dato di fatto, l'invecchiamento primario o intrinseco deve essere considerato separatamente dall'invecchiamento secondario o delle patologie che si manifestano con la malattia connessa all'invecchiamento.

Ma cos'è l'invecchiamento in salute?

L'WHO ha identificato tre parametri per definire l'invecchiamento in salute o attivo: la partecipazione o l'inserimento nella società, la salute fisica o mentale e la sicurezza. Per quanto riguarda l'inserimento sociale e la disponibilità di sicurezza, sono stati acquisiti dati interessanti che un gruppo di esperti sotto l'auspicio dell'Accademia di Scienze Leopoldina (5). Questo documento segue argomenti come:

- immagini di invecchiamento: nozioni nella vecchiaia e stereotipi dell'età
- sviluppo dell'individuo durante la durata della vita: sviluppo, apprendimento e lavoro
- invecchiamento, lavoro e posizione sociale
- produttività e standard di vita nelle società che invecchiano
- invecchiamento nelle comunità locali e regionali
- invecchiamento e tecnologia
- invecchiamento sano e i suoi limiti
- invecchiamento, la famiglia e la società civile

In questa relazione sul miglioramento delle condizioni di vita nella vecchiaia l'Accademia invoca una vasta riorganizzazione delle condizioni di vita della popolazione.

L'Accademia suggerisce che in luogo di vedere noi stessi in una progressione, dalle fasi dell'educazione, l'impiego nell'età adulta e lo svago nella vecchiaia, tutte le tre attività devono sussistere nei tre stadi (2).

Secondo il rapporto dell'Accademia delle Scienze Germanica, l'invecchiamento di successo nel futuro dipenderà dalla capacità delle società di riorganizzarsi in modo da non relegare educazione, lavoro e svago in specifici stadi della vita.

Il rapporto confronta anche i considerati "miti" dell'invecchiamento, quali: l'anziano è meno produttivo, ruba il lavoro ai giovani e che l'aumento dell'aspettativa di vita significa più malattia (la maggior richiesta di cure non è interamente garantita ed il progresso medico ha per esempio consentito più sopravvivenza agli stroke e agli attacchi cuore).

Il mito che uno scontro generazionale è imminente è anche errato in quanto ricerche scientifiche dimostrano che i rapporti tra le famiglie, la società civile e anche i politici, superano le differenze tra le generazioni.

I FUTURI OBIETTIVI DELLA RICERCA GERONTOLOGICA

Nella ricerca di base, l'enfasi deve essere messa sulla distinzione tra fattori genetici e quelli ambientali che influenzano il processo di invecchiamento a livello cellulare e dell'organismo.

A riguardo dei fattori genetici, gli studi a largo raggio sul fenomeno riveleranno certamente gli aspetti genetici del processo di invecchiamento che sino ad ora sono stati poco diffusi in ricerche su base puramente ipotetiche. Forse anche più importanti, gli studi sull'influenza epigenetica possono stabilire un ponte tra la genetica e l'ambiente. In un approccio rovesciato, le basi molecolari dei fattori ambientali noti, che possono modulare la durata massima della durata di vita, devono essere attentamente chiariti, ad esempio il percorso molecolare che media gli effetti delle restrizioni caloriche, l'esempio fisico è la terapia ormonale sostitutiva.

I modelli per le ricerche sull'invecchiamento spaziano dai lieviti agli animali inferiori come *C. elegans* e la *Drosophila* e specie più elevate come i primati. Vi è ancora, tuttavia, ampio spazio per migliorare ed estendere la ricerca, per esempio agli organismi marini di profondità e molto longevi (6). Inoltre, comprendere il processo d'invecchiamento delle piante è di importanza pratica e insieme teorica. I progressi nella biologia rigenerativa (ad esempio le terapie con le cellule staminali), dovrebbero essere trasferiti in applicazioni geriatriche.

Far fronte all'invecchiamento dell'umanità richiederà scopi specifici in molte discipline differenti oltre e al di là della biologia e della medicina. Sviluppare vie per sfruttare il potenziale fisico e intellettuale del vecchio, specialmente le loro esperienze professionali, sarà di grande importanza. L'uso di moderni strumenti di tecnologia informatica per il miglioramento all'ambiente della vita assistita avrà un impatto per il vecchio.

Non dobbiamo trascurare anche gli aspetti politici. Persuadendo i nostri leader a prendere decisioni, come la riforma della pensione che siano basate su solidi fatti scientifici è un compito che richiama tutti gli sforzi necessari dei gerontologi che possono sommarsi ma è comunque fondamentale.

PENSIERO FINALE SULL'INVECCHIAMENTO IN SALUTE

Da un punto di vista pratico, un invecchiamento in salute, che abbia successo, può essere ottenuto seguendo regole di buon senso. Ho coniato la frase (Tre L in tedesco) che comprende questo fatto in poche parole: Lieben, Laufen, Lernen.

Lieben (amare), che non sta per amore verso il partner, se ancora presente, ma in generale esprime l'orientamento a mantenere vive le amicizie e i contatti sociali.

Laufen (correre), che non sta per far *jogging* - che può essere dannoso per l'anziano - ma per la cura del corpo in generale come esercizio fisico, dieta e l'eliminazione delle tossine additive. ▶

Lernen (imparare), che sta per apprendere per tutta la vita attraverso un costante stimolo intellettuale.

Come dato di fatto, queste raccomandazioni, alquanto banali a prima vista, sono sottolineate da dati biochimici.

La mancanza di contatti sociali positivi determina un aumento degli ormoni dello stress che comportano immunosoppressione che causa un'alta suscettibilità delle infezioni ed ad una possibile risposta immunologica alla vaccinazione.

L'esercizio fisico comporta un aumento del rapporto tra lipoproteine a bassa intensità e lipoproteine ad alta intensità, cioè un aumento del colesterolo "buono" rispetto a quello "cattivo".

Un'attività intellettuale costante ritarda la possibile emergenza dall'Alzheimer, stimolando le connessioni intraneuronali nel cervello, approfittando del vantaggio della plasticità del sistema nervoso centrale.

Lo scopo della ricerca gerontologia dovrebbe peraltro non solo aggiungere anni alla vita ma più vita agli anni.

Pertanto la mia opinione è che un significativo prolungamento della durata della vita non è il problema primario, ma il prolungamento della vita in buona salute dovrebbe essere l'obiettivo scientifico del prossimo futuro: mettendo l'accento sul rapido trasferimento delle conoscenze scientifiche di base di tutte le discipline nella vita quotidiana.

È interessante che l'essermi preoccupato scientificamente del problema dell'invecchiamento, mi aiuti ad affrontare la mia vecchiaia. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Kirkwood TB: Understanding the odd science of aging. *Cell* 2005;120:437-447.
2. Wick G: Self and non-self. *Cell Mol Life Sci* 2009;66:949-961.
3. Herndon JG: The grandmother effect: implications for studies on aging and cognition. *Gerontology* 2010;56:73-79.
4. Nesse RM, Williams GC: *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. New York, Vintage Books/Random House, 1996.
5. *More Years, More Life: Recommendations of the Joint Academy Initiative on Aging*. *Nova Acta Leopoldina Neue Folge*, Vol 108, No 372. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2011.
6. Finch CE: Update on slow aging and negligible senescence - a mini-review. *Gerontology* 2009;55:307-313.
7. Wick G: *Perspektiven der Altersforschung - Vom programmierten Zelltod zur Pensionsreform*. Vienna, Wiener Vorlesungen, Picus, 2007



Residenza Richelmy. Una certa età merita una certa qualità.

Accoglienza, ospitalità e benessere in una Residenza che offre servizi specializzati di assistenza socio sanitaria e di riabilitazione. Scopri come possiamo esserti utili.

Tel. 0114818111 - www.residenzarichelmy.it



Apertura al pubblico febbraio 2014 - Via San Donato 97, Torino

TORINO PRIMA CITTÀ ITALIANA PER MELANOMI DIAGNOSTICATI

N. Ferraro
Pierpaolo Berra
*Uff. Stampa Città
della Salute e della
Scienza di Torino*

I dermatologi dell'ospedale San Lazzaro della Città della Salute e della Scienza di Torino alla fine della scorsa estate hanno lanciato "un allarme melanomi" raccolto con grande spazio dai media. Da un punto di vista epidemiologico, il melanoma è infatti il tumore che presenta il maggior aumento di incidenza.

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro stima che ogni anno vi siano nel mondo 160.000 nuove diagnosi di melanoma.

In Italia i dati indicano un TREND in continua crescita con raddoppiamento nell'arco di una decina di anni. I tassi di incidenza variano da sei casi per 100.000 al Sud a 19 casi per 100.000 nelle regioni del Nord. Vi sono differenze tra le varie regioni con un picco massimo nella città di Torino, dove i maschi si attestano su un tasso di 17 e le donne di oltre 19; quelli più bassi si riferiscono alle città di Napoli, Sassari e Ragusa.

Torino è al primo posto tra le città italiane per numero di melanomi diagnosticati con circa 19 casi all'anno ogni 100.000 abitanti su una media italiana di 12 casi. Il capoluogo piemontese precede città e province del Nord Est, quali Trento - Bolzano, Trieste e le province del Veneto, che è la Regione italiana con più casi di melanoma.

Questi sono gli ultimi dati aggiornati del Servizio di rilevazione epidemiologica del CPO Piemonte.

Tutti i più recenti dati epidemiologici, con un occhio di particolare riguardo alla situazione sanitaria di Torino e del Piemonte, oltre alle nuove possibilità diagnostico-terapeutiche sul melanoma, sono stati presentati il 24 settembre presso la sala convegni dell'albergo NH Lingotto Tech, in un congresso dal titolo "La gestione del melanoma alla luce delle nuove evidenze", presieduto dalla professoressa Maria Grazia Bernengo.

IL MELANOMA

Il melanoma, come i nostri lettori sanno molto bene, è un tumore maligno della cute originato dai melanociti ed è caratterizzato da un elevato potenziale metastatico: i malati con malattia metastatica hanno una sopravvivenza media inferiore ad un anno.

La sola causa ambientale correlata è l'esposizione intensa ed intermittente ai raggi UV solari naturali ed artificiali.

Per fortuna, mentre l'incidenza è andata aumentando, la mortalità è sostanzialmente stabile. Secondo i dati del Centro melanomi del San Lazzaro la sopravvivenza infatti supera mediamente il 90% a cinque anni dalla diagnosi per rimanere sostanzialmente invariata negli anni successivi, mentre per esempio in Polonia la sopravvivenza supera di poco il 50%. Il concetto fondamentale riguarda sempre la diagnosi precoce e quindi l'individuazione ed asportazione del melanoma sottile. L'incremento dell'incidenza del melanoma è stato infatti confermato specialmente per i melanomi sottili (49,6%). La diagnosi precoce è correlata all'abitudine del paziente ad un auto-esame della cute ed alla valutazione da parte di un dermatologo esperto. Se per la maggior parte dei tumori di altri organi gli aumenti di incidenza sono legati all'aumento della durata della vita, nel caso del melanoma questo non si può sostenere perché la fascia di età più colpita è quella tra i 40 ed i 60 anni.

Pur non essendo l'unico tipo di tumore cutaneo, il melanoma è contraddistinto da un maggior rischio di mortalità. Al di là delle campagne di prevenzione e della diagnosi precoce, persiste purtroppo tuttora un ristretto gruppo di pazienti (fino al 25%) con melanoma spesso, per lo più di tipo nodulare, a prognosi potenzialmente sfavorevole e ad elevato rischio di progressione a livello viscerale. Per questi pazienti si aprono nuove prospettive legate all'uso di terapie innovative delle quali si parlerà in modo approfondito in sede congressuale.

Pur essendo il Polo Dermatologico delle Molinette (diretto dalla professoressa Maria Grazia Bernengo) il centro piemontese di riferimento per tale patologia, molti altri casi vengono diagnosticati anche negli altri ospedali di Torino e provincia. Tutto ciò raddoppia sicuramente la casistica.

I sintomi del melanoma sono praticamente assenti o, quando presenti, sono poco apparenti e comunque tardivi. Prurito persistente a carico di un nevo per esempio. Anche le modalità di autodiagnosi non possono essere molto affidabili, anche se è fondamentale la necessità dell'auto osservazione. Ogni persona dovrebbe tentare di conoscere al meglio la propria pelle per individuare un'eventuale macchia che cresce. Il melanoma non presenta purtroppo standard di forme e colori, ma cresce di dimensioni e spesso ha un aspetto che lo rende diverso dagli altri nevi presenti.

LA PREVENZIONE

Rimane quindi fondamentale la prevenzione primaria, che consiste essenzialmente nel ridurre al minimo le esposizioni eccessive alla luce solare naturale ed artificiale. È dimostrato che l'uso abituale delle lampade solari in età giovanile aumenta il rischio di melanoma di circa il 70%. Anche l'esposizione al sole dovrebbe essere limitata sia come tempo che come orario, cercando di evitare le ore centrali e, comunque, applicando creme ad elevata protezione. Questo vale soprattutto per bambini, giovani e carnagioni chiare. Il rischio di melanoma aumenta in presenza di un elevato numero di nevi, in particolare se clinicamente atipici.

Negli ultimi anni con la dermoscopia sono state affinate molto le tecniche di riconoscimento, allo scopo di ridurre le rimozioni inutili di nevi benigni, per focalizzare le lesioni sospette, attraverso metodiche semplici ma efficaci, quali la dermoscopia in epiluminescenza. Questa tecnica, in uso da meno di quindici anni, ha reso sicuramente possibile il riconoscimento precoce del melanoma e quindi è parzialmente responsabile dei dati sovraccitati riguardanti l'elevato riscontro di forme di melanoma iniziale e

Le popolazioni del Nord Italia sono a maggior rischio per la carnagione chiara e per la scarsa abitudine della pelle all'esposizione solare. **I casi sono quasi raddoppiati dal 1996 al 2006.** Ma i dati sono in costante incremento, **400 melanomi annui** diagnosticati nel 2011 e **450 nel 2012** dall'istopatologia del Polo dermatologico delle Molinette sono stati già superati del **20% (490)** nei primi 8 mesi del 2013 contro i **36 del 1975** ed i **190 di 10 anni fa**. Il picco delle visite e delle diagnosi (**+20-30%**) si ha nel periodo estivo quando le persone evidentemente prestano più attenzione alla propria pelle.



della conseguente assenza di rischio prognostico per il paziente. Si tratta di un semplice esame ottico, una microscopia di superficie a basso ingrandimento. Una lente a contatto della pelle, un goccio di olio da immersione per rendere trasparente lo strato superficiale della pelle ed una luce potente in grado di far osservare strutture e colori che offrono dati importantissimi circa la natura della neoplasia che si sta osservando. Pertanto l'affinamento della diagnosi consente ad un esperto la riduzione degli interventi e la capacità di sospettare la diagnosi corretta supera percentuali del 92%. Quindi meno interventi inutili, ma anche priorità chirurgica assoluta quando c'è il sospetto di melanoma: la diagnosi precoce rimane un'impresa difficile ma assolutamente possibile.

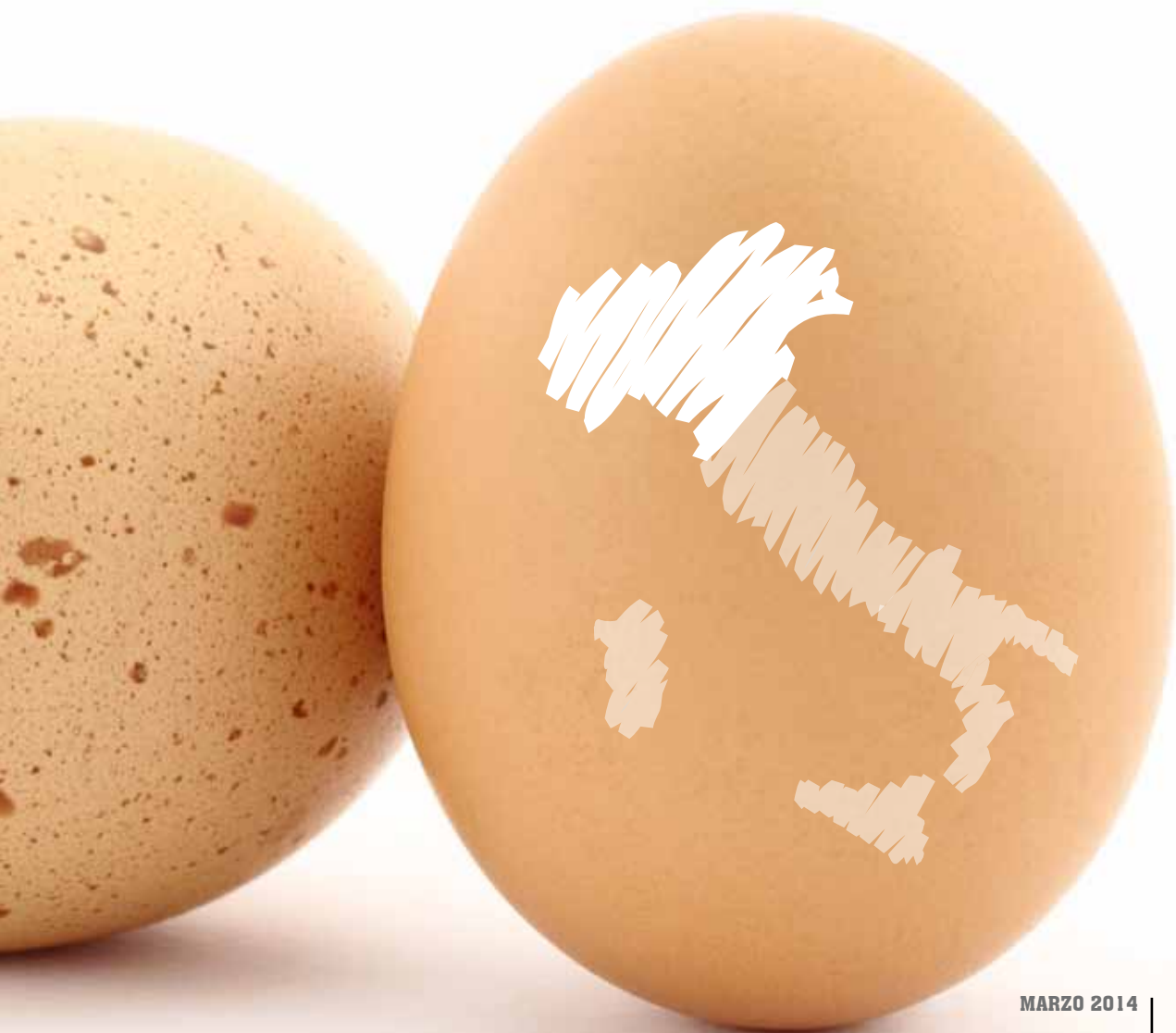
LA TERAPIA CHIRURGICA

Le neoformazioni dubbie vanno tuttavia sempre rimosse. I pazienti che hanno rimosso un melanoma sono infatti a rischio di insorgenza nel tempo di altri melanomi primitivi.

A seguito della diagnosi clinica di melanoma cutaneo il ruolo principale spetta quindi al chirurgo che, asportando il tumore nelle fasi iniziali, garantisce una elevata probabilità di guarigione. Per melanomi particolarmente aggressivi e/o di spessore superiore al millimetro si deve, invece, fare ricorso ad un intervento chirurgico supplementare che viene, però, attualmente eseguito con tecnica mini-invasiva. In questi casi, infatti, la rimozione del melanoma cutaneo deve essere completata con la ricerca e l'asportazione del linfonodo "sentinella".

LA TERAPIA MEDICA

Negli ultimi anni i notevoli progressi in campo immunologico e biomolecolare hanno portato a rilevanti novità in ambito di terapia medica, che è radicalmente cambiata per i melanomi in fase avanzata. Si hanno attualmente a disposizione farmaci in grado di contrastare efficacemente la malattia, quali l'ipilimumab, che agisce a livello immunologico inducendo una risposta immunitaria attiva contro le cellule tumorali, o il vemurafenib, che riconosce invece una particolare mutazione presente sulle cellule tumorali in una parte dei pazienti. Questi farmaci sono nettamente più efficaci della chemioterapia ed in più non ne presentano i ben noti effetti collaterali. ►



Studi randomizzati hanno dimostrato come l'impiego di ipilimumab, attualmente disponibile anche in Italia, consenta un significativo incremento della sopravvivenza rispetto alla chemioterapia standard in pazienti con melanoma metastatico in fase avanzata.

Numerosi studi hanno anche determinato l'individuazione di specifiche mutazioni a livello dei geni del melanocita, che influenzano la storia naturale del melanoma. Queste mutazioni costituiscono un *target* per lo sviluppo di farmaci che le riconoscono e, legandosi al gene mutato, inducono con vari meccanismi la necrosi o l'apoptosi della cellula tumorale.

Sempre in campo terapeutico, l'introduzione della elettro-chemioterapia, una metodica che associa l'infusione di chemioterapici a basse dosi con la somministrazione di scariche elettriche direttamente a livello delle metastasi cutanee, ha determinato una maggiore possibilità di controllo delle stesse.

I COSTI

L'incremento dell'incidenza di melanoma, associato all'impiego di terapie sempre più evolute, ha determinato purtroppo un netto incremento dei costi di gestione sanitaria per il paziente affetto da melanoma. Meno del 10% è impiegato per il trattamento dei pazienti con melanoma in fase iniziale, mentre rispettivamente il 34% ed il 55% dei costi è destinato al trattamento dei pazienti con malattia metastatica regionale e viscerale. Gli ambiti futuri della ricerca dovranno quindi focalizzare le risorse da un lato sul potenziamento della diagnosi precoce di melanoma, dall'altro sul trattamento dei pazienti con malattia metastatica, utilizzando farmaci che riconoscano specifici "target" dei pathway biomolecolari di progressione e che possano associare una rilevante attività clinica con una buona tollerabilità, garantendo quindi un significativo mantenimento della qualità di vita. Per fronteggiare l'incremento dei melanomi, presso la Città della Salute e della Scienza di Torino nell'ambito della Rete Oncologica, partirà **una task force multidisciplinare** di dermatoscopia, dermochirurgia, dermo-oncologia e nuove terapie mediche unite per fronteggiare questa patologia e per fornire una assistenza integrata secondo criteri e linee guida condivisi a livello regionale e nazionale. ■

"VILLE AUGUSTA"

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: Dott. Aldo Calvo
Specialista in Neuropatologia e Psichiatria

Medico Responsabile: Dott. Enzo Soldano
Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

"VILLE AUGUSTA" s.r.l.
10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.:011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

UN ASPETTO POCO NOTO DELLA LOTTA ALLA DROGA

Nicola Ferraro
Silvana Patrito
Uff. Stampa Asl TO 2

UN PROBLEMA SANITARIO E GIUDIZIARIO

"I detenuti cosiddetti *body packers* costituiscono sia un problema giudiziario e di sicurezza, per la necessità di recuperare la sostanza stupefacente che costituisce prova di reato, sia un problema sanitario - spiega il Direttore Generale ASL TO 2, dott. Maurizio Dall'Acqua - per la possibilità di rottura delle confezioni nell'intestino, che porterebbe il soggetto al decesso per overdose, nonché per la sicurezza degli Operatori Sanitari e degli Agenti di Polizia Penitenziaria, che si trovano a trattare reperti che costituiscono corpo di reato, ma che, per le modalità della loro ingestione e successiva espulsione, sono da considerare a elevato rischio biologico".

"Con questo nuovo apparato, primo a essere adottato in ambito penitenziario, si evidenzierà ancora di più la professionalità del personale di Polizia Penitenziaria - commenta il dott. Giuseppe Forte, Direttore della Casa Circondariale 'Lorusso e Cutugno' - anche se finora non ci sono state conseguenze da esposizione al rischio biologico, il nostro personale deve poter svolgere le proprie mansioni senza lo stress indotto dal timore del pericolo igienico-sanitario".

Le procedure di ricerca stupefacenti nei soggetti *swallowers* (ingoiatori) devono essere costantemente monitorate dal punto di vista sanitario, per poter correttamente fronteggiare ogni emergenza, in quanto l'assorbimento accidentale per via mucosa di eroina, cocaina o anfetamine determinerebbe la morte in pochi minuti.

Nella Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino, la gestione dei detenuti adulti avviene direttamente in sede, poiché è l'unica dotata di una speciale Sezione Filtro, situata nel Blocco A, e ha al proprio interno un Presidio Sanitario per la Tutela della Salute, gestito dalla ASL TO 2, con medici di guardia H 24.

L'INTERVENTO SUI MINORI

Per i minori, il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, dott.ssa Anna Maria Baldelli, nell'ambito del Protocollo d'Intesa ha stabilito, su indicazione del Primario del Pronto soccorso del C.T.O., che, in caso di ingestione di ovuli, vengano sempre portati al Pronto Soccorso del C.T.O., logisticamente il più vicino al Centro di Prima Accoglienza di Torino, che riceve soggetti minorenni provenienti da tutta la Regione Piemonte e dalla Valle d'Aosta. ▶

A Torino la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno", l'Istituto Penale per i Minorenni "Ferrante Aporti" e il Centro di Prima Accoglienza "Uberto Radaelli", per primi in Italia in ambito penitenziario, sono stati dotati del mezzo più moderno ed efficiente per garantire il recupero in sicurezza degli ovuli, contenenti sostanze stupefacenti, in persone detenute sospettate di averli ingeriti.

La Regione Piemonte, che nell'ottobre scorso ha siglato con la Procura della Repubblica di Torino e con la Procura presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta uno specifico Protocollo d'Intesa, ha autorizzato la fornitura delle attrezzature specifiche, su richiesta del Provveditorato Regionale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, incaricando la ASL TO 2 di provvedere all'acquisto, anticipando i fondi e garantendo il supporto tecnico e amministrativo. Due **Drug Buggy Compact** sono dei "water closed" speciali, brevettati in tutto il mondo, che raccolgono gli ovuli automaticamente puliti, garantendo standard igienico ottimale e massima custodia del corpo di reato, dal costo complessivo di € 23.324,80, completamente coperto da specifico finanziamento regionale, sono stati collocati rispettivamente presso la Casa Circondariale Lorusso e Cutugno, per gli adulti e presso la Città della Salute, sede C.T.O., per i minorenni.



“Con la gestione ospedaliera si pone fine al paradosso di collocare questi minori in un centro di accoglienza, con l’intenzione di proteggerli dal contatto con i detenuti, in attesa delle decisioni del giudice - spiega la Dott.ssa Anna Maria Baldelli - ponendoli però in situazione di alto rischio sanitario in caso di ingestione, non essendo dotati, né il CPA né il Ferrante Aporti, di un servizio di guardia medica ininterrotto. Con il monitoraggio medico in Pronto Soccorso si è ristabilita una condizione di totale protezione dei minori e con le nuove attrezzature dedicate anche il personale delle Forze dell’Ordine non verrà più esposto a un inaccettabile rischio biologico”.

Il dott. Antonio Pappalardo, che dirige il Centro per la Giustizia Minorile del Nord-Ovest, condivide e sottoscrive il commento della dott.ssa Baldelli, precisando che la stessa si è, peraltro, particolarmente adoperata, nei confronti della Regione Piemonte, per ottenere questo importante risultato. “È da sempre il primo obiettivo della Giustizia Minorile - conclude il dott. Pappalardo - coniugare il rispetto dei diritti dei minorenni in stato di arresto o detenzione con la tutela della salute e della sicurezza degli operatori, a partire dai poliziotti penitenziari”.

In ambito penitenziario la presenza di soggetti sospettati di aver ingerito ovuli contenenti sostanze stupefacenti è tutt’altro che rara: dai piccoli spacciatori che ingeriscono la droga al fine di occultarla e sfuggire all’arresto, ai corrieri che viaggiano attraverso i continenti con il canale digerente ripieno di ovuli, anche di grosse dimensioni, contenenti fino a svariati ettogrammi di droga.

BODY PACKERS

Nella sola Casa Circondariale di Torino “Lorusso e Cutugno” accedono circa 200 detenuti (*body packers*) l’anno che necessitano di monitoraggio sanitario fino all’evacuazione degli ovuli.

Dal 1° gennaio 2012, i detenuti delle Vallette sottoposti alla procedura sono stati ben 376: il quantitativo complessivo di droga sequestrata ammonta a 12.159,30 grammi, contenuta in 4.061 ovuli.

Per la maggior parte si tratta di detenuti di nazionalità di Stati del Centro Africa.

CINQUE GLI ITALIANI, FRA CUI UNA DONNA.

“Il fenomeno dei *body packers* è presente anche nell’ambito minorile: tra i 14 e i 18 anni. La casistica è meno consistente rispetto a quella riscontrata negli adulti ma resta naturalmente fondamentale la garanzia di diritto e di tutela della salute - precisa la dott.ssa Elisa Barbatto, Direttore del Centro di Prima Accoglienza ‘Uberto Radaelli’ - dal momento della stipulazione del Protocollo d’Intesa si sono registrati ►



DRUG BUGGY COMPACT

Il mezzo più moderno ed efficiente, per garantire un recupero degli ovuli sicuro e al tempo stesso un adeguato standard igienico, è costituito da una esclusiva apparecchiatura, sviluppata e brevettata in tutto il mondo dalla ditta inglese Drugloo (UK) Ltd, il cui progetto permette l'evacuazione delle feci nel rispetto del detenuto, con la massima garanzia custodiale (il soggetto non può sottrarre il reperto dopo la sua espulsione) e in condizioni igieniche ottimali.

In particolare, il modello Drug Buggy Compact è risultato particolarmente idoneo alle esigenze dell'ambito penitenziario per le dimensioni contenute, la possibilità di semplice trasporto e l'installazione senza specifica impiantistica.

Il trattamento del materiale fecale avviene in modo automatico e senza il diretto intervento del personale di Polizia Penitenziaria o sanitario, in modo che gli involucri contenenti droga vengono separati e sterilizzati, potendo così poi essere maneggiati in totale sicurezza.

Dopo l'espulsione, che avviene in un WC strutturato in modo che le feci vengono immediatamente allontanate, queste finiscono in un tamburo rotante sul quale, tramite un programma di lavaggio computerizzato, vengono diretti potenti getti d'acqua calda e disinfettante.

Successivamente, gli ovuli di droga vengono raccolti direttamente in una vaschetta posizionata sotto il tamburo.

Dopo ogni operazione si attiva automaticamente un processo di autopulizia dell'apparecchio.

Sopra il pannello di controllo si trova un contenitore per l'acqua calda e dietro ad esso il boiler e il condotto di areazione.

Il pannello di controllo, posto lateralmente sopra il tamburo, permette agli addetti di seguire precisamente ogni passo del ciclo.

Per evitare eventuali problemi, come ad esempio che alcuni ovuli rimangano nel tamburo, tutti i componenti dell'unità di trattamento delle feci sono realizzati in materiale trasparente.

Ciò permette di vedere a occhio nudo che il ciclo sia concluso correttamente.

Gli ovuli o gli involucri recuperati vengono infine messi automaticamente sottovuoto e possono essere così reperati e conservati in modo igienico e con la garanzia della corretta catena di custodia.

Chi fa cosa

12 casi di minori in stato di arresto che rientravano nella casistica. I minori coinvolti sono tutti di origine senegalese, privi di documenti di identità, senza fissa dimora e senza parenti o figure adulte di riferimento. Il Protocollo d'Intesa consiste pertanto nel garantire l'adeguata assistenza nei confronti dei minori *body packers* e, a completamento dell'intesa, l'acquisto del macchinario *Drugloo* ha finalmente consentito lo svolgimento delle attività di recupero e sequestro degli ovuli contenenti stupefacenti (prevalentemente cocaina), da parte del Personale di Polizia Penitenziaria, nel pieno rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza e della dignità della persona".

IL "SISTEMA CARCERE"

Il migliore funzionamento del complesso "Sistema Carcere" trova pertanto solide garanzie nel rapporto tra Amministrazione Penitenziaria, Giustizia Minorile e Azienda Sanitaria, improntato alla piena collaborazione e integrazione, nel rispetto dei ruoli specifici ma superando le mere competenze rispettive.

Integrazione esemplare nella realtà torinese, dove esiste storicamente, ed è in costante ottimizzazione, una proficua collaborazione tra la Direzione della Casa Circondariale Lorusso e Cutugno e la ASL Torino 2.

Ne è esempio esplicito questa risposta inter-istituzionale congiunta, per garantire la sicurezza di detenuti e operatori. ■

"Villa Ida"

**Villa
Ida**

CASA DI CURA PRIVATA PER LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE
accreditata in fascia A (D.G.R. 13-74/70 del 28/10/2002)

Villa Ida è ubicata all'inizio delle Valli di Lanzo facilmente raggiungibile in auto e a 100 m dalla stazione ferroviaria

RIABILITAZIONE

Motoria Neuromotoria e Respiratoria di II° livello

La Casa di Cura dispone di ampie palestre, locali per terapia fisiatrica, occupazionale e sedute logopediche dove un Team Specialistico segue i pazienti con disabilità muscoloscheletriche neurologiche e respiratorie.

LUNGODEGENZA

Assistenza medico infermieristica 24 ore su 24 per pazienti affetti da pluripatologie.

Si accettano ricoveri di pazienti provenienti dagli Ospedali e dal domicilio.

Servizio di Laboratorio Analisi chimico-cliniche e diagnostica per immagini (Radiologica ed Ecografica).

Direttore Sanitario: Dr. Guido ANDRIONE

Certificata UNI ENI ISO 9001:2008 - Sistema qualità
Certificata UNI ENI ISO 22000:2005 - Sicurezza alimentare
Certificata OHSAS 18001:2007 - Sicurezza sui luoghi di lavoro

Convenzionata con le Scuole di Specializzazione in Geriatria e Fisiatria dell'Università degli Studi di Torino

La Casa di Cura è provider del Sistema ECM regione Piemonte accreditata dall'ARESS (Azienda Regionale Servizi Sanitari) con il codice provider 184. Durante l'anno i corsi di formazione sono consultabili sul sito della struttura.



Via A. di Challant, 23 – Lanzo T.se - Tel: 0123/320033 - Fax: 0123/27401
E-mail: info@villaida.net - www.villaida.net

Nicola Ferraro
Eva Ferra
Resp. Settore
Stampa e Relazioni
con i media,
Università degli
Studi di Torino

È NATO “AIRETT RESEARCH TEAM”

Alla fine di dicembre 2013 è stato costituito l'“AIRETT Research Team”: ricordiamo che AIRETT è l'acronimo di “Associazione Italiana Sindrome di Rett”. La nuova sigla è un consorzio di ricerca che include il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Torino e altri prestigiosi laboratori italiani impegnati in uno sforzo comune per studiare la sindrome di Rett, una malattia rara per la quale attualmente non esiste alcuna cura.



Nicola Savino
testimonial di AIRETT

Come i nostri lettori sanno, la sindrome di Rett è una malattia congenita che interessa il sistema nervoso centrale, ed è una delle cause più diffuse di grave deficit cognitivo. Si manifesta generalmente dopo i primi 6-18 mesi di vita dopo un periodo di apparente normalità, con la perdita di tutte le abilità acquisite (cammino, parola, uso delle mani).

In occasione della prima riunione dell'AIRETT Research Team a Milano, Lucia Dovigo, Presidente dell'AIRETT, ha spiegato: “Vista la scarsa attenzione che vi è da parte delle istituzioni nazionali per le malattie rare, l'Associazione si è fatta promotrice di diverse iniziative per aiutare la ricerca sulla Rett. In particolare con i fondi delle “campagne sms”, che hanno visto l'importante impegno del nostro impareggiabile testimonial Nicola Savino e una grande risposta da parte degli italiani, siamo riusciti a raccogliere importanti somme con le quali abbiamo finanziato diversi progetti di ricerca sulla patologia, coinvolgendo esperti, ricercatori, con una profonda conoscenza della Sindrome di Rett ai quali è stato proposto di unirsi in consorzio per lavorare tutti assieme contro questa terribile malattia”.

Il consorzio è costituito da IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” di Milano (Prof. Garattini, Dr.ssa Borsello e Dr. Invernizzi); IRCCS Istituto Auxologico di Milano (Dr. Russo); Istituto Superiore di Sanità di Roma (Dr. Laviola); CNR, Istituto di Neuroscienze di Pisa (Prof. Pizzorusso); Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze (Prof. Giustetto); CNR, Istituto di Genetica e Biofisica di Napoli (Dr. D'Esposito); Università degli Studi di Siena, U.O.C. di Genetica Medica (Prof.ssa Renieri); Associazione Italiana Rett (AIRETT).

UN SEGNALE AL PAESE

Il Consorzio nasce anche per dare un segnale forte al sistema paese Italia, confermando la volontà di fare ricerca in un modo nuovo. Si è infatti formato un team di ricercatori che, condividendo i risultati, i modelli sperimentali utilizzati e lavorando su progetti comuni, sperano di poter progredire rapidamente verso una cura.

Proprio grazie alle diverse competenze, la ricerca sulla sindrome di Rett da parte del team prosegue in parallelo, occupandosi in contemporanea di tutte e tre le mutazioni che causano tale patologia: MECP2, CDKL5 e FOXG1. Il team è impegnato su due fronti: quello farmacologico e quello della terapia genica. In particolare sono state individuate alcune molecole farmacologicamente attive per condurre ricerche su modelli preclinici al fine di far regredire i sintomi della malattia e migliorare la qualità di vita delle bambine affette. ■

IMPIANTATO UN PACEMAKER SENZA FILI ALLE MOLINETTE



Il *pacemaker* è un dispositivo utilizzato dall'inizio degli anni '60 per curare quei pazienti affetti da arresto cardiaco secondario a patologie del sistema elettrico del cuore (blocco atrio-ventricolare). Senza entrare troppo in dettaglio si può dire che l'impianto del *pacemaker* tradizionale prevede essenzialmente due componenti: un generatore di impulsi inserito tramite un intervento chirurgico sotto cute generalmente nella regione clavicolare ed un elettrocattetero che, introdotto attraverso il sistema venoso collega questo generatore al cuore.

Sotto controllo radiologico, l'estremità distale dell'elettrocattetero viene saldamente fissata a livello della punta cardiaca del ventricolo destro. Se lo stimolatore cardiaco è "bicamerale" (con due elettrocatteteri), il secondo viene fissato allo stesso modo a livello dell'atrio destro.

I limiti di questo sistema che ha permesso in questi ultimi cinquant'anni di salvare milioni di vite umane sono la durata del catetere e la possibilità di infezioni che, partendo dalla cute dove viene impiantato il generatore, possono diffondersi fino al cuore causando endocardite batterica.

IL PACEMAKER ENDOCARDIACO O SENZA ELETTROCATETERE (I)

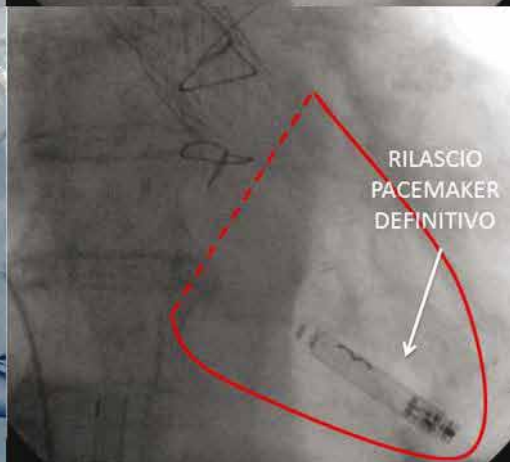
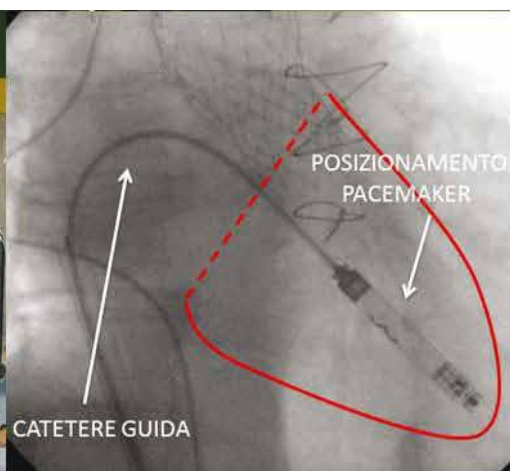
Negli anni le dimensioni dei *pacemaker* si sono progressivamente miniaturizzate passando dai 100 grammi dei primi dispositivi ai 20-30 grammi di quelli attuali, ma più recentemente lo sviluppo delle nanotecnologie ha permesso di segnare l'inizio di una nuova era nella terapia dell'elettrostimolazione del cuore.

Di recente è infatti stato realizzato un *pacemaker* talmente piccolo da poter essere posizionato direttamente all'interno del cuore senza la necessità di fili di connessione con l'apparecchio esterno. Il dispositivo viene introdotto direttamente nel cuore passando con un catetere "guida" attraverso una vena della gamba, il catetere "guida" viene successivamente rimosso senza richiedere nessuna incisione chirurgica della cute né successive cicatrici. L'impianto di questo *pacemaker* viene oggi proposto in primo luogo per quei pazienti ad elevato rischio di infezione o con problemi di accesso vascolare. Tale tecnologia è stata messa a disposizione

Poco prima di Natale scorso è stato impiantato un **pacemaker** di ultimissima generazione, senza fili, presso la Cardiologia universitaria dell'ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino, diretta dal professor Fiorenzo Gaita. L'apparecchio è stato impiantato senza il classico intervento chirurgico invasivo per evitare il rischio di infezioni endocardiche.

**Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra**
*Uff. Stampa Città
della Salute
e della Scienza
di Torino*

Il pacemaker impiantato alle Molinette



di quattro centri di elettrofisiologia di eccellenza italiani, tra cui la Città della Salute e della Scienza di Torino che venerdì 20 dicembre ha effettuato con successo il primo impianto presso la Cardiologia Universitaria in una donna di 83 anni affetta da una degenerazione del tessuto elettrico del cuore determinante un battito molto rallentato.

Le numerose comorbidità della paziente sottoposta a questo intervento innovativo avrebbero comportato un elevato rischio infettivo in caso di impianto di *pacemaker* per via tradizionale. "Questo *pacemaker* miniaturizzato rappresenta una significativa innovazione tecnologica nel campo della cardiologia, consentendo di evitare le principali complicanze legate all'impianto dei *pacemaker*, ovvero il danneggiamento e l'infezione degli elettrocatteteri. Oltre a queste significative novità strutturali, nonostante le sue piccole dimensioni, il prodotto impiantato vanta una durata della batteria fino a 8 anni e mezzo; trascorso tale tempo il *pacemaker* può essere "recuperato" con un apposito catetere e sostituito" afferma il professor Gaita. ■



L'ambiente in cui viviamo è malato e causa di patologie. Questo è l'allarme lanciato da Torino il 28 novembre scorso dal 7° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET). È stata anche aperta una sottoscrizione per la sensibilizzazione al problema. È infatti possibile firmare la "Dichiarazione di Torino 2013": un appello, redatto in occasione del Convegno, rivolto alle autorità politiche ad ogni livello, affinché nei processi decisionali sia tenuta presente la preoccupante realtà dello stato generale dell'ambiente e del clima della Terra, come causa di patologia per l'uomo e per gli altri esseri viventi e come portatore di scenari futuri inquietanti.

Un vero e proprio un "SOS Pianeta", firmato dal presidente del Congresso SIMET 2013, Guido Calleri, Responsabile del Centro di Medicina dei Viaggi dell'Amedeo di Savoia di Torino, da molti partecipanti e condiviso anche da addetti ai lavori non medici, ad esempio il meteorologo e climatologo Luca Mercalli, affinché la politica ponga questo problema tra le priorità in agenda, a salvaguardia del futuro di tutti gli esseri viventi.

Fino al 30 novembre 2013 è stato possibile firmare l'appello, nella sede del Congresso SIMET 2013, presso il Centro Congressi del Santo Volto di Torino e dal 1° dicembre scorso on line sul sito: <http://www.simet2013torino.org/>

Nicola Ferraro
Silvana Patrito
Uff. Stampa Asl TO2

DA TORINO UN **SOS** PER LA TERRA ALLE AUTORITÀ POLITICHE

DICHIARAZIONE TORINO 2013

In occasione del 7° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Tropicale, i sottoscritti segnalano una comune preoccupazione per lo stato generale dell'ambiente e del clima globale, come causa di patologia per l'uomo e per gli altri esseri viventi e portatore di scenari futuri inquietanti.

Da un lato il pianeta è dotato di risorse limitate, dall'altro la crescita della popolazione, e l'incremento della produzione di scorie, rifiuti e gas-serra stanno producendo mutazioni ambientali destinate a rendere sempre più difficile la vita di Homo sapiens, comparso sulla Terra 200.000 anni fa. Questi scenari erano già noti e denunciati dagli scienziati del MIT nel 1972, anno di pubblicazione dello studio "The limits to growth".

La tendenza di allora si rivela confermata a distanza di oltre 40 anni, quando anche la crisi economica mondiale deve fare i conti con la ridotta disponibilità di risorse energetiche e di materie prime, con la degradazione del suolo, con l'inquinamento ambientale e con i cambiamenti del clima.

Assistiamo oggi alla diffusione di malattie trasmissibili, precedentemente limitate ai paesi tropicali (dengue, chikungunya), all'aumento di patologia da calore in gruppi a maggior rischio (anziani e bambini), a mutazioni ambientali stabili (desertificazione) ed a crescente frequenza di eventi estremi (inondazioni, uragani). La tecnologia ed in particolare l'uso estensivo di antibiotici in agricoltura, nell'allevamento animale ed in terapia per l'uomo ha manifestato i suoi effetti sulle popolazioni batteriche, inducendo la comparsa di microrganismi resistenti che si sono diffusi in tutto il mondo, rendendo l'ambiente stesso "malato". Naturalmente i paesi e le popolazioni che più soffrono di questa situazione sono quelli a basso reddito (Africa, alcune zone del Sud America e del Sudest asiatico), mentre ne sono i principali responsabili i paesi ad alto reddito. I rischi di questa progressione sono concreti ma purtroppo economia, politica

e cultura occidentale non hanno ancora recepito l'urgenza di confrontarsi con questi scenari; il progetto dell'umanità è ancora dominato dalla sola logica del mercato, della crescita e della competitività, con scenari futuri a breve e medio termine preoccupanti.

I sottoscritti sono convinti della necessità e dell'urgenza di uno scatto coraggioso di evoluzione culturale che riporti il prelievo di risorse e l'influenza dell'uomo sull'ambiente all'interno dei cicli naturali.

I sottoscritti si rivolgono quindi all'autorità politica ad ogni livello, con un appello affinché questa realtà venga tenuta presente nei processi decisionali, e sia posta tra le priorità dell'agenda, in modo che la società tutta possa essere condotta verso un futuro desiderabile, stabile e sostenibile per tutti gli esseri viventi. ■

Codice QR per accedere con uno smartphone allo spazio in rete dedicato alla firma della "Dichiarazione di Torino 2013"



6,8
crediti
ECM

CONVEGNO NAZIONALE

Bisogni Assistenziali e Sostenibilità nelle Malattie Rare

promosso dalla Commissione Ordinistica Malattie Rare

Sabato 10 maggio 2014

Sala Congressi Villa Raby

ORDINE DEI MEDICI DI TORINO - Corso Francia, 8 - 10143 Torino

8.30 - 8.45 **Registrazione e saluti delle Autorità**

8.45 - 8.50 **Introduzione ai lavori**
Ivana Garione, Palma Ciaramitaro

8.50 - 9.00 **La Rete Interregionale Piemonte e Valle d'Aosta Malattie Rare**
Simone Baldovino

9.00 - 9.50 **TAVOLA ROTONDA**

I farmaci per le malattie rare

Moderatori:
Vittorio Modena, Maria Carmen Azzolina

Relatori:
Simone Baldovino, Carlo Albera,
Paola Crosasso, Annamaria Zagni,
Riccardo Rogna

9.50 - 10.00 **Discussione**

10.00 - 10.50 **TAVOLA ROTONDA**

Integrazione Ospedale-territorio: criticità emergenti nelle Malattie Rare

Moderatori:
Piero Stratta, Marco Manganaro

Relatori:
Massimo Mao, Emanuela Malorgio,
Grazia Cavallo, Roberto Lala,
Tiziana Bertero

10.50 - 11.00 **Discussione**

11.00 **Coffee break**

I SESSIONE

Moderatori:
Dario Cocito, Vittorio Modena

11.15 - 13.15 **Malattia di Pompe e Gaucher: criteri clinici, diagnosi e indicazioni terapeutiche**

Relatori:
Guido Regis, Marco Spada,
Veronica Pagliardini
Francesca Santarelli

13.15 - 13.30 **Discussione**

13.30 - 14.30 **Light lunch**

II SESSIONE

Moderatori:
Raffaele Pellerito, Palma Ciaramitaro

14.30 - 15.20 **Polineuropatie rare "drugs responders": quale prospettive di sostenibilità?**

Relatore: Dario Cocito
Discussant: Eduardo Nobile-Orazio

15.20 - 16.10 **Sclerosi Sistemica**

Relatore:
Enrico Fusaro
Discussant:
Maria Grazia Bernengo

16.10 - 17.00 **Cefalea rara: la sindrome di Chiari. Il percorso del paziente dalla diagnosi alla presa in carico multidisciplinare**

Relatori:
Maurizio Gionco, Palma Ciaramitaro
M. Consuelo Valentini, Giuliano Faccani

17.00 - 17.20 **Discussione**

17.20 - 17.30 **Test ECM e chiusura dei lavori**

Iscrizione (gratuita) riservata a Medici e Farmacisti entro il 30 Aprile 2014

Per informazioni: Segreteria Organizzativa e Provider
FARA CONGRESSI S.r.l. (Dr. Eleonora Carioggia)
Via Santa Giulia, 80 - 10124 Torino
Tel. 011.817.10.06 - Fax 011.55.37.861
E-mail: info@faracongressi.it
Sito web: www.faracongressi.it

Nicola Ferraro
Da materiale stampa
A firma Pierpaolo Berra

A RISCHIO ASSISTENZA 800MILA ANZIANI IN ITALIA

Questi anziani, a volte vecchi e grande vecchi, fanno parte dell'esercito del "welfare fai da te": quella parte consistente della popolazione italiana che dà fondo ai propri risparmi per supplire alle carenze del vero welfare, quello che dovrebbe essere assicurato dallo Stato. Un esercito però, in rotta, piegato dalla crisi economica che morde, precipitandola nell'indigenza, quella piccola o piccolissima borghesia capace fino ieri, con grandi sacrifici, di badare dignitosamente a se stessa. L'allarme è stato lanciato dagli esperti riuniti a Torino per il 58° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG).



Per colpa della crisi, tra la fine del 2012 e l'ottobre 2013, l'80% degli over 75 ha dovuto rinunciare in tutto o in parte alla badante. Il "welfare fai da te" è tuttavia fondamentale perché sugli oltre 2,7 milioni di anziani non autosufficienti, appena 500mila sono seguiti dai servizi pubblici domiciliari e solo 250mila sono accolti in strutture residenziali territoriali. Ma se il sostegno pubblico fosse adeguato uno su due lo preferirebbe all'assistente familiare. Lo rivela la prima indagine italiana su badanti e anziani, promossa dalla SIGG su 1.500 ultrasessantacinquenni, per valutare l'impatto socio-sanitario della crisi sulla cura agli anziani.

Tre anziani su quattro mangiano meno e peggio pur di avere ancora un aiuto in casa, ma nel 45% dei casi la pensione non basta e sono i figli a dover pagare la badante impegnando in tutto o in parte i propri risparmi. Così nell'ultimo anno circa 250mila anziani ci hanno rinunciato, oltre 500mila hanno ridotto gli orari di assistenza. Senza le assistenti familiari e in mancanza di un aiuto adeguato dal Servizio Sanitario, peggiorano la qualità di vita e la salute di 800mila over 75, aumentano i ricoveri e l'assistenza grava sempre di più sui familiari.

In Italia le badanti sono più di 800mila e per loro le famiglie spendono circa 10 miliardi di euro l'anno; sono presenze fondamentali per gli anziani non autosufficienti, anche se otto su dieci temono possano commettere errori nelle terapie, che sono spesso complesse e prevedono anche più di 10 farmaci al giorno. Paure fondate, visto che appena il 14% delle badanti ha avuto la possibilità di formarsi per l'assistenza sanitaria e il 77% è di nazionalità straniera: per questo la SIGG si propone di istituire brevi corsi per badanti che in 15 ore consentano loro di eseguire in modo corretto semplici atti medici come un'iniezione, la misura della pressione o della glicemia, la somministrazione corretta dei farmaci.

LO STUDIO SIGG: UNA FOTOGRAFIA IMPIETOSA CHE NON FA ONORE ALL'ITALIA

Fare la spesa al *discount* e rinunciare all'unica bistecca della settimana per potersi permettere la badante. Gli *over 75* che con la loro magra pensione non arrivano alla fine del mese sono costretti perfino a questo, pur di avere qualcuno che li assista a casa. Spesso nemmeno tutti questi sacrifici sono sufficienti: nel corso dell'ultimo anno il 55% degli *over 75* ha dovuto ridimensionare l'aiuto dell'assistente familiare, il 25% vi ha dovuto rinunciare del tutto. Una famiglia su tre ha perciò "tagliato" la badante e così 800mila anziani non autosufficienti sono a rischio assistenza: lo rivelano i dati della prima indagine italiana sulle badanti e anziani, presentati durante il Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), soltosi a Torino dal 27 al 30 novembre scorso, che mette anche in luce come le badanti siano una presenza apprezzata e indispensabile ma un anziano su tre teme che possano commettere errori nelle terapie. Una paura fondata, perché solo il 14% di loro ha avuto percorsi adeguati di formazione sanitaria e il 77% è di nazionalità straniera: il rischio di sbagli a causa di una scarsa preparazione o per una mancata comprensione delle indicazioni mediche è perciò concreto.

Lo studio, condotto da Datanalysis intervistando 1.500 *over 75* su tutto il territorio nazionale, mostra che il 66% degli anziani che hanno assunto una badante soffre di due o più malattie croniche: in due casi su tre non vivono neppure da soli, ma i bisogni e le difficoltà nella vita di tutti i giorni costringono a ricorrere a un aiuto costante, nella maggior parte dei casi durante l'arco delle 24 ore.

"In Italia gli anziani non autosufficienti sono più di 2,7 milioni - spiega Giuseppe Paolisso, presidente SIGG - e di questi meno di mezzo milione sono seguiti dai servizi pubblici di assistenza domiciliare con una spesa di circa cinque miliardi l'anno. In pratica, il SSN sostiene a casa appena un anziano su cinque fra i non autosufficienti, il 5% rispetto al totale della popolazione *over 65*. Siamo perciò fanalino di coda fra i Paesi europei: in Germania l'assistenza pubblica raggiunge il 7% degli anziani, in Francia il 9% e in Danimarca addirittura il 21%. I servizi domiciliari, a cui ricorrebbe volentieri un anziano su due, sono dunque un miraggio per molti e in questo scenario, che evidenzia l'inadeguatezza del nostro sistema dei servizi, ad affiorare è il fenomeno del "Welfare fai da te". Così sono circa un milione gli anziani di cui si fanno carico direttamente i familiari e altrettanti quelli che vengono assistiti da una badante con un esborso per le famiglie di circa 10 miliardi l'anno. Il 55% degli anziani dà fondo alla propria pensione per permettersi un aiuto in casa, ma nel 45% dei casi questa non basta addirittura più e bisogna intaccare i risparmi dei figli. Ma nonostante i sacrifici, oggi una famiglia su tre è costretta a una "spending review" rinunciando o riducendo l'orario dell'assistente familiare. Significa che per ben 800mila anziani l'assistenza è a rischio: peggiorano salute e qualità di vita e cresce il rischio di ricoveri mentre tutto il peso dell'impegno assistenziale ricade sui familiari".

LE BADANTI

Le badanti sono perciò un "pilastro" fondamentale nell'assistenza agli anziani nel nostro Paese, che non può contare su un sostegno pubblico adeguato. L'indagine lo conferma, mostrando che nella maggior parte dei casi le badanti stanno per anni nelle case degli anziani: oltre il 58% degli intervistati ce l'ha o l'ha avuta da almeno due anni, circa la metà da più di quattro anni. In virtù di questi lunghi rapporti di vicinanza e convivenza, la badante diventa spesso un punto di riferimento prezioso per l'anziano: "Il 66% è arrivato alla decisione di assumerla dietro la spinta dei figli e dei

nipoti, ma poi la maggioranza si fida dell'assistente familiare - osserva Paolisso - Tuttavia otto anziani su dieci hanno paura che la badante sbagli le cure: appena quattro su dieci suppliscono a piccole necessità mediche come la misura della pressione o della glicemia, la medicazione di una ferita o un'iniezione intramuscolo e pochissime sono quelle con una formazione specifica per l'assistenza sanitaria. Questo, unito al fatto che molte sono straniere e quindi hanno inevitabilmente maggiori difficoltà nella comprensione delle indicazioni mediche, espone a errori nelle cure, soprattutto in caso di pazienti complessi. Per questo la SIGG si è posta fra i suoi obiettivi la qualificazione delle badanti attraverso i geriatri presenti sul territorio: basterebbe promuovere piccoli corsi di appena 15 ore, tre pomeriggi in una settimana, per dare loro tutte le informazioni base necessarie a gestire senza pericoli la salute degli anziani di cui si occupano. Le assistenti familiari infatti si trovano a far fronte a situazioni complicate per chiunque: i dati più recenti dell'Osservatorio ARNO-Cineca confermano che oltre 1.700.000 anziani assumono ogni giorno fino a 11 farmaci, tanto che la spesa farmaceutica in questa fascia di popolazione quadruplica rispetto agli adulti. Significa che la maggioranza dei pazienti affidati alle cure delle assistenti familiari è sottoposta a politerapie complesse da seguire, che implicano l'assunzione di molti farmaci in modi e momenti diversi della giornata: una formazione adeguata è perciò essenziale perché le badanti, prezioso sostegno per i nostri anziani, siano in grado di affrontare i loro compiti consapevolmente".

LA SITUAZIONE IN PIEMONTE

"In Piemonte la situazione generale dell'assistenza agli Anziani non si discosta molto da quella Nazionale - spiega il Prof. Giancarlo Isaia, Direttore della Struttura "Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso" delle Molinette -; un dato certo è che le strutture pubbliche non sono più in grado di fornire una risposta adeguata ai bisogni degli anziani non autosufficienti, che spesso restano ricoverati in Ospedale per un periodo di tempo francamente eccessivo; in Piemonte, nonostante la recente sentenza del TAR che ha dichiarato illegittima la lista di attesa, vi sono 31.000 malati cronici non autosufficienti che aspettano di ricevere specifiche prestazioni socio-sanitarie (14.000 per cure residenziali e 17.000 per cure domiciliari) e, per quanto riguarda la Città di Torino, la lista di attesa di oltre 12.000 persone si allunga giorno dopo giorno. Ciò anche per i frequenti ritardi nell'integrazione della retta alberghiera da parte delle Istituzioni, a loro volta in difficoltà per i noti tagli intervenuti sulla finanza pubblica locale. ■



IRRIDERE LA MALATTIA È GIÀ UN PO' GUARIRE

"Mi rilasso nell'acqua calda e nella schiuma - ricorda Panero - e dopo qualche minuto mi accorgo che tutto il mio corpo è caldo. Ma la gamba destra, no, è fredda, senza temperatura, come un'entità autonoma indipendente dal resto.". Più stupito che spaventato "abito in questo corpo da quarant'anni - dice - e di colpo me ne manca un pezzo, come se all'improvviso venissi sfrattato da una parte della mia casa".....

Da queste parole appare evidente come ogni autocommiserazione o ricerca di comprensione appaiono del tutto bandite. Panero si guarda vivere "con" e "nella" sclerosi, come se fosse altro da sé. Anzi "mi rido addosso - dice - non faccio sceneggiate, mi prendo in giro", essendo questo il suo modo di reagire e di tirare avanti. Ricorda di aver detto ad un amico (facendolo anche arrabbiare): "A me non sono mai piaciute le Fiat. Eppure guarda che sfiga: mi devo tenere la "Multipla" finché campo!"

Analizza con distacco anche il comportamento di chi lo circonda, per lo più pietistico, sentimento che rasenta l'ipocrisia. "Come mi offende quel garbo di chiamarci "diversamente abili" - dice - Perché non diciamo allora che siamo "diversamente sani"? Fin quando, noi come loro, saremo "diversamente vivi". "La stessa ipocrisia - osserva beffardo - che fa chiamare escort le peggio zocc... che saltano da un politico all'altro".

Persino il titolo di questa rappresentazione teatrale desta curiosità.

Curiosità che il palcoscenico conserva ed amplifica. Di malattia, in questa rappresentazione teatrale, effettivamente si parla, ma in un'ottica insolita, originale. L'autore (e regista) infatti è un malato di Sclerosi Multipla.

Antonello Panero, 50 anni, convive con questa patologia da dieci anni e ha voluto portare la sua malattia sulla scena, contemplandola dall'interno: la sclerosi, quindi, e la sua vittima, protagonisti di un intenso, curioso e divertente dialogo teatrale.

In un confronto serrato (definito "monologo a due") con Luca Armato, l'altro protagonista, Panero ricorda con stupore misto ad incredulità i primi segnali della malattia, coglie le modifiche progressive nel suo corpo, si scontra con i limiti via via imposti dal decorso subdolo e costante. Ma è un'osservazione distaccata, la sua, che non si sa se attribuire a forza d'animo singolare o a particolare efficacia narrativa e di recitazione.

DALL'AUTOIRONIA UNA CONSAPEVOLEZZA NUOVA

Il distacco, quasi il cinismo, con cui affronta la sua malattia, gli fa dire che ognuno la vive come vuole e come può "e nessuno può dirmi di cambiare". Non è quindi senza sorpresa che Panero rilasci affermazioni del tipo "ringrazio Dio della mia malattia, perché ho capito che non sono di ferro, un superman. Ho smesso - dice - di inseguire una carriera o una vita futura cominciando a guardare quel che ho, il mio presente, poco, lo so, ma è tutto mio: una casa, i libri, il mio gatto, il cielo, un'arancia, un bagno caldo, il sonno, la mia storia, gli amici".

Il male gli è stato "utile" anche nell'aver agito da setaccio per le persone: "Certi amici non mi hanno più telefonato da quando hanno saputo la notizia. Se fossi sano, come loro - commenta - li avrei ancora fra i piedi. Invece ho soltanto quello che è giusto: quel che ho, quello sono io. Detto

Massimo Boccaletti



Codice "QR" dell'intervista ad Antonello Panero

“UN SILENZIO MAI VISTO. OGNI SCLEROSI È MULTIPLA”



così sembra niente - sottolinea - ma è realmente molto: io, coi **miei** difetti e pregi, le passioni, gli amici veri, i dubbi e le paure. Noi ci godiamo il mare perché lo guardiamo - afferma convinto - Ci godiamo il sole e il cielo perché abbiamo più tempo per vederli e guardarli. E la notte possiamo goderci il silenzio (di qui il titolo ndr.) e contemplarlo”.

“Un silenzio mai visto. Ogni sclerosi è multipla” è andato in scena con grande successo di critica e di pubblico il 24 e il 25 gennaio al Circolo Bloom di via Challant 13 a Torino.

NOTA BIOGRAFICA

Libraio, rappresentante di case editrici, Antonello Panero debutta come attore a Selvaggio, in una compagnia amatoriale, “La Ciarità” nel 1981.

Da sempre innamorato del palcoscenico, fa risalire la sua primissima passione per teatro e cinema agli anni dell’infanzia, quando frequentava ad Asti la sala cinematografica gestita dalla zia.

A 18 anni incontra Erminio Macario ed il ricordo gli illumina ancora gli occhi. Inizia la carriera di attore amatoriale nel 1981, in ruoli leggeri e brillanti. Nel 2001 collabora con “Ideateatro” e nel 2003 interpreta con Sandro Calabro “Clara” di Arthur Miller. È già malato, ma calca lo stesso e per oltre un’ora, la scena, pur essendo stato sottoposto qualche giorno prima ad un trattamento farmacoterapico molto pesante.

Con un’opera di Miller esordisce anche l’anno dopo come regista.

Al suo attivo vanta una proficua collaborazione con Carlo Verdone e una

sintonia artistico ed umana con Giorgio Gaber.

Come autore Panero esordirà nel ‘92 con “Bingo e Pallina” mentre con “Imparami la vita” (anno 1995) tratta per la prima volta un “tema medico”, un dialogo tra due ammalati in un ospedale. Nel 2006 mette in scena all’Espace “Il silenzio mai visto/Ogni sclerosi è multipla”, in una prima versione avente come tema il dialogo tra ammalato e medico, ora in versione modificata.

Nel cartellone del Circolo Bloom Panero è anche regista de “La settima moglie” thriller del Piccolo Teatro Comico rappresentato il 6 e 7 dicembre 2013.

La redazione di Torino Medica ha registrato un’intervista audiovisiva con Antonello Panero, pubblicata in Rete all’indirizzo: www.torino-medica.org e scaricabile digitando nell’apposito spazio di ricerca in alto a destra in homepage la parola: “Panero”. Per gli smartphone abilitati pubblichiamo anche il codice “QR” che permette l’accesso diretto all’intervista. ■



“PIETRE”: IL TEATRO CONTRO LA DISCRIMINAZIONE

Raffaella Nicotera
*Tutor supervisore
Corso di Laurea
in Infermieristica -
Sede Torino*



Il 9 gennaio 2014 ha debuttato a Torino, presso la sede del Corso di Laurea di Infermieristica, **“Pietre”**, una performance teatrale messa in scena e promossa dal Teatro Popolare Europeo in collaborazione con l’Università - Corso di laurea in Infermieristica di Torino e Cuneo, InPrEsa, Master di Teatro Sociale e Comunità, DoRS (Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte) e le Asl di Alessandria, Vercelli e Cuneo.

La performance teatrale rappresenta la tappa finale del progetto **“Come mi senti? Il teatro per la cura delle discriminazioni”**, vincitore del bando regionale piemontese per la diffusione della cultura di parità e del principio di non discriminazione nel sistema educativo e nel mondo del lavoro. Lo spettacolo vuole creare un’attenzione e una sensibilità verso la prevenzione degli atti discriminatori nei luoghi di cura, sia tra curanti e pazienti sia nelle dinamiche lavorative degli operatori sanitari.

Per costruire il testo teatrale sono state raccolte le storie di discriminazione in contesti sanitari intervistando direttamente i testimoni. In seguito è stato realizzato un laboratorio teatrale con gli studenti infermieri che hanno raccontato le loro storie di discriminazione agite o subite e rielaborato teatralmente le storie dei testimoni.

I materiali raccolti e prodotti nei laboratori (testi, azioni, ricerche, testimonianze degli studenti) sono stati elaborati drammaturgicamente in uno spettacolo teatrale. Allo spettacolo ha fatto seguito un’azione teatrale interattiva ispirata al Teatro Forum di Augusto Boal che ha coinvolto attivamente il pubblico dei cittadini, degli operatori sanitari e degli studenti. La struttura dello spettacolo è stata dunque arricchita dall’incontro teatrale tra le storie di discriminazione e le sensibilità e le narrazioni proposte dal pubblico per ri-creare, nel qui e ora, una nuova narrazione. ▶

Spettacolo Pietre

Come mi senti?

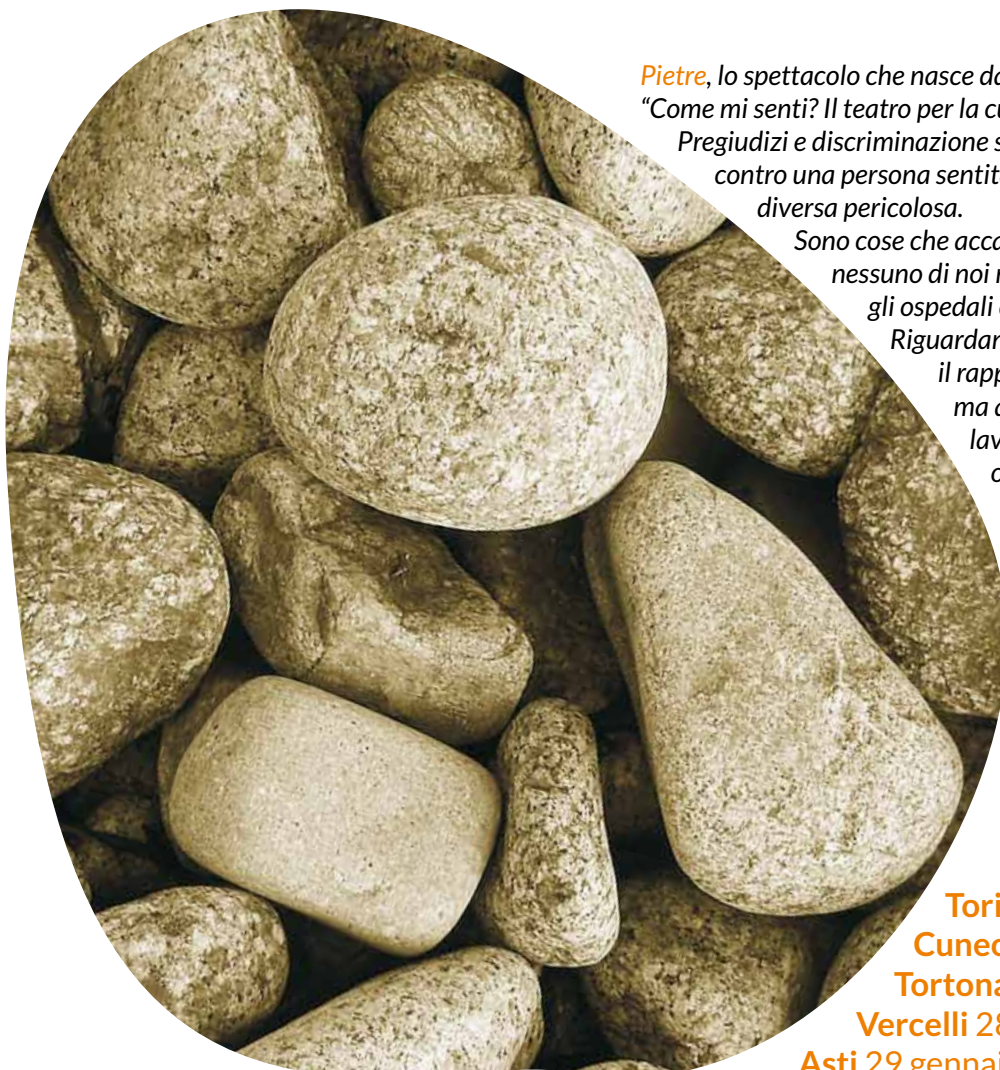
Il teatro per la cura delle discriminazioni

"Se sei bello ti tirano le pietre, se sei brutto ti tirano le pietre...qualunque cosa fai pietre prenderai"
(Antoine, 1967)

Pietre, lo spettacolo che nasce dal progetto
"Come mi senti? Il teatro per la cura delle discriminazioni".
Pregiudizi e discriminazione sono come pietre lanciate
contro una persona sentita come diversa e perché
diversa pericolosa.

Sono cose che accadono tutti i giorni,
nessuno di noi ne è immune, neppure
gli ospedali e i luoghi di cura.

Riguardano la relazione di cura,
il rapporto tra curanti e pazienti,
ma anche le relazioni
lavorative all'interno delle
organizzazioni sanitarie.



Torino 9 gennaio 2014
Cuneo 13 gennaio 2014
Tortona 23 gennaio 2014
Vercelli 28 gennaio 2014
Asti 29 gennaio 2014

Per informazioni sugli eventi:

Tel: 3882435343

Mail: cristina.ressia@gmail.com

Facebook: <https://www.facebook.com/pages/Come-mi-senti/171776012990982?fref=ts>

[Come-mi-senti/171776012990982?fref=ts](https://www.facebook.com/pages/Come-mi-senti/171776012990982?fref=ts)

Lo spettacolo è stato replicato nel mese di gennaio a Cuneo, Alessandria, Asti e Vercelli presso i luoghi di cura, nelle Università e negli spazi di formazione del personale sanitario.

La regista dello spettacolo, Alessandra Rossi Ghiglione così presenta la performance: *"Pietre intende senza retorica e attraverso l'essenzialità della scena condividere ciò che ci hanno trasmesso tutte le persone coinvolte dal progetto: lo sgomento morale di fronte alla discriminazione, ma anche la forza, la sensibilità e la determinazione a cambiare il modo di vivere e abitare la cura e il mondo"*.

Le foto dello spettacolo, scattate da Dario Cicchero, raccontano tre momenti della rappresentazione, dedicata agli operatori ma libera a tutti tenuta il 27 gennaio presso l'Ospedale di Rivoli - Sala prelievi/Ingresso.

LO SPETTACOLO "PIETRE"

**REGIA DI ALESSANDRA ROSSI GHIGLIONE
CON ANTONELLA ENRIETTO E ALBERTO PAGLIARINO
CON LA COLLABORAZIONE DI LORENA LA ROCCA E MAURIZIO BERTOLINI
ORGANIZZAZIONE CRISTINA RESSIA PER TEATRO POPOLARE EUROPEO**

"Sei sei bello ti tirano le pietre, se sei brutto ti tirano le pietre...qualunque cosa fai pietre prenderai"
(Antoine, 1967)

Pietre, lo spettacolo che nasce dal progetto "Come mi senti? Il teatro per la cura delle discriminazioni", inizia con la nota canzone francese di Antoine. Pregiudizi e discriminazione sono come pietre lanciate contro una persona sentita come diversa e perché diversa pericolosa. Sono cose che accadono tutti i giorni, nessuno di noi ne è immune, neppure gli ospedali e i luoghi di cura. Riguardano la relazione di cura, il rapporto tra curanti e pazienti, ma anche le relazioni lavorative all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Essere donna, essere omosessuale, essere nero, essere rom, essere tossicodipendente, essere malato di diabete, avere l'Hiv. Essere persone diverse provoca paura e rifiuto. In universo sociale di pregiudizio latente, la discriminazione prende forma e diventa un atto concreto contro il diritto di un paziente o il diritto di un lavoratore. Sono le persone che discriminano, ma sono anche i sistemi che discriminano per come sono organizzati. Sembrano esserci pazienti 'più adatti' ad esser curati così come ci sono lavoratori 'più adatti' a fare carriera. I 'non adatti' invece aspettano, si perdono oppure vengono più o meno direttamente estromessi. "Lo so perché mi tirate le pietre per strada" dice un trans nello spettacolo: "ma perché lo fate qui in ospedale, ecco questo non lo capisco." Ci sono luoghi dove la discriminazione fa male due volte perché le fragilità sono maggiori e il rapporto di potere - il potere di curare - è fortemente diseguale.

"Quando si lancia la prima pietra?": ognuno ha il ricordo di essere stato testimone o protagonista da bambino della prima discriminazione. Un atto brutto e doloroso che segna. La vittima e il colpevole. A volte decide da che parte starai per il resto della vita. Nelle interviste a testimoni di discriminazione - tutti operatori sanitari piemontesi - e nei laboratori condotti con gli studenti di Infermieristica di Torino, Cuneo, Ivrea, emergono situazioni, storie, volti: alcuni casi davvero terribili, altri apparentamenti più lievi ma ugualmente gravi nella inconsapevolezza di chi agisce la discriminazione.

Da questo materiale nasce Pietre, uno spettacolo per due attori in forma di narrazione e canto che intende senza retorica e attraverso l'essenzialità della scena condividere ciò che ci hanno trasmesso tutte le persone coinvolte dal progetto: lo sgomento morale di fronte alla discriminazione, ma anche la forza, la sensibilità e la determinazione a cambiare il modo di vivere e abitare la cura e il mondo.

Lo spettacolo è preceduto da un prologo corale degli studenti di Infermieristica e seguito da un'azione teatrale interattiva, ispirata al Teatro Forum di August Boal, che coinvolge il pubblico, proponendo di agire in scena una delle situazioni di discriminazione raccolte e di trovare insieme possibilità diverse di comportamento.

IL PROGETTO CULTURALE "COME MI SENTI?". IL TEATRO PER LA CURA DELLE DISCRIMINAZIONI

Il progetto intende raccogliere, nel contesto sanitario, storie di discriminazione vissute da pazienti ed operatori. Esse vengono utilizzate all'interno di laboratori teatrali nella formazione degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica e rielaborate per essere rappresentate in *performance* pubbliche su tutto il territorio piemontese.

Il contesto sanitario è, per sua caratteristica, il luogo in cui si esprimono vulnerabilità, in cui il malato attende cure con diverse modalità: visita medica, esami per la diagnosi, trattamenti di cura, ricovero, interventi di prevenzione e riabilitazione. Esse sono caratterizzate da pratiche del mostrarsi, diverse per cultura e religione, che passano spesso per un contatto fisico, per una gestione del corpo, per una comunicazione non solo verbale. L'ammalato e il professionista della cura sono potenziali protagonisti di una relazione dispari in cui il paziente dipende dalle cure somministrate in una posizione richiedente, in cui le sue personali caratteristiche etniche, religiose, anagrafiche, di genere e di orientamento sessuale troppo spesso sono ignorate nell'ottica di un'omologazione del malato e di un'assistenza "protocollata". La cultura della dis/parità riguarda inoltre la stessa organizzazione del lavoro nei servizi sanitari e ospedalieri.

DALLA TESTIMONIANZA ALLA SUA RAPPRESENTAZIONE

Il teatro per la cura delle discriminazioni raccoglie direttamente dai testimoni di discriminazione in contesti sanitari le storie vissute, garantendo l'anonimato delle vittime discriminate e mediando l'incontro con i giovani studenti, futuri professionisti della cura, attraverso il laboratorio teatrale. In questo contesto di ricerca, esplorazione e apprendimento i diversi casi di discriminazione vengono raccontati ed elaborati trasversalmente con percorsi teatrali per creare un'attenzione e una sensibilità nel futuro operatore sanitario verso la prevenzione degli atti discriminatori diretti e indiretti e verso la cultura dell'inclusione e della parità. Il progetto è finalizzato alla rappresentazione della *performance* teatrale presentata nella province piemontesi, caratterizzata da un dibattito e un confronto con il pubblico in diretta.

Il progetto è frutto di una collaborazione tra il Master di Teatro Sociale e di Comunità (TSC) e il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Torino e il supporto dell'Associazione Teatro Popolare Europeo, di DoRS Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte e dell'Associazione Sociale Iniziative di Promozione ed Educazione alla Salute (InPrESa). Hanno aderito in qualità di partner la Asl To 3 e le Asl di Alessandria, Asti, Novara, Vercelli e l'Assessorato alla Pari Opportunità del Comune di Torino.

Il progetto si è aggiudicato il bando regionale piemontese per la diffusione della cultura di parità e del principio di non discriminazione nel sistema educativo e nel mondo del lavoro, finanziato con il Fondo Sociale Europeo.

Nello scorso mese di maggio è stata avviata una ricerca di casi e di persone coinvolte in discriminazioni in ambiente sanitario e nella relazione di cura per raccogliere storie vissute, garantendo l'anonimato delle vittime discriminate. Le storie hanno esplorato le discriminazioni di genere, origine etnica e nazionalità, religione e convinzioni personali, disabilità, età, orientamento sessuale. Contestualmente è stata eseguita una ricerca documentale sui dati disponibili che descrivono il fenomeno a livello regionale e nazionale e una revisione di letteratura su studi, interventi ed esperienze che hanno affrontato il tema attraverso il teatro sia nella formazione sia nella comunicazione con la popolazione. ▶



L'ASL TO3 INVITA GLI OPERATORI A PARTECIPARE ALLA PERFORMANCE TEATRALE DEL PROGETTO "COME MI SENTI? UN TEATRO CHE HA VINTO UN BANDO REGIONALE PRESSO L'UNIONE EUROPEA CONTRO QUALSIASI DISCRIMINAZIONE NELLA PRESA IN CARICO E NEL SERVIZIO RESO AI PAZIENTI"

"Pietre"



27 gennaio ingresso Ospedale di Rivoli ore 15,30

IL 27 GENNAIO 2014 ALLE ORE 15,30 PRESSO L'OSPEDALE DI RIVOLI - SALA PRELIEVI/INGRESSO, SITERRA' ANCHE IN ASL TO3, LA REPLICA DELLA PERFORMANCE TEATRALE "PIETRE" DEDICATA AGLI OPERATORI MA LIBERA A TUTTI

L'ASL TO3, in sinergia con il Teatro Popolare Europeo, l'Università di Torino, le ASL di Alessandria, Vercelli e Cuneo, In.PrESa, Master di Teatro Sociale e Comunità, e DoRS, ha aderito al progetto **"Come mi senti? Il teatro per la cura delle discriminazioni"**, vincitore del bando regionale finanziato dall'unione europea per la sensibilizzazione sul tema delle discriminazioni nel sistema educativo, nel mondo del lavoro e nei luoghi di cura, sia tra curanti e pazienti sia nelle dinamiche lavorative degli operatori sanitari.

Dal "materiale" raccolto nel progetto (interviste e laboratori con attori e testimoni di discriminazioni) è nato lo spettacolo "Pietre", una performance teatrale in forma di narrazione e canto che utilizza lo strumento del teatro sociale e costituisce una occasione di riflessione e di scambio che, senza retorica e attraverso l'essenzialità della scena, intende condividere lo sgomento morale di fronte alla discriminazione, ma anche la forza, la sensibilità e la determinazione a cambiare il modo di gestire il delicato momento della cura.

Per maggiori informazioni sul progetto:
Facebook: "Come mi senti?"
web: www.teatrosocialecomunita.it; www.teatrope.it; www.come-mi-senti-il-teatro-per-la-cura-delle-discriminazioni; www.dors.it
Info Teatro Popolare Europeo Cristina Resina: tel. 38248343, e-mail cristina.resina@gmail.com
Info ASL TO3: S.C. Comunicazione e Relazioni Esterne - Ufficio Progetti: tel. 0121 258068 - 255311, email sist.ascolto@asl10.piemonte.it

L'ASPETTO FORMATIVO PER LA LAUREA IN INFERMIERISTICA

A partire da questo materiale, nell'autunno scorso, sono stati coinvolti 90 giovani studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino (fascia di età interessata 20-25 anni) in un percorso laboratoriale seguito da formatori professionisti con la supervisione metodologica del Master in Teatro Sociale e di Comunità e del Corso di Laurea in Infermieristica. I materiali prodotti nei laboratori (testi, azioni, ricerche, testimonianze degli studenti) sono stati elaborati drammaturgicamente nello spettacolo teatrale "Pietre", prodotto dal Teatro Popolare Europeo.

Gli attori in scena raccontano, secondo il lavoro di ricerca realizzato dagli studenti, le storie di discriminazione raccolte e trasformate per la rappresentazione. Vengono raccontate teatralmente le suggestioni emerse dai laboratori con gli studenti con l'obiettivo di coinvolgere attivamente il pubblico dei cittadini e degli operatori. La specificità del linguaggio teatrale, infatti, permette di attivare contesti interattivi mirati al coinvolgimento con la proposta di momenti di Teatro Forum, prima o dopo lo spettacolo, in cui coinvolgere attivamente il pubblico.

È prevista una documentazione con video che sarà diffusa attraverso il Web.

Il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia formativa e comunicativa sono a cura del Corso di Infermieristica e del Master TSC con il supporto di InPrESA e la collaborazione di DoRS. La diffusione dell'evolversi del progetto e dei risultati avviene con la creazione di una pagina web sui siti di www.teatrosocialecomunita.it, www.teatrotpe.it, www.dors.it. Inoltre è stata predisposta una pagina Facebook per documentare il percorso, proseguire il confronto sul tema tra gli studenti durante tutto il periodo laboratoriale e con interlocutori interessati, promuovere gli appuntamenti degli spettacoli e diffondere i risultati del progetto.

Chi è interessato a entrare in contatto con il progetto può scrivere a info@teatrotpe.it.

Sugli aspetti formativi di questo progetto culturale e in particolare dello spettacolo la redazione di Torino Medica ha realizzato due interviste audiovisive all'attrice Antonella Enrietto e al prof. Valerio Dimonte, Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica all'Università di Torino.

Le interviste, scaricabili dal portale www.torinomedica.com digitando nello spazio dedicato alla ricerca (in *homepage* in alto a destra) la parola "Pietre" si possono vedere immediatamente con uno *smartphone* abilitato inquadrando il codice "QR" che segue. ■



Antonella Enrietto e Alberto Pagliarino

LUCIANO MOTO®

FEEL DIFFERENT

CASALGRASSO - S.S. TORINO SALUZZO
TEL. 011 97 55 700 - www.lucianomoto.com



OPERAZIONE

50%

Acquista ora la moto e gli accessori che desideri.

Pagherai solo **la metà** del loro prezzo unitamente a tanti altri vantaggi. *Vieni a scoprirli!*

...e solo tra 2 anni deciderai se **Tenerla, Sostituirla o Restituirla** senza vincoli!



DUE ELETTRODI CONTRO LA DISTONIA E IL PARKINSON

**Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra**
*Uff. Stampa Città
della Salute e della
Scienza di Torino*

L'équipe neurochirurgica-neurologica dell'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino ha portato a termine per la prima volta in Piemonte con successo un delicato intervento chirurgico stereotassico su una giovane paziente torinese di 23 anni affetta da distonia primaria generalizzata.

"Grazie alla tecnica stereotassica che consente un'estrema precisione chirurgica abbiamo posizionato - afferma il professor Michele Lanotte, neurochirurgo, che ha effettuato l'intervento - due elettrodi del diametro di poco più di 1 mm nel cervello della paziente, più precisamente nel nucleo pallido interno. Gli elettrodi sono stati poi collegati ad un piccolo pacemaker posizionato in regione toracica e fornito di batteria ricaricabile periodicamente da parte della stessa paziente. È una tecnica di neuromodulazione: gli elettrodi alimentati dal pacemaker producono uno stimolo elettrico sul nucleo pallido ripristinando un corretto funzionamento dei circuiti neurologici alterati dalla malattia".

UNA FORMA DI DBS

L'intervento rientra tra le procedure di stimolazione cerebrale profonda, conosciute anche come DBS dall'acronimo anglosassone *Deep Brain Stimulation*, utilizzate per il trattamento chirurgico della malattia di Parkinson in fase avanzata, per il quale l'Ospedale Molinette è un Centro di riferimento e di assoluto rilievo.

"La distonia - afferma il professor Leonardo Lopiano (direttore della Neurologia universitaria) - è una malattia che può colpire qualunque parte del corpo, braccia, gambe, tronco, palpebre, viso e perfino corde vocali. Ne sono affette in Italia circa 25.000 persone e nelle forme primarie generalizzate, come nel caso della giovane paziente, si tratta spesso di una malattia genetica e dunque ereditaria. La distonia può essere fortemente invalidante e può pregiudicare in maniera sostanziale la qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti. Laddove le terapie mediche si rivelino insufficienti, l'intervento chirurgico rappresenta l'unica strada percorribile."

Il miglioramento clinico dopo l'intervento non è immediato, ma compare progressivamente nelle settimane successive. La giovane paziente, dimessa dopo una settimana di degenza in Neurochirurgia, nel frattempo è già tornata a una vita lavorativa e sociale normale.

IL DBS PER LA CURA DEL PARKINSON

A questo proposito la stessa équipe ha recentemente eseguito un importante studio sull'efficacia della DBS nel trattamento della malattia di Parkinson. È stato infatti appena pubblicato su una delle riviste scientifiche più qualificate a livello mondiale nell'ambito delle Neuroscienze cliniche, "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry", uno studio che per la prima volta ha confrontato a lungo termine l'efficacia della terapia farmacologica e dell'intervento di stimolazione cerebrale profonda per il trattamento della malattia di Parkinson. Il lavoro costituisce una novità metodologica perché si è riusciti a identificare un "gruppo di controllo retrospettivo" di pazienti trattati con terapia medica, ma assolutamente identici per età, gravità e durata di malattia rispetto al gruppo di pazienti operati. I pazienti trattati con la terapia farmacologica erano stati ricoverati nel reparto di Neurologia fino a dieci anni prima e sono stati rintracciati e nuovamente valutati a distanza grazie ad un lavoro durato circa due anni. ►

Dall'agosto scorso vi sono nuove possibilità di cura a Torino ed in Piemonte per i pazienti affetti da distonia che, come i nostri lettori sanno, sono un gruppo di malattie neurologiche caratterizzate dalla presenza di contrazioni muscolari involontarie e protratte, che determinano posture gravemente alterate e movimenti anomali spesso dolorosi.



Il lavoro è stato possibile grazie anche all'entusiasmo di giovani ricercatori che fanno capo alla Divisione di Neurologia, in particolare il dottor Aristide Merola. "L'intervento di stimolazione cerebrale profonda - conclude Lopiano - risulta a lungo termine, nonostante la progressione di malattia, efficace nel migliorare la disabilità motoria dei pazienti parkinsoniani." Il lavoro è stato inoltre oggetto di un commento da parte della prestigiosa rivista Nature, che lo ha inserito tra le novità più importanti pubblicate negli ultimi mesi.

LA DISTONIA

La distonia, semplificando al massimo, è un disturbo neurologico del movimento. È una condizione patologica che può causare gravi e invalidanti contrazioni muscolari involontarie che interferiscono con la deambulazione, il sonno, l'assunzione del cibo e il parlare.

Esistono due tipi di distonia:

- la distonia primaria - dove la distonia è l'unico sintomo ed è una condizione patologica principalmente ereditaria.
- la distonia secondaria, conseguenza di un'altra patologia come ictus, infezioni o una lesioni: ad esempio un trauma cranico.

Inoltre, vi sono diverse classificazioni della distonia che fanno capo alla parte del corpo interessata:

- la distonia focale, che colpisce una sola area del corpo
- la distonia segmentale, che interessa una parte del corpo più estesa, un segmento corporeo, appunto
- la distonia generalizzata, che coinvolge tutto il corpo ed è la forma più difficile da trattare. ■



RICERCA: IMPORTANTI NOVITÀ DA CANDIOLO

Nicola Ferraro
Edoardo Girola
Ufficio Stampa
Fondazione
Piemontese per
Ricerca sul Cancro



**FONDAZIONE PIEMONTESE
PER LA RICERCA SUL CANCRO
ONLUS**

I lavori ormai in fase avanzata del grande cantiere della II Torre della Ricerca e della cura, che ha completato il profilo di Candiolo, e l'annuncio dell'avvio di due nuovi importanti progetti di ricerca finanziati con il "5 x1.000" sono state le novità più salienti della riunione annuale con le 23 Delegazioni della Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro, la Onlus che ha ideato l'Istituto, l'unico "a carattere scientifico" del Piemonte.

Nell'accogliere i delegati la presidente Allegra Agnelli ha sottolineato come con la loro attività sul territorio rappresentino una linfa preziosa e insostituibile per la Fondazione. Facendo il punto dei lavori sulla II Torre (il più importante cantiere ospedaliero in corso in Piemonte con un investimento di circa 50 milioni di euro), ha affermato: "Tutte le opere murarie esterne sono terminate e si sono tolti i ponteggi. Per quanto riguarda gli allestimenti interni, alcune aree sono già operative. All'interno del Centro sono stati effettuati lavori consistenti: una vera rivoluzione informatica è stata messa in atto per migliorare ulteriormente la sicurezza dei pazienti". Sul fronte della ricerca Allegra Agnelli ha ricordato "... l'ampio risalto degli studi sulle principali riviste scientifiche internazionali, in particolare *Nature*, *Cancer Research* e *Science Translational Medicine*".

Sono stati contributi importanti sul fronte delle nuove frontiere della lotta contro il cancro, che oggi si chiamano *Medicina di precisione*, come ha sottolineato il direttore della Ricerca Fondamentale, Alberto Bardelli. "I bersagli molecolari - ha spiegato - sono diversi non solo da un paziente all'altro, ma anche tra metastasi dello stesso paziente. Le ricerche mirano a mettere a fuoco questa complessità per adattare le terapie all'evoluzione della malattia".

Intanto in Istituto hanno preso avvio due ambiziosi progetti di ricerca sanitaria, finanziati dalla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro con sei milioni di € provenienti dal "5 x1.000". I loro obiettivi sono stati illustrati dal direttore Scientifico Paolo Comoglio: "Il primo, della durata di cinque anni, riguarda la Medicina di precisione e prevede lo sviluppo e l'implementazione di una piattaforma genomica; il secondo, di tre anni, studia una terapia che consenta di intervenire su tumori del pancreas inoperabili, associando alla terapia genica con anticorpi monoclonali la tecnica sperimentale dell'elettroporazione, che utilizza impulsi elettrici per far penetrare i farmaci attraverso la membrana delle cellule". Il direttore Sanitario, Piero Fenu, ha ribadito che sul fronte della prevenzione, diagnosi e cura "l'Istituto è ormai dotato di risorse professionali e tecnologiche per gestire, secondo i più moderni standard, il paziente in cura. Nuove acquisizioni tecnologiche, due laser ad anidride carbonica, l'acceleratore *True Beam*, unico in Italia e secondo in Europa, accrescono il potenziale diagnostico e terapeutico".

L'incontro, cui hanno partecipato anche numerosi ricercatori e medici del Centro, si è chiuso con l'intervento del consigliere delegato della Fondazione, Giampiero Gabotto.

NUOVA TERAPIA CONTRO METASTASI DEL TUMORE AL COLON-RETTO

Bloccata in vitro la crescita delle metastasi di un cancro al colon retto. La sperimentazione sui pazienti inizierà fra pochi mesi. La notizia che questo studio preclinico è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Science Translational Medicine* è stata data il 19 febbraio scorso.

Lo studio è stato condotto dai ricercatori del Laboratorio di genetica molecolare dell'Istituto di Candiolo diretti dal professor Alberto Bardelli, che ha lavorato in stretto contatto con la Divisione di Oncologia Medica dell'ospedale Niguarda di Milano diretta dal dottor Salvatore Siena.

Il *paper* spiega perché, dopo un determinato periodo (6-12 mesi), le cellule tumorali smettono di rispondere al farmaco a bersaglio molecolare Cetuximab e ricompaiono le metastasi al fegato. I ricercatori hanno quindi messo a punto una nuova combinazione di farmaci che si è dimostrata in grado di bloccare la proliferazione del tumore divenuto resistente. Inoltre, grazie a un nuovo esame, la biopsia liquida che scova il DNA del tumore nel sangue, sono riusciti a valutare in anticipo quando il paziente avrebbe sviluppato la resistenza alla terapia.

"È un lavoro iniziato tre anni fa e che dà segnali di speranza contro il terzo tumore per incidenza e mortalità", ha commentato il professor Bardelli. Nel mirino, ieri come oggi, i tumori del colon-retto che presentano l'alterazione di una molecola (EGFR) presente sulla superficie delle cellule della mucosa intestinale.

Ora partirà la sperimentazione sui pazienti che durerà un paio di anni. Verranno loro somministrati due tipi di farmaci antitumorali: al già noto Cetuximab sarà affiancato un farmaco sperimentale il "Mek Inibitore". Il *trial* è stato significativamente chiamato con l'acronimo "Ares", che richiama il nome del mitologico dio della guerra, perché questa è una nuova battaglia della scienza contro una delle malattie più difficili da combattere. "È uno di quei casi - ha aggiunto il professor Bardelli - in cui la ricerca si trasforma rapidamente in medicina sperimentale, proprio secondo la mission dell'Istituto di Candiolo, nato per coniugare la ricerca scientifica con la pratica clinica". ■

MESSA A PUNTO A CANDIOLO NUOVA TERAPIA CONTRO METASTASI DEL TUMORE AL COLON RETTO

Lo studio preclinico è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica Science Translational Medicine. La sperimentazione sui pazienti inizierà fra pochi mesi.

Candiolo, 19 febbraio 2014 - Bloccata in vitro la crescita delle metastasi di un cancro al colon retto. Lo studio, condotto dai ricercatori del Laboratorio di genetica molecolare dell'Istituto di Candiolo diretti dal professor Alberto Bardelli, che ha lavorato in stretto contatto con la Divisione di Oncologia Medica dell'ospedale Niguarda di Milano diretta dal dottor Salvatore Siena è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale "Science Translational Medicine". Il Paper spiega perché, dopo un determinato periodo (6-12 mesi), le cellule tumorali smettono di rispondere al farmaco a bersaglio molecolare Cetuximab e ricompaiono le metastasi al fegato. I ricercatori hanno quindi messo a punto una nuova combinazione di farmaci che si è dimostrato in grado di bloccare la proliferazione del tumore divenuto resistente. Inoltre, grazie a un nuovo esame, la biopsia liquida che scova il DNA del tumore nel sangue, sono riusciti a valutare in anticipo quando il paziente avrebbe sviluppato la resistenza alla terapia.

"È un lavoro iniziato tre anni fa e che dà segnali di speranza contro il terzo tumore per incidenza e mortalità", ha commentato il professor Bardelli. Nel mirino, ieri come oggi, i tumori del colon retto che presentano l'alterazione di una molecola (EGFR) presente sulla superficie delle cellule della mucosa intestinale.

Ora partirà la sperimentazione sui pazienti che durerà un paio di anni. Verranno loro somministrati due tipi di farmaci antitumorali: al già noto Cetuximab sarà affiancato un farmaco sperimentale il Mek Inibitore. Il Trial è stato significativamente chiamato con l'acronimo "Ares", che richiama il nome del mitologico dio della guerra, perché questa è una nuova battaglia della scienza contro una delle malattie più difficili da combattere. "È uno di quei casi - ha aggiunto il professor Bardelli - in cui la ricerca si trasforma rapidamente in medicina sperimentale, proprio secondo la mission dell'Istituto di Candiolo, nato per coniugare la ricerca scientifica e la pratica clinica".

QUANDO FEDE E SOLIDARIETÀ RENDONO LA MEDICINA MIGLIORE

Prof. Giorgio Cortesina

Vorrei raccontare ai lettori di Torino Medica, che sono persone che lavorano per lo più nella Sanità, un'esperienza diretta, che mi ha toccato profondamente, da me vissuta pochi giorni prima di Natale... Si tratta di un'iniziativa di Antonello Lombardo, Caposala della Clinica ORL dell'Università di Torino diretta dal Prof. Roberto Albera, presso la Città della Salute e della Scienza di Torino (ex Azienda Molinette).

Ogni anno, con l'avvicinarsi delle festività natalizie, Antonello fa celebrare una Messa nei corridoi della corsia del 2° piano di Via Genova 3, in maniera semplice, laddove un tavolino diventa un Altare, dove vengono messe tante sedie e una pianola suonata da un operato di laringectomia, cieco.

Ho avuto Antonello come Caposala negli ultimi anni della mia carriera, e l'ho conosciuto come eccellenza assoluta: posso dire che tra le varie eccellenze mediche della Città della Salute, esiste anche questa eccellenza infermieristica. Antonello vive la sua vita da infermiere come una vera missione: lavoratore instancabile (l'ho visto andare a medicare alle 22,00 pazienti oncologici difficili), gran motivatore della sua squadra (che stravede per lui), anche ottimo studioso che ha promosso ricerche di buon livello nell'ambito del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Un giorno, stupito della sua attitudine allo studio mi rispose che in Sicilia aveva conseguito la Maturità Classica, che gli piaceva studiare, ma che le condizioni economiche precarie l'avevano costretto ad emigrare a Torino e iniziare la vita da infermiere partendo dai livelli più bassi. Una storia da libro Cuore! ▶





Il Prof. Giorgio Cortesina
con il Caposala Antonello Lombardo

Ma torniamo alla Messa. Io l'avevo già frequentata negli ultimi anni della mia carriera, ma allora ero Direttore, con mille altri problemi, e quindi, ai miei occhi, era tutto diverso: c'era un grande apprezzamento da parte mia, ma minor partecipazione emotiva. Adesso è stata tutta un'altra cosa: anch'io, a mia volta, ho superato un intervento che si è rivelato complesso (con tutte le complicanze possibili, ricovero in rianimazione con prognosi riservata, coma e lunga degenza ospedaliera di più di tre mesi, lenta riabilitazione che mi ha portato ad una guarigione pressoché completa), e oggi mi sento quasi un "miracolato". È con questa coscienza che ho assistito a quella Messa.

I grandi protagonisti erano loro, i malati di cancro anche quelli gravi, e soprattutto i laringectomizzati, portatori di tracheotomia (il temuto "buco" nel collo) che parlano a fatica con la voce esofagea, ma che in qualche modo riescono ad esprimersi. Prima della Messa c'è stato un discorso toccante fatto da Presidente dell'Associazione Nazionale Laringectomizzati, Primario di Cremona venuto in quanto invitato da Antonello. È un collega otorino, anche lui laringectomizzato, che a imparato a parlare bene, e che ha diffuso un messaggio di speranza assoluto: "Amici miei voi potete e dovete guarire e la mia voce, più che buona, è la voce che potete acquistare con tanto esercizio". Ma per me c'è stata anche una sorpresa imprevista: Antonello prima, e un formidabile don Alessio (il don Lino, cappellano delle Molinette) che aveva seguito il mio calvario passato, annunciarono a tutti che negli anni passati durante la Messa avevano pregato per me e per la mia salute. È seguito un applauso sincero, sentito di tutti, ma soprattutto dei pazienti, e a questo punto non ho potuto trattenere le lacrime, e la stessa cosa è capitata a mia moglie Laura che era seduta vicino a me: per la prima volta mi sentivo dall'altra parte della barricata, dalla parte di quelli che avevano rischiato e sofferto, ma che erano sopravvissuti. Ho voluto raccontare questa mia commozione personale per meglio esprimere il senso di quell'evento, una minima parte di quello che si leggeva sui volti e negli occhi dei pazienti oncologici. Era un sorriso di speranza che mi faceva ricordare la mia lunga esperienza con questi malati: quelli che ti dichiaravano di avere Fede, anche quando erano coscienti che il tumore aveva vinto e si guadagnavano una "buona morte" sorridendo. Ed è lo stesso sorriso che si vede sulle labbra e sul viso dei fedeli che affollano Piazza san Pietro ogni domenica per l'Angelus di Papa Francesco.

Grazie Antonello per averci fatto provare tutto questo scaldandoci il cuore.

Ti prego di continuare su questa strada: è la raccomandazione che, con stima e con affetto, ti fa il tuo "vecchio" Professore! ■



I NOSTRI SERVIZI E LE SPECIALITÀ

Cardiologia, Dietologia e disturbi nutrizionali,
Dermatologia, Ginecologia ed Ostetricia,
Gastroenterologia, Oncologia, Otorinolaringoiatria,
Pneumologia, Urologia, Chirurgia generale, Chirurgia
maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Chirurgia vascolare,
Oculistica, Odontoiatria - Implantologia - Gnatologia,
Ortopedia e Chirurgia della Colonna, Proctologia.

Clinica Santa Caterina da Siena
Torino



GVM
CARE & RESEARCH

Ex Casa di Cura Suore Domenicane
Direttore Sanitario Dr. Luisangelo Sordo
Via Villa della Regina 19 - 10131 Torino
info-csc@gvmnet.it - www.gvmnet.it

Centro Unificato Prenotazioni (CUP) Tel. 011 8199201 - 011 8199200 Fax 011 8199301
Reception Diagnostica per immagini - Radiologia Tel. 011 8199300 Fax 011 8199218
Reception Via Colombini Tel. 011 8199211 Fax 011 8199301
Reception Via Villa della Regina Tel. 011 8199203 Fax 011 8199202


ASMA ALLERGIE 2013

REAZIONI AVVERSE AD ALIMENTI (RAA)

Sono così definite tutte le reazioni caratterizzate dalla comparsa di un sintomo/segno clinico cronologicamente plausibile e correlabile all'ingestione e/o contatto e/o inalazione di un determinato alimento. Le RAA sono distinte in "reazioni alimentari tossiche" e "reazioni alimentari non tossiche o da ipersensibilità". La patogenesi delle reazioni alimentari non tossiche può essere immunomediata (allergie alimentari) o non immunomediata (intolleranze alimentari). Le "reazioni alimentari tossiche" si possono presentare in tutti gli individui purché abbiano ingerito dosi sufficienti di "tossine" contenute negli alimenti (intossicazione da funghi, gastroenterite causata da tossine batteriche contenute in cibi avariati...).

Le "allergie alimentari" sono riconducibili invece ad un processo di sensibilizzazione del sistema immunitario nei confronti di determinate proteine. La diagnostica allergologica, sia in vivo sia in vitro, è stata tradizionalmente condotta con estratti allergenici. Reazioni positive ad un determinato estratto allergenico forniscono però solo informazioni relative allo stato di sensibilizzazione contro le componenti dell'estratto ma senza identificare quali. L'utilizzo di componenti molecolari allergeniche nella diagnostica allergologica può stabilire un profilo di reattività individuale delle IgE per il paziente.

Nicola Ferraro



Il Convegno, che ha avuto come sottotitolo "NOVITÀ DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE IN ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA", si è tenuto a Torino il 16 settembre scorso con varie sezioni di cui presentiamo per ognuna una breve sintesi elaborata dal razionale del programma.

Scopo di questo evento formativo è stato quello di aggiornare sulla stato dell'arte della diagnostica delle reazioni avverse ad alimenti e della diagnostica molecolare in Allergologia alimentare e far capire in quali casi è importante stabilire un profilo individuale di sensibilizzazione, da una parte per definire una diagnosi più precisa e corretta e dall'altra per formulare anche una prognosi individuale. Inoltre, a livello Regionale, nell'ambito delle reazioni avverse ad alimenti, la programmazione di interventi da parte dei Servizi Veterinari e dei Servizi Igiene, Alimentazione e Nutrizione per prevenire la presenza di allergeni non dichiarati in etichetta, rientra in un progetto strategico facente parte del Piano Regionale della Prevenzione. Tale progetto ha tra gli obiettivi il miglioramento dell'appropriatezza delle misure di sorveglianza e prevenzione, attraverso il coordinamento delle attività di programmazione scientifica, risk assessment, sorveglianza e analisi epidemiologica nell'ambito delle allergie e intolleranze alimentari con attività finalizzate alla valutazione, gestione e comunicazione del rischio. ▶

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

La salute passa anche dall'acqua

Lauretana sgorga da una sorgente naturale ad oltre 1000 m slm; ha un **residuo fisso** di soli **14 mg/l** che, associato al suo bassissimo contenuto di sodio, favorisce la diuresi ed il ricambio idrico.

Lauretana

è un'acqua minimamente mineralizzata, che contiene pochi sali minerali.

L'assunzione di acqua Lauretana, per avere una certa efficacia terapeutica, dovrebbe avvenire quotidianamente. I benefici per l'organismo che ne derivano riguardano varie azioni biologiche quali:
il potenziamento della diuresi;
l'assunzione di elementi in traccia aventi ruolo di catalizzatori nelle reazioni enzimatiche;
la maggiore eliminazione di sostanze quali acido urico, azoto ureico, acido ossalico, cloruro di sodio;
la creazione delle condizioni ottimali per la progressione e l'espulsione di cristalli e calcoli renali;
la riduzione dell'uricemia e un giovamento negli stati di gotta e nelle patologie correlate.

Viene consigliato l'uso di acque minimamente mineralizzate, come Lauretana, per la ricostituzione del latte formulato e per la diluizione del latte vaccino nell'alimentazione del neonato.

*Dr. Prof. Giancarlo Levra
Specialista in Idrologia Medica*

tabella comparativa	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
LAURETANA	14	1.2	0.44
MONTEROSA	16.5	1.3	0.53
VOSS	22	4.28	1.2
S.BERNARDO	35.5	0.7	2.6
SANT'ANNA DI VINADIO	42.8	1.2	3.1
LEVISSIMA	80.5	1.9	N.D.
FIUGGI	123	7.16	7
PANNA	141	6.7	10.3
ROCCHETTA	177.8	4.61	N.D.
FIJI	210	4.28	9.45
SAN BENEDETTO	272	5.8	N.D.
EVIAN	309	6.5	29.1
VITASNELLA	382	3	N.D.

Evidenziamo il residuo fisso, il sodio e la durezza in gradi francesi (°F) di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale come rilevato da Beverfood 2011-2012

consigliata da



www.lauretana.com

servizio clienti

800-233230



consigliata a chi si vuole bene

I PROBIOTICI

Scopo dell'evento torinese è stato quello di definire lo stato delle attuali conoscenze sui probiotici ed il loro impiego nelle malattie allergiche e non. La malattia allergica ha come fondamento la predisposizione genetica e le modificazioni indotte dalla pressione ambientale. Ne conseguono un insieme di meccanismi fisiopatologici indotti dal sistema immunitario che determinano eventi di tipo infiammatorio, a livello dei vari organi bersaglio, che a loro volta inducono le manifestazioni cliniche. Ci sono evidenze sul fatto che i batteri che abitano nell'intestino possono modulare il sistema immunitario mucosale e alcuni ceppi probiotici sono in grado di stabilire un "dialogo" con il sistema immunitario intestinale e di interagire con esso. Si reputa quindi che i probiotici possano avere diversi effetti benefici sulla funzione immunitaria e si ritiene che ciò sia dovuto almeno in parte alla regolazione della funzione delle citochine. Per quanto riguarda la risposta infiammatoria, alcuni studi clinici suggeriscono ad esempio che possano prevenire le ricadute di malattie infiammatorie croniche intestinali negli adulti. Ma interessanti effetti benefici di alcuni ceppi probiotici riguardano anche la dermatite atopica e l'asma nei bambini.

LA SCUOLA DELL'ECZEMA PARTE II

Le malattie allergiche, e tra queste gli eczemi, possono essere considerate come "malattie d'organo". Le stesse malattie, secondo una visione patogenetica unitaria, rappresentano molteplici manifestazioni a carico di differenti organi ed apparati di un unico processo sistemico. Naturalmente considerare le malattie allergiche come "infiammazioni croniche d'organo" comporta l'adozione di approcci terapeutici limitati all'organo bersaglio. Gli eczemi hanno presentazioni clinico morfologiche che possono sembrare abbastanza simili ma possono avere meccanismi e significati patogenetici molto differenti.

A settembre scorso, durante questo convegno, si è tenuta la seconda "puntata" della "Scuola dell'eczema": il seguito dell'evento formativo organizzato nell'edizione del 2012 di Asmallergie - Novità diagnostico terapeutiche in Allergologia e Immunologia Clinica.

L'ALLERGICO E LA GESTIONE DELLE ALTE VIE AERO-DIGESTIVE (VADS)

Le manifestazioni allergiche si evidenziano in ambito otorinolaringoiatrico mediante sintomi che generalmente portano il paziente a consultare lo specialista. Il problema è complesso poiché spesso il paziente non segnala per diverse ragioni la condizione di atopia. Apparentemente più semplice è la condizione in cui l'ORL viene consigliato direttamente dall'allergologo o dal medico di famiglia: in questo caso occorre che i quesiti siano dettagliati in modo che lo specialista possa dare il suo contributo sul caso.

Nell'evento torinese si è pensato di seguire un percorso didattico molto vicino alla realtà mettendo al centro la sintomatologia allergica di interesse ORL: vi sono infatti sintomi controllabili con farmaci e chirurgia, sintomi per i quali la chirurgia è essenziale ed ancora sintomi di esclusivo interesse farmacologico. C'è anche da ricordare che in alcune forme la chirurgia si può inserire a "sandwich" nell'ambito di un trattamento farmacologico locale e/o generale.

Il convegno si è proposto l'obiettivo di valutare il corretto iter diagnostico e di mettere a fuoco quali siano i quesiti fondamentali che consentono di gestire l'omeostasi tra farmaco e chirurgia. La sequenza didattica ha previsto un approfondimento frontale su ciascun sintomo in modo da evidenziare le diagnosi differenziali e le principali problematiche cliniche, quindi un confronto su ciascun sintomo tra medici di medicina generale ed specialisti per una migliore comprensione delle specifiche competenze ed esperienze, infine una discussione generale per evidenziare i punti di convergenza e per dirimere gli elementi di incertezza.

ASMA BRONCHIALE

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria localizzata alle vie aeree la cui prevalenza nei Paesi occidentali è stimata intorno al 5% negli adulti e al 10% nei bambini. L'approfondimento delle conoscenze fisiopatologiche dell'asma e lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche non sempre ha determinato una riduzione della morbilità e della mortalità di tale malattia. Per una corretta gestione dell'asma, al pari di altre malattie croniche, è necessaria anche una compliance adeguata a gli strumenti terapeutici.

Esiste un'ampia eterogeneità nelle manifestazioni cliniche e biologiche dell'asma e la classificazione dei vari fenotipi può essere molto variabile. Non è inoltre ancora chiaro se queste classificazioni siano così utili da un punto di vista gestionale e terapeutico. Anche l'asma grave è una patologia piuttosto eterogenea e oggetto di numerosi studi. Nel tempo infatti si sono succedute diverse definizioni fino alla più recente, stabilita dalla World Health Organization (WHO) che suddivide i pazienti affetti da asma grave in tre gruppi: pazienti con asma grave non in trattamento, pazienti con asma grave di difficile controllo per la presenza di comorbilità che rendono problematico il controllo della malattia e pazienti con asma grave resistente alla terapia. Di quest'ultimo gruppo fanno parte soggetti che non riescono ad ottenere il controllo della patologia nonostante il più alto livello di terapia e pazienti che riescono ad ottenere il controllo dell'asma ma solo con il più elevato livello terapeutico.

Le finalità del convegno sono state quelle di analizzare le caratteristiche cliniche e funzionali, nonché il modello di infiammazione bronchiale nelle varie forme di malattia asmatica per capire quanto sia attualmente possibile, sulla base delle varie caratteristiche, individuare un trattamento personalizzato e maggiormente efficace. ■



LE XXV GIORNATE CARDIOLOGICHE TORINESI

**Nicola Ferraro
Pierpaolo Berra**
*Uff. Stampa Città
della Salute
e della Scienza
di Torino*

“L’evoluzione scientifica degli ultimi vent’anni è stata straordinaria soprattutto in ambito cardiologico. E ogni anno si aggiunge qualcosa di nuovo. Scopo di questo Congresso è stato fare in modo che tutte le novità in diagnostica e terapia cardiologica acquisite venissero presentate dagli esperti. È un impegno che le due Cardiologie delle Molinette si sono assunte da anni: rivedere con specialisti provenienti da tutto il mondo quali sono i progressi, fare il punto sullo stato dell’arte della situazione piemontese e favorirne la conoscenza ai nostri medici”.

Così i Presidenti del Congresso, i professori Fiorenzo Gaita, Direttore della Cattedra di Cardiologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Torino, e Sebastiano Marra, Direttore di Dipartimento Cardiovascolare e Toracico dell’Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, riassumono il significato di questo evento che si ripete con grande successo da 25 anni.

Cinquantacinque relatori, i massimi esperti della Cardiologia mondiale, provenienti da Italia, Francia, Germania, Svizzera, Olanda. Dagli Usa, infine, gli specialisti americani della Mayo Clinic di Rochester in Minnesota che da anni portano la loro esperienza al meeting torinese e che, anche quest’anno, hanno offerto ad oltre 400 medici e infermieri il loro contributo su ogni aspetto della Cardiologia, dalla prevenzione, all’alimentazione, all’utilizzo delle più moderne e innovative tecnologie in campo diagnostico e terapeutico.

Due giorni densi di novità, durante i quali numerosi ricercatori hanno esposto i risultati delle ultime scoperte ed i medici della Città della Salute e della Scienza - Ospedale Molinette hanno presentato le nuove frontiere raggiunte nella Cardiologia interventistica e in terapia.

Tra gli argomenti trattati: la morte improvvisa e gli interventi salvavita, le nuove soluzioni che sostituiscono la chirurgia tradizionale, l’alimentazione amica del cuore...

LA MORTE IMPROVVISA

La morte improvvisa colpisce prevalentemente soggetti tra i 40 e i 60 anni d’età ma i casi sono in netta diminuzione. Ad esempio, nell’attività sportiva il numero di morti si è più che dimezzato anche grazie a visite cardiologiche preventive. I meccanismi della morte improvvisa non sono ancora completamente svelati, anche se pare ormai evidente che la causa remota possa essere individuata in aritmie il più delle volte mai diagnosticate.

Uno dei problemi centrali è favorire la consapevolezza che molte vite potrebbero essere salvate con un adeguato e tempestivo trattamento (la percentuale di sopravvivenza dei pazienti sottoposti a defibrillazione entro cinque minuti dall’episodio è infatti del 50%). Ecco perché risulta auspicabile mettere in atto anche azioni extra-ospedaliere: ad esempio dotare alcuni luoghi, come stazioni e aeroporti, di defibrillatori e rendere più capillare l’insegnamento di tecniche di primo soccorso.

Durante la sessione è anche stato dedicato all’argomento ampio spazio iniziando dal ruolo del 118 nella soluzione positiva di molti casi.



Da sinistra
i professori Fiorenzo Gaita e Sebastiano Marra

Una curiosità: il primo esempio di morte improvvisa è riportata nel Vangelo secondo Matteo in cui sono descritti due decessi avvenuti per paura e stress.

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA PER PAZIENTI CHE NON AVEVANO PROSPETTIVE DI CURA

Oggi si può intervenire su pazienti che prima non potevano essere correttamente trattati a causa dell'età avanzata, colpiti da gravi patologie o da severo scompenso cardiaco. Potremmo dire che si è allargata a dismisura la platea di chi può essere sottoposto ad un impianto di valvola aortica con un rischio in continuo ribasso. Oggi è possibile trattare pazienti che fino a poco tempo fa non avevano prospettive. Ad esempio usando la TAVI, acronimo di *Transcatheter Aortic Valve Implantation*, una tecnica usata con successo presso la Città della Salute e della Scienza grazie alla quale è possibile intervenire per sostituire una valvola cardiaca senza intervento cardio-chirurgico. Tra i numerosi vantaggi di questo metodo, il più apprezzabile consiste nella drastica diminuzione della mortalità.

Va segnalato che da circa due anni la riparazione della valvola mitrale con le tecniche della cardiologia interventistica permette di trattare i casi di severa insufficienza valvolare mitralica più complessi e a rischio in pazienti portatori di grave scompenso cardiaco e, quindi, non trattabili con la chirurgia convenzionale.

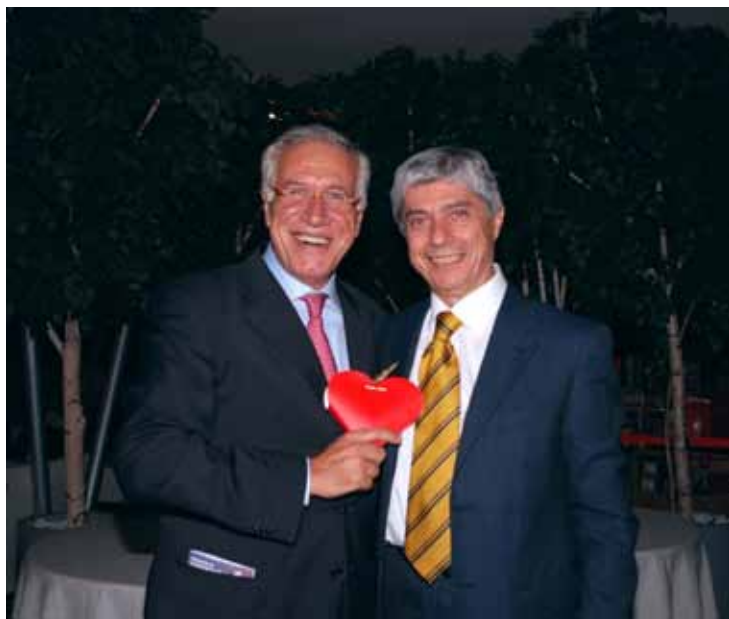
UN PICCOLO PECCATO DI GOLA CHE FA BENE AL CUORE

Il cioccolato (a piccole porzioni) fa bene al cuore. Lo confermano studi condotti su pazienti cardiopatici. Il cioccolato fondente ha rivelato potenti proprietà antiossidanti che giocano un ruolo di difesa importante: induce vasodilatazione coronarica, migliora la funzione vascolare, attenua la funzione piastrinica (ossia contrasta la formazione di trombi), riduce pressione, glicemia e colesterolo.

Un simposio del meeting è stato dedicato a questo argomento, affrontato con assoluto rigore scientifico e supportato da dati attendibili, ricavati da lunghi e scrupolosi studi. Fatale che questa buona notizia godesse di un significativo rilievo sulla stampa "laica" torinese e nazionale.

La redazione di Torino Medica ha realizzato col prof. Sebastiano Marra un'intervista audiovisiva che è un po' la summa di quanto dibattuto al convegno torinese e dei temi più importanti affrontati dalla Cardiologia in ambito clinico e scientifico in questi mesi.

Per scaricare il filmato, pubblicato in Rete, basta digitare le parole "SEBASTIANO MARRA" nello spazio di ricerca dell'*homepage* (in alto a destra) all'indirizzo: www.torinomedica.com ■



"Advances in cardiac arrhythmias and great innovation in Cardiology", al Centro Congressi Unione Industriale di Torino, il 27 e il 28 settembre scorso, si sono riuniti grandi specialisti italiani e stranieri per dar vita all'annuale confronto sui progressi nella studio e nella cura delle aritmie cardiache e sulle altre grandi innovazioni in Cardiologia.





Nicola Ferraro

SIC 2013: IN CHIRURGIA OGNI LIMITE È UNA SFIDA

Dal 13 al 16 ottobre scorso, presso il Centro Congressi del Lingotto di Torino, si è tenuto il Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia: la più antica e prestigiosa delle Società scientifiche di ambito chirurgico italiane ed una delle più antiche al mondo.

L'evento torinese segna tra l'altro un ritorno a Torino dopo 28 anni.

La cerimonia inaugurale tenutasi nel pomeriggio, presso la Sala 500 del Lingotto, è ruotata attorno ad una delle maggiori eccellenze piemontesi. Infatti è stato Carlin Petrini, fondatore di Slow Food, guru di Terra Madre, creatore dell'Università del Gusto di Pollenzo, a tenere la lettura introduttiva dal titolo "La cultura alimentare al servizio della salute".

Un modo molto attuale di concepire la salute ma, in questo passaggio epocale segnato da mille difficoltà, ansie e pericoli, un vero "ritorno di fiamma" alle motivazioni, per certi versi avveniristiche, della definizione coniata nel 1948 dall'OMS: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

Slow Food, Terra Madre, la *green economy* che aprono un convegno importante di Chirurgia, rappresentano la cifra identificativa delle interdipendenze che condizionano sviluppo, salute, benessere e il diritto alla felicità da parte degli esseri umani, postulato dal giurista napoletano Gaetano Filangieri nel '700 e ripreso successivamente dalla Costituzione americana. Di più; sono anche una spia affidabile delle caratteristiche culturali di una Chirurgia non "meccanicistica" ma animata dalle motivazioni culturali più profonde e moderne.

I Presidenti del Congresso, i professori Mario Morino e Lorenzo Capussotti, hanno scelto come tema "tecnico" dell'evento il motto "Ogni limite è una sfida" a significare l'importanza delle sfide cliniche, tecniche e tecnologiche in un periodo di crisi economica e di *spending review*, in particolare in campo sanitario pubblico.

La moderna chirurgia, sempre meno invasiva e più efficace, è stata al centro dei tre giorni di dibattito che sono stati anche un riconoscimento alla storica qualità della Scuola Chirurgica Torinese: tra le prime in Europa nel campo della chirurgia mini invasiva, della chirurgia dei trapianti e di quella oncologica. Un ruolo di primo piano è stato poi riservato alla medicina basata sull'evidenza: ovvero alla presentazione di protocolli e linee guida basate non più sull'opinione di pochi esperti, ma su un'analisi dettagliata, approfondita e prolungata di tutta la più recente Letteratura mondiale.

In particolare in sede di Congresso si è conclusa la *Consensus Conference* sul Cancro dello Stomaco durante la quale sono stati presentati i risultati di numerosi e importanti studi randomizzati. ■

PRESENTAZIONE DEL CORSO FAD



GOVERNO CLINICO INNOVAZIONI, MONITORAGGIO, PERFORMANCE CLINICHE, FORMAZIONE

Il corso "**Governo Clinico**" è rivolto a tutti i medici e odontoiatri, è del tutto gratuito ed eroga 20 crediti ECM.

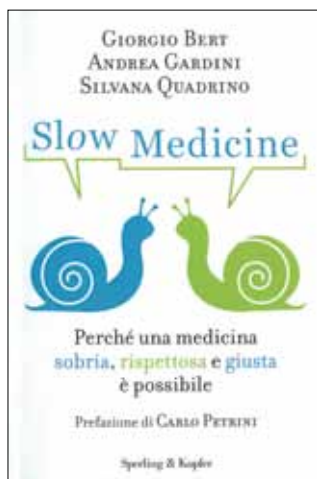
È disponibile in modalità online e formato cartaceo con **scadenza 14 giugno 2014**

La C.G. Edizioni Medico Scientifiche di Torino, partner FNOMCeO per queste iniziative, spedisce gratuitamente all'indirizzo indicato la/e copia/e richiesta/e contattando direttamente la **Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)** al n. **06/6841121** (centralino automatico – 16 linee s.p. – costo di una chiamata nazionale, da rete fissa e mobile, in base alla propria tariffa contrattuale) identificando:

- il proprio **Numero di iscrizione** all'Albo Professionale
- il **cap postale (distrettuale)** della **Provincia** al cui Ordine si è iscritti.

Il servizio di **HELP DESK**, erogato direttamente da

FNOMCeO
(sede Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino)
è attivo dal **Lunedì al Venerdì** dalle ore **10.00** alle ore **12.00**
tel. **011/5815110** - e-mail: **segreteria@fax.fnomceo.it**



Giorgio Bert,
Andrea Gardini,
Silvana Quadrino

SLOW MEDICINE
Perché una medicina
sobria, rispettosa e giusta
è possibile

Sperling & Kupfer, 2013
Pagine 260 - Euro 17,00

LIBRO-MANIFESTO DI SLOW-MEDICINE O MANUALE?

Letto da Nicola Ferraro

“Slow” è un modo di vivere, di riappropriarsi, di selezionare decisioni in funzione della sobrietà, del rispetto, della giustizia. È ovviamente il contrario di “fast” che esprime sempre di più e meglio gli effetti nefasti dell’ansia da performance, della propensione all’eccesso, alla bulimia come modo di vivere la vita. Ma sobrietà, rispetto e giustizia non è detto che debbano essere per forza una sorta di “virtù teologali” più o meno laiche coltivabili dai Savonarola del XXI Secolo. Anzi; quelle tre caratteristiche si possono anche declinare in funzione della consapevole ricerca del piacere, come insegna la complessa e sfaccettata filosofia del gusto alimentare coltivata da Slow Food a cui Slow Medicine apertamente s’ispira.

Ma perché una medicina “slow”? Perché la medicina e la sanità (che in definitiva è la sua gestione politico-istituzionale a livello di una comunità) sono afflitte da troppe false convinzioni e aspettative irreali, da una visione economicistica (molto diversa da quella economica che sarà sempre importante soprattutto in un regime di accesso universalistico alle cure), da un’adesione acritica ad un progresso tecnologico che viene ritenuto contemporaneamente salvifico e mortale. Tutte queste contraddittorie negatività hanno prodotto l’aumento della distanza tra medico e malato, tra istituzione e assistito diventato “utente”: un’unità da immettere in target, da guardare come ombra che staziona dietro il monitor del PC, al quale somministrare cure secondo protocolli standardizzati che si accettano con molte meno remore e resistenze rispetto ai Dieci Comandamenti. Come ha scritto in maniera totalmente condivisibile la testata Galileo su questo libro, “Il paradosso, messo in evidenza da una ricerca dell’Euro Health Consumer

Index, si può sintetizzare così: in Italia un paziente riesce a ottenere cure adeguate ma non il rispetto dei propri diritti.

Ecco le aberrazioni della nostra sanità che andrebbero corrette: *la medicalizzazione della vita quotidiana, il ricorso a farmaci e cure di non provata efficacia, l’accanimento preventivo, l’esclusione e le disegualanze nell’accesso alle cure, l’illegalità e la corruzione, l’aziendalizzazione selvaggia della sanità, l’orientamento della ricerca in base a ragioni puramente economiche, la conflittualità fra paziente e sanitari (accuse di malasantità, medicina difensiva), la moltiplicazione di malattie inventate (disease mongering), la convinzione che fare di più significhi fare meglio”.*

Questo stato di cose ha generato l’esplosione contemporanea (paradosso tra i paradossi) delle medicine alternative e il bisogno sempre più chiaro e manifesto della necessità di riappropriarci delle radici culturali umanistiche della medicina: quello che con termine linguistico infelice (per non dire infausto) si definisce “umanizzazione della medicina”.

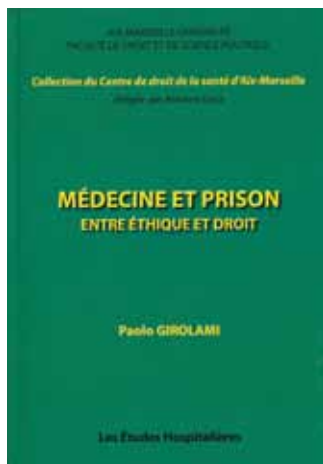
Il cambiamento che Slow Medicine propone è quindi teorico ma molto pratico allo stesso tempo. In nove capitoli e un’appendice-manifesto i nodi culturali principali e più intrigati di una medicina, che corre il rischio di “curare gli esami clinici” invece delle donne e degli uomini, vengono affrontati tutti proponendo materiale per la riflessione e mai soluzioni “chiave in mano”. Il libro non è per nulla un pamphlet o un cahiers de doléance scritto da due medici di alto profilo culturale e da una psicologa-pedagoga che ha elaborato e diffuso il metodo del counselling sistemico, utilizzato per la formazione alla comunicazione dei professionisti sanitari. È un manifesto perché dichiara i suoi intenti operativi ma è da considerarsi un manuale per chi, da professionista della salute o da cittadino, vuole capire la scarsa considerazione che manifestano gli italiani verso il loro Ssn che tutte le classifiche mondiali considerano ai primissimi posti per qualità dei servizi erogati. ■

Paolo Girolami

MÉDECINE ET PRISON
Entre éthique et droit

Aix-Marseille Université
Faculté de Droit et de Science
Politique - Collection du Centre
de droit de la santé
d’Aix-Marseille

Edizioni “Les Études
Hospitalières”
Pagine 284 - Euro 40,00



Letto da Nicola Ferraro

Dott. Girolami come nasce questo libro e perché in francese?

Si tratta di un libro che ho tratto dalla tesi di Dottorato in Etica medica sostenuta presso l’Università Paris Descartes nel novembre 2012. Il testo in francese (lingua, che insieme all’inglese, è utilizzata correntemente da tutti gli organismi europei, tra cui la Corte europea dei diritti dell’uomo e il Comitato europeo

LA MEDICINA IN CARCERE È MEDICINA?

per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti) offre il vantaggio di estendere il dibattito su medicina e carcere oltre i confini nazionali e di affrontare la questione in chiave comparativa. L'esperienza che ho maturato collaborando in qualità di esperto presso il Tribunale di Sorveglianza di Torino per più di dieci anni mi ha aiutato nella trattazione dell'argomento.

Il libro prende spunto da una semplice considerazione. La pratica medica in ambito carcerario deve confrontarsi con una contraddizione che va dritta al cuore della riflessione etica: mentre la medicina mira a alleviare la sofferenza dell'uomo, la prigione la impone. Per superare questa contraddizione si possono individuare due soluzioni. La prima consiste in una sorta di compromesso: il professionista della salute, di fronte alle regole costrittive della prigione, deve sottrarsi a tali regole ogni qual volta esse mettono in pericolo lo statuto etico del proprio mandato professionale.

È dunque la medicina che deve adattarsi al carcere.

La seconda soluzione, attraverso un'analisi critica del significato della pena e della realtà carceraria, si basa sulla constatazione che il carcere è un'istituzione, e al pari di ogni altra istituzione in uno Stato di diritto, è soggetta ad un processo di trasformazione in istituzione "giusta" (cioè fondata sui principi di riconoscimento, quindi di rispetto dell'altro e dei suoi diritti, di concertazione, di equa distribuzione di beni). Il professionista della salute, in virtù della capacità della medicina di darsi una prospettiva etica, può contribuire a tale trasformazione. In quest'ottica, è allora il carcere che deve adattarsi alla medicina.

Una tesi bella, democratica, stimolante...

Il percorso dimostrativo per convalidare questa tesi, si è rivelato lungo e complicato. Paul Ricœur con la sua "piccola etica" (è il modesto appellativo che usava per definire la profonda lezione che ci ha lasciato in "Sé come un altro") mi ha fornito la piattaforma di partenza. Attraverso l'approfondimento dei concetti di etica (la prospettiva della vita buona, cioè piena, ben riuscita, che ciascun uomo ha in mente nel delineare il proprio percorso di vita), di morale (il regno delle norme che presiede all'attuazione dei principi in forme di vita ad essi conformi), di istituzione (la struttura del vivere insieme di una comunità storica, ovvero l'insieme dei dispositivi di cooperazione e di solidarietà che fondano una comunità e ne assicurano la sopravvivenza nel tempo), ho potuto dimostrare per quale motivo sia la Medicina che il Diritto godono dell'appellativo di istituzione. La nozione di "attività contro" assimila la Medicina e il Diritto, dal momento che entrambe queste istituzioni si oppongono al male, ovvero ciò che non dovrebbe essere (le varie forme di violenza con tutta la sofferenza che ne deriva). A partire dall'idea di rispetto poi, le similitudini tra l'una e l'altro si sono rivelate così numerose, che si può legittimamente parlare di consustanzialità.

Una volta dimostrata una coerenza epistemologica tra Medicina e Diritto restava da dimostrare come conciliare l'idea di pena (sofferenza imposta) con la vera natura del diritto. Se è indubbio infatti che il Diritto, al pari della Medicina, è l'istituzione che si oppone alla violenza, la pena, ed in particolare la pena privativa della libertà, in quanto volontà di far soffrire il reo, rappresenta un'aporia per il Diritto.

Si può uscire da questo vicolo cieco?

A questo riguardo, un dato si è rivelato esplicativo: nel corso del tempo la Medicina ha fornito il modello a tutte le teorie della pena (prevenzione, terapia, riabilitazione), essendo il modello medico quello che meglio si adattava

a trasformare (surrettiziamente) l'idea di pena da un male imposto in un bene proposto o promesso. Poiché il carcere è l'espressione di tutti questi significati della pena (in particolare, la pena privativa della libertà può tranquillamente coesistere con l'idea di prevenzione del reato, di trattamento del reo, di restaurazione del vincolo sociale), e poiché il carcere si richiama costantemente ai valori della medicina per giustificare la sua esistenza, mi è sembrato corretto affermare che la medicina sia più che legittimata a fornirgli una prospettiva etica.

Che il carcere sia alla ricerca di una prospettiva etica ce lo dimostra la pura descrizione della realtà. Il sovraffollamento, l'alta incidenza della malattia tra i detenuti, gli atti quotidiani di violenza (di cui i fenomeni di autolesionismo, di suicidio, le aggressioni a danno di detenuti e del personale di sorveglianza, non sono che la punta dell'iceberg), sono i suoi tratti distintivi e condizionano in senso negativo la vita di quanti si trovano dietro le sbarre. Questi tratti non conoscono frontiere, come dimostra l'esame comparativo della realtà carceraria italiana e francese, e attestano che il carcere, benché forte della legge, manca del diritto.

Quale ruolo dunque per i medici carcerari?

I professionisti della salute sono da sempre presenti all'interno del carcere, dove svolgono non solo un'azione tecnica di cura, ma soprattutto un'azione umanitaria in un ambiente di vita segnato dal mancato rispetto dei diritti umani, dall'assenza di ogni forma di concertazione e, più che dall'equa distribuzione dei beni, dalla privazione, tutti elementi che non rendono certo il carcere una istituzione giusta, secondo quanto affermato in premessa. Ora, sotto il profilo etico, questa azione umanitaria non può limitarsi ad atti di compassione, ma, come spiegava già nel 2006 in Francia il Comité Consultatif National d'Ethique, deve tradursi in atti di vera e propria ingerenza da parte dei professionisti della salute negli affari del carcere affinché all'interno delle sue mura non sia negato il rispetto dei diritti umani. Non si tratta certo di compiere atti di ostruzionismo o di istigazione alla rivolta, ma di farsi portavoce dei problemi in prima persona per aiutare tutti gli attori (politici, magistrati, personale dell'amministrazione penitenziaria, detenuti) a creare all'interno del carcere spazi di incontro, a favorire forme di rappresentanza da parte dei detenuti, ad aprire il carcere al valore della trasparenza, ad interrogare e interrogarsi sull'incompatibilità tra malattia e regime carcerario. Non si tratta quindi di medicalizzare il carcere, ma di umanizzarlo nel senso vero del termine.

Nonostante che per alcuni studiosi il carcere sia una realtà refrattaria ad ogni tentativo di totale umanizzazione (in ragione del carattere violento della sua concezione e della violenza che vi regna), ponendo il rispetto dei diritti dell'uomo al centro dell'istituzione carceraria, il Diritto, quello vero, che non consiste nel solo rispetto formale della legge, ma implica forme di riconoscimento tra pari, adesione spontanea alla norma, pacifica convivenza, potrà finalmente entrare in carcere. ►

Accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale in fascia A

Aut. N. 4605 del 21/01/2005

Direttore Sanitario e Tecnico: Dott. A. Coraglia

ESAMI ACCREDITATI CON IL SSN

Prelievi di sangue e liquidi biologici

Esami Ultrasonografici

- Ecografia addominale, delle parti molli, muscolo-tendinee
- Ecografia del bacino neonatale
- Ecografia tiroidea
- Ecografia ginecologica
- Ecografia transrettale
- EcoColorDoppler Cardiaco
- EcoColorDoppler Vascolare
- Ecografia intestinale

Esami di Radiologia Tradizionale

- Mammografia Digitale con CAD
- Ortopantomografia
- Rx di ogni distretto

Onde d'Urto Focalizzate

(per uso ortopedico)

Densitometria ossea (DEXA)

Esami di Risonanza Magnetica

- Cardio RM
- Tutti i distretti ed apparati

Esami TAC

- di tutti i distretti ed Apparati,
- Angio TC di qualunque distretto vascolare,
- TC per implantologia (Dentalscan)

Diagnostica Virtuale

- Colonscopia virtuale con TC (CAD Colon)



ESAMI IN REGIME PRIVATISTICO

Esami Ultrasonografici

- Ecografia perineale

Esami di Radiologia Tradizionale

Esami Elettrofisiologici

- EEG (elettroencefalogramma)
- EMG (elettromiografia)
- Holter cardiaco e pressorio

Esami Strumentali

- Audiometrico Tonale
- Spirometrico
- Visiotest



POLIAMBULATORIO

Visite Specialistiche

- Angiologia
- Cardiologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Ortopedia
- Senologia



R.I.B.A. S.p.A.

Via Prarostino, 10 - 10143 TORINO

Info e Prenotazioni: 011.56.16.180 - Fax: 011.22.77.399

cup@diagnosticariba.it - www.diagnosticariba.it

L'accoglimento delle numerose raccomandazioni di organismi internazionali affinché la pena detentiva sia l'ultima risorsa nell'armamentario sanzionatorio degli ordinamenti può essere un rimedio al sovraccollamento delle carceri italiane.

Il rispetto delle numerose raccomandazioni affinché i professionisti della salute in carcere non confondano il proprio ruolo di curanti con quello di esperti della pericolosità o di organi deputati al mantenimento dell'ordine o all'irrogazione di sanzioni disciplinari in nome dell'interdisciplinarietà e della collaborazione tra le autorità che gestiscono il carcere, può essere uno stimolo all'autonomia decisionale del professionista e al suo impegno in favore dei diritti umani dei detenuti.

Come valuta la situazione carceraria italiana?

Mi sia concessa a questo punto una postilla che suffraga quanto contenuto del libro.

Per noi figli di Cesare Beccaria, il quale al termine del suo Trattato "Dei delitti e delle pene", pietra miliare della civiltà giuridica, raccomandava "Affinché qualsivoglia pena non sia un atto di violenza esercitata da uno o da molti contro un cittadino, essa deve essere assolutamente pubblica, pronta, necessaria, «la meno severa possibile»...", non può che destare sconcerto e sgomento la lettura della sentenza (disponibile solo in lingua francese) della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo dell'8 gennaio 2013 (affare Torreggiani e altri contro l'Italia) che condanna l'Italia per trattamenti inumani e degradanti: tra l'altro, aver ristretto dei detenuti in celle con una superficie individuale disponibile di circa tre metri quadrati (mobili compresi) per la maggior parte della giornata, mal areate, e, in un caso, con il letto a cinquanta centimetri dal soffitto. Il Comitato nazionale di Bioetica, anche a seguito di questa sentenza, in data 27 settembre 2013, ha emesso un parere intitolato: **La salute "dentro le mura"**, in cui raccomanda il pieno rispetto del diritto alla salute in carcere, ma ha volutamente omesso di trattare la questione della funzione della pena detentiva in un società che fa della sicurezza il suo massimo ideale e che non conosce altri che vittime e carnefici.

Ancora una volta si dimostra valida l'affermazione che il carcere è sempre l'espressione della società che l'ha prodotto e della sua buona/cattiva coscienza.

Un tempo il francese era la lingua straniera più conosciuta in Italia, era la lingua della Diplomazia, dei trattati internazionali, che esprimeva una concezione del mondo meno provinciale rispetto alla cultura, purtroppo non soltanto letteraria, da "Strapaese" coltivata durante il "Ventennio". Poi venne il tempo del mondo immaginato e definito come "Villaggio Globale", che parla esclusivamente inglese.

Il libro di Paolo Girolami, scritto in francese, merita senz'altro di essere tradotto: di sicuro in italiano e, perché no, anche in inglese. ■

DUE FORTUNATE ESPLORAZIONI ENOGASTRONOMICHE URBANE

RISTORO 28/3

Care colleghe e cari colleghi, proseguiamo le esplorazioni enogastronomiche con due interessanti locali che hanno allietato le mie recenti vacanze natalizie.

RISTORO 28/3

TORINO
Via Pigafetta 56/d
Tel. 011. 5086066

Chiuso sabato a pranzo e domenica

Provato a dicembre 2013

RISTORANTE L'AGLIO

TORINO
Via Curtatone 18
Tel. 011. 6604563

Chiuso sabato a pranzo e domenica

Provato a gennaio 2014

Il primo che vi propongo è sito in zona Crocetta ed è un delizioso ristorante che unisce ottima cucina, accoglienza cordiale, grande professionalità della gestione tutta "al femminile" e arredamento accattivante... Si chiama "Ristoro 28 marzo" o "28/3", si può scrivere con entrambe le grafie, ed è in Via Pigafetta a Torino.

Il menù, simpaticamente scritto a mano su fogli di quaderno, è vario e di grande soddisfazione.

Io ho assaggiato un polipo grigliato su crema di ceci assolutamente celestiale per gusto e morbidezza. Come secondo mi sono deliziato con una trippa eccellente e un fegato alla veneziana con patate arrostiti da far vedere San Marco!!!

Non ho consumato il primo ma ho visto servire degli agnolotti dal profumo paradisiaco!

I dessert sono quasi tutti fatti in casa: io ho preso un semifreddo non "alle castagne" ma "CON CASTAGNE": una prelibatezza assoluta.

Ho accompagnato il tutto con un eccellente vino della casa ma c'è anche una buona lista dei vini! Sbirciando comunque il menù ho scorto una serie di delizie che lascio alla vostra iniziativa scoprire e che mi riprometto di assaggiare in futuro!

Il tutto per un costo fra i 30 e i 45 € tutto compreso.



L'AGLIO

Il secondo luogo di delizie è il ristorante "L'Aglio", sito nei pressi di Corso Moncalieri all'altezza di Corso Fiume.

All'ingresso si scendono pochi gradini e si entra nel paradiso della papilla!

L'ambiente "a tavernetta" e la cordialità e l'efficienza del servizio fanno la loro parte... Ma il protagonista assoluto è il menù e ovviamente il grande chef che lo prepara!

Piatti tutti di quantità equilibrata ed estetica perfetta.

Io ho preso come antipasto un'insalatina tiepida di puntarelle, calamari e gamberi da urlo e ho assaggiato da un amico commensale un perfetto vitello tonnato presentato con un'estetica veramente originale e gradevole.

Come primo ho preso il risotto al barbara con uva nera... galattico; e anche gli gnocchi caserecci con menta pecorino e nocciole sono splendidi!

La guancia di vitello con marroni e polentine grigliate che ho gustato come secondo, come si dice... vale il viaggio! Una sinfonia armonica di gusti che danno vita ad una musica di una tenerezza celestiale!

Per dessert mi sono regalato uno spettacolare semifreddo al torrone con cioccolato fondente!

Un inizio di anno alla grande grazie a questo eccellente ristorante.

Carta dei vini ottima e varia da cui ho attinto un gran dolcetto.

Costo 35-45 €.

01

CASELLE PEC

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino ha deliberato di rinnovare la convenzione con POSTECOM per la gestione delle caselle di Posta Elettronica Certificata (PEC), attivate nel 2010.

Il rinnovo della convenzione prevede le stesse modalità di adesione precedentemente adottate e cioè il pagamento a carico di questo Ordine provinciale delle caselle attivate da parte degli iscritti.

PER INFORMAZIONI: telefonare allo 011.5815108 oppure inviare mail a segreteria.amministrativa@omceo.to.it



02

PORTALE WEB

www.torinomedita.com

Il portale d'informazione indipendente e senza pubblicità dell'OMCEO della provincia di Torino.

Oltre a notizie e articoli su sanità, salute, farmaci...dall'Italia e dal mondo, potrete vedere filmati, interviste, servizi, inchieste, quando lo desiderate voi.

Non tutte le notizie, ma notizie per tutti!



03

ATTRIBUZIONE CODICE PIN

Per la compilazione del certificato di malattia on line.

Continua il servizio, attivato dall'Ordine, per l'attribuzione del codice PIN a favore dei medici liberi professionisti (non dipendenti e non convenzionati) per la compilazione della certificazione di malattia on line.

Per attivare la procedura di attribuzione, telefonare alla Segreteria Amministrativa allo 011.5815111





www.omceo.to.it

Tutto ciò che occorre sapere sull'Ordine ad iniziare dall'Albo degli iscritti



www.torinomedica.com

Cultura per la salute e le più importanti notizie di aggiornamento medico-scientifico con accesso diretto alle fonti



www.videomedica.org

La nostra rivista audiovisiva con servizi, inchieste e interviste



www.omceotorinoservizi.com

Il portale dedicato alle Associazioni riconosciute dall'Ordine ed ai servizi erogati



Newsletter

Iscrivetevi da torinomedica.com per riceverla gratuitamente sulla vostra mail

www.facebook.com/omceo



COMUNICAZIONE ORARIO UFFICI

Lunedì	8.30-13.30	14.00-17.30
Martedì	8.30-13.30	14.00-17.30
Mercoledì	8.30-13.30	14.00-17.30
Giovedì	8.30-13.30	14.00-17.30
Venerdì	8.30-13.30	14.00-17.30

Si comunica anche che l'Ufficio Previdenza (pratiche Enpam), per motivi organizzativi, osserva il seguente orario:

Lunedì	8.30-13.30
Martedì	8.30-13.30
Mercoledì	8.30-13.30
Giovedì	8.30-13.30
Venerdì	8.30-12.30

IL SEGRETARIO DELL'ORDINE

Ivana Garione

Agli iscritti

La "Federazione Sanitari Pensionati e Vedove" si occupa della risoluzione dei problemi economico-sociali dei medici, farmacisti, veterinari che godono di una pensione e dei loro familiari.

Per maggiori informazioni o per accedere ai servizi dell'Ente, si può telefonare alla signora Teresa Gariglio, 333/8440475, Presidente provinciale dell'Ente, o al dott. Giorgio Cappitelli, 348/6703250, Presidente regionale.

(RTM)

Per comunicare un cambio di indirizzo

Si chiarisce agli iscritti che la procedura corretta per la segnalazione all'Ordine di un cambio di residenza o di indirizzo prevede obbligatoriamente la compilazione dell'apposito modulo scaricabile all'indirizzo:

www.omceo.to.it → contatti → modulistica → modulo variazione indirizzo

Questo modulo deve essere inviato via mail all'indirizzo segreteria.amministrativa@omceo.to.it

o inviato tramite fax al numero 011505323

Inoltre si pregano gli iscritti di segnalare alla segreteria amministrativa eventuali disguidi di spedizione della rivista Torino Medica.

La Redazione di Torino Medica (RTM)

AVVISO AI MEDICI IN POSSESSO DI DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

I Medici che hanno conseguito il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale possono darne comunicazione alla segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino: il titolo sarà inserito nell'Albo dei Medici Chirurghi analogamente a quanto avviene per i titoli di Specializzazione.

L'attestato potrà essere inviato anche via mail al seguente indirizzo:

segreteria.amministrativa@omceo.to.it o via fax al numero: 011/505323.

Il Segretario OMCeO
Dr.ssa Ivana Garione

AVVISO DI SELEZIONE PER TUTOR VALUTATORI PER LO SVOLGIMENTO DELLA PROVA PRATICA DEI LAUREATI CANDIDATI ALL'ESAME DI STATO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino ha sottoscritto una Convenzione con l'Università di Torino per gli adempimenti previsti dal Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo modificato con decreto n. 445 del 19 ottobre 2001 e pubblicato sulla G.U. n. 299 del 27 dicembre 2001 e reso applicativo dall'Ordinanza ministeriale del 23 febbraio 2004.

Le sopra citate norme prevedono che l'esame di Stato di abilitazione alla professione consista in una prova pratica e in una prova scritta. Alla prova scritta si accede solo dopo il superamento di una prova pratica a carattere continuativo consistente in una prova clinica pratica della durata complessiva di tre mesi articolati in un mese svolto presso un reparto di medicina, un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e realizzati, dopo il conseguimento della laurea (art. 1 DM 19.10.2001, n. 445).

In forza alla Convenzione con l'Università, il Consiglio Direttivo dell'Ordine è tenuto a predisporre un elenco di medici operanti in qualità di dirigente medico in reparti di medicina generale, medicina d'urgenza o geriatria, medici operanti in qualità di dirigente medico in reparti di chirurgia generale, chirurgia d'urgenza, ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia o ginecologia e medici di medicina generale convenzionati con il SSN, che possano dichiarare, sotto la propria responsabilità, di possedere i requisiti minimi di seguito elencati per ciascuna categoria.

Medici operanti in qualità di dirigente medico in reparto di medicina generale e chirurgia generale

1. essere iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino
2. assenza di provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti
3. possedere almeno cinque anni di anzianità di servizio in un reparto ospedaliero o universitario di medicina o chirurgia
4. svolgere normalmente sia attività di reparto che ambulatoriale
5. avere congrua disponibilità di tempo per tale impegno
6. impegnarsi a frequentare il corso di formazione previsto

Medici di medicina generale convenzionati con il SSN

1. essere iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino
2. assenza di provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti
3. possedere almeno dieci anni di anzianità di convenzione per la Medicina Generale con il SSN
4. avere in carico al momento della domanda un numero di scelte superiore a 750
5. disporre di un sistema informativo adeguato
6. avere congrua disponibilità di tempo per tale impegno
7. impegnarsi a frequentare il corso di formazione previsto

L'elenco così costituito, formato da tutti gli aspiranti alla attività di Tutore in possesso dei requisiti minimi, verrà sottoposto alla Commissione Paritetica composta dai membri dell'Università e dell'Ordine per l'individuazione dei Tutori.

La Commissione Paritetica Ordine-Università, preso atto dell'elenco dei Medici che sono in possesso dei requisiti minimi, dovrà procedere alla formazione di un elenco che verrà trasmesso alla Regione (combinato art.1, comma 2 Tirocinio, DM n. 445 del 19 ottobre 2001 e art. 27, comma 3, DL n. 368 del 17 agosto 1999)

Per la validità della domanda farà fede la data di protocollo della stessa, che può essere inoltrata o per lettera raccomandata (C.so Francia 8 - cap.10143) o per raccomandata a mano direttamente agli uffici dell'Ordine o per fax al numero 011- 505323 o per e-mail presidenza@omceo.to.it.

Il candidato dovrà consegnare la domanda, come da modelli allegati, attestante il possesso dei requisiti minimi.

Torino, 8/7/2013

*Il Presidente dell'Omceo della provincia di Torino
Dr. Amedeo Bianco*

I modelli per le domande sono scaricabili dal sito www.omceo.to.it

DISPONI OGGI

per non impegnare i tuoi cari domani



CENT'ANNI

Cerimonie Programmate in Vita



GIUBILEO

GIUBILEO S.R.L. - CORSO BRAMANTE 56 - 10126 TORINO

LINEA DEDICATA 011/6670035

E-mail: centanni@giubileosrl.it



www.giubileo.com

COMUNICAZIONI SU CORSI FAD DELLA FNOMCeO

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI NUOVO CORSO ECM AGENAS/FNOMCEO

Dal 23 settembre 2013, e lo sarà fino al 1° settembre 2014, è attivo il corso on line ECM sul Programma Nazionale Esiti (PNE) realizzato da Agenas e FNOMCeO con il coinvolgimento della Federazione IPASVI.

Per accedere al corso è necessario connettersi alla Homepage del sito web del Programma Nazionale Esiti (PNE) tramite link presenti sui siti internet di Agenas, FNOMCeO, Ministero della Salute, IPASVI.

Attraverso le attività di PNE, il Ministero della Salute si avvale di AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione dei risultati (outcomes) delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi del corso sono la diffusione delle competenze necessarie a una corretta lettura e interpretazione dei contenuti di PNE, attraverso l'apprendimento di alcuni fondamenti di metodologia epidemiologica applicata alla valutazione comparativa di esito.

Crediti: il corso, del tutto gratuito, eroga 12 crediti ECM (Codice ECM 69597). L'attestazione dei crediti, una volta superato il corso, è disponibile nella "Situazione crediti" in alto a destra, appena entrati sulla piattaforma.

Le professioni accreditate sono: **medico, odontoiatra, infermiere, infermiere pediatrico, assistente sanitario.**

Accesso: a chi si è registrato per i precedenti corsi ricordiamo che è necessario passare dal sito FNOMCEO o IPASVI per accedere ai corsi.

È necessario passare dal sito della propria Federazione per il controllo ogni anno.

ATTENZIONE: Il sistema è basato su sessioni di lavoro; qualora si rimanga inattivi per più di 20 minuti la sessione scade e si deve quindi effettuare nuovamente l'accesso con ID e PIN.

CORSO FAD APPROPRIATEZZA 2013 - 2014 N° EVENTO 2603 - 79138

Si comunica che la validità del corso è stata prorogata fino al 18/11/2014 (salvo diverse disposizioni che saranno comunicate).

Si ricorda che questo corso ECM può essere seguito soltanto in modalità on line.

Il servizio HELP DESK, erogato direttamente da FNOMCeO (sede Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino) è attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 tel. 011/5815110 - e-mail: segreteria@fax.fnomceo.it

Si ricorda che è necessario passare dal sito FNOMCEO www.fnomceo.it o IPASVI www.ipasvi.it per accedere al corso.

Corsi e congressi in pillole

Vengono qui pubblicate **GRATUITAMENTE**, di ogni congresso approvato dalla redazione:
- data del convegno - titolo del convegno - luogo del convegno. Gli eventi di cui si dà notizia sono, come sempre, quelli che si tengono dal mese successivo a quello del numero pubblicato.

QUANDO
10 aprile 2014. Ore 20.00
DOVE
TORINO - Gruppo LARC "Sala Cervino"
Corso Venezia 10

► **PROFILO GIURIDICO E RESPONSABILITÀ
LEGALE DI STRUTTURA AMBULATORIALE
PRIVATA E ACCREDITATA**

QUANDO
29 maggio 2014. Ore 20.00
DOVE
PINEROLO (TO) - Studio Medico Pinerolese
Via Gatto 28

► **LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO
DELLE FRATTURE DA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO**

QUANDO
8 aprile 2014. Ore 10.00
DOVE
TORINO - GAM
Corso Galileo Ferraris 30

► **MARTEDÌ DELLA SALUTE, Primo ciclo 2014
BRUCIORE DI STOMACO E REFLUSSO**

QUANDO
15 aprile 2014. Ore 10.00
DOVE
TORINO - GAM
Corso Galileo Ferraris 30

► **MARTEDÌ DELLA SALUTE, Primo ciclo 2014
ARTRITE REUMATOIDE:
UN APPROCCIO INTERDISCIPLINARE**

QUANDO
6 maggio 2014. Ore 10.00
DOVE
TORINO - GAM
Corso Galileo Ferraris 30

► **MARTEDÌ DELLA SALUTE, Primo ciclo 2014
DAL RAFFREDDORE ALLA BRONCHITE:
SINDROME RINOBRONCHIALE**

QUANDO
13 maggio 2014. Ore 10.00
DOVE
TORINO - GAM
Corso Galileo Ferraris 30

► **MARTEDÌ DELLA SALUTE, Primo ciclo 2014
I NOSTRI DENTI: TANTI BUONI MOTIVI
PER CONTINUARE A SORRIDERE**

QUANDO
24 maggio 2014
DOVE
TORINO - Sala Convegni
della Clinica Santa Caterina da Siena
Via Villa della Regina, 19

► **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE
NELLA PRATICA CLINICA IN MENOPAUSA**

Direttore del Convegno: Prof. K. Tavassoli



Volvo V40

**Tua con canone a partire da 230 euro al mese (TAEG 7,32%)
e dopo tre anni sei libero di restituirla***

*Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. L'auto raffigurata comprende optional non di serie. Per le condizioni contrattuali vedere i fogli informativi presso la Sede, le Entità territoriali, le Agenzie Fidelity e i Concessionari Volvo aderenti all'iniziativa. TAEG 7,32%. Offerta valida sino al 31/03/2014. Salvo approvazione Fidelity SpA.

VOLVOCARS.IT

Volvo V40. Valori massimi nel ciclo combinato: consumo 8,1 L/100KM. Emissioni CO₂ 189 G/KM.

 **AutoGrup**

TORINO - C.so Giulio Cesare 334 - Tel. 011.2456600
info@autogrup.com

Smile!

Accogliamo con un bel sorriso il Centro Odontoiatrico del **Poliambulatorio Villa IRIS** di Pianezza. Composto da due moderni Studi Dentistici, di cui uno specifico per i bambini. Gli studi sono provvisti di attrezzature all'avanguardia ed operatori altamente qualificati.

MEDICINA D'URGENZA

Per i casi urgenti l'attività dentistica viene erogata nella massima tempestività in modo da agevolare il paziente.



VILLAIRIS
...ama la famiglia

Villa Iris Srl - Via Cesare Pavese 12 - Pianezza TO - Per info: 011.968 2282
Email: villairis@casadicuravillairis.it - Sito: www.poliambulatoriovillairis.it
Direttore Sanitario Dr. Artemio Brusa



Nr 50 100 1974-Rev.04

OFFERTA LAVORO:
SPECIALISTA IN MEDICINA DELLO SPORT
SI CERCA PER POLIAMBULATORIO PLURI SPECIALISTICO
CONTATTARE IL 334-6432800