



## All'interno

---

• **pag. 6** La Cardiologia Ospedaliera "Luigi Colonna" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari. Non solo degenza e ambulatori

• **pag. 9** Per l'errore del MMG paga (anche) l'ASL

---

• **pag. 12** Osservatorio civico sulla sanità: per conoscere, sostenere e garantire il sistema sanitario. Percorsi di salute attraverso l'esperienza dell'impegno civico

• **pag. 16** Pazienti e chirurghi: parole, parole, parole

---

• **pag. 22** La Sindrome dell'Outlet Toracico (TOS) o Sindrome dello Stretto Toracico Superiore: una patologia di difficile inquadramento, esperienza personale e risultati del trattamento chirurgico

• **pag. 24** Inclusione scolastica D.S.A. e Deuteranopia: A Case Report



SCHOOL OF MANAGEMENT  
UNIVERSITÀ LUM JEAN MONNET



Master Executive  
A.A. 2015 - 2016

# SANITÀ 2.0

Marketing, Management  
e Comunicazione in Sanità

**IN OCCASIONE  
DELLA PRIMA  
EDIZIONE DEL MASTER**

**QUOTA  
D'ISCRIZIONE  
€ 1.900,00\***



\*per aziende convenzionate con AV Eventi e Formazione,  
soci SPIF, ATC, Rete Emergenze Onlus

*the next step*  
management.lum.it



SCHOOL OF MANAGEMENT  
UNIVERSITÀ LUM JEAN MONNET

Per ulteriori informazioni e iscrizioni  
[www.management.lum.it](http://www.management.lum.it) - [www.medicalive.it](http://www.medicalive.it)

Recapiti Utili

080/6978236 - 080/6978264 fax 080/4577959 email: [postgraduate@lum.it](mailto:postgraduate@lum.it)



de chirico srl

Distributore esclusivo per l'Italia  
Onde d'Urto



[www.mts-italia.eu](http://www.mts-italia.eu)

# Sommario

---

**pag. 4** **Viaggio nella DART dell'ASL di Taranto**- *del Direttore Responsabile Salvo Falcone*

## Cardiologia

---

**pag. 6** **La Cardiologia Ospedaliera "Luigi Colonna" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari. Non solo degenza e ambulatori**

*Dott. Riccardo Guglielmi*

## Diritto Sanitario

---

**pag. 9** **Per l'errore del MMG paga (anche) l'ASL**

*Avv. Angelo Russo*

## Management Sanitario

---

**pag. 12** **Osservatorio civico sulla sanità: per conoscere, sostenere e garantire il sistema sanitario.**

**Percorsi di salute attraverso l'esperienza dell'impegno civico**

*Dott. Giuseppe Greco*

**pag. 14** **Pazienti e chirurghi: parole, parole, parole**

*Dott. Maurizio Dal Maso*

## Ortopedia

---

**pag. 17** **La Sindrome dell'Outlet Toracico (TOS) o Sindrome dello Stretto Toracico Superiore: una patologia di difficile inquadramento, esperienza personale e risultati del trattamento chirurgico**

*Dott. Maurilio Bruno*

## Psicologia

---

**pag. 24** **Inclusione scolastica D.S.A. e Deuteranopia: A Case Report**

*Dott.ssa Maria Mottolese, Dott.ssa Dora Chiloiro*

# I prossimi eventi

---

## **ASPETTI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI E RIABILITATIVI DELLE PRINCIPALI AFFEZIONI MUSCOLO SCHELETRICHE**

**9 Maggio 2015 - Mascali (CT)**

Medici di Medicina Generale, Fisioterapisti

**ECM: 5,4**

---

## **LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI**

**15 e 16 Maggio 2015 -Parte Teorica Forli – Parte pratica Faenza**

Fisioterapisti

**ECM: 21,5**

---

## **LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA OSTRUTTIVA BRONCHIALE NELLA VITA REALE**

**21 Maggio 2015 - Siracusa**

Medici di Medicina Generale e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Malattie dell'apparato respiratorio, Cardiologia, Medicina Interna

**ECM: 4,7**

---

## **MASTER EXECUTIVE: SANITA' 2.0 MARKETING, MANAGEMENT E COMUNICAZIONE SANITARIA**

**Dal 22 Maggio 2015 - Trani**

Laureati, personale amministrativo e sanitario, gestori di strutture sanitarie

**ECM: 50**

---

## **CORSO DI FORMAZIONE BASE DI LINFODRENAGGIO MANUALE**

**Dal 23 Maggio al 22 Settembre 2015 - Siracusa**

Fisioterapisti

**ECM: 50**

---

## **CORSO DI RIQUALIFICAZIONE OSS**

**Dal 25 Maggio 2015 - Catania**

OSS, ADEST, OTA, Operatore addetto all'assistenza delle persone diversamente abili

---

## **CORSO ATC AVANZATO - LA TECNICA DELL'APPROCCIO VARIABILE**

**29 - 30 - 31 Maggio 2015 - Valderice (TP)**

Fisioterapisti, Medici Chirurghi, specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Studenti del 3° anno del CdL in Fisioterapia. La partecipazione al Corso Base ATC® propedeutica per l'iscrizione al Corso Avanzato.

**ECM: 28,6**

# I prossimi eventi

---

## **TERAPIA RIFLESSA AL PIEDE I° LIVELLO METODO HANNE MARQUARDT - FUSSREFLEX®**

**Dal 6 Giugno 2015 - Catania**

Medici Chirurghi specialisti in Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione; Podologi;  
Fisioterapisti

**ECM: 35**

---

## **I MILLE VOLTI DELLA BPCO**

**6 Giugno 2015 - Biancavilla (CT)**

Medici di Medicina Generale, Infermieri, Assistenti Sociali, Assistenti Sanitari, Psicologi, OSS,  
Fisioterapisti, Allievi Infermieri del 3° Anno

**ECM: 6,4**

---

## **GIBI DAYS - TECNICHE DI IMAGING A CONFRONTO NELLE AFFEZIONI MUSCOLO SCHELETRICHE: RX, ECOGRAFIA, TAC, RMN**

**6 Giugno 2015 -Siracusa**

Medici Chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina della Sport,  
Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali

**ECM: 8,5**

---

## **LA SANITA' DISTRETTUALE E IL RUOLO DELLE CURE PRIMARIE**

**7 Giugno 2015 - Avezzano (AQ)**

Medici di Medicina Generale, Infermieri, Assistenti Sociali, Assistenti Sanitari, Psicologi, OSS,  
Fisioterapisti, Allievi Infermieri del 3° Anno

**ECM: 8**

---

## **CORSO TEORICO - PRATICO SULLE PATOLOGIE DI GOMITO MANO**

**12 - 13 Giugno 2015 - Forlì**

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali

**ECM: 17,6**

---

## **IL NUOVO IN SENOLOGIA E NELLA PATOLOGIA DELLA TIROIDE**

**13 Giugno 2015 - Manduria (TA)**

Medici di Medicina Generale, e Specialisti in Radiodiagnostica, Oncologia, Endocrinologia,  
Chirurgia Generale e Ginecologia

**ECM: 7**

---

# Viaggio nella DART dell'ASL di Taranto



di Salvo Falcone Direttore Responsabile MEDIC@LIVE Magazine  
Twitter: @falconesalvo

Antonella Greco, fisioterapista presso la U.O. Sanitaria dell'Area Disabilità Età Evolutiva (DART), nucleo inserito in una strutturazione Dipartimentale di Riabilitazione dell'A.S.L. di Taranto, ci consente di effettuare un'analisi dell'attuale organizzazione del reparto nel quale vengono trattati - tramite un iter diagnostico-valutativo - i bambini con Paralisi Cerebrale Infantile. Un intervento che prevede, inoltre, l'elaborazione di un progetto riabilitativo dei piccoli pazienti da parte del fisioterapista, quest'ultimo, a sua volta, inserito in una équipe multidisciplinare. L'altro obiettivo che la Greco intende raggiungere è quello di elaborare, in via sperimentale, un progetto metodologico, che preveda un trattamento riabilitativo da condividere con la famiglia e da inserire nel contesto ambientale del piccolo paziente.

“Il centro - ricorda la Antonella Greco - si occupa della realizzazione di diagnosi e trattamento precoce delle patologie invalidanti infantili, offre informazioni e valutazioni degli ausili, di uso ed addestramento a tutori.

Le attività del DART prendono il via da alcune considerazioni sulle condizioni del bambino e il suo sviluppo. L'età evolutiva è ritenuta - afferma la Greco - la stagione più instabile e più complessa dell'esistenza dell'uomo. Essa coincide con il momento in cui, dopo l'esperienza intrauterina, il bambino si affaccia al nuovo mondo adattandosi e maturando con l'ambiente quegli appuntamenti funzionali che porteranno gradualmente all'autonomia.

Nel processo di sviluppo del bambino, una patologia invalidante può ritardare, alterare o devastare le “normali strategie” funzionali di adattamento, creando, di conseguenza, deficit secondari che potrebbero ostacolare la sua stessa autonomia”.

La riabilitazione pediatrica, quindi, secondo la Greco “pone l'attenzione non sulla patologia, ma sul bambino nella sua globalità e sul suo continuo adattamento funzionale, nonché sui percorsi che, nonostante la sua disabilità, quel bambino dovrà fare. Il trattamento che nel DART è perseguito, non mira, pertanto al raggiungimento di improbabili processi di “normalizzazione”, ma si pone la finalità di guidare il bambino alla continua ricerca di adattamento con il mondo fisico e sociale, allo scopo di promuovere la massima autonomia ed indipendenza possibile.

Il DART però, pone al centro dei suoi interessi anche le difficoltà dei neonati ad alto rischio rivolgendolo un intervento globale messo in atto da professionisti che in diversi settori sono in grado di seguire il complesso sviluppo di questi bambini, con la capacità di monitorarne tutti i percorsi della loro crescita.

Non meno centrale nelle attività del DART - ribadisce la Greco - è il ruolo dei genitori che a fronte della nascita di figli disabili, richiedono di essere informati sulle possibili strategie per superare le difficoltà che i propri bambini potranno incontrare nel corso dello sviluppo. corsi di crescita dei loro bambini.

Il centro di riabilitazione pediatrica si pone come luogo adatto a raccogliere l'esigenza dei genitori di intraprendere un percorso educativo fatto non solo di “cure”, ma anche di progetti diretti a costruire il futuro dei loro bambini.



Dott.ssa Antonella Greco

---

I genitori, infatti, cercano in un luogo come l'Area disabilità Età evolutiva i primi sostegni che li aiutino a delineare i possibili percorsi di crescita dei loro bambini.

Genitori ed operatori, scambiandosi le loro competenze, cominciano a conoscere i bisogni dei bambini”.

Antonella Greco ricorda che “a Taranto nel 1995, vengono istituiti 12 Distretti Socio-sanitari e, successivamente vengono costituiti 4 Poli Riabilitativi: Polo Occidentale, comprendente i Territori dei Distretti Socio-sanitari di Ginosa, Castellaneta, Mottola, Massafra; il Polo di Martina Franca, comprendente il Distretto Sociosanitario di Martina Franca e Crispiano; il Polo Orientale, comprendente i Territori di Grottaglie, San Giorgio e Manduria; il Polo Centrale, includente i Distretti Socio-sanitari della città di Taranto. Con la deliberazione n.324 del 03.03.98 riguardante l'“Organizzazione del settore della Riabilitazione pediatrica, l'ASL costituisce l'U.C.D.I. (Unità Centrale per le Disabilità Infantili) con competenza funzionale su tutto il territorio provinciale, al fine di favorire una maggiore diffusione di quei interventi riabilitativi rivolti specificatamente all'età evolutiva e di monitorare le esigenze ed i bisogni della popolazione infantile. Pertanto veniva assegnata all' Unità Centrale un'equipe composta dai seguenti profili professionali: Medico fisiatra- pediatra, Fisioterapisti, Educatore professionale, Assistente Sociale e Impiegato Amministrativo. Quest'organizzazione in Distretti si è assunta diverse funzioni pluriprofessionali tra cui l'attuazione di interventi nelle strutture scolastiche e prescolastiche; l'elaborazione del programma che deve essere globale e personalizzato; la verifica periodica attestata in cartella clinica; la presa in carico dell'utente mediante visite di accertamento diagnostico e di valutazione da parte di un'equipe multidisciplinare, composta da medico, fisioterapista, psicologo, pedagogista, assistente sociale, psicometrista, educatore professionale; deistituzionalizzazione e reinserimento in famiglia o in comunità protette. Il Polo di Riabilitazione, ha per fine istituzionale l'impegno di erogare un servizio di prevenzione, riabilitazione e di inserimento sociale dei soggetti handicappati sul territorio jonico. Esso è costituito dalla risultante dei centri di assistenza gestiti dalle associazioni A.I.A.S., vale a dire associazione italiana assistenza spastici, A.N.F.F.A.S., cioè associazione nazionale famiglie e fanciulli sub-normali”.

Attualmente, riferisce la Greco “il Servizio Aziendale di Riabilitazione è organizzata su due livelli: centrale e periferico. La Riabilitazione Pediatrica è caratterizzata dalla presa in carico precoce attraverso il percorso diretto Ospedale-Territorio, il coinvolgimento immediato della famiglia per risposte più appropriate, il counseling psicologico e i programmi individualizzati con l'utilizzo di ortesi ed ausili per il raggiungimento dell'autonomia funzionale del bambino. Questa organizzazione espleta: la diagnosi e il trattamento precoce delle patologie invalidanti infantili (Paralisi cerebrali infantili; spina bifida; distrofia muscolare progressiva; cerebropatia evolutiva ecc.); il raccordo operativo con le strutture ospedaliere, i distretti socio-sanitari e i pediatri di base, al fine di favorirne l'intervento preventivo e l'eventuale presa in carico; l'informazione degli ausili ed addestramento all'uso di tutori e protesi.

Antonella Greco riferisce anche degli interventi da realizzare in futuro: si pensa alla creazione di una Ausilioteca e Mediateca software come centro delle nuove tecnologie per l'handicap, ritenuta la risposta riabilitativa più efficace per la massima autonomia possibile del disabile.

## La Cardiologia Ospedaliera “Luigi Colonna” dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari. Non solo degenza e ambulatori

La Cardiologia Ospedaliera “Luigi Colonna” del Policlinico di Bari, negli ultimi anni, ha puntato alla valorizzazione e alla crescita delle risorse umane a disposizione non solo sul piano professionale, con tecnologie all’avanguardia e umanizzazione delle cure, ma anche – essendo sostanzialmente precluso l’impegno didattico alla componente ospedaliera nei corsi di laurea universitari – sull’educazione e prescrizione di corretti stili di vita nella scuola dell’infanzia e media.

Nel 2014 è andato a buon fine un progetto dal titolo “Proteggi il cuore di tuo figlio. Cominciamo dalla scuola”.

Obiettivo principale è implementare la cultura della prevenzione delle malattie cardiovascolari, cominciando sin dall’infanzia, nella scuola primaria e nella secondaria per ragazzi più grandi, attraverso l’informazione e la comunicazione di messaggi personalizzati per fascia di età.

Educazione alimentare, lotta ai fattori del rischio cardiovascolare (colesterolo, ipertensione) attraverso l’educazione alimentare e l’attività fisica per i più piccoli e i genitori, lotta all’alcol e al fumo per i più grandi: sono stati questi gli argomenti che i medici della Cardiologia Ospedaliera hanno presentato nelle scuole, con l’ausilio di elementi grafici e informatici preparati ad hoc. Agli studenti più grandi sono stati illustrati gli elementi di formazione per l’attivazione della catena della sopravvivenza in caso di arresto cardiaco, massaggio, respirazione e defibrillazione.

Nel 2014 la Cardiologia ospedaliera è stata tra i banchi, nel corrente anno le porte del reparto sono state aperte alla scuola.

Nell’ambito della “Settimana del Cuore, giornate di Cardiologia aperta”, l’iniziativa indetta dall’ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) e dalla fondazione “Per il tuo Cuore – HCF onlus”, la nostra U.O.C. di Cardiologia ospedaliera ha organizzato due eventi “Da grande vorrei prendermi cura del Cuore” e “La corsa del Cuore”.

Il primo evento, iniziativa unica e mai adottata da un’Azienda sanitaria, è sta-

to esclusivamente riservato ai giovani dell’ultimo anno della scuola media superiore, licei e istituti tecnici, che avevano da qualche tempo manifestato ai docenti, il desiderio di continuare gli studi iscrivendosi a una facoltà sanitaria (medica, infermieristica, tecnica).



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

### Bibliografia

D.M. Classi di laurea  
D.M.509/1999

D.M. Classi di laurea  
D.M.270/2004 Lauree  
Triennali Lauree Magistrali

Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”

D.M.16 marzo 2007  
“Determinazioni delle classi di lauree universitarie”

5. Il rischio cardio-oncologico: ecco le armi per contrastarlo Tutto Sanità Puglia 22 giugno 2013 <http://www.tuttosanita.it/ts/notizie/visualizzazione.asp?Tabella=StoricoInterventi&ID=31980>

6. La necessità imprescindibile dell’umanizzazione delle cure Tutto Sanità Puglia on line 4.11.2013 <http://www.tuttosanita.it/ts/include/default.asp> . Cartaceo n°152 Ottobre 2013 pag. 26-30



### Cardiologia Aperta

Bari 14-15 febbraio 2015



Da grande vorrei prendermi cura del Cuore

Orientamento per la scelta di una professione sanitaria in ambito cardiologico



U.O.C. Cardiologia «Luigi Colonna»

Direttore Riccardo Guglielmi





Vista la fattibilità di realizzazione del progetto dopo contatti diretti con i Dirigenti scolastici, ottenute le regolari autorizzazioni dalla Direzione aziendale, l'Unità operativa complessa di Cardiologia Ospedaliera ha aperto le porte a 70 studenti, selezionati e inviati dai presidi e dai docenti preposti all'orientamento universitario delle scuole di appartenenza (Area metropolitana di Bari, sabato 14 febbraio dalle ore 8.00 alle 14.00 e domenica 15 febbraio dalle 10.00 alle ore 13.00).

Gli "aspiranti", dopo l'accoglienza e l'inquadramento, sono stati divisi in gruppi e sotto attento controllo del Direttore, dei Dirigenti medici e degli infermieri in servizio, nel rispetto dell'etica e della privacy, hanno seguito i percorsi clinici e diagnostici del reparto. Per loro laboratori aperti e fornite spiegazioni sulle procedure diagnostiche che si eseguono in un reparto di cardiologia (elettrocardiografia, ecocardiografia). Gradualmente sono state spiegate e mostrate simulazioni di tecniche di cardiologia interventista (emodinamica, elettrofisiologia, cardiostimolazione).

Con lezioni teoriche in clinica ed esercitazioni pratiche, sono stati illustrati i concetti di sterilità in ambienti sanitari e le manovre d'urgenza. I 70 ragazzi nel corso della prima mattinata, accolti nell'Istituto di Anatomia umana normale dal Prof. Domenico Ribatti, hanno assistito e partecipato a una lezione sulla lotta ai fattori di rischio cardiovascolare, dal colesterolo all'ipertensione. Entrare per la prima volta nella storica aula di Anatomia dell'Università di Bari, vedere nella Cardiologia ospedaliera, come da loro stessi affermato, una "tecnologia da fantascienza" ha suscitato una grande emozione nei giovani.

Ritornati in reparto, gli studenti hanno preso parte a simulazioni di manovre rianimatorie in caso di arresto cardiaco, massaggio, ventilazione, defibrillazione e come in generale attivare una catena della sopravvivenza. Utili messaggi di lotta al fumo e agli stupefacenti sono stati di proposito immessi nel percorso didattico.

L'obiettivo raggiunto dell'iniziativa è stato quello di attivare l'orientamento per studenti attenti e motivati che intendono proseguire gli studi universitari e iscriversi a una facoltà che permetta loro di svolgere nel futuro, "da grandi", una professione sanitaria in generale, e cardiologica in particolare.

Il team al completo della Cardiologia Ospedaliera del Policlinico di Bari ha voluto offrire loro la possibilità di un'esperienza unica che potrà meglio influire sulle motivazioni di scelta per professioni dove, oltre alla preparazione teorica e pratica sono necessarie attitudini al sacrificio, alle rinunce.



Fig. 2 Il Dott. Domenico Carretta spiega le manovre rianimatorie in caso di arresto cardiaco

Domenica 15 febbraio, terminato il percorso didattico, alla presenza di familiari, dell'associazione di volontariato AMA Cuore e del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, il Dott. Filippo Anelli, è stato rilasciato ai giovani studenti un attestato a ricordo dell'esperienza vissuta. I Dirigenti scolastici intervenuti, i Professori Mario Forenza e Giovanna Palmulli, hanno ringraziato per l'opportunità concessa ai loro studenti che hanno saputo cogliere, per loro stessa ammissione, il messaggio che per ottenere risultati positivi in ospedale è indispensabile lavorare in team, con spirito di servizio, umiltà e umanizzazione.



Fig. 3 La consegna degli attestati

Soccorso e alla Centrale operativa del 118. La corsa/passeggiata ha rappresentato un simbolico momento di unione tra operatori, pazienti che hanno ultimato il ciclo riabilitativo dopo il ricovero, famiglie e volontari.

Curare con efficacia, efficienza e con maggiore attenzione all'umanizzazione è il messaggio che i medici e gli infermieri della Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda Policlinico di Bari hanno voluto trasmettere ai ragazzi e ai cittadini utenti. Sono state fornite informazioni e date risposte a domande. Materiale divulgativo per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari è stato consegnato ai partecipanti.

La prescrizione di corretti stili di vita ("mangiar sano", "perché fa bene muoversi di più", "fumo no grazie") nella fascia dell'età scolastica e i percorsi di orientamento alla scelta di professione sanitaria per gli studenti della scuola superiore possono rappresentare una nuova arma nella lotta alle malattie cardiovascolari e oncologiche.

Una nazione come la nostra che ha pochissime risorse estrattive, dove l'imprenditoria non riesce a fare un salto di qualità, la politica non sa offrire risposte chiare alle esigenze e alle richieste dei cittadini, le risorse a disposizione in tutti i settori diventano sempre più insufficienti, ha il dovere di valorizzare le risorse umane a disposizione, individuando e formando giovani che sappiano affacciarsi al difficile mondo del lavoro con maggiore entusiasmo, ambizione e voglia di crescere. Investire su chi sogna di voler da grande prendersi cura del cuore degli altri servirà a mantenere giovane e gagliardo il cuore di tutti.



Fig. 4 Sulle scale dell'Istituto di Anatomia Umana Normale

## Per l'errore del MMG paga (anche) l'ASL



Avv. Angelo Russo,  
Avvocato Cassazionista,  
Diritto Civile, Diritto Amministrativo,  
Diritto Sanitario, Catania

Con una recentissima sentenza (n. 6243 del 27.3.2015) la Terza Sezione della Cassazione Civile ha sancito il principio che per l'errore del medico di Medicina Generale la Azienda Sanitaria Locale è responsabile, in solido, col medico medesimo.

La decisione della Suprema Corte trae origine da un episodio accaduto nel 1997 allorquando il medico di base, dopo essere stato avvisato dalla moglie di un proprio assistito che lo stesso presentava sintomi di ischemia cerebrale, interveniva con estremo ritardo e prescriveva cure del tutto inadeguate.

Non rendendosi, invero, conto delle gravi condizioni del paziente, non ne disponeva l'immediata ospedalizzazione, causandone la paralisi permanente di parte del corpo.

Il Tribunale, in primo grado, dichiarò la responsabilità del medico *“in ragione del comportamento colposo dovuto ad intempestiva visita domiciliare, al mancato rilievo delle gravi condizioni del paziente ed all'omessa urgente sua ospedalizzazione”*.

Espletato, peraltro, un supplemento di consulenza tecnica d'ufficio, il cui esito convergeva sul fatto che *“il tempestivo trattamento farmacologico avrebbe avuto effetti contenitivi del danno alla salute del paziente”*, il Tribunale condannava, in solido, il Medico di Medicina Generale e l'Azienda Regionale ASL 7 di Chivasso, al risarcimento dei danni.

La Corte d'Appello, in secondo grado, accoglieva l'impugnazione proposta dalla ASL e rigettava la domanda di risarcimento proposta nei confronti di questa, escludendo, nella motivazione, qualsiasi responsabilità della ASL atteso che *“non vi sarebbe stato alcun contatto tra paziente e ASL stessa”*.

Sul ricorso proposto dagli eredi del paziente, dopo un contenzioso protrattosi per 17 anni, la Corte di Cassazione ha concluso la vicenda processuale.

Il Supremo Consesso effettua, preliminarmente, una dettagliata disamina dell'assetto normativo in materia, sottolineando che la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. n. 833/1978) ha delineato un sistema *“ispirato al principio della partecipazione democratica all'attuazione dello stesso Servizio sanitario, di tutela indifferenziata e globale, anche tramite l'individuazione e la fissazione, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale, dei livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”*.

Con specifico riferimento all'assistenza medico - generica, peraltro, la Corte evidenzia che le USL provvedono ad erogarla *“sia in forma domiciliare, che ambulatoriale, assicurando i livelli di prestazioni stabiliti dal piano sanitario nazionale”*.

Le Aziende Sanitarie Locali, ex art. 3 d.lgs. n. 502/92, quindi, devono provvedere ad erogare l'assistenza medico - generica, che costituisce un diritto del cittadino, o tramite proprio personale dipendente o tramite medici convenzionati.

# Diritto Sanitario

In questa seconda ipotesi la scelta del medico di fiducia è, necessariamente, circoscritta ad un medico convenzionato operante nel comune di residenza del cittadino – utente, medico che, a sua volta, è “selezionato secondo parametri definiti nell’ambito degli accordi regionali” e che ha, previamente, instaurato, con la USL, lo specifico rapporto di convenzionamento.

La Suprema Corte, dopo avere precisato che *“la scelta del medico è un atto dell’utente del S.S.N. destinato a produrre i suoi effetti nei confronti dello stesso Servizio e, per esso, della USL nel cui territorio opera il medico (pubblico dipendente o) in regime di convenzionamento con la stessa USL”* e che *“salvo l’ipotesi della cessazione del rapporto fiduciario nei modi e nei limiti consentiti, il medico convenzionato è tenuto alla prestazione, ossia non può rifiutare di prestare l’assistenza medico – generica, in quanto prestazione curativa definita secondo livelli uniformi”*, sottolinea che *“in armonia con tale sistema, che impegna la USL alla erogazione della prestazione curativa di assistenza medico – generica, l’utente ed il medico prescelto convenzionato concentrano il loro rapporto sul piano dello svolgimento in concreto della prestazione curativa riconducibile nell’alveo dell’assistenza medico – generica”*.

La sentenza della Corte prosegue l’iter argomentativo avendo cura di evidenziare che, pur dopo le riforme intervenute nel 1992 e nel 1993, l’assistenza medico – generica è rimasta fra le prioritarie competenze delle USL (divenute ASL) alle quali *“spetta di provvedere ad assicurare i livelli uniformi di assistenza che devono essere garantiti agli utenti del S.S.N.”*

Sulla scorta dei principi generali desumibili dalla normativa di settore, la Corte di Cassazione conclude nell’affermare che *“l’assistenza medico – generica è prestazione curativa che l’utente del S.S.N. ha diritto di ricevere secondo il livello stabilito dal piano sanitario nazionale (e, in epoca successiva, in base ai LEA) e, in questi termini, la ASL ha l’obbligo di erogare”* e che *“è la legge stessa ad individuare la ASL come soggetto tenuto ad erogarla, avvalendosi di personale medico medico alle proprie dipendenze ovvero in rapporto di convenzionamento”*.

La Suprema Corte, in conclusione, sancisce il principio a tenore del quale si configura *“a carico della ASL una obbligazione ex lege di prestare l’assistenza medico – generica all’utente del S.S.N. che viene adempiuta attraverso l’opera del medico convenzionato”* e che *“posto che l’assistenza medico – generica si configura come diritto soggettivo pieno ed incondizionato dell’utente del S.S.N., questi è creditore nei confronti della ASL che, in quanto soggetto pubblico ex lege tenuto ad erogare detta prestazione curativa, assume la veste di debitore”*.

Il “debitore” ASL, nell’erogare la prestazione curativa dell’assistenza medico – generica, si avvale, poi, come dianzi evidenziato, del personale medico dipendente o in rapporto di convenzionamento.

Il medico generico convenzionato, secondo la ricostruzione della Corte, è *“ausiliario della ASL quanto all’adempimento, da parte di quest’ultima, dell’obbligazione ex lege di prestare assistenza medico – generica all’utente del S.S.N.”*, con la precisazione che *“il medico convenzionato non è parte di detto rapporto giuridico obbligatorio fra ASL e utente bensì interviene nella fase del suo svolgimento per rendere la prestazione curativa cui la ASL è tenuta per legge”*.

Il medico convenzionato, in definitiva, adempie una obbligazione *propria* della A.S.L. nei confronti degli utenti del S.S.N. e la adempie *per conto e nell'interesse* della ASL stessa sicchè, secondo la Corte di Cassazione, "la A.S.L. è responsabile civilmente, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., del fatto illecito che il medico, con essa convenzionato per l'assistenza medico-generica, abbia commesso in esecuzione della prestazione curativa, ove resa nei limiti in cui la stessa è assicurata e garantita dal S.S.N. in base ai livelli stabiliti secondo la legge".

Il principio di diritto contenuto nella sentenza si pone in evidente contrasto con le pronunce delle sezioni penali della stessa Corte che avevano escluso la responsabilità della ASL per il fatto del medico di medicina generale.

In particolare, Cassazione penale, sez. IV, 11.4.2008, n. 36502 ha enunciato il principio secondo il quale "In tema di omicidio colposo, la ASL di appartenenza non è responsabile per i danni cagionati al paziente da un medico convenzionato, poiché tra quest'ultimo e la ASL non ricorre un rapporto di immedesimazione organica, né di ausiliarietà, e la ASL non assume il rischio dell'attività del sanitario, pur sempre libera sia nella predisposizione dell'organizzazione che mette a disposizione del paziente, sia nella scelta delle cure da praticare. Il medico, infatti, non è dipendente della ASL, e tra quest'ultima ed il paziente, diversamente da quanto accade tra il paziente e la casa di cura, non intercorre il cosiddetto contratto di ospitalità, sicché non è configurabile alcuna responsabilità dell'ente ex art. 1228 e 2049 c.c., né è configurabile una responsabilità dell'ASL ex art. 1218 e 2043 c.c., in difetto di una relazione diretta tra il paziente e l'ente, che non fornisce direttamente la prestazione sanitaria, in quanto l'unico debitore della prestazione sanitaria è il medico".

Il *revirement* della terza sezione civile della Suprema Corte è di non secondario momento anche in considerazione delle ricadute nell'assetto risarcitorio che sarà caratterizzato, in simili ipotesi, dalla verosimile scelta del danneggiato di agire in via esecutiva nei confronti della ASL, quale debitore in solido, ritenuto (in quanto soggetto pubblico) economicamente più "aggredivibile" rispetto al medico convenzionato.

# Management Sanitario

## Osservatorio civico sulla sanità: per conoscere, sostenere e garantire il sistema sanitario. Percorsi di salute attraverso l'esperienza dell'impegno civico

Nel panorama internazionale dei Servizi Sanitari quello italiano presenta una serie di caratteristiche che lo rendono particolarmente interessante, a partire dal suo impianto ideale che vede al centro del sistema il cittadino. Pur in una fase critica a motivo della persistente crisi di sistema, in particolare sui profili economico, istituzionale, di governance è possibile rilevare un sensibile cambiamento, sul piano strutturale, nell'articolazione delle politiche della salute, dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, nell'offerta integrata e diffusa sul territorio delle cure primarie e dei servizi di prossimità a carattere socio-sanitario.

La stessa disposizione del Sistema Sanitario in senso regionale, conseguenza di un federalismo solidamente applicato, è motivo di una duplice azione di cambiamento, in corso di completamento:

a) centralità del territorio, attraverso la rifunzionalizzazione di una molteplicità di servizi e di strutture/presidi.

b) potenziamento dell'offerta di cure e percorsi terapeutici e assistenziali nella dimensione della valorizzazione degli interventi di prossimità in strutture/servizi dedicati, quali i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e le Case della Salute, ma anche l'investimento sempre più marcato per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per il trattamento di una serie di patologie croniche, a partire da diabete, scompenso cardio-vascolare, malattie BPCO.

c) Riassetto complessivo delle dotazioni ospedaliere in una logica di attività di rete in Hub & Spoke, puntando molto sul potenziamento dei Presidi di eccellenza e del funzionale raccordo in Rete con i presidi sanitari minori, che tuttavia devono presentare chiare doti di efficienza, abilità, innovazione in una nuova logica di politica sanitaria aziendale.

d) Monitoraggio diffuso e sistematico delle dotazioni sanitarie attive e operose ma anche di quelle che vanno rinnovate con nuove caratteristiche funzionali.

Sorge spontanea una domanda: possiamo considerare quella attuale una stagione di rilancio del Sistema Sanitario Nazionale, nel senso che le singole realtà regionali possano rappresentare un'articolazione obiettivamente rispondente a quello che rimane un pilastro ideale di qualità, basato su tre indici irrinunciabili, fondanti il SSN: universalità, solidarietà ed equità, intesa come "l'assenza di differenze ingiuste ed evitabili"?

Come rispondere a un altro interrogativo: l'accesso alle cure, quelle che stanno determinando un cambiamento radicale del rapporto tra malattia e cura, è veramente garantito a tutti?



*Dott. Giuseppe Greco, psicoterapeuta, Segretario Cittadinanzattiva Sicilia, Coordinatore Consulta Regionale della Sanità*

Anche ad un'altra domanda va una risposta: il tema della sostenibilità del sistema può condizionare il destino dei cittadini nel rapporto di ciascuno di essi con le cure?

Sono le risposte a queste domande, insieme allo scenario che abbiamo sommariamente rappresentato e ai percorsi di cura che è possibile osservare, che potranno fornirci oltreché spunti di riflessione civica avanzata anche la possibilità di effettuare una lettura della Sanità dalla parte dei cittadini, dei pazienti lungo una vicenda esistenziale che in qualche modo vede nella condizione della salute una possibilità di aumentare la qualità della vita ed il benessere individuale e sociale.

Dal vivo dell'esperienza delle Assemblee Territoriali di Cittadinanzattiva (Audit civico, Percorsi integrati di tutela, azioni civiche) e della sua Rete della Salute, formata dal Tribunale per i Diritti del Malato e dal Coordinamento delle Associazioni dei Malati Cronici che avvieremo un percorso di conoscenza del Sistema Salute Italiano. Potrà essere una opportunità per monitorarlo, valutarlo, apprezzarlo in un rapporto nuovo ed efficace, dai LEA alle cure innovative, con una attenzione mirata anche all'aspetto bioetico presente.

“Un sistema sanitario efficace è un prerequisito per rispondere ai cambiamenti in atto nella situazione epidemiologica e nelle necessità sanitarie della popolazione attraverso la governance, il finanziamento sanitario, le risorse umane e le istituzioni che erogano servizi di prevenzione, trattamento e cure palliative” (OMS).

## Pazienti e chirurghi: parole, parole, parole

Dopo la dimissione ospedaliera per aver subito un intervento chirurgico, le complicazioni e la possibilità di un nuovo ricovero rappresentano certamente l'ultimo desiderio del paziente.

Quando ciò avviene, fondamentale è comprendere le motivazioni che hanno condotto a ciò per evitare il reiterarsi dell'evento. In un recente lavoro, realizzato sui motivi più frequenti delle riammissioni post-chirurgiche non programmate e pubblicato sul Volume 313 del 3 febbraio 2015 del JAMA, sono stati evidenziati i tassi di riammissione non programmata a 30 giorni e le relative cause.

Il tasso di riammissione non programmata per i quasi 500.000 interventi chirurgici esaminati nello studio è stato pari al 5,7%. Il primo motivo di riammissione è risultato essere l'infezione del sito chirurgico, il secondo l'ostruzione o ileo e, infine, solo in una piccola percentuale dei pazienti esaminati, si è riscontrato che erano stati ricoverati per la stessa problematica che avevano manifestato durante il loro precedente ricovero.

Ne deriva quindi che le riammissioni post-chirurgiche sono associate a nuove complicazioni insorte dopo le dimissioni e non a esacerbazioni di co-patologie o complicazioni già presenti al momento del primo ricovero. nasce spontaneo, quindi, chiedersi se le informazioni sono state date ai pazienti e con quale modalità.

Forse non a caso sullo stesso numero del JAMA, nella "Jama Patient Page" è presente un breve articolo dal titolo molto accattivante preparato dall'American College of Surgeons intitolato: "Cosa chiedere al tuo chirurgo prima di una operazione : la chirurgia è spesso un evento maggiore che può cambiarti la vita". L'articolo raggruppa alcune domande che tutti i pazienti dovrebbero fare prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico, domande che rappresentano, seppur in modo diverso, le informazioni contenute nei diversi consensi informati in uso negli ospedali. La singolarità, in questo caso, è rappresentata dalla "lettura" delle informazioni fatta in una nuova prospettiva, ovvero quella del paziente. Le domande, seppur semplici obbligano il paziente a porsi in un momento di autentica riflessione sulla conoscenza delle informazioni in suo possesso prima dell'intervento chirurgico:

1. Perché devi essere operato?
2. Il chirurgo e l'ospedale dove l'intervento verrà fatto sono quelli giusti per te?
3. Cosa ti accadrà dopo l'intervento?
4. Che tipo di complicazioni potrebbero accadere?
5. Hai recuperato o stampato il materiale online che ti può fornire ulteriori informazioni sulla sua malattia e sul trattamento chirurgico?



*Dott. Maurizio Dal Maso, Direttore Sanitario della Azienda USL 1 di Massa Carrara.*

### Bibliografia

**JAMA The Journal of the American Medical Association Vol. 313 del 3 febbraio 2015**



Anche io mi sono posto le stesse domande e ho vagliato un possibile cambiamento attraverso la riprogrammazione della rete dei servizi e dell'offerta aziendale e interaziendale chirurgica, utilizzando le stesse domande come driver principale per le attività.

## **1. PZ:** perché mi opero ?

**M:** perché è la soluzione migliore per il tuo problema di salute.

Potremmo finalmente ridurre la variabilità poco fisiologica e molto patologica, sia orizzontale che verticale, che guida ad intervenire chirurgicamente solo su coloro che effettivamente ne necessitano. Da anni, studi e ricerche cliniche hanno dimostrato che le probabilità di subire un intervento dipendono più spesso dall'area geografica in cui vive il paziente che non dalle sue condizioni cliniche o di salute. Le cause delle variazioni regionali nell'erogazione di prestazioni chirurgiche non sono quasi mai giustificate da differenze nei risultati degli accertamenti diagnostici ma il vero responsabile è il fattore umano. Le ragioni principali di un'assistenza chirurgica a macchia di leopardo sono le motivazioni e le convinzioni dei medici circa il valore di un intervento in circostanze specifiche e nella misura in cui essi incorporano le preferenze del paziente nelle decisioni. La persistenza di disparità geografiche, nonostante i numerosi decenni di conoscenza del fenomeno, suggerisce la necessità di sforzi attivi per ridurre tali variazioni e garantire che la scelta dell'intervento sia determinata anche dalla consapevole informazione del singolo paziente. Il concetto di variabilità in chirurgia è stato molto indagato ma siamo fermi alla certezza che ogni giorno forniamo risposte uguali a bisogni diversi ovvero risposte diverse a bisogni uguali e di tutto questo, spesso, il paziente è inconsapevole, mentre i professionisti sanno bene che le regole del loro operato sono chiare e comportano una assunzione diretta di responsabilità che segue un preciso albero decisionale :

il medico decide come utilizzare le risorse in base ad un percorso clinico-assistenziale che giudica ottimale per quello specifico paziente;  
è corretto ed essenziale che abbia questa libertà di scelta clinica;  
sarebbe incoerente, però, se non avesse anche la responsabilità dell'impiego corretto ed appropriato delle risorse ovvero del corretta indicazione di trattamento e del più appropriato setting assistenziale;  
in sanità il controllo economico non è di natura gerarchica ma passa attraverso la responsabilità professionale di coloro che hanno in cura i pazienti.

## **2. PZ:** chi mi opera e dove mi opero?

**M:** ti opera il chirurgo giusto nel posto giusto.

Finalmente questa potrebbe la solo risposta da dare ad ogni paziente! Ma sappiamo bene che spesso non è così e a fianco di valide competenze del singolo operatore troviamo scarse quelle del contesto assistenziale o viceversa. Per ovviare a ciò sarebbe utile realizzare una rete professionale concordando con i professionisti la strutturazione di una rete interprofessionale e multidisciplinare. Ciò significa che certi interventi possono essere eseguiti in tutti gli ospedali e altri solo in centri specifici, considerando che il successo di un intervento non è dato dal solo atto operatorio,

# Management Sanitario

---

ma risente in modo significativo delle capacità/competenze dell'intero team nella gestione clinica della fase pre e post-operatoria.

**3. PZ:** cosa devo fare io ?

**M:** collaborare al massimo e pretendere che tutta l'organizzazione sanitaria ti aiuti in questo compito.

Nelle Aziende sanitarie da anni vengono effettuate ricerche di customer satisfaction ma spesso le ricadute migliorative dei servizi tardano ad essere attuate.

**4. PZ:** cosa mi succederà dopo?

**M:** il decorso post-operatorio richiederà un trattamento che dovrà essere supportato anche dalla famiglia.

Informare e formare i famigliari sulla giusta modalità di gestione del paziente ormai dimesso contribuirà ad evitare possibili errori responsabili di nuovi ricoveri e interventi e a sostenerlo nel nuovo stile di vita.

**5. PZ:** perché devo usare del materiale online?

**M:** certamente è cosa utile e facilita la diffusione delle informazioni, a patto che la fonte sia autorevole e certificata.

L'assenza di governo di questo aspetto ha generato molte delle criticità esistenti nel rapporto medico/paziente degli ultimi anni perché dalla rete si può scaricare "tutto e il contrario di tutto" e, dato che permane la ben nota "asimmetria informativa" tra medico e paziente, questo aspetto deve essere tenuto sempre presente.

La classe medica e tutti i professionisti sanitari vorranno provare a gestire questo diverso e nuovo approccio culturale? Sapranno accettare la sfida professionale che ne deriverà con competenza e capacità di integrazione interdisciplinare? Questa è una grande scommessa, nell'interesse dei pazienti, non si può perdere e questa è anche la rotta che le Direzioni Aziendali dirette verso l'innovazione.

## La Sindrome dell'Outlet Toracico (TOS) o Sindrome dello Stretto Toracico Superiore: una patologia di difficile inquadramento, esperienza personale e risultati del trattamento chirurgico



Dott. Maurilio Bruno,  
Responsabile UN.OP.  
di chirurgia della mano  
e microchirurgia ricostruttiva Ist. Ortopedico  
Galeazzi IRCCS (MI)

### Introduzione e Razionale Anatomico

La sindrome dello stretto toracico superiore rappresenta una entità nosologica di difficile inquadramento, nota nel mondo anglosassone come "outletsyndrome" e in quello francese come "syndrome de latraverse' ethoraco brachiale". La storia della TOS è antica: già Galeno nel 150 d.c. descriveva la "costa cervicale" come malformazione; richiamata da Unaldo nel 1742, solo nel secolo scorso Law, Cooper, Telford, Ochsner riferirono di quadri clinici caratteristici. Peet nel 1956 parlò, finalmente, della "outletsyndrome".

Oggi è considerata come una sindrome dolorosa cronica determinata dalla compressione dei rami del plesso brachiale e dell'asse vascolare artero venoso succlavio al passaggio di un tunnel osteo-fibroso -muscolare costituito da tre segmenti consecutivi:

1. il passaggio intercostoscalenico
2. il passaggio costo claveare
3. il passaggio coraco pettorale o ascellare

Il tunnel ha un decorso angolato e modifica continuamente la propria capienza durante i movimenti della colonna cervicale, del torace e dell'arto superiore, coinvolgendogli elementi del fascio vascolo nervoso in esso contenuto:

**1 Il plesso brachiale** è costituito dalle radici nervose derivanti dai metameri C5-C6-C7-C8-D1 che emergono dalla colonna cervicale attraversando il forame di coniugazione e quivi si anastomizzano dando forma anatomicamente ai tronchi e corde primarie, nello spazio compreso tra la colonna cervicale e la clavicola (porzione sopraclaveare) e alle corde secondarie tra la clavicola e l'ascella (porzione sottoclaveare).

**2 I vasi succlavi** (arteria e vena succlavia) nascono dal tronco anonimo a dx e direttamente dall'aorta ascendente a sin dirigendosi all'ascella.

Se si verificano condizioni di compressione-trazione su dette strutture si crea un momento critico (compressione nervosaischemia nervosa compressione vascolare ischemia dell'arto) clinicamente rappresentato da sintomi caratteristici.

Esistono infatti situazioni congenite (fibrose-tendinee-muscolari o scheletriche) o acquisite (deformità in esito di fratture, neoplasie, aneurismi, etc.) che possono provocare una situazione di "discrepanza limite volumetrica" nel dinamismo di questi passaggi anatomici consecutivi, scatenando fenomeni di

### Bibliografia

AtasoyE. "Thoracic outlet syndrome: anatomy", *Hand Clinic* 20(2004)7-14

AtasoyE. "History of Thoracic out letsyndrome" *Hand Clinic* 20(2004)15-16

AtasoyE. "Combined-surgical treatment of thoracic out letsyndrome :trans axillary first ribresection and trans cervicalsclenotomy" *Hand Clinic* 20(2004)71-82

AtasoyE. "Recurrent-thoracic out letsyndrome " *Hand Clinic* 20(2004)99-105

BrantiganC.,Roos D. "Etiology of neurogenicthoracic out letsyndrome" *Hand Clinic* 20(2004)17-22

compressione-trazione sulle suddette formazioni anatomiche contenute.

**1. il passaggio intercostoscalenico** è costituito dal trigono degli scaleni, spazio triangolare definito dallo scaleno anteriore e medio e dalla I costa: contiene i tronchi primari del P.B. e l'arteria succlavia. Inferiormente si continua nell'apparato sospensore della pleura (legamento vertebro pleurico, legamento trasverso pleurico e legamento costo pleurico);

**2. il passaggio costo claveare** è delimitato dalla clavicola, dal m. succlavio e dalla I costa. E' diviso dalla porzione distale dello scaleno anteriore in un settore interno venoso e in un settore postero esterno arterioso. La fascia del muscolo succlavio si continua nella fascia clavi pettorale come un pavimento conico che emerge nel passaggio ascellare e su cui riposa il fascio vascolo nervoso. Il tetto di questo cono è costituito dal legamento di Caldani (leg. Costo clavicolare e leg-costo coracoideo);

**3. il passaggio coraco pettorale o ascellare** è di forma piramidale. Percorre tutta la porzione posteriore del muscolo piccolo pettorale dove il fascio vascolo nervoso scivola per penetrare nel canale brachiale. Va considerato inoltre che la gestione della neutropenia febbrile comporta costi elevati, legati alla morbilità (degenza, terapie antibiotiche mirate, esami diagnostici radiologici) nonché un aumento della mortalità. Una sua prevenzione risulta pertanto in un risparmio di risorse economiche.

## Introduzione e Razionale Anatomico

Bisogna considerare tre variabili principali:

### a. variazioni individuali:

- età: maggiormente interessata la III e IV decade;
- sesso: tipicamente femminile;
- biotipo: astenico

### b. variazioni anatomiche:

- dell'apparato degli scaleni
- della I costa
- del muscolo succlavio
- dell'apparato legamentoso

### c. malformazioni congenite:

- agenesia della I costa

**Brantigan C., Roos D.** "Diagnosing thoracic outlet syndrome" *Hand Clinic* 20(2004)27-36

**Braun R.** "Thoracic outlet syndrome: a primer on objective method of diagnosis" *JHS*, - vol. 35°, Sep 2010, 1539-1541

**Dalbayrak S., Yaman O.** "Supraclavicular surgical approach for thoracic outlet syndrome: 10 years of experience." *Turk Neurosurg* 2014;24(6):867-72

**Desai SS, et al.** "Outcomes of surgical paraclavicular thoracic outlet decompression" *Ann Vasc Surg* 2014 Feb ;28(2):457-64

**Leffert R.** "Complications of surgery for thoracic outlet syndrome" *Hand Clinic* 20(2004) 91-98

**Klaassen Z., Sorenson E., Tubbs RS et al.** "Thoracic outlet syndrome: a neurologic and vascular disorder" *Clin Anat*, 2014 Jul;27(5):724-32

**Orlando MS, Likes KC, Mirza S, Cao Y.** "A decade of excellent outcomes after surgical intervention in 538 patients with thoracic outlet syndrome" *J Am Coll Surg* 2015 Jan 15. pii: s1072-7515(15)00027-7

**Povlsen B. et al.** "Treatment for thoracic outlet syndrome" *Cochrane Database Syst Rev* .2014 Nov 26;11:CD007218

*nic* 20(2004)23-26

**SaundersR.,HammondSharon**  
"Etiology and pathology" *Hand Clinic* 20(2004)23-26

- costa cervicale (abbozzi cartilaginei embrionali possono permanere a livello cervicale: se avviene una fusione con il processo trasverso si avrà una ipertrofia della apofisi trasversa; se questa fusione non avviene si potrà avere una vera costa articolata)

**TerzisJK.,Kokkalis ZT.** "Supraclavicular approach for thoracic outlet syndrome" *Hand (NY)* 2010 Sept.;5(3):326-337

- legamenti fibrosi anomali (sec. classificazione di Ross)

Bisogna comunque considerare che sia in situazioni normali che malformative la compressione del fascio vascolo-nervoso va considerato sotto un profilo dinamico!

## Sintomatologia

Si deve distinguere una componente neurologica, una componente neurovegetativa e una componente vascolare.

La sintomatologia algica compare durante l'esecuzione di determinati movimenti o posture che il paziente indica di solito con precisione.

Il dolore è accompagnato da parestesie, alterazioni della sensibilità tattile e termica, pallore, cianosi, disidrosi. Inoltre viene riferita facile stancabilità dell'arto e astenia (con sensazione di cedimento dell'arto durante l'abduzione). Il dolore si irradia alla spalla, al petto, alla regione interscapolare nonché al braccio e alla mano.

La sintomatologia vascolare può essere arteriosa, venosa e mista. Pallore, cianosi, pesantezza dell'arto possono rappresentare un evento vascolare pur tuttavia con segni aspecifici. E' riportata in letteratura come discriminante la differenza di oltre 20 mm di Hg della pressione arteriosa tra i due arti. Raramente si avrà paresi conclamata o segni di trombo embolia acuta.

Sono considerati "sintomi di accompagnamento" la cefalea, disturbi dell'udito e dell'equilibrio e nausea, disturbi del sonno (a causa del dolore notturno determinano sonnolenza e disturbi della concentrazione e dell'ideazione con tendenza all'autofrustrazione e sindrome ansioso depressiva).

Lo stesso biotipo astenico, cifos dorsale, spalle addotte, scapola alata, lassità vertebrale e legamentosa può essere causa di compressione e di "pinzamento" del fascio vascolo nervoso nei movimenti di abduzione e rotazione esterna o nell'adduzione con sollevamento pesi.

## Obbiettività Clinica

Oltre all'ispezione e palpazione per la ricerca di anomalie e punti trigger, polsi etc. si ricorre al segno clinico di Tinel e a segni peculiari:

- manovre del rachide cervicale: segno di Adson, Adson inverso, segno di Tinozzi

- manovre dell'arto superiore: segno di Eden (s. dell'Attenti militare), m. di Wright, m. di Ross
- manovre di riposo: collare cervicale per 3 settimane, braccio al collo, adattamenti personali della meccanica dell'arto.

## Diagnosi

Si basa sull'anamnesi clinica e sintomatologica, sulla ricerca di associate sindrome neuropatiche canalicolari (double-crushsyndrome).

La diagnostica strumentale deve essere rappresentata da una griglia accurata e caratteristica:

- radiografia del rachide cervicale con proiezioni stde dinamiche
- studio elettrofisiologico
- Eco color doppler dei tronchi sovraortici con le classiche manovre dinamiche (I livello)
- Ev. esami angiografici maggiori (angioTc/angio RMN)(II livello)
- Tc spirale
- Rmn rachide cervicale e fosse sovraclaveari

Le descritte indagini serviranno a escludere patologie foriere dei medesimi sintomi: nella TOS infatti la maggior parte di queste saranno negative in quanto si tratta di patologia compressiva dinamico funzionale!

Fondamentale sarà la diagnosi differenziale con:

- malattie neurologiche maggiori
- Patologie cervicali canalari (ernia discale, discopatia, instabilità, etc)
- patologia meccanica del cingolo scapolo omerale (sindrome da conflitto della spalla, lesioni della cuffia dei rotatori, etc)
- patologie oncologiche del polmone e della mammella (immediate e tardive)
- patologie vascolari maggiori (malformazioni, fistole, aneurismi, trombosi, etc.)

## Trattamento terapeutico

Il trattamento è di solito inizialmente conservativo e affidato a vari protocolli fisiatrici di recupero dell'atteggiamento posturale e di miglioramento del gesto ripetitivo ergonomico o lavorativo.

Il trattamento chirurgico è proponibile in seguito al fallimento di questi o per la presenza di acuzie neurologiche o vascolari.

La storia della chirurgia della TOS è antica: va dalla resezione della I costa (Coté, 1861) alla neurolisi del plesso brachiale (Sanders, 1979) per mezzo di grandi esposizioni sovra o sotto clavari o ascellari (tabella n. 1).

Ad oggi grandi discussioni vi sono su cosa debba affrontare l'accesso chirurgico, ovvero se si tratti di patologia preminente nervosa o vascolare. La maggior parte degli AA. crede che la stragrande maggioranza dei sintomi sia da ricondurre al coinvolgimento del plesso brachiale (90-98%).

Le vie chirurgiche più utilizzate sono la sovraclaveare e la via ascellare.

I risultati riportati in letteratura sono sufficientemente omogenei, con positività che si aggira intorno al 60%. Le recidive descritte sommano circa il 15-20% dei casi.

La valutazione dei risultati è, tuttavia, influenzata da assenza di parametri di valutazione certi, dalla tecnica chirurgica utilizzata, dalla esperienza del chirurgo.

Le complicanze descritte in letteratura sono rappresentate da:

- pneumotorace
- lesioni dell'arteria e vena succlavia
- inadeguata asportazione della I costa o della costa cervicale
- lesione del dotto toracico
- lesioni del plesso brachiali
- Sindrome di Horner
- Ipostesia e disestesie residue dell'arto superiore

## Materiali e casistica personale

Dal 1998 al 2013 sono stati sottoposti a intervento di decompressione dello stretto toracico superiore presso il nostro centro 182 pazienti, 131 di sesso femminile, 51 di sesso maschile, età media 26 aa (min. 20, max. 71). Sono stati sottoposti a controllo n. 98 pazienti con F.U. medio di 7 aa. (min. 1-max. 9) mediante visita di controllo frontale e questionario DASH.

Sono stati valutati i seguenti parametri :

- scomparsa del dolore
- scomparsa dei fenomeni neurologici
- recupero funzionale

La scomparsa completa del dolore è stata riferita da 53 paz. (54%) mentre n.39 paz. (39,7%) ha riferito miglioramento con esacerbazione tornando ad attività lavorative o sportive impegnative; n. 6 paz. (6,1%) hanno riferito scarso miglioramento della sintomatologia dolorosa.

le complicanze osservate sono:

- pneumotorace: 1 (con risoluzione spontanea )
- stupor del nervo frenico: 13 con regressione media della “fame d’aria” dopo due mesi e reinnalzamento della cupola pleurica dopo 5-6 mesi;
- sindrome di Horner: 1 con risoluzione spontanea in ca due mesi.

Etiologia:

- post trauma: 39 (39,7%)
- costa cervicale: 7 (7,1%)
- ipertrofia legamentosa dell’apparato sospensore della pleura: 18 (18,3%)
- idiopatici: 36 (36,7%)

## Conclusioni

Nella nostra esperienza la TOS si presenta come sindrome dolorosa neuropatica cronica ed autonoma.

La difficoltà dell’approccio diagnostico non consente mai la precoce individuazione nosologica.

L’estrema varietà dei quadri di esordio e dei sintomi infatti consente solo tardivamente di giungere alla corretta diagnosi.

Inoltre la TOS può presentarsi in associazione ad altre patologie meccaniche dell’arto superiore e del cingolo scapolo omerale, in particolare della spalla (sindrome conflittuale della spalla, rottura della cuffia dei rotatori, sindrome del capo lungo del bicipite omerale, sofferenza del nervo soprascapolare all’incisura della scapola, etc).



E' particolarmente importante differenziare il dolore di origine neurogena da quello di origine meccanica e qualora persistano dubbi sulla sua definizione bisogna, a nostro avviso, considerare sempre la possibilità che esista una patologia del plesso brachiale.

## **Riassunto**

In questo articolo l'Autore riferisce della personale esperienza nel trattamento chirurgico della sindrome dello stretto toracico superiore (TOS), riportando i risultati di un elevato numero di casi trattati e seguiti per un consistente periodo di tempo. Tali risultati consentono di individuare, in accordo con i dati riportati in letteratura, il corretto approccio diagnostico, la corretta definizione nosologica della patologia ed il suo adeguato trattamento chirurgico.

## Inclusione scolastica D.S.A. e Deuteranopia: A Case Report

*“Siate umani: se avete un figlio che non sa distinguere i colori, fatene un critico d'arte piuttosto che un macchinista ferroviario.”*

**Rémy de Gourmont, I passi sulla sabbia (1919)**

Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvato da 190 nazioni, stabilendo un modello che è alla base dei Bisogni Educativi Speciali (BES- Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012). Un alunno ha un Bisogno Educativo Speciale quando il suo funzionamento evolutivo, educativo e di apprendimento gli crea problemi. Una scuola inclusiva risponde ai BES “per tutti e per ciascuno”, ossia a tutti gli alunni disabili, con difficoltà e svantaggio economico-socio-culturale in coerenza con il modello ICF, che guarda al benessere globale di tutti gli individui quale risultato di positiva interazione fra fattori bio-psico-sociali ed il loro contesto ambientale e personale di vita. A tutela dei bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) vi è anche la Legge 8 ottobre 2010 n° 170 “Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico” che riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento; inoltre importante è stata la stesura delle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento”. Nonostante ciò l'inclusione di bambini e ragazzi con DSA spesso viene vissuto come difficoltoso in molte realtà scolastiche, soprattutto quando vi sono casi di comorbidità. Di seguito proponiamo un caso di Disturbo misto delle capacità scolastiche in comorbidità a Deuteranopia, ossia un'anomalia della visione cromatica in cui chi ne è affetto confonde il rosso con il verde.

### Caso Clinico: Breve Anamnesi

Gravidanza fisiologica. Nato a termine da parto spontaneo, nessuna problematica riscontrata pre, peri e post natale.

Peso alla nascita: 3,150 Kg. Primi atti dello sviluppo nella norma.

Linguaggio verbale in ritardo; controllo sfinterico e sviluppo posturo-motorio in epoca.

Non viene riferita alcuna familiarità per patologie genetiche e neuropsichiatriche con insorgenza in fanciullezza.

A 12 anni viene fatta in altra sede diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento e di Funzionamento Intellettivo al Limite.

Giunge alla nostra valutazione all'età di 14 anni; ha completato la I classe media superiore di un Istituto Professionale per Odontotecnici con molte difficoltà, in particolare nella chimica, nonostante la stesura e l'implementazione del PDP (Piano Didattico Personalizzato). Gli insegnanti chiedono ai genitori una valutazione approfondita atta a valutare se il ragazzo possa continuare il percorso di studi intrapreso a fronte del Disturbo Specifico di Apprendimento in comorbidità con difficoltà nel riconoscimento dei colori.



*Dott.ssa Dora Chiloire, Dirigente psicologa specialista in psicologia clinica, psicoterapia, criminologia e neuropsicologa, ASL TA*

*Dott.ssa Maria Mottolose, Psicologo esperto in Psicodiagnosi, psicopatologia e neuropsicologia per l'età adulta ed evolutiva*

### Bibliografia

**Biancardi A.**, *Quando un bambino non sa leggere*. Ed. Rizzoli, 1999.

**Bonistalli E.**, **Gruppo fiorentino MCE**, *Prevenzione e trattamento della dislessia- un lavoro nelle prime classi*. Ed. Nuova Italia, Firenze 1982.

**Collins W.E.**, *The Effects of Deuteranomaly and Deuteranopia Upon the Foveal Luminosity Curve*. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, Volume 48, Issue 2, 1959.

**Cornoldi C.** (a cura di), *I disturbi dell'apprendimento*. Ed. Il Mulino, 1991

**Elena E. Simonetta**, *La dislessia: un nuovo approccio per la diagnosi e il trattamento*. Ed. Carlo Amore.

**Friso G., Molin A., Poli S.**, *Difficoltà di lettura nella scuola media*. Ed. Erickson, 1998.

**Ladavas E., Berti A.**, *Neuropsicologia*. Ed. Il Mulino, 1999.

**Martini A.**, *I disturbi dell'apprendimento della lettura e della scrittura*. Ed. Del Cerro, 1995

**Medeghini R.**, *Perché è così difficile imparare? Come la scuola può aiutare gli alunni con disturbi specifici di apprendimento*. Ed. Vanini, 2005.

**Merini C.**, *I problemi della lettura*. Ed. Bollati Boringhieri, 1991.

**Mucchielli R., Bourcier A.**, *La dislessia*. Ed. Nuova Italia.

**Tanaka G., Suetake N., Uchino E.**, *Lightness modification of color image for protanopia and deuteranopia*. *Optical Review*, Volume 17, Issue 1, 2010.

**Tressoldi P.E., Vio C.** (a cura di), *Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico*. Ed. Erickson, 1998.

**Stella G.** (a cura di), *La dislessia: aspetti clinici, psicologici e riabilitativi*. Ed. F. Angeli, 2003.

**Stella G., Di Blasi F., Giorgetti W., Savelli E.**, *La valutazione della dislessia*. Ed. Città Aperta, 2003.

La preoccupazione principale consta nel comprendere se il ragazzo riesce a distinguere il bianco dagli altri colori (in particolare dal rosso e derivati, per il colore delle gengive) e se può frequentare i laboratori pratici ad esempio per miscelare i diversi componenti ed applicare gli stampi per l'arcata dentinale.

## Valutazione Diagnostica

Appare tendenzialmente timido nelle prime fasi di conoscenza, in seguito collabora durante le prove risultando attento e concentrato. L'eloquio spontaneo è normoprosodico e corretto. Durante le prove utilizza lenti correttive per la vista.

Viene somministrato un protocollo neuropsicologico strutturato atto ad indagare le aree degli apprendimenti scolastici, del riconoscimento e discriminazione dei colori e dell'intelligenza (vedi Tab.1).

Al test di intelligenza non verbale, Matrici Progressive di Raven, risponde a tutti gli items presentati con performance corretta in 35 item su 60. Ottiene con una prestazione che si colloca al 39° centile, all'interno del gruppo III-con categoria di prestazione "medio-bassa" e QI pari a 90.

Dall'analisi qualitativa dei risultati si evince come il ragazzo possieda una sufficiente capacità di risolvere problemi in situazioni nuove, indipendentemente dalle conoscenze acquisite attraverso la capacità di ragionamento logico induttivo e deduttivo (intelligenza fluida).

**Tab. 1 - Valutazione Neuropsicologica**

Funzione indagata	Test
Intelligenza (non verbale)	Matrici Progressive di Raven SPM
Decodifica di un testo	Prove MT Avanzate-2 prova di Comprensione
Lettura di un testo	Prove MT Avanzate-2 prova di Correttezza e rapidità
Letto-Scrittura	DDE-2 Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva
Calcolo	Prove MT Avanzate-2 prova di Calcolo
Riconoscimento e discriminazione dei colori	Test dei Colori e Test di Ishihara

Il ragazzo legge il brano "26 Dicembre 2004" tratto dalla Prova MT Avanzate-2 prova di Correttezza e Rapidità per la classe 1°; per quanto concerne il parametro della rapidità di lettura, non completa il brano nel limite di tempo normativo; in specifico, legge con una velocità di 3,29 sillabe/secondo. Nonostante la lettura rallentata, si decide di far completare la lettura del brano (5'22" tempo impiegato) per non demotivare il ragazzo e per una maggiore attendibilità del parametro di accuratezza. La lettura è scorretta rispetto alle attese, in particolare salta un rigo ed effettua numerosi errori fonologici: elisioni, sostituzioni ed aggiunte.

All'approfondimento effettuato attraverso la prova di decodifica di un testo scritto (Prove MT Avanzate-2 prova di Comprensione per la classe 1°), ottiene una performance inferiore rispetto al criterio normativo. Tali risultati evidenziano non adeguate capacità nell'attività ricostruttiva del testo partendo dalle proprie conoscenze, nell'attribuire significati attraverso una configurazione d'insieme; in specifico, le aree processuali non adeguate riguardano:

*Stella G., Dislessia. Ed. Il Mulino, 2004.*

- decodificare i significati grafici sulla superficie del testo;
- riconoscere le informazioni ed i concetti espliciti (comprensione letterale);
- comprendere i significati impliciti facendo collegamenti ed inferenze (comprensione integrativa ed inferenziale);
- seguire lo sviluppo del testo e ricostruire significati globali (comprensione ricostruttiva ed interpretativa);
- analizzare e valutare forma e contenuto del testo (comprensione analitica e valutativa).

Per quanto concerne la valutazione con la DDE-2 Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva, le norme italiane si fermano alla III classe media inferiore, pertanto non sono calcolabili quantitativamente le deviazioni standard, ma è possibile effettuare un'accurata valutazione qualitativa. In specifico, il ragazzo nelle varie prove effettua errori:

- fonologici: prevalentemente omissioni, aggiunte e sostituzioni (sia nella lettura che nella scrittura, nonostante ripeta bene la parola e/o non parola confonde "B/V" e "V/F");
- non fonologici che coinvolgono la rappresentazione ortografico-visiva della parola, senza compromissione del rapporto tra fonema e grafema, ossia che c'è corrispondenza tra produzione scritta ed enunciato sonoro; in particolare scambi di grafemi omofono-non omografo (es. "quoco per cuoco");
- fonetici: parole apostrofate ed accenti.

Nelle Prove MT Avanzate-2 prova di Calcolo per la classe 1° emerge come il ragazzo non adopera correttamente le procedure di calcolo e gli automatismi coinvolti, effettuando numerosi errori procedurali. Nel calcolo a mente ottiene punteggi inferiori alle attese per la classe frequentata in rapidità, nonostante una prestazione sufficiente in accuratezza; inoltre, nella prova di rievocazione dei fatti aritmetici rientra sufficientemente nelle attese (vedi Tab. 2).

**Tab. 2 - Risultati della valutazione degli apprendimenti scolastici**

	<i>Prove di decodifica</i>	<i>Punteggi</i>	<i>Codificazione</i>
<i>Prove MT Avanzate-2 prova di Comprensione</i>	Comprensione testo "Brano A"	5 corrette su 10	Richiesta di Attenzione (range 5)
	Comprensione testo "Brano B"	3 corrette su 10	Richiesta di Intervento Immediato (range <4)
	Comprensione testo "A+B"	8 corrette su 20	Richiesta di Attenzione (range 8-10)
	<i>Prove di lettura</i>	<i>Punteggi</i>	<i>Codificazione</i>
<i>Prova MT Avanzate-2 prova di Correttezza e Rapidità</i>	Rapidità	Legge in 240" solo 790 sillabe	Richiesta di Intervento immediato (range < 3,91)
	Correttezza	13,5	Richiesta di Intervento immediato (range > 11)

	<i>Prove di letto-scrittura</i>	<i>Velocità</i>	<i>Errori</i>	
<i>DDE-2 Valutazione della Disslessia e della Disortografia Evolutiva</i>	Letture di Parole	aa	22"	1
		ab	26"	2
		ba	20"	1
		bb	28"	1
	Totale		96" TOT 2,93 sill./sec.	4%
	Letture di Non parole	a	15"	1
		b	29"	4
		c	30"	3
	Totale		74 TOT 1,72 sill./sec.	17%
	Comprensione Omofone			42%
Correzione Omofone			15%	
Scrittura di Parole			2%	
Scrittura di Non parole			21%	
Frase con Omofone			21%	
	<i>Prove di calcolo</i>	<i>Punteggi</i>	<i>Codificazione</i>	
<i>Prove MT Avanzate-2 prova di Calcolo</i>	Calcolo a mente Correttezza	3 risposte corrette su 8	Prestazione Sufficiente (range 3-6)	
	Calcolo a mente Rapidità	261" tempo impiegato	Richiesta di Intervento Immediato (range >157")	
	Fatti aritmetici	18 risposte corrette su 27	Prestazione Sufficiente (range 18-23)	

Al Test dei colori di Ishihara esame compatibile per lieve discromatopsia, in specifico lieve deuteranopia (del rosso e del verde); nonostante l'alterazione della percezione tra i colori (banda rosso-verde), riesce sempre a discriminare i numeri a 1 o a 2 cifre; inoltre, confonde i numeri scritti con codice arabo simile, ad esempio il 3 con l'8 e viceversa (vedi Tab. 3 e Immagine 1).

**Tab. 3 - Risultati della valutazione del riconoscimento e discriminazione dei colori**

	Risposta del ragazzo	Risposta del ragazzo
<i>Test di Ishihara</i>	Item 1 – Resp. Corretta 12	Item 7 – Resp. Corretta 74
	Item 2 – Resp. Corretta 6	Item 8 – Resp. Corretta 2
	Item 3 – Resp. Corretta 8	Item 9 – Resp. Corretta 6
	Item 4 – Resp. Corretta 5	Item 10 – Resp. Corretta 45
	Item 5 – Resp. Corretta 3	Item 11 – Resp. Corretta 97
	Item 6 – Resp. Corretta 15	Item 12 – Resp. Corretta 5

## Conclusioni

Si fa diagnosi di "Disturbo misto delle capacità scolastiche" (ICD10 F81.3) in soggetto con profilo intellettivo medio-basso e positività per lieve discromatopsia, in specifico "Deuteranopia" che non compromette le abilità del riconoscimento delle sfumature del bianco e derivate.

All'Istituto scolastico si richiede di redigere il Piano Didattico Personalizzato in conformità alla Legge 170/2010 ed alla direttiva del 27 dicembre 2012 relativa ai Bisogni educativi speciali (BES), insistendo sul passaggio alla lettura silente piuttosto che a voce alta, in quanto la prima risulta generalmente più veloce e più efficiente; dispensando dalla lettura a voce alta in classe, dalla lettura autonoma di brani la cui lunghezza non sia compatibile con il suo livello di abilità; da tutte quelle attività ove la lettura è la prestazione valutata; dando ove necessario tempi aggiuntivi, una adeguata riduzione del carico di lavoro, utilizzo di strumenti compensativi.

Tutte le modalità dispensative e compensative vengono essere garantite sia durante lo studio individuale sia in ambiente scolastico ed anche durante le verifiche. Per quanto concerne tutte le materie scolastiche, ed in particolare per le materie scientifiche e la lingua straniera in cui il ragazzo aveva grande difficoltà, si rimanda all'osservanza delle Linee Guida Ministeriali "Per il Diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA". L'osservanza di tali accorgimenti ha consentito un'adeguata inclusione scolastica del ragazzo.



Fig. 1 Il Test di Ishihara

## **Comitato Tecnico Editoriale**

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

## **SEGUICI ANCHE SU...**



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



@MedicaliveMag



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



## **MEDIC@LIVE Magazine** Rivista di informazione Medico - Scientifica

Anno 1 - Numero 4 - Aprile 2015

**Direttore Responsabile**  
Salvo Falcone  
direttore@medicalive.it  
Twitter: @falconsalvo

**Coordinatore editoriale**  
Annamaria Venere  
editore@medicalive.it

**Per inserzioni pubblicitarie:**  
pubblicita@medicalive.it

**Grafica e Impaginazione**  
Dario Ganci

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