

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XL * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2019

Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XL * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2019

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi
Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00
Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00
Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa Sanpaolo
di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989)
intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Domenico Serino, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2019



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Domenico Serino</i> Early recognition of Brain Herniation in Paediatric Patients	Pag. 33
<i>Rosanna Supino, Daniela Roccas</i> L'apporto degli ebrei all'assistenza sanitaria sul fronte della Grande	Pag. 36
<i>Roxanne Holly Padley</i> EFL Teenage Learner Motivation: Material Design	Pag. 37
<i>Roxanne Holly Padley</i> Assessment in EFL Young Learners: Formative or Summative?	Pag. 38
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i> “La malattia sacra” nella Medicina magico-religiosa della Grecia classica	Pag. 39
<i>Giuseppe Battimelli</i> Le implicazioni etiche dell'Health Technology Assessment (HTA)	Pag. 43
<i>Antonio De Falco</i> CIMO: Le maggiori criticità in 9 punti sul CCNL 2016-2018	Pag. 48
Indici	Pag. 49

In copertina:

Cellule nervose danneggiate, concetto di malattia neurodegenerativa e neurologica, tumori, chirurgia cerebrale.

Editoriale

Nell'augurare un buon Natale ed un sereno Anno Nuovo vi invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica" per l'anno 2020.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa San Paolo di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989) intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

Early recognition of Brain Herniation in Paediatric Patients

PAEDIATRIC NEUROLOGY
DEPARTMENT
ROYAL ABERDEEN
CHILDREN'S HOSPITAL
ABERDEEN - UNITED KINGDOM

Domenico Serino*

Key Words: Brain herniation, increased intracranial pressure.

Parole chiave: Ernia cerebrale, ipertensione intracranica.

Ricevuto in Redazione il 19 novembre 2019

SUMMARY

Brain herniation is a neurological emergency that should be recognized as quickly as possible, requiring immediate assessment and intervention. Signs and symptoms may help differentiate between different kinds of herniation, which include sub-falcine, uncal, central, transtentorial and tonsillar herniations. The latter in particular, may present with "cerebellar fits" which should be promptly differentiated from epileptic seizures. Immediate management of brain herniation should aim and stabilizing vital parameters, correctly positioning the patient, avoiding ICP raising manoeuvres and obtaining a neuroimaging assessment as soon as possible.

RIASSUNTO

L'ernia cerebrale rappresenta un'emergenza neurologica che una volta diagnosticata richiede una valutazione ed un intervento urgente. I sintomi possono indirizzare nel distinguere il tipo di ernia che può essere sotto-falciale, uncale, centrale, transtentoriale e tonsillare. Quest'ultima, infine, può presentarsi con convulsioni cerebellari che bisogna differenziare da una crisi epilettica. L'intervento immediato in caso di ernia cerebrale richiede lo stabilizzare i parametri vitali posizionando correttamente il paziente, evitando manovre che aumentino la pressione intracranica ed effettuando possibilmente una rapida valutazione tramite neuroimaging.

INTRODUCTION

Brain herniation is a neurological emergency that should be recognized as quickly as possible, requiring immediate assessment and intervention. Brain herniation is a consequence and possible clinical evolution of a significant increase in intracranial pressure (ICP). Early recognition of signs of increased ICP is paramount in neurological practice and may be somewhat more challenging in paediatric patients. This is related both to the difficulty in obtaining clinical information from children and the slightly different presentations that increased ICP may have in paediatric patients.

MATERIALS

Material choice is relevant as course books which are designed for this age group invariably recycle the same topi-

cs, providing very little stimulus for the TLs. The choice of materials may be established by the teacher and/or the institution, and in terms of TLs, solely using a course book is not stimulating. On the one hand, Graves states the advantages of using a course book are syllabus, security for students, visuals and possibly accompanying materials. On the other hand, the disadvantages are irrelevant context, out-of-date materials, not the right mix of materials and they may not meet the needs of the learners as "course books have their own rationale and chosen teaching approach"⁽¹⁾.

EARLY SIGNS OF INCREASED INTRACRANIAL PRESSURE

Headache

Primary headaches are quite common in the paediatric population. Most types of chronic headaches do not warrant specific neurological investigations. Red flags that might entail the need for neuroimaging include early onset (i.e. before two years of age), occipital presentation, changes in intensity of pain in relation to changes of position or movement (i.e. jumping, coughing, ecc.), presence of focal neurological signs and alterations at fundoscopy⁽¹⁾. Secondary headaches are also quite common: acute onset of constrictive headache during intercurrent illness is a fairly common finding and normally doesn't call for specific investigations. In this case, possible relation to increased ICP should be suspected if in association with the later described clinical elements.

Nausea and Vomit

Nausea and vomit are commonly found in the context of gastro-intestinal disorders or as an accompanying symptom in migraine or migraine equivalents (i.e. cyclic vomiting). Vomit related to an increase in ICP presents the following characteristics: acute onset, projectile and difficult to control with standard antiemetics. Acute onset difficult to control vomiting in teenagers is less common than during infancy and should always be monitored carefully if associated with other neurological signs.

* Consultant in Paediatric Neurology

Altered Mental Status

Increased ICP may lead to a state of marked lethargy. It is thus important to monitor paediatric patient sleep patterns to avoid missing out significant changes. A significant change in behaviour, with marked irritability, weak and inconsolable crying, sometimes associated with lethargy, might also be found and looked for through careful history taking.

Cushing's Triad

The association of hypertension, bradycardia and abnormal breathing pattern is also known as Cushing's Triad and is frequently associated with increased ICP. Not all three elements are necessarily present at the same time however. Bradycardia and irregular breathing are fairly evident and usually spotted quite easily. Increases in blood pressure are however easily missed or dismissed in the paediatric population. Blood pressure monitoring should always be performed when suspecting increased ICP: and increased trend in blood pressure, even if moderate, should never be underestimated.

TYPES OF BRAIN HERNIATION

Sub-falcine herniation is related to lateral shift of the falx cerebri. Typical signs include lower limb weakness owing to infarction of the corresponding motor homunculus following compression of pericallosal and callosomarginal vessels.

Uncal herniation takes place when increased pressure causes the uncus to herniate towards the foramen magnum. Clinical signs include acute loss of consciousness and ipsilateral anisocoria with contralateral motor weakness. Occasionally, what is known as the *Kernohan notch phenomenon* can give rise to ipsilateral weakness as well due to compression of the contralateral anterior cerebral peduncle against the tentorium.

With further progression of raised intracranial pressure there will be a lateral shift of the diencephalon leading to altered sensorium from distortion of the reticular activating system as well as hydrocephalus from torsion and obliteration of CSF pathways.

Specific dynamics in ICP increase, especially in relation to posterior fossa tumours, may lead to upward transtentorial herniation. This may lead to what is known as *Parinaud Syndrome* along with features of diabetes insipidus resulting from damage to the pituitary stalk. Parinaud Syndrome is a cluster of abnormalities of eye movement and pupil dysfunction, characterized by paralysis of upward gaze, pseudo-Argyll Robertson pupils (pupils become mid-dilated and show light-near dissociation), convergence-retraction nystagmus (on fast up-gaze, the eyes pull in and the globes retract), eyelid retraction (Collier's sign) and "setting sun" sign (conjugate down gaze in the primary position).

The onset of downward transtentorial herniation (tonsillar herniation) is evident by the presence of decorticate

and decerebrate posturing along with loss of brainstem reflexes. Decerebrate posture results from damage to the upper brain stem. In this posture, the arms are adducted and extended, with the wrists pronated and the fingers flexed. The legs are stiffly extended, with plantar flexion of the feet. Decorticate posture results from damage to one or both corticospinal tracts. In this posture, the arms are adducted and flexed, with the wrists and fingers flexed on the chest. The legs are stiffly extended and internally rotated, with plantar flexion of the feet.

The respiratory patterns progress through Cheyne-Stoke pattern of breathing to stages of hyperventilation, ataxia and finally apnoea, which eventually leads to fixed dilated pupils and respiratory arrest owing to compression of the medullary respiratory centres.

Tonsillar herniation may lead to a paroxysmal phenomenon known as "Cerebellar fit". This term is actually somewhat misleading considering that cerebellar fits are actually caused by brainstem, not midbrain, compression. These events are characterized by paroxysmal head retroflexion or clear cut opisthotonic posturing, associated with hyperextension of lower limbs and extension of flexion and pronation of upper limbs, usually kept along the sides. Associated kicking automatisms may be present and episodes may be preceded by a drop attack and/or a loud cry. Most importantly, vigilance is preserved. Duration of isolated fits is usually around 15-20 seconds but they usually recur in clusters lasting up to 10 minutes, also depending on aetiology. Cerebellar fits are self-limiting and may be followed by a state of coma. It is very important to differentiate between cerebellar fits and epileptic seizures, which require a very different clinical approach. In this sense, it is useful to remember that EEG recordings of cerebellar fits are associated with typical high voltage diffuse slow activity, as opposed to epileptiform abnormalities typically associated with epilepsy⁽²⁾.

EARLY MANAGEMENT

The current paper will not address in full depth treatment of brain herniation and increased ICP in general, however early intervention or "Tier zero" management will be discussed.

Brain code resuscitation begins with an assessment of circulation, airway patency and ventilation. The head of the patient's bed should be elevated to $>30^\circ$ and the head kept midline to facilitate cerebral venous drainage⁽³⁾. Stimuli such as tracheal suctioning, that may elevate ICP, should be minimized. Lumbar punctures should be strictly avoided until neuroimaging has been performed. If hyperthermia is present, measures should be taken to normalize body and brain temperature. Only iso- or hyperosmotic fluids should be used as intravenous solutions. If hyponatremia is present, steps should be initiated for correction. High-

dose corticosteroid therapy is initiated for vasogenic edema resulting from brain tumors, abscesses or non-infectious neuroinflammatory condition⁽³⁾. If the brain has not yet been imaged, a non-contrast head CT scan should be performed when the patient can be transported safely.

CONCLUSIONS

Brain herniation is a neurological emergency stemming from a significant increase in ICP. Important signs of acute increase in ICP include severe acute headache, incoercible projectile vomiting, altered mental status, hypertension, bradycardia and abnormal breathing patterns. Signs and symptoms may help differentiate between different kinds of herniation, which include sub-falcine, uncal, central, transtentorial and tonsillar herniations. The latter in particular, may present with “cerebellar fits” which should be promptly differentiated from epileptic seizures. Immediate

management of brain herniation should aim and stabilizing vital parameters, correctly positioning the patient, avoiding ICP raising manoeuvres and obtaining a neuroimaging assessment as soon as possible.

REFERENCES

1. YOUNG NP, ELRASHIDI MY, MCKIE PM, EBBERT JO: *Neuroimaging utilization and findings in headache outpatients: Significance of red and yellow flags*. Cephalalgia. 2018 Oct; 38(12): 1841-1848
2. SERINO D, CAPUTO D, FUSCO L: *Cerebellar fits in the 2000s*. Brain Dev. 2018 Jan; 40(1): 77-80
3. STEVENS RD, SHOYKHET M, and CADENA R: *Emergency Neurological Life Support: Intracranial Hypertension and Herniation*. Neurocrit Care. 2015 December ; 23(Suppl 2): S76–S8

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Domenico Serino

e-mail: d.serino@nhs.net

Libri ricevuti

Rosanna Supino e Daniela Roccas

L'apporto degli ebrei all'assistenza sanitaria sul fronte della Grande Guerra

Silvio Zamorani Editore, 2017, pagg. 192
€ 28,00

Il libro raccoglie gli atti del Convegno, svoltosi sotto l'egida dell'Associazione Medica Ebraica (AME Italia) a Trieste nel maggio 2016, sul tema dell'apporto dato dagli ebrei alla sanità nell'esercito italiano durante la Prima Guerra Mondiale.

Il servizio sanitario militare in quel periodo (1915-1918) ha dovuto assicurare le cure e l'assistenza alle migliaia di feriti e ammalati che affluivano dalle zone di guerra. Si calcola che a seguito di questo conflitto ci sono stati 20 milioni tra feriti e ammalati oltre ai 16 milioni di morti.

In quasi tutti i medici ebrei vi è stato, oltre all'impegno nello sviluppo della medicina, un forte impegno civile e sociale per la libertà e l'emancipazione ottenuta non avendo alcun impedimento alla partecipazione alla vita pubblica italiana.

C'è da segnalare che a quel tempo l'essere ebreo era un dato di scarsa rilevanza essendo loro fondamentalmente italiani per cui la loro identificazione (sulle schede di arruolamento non era indicata la fede religiosa) ha richiesto un lavoro certosino nella ricerca e lo studio di tanti documenti trovati nei vari archivi (in particolare quello storico della C.R.I. di Roma), case e biblioteche.

Grandi progressi si sono avuti ad opera di medici ebrei nella chirurgia, nella cura delle malattie infettive (in particolare la tubercolosi), delle psicopatologie di origine bellica, delle patologie da congelamento, degli effetti dei gas nervini. Nel libro si ricorda anche l'impegno nella didattica sanitaria, sia sul campo che in ambito universitario.

Non mancano riflessioni sull'analoga esperienza dell'ebraismo francese al fronte e l'analisi della presenza femminile, specialmente nell'assistenza infermieristica.

Contemporaneamente altri ebrei si trovarono ad operare sul fronte austro-ungarico, come sudditi dell'impero, vivendo drammatiche vicende di appartenenza, di richiami all'irredentismo e di adesione al sionismo.

Il libro termina con l'elenco del personale medico e paramedico, la loro collocazione logistica e le loro mansioni. Elenco il cui numero (470), sicuramente in difetto a causa del troppo tempo passato e per la distruzione di archivi e documenti familiari provocata dalla Seconda Guerra Mondiale, potrà essere ampliato da chiunque invierà materiale che si possa aggiungere a tutti i documenti che attualmente fanno parte del patrimonio dell'AME.

L'apporto degli ebrei all'assistenza sanitaria sul fronte della Grande Guerra

a cura di
Rosanna Supino
Daniela Roccas



Associazione Medica Ebraica

SILVIO ZAMORANI EDITORE

M.C.

EFL Teenage Learner Motivation: Material Design

Roxanne Holly Padley

Parole chiave: EFL, Young Learners, Teenage Learners, elaborazione materiale didattico.

Key Words: EFL, Young Learners, Teenage Learners, material design.

SUMMARY

EFL material design is a significant component of motivating young learners in the classroom. The correct choice and variation of innovative and traditional materials enables teachers to better motivate their students and encourage more successful learning.

RIASSUNTO

Motivazione degli studenti in età adolescenziale e EFL: Elaborazione materiale didattico.

L'elaborazione del materiale didattico nel contesto dell'EFL rappresenta una componente significativa nel motivare l'interesse dei young learners a lezione. La scelta mirata e l'ampio range di materiale sia innovativo che tradizionale consentono agli insegnanti di motivare gli studenti, dando vita a un apprendimento più proficuo.

MOTIVATION

English as a Foreign Language (EFL) Teenage Learners (TLs) can become easily demotivated and often do not want to engage in tasks, stating that the content is boring e.g. grammar or reading. Indeed, TLs often have extrinsic factors behind their motivation to study English such as their parents. This is different to younger young learners (YLs) who often have intrinsic motivation or 'cognitive drive' i.e. engagement in learning for its own sake, which is "typical of young children and tends to deteriorate with age"⁽¹⁾.

"Motivation is very strongly related to achievement in language learning"⁽¹⁾. However, it is unclear whether prior motivation leads to success or success leads to further motivation. Pinter⁽²⁾ supports the view that older children can be self-motivated following a lower test result and "it is important for them to evaluate this experience in a constructive way, i.e. they can learn from it."

Cameron⁽³⁾ states that if TLs have studied a second language for some years, there will be the problem of "how to continue to motivate children to enjoy language learning." Therefore, as "motivation is not measurable"⁽¹⁾ the teacher's responsibility is to "find a way to activate and encourage [TL's] desire to invest effort in the learning activity"⁽¹⁾.

Lack of motivation can spread very quickly among the whole group and it is important for teachers to be aware of this during lesson planning and course design.

CENTRO LINGUISTICO DI ATENE
DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

Ricevuto in Redazione il 30 agosto 2019

MATERIALS

Material choice is relevant as course books which are designed for this age group invariably recycle the same topics, providing very little stimulus for the TLs. The choice of materials may be established by the teacher and/or the institution, and in terms of TLs, solely using a course book is not stimulating. On the one hand, Graves⁽⁴⁾ states the advantages of using a course book are syllabus, security for students, visuals and possibly accompanying materials. On the other hand, the disadvantages are irrelevant context, out-of-date materials, not the right mix of materials and they may not meet the needs of the learners as "course books have their own rationale and chosen teaching approach"⁽¹⁾.

CONCLUSIONS

Overall, it could be hypothesised that for TLs, the disadvantages outweigh the advantages, especially in terms of up-to-date context, which is relevant to the learner. "Keeping up to date with...events that may interest teenagers is vital to getting and holding their attention"⁽⁵⁾. Therefore, in order to achieve this, course planners should create their own materials regularly, however, the downside is that it is "very time consuming and without a clear outline it is difficult to ensure that all objectives are covered"⁽²⁾.

Therefore, it is advisable for teachers to provide a balanced learning syllabus which encompasses a range of materials which are both engaging for the learners but also practical for teachers to be able to produce under time constraints.

REFERENCES

1. UR P.: *A Course in Language Teaching*. Cambridge University Press, 1996
2. PINTERA.: *Teaching Young Language Learners*. Oxford University Press, 2006
3. CAMERON L.: *Teaching Languages to Young Learners*. Cambridge University Press, 2001
4. GRAVES K.: *Designing Language Courses: A Guide for Teachers*. Heinle, Cengage Learning, 2000
5. PICCOLO L.: *Teaching Teenagers: How to Motivate and Interest Them*. (2010, April 24). <https://suite101.com/a/teaching-teenagers-how-to-motivate-and-interest-them-a229340>
6. (last accessed 27.05.2019)

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Roxanne Holly Padley
e-mail: roxanne.padley@gmail.com

Assessment in EFL Young Learners: Formative or Summative?

CENTRO LINGUISTICO DI ATENE
DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

Roxanne Holly Padley

Parole chiave: EFL, Young Learners, Valutazione Formativa, Valutazione Sommativa.

Key Words: EFL, Young Learners, Formative Assessment, Summative Assessment.

Ricevuto in Redazione il 29 luglio 2019

SUMMARY

A key area of EFL teaching today is language assessment and one of the key target groups are young learners (YLS). Two types of assessment are most commonly used in EFL with YLS (formative and summative). A comparison and analysis is offered in terms of the benefits and drawbacks of both types of assessment.

RIASSUNTO

Valutazione per gli "Young Learners" nell'EFL: Formativa o Sommativa?

Oggi giorno, elementi chiave dell'insegnamento della lingua inglese come lingua straniera (EFL) sono la certificazione e la valutazione del livello linguistico acquisito. Il gruppo target di riferimento rispetto a tale valutazione è rappresentato dai giovani (young learners). Esistono due tipi comuni di valutazione nel settore dell'EFL: formativa e sommativa. Un'analisi e una comparazione rispetto a queste ultime due varianti dell'EFL viene proposta di seguito insieme ai rispettivi pro e contro.

WHY DO WE ASSESS YOUNG LEARNERS?

"Assessment refers to the process of data analysis that teachers use to get evidence about their learners' performance and progress in English"⁽¹⁾. We assess young learners (YLS) because there are several "stakeholders"⁽²⁾ who may be interested in the results of assessments including parents, students, teachers, institutions and administrators.

In general terms, assessment is used:

- To monitor and aid children's progress
- To provide children with evidence of their progress and enhance motivation
- To monitor the teacher's performance and plan future work
- To provide information for parents, colleagues and school authorities⁽³⁾.

Finally, assessment is also a tool which teachers can use to evaluate course design and effectiveness for future purposes⁽²⁾.

FORMATIVE OR SUMMATIVE ASSESSMENT?

Formative testing is ongoing assessment and often informal⁽²⁾. "The teacher is the one most interested in the results of formative assessment"⁽²⁾ and "the main aim of this process...is to inform and improve teaching"⁽¹⁾.

On the other hand, teachers can also consider summative assessment which entails "taking stock of what has been learnt and achieved at the end of a longer period." In this case it is important to establish whether course objectives have been attained. Summative tests often meet the needs of other 'stakeholders' such as parents or institutions⁽²⁾.

FORMATIVE ASSESSMENT

Task-based assessment is a valid way of implementing formative assessment such as group work in a presentation

including the written and spoken use of the language skills and systems. Assessment may be carried out by the teacher or peers. Hughes⁽⁴⁾ states that YL assessment should be made integral, i.e. that the assessment corresponds directly with the objectives and that it is essential that YLS receive immediate and positive feedback on their performance. Furthermore, learners and the teacher will be able to identify any difficulties at this stage and revisit these before the summative test.

The choice of task-based assessment is a holistic assessment and not a discrete item test. This reinforces the idea of collaborative tasks and aims to achieve positive backwash⁽⁴⁾. This assessment can be measured in terms of a direct "performance assessment"⁽⁵⁾ as students carry out a task and the outcome is measured against the outlined "criterion" checklist⁽⁶⁾ and the task's success.

SUMMATIVE ASSESSMENT

Summative assessment aims to assess whether specific aims have been achieved at the end of the course. This test is integral involving speaking, reading, writing and listening test. Testing all four skills in the EFL classroom will have high face validity for the students in terms of their future needs for examinations and language certification. In general terms, using a test based on the CEFR, such as FCE, will lead to a higher level of reliability. The listening and reading evaluate discrete items and, therefore, scorer reliability is much higher. Speaking and writing are productive skills and assessment is more subjective.

Summative tests can also form part of self-assessment as this "promotes invaluable learning skills such as monitoring one's own progress...and setting personal goals"⁽³⁾.

CONCLUSION

For the success of an EFL course, the combination of formative and summative assessments is advised.

REFERENCES

1. PINTER A.: *Teaching Young Language Learners*. Oxford University Press, 2006
2. MCKAY P.: *Assessing Young Language Learners*. Cambridge University Press, 2006
3. IOANNOU-GEORGIOU S. & PAVLOU P.: *Assessing Young Learners*. Oxford University Press, 2003
4. HUGHES A.: *Testing for Language Teachers*. Cambridge University Press, 2003
5. NUNAN D.: *Task Based Language Teaching*. Cambridge University Press, 2004
6. CAMERON L.: *Teaching Languages to Young Learners*. Cambridge University Press, 2001

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Roxanne Holly Padley
e-mail: roxanne.padley@gmail.com

Storia della Medicina

“La malattia sacra” nella Medicina magico-religiosa della Grecia classica

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche

Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare - Sede Secondaria, Germaneto (Catanzaro), Italia

Parole chiave: Malattia sacra, epilessia, medicina magico-religiosa, medicina popolare

Key Words: Sacred disease, epilepsy, magic-religious medicine, popular medicine

Ricevuto in Redazione il 20 settembre 2019

RIASSUNTO

Attraverso il trattato di Ippocrate “La malattia sacra” (V secolo a.C.), vero faro dell’intero “Corpus Hippocraticum”, si apprende la disapprovazione dell’Autore sull’utilizzo delle pratiche terapeutiche dell’epilessia (malattia sacra) e come prevenirne gli attacchi attraverso la Medicina magico-religiosa; si acquisisce anche il contrasto tra questa e la nascente Medicina scientifica ippocratica.

Il lavoro mette in luce l’alta considerazione della Medicina magico-religiosa da parte di illustri pensatori greci del periodo Arcaico ma soprattutto di quello Classico e induce a riflettere sulla sua lunga e tenace persistenza fino a diluirsi in quella Medicina popolare del secolo scorso che si riscontra nella Contemporanea civiltà dei popoli mediterranei.

SUMMARY

By Hippocrates treatise titled “The sacred disease” (V cent. b.C.), which represents the real headlight of the entire Hippocraticus Corpus, we can know the Author’s disagreement about the usefulness of all medicaments to threat the epilepsy (sacred disease) in his time; moreover, his disagreement regards the magic-religious Medicine which is against Hippocratic scientific Medicine.

The present work takes in account very much how some important Greek authors believe about the magic-religious Medicine during both Ancient and Classic Age; by this we can show its long and great presence until the birth of that popular Medicine in the past century which we find in the Mediterranean contemporary people.

INTRODUZIONE

Nella storia delle religioni e delle credenze popolari, la civiltà greca antica è costellata da déi affiancati da divinità minori come démoni, eroi, entità che stanno fra il divino e l’umano ed influenzano beneficamente o maleficamente le azioni dell’uomo.

Relativamente alle malattie, i Greci dell’antichità considerano l’epilessia una “malattia sacra” perché in essa vedono il soprannaturale di origine divina o demonica curandola con purificazioni, attraverso formule d’incantesimo, oppure con l’osservanza di interdizioni dietetiche e di pratiche superstiziose. Alla fine del V secolo a.C., Ippocrate ne individua la causa nella [...] imperfetta depurazione del cervello embrionale e nella conseguente presenza, nel corpo, di un eccesso di flemma che, alterando il movimento del sangue e dell’aria nelle vene, produce i sintomi dell’attacco epilettico le cui turbe cognitive si devono proprio alla mancanza d’aria carica d’intelligenza, di cui il cervello allo stato normale è interprete⁽¹⁾. Questa innovativa interpretazione viene esplicitata ed ampliata in un trattato dal titolo “La malattia sacra” il quale è ricco di elementi e temi di ricerca di forte stimolo alla riflessione, come il netto richiamo della Medicina all’osservanza del metodo scientifico che le è proprio; il ripudio della superstizione e della magia; l’identificazione della divinità con i processi della natura; la formulazione di una originale teoria della conoscenza che supera la semplice descrizione del meccanismo fisiologico della sensazione quando attribuisce al cervello la funzione di interpretarla; l’attenzione ai rapporti della ricerca medico-filosofica del presente con quella del passato. Un’opera, dunque, ricca d’innovazioni e di idee originali da cui è possibile cogliere meglio, rispetto alle altre presenti nel “Corpus Hippocraticum”, la nascita della Medicina scientifica. Nell’opera si legge, per la prima volta, l’implacabile e beffardo disprezzo rivolto ai metodi “terapeutici” dei “maghi” definiti dall’Autore ciarlatani e imbroglioni. E’ certo, però, che il mondo greco classico continua ad usufruire della Medicina magico-religiosa⁽²⁾ e, in misura molto minore, di quella scientifica. Di questi due distinti filoni, il primo merita autonomamente di essere studiato, non fosse altro per l’alta testimonianza culturale che porta con sé.

Scopo di questo lavoro è di far conoscere, attraverso la “malattia sacra”, quella Medicina magico-religiosa che molti storici considerano la progenitrice della Medicina scientifica forse perché ne conserva la forma primitiva e immatura⁽³⁾ in cui prevale, in senso più allargato, l’elemento magico e religioso⁽⁴⁾. Ancora, e, in particolare, poiché il trattato “La malattia sacra” suscita un forte interesse rivolto ad illuminare sia il significato del suo nome⁽⁵⁾ che il suo alto contenuto culturale⁽⁶⁾, merita di essere studiato con attenzione senza lasciarsi influenzare dagli interventi criticamente aspri dell’Autore che nelle prime pagine della sua opera, così scrive: *Io credo che i primi che hanno attribuito un carattere sacro a questa malattia siano uomini, come ancor oggi ve ne sono, maghi, purificatori, accattoni e vagabondi, gente che si dà anche l’aria di essere molto rispettosa degli dèi e di saperla più lunga degli altri. Costoro dunque, ammantandosi del divino e mettendolo avanti come pretesto della loro incapacità di trovare qualche rimedio che, somministrato, potesse dar giovamento, e anche per non essere smascherati come ignoranti, definirono sacra questa affezione; e, accompagnandolo con storie appropriate, adottarono un sistema di cura che garantisse la loro personale sicurezza, somministrando purificazioni e incantesimi, e ordinando di astenersi dai bagni e da molti cibi non adatti all’alimentazione dei malati: fra i pesci di mare, dalla triglia, dall’occhiata, dal cefalo e dall’anguilla [...]; fra le carni, da quella di capra, di cervo, di maiale e di cane [...]; fra gli uccelli, dal gallo, dal piccione, dall’ottarda [...]; fra le verdure, dalla menta, dall’aglio e dalla cipolla [...]; ordinando inoltre di non indossare un abito nero, di non star sdraiati su una pelle di capra e di non portarla indosso, di non tenere un piede sull’altro, né una mano sull’altra [...]. Con discorsi e espedienti di questo genere costoro si dan l’aria di saperla più lunga degli altri, e ingannano gli uomini prescrivendo loro astensioni e purificazioni; e la maggior parte dei loro discorsi va a finire nel divino e nel demonico [...]. Se gli uomini che praticano quest’arte sostengono di saper tirare giù la luna e far eclissare il sole, è [...] affermando che ciò può avvenire per opera sia di adempimenti rituali, sia di qualsiasi altra conoscenza pratica, essi sono, a mio parere, empi, e convinti che gli dèi non esistono, o che, se esistono, essi non abbiano forza alcuna [...]. Forse però le cose non stanno così; ma uomini che non hanno di che campare escogitano e architettano molte variopinte storie di ogni genere, sia su ogni altro argomento sia in particolare su questa malattia, per ogni singolo aspetto di questa affezione addossando la responsabilità a un dio [...]. E se uno imita una capra, e se digrigna i denti o ha convulsioni dalla parte destra, affermano che la responsabilità è della Madre degli dèi. Se emette grida più acute e sonore, lo paragonano a un cavallo, e dicono che il responsabile è Poseidone. Se si lascia sfuggire gli escrementi, come spesso accade sotto la costrizione della malattia, gli danno il nome di Enodia; e se*

gli escrementi sono più frequenti e più radi come quelli degli uccelli, è Apollo Nomio. Se perde schiuma dalla bocca e tira calci, la responsabilità va attribuita ad Ares. Ogni volta che durante la notte ha incubi e terrori e delirio e balza giù dal letto ed è atterrito all’aperto, affermano che sono attacchi di Ecate e assalti degli eroi. E fanno uso di purificazioni e di incantesimi, e compiono con ciò un’azione estremamente impura ed empia, almeno a mio parere; purificano infatti chi è posseduto dalla malattia con sangue ed altri ingredienti di questo genere come se fosse contaminato da un’impurità, o posseduto dal demone, o affatturato dagli uomini, o come se avesse commesso qualche azione empia, mentre dovrebbero fare tutto il contrario, sacrificare e pregare e portarlo nei templi e supplicare gli dei. Ora invece, essi non fanno nulla di tutto ciò, ma lo purificano; e parte del materiale purificatorio viene nascosto sotto terra, parte gettato in mare, parte portato lontano sui monti, dove nessuno potrà toccarlo e calpestarlo, mentre dovrebbero portarlo nei templi e offrirlo agli dèi, se veramente dio è responsabile⁽⁷⁾.

Sul nome della malattia

Il titolo del trattato ippocratico “La malattia sacra”, nell’opinione dell’Autore, significa *malattia causata dagli dèi, dal divino, dalla legge divina operante nella natura*⁽⁸⁾ e, l’espressione popolare *malattia sacra*, risulta essere la più diffusa rispetto ad altre denominazioni: *grande malattia, malattia di Eracle, malattia infantile*⁽⁹⁾. L’epilessia è chiamata *sacra* anche perché colpisce soprattutto il cervello che è la parte “sacra dell’uomo”⁽¹⁰⁾ oppure perché considerata grave, o per solo eufemismo. E, ancora, l’aggettivo *sacra*, può volere intendere la “manifestazione di quella forza sovranaturale e misteriosa che è alla base dei fenomeni naturali”⁽¹¹⁾, perciò magica, straordinaria e incomprensibile. Dunque, l’epilessia o una qualsiasi malattia, è da considerarsi non un fatto scientifico o tecnico ma un evento squisitamente taumaturgico e magico. Ma la malattia e, soprattutto, l’epilessia è per i Greci, anche dovuta ad un *démone*⁽¹²⁾: un “demone” non necessariamente ostile o maligno ma che si distingue da un “dio”, da un fondamento di ogni “essere” e di ogni “accadere” che, privo di individualità e di nome, esprime assai meglio tutto il mistero e il terrore della malattia, specialmente se vista con l’occhio del popolo⁽¹³⁾. Il carattere “demonico” della *malattia sacra*, emerge in modo palese in alcuni versi degli “Erga” di Esiodo in cui, fra i mali della terra, vengono descritte le “malattie” che, sia di giorno che di notte, si aggirano fra gli uomini spontaneamente e in silenzio, perché Zeus ha tolto loro la voce. Pertanto, la dimensione magica in cui si muove l’uomo esiodeo si evince da una serie di interdizioni che hanno lo scopo di esorcizzare, mediante l’osservanza di precisi tabù, le forze maligne che operano nella vita quotidiana⁽¹⁴⁾. Anche gli interdetti pitagorici, descritti nei cosiddetti “Symbola Pythagorica”⁽¹⁵⁾, sono testimonianza di credenze magiche e costumanze popolari che i Pitagorici impongono nel loro stile di vita. I seguaci

del filosofo greco ammettono che l'aria è piena di anime che, considerate démoni o eroi, inviano agli uomini i sogni, i segni premonitori, le malattie. E, ai démoni ed agli eroi sono dirette le loro cerimonie catartiche e apotropache⁽¹⁶⁾; ancora, queste figure vengono parificate alle "psychai", le anime dei morti⁽¹⁷⁾. Perciò, la causa della *malattia sacra* si può ricondurre ad un evento divino e demonico⁽¹⁸⁾ i cui accessi notturni sono visti come attacchi di Ecate (dea degli spettri e dei terrori notturni) e assalti degli eroi con la loro attività mantica e iatrica⁽¹⁹⁾. Ancora, e in particolare, Ippocrate nel suo trattato presenta i "dèmoni della malattia" come elementi vivi nella fede popolare; così, per esempio, quando il malato è in preda all'attacco epilettico si copre il capo per timore dei démoni⁽²⁰⁾. Contro questi, nulla è possibile! Sostiene Tucideide quando, in occasione dell'invasione d'Atene da parte degli Spartani e della peste occorsa in quella città, ricorda a Pericle di confortare gli Ateniesi ricordando loro che [...] *ai sacrifici imposti dal "daimôn" bisogna opporre una rassegnata pazienza; a quelli provocati dal nemico un energico ardire*⁽²¹⁾. Nel caso citato il dèmone è malvagio, è spirito di distruzione e di vendetta che prostra l'uomo con la malattia. Definire i *daimôn* risulta difficile; la loro indistinzione e la loro mancanza di individualità è, del resto, la loro caratteristica, in contrapposizione ai *theoi*, sia nella Grecia Arcaica che in quella Classica. È, probabilmente, la fungibilità derivante da questa indistinzione che trova tanto successo nella fede popolare!⁽²²⁾.

Sulla Medicina magico-religiosa

Nel trattato "La malattia sacra" emerge il mondo magico dei guaritori, una realtà molto vicina alla religione ufficiale e non in opposizione alla Medicina templare di Asclepio e quella, precedente, di Apollo⁽²³⁾. Certo è che si ottiene uno stretto intreccio tra magia e religione, dove la prima tende a sopraffare la seconda e viceversa. I "maghi", i purificatori, cercando aiuto nella religione ufficiale, collegano le varie manifestazioni morbose alle divinità maggiori facendosi accompagnare da simboli. Tra questi si ricorda il cerchio che compare nelle cerimonie purificatorie le quali si svolgono anch'esse secondo un movimento circolare⁽²⁴⁾, pertanto l'anello, il nodo, e perciò il cerchio, per il loro straordinario potere simpatico di costrizione, hanno sempre un'importanza eccezionale nel rituale magico. Il nodo, per esempio, è estremamente polivalente e può servire per l'amore, per il maleficio, per la guerra, per la pioggia e per molto altro⁽²⁵⁾. Questo simbolo conserva tutta la sua vitalità sin dall'epoca antica: Asclepio guarisce gli epilettici premendo loro un anello sulla bocca, sul naso e sulle orecchie⁽²⁶⁾; ciò perdura in epoca classica, come dimostra Aristofane⁽²⁷⁾, lo stesso si ha nella civiltà romana, come ricorda Plinio il Vecchio⁽²⁸⁾. E, a proposito di nodi, è interessante menzionare che ne "La malattia sacra" i guaritori temono il potere magico dei nodi, in linea con i Pitagorici che fra gli altri loro divieti c'è anche quello di portare un anello. Sempre in Plinio, si apprende che nel rituale magico-popolare all'epilettico si

raccomanda di mangiare la carne di un animale sgozzato con lo stesso coltello con cui è stato ucciso un uomo o, semplicemente, nutrirsi col sangue di un gladiatore ferito, ecco le sue parole: *scrivono [...] il morbo comiziale si sana con il cibo e la carne di una fiera uccisa dallo stesso ferro, che ha ucciso un uomo; [...] bevono anche il sangue dei gladiatori in una coppa affinché vivano al morbo comiziale; [...] si dà ai comiziali carne caprina tostata in un rogo umano, così vogliono i maghi [...]*⁽²⁹⁾. Inoltre, le pratiche incantatorie dei guaritori, come si evince nell'opera "Aiace" di Sofocle, ricevono l'accoglienza della religione ufficiale ma anche quella della cultura filosofica⁽³⁰⁾. E, i rituali catartici e terapeutici sono abitualmente accompagnati dalle *epodai*⁽³¹⁾, formule d'incantesimo accompagnate dalla parola cantata: elemento indispensabile della Medicina magica. Talvolta, fa notare Aristotele, in questi rituali la parola può essere l'unico agente della purificazione⁽³²⁾, lo stesso scrive Platone⁽³³⁾. Se dal magico si passa al religioso e più propriamente alla religione ufficiale, si può prendere come esempio la III "Pitica" di Pindaro in cui attesta che Asclepio riesce, dietro istruzioni del padre, Apollo, a guarire ogni genere di malattia attraverso incantesimi, farmaci, linimenti, incisioni: [...] *da un dolore o dall'altro li traeva, / gli uni con la lusinga d'incantesimi, altri con bevraggi / blandi, o applicando farmaci promiscui, / altri con tagli li rimise in piedi*⁽³⁴⁾. Si può affermare che l'impiego terapeutico delle *epodai* è presente nell'Orfismo, prima, e nel Pitagorismo, dopo. Entrambi presentano elementi di religiosità popolare accompagnati da misticismo filosofico⁽³⁵⁾, come emerge da un passo dell'opera "Alceste" di Euripide il quale racconta di una raccolta scritta di ricette attribuite ad Orfeo⁽³⁶⁾. Il ricorso alle *epodai*, pertanto, nella Grecia classica, non è limitato al popolo, come conferma Euripide nella tragedia "Hippolito" in cui la nutrice consiglia le *epodai* per guarire il "mal d'amore" di Fedra⁽³⁷⁾. I frequenti accenni al potere magico-terapeutico delle *epodai* nella letteratura greca del periodo Classico si devono, anche, al diffuso Pitagorismo⁽³⁸⁾.

CONCLUSIONE

Si spera che quanto esposto sia un utile tentativo a voler estrarre e semplificare dai complessi meandri del passato la giusta attenzione sui complessi nodi della Medicina magico-religiosa che, nella Grecia classica, oltre a rapportarsi con la religione ufficiale si misura, anche e soprattutto con la Medicina scientifica il cui alto livello di consapevolezza metodologica e il patrimonio di cognizioni divengono tangibili nel "Corpus Hippocraticum" che presuppone una lunga tradizione di Medicina razionale. Questa importante asserzione è riscontrabile, fra l'altro, nelle "Memorabili" di Senofonte che osserva, almeno nella città di Atene e nel periodo di Socrate, un alto numero di libri di Medicina scientifica: *(tutti i libri e i libri per iscritto)*⁽³⁹⁾. Anche le opere teatrali contengono passi che si mostrano sufficientemente informati nei riguardi della Medicina scientifica divulgandone inconsapevolmente il loro utilizzo⁽⁴⁰⁾. In un'epoca, perciò,

intellettualizzata, come quella vissuta da Ippocrate, l'aspetto magico-religioso e irrazionale della malattia risulta essere appena scalfito dal pensiero razionale della Medicina scientifica, specialmente quando le malattie sono di tipo neurologico, prima fra tutte, l'epilessia⁽⁴¹⁾.

La Medicina magico-religiosa, infine, riesce a mantenere fino al secolo dei Lumi gli ultimi elementi della sua forza, ormai non più prevalente sulla Medicina scientifica divenendo fonte demoiatrica, fino alla prima metà del Novecento, nelle aree del bacino mediterraneo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi, Chez J.B. Bailliére; 1849; 352 sgg.
- 2) LUDWIG EDELSTEIN: *Greek Medicine in its relation to religion and magic*. Bulletin of the History of Medicine 1937; 5: 201-246
- 3) ERWIN H. ACKERKNECHT: *Problems of primitive medicine*. Bulletin of the History of Medicine, 1942; 11: 503-521
- 4) HAROLD W. MILLER: *The concept of divine in De morbo sacro*. Transactions and Proceedings of the American Philological Association, 1953; 84: 1-15
- 5) GIULIANA LANATA: *Medicina magica e religione popolare in Grecia fino all'età di Ippocrate*. In: "Filologia e Critica". Roma: Edizione dell'Ateneo; 1967; 10-87
- 6) MARTINUS P. NILSSON: *Greek Folk Religion*. New York: Harper Torchbooks, 1972; 111-113
- 7) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére, 1849; pp. 354, 12; 356, 9; 358, 13-16; 362, 16
- 8) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére; 1849; 352, 354
- 9) IPPOCRATE: *Epidemie*. II: 5, 11
- 10) PLATONE: *Timeo*. 85 b
- 11) GIULIANA LANATA: *Medicina magica e religione popolare in Grecia fino all'età di Ippocrate*. In: "Filologia e Critica". Roma: Edizione dell'Ateneo; 1967; 27
- 12) OMERO: *Odissea*. 5: 395-396
- 13) MARCEL DETIENNE: *De la pensée religieuse à la pensée philosophique. La notion de Daimôn dans le pythagorisme ancien*. (Bibliothèque de la Faculté de Philosophie et Lettres de l'Université de Liège, fascicule CLXV). Paris: Belles Lettres, 1963
- 14) ESIODO: *Erga*, vv 102-104; 240-245; vv. 724, 744-745, 750-752, 753-755
- 15) FRIDERICUS BOEHM: *De Symbolis Pythagoreis: Dissertatio inauguralis*. Berlin: M. Driesner, 1905
- 16) DIOGENE LAERZIO: VIII; 32
- 17) MARCEL DETIENNE: *De la pensée religieuse à la pensée philosophique. La notion de Daimôn dans le pythagorisme ancien*. (Bibliothèque de la Faculté de Philosophie et Lettres de l'Université de Liège, fascicule CLXV). Paris: Belles Lettres, 1963; 33 e sgg
- 18) EURIPIDE: *Alcesti*. 1002 e sgg
- 19) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére, 1849; pp. 658, 13-22
- 20) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére; 1849; pp. 382, 22-24
- 21) TUCIDIDE: libro II, 64, 2. In: "Tucidide. Storie". Classici Latini e Greci. Emilio Piccolo (a cura di). Napoli: Senecio; 2009, 120
- 22) HERBERT JENNINGS ROSE, PIERRE CHANTRAINE, BRUNO SNELL, OLOF GIGON, HUMPHREY DAVY FINDLEY KITTO, FERNAND CHAPOUTHIER, WILLEM JACOB VERDENIUS: *La notion du divin depuis Homère jusqu'à Platon sept exposés et discussions*. Vandoevres-Genève: Fondation Hardt pour l'étude de l'antiquité Classique, "Entretiens"; 1954; 47 sgg
- 23) EMMA J. ELDSTEIN, LUDWIG EDELSTEIN: *Asclepius. A collection and interpretation of the testimonies*. Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1945
- 24) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére, 1849; 358, 11
- 25) MARCEL MAUSS: *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi, 1965; 69
- 26) RUDOLF HERZOG: *Die wunderheilungen von Epidaures*. Philol. Suppl. B, 1931 XXII; 3: 32, 110
- 27) ARISTOFANE: *Pluto*. 883-884
- 28) PLINIO: *Naturalis Historia*. XXVIII; 4: 47-48
- 29) PLINIO: *Naturalis Historia*. XXVIII; 4: 34; 1: 4; 16: 226
- 30) SOFOCLE: *Aiace*. v. 581 sgg
- 31) EMILE LITTRÉ: *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Parigi: Chez J.B. Bailliére; 1849, pp. 252, 8; 254, 20; 362, 6
- 32) ARISTOTELE: *Frammenti*. 454
- 33) PLATONE: *Symposio*. 202
- 34) PINDARO: *Pythica*. III, 51-55. In: FILIPPO MARIA PONTANO. "I lirici corali greci. Età Classica". Torino: Giulio Einaudi Editore, 1976; 184
- 35) MARTIN P. NILSSON: *Early orphism and kindred religious movements*. In: MARTIN P. NILSSON. "Opuscula selecta". Vol. II. Lund: Christian Wilhelm Kuhl Gleerup, 1952; 632-633
- 36) EURIPIDE: *Alcesti*. 966 sgg.
- 37) EURIPIDE: *Hippolito*. vv. 478-479; 141-144
- 38) ARMAND DELATTE: *La vie de Pythagore de Diogene Laerce (édition critique avec introduction et commentaire)*. Bruxelles: Hayez, 1922; 202
- 39) SENOFONTE: *I quattro libri di Senofonte dei Detti Memorabili di Socrate*. Volumi IV. Brescia: Nicolò Bettoni, 1822; cap. 2: par. 10
- 40) NEVILLE EDGAR COLLINGE: *Medical terms and clinical attitudes in the tragedians*. Bulletin of Institute of Class Studies. University of London, 1962; 9: 43-55
- 41) OWSEI TEMKIN: *The falling sickness. A history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern Neurology*. Baltimora: Johns Hopkins, 1945.

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Antonio Tagarelli
 e-mail: antotagarelli@gmail.com

Bioetica

Le implicazioni etiche dell'Health Technology Assessment (HTA)

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)

Parole chiave: Valutazione delle tecnologie sanitarie, politica sanitaria, servizi sanitari nazionali, implicazioni etiche.

Ricevuto in Redazione il 28 settembre 2019

Key Words: Health technology assessment, health policy, national health services, ethical implications.

RIASSUNTO

L'Autore analizza la problematica delle tecnologie sanitarie che caratterizza la medicina moderna per la cura della salute nei moderni sistemi sanitari, con importanti risvolti per le decisioni di programmazione e di politica sanitaria. Pertanto da alcuni decenni si è affermata a livello internazionale una nuova area di ricerca che è l'Health Technology Assessment (HTA), cioè la valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie riguardo alle caratteristiche tecniche, all'efficacia e all'efficienza, ai costi, alla gestione, alla sicurezza degli interventi e alla organizzazione. L'A. nella presente riflessione esamina in particolare gli aspetti etici di questo strumento di analisi e ritiene che essi, sebbene spesso siano sottovalutati o non tenuti opportunamente in considerazione, rivestono una notevole importanza.

SUMMARY

The Author analyzes the issue of health technologies that characterizes modern medicine for health care in modern health systems, with important implications for planning and health policy decisions. For several decades, a new area of research has been established internationally, namely Health Technology Assessment (HTA), that is the multidisciplinary evaluation of health technologies regarding technical characteristics, effectiveness and efficiency, costs, management, intervention security and organization. The Author in this reflection examines in particular the ethical aspects of this analysis tool and believes that, although they are often underestimated or not properly taken into account, they are of considerable importance.

INTRODUZIONE

L'utilizzazione di apparecchiature biomediche sempre più sofisticate e ipertecnologiche¹ per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione ha radicalmente modificato l'approccio alla cura della salute con ineludibili risvolti nelle decisioni

di programmazione e di politica sanitaria.

Tra l'altro l'importanza dell'espandersi delle tecnologie in medicina, che coinvolge un vasto campo di ricerca e di progettazione, ha portato all'affermarsi dapprima negli Stati Uniti tra gli anni '60-'70 e poi a livello internazionale, di una nuova area di ricerca che è l'Health Technology Assessment (HTA) cioè lo strumento multidisciplinare di valutazione delle tecnologie sanitarie non solo riguardo alle caratteristiche tecniche, ma anche in merito all'efficacia e all'efficienza, ai costi, alla gestione, alla sicurezza degli interventi e alle implicazioni sociali ed etiche.

Come è evidente trattasi di una metodologia di analisi per la tutela della salute dei cittadini oggi inderogabile per la gestione dei moderni servizi sanitari e imprescindibile per i decisori politici, sia per rendere omogenei i livelli essenziali di assistenza (LEA) delle prestazioni e dei servizi che si forniscono ai cittadini, sia per superare disuguaglianza e disparità territoriali nell'accesso alle prestazioni stesse, sia per gli interventi di sostituzione di apparecchiature obsolete.

Già a considerare quest'ultimo aspetto si rileva l'importanza dell'Health Technology Assessment (HTA) quale indispensabile strumento giacché per esempio il 50% delle apparecchiature medicali di diagnostica per immagini e di elettromedicina in Italia risulta obsoleto e quindi non perfettamente efficiente, con possibilità di diagnosi meno accurate, oltre a costi di manutenzione elevati (fonte: Centro Studi Assobiomedica su dati del 2016).

È utile innanzitutto allora definire le tecnologie biomediche e sanitarie.

Secondo la definizione proposta dall'Office of Technology Assessment del Congresso USA, adottata dal W.H.O. (World Health Organization) con esse s'intendono: "tutti gli strumenti, apparecchiature, farmaci e procedure impiegati nell'erogazione dei servizi sanitari, nonché i sistemi organizzativi e di supporto attraverso i quali l'assistenza sanitaria viene fornita".

In Italia tale definizione è stata assunta dal Ministero della Salute e dal Centro Informazione e Valutazione Apparecchiature Biomediche (CIVAB) nel seguente modo: "...l'insieme dei prodotti e dei dispositivi medici che afferiscono al settore della Sanità ad eccezione di farmaci; le apparecchiature biomediche costituiscono un sottoinsieme di tale comparto, con riferimento alla sola strumentazione ...".

1 Per ricordare solo alcune delle apparecchiature delle quali oggi si serve la medicina: Ecg, Eeg, apparecchi dell'imaging per rx, ecografia, Tc e Rmn, Pet, Spect; protesi valvolari cardiache, vascolari, protesi di arti e articolazioni; apparecchiature elettromedicali per la terapia o sostituzione di funzioni vitali carenti, quali i respiratori automatici, i defibrillatori, i pacemaker, le macchine per la circolazione extracorporea, le pompe cardiache esterne, il cuore artificiale, il dializzatore, apparecchi acustici e visivi, sistemi per la chirurgia robotica, ecc.

Più in generale possiamo dire che le tecnologie biomediche riguardano tutto ciò che nella scienza è diretto a “*promuovere la salute e a prevenire, diagnosticare e curare le malattie*”² e quindi riguardano le apparecchiature, gli strumenti, i presidi medico-chirurgici, i farmaci, le procedure di controllo, le strutture organizzative ed assistenziali, ecc.

Come detto, dagli Stati Uniti³ la “Technology Assessment” con la creazione dell’Office of Technology Assessment (OTA) che ha operato dal 1974 al 1995, si è diffusa in tutto il mondo.

In Europa si è costituita la Rete dell’Unione europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie (European Union Network of Health Technology Assessment, EUnetHTA) che ha definito la valutazione delle tecnologie sanitarie come segue: “...un processo multidisciplinare che riassume le informazioni riguardanti gli aspetti di carattere medico, sociale, economico ed etico relativi all’utilizzo di una tecnologia sanitaria in maniera sistematica, trasparente, imparziale e affidabile. Il suo scopo è quello di fornire informazioni per la formulazione di politiche sanitarie sicure ed efficaci che siano centrate sul paziente e cerchino di ottenere il massimo valore”.

Così anche in Italia si è sentita l’importanza di questa metodologia ed è stato realizzato il Network Italiano di Health Technology Assessment (NIHTA), che ha formulato nel 2006 la Carta di Trento⁴ sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia e nel 2007 è stata costituita la Società Italiana di HTA (SIHTA), mentre recentemente è stato istituito, con apposito decreto del Ministero della Salute, presso l’Istituto Superiore di Sanità, un Centro Nazionale per l’Health Technology Assessment (HTA) che “*effettua valutazioni di HTA allo scopo di migliorare la qualità, gli standard e il value for money; integra i principi e le metodologie dell’HTA nella pratica e nella programmazione dei servizi di sanità pubblica a tutti i livelli*”⁵, con l’obiettivo “*di supportare il processo decisionale producendo informazioni sugli effetti clinici, economici, organizzativi, sociali, legali ed etici delle tecnologie sanitarie inserite in specifici contesti sanitari*”⁶.

Riguardo ai dispositivi medici, anche per le conside-

razioni che faremo successivamente, è utile ricordare che il Decreto Legislativo n. 46 del 1997 li ha esattamente definiti e classificati e a cui si rimanda⁷.

Detto ciò, oggetto della presente riflessione saranno in particolare gli aspetti etici dell’applicazione delle tecnologie sanitarie, che sebbene spesso siano sottovalutati o non ancora tenuti adeguatamente in considerazione, rivestono a nostro giudizio una notevole importanza.

Indubbiamente il progresso tecnologico soccorre, quindi, la medicina nella cura del paziente e nella lotta contro la malattia e la sofferenza, svolgendo spesso un ruolo fondamentale e decisivo per la salute e la vita e anche grazie ad esso molte patologie una volta mortali ora sono oggetto di terapie e cure prolungate che allungano in modo ragguardevole l’aspettativa di vita.

Nella medicina moderna, gravi patologie certamente richiedono un impegno e un supporto straordinario anche tecnologico avanzato, per non dire che finanche le prime fasi della vita già dal concepimento (vedi la Fivet, ecc.), e le ultime fasi ed oltre (vedi la medicina dei trapianti), possono essere medicalmente assistite, con procedure e dispositivi medici e che comportano indubitabilmente innumerevoli problemi e dubbi sul piano etico, deontologico ed assistenziale, ma anche sollevano questioni sociali e politiche.

Le implicazioni etiche dell’Health Technology Assessment (HTA)

La medicina moderna è sempre più “ipertecnologizzata” con grande diffusione di apparecchiature e strumentazioni, farmaci e procedure nei moderni sistemi sanitari.

La prima domanda da porsi è perché l’etica dovrebbe far parte della valutazione delle tecnologie sanitarie e se esiste una metodologia di analisi universalmente condivisa per affrontare gli aspetti morali.

Lo studioso norvegese Bjørn Morten Hofmann⁸ ha redatto una sorta di checklist, un appropriato elenco delle

- 2 1° Forum Italiano per la valutazione delle tecnologie sanitarie. Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia. Trento, 28 marzo 2006
- 3 Il termine Technology Assessment fu adottato per la prima volta nel 1967 al Congresso degli Stati Uniti da un italiano, Emilio Daddario, membro del Committee on Science and Astronautics. Nel 1993 è stato un network internazionale di government-link HTA agencies (INAHTA International Network of Agencies for Health Technology Assessment) il cui ruolo è di informazione e cooperazione sull’attività delle diverse agenzie
- 4 Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia, <http://www.sihta.it/carta-di-trento>.
- 5 Decreto 02/03/2016 - Approvazione dell’organizzazione e del regolamento dell’Istituto Superiore di Sanità Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 88 del 15/04/2016 -
- 6 <https://www.iss.it/?p=45>, accesso del 27.7.2019

7 Decreto lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 emendato col D. lgs. 25.01.2010, n.37 - Recepimento Direttiva 2007/47/CE "Ai fini del presente decreto s’intende per: a) dispositivo medico: qualunque strumento, apparecchio, impianto, software, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software destinato dal fabbricante ad essere impiegato specificamente con finalità diagnostiche o terapeutiche e necessario al corretto funzionamento del dispositivo, destinato dal fabbricante ad essere impiegato sull’uomo a fini di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell’anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l’azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi."

8 Bjørn Morten Hofmann, professore presso il Dipartimento di salute, tecnologia e società dell’Università norvegese di scienze e tecnologia (NTNU) di Gjøvik e come professore aggiunto presso il Center for Medical Ethics dell’Università di Oslo (UiO).

principali domande che bisognerebbe affrontare nell'Health Technology Assessment, come vademecum orientativo per i decisori.

Tra le principali ricordiamo: 1. Quali sono le conseguenze moralmente rilevanti nell'implementazione della tecnologia?; 2. Possono l'implementazione o utilizzo della tecnologia modificare l'autonomia del paziente?; 3. Può in qualche modo la tecnologia violare od interferire coi diritti umani elementari?; 4. Può la tecnologia intaccare l'integrità umana?; 5. Può la tecnologia intaccare la dignità umana?; 6. Ci saranno degli obblighi morali legati all'implementazione o all'utilizzo della tecnologia?; 7. Può la tecnologia modificare i valori o i patti sociali?; 8. Può in qualche modo la tecnologia modificare la legislazione vigente?; 9. Come si relaziona la tecnologia valutata coi cambiamenti generali della medicina moderna?; 10. Come può l'implementazione della tecnologia influire sulla distribuzione dei servizi sanitari?; 11. Come può la tecnologia contribuire o intaccare l'autonomia professionale?; 12. Può la tecnologia essere dannosa per il paziente?; ecc.

Una questione preliminare da porsi sia a livello etico che scientifico, è se una tecnologia anche se innovativa deve sempre e comunque essere promossa, sostenuta e applicata, considerate le problematiche che possono presentarsi a livello clinico, economico, etico.

Tutte sono utili, efficaci, migliorative o risolutive per la terapia e le cura?

Come decidere, a fronte di budget di spesa limitati, su tecnologie obsolete, come già evidenziato, che addirittura risultano inutili se non dannose dondè la necessità di piani di rinnovo e sostituzione?

Quando le apparecchiature sono molto costose, ma necessarie, come valutare priorità di investimento?

L'immissione in commercio di apparecchiature innovative non richiede trials di valutazione rispetto a quelle già in uso?

I criteri di acquisizioni di nuove tecnologie sono solo quelli legati ai bisogni clinici e all'outcome dei pazienti, all'"efficacia", alla "economicità", e alla "sicurezza"?

Tra l'altro anche le questioni gestionali e organizzative delle tecnologie hanno una valenza etica rispetto alle decisioni e alle scelte di politica e di programmazione sanitaria (per esempio, considerate le allocazioni delle risorse sempre più scarse, è più utile implementare reparti di neonatologia o di rianimazione e terapia intensiva? Implementare le strutture ospedaliere o territoriali? Investire maggiormente in screening di prevenzione oncologica?).

Le criticità etiche nelle dell'Health Technology Assessment (HTA) risentono di diverse problematiche quali: 1. le tecnologie rappresentano una vasta e diversificata categoria, alle quali si riferiscono le più varieguate questioni morali per le quali quindi non può essere univoco l'approccio; 2. manca un metodologia comunemente accettata nella valutazione etica; 3. alcune procedure e tecniche specifiche, anche se consentite dalla legge, possono essere quantomeno eticamente controverse (vedi la fecondazione in vitro, soprattutto se eterologa; la maternità surrogata, anche denominata gestazio-

ne per altri o utero in affitto; l'aborto chimico con la pillola RU486 – mifepristone – da somministrare solo in ospedali del servizio pubblico o anche in ambulatori e consultori).

La valutazione di casi particolari in medicina riguarda l'etica applicata e ci sono molti problemi limite che vengono affrontati in maniera sistematica, come il problema della tutela dell'embrione umano, la clonazione umana a fini riproduttivi e a fini terapeutici, la diagnosi prenatale, la diagnosi pre-impianto degli embrioni in vitro, le tecniche rianimatorie, i trapianti, l'ingegneria genetica, le modificazione del genoma umano, ecc., che bene rappresentano il campo d'interesse e le finalità della bioetica, giacché essa è una riflessione sulle "questioni etiche sollevate dalla medicina, dalle scienze della vita e dalle tecnologie correlate ove applicate agli esseri umani, tenendo conto delle loro dimensioni sociali, giuridiche e ambientali"⁹.

Le tecnologie sanitarie e le problematiche etiche: alcuni esempi

Le nuove e sempre più sofisticate tecniche mantengono in vita pazienti destinati altrimenti alla morte in breve tempo, ma ciò comporta l'inevitabile domanda se vale prolungare la vita ad ogni costo a discapito della qualità della vita stessa che resta al paziente (e tra l'altro esse hanno certamente acuito le posizioni estreme ma speculari sull'eutanasia e sull'accanimento terapeutico, perché entrambe pretendono di controllare la morte, accorciando o allungando indebitamente la vita).

Ci sono limiti quindi alla medicina ipertecnologica?

Un primo esempio che vorremmo portare a sostegno della presente riflessione riguarda le problematiche della rianimazione cardio-polmonare.

Essa è certamente una tecnica salvavita utilizzata nell'emergenza al fine di mantenere artificialmente la perfusione e l'ossigenazione del cervello e del cuore in una persona in arresto cardiocircolatorio, ma è pur vero che se è efficace quoad vitam sulla sopravvivenza sovente risulta incerta riguardo alla prognosi quoad valetudinem e a quella quoad functionem, perché vi è la possibilità di reliquati anatomici o funzionali e soprattutto, quando il cervello abbia riportato un danno anossico importante, si possono determinare quadri clinici del tutto nuovi ed invalidanti.

Per esempio si ammette che lo stato vegetativo permanente, è "in graduale crescita in tutti i paesi occidentali, di pari passo, paradossalmente, con i progressi della scienza medica, in particolare con l'evoluzione delle tecniche rianimatorie, che mantengono in vita soggetti che, in un recente passato, sarebbero certamente deceduti"¹⁰.

Ciò ha condotto, soprattutto negli Stati Uniti con l'introduzione della rianimazione cardio-polmonare (RCP), al cosiddetto "do not resuscitate order" (DNR) per quei pazienti

9 Definizione dell'Unesco, 2005: Universal Declaration on Bioethics and Human Rights

10 Commissione Tecnico-Scientifica Parlamentare "Stato Vegetativo e Stato di minima coscienza" Documento finale Roma 14.12.2005

che, in quei casi, non desiderano essere rianimati e chiedono quindi l'interruzione dei trattamenti sanitari.

Un altro esempio di rischio di futilità medica e/o di inappropriata può essere rappresentato dal trattamento sostitutivo dialitico, anch'esso trattamento sostitutivo essenziale per la sopravvivenza.

Per esso, rispetto al passato e all'inizio di questa procedura quando si tendeva a sottoporre tutti i pazienti con insufficienza renale cronica oggi, considerata anche la gravosità e l'invasività della metodica, tra i tanti, vi potrebbero essere dei casi dove i pazienti non ne avrebbero alcun beneficio e pertanto potrebbe essere clinicamente e eticamente corretto anche non iniziarla o sospenderla, come per esempio in pazienti che presentano gravi comorbilità e/o aspettativa di vita molto ridotta (malattia neoplastica, grave malattia cardiovascolare, epatica o dismetabolica, malnutrizione severa), pazienti non autonomi, con grave deficit cognitivo.

Un'altra problematica emergente negli ultimi anni e che ben delinea i risvolti etici dell'utilizzo delle tecnologie mediche, è quella che riguarda il defibrillatore impiantabile (ICD) in pazienti con anomalie dell'attività elettrica del cuore, perciò ad alto rischio di morte improvvisa cardiaca e che entra automaticamente in azione in caso di tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare, evitando così l'arresto cardiaco.

Da molti clinici e ricercatori è stato evidenziato, oltre il problema della disattivazione del dispositivo nei pazienti in fase terminale e con grave decadimento clinico per ridurre il rischio di scariche dolorose e che creano stress emotivo, il dilemma etico e clinico insieme (e di cui anche in ambito strettamente medico non si è trovata una risposta condivisa con apposite linee guida), che è quello che si verifica quando il paziente per esempio si ammala di neoplasia maligna per cui il medico, i familiari e il paziente s'interrogano se è preferibile in simili casi una morte improvvisa rispetto ad un processo del morire più lungo e penoso.

Cioè a dire che il defibrillatore impiantabile modifica la prognosi della morte improvvisa ma non la morte in sé e che quindi si interviene non più sulla "qualità della vita" ma sulla "qualità della morte", come nel caso specifico appena delineato ponendo interrogativi così complessi e difficili.

CONCLUSIONI

Se l'analisi degli aspetti etici nelle valutazioni HTA è un elemento riconosciuto anche dai documenti ufficiali delle società scientifiche e di ricerca, dalle organizzazioni governative e dagli esperti della materia, tuttavia essa è poco studiata e analizzata anche dai responsabili dei servizi sanitari e di programmazione come dai decisori politici, a causa delle criticità innanzi evidenziate.

La questione critica riguardante l'etica generale che pervade anche questo settore specifico si può così esprimere: le possibilità tecniche che sembrano illimitate vanno sempre considerate legittime nella loro utilizzazione, perché viene esclusa qualsiasi implicazione etica. Se esiste una tecnica essa va sempre usata, perché viene ammesso che "il fondamento della liceità coincide con il fondamento stesso della possibilità. Posso dunque devo."

La tecnica è neutrale, indifferente, estranea a qualsiasi coinvolgimento etico e/o giuridico? Secondo Hans Jonas "la tecnica è esercizio di potere umano, vale a dire è una forma dell'agire, e ogni agire umano è esposto ad un esame morale...".

Pertanto sarebbe opportuno il coinvolgimento a pieno titolo di esperti di bioetica o anche dei Comitati di etica nella valutazione dell'Health Technology.

Possiamo concludere citando un importante documento del Comitato Nazionale per la Bioetica del 14 luglio 1995 intitolato "Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana" dove è affermato molto acutamente che «la disponibilità di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più efficienti, sicuri, maneggevoli, comporta il rischio di un abuso consistente nel rivolgere eccessiva ed esclusiva attenzione alla valutazione degli effetti della tecnica adottata, compromettendo il delicato rapporto umano con il paziente. Tale abuso viene denominato "tecnicismo" La tecnologia deve dunque rimanere al servizio sia della scienza sia del paziente, altrimenti una tecnologia alleata solamente della scienza disumanizzerebbe la medicina».

Riflettere sull'utilizzo delle biotecnologie e delle implicazioni etiche conseguenti nella cura del paziente, significa riflettere sul significato della vita umana, sulla sacralità della vita, sulla qualità della vita e sulla qualità della morte, sulla relazione medico paziente, sul principio di autodeterminazione, sul progresso medico attraverso considerazioni scientifiche etiche e giuridiche.

Dal punto di vista etico, di fronte alla difficoltà di dare una risposta circa le straordinarie applicazioni delle tecnologie in medicina (straordinari mezzi di cura del malato o strumenti di dominio della vita e della morte?) bisogna sempre ricercare il rispetto della dignità dell'ammalato nei suoi bisogni terapeutici e assistenziali.

Se diverse e non da tutti accettate, sono le varie metodologie di analisi etiche (la Casistica, il Coerentismo, il Principalismo, il Modellamento sociale della tecnologia, l'Equilibrio riflessivo ampliato e l'Approccio interattivo-partecipativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie, il Personalismo ontologicamente fondato) dell'HTA, ciò nonostante è necessario perseguire approfondimenti, ricerche e soluzioni per le molteplici implicazioni etiche dell'Health Technology Assessment (HTA) che i decisori politici devono affrontare giacché «una buona politica esige una buona medicina e una buona medicina richiede una valida etica» (Elio Sgreccia).

BIBLIOGRAFIA

1. D'AGOSTINO F.: *Bioetica, Biopolitica. Ventuno voci fondamentali*. Giappichelli, Torino 2011
2. FAVARETTI C., DE PIERI P.: *La valutazione della tecnologia sanitaria al servizio della comunità: per quali bisogni di salute?* QA. 1999; 10: 185-91
3. FAVARETTI C., et al. *Health technology assessment in Italy*, Intl. J. of Technology assessment in Health Care, 2009; 25 Supplement 1: 127-133
4. HOFMANN B.: *Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2005; 21, 3: 312-318.

5. JONAS H.: *Il principio di responsabilità*. Einaudi, Torino 2002
6. JONAS H.: *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*. Einaudi, Torino 1997
7. JONAS H.: *Perché la tecnica moderna è oggetto dell'etica in Tecnica, medicina ed etica*. Einaudi, Torino 1997
8. MELENDUGNO A., VOLPE B., FAVARO A., PAVAN C., MIGLIORE F., LEONI L., BUJ G.: *ICD e aspetti psicologici, psicopatologici e di qualità della vita: revisione della letteratura ed esperienza dell'Azienda Ospedaliera di PADOVA*. Giac, marzo 2010; Vol. 13: N. 1
9. PANOCCHIA N., MINACORI R., SACCHINI D., TAZZA L., SPAGNOLO A. G.: *Bioetica clinica - Linee-guida sull'inizio e la sospensione del trattamento emodialitico*. Medicina e Morale, 2012; 2: 235-248
10. REFOLO P.: *Health Technology Assessment (HTA) e Valutazione Etica*. Società Editrice Universo, Roma 2015
11. REFOLO P., SACCHINI D., SPAGNOLO A. G.: *Nuove prospettive epistemologiche nell'Health Technology Assessment: il Progetto "INTEGRATE-HTA" per la valutazione di tecnologie complesse*. GIHTAD | Giornale Italiano di Health Technology Assessment & Delivery, 2018; 11: 2
12. SACCHINI D., REFOLO P.: *L'Health Technology Assessment (HTA) e i suoi aspetti etici*. Medicina e Morale, 2007; 1: 101-139
13. SACCHINI D., REFOLO P., VIRDIS A.: *Gli approcci alle valutazioni etiche nei processi di Health Technology Assessment*. Medicina e Morale, 2008; 57: 2
14. SGRECCIA E.: *Manuale di bioetica. Vol. 1: Fondamenti ed etica biomedica*. Vita & Pensiero, Milano 2011
15. SGRECCIA E.: *Bioetica, economia, salute. Manuale di bioetica. II. Aspetti medico-sociali*. Vita e Pensiero, Milano 2011
16. SIHTA. Società Italiana di Health Technology Assessment. XI Congresso Nazionale. "L'ETHA per la salute: prospettive in Italia e in Europa". Roma 1-13 ottobre 2018

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

CIMO

**IL SINDACATO DEI MEDICI
SEGRETERIA REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Le maggiori criticità in 9 punti sul CCNL 2016-2018

Il sindacato medico CIMO ha compiuto delle osservazioni critiche sul Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro (CCNL) del 2016-2018 che possono essere riassunte nei seguenti 9 punti:

il Contratto

- 1) ridimensiona pesantemente il ruolo delle rappresentanze sindacali in sede locale, nei fatti ridotte a semplici uditori delle iniziative datoriali, senza la possibilità di poter interloquire in proposito e incentivando il rinvio a “discipline legislative regionali”, anticamera dell’autonomia differenziata anche in materia contrattuale;
- 2) riorganizza la carriera del medico, ma ne stoppa la crescita con limitazioni quantitative eccessive degli incarichi dirigenziali più elevati, siano essi manageriali o professionali, inibendo la necessaria osmosi tra i due percorsi di sviluppo e lasciando il Direttore Generale libero di assegnare gli incarichi di maggior contenuto professionale senza aver preventivamente fissato le regole cui anche il medesimo deve soggiacere, affinché le sue scelte non risultino essere il mero esercizio dell’arbitrio, in barba alla tanto sbandierata, ma solo a parole, meritocrazia;
- 3) vincola la presenza in servizio nell’ambito di un orario di lavoro di fatto senza regole, la cui quantificazione media di 48 ore settimanali è incrementata fino ad un periodo di riferimento semestrale;
- 4) consente che la pronta disponibilità possa essere utilizzata anche oltre gli attuali servizi notturno e festivo mantenendo un livello di sotto retribuzione della pronta disponibilità;
- 5) elimina il riposo di 11 ore consecutive qualora il dirigente medico sia chiamato in servizio di pronta disponibilità poiché la chiamata sospende (non interrompe) il riposo;
- 6) trasforma, da diritto a concessione, la fruizione di 15 giorni continuativi di ferie durante il periodo estivo;
- 7) esclude che l’aspettativa per l’assunzione di altro incarico, durante il relativo periodo di prova, sia un diritto ma la rende una concessione dell’amministrazione;
- 8) nella costituzione di fondi unici verticali per le categorie della dirigenza sanitaria cui si applica il contratto – non già armonizzati, secondo legge, ma unificati –, ammette che la retribuzione della dirigenza sanitaria non medica e della dirigenza infermieristica siano finanziate sostanzialmente con i fondi della dirigenza medica, stante la penuria delle loro dotazioni di provenienza;
- 9) prevede che la parte fissa della retribuzione di posizione, definita in valori identici per tutti i dirigenti dell’area, sia soggetta a cospicui squilibri tra i singoli dirigenti a seconda della categoria professionale di appartenenza e che il relativo finanziamento avvenga non già con il ricorso a nuove risorse ma attingendo a quelle già disponibili, svuotando in tal modo le risorse disponibili per finanziare gli elementi accessori della retribuzione.

A causa delle suddette osservazioni critiche CIMO spiega il motivo per cui non ha firmato il pre-accordo!

Indirizzo per corrispondenza:
Antonio De Falco
e-mail: info@cimocampania.it



INDICI

Rivista bimestrale del
Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica" - Salerno

Indice dei Contenuti

Volume XL	Gennaio - Aprile 2019	n. 1/2
Utilizzo di Coasten® nel paziente oncologico: descrizione di una real practice nelle neoplasie gastro-enteriche all'Istituto Tumori di Napoli		
<i>Alessandro Ottaiano</i>		pag. 1
Su la grande infanticida: la sifilide "ereditaria"		
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i>		pag. 4
L'uso del farmaco triptorelina per il trattamento della disforia di genere (DG) e il parere del CNB		
<i>Giuseppe Battimelli</i>		pag. 8
L'oncologia tra Ospedale e Territorio: l'esperienza presso il Presidio Sanitario Intermedio Napoli Est dell'ASL Napoli 1 Centro		
<i>Giuseppe Airoma, Salvatore Strazzullo, Rosario Pepe</i>		pag. 11
I nuovi farmaci modificano l'algoritmo terapeutico?		
<i>Clementina Savastano</i>		pag. 14
CIMO: difendi il tuo diritto alla salute, difendi i medici della sanità pubblica		
<i>Antonio De Falco</i>		pag. 16
Volume XL	Maggio - Agosto 2019	n. 3/4
Le peculiarità e le sfumature che caratterizzano la lingua italiana nell'ottica straniera e che ne consentono un più facile apprendimento		
<i>Roxanne Holly Padley</i>		pag. 17
La sonata a Kreutzer		
<i>Giuseppe Lauriello</i>		pag. 18
Il medico può praticare l'eutanasia? Note a margine dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale		
<i>Giuseppe Battimelli</i>		pag. 20
Prostate Cancer Match Point		
<i>Giuseppe Di Lorenzo</i>		pag. 25
Corso di Formazione in Oncologia: La Medicina di precisione e la pratica clinica		
<i>Salvatore Strazzullo, Giuseppe Airoma</i>		pag. 27
Aggiornamenti in Oncologia 2019: NSCLC, Neoplasie Gastrointestinali, Genitourinarie, Mammarie		
<i>Giuseppe Grimaldi, Giuseppina Busto</i>		pag. 30
Volume XL	Settembre - Dicembre 2019	n. 5/6
Early recognition of Brain Herniation in Paediatric Patients		
<i>Domenico Serino</i>		pag. 33
L'apporto degli ebrei all'assistenza sanitaria sul fronte della Grande Guerra		
<i>Rosanna Supino, Daniela Roccas</i>		pag. 36
EFL Teenage Learner Motivation: Material Design		
<i>Roxanne Holly Padley</i>		pag. 37
Assessment in EFL Young Learners: Formative or Summative?		
<i>Roxanne Holly Padley</i>		pag. 38
"La malattia sacra" nella Medicina magico-religiosa della Grecia classica		
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i>		pag. 39
Le implicazioni etiche dell'Health Technology Assessment (HTA)		
<i>Giuseppe Battimelli</i>		pag. 43
CIMO: Le maggiori criticità in 9 punti sul CCNL 2016-2018		
<i>Antonio De Falco</i>		pag. 48

Indice degli Autori

A		O	
Airoma Giuseppe	11, 27	Ottaiano Alessandro	1
B		P	
Battimelli Giuseppe	8, 20, 43	Piro Anna	4, 39
Busto Giuseppina	30	Pepe Rosario	11
D		R	
De Falco Antonio	16, 48	Roccas Daniela	36
Di Lorenzo Giuseppe	25	S	
G		Savastano Clementina	14
Grimaldi Giuseppe	30	Serino Domenico	33
H		Strazzullo Salvatore	11, 27
Holly Padley Roxanne	17, 37, 38	Supino Rosanna	36
L		T	
Lauriello Giuseppe	18	Tagarelli Antonio	4, 39

Parole Chiave

A		Medici ebrei	36
Accademia della Crusca	17	Medicina, scopi e natura della	20
Astenia	1	Medicina di precisione	11, 27
Algoritmo terapeutico	14	Medicina e Letteratura	4
Assegnazione di genere alla nascita	8	Medicina magico-religiosa	39
Assistenza sanitaria	36	Medicina popolare	39
C		Multidisciplinarietà	11
Cancro della prostata	25	N	
Carcinoma del colon e del retto	30	Neoplasie della prostata	27
Carcinoma epatocellulare	30	Neoplasie gastrointestinali	30
Carcinoma polmonare	27	Neoplasie genitourinarie	30
Cardiotossicità	30	Neoplasie mammarie	27, 30
CCNL	48	Neoplasie polmonari	30
CIMO	16, 48	O	
Codice deontologico dei medici	20	Omicidio del consenziente	20
Colon, carcinoma del	30	Oncologia	14, 25, 27, 30
Compliance	1	P	
Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro	48	Panax ginseng	1
D		Politica sanitaria	43
Diritto alla salute	16	Polmone, carcinoma del	27
Disfonia di genere	8	Pratica clinica	1, 27
E		Prostata, cancro della	25
EFL	37, 38	Q	
Epilessia	39	Qualità di vita	1
Ernia cerebrale	33	R	
Eutanasia	20	Retto, carcinoma del retto	30
F		S	
Farmaci	14	Sanità pubblica, medici della	16
G		Scopi e natura della medicina	20
Gelosia	18	Servizi sanitari nazionali	43
H		Sesso alla nascita	8
Heredo	4	Sifilide ereditaria	4
I		Sospensione della pubertà	8
Implicazioni etiche	43	Suicidio medicalmente assistito	20
Integrazione	11	T	
Ipertensione intracranica	33	Teenage Learners	37
K		Terapia di supporto	27
Kreutzer sonata	18	Tolstoi	18
L		Y	
Lingua italiana	17	Young Learners	37, 38
M		V	
Malattia sacra	39	Valutazione delle tecnologie sanitarie	43
Material design	37	Valutazione formativa	38
Medici della Sanità pubblica	16	Valutazione sommativa	38

CIMO

IL SINDACATO DEI MEDICI
SEGRETERIA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Al Presidente ARAN
Dott. Antonio Naddeo
e-mail: protocollo@pec.aranagenzia.it

Al Direttore ARAN
Dott. Gianfranco Rucco
e-mail: rucco@aranagenzia.it
LORO SEDI

Roma, 18/12/2019 - Prot. SN/254/2019

Dichiarazione a verbale CIMO

CIMO è un sindacato rappresentativo nell'ambito della dirigenza sanitaria del SSN, ha partecipato criticamente e costruttivamente a tutte le sessioni negoziali funzionali alla trattativa volta alla stipula del CCNL, avendo – essa sola – prodotto una propria Piattaforma di dettaglio concernente la regolamentazione di tutti gli istituti demandati alla contrattazione collettiva.

Il prodotto della negoziazione è risultato, in parti altamente significative, non in linea con i principi di difesa e tutela dei medici ai quali CIMO si ispira e questo ha portato CIMO ad assumere una posizione critica e di opposizione. Di conseguenza, la trattativa è giunta ad una situazione di contrapposizione su posizioni non conciliabili e questo ha determinato CIMO a non sottoscrivere l'ipotesi di CCNL 2016-2018.

Ciò premesso CIMO non può consentire che, in sede decentrata, si possano produrre ulteriori "vulnus" ai diritti e alle prerogative della dirigenza medica. Esclusivamente per tali ragioni, CIMO appone la propria sottoscrizione tecnica in calce ad un CCNL che è già scaduto prima di entrare in vigore (ad ora, circa un anno dopo la sua scadenza) e che protrarrà i suoi effetti deleteri fino a che il datore di lavoro pubblico non avrà deciso quale sorte assegnare al SSN pubblico, all'origine (art. 1 L. 833/78) destinato "alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" e avrà reperito le risorse, di personale, di mezzi, di denaro, per renderlo funzionante.

CIMO ribadisce, perciò, il proprio motivato dissenso nei confronti di un testo contrattuale che, tra l'altro:

- Relega le relazioni sindacali a sterili confronti di cui non si lascia una traccia efficace (non più verbalizzazione delle rispettive posizioni ma generiche sintesi senza padre) e istituisce un organismo paritetico propositivo, novello cavallo di Troia nel campo sindacale, attraverso il quale il datore di lavoro "si farà proporre" le modificazioni organizzative che non ha faccia o cuore per introdurre d'imperio;
- A dieci anni dalla scadenza dell'ultimo CCNL della dirigenza medico-veterinaria, prevede aumenti stipendiali in percentuale (3.01) inferiori, nel periodo, a quelli percentualmente previsti dalla legge (3.48), garantiti, invece, per tutte le altre categorie dell'ex pubblico impiego;
- Sottrae alla dirigenza medico-veterinaria le risorse economiche di propria storica proprietà per farle confluire in fondi intercategoriale indistinti per la cui costituzione la dirigenza sanitaria (biologi, fisici, chimici, farmacisti, ecc.) apporta un contributo residuale e la dirigenza delle professioni sanitarie (infermieri, tecnici di radiologia, ecc.) ancor meno;
- Prevede che il corrispettivo della indennità di specificità medica (storica componente esclusiva della retribuzione dei dirigenti medici quale riconoscimento della loro peculiarità) del dirigente medico cessato dal rapporto di lavoro permanga nel fondo indistinto della dirigenza sanitaria premiando, con somme legate alla tipicità della professione medica, soggetti che medici non sono e che esercitano altre professioni;
- Riconosce, a posteriori, che tutti i dirigenti medici hanno diritto a ricevere un incarico dirigenziale (dopo che la legge lo aveva affermato da sempre e la giurisprudenza lo aveva confermato) salvo annegarne il significato in una mortificante e indistinta "progressione di carriera" che non seleziona oggettivamente il merito ma lascia ampi spazi discrezionali nell'affidamento degli incarichi;
- Rincarica la penalizzazione economica per chi ha scelto il rapporto di lavoro non esclusivo riducendo la entità del RPMU di (circa) la metà rispetto a quella ordinaria a parità di impegno lavorativo;

- Santifica le illusioni (proposta di esonero della guardia per chi ha una età avanzata, senza precisare chi se ne occuperà), garantisce un impegno orario illimitato (48 ore settimanali medie calcolate in un arco temporale non più di 4 mesi ma di sei mesi), legittima una presenza notturna asfissiante (cinque turni notturni e dieci reperibilità, di norma, al mese) senza che la chiamata interrompa il riposo giornaliero, esclude il ricorso all'adeguamento degli organici (proposta di pronta disponibilità diurna anziché nuove assunzioni); abroga la disposizione previgente sulla PD per disciplina consentendo - di fatto - la sua utilizzazione in ambiti e con criteri non diversamente definiti;
- Certifica l'appiattimento sulle posizioni aziendali anche nell'esercizio del diritto di difendersi per le ipotesi di responsabilità professionale. Irridendo al conflitto di interessi, stabilisce che il legale prescelto dal dirigente dev'essere "gradito" all'Amministrazione, altrimenti il costo relativo resta a suo carico;
- Introduce una sorta di welfare aziendale (pagato dai dipendenti) ma, al contempo, esclude i dirigenti portatori di handicap dalla possibilità di svolgere attività non penalizzanti e riduce e circoscrive le ipotesi di lavoro a tempo ridotto (con la revisione di quelle già in godimento).

Per i motivi esposti, CIMO sottoscrive il CCNL unicamente per poter rappresentare e difendere i diritti dei propri iscritti nelle importanti sequenze contrattuali previste dalla contrattazione integrativa.

Al contempo, poiché – come detto – questo CCNL è scaduto prima ancora di entrare in vigore (unico precedente nella storia della contrattazione post privatizzazione del pubblico impiego), CIMO comunica che provvederà a disdettarlo e invita il Governo, il Comitato di Settore e ARAN, ciascuno per quanto di competenza, a dare immediato corso alle iniziative volte all'avvio della negoziazione del CCNL 2019/21.

Il Presidente Nazionale CIMO
Dott. Guido Quici

COMUNICATO STAMPA

SAREMO SENTINELLE SU CONTRATTO INIQUO, MONITOREREMO AZIENDA PER AZIENDA

Roma, 19 dicembre 2019

Costretti a firmare ma convinti a non cedere. Con questo spirito oggi la Federazione CIMO-FESMED porrà oggi una sigla in ARAN all'atto conclusivo di accordo sul contratto dell'Area Sanità, mettendo a verbale una dichiarazione che non fa sconti e anticipa future azioni di contestazione su un testo giudicato peggiorativo per la dignità e la qualità lavorativa dei medici e la cui attuazione concreta mette a rischio il livello dei servizi pubblici per la salute dei cittadini.

In particolare, la Federazione preannuncia ricorsi e cause sul tema della retribuzione individuale di anzianità (RIA), sull'orario di lavoro, sulle condizioni vincolanti alla scelta di un legale e sui diritti dei medici in extramoenia. Inoltre, in una dichiarazione che CIMO e FESMED hanno già chiesto di allegare al verbale della riunione odierna in ARAN, sono sintetizzati i punti che si considerano inaccettabili e che saranno oggetto di un controllo capillare dei rappresentanti CIMO-FESMED nell'applicazione del contratto azienda per azienda.

“Fa molta rabbia essere costretti a firmare un contratto di lavoro atteso da oltre dieci anni con incrementi economici del tutto marginali ma, soprattutto, con una normativa che penalizza fortemente i medici che lavorano nel SSN pubblico”, spiega Guido Quici, presidente della Federazione CIMO-FESMED. “Abbiamo più volte denunciato come questo testo, proposto da ARAN e Regioni, non faccia che peggiorare la tutela legale, l'orario di lavoro, la progressione di carriera unica per tutta la dirigenza senza fondi e senza regole certe, la perdita di alcuni diritti a favore dei portatori di handicap, e anche le prerogative sindacali, che vengono fortemente svilite e depotenziate”.

“Nella notte dello scorso 24 luglio – ricorda Quici - alla forzata e affrettata chiusura della trattativa sul contratto 2016-2018, CIMO, FESMED ed ANPO-ASCOTI-FIALS Medici non accettarono di firmare il pre accordo per dare un segnale importante; ma l'esclusione dai tavoli aziendali e regionali ci costringe oggi ad una firma “tattica” e di valore tecnico, proprio per non essere esclusi dalla trattativa decentrata e per consentirci di vigilare affinché l'applicazione non sia ulteriormente peggiorativa rispetto al nuovo testo e alle nuove condizioni”.

Dieci anni di attesa, ricorda la Federazione, in cui sono state tagliate oltre 9.395 strutture complesse e semplici (2008-2018); il costo del personale sanitario è diminuito di 2,6 miliardi (2008-2018) per ripianare i bilanci delle Regioni senza interventi migliorativi per la qualità del lavoro dei medici, i cui ritmi di lavoro sono senza controllo e tutele, mentre la perdita del potere di acquisto è stata nettamente superiore rispetto agli incrementi, inferiori al 3,48%, concessi dal nuovo contratto. Dieci anni in cui il disagio e i carichi di lavoro hanno dato impulso alla fuga dei medici verso il privato o l'estero, senza contare la mancanza di tutele derivanti dalle vigenti disposizioni legislative che favorisce i contenziosi, per non parlare del calo delle remunerazioni, ben al di sotto degli altri Paesi europei.

“Proprio in questo contesto complesso e deteriorato il potere contrattuale avrebbe dovuto assumere una maggiore valenza; purtroppo, con il CCNL 2016-18 si è persa un'occasione unica e irripetibile”, commenta Quici. “Ma più dell'amarezza conta ora la nostra determinazione a non arretrare nella difesa dei diritti sul campo, azienda per azienda, dove i nostri delegati avranno il compito di mantenere la barra dritta sulle tutele del lavoro e sul rispetto delle norme, che tutt'oggi restano spesso inapplicate”.

Via Nazionale 163, 00184 Roma - Tel. 06/6788404 - Fax 06/6780101 – E-mail: cimo.fesmed@gmail.com



Fonte di ferro ad alta biodisponibilità,
micronizzato, orosolubile e incapsulato
per potenziare l'assorbimento del
ferro e ridurre gli effetti organolettici
indesiderati.

FERRO PIROFOSFATO MICROINCAPSULATO.

Massima tollerabilità	Alta titolazione del ferro (15%)
Alta biodisponibilità Elevato Assorbimento	Prima scelta da associare al trattamento con EPO
Non positivizza la ricerca di sangue occulto nelle feci	Adatto anche ai pazienti celiaci e con intolleranza al lattosio

INTEGRATORI ALIMENTARI



Care to Cure.



⊕ STABILITÀ
⊕ QUALITÀ

SMART DELIVERY CAP
Nuovo flacone bifasico Formula migliorata



**Generatore di energia naturalmente
biostimolante**, coadiuvante antiastenico ad
azione rapida.

**ENERGIZZANTE, RIVITALIZZANTE PER UN
PRONTO RECUPERO PSICO-FISICO.**

Ingredienti & claims referenziati	Rapidità d'azione/efficacia
Evidenze scientifiche	No alcool
Ginseng titolazione 12%	No vitamine del gruppo B

