

APSS notizie

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari




N. 4/11

ALL'INTERNO | ACCREDITAMENTO JCI: IL VIAGGIO CONTINUA... | DA BOSTON A LOS ANGELES:
IL COAST TO COAST PIÙ PAZZO DELLA STORIA | TRENTINO BIOBANK: UNA RISORSA PER LA
SALUTE E PER LA RICERCA SCIENTIFICA | RICETTA SALUTARE | **E MOLTO ALTRO...**

APSS NOTIZIE
PERIODICO D'INFORMAZIONE

DIREZIONE E REDAZIONE

Azienda provinciale per i servizi sanitari

Provincia autonoma di Trento

Via Degasperì 79 - Trento

www.apss.tn.it

Tel. 0461 904111 / 0461 904131

Tel. 0461 902920 / 0461 904171

Fax 0461 902909

apssnotizie@apss.tn.it

Iscrizione al registro stampe del Tribunale
di Trento n. 1112 del 30 gennaio 2002

DIRETTORE EDITORIALE

Luciano Flor

DIRETTORE RESPONSABILE

Stefano Bertoni

REDAZIONE

Luciano Bocchi, Renata Brolis, Orazio Caffo,
Sandra Chighizola, Roberta Corazza,
Maurizio Del Greco, Davide Donner,
Barbara Gasperini, Annamaria Guarnier,
Lorenza Lenzi, Angelo Cesare Passerini,
Franca Refatti, Silvia Romani, Lucia Sabbadin,
Adrienne Segata, Bruno Zanon

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Maria Grazia Allegretti, Stefania Arici,
Mattia Barbareschi, Paolo Dalla Palma,
Fabio Cembrani, Renzo De Stefani,
Eduardo Geat, Mario Grattarola,
Mauro Mattarei, Manuela Spaccini,
Emanuele Torri

FOTOGRAFIE

Ufficio stampa APSS
Agusta Westland

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Verba Volant - Trento
AD Giuseppe Marchi

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI

(D.Lgs. 196/2003) Luciano Flor





SOMMARIO

- 02 Accreditamento e autorizzazione in APSS:
per il miglioramento della qualità
- 03 Verso il terzo accreditamento JCI: il viaggio continua...
- 05 Dalla Formazione. Sinergia tra formazione e accreditamento
per perseguire il miglioramento continuo della qualità
- 07 Da Boston a Los Angeles:
il Coast to Coast più pazzo della storia
- 11 Biosimilari: la nuova frontiera della terapia
tra risparmio e sicurezza
- 12 Bioetica in emergenza 2
- 13 Trentino Biobank: una risorsa per la salute
e per la ricerca scientifica
- 15 Ancora sulle scelte personali nel fine vita
- 19 **buonepratiche**
Progetto pneumococco.
Esempio di alleanza tra ospedale e territorio
- 20 Ricetta salutare: Rotolo di tacchino agli spinaci e ai pomodori
- 21 Cinema e salute

ACCREDITAMENTO E AUTORIZZAZIONE IN APSS: PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Emanuele Torri

Dipartimento politiche sanitarie,
Assessorato alla salute e alle politiche sociali

L'accreditamento in sanità è un processo che si configura come un processo dinamico, fondato sulla garanzia permanente di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate attraverso la verifica, nella forma di autovalutazione e valutazione esterna, della rispondenza delle attività svolte a criteri sicurezza, efficacia e di efficienza, nonché di accessibilità ed equità e rispondenza ai bisogni di salute dei cittadini.

L'accreditamento, dunque, al di là degli strumenti specifici o dei requisiti con i quali ci si confronta, rappresenta una cornice importante d'integrazione delle strategie e dei programmi finalizzati al miglioramento della qualità adottati da un'organizzazione sanitaria per migliorare, in modo misurabile, la sicurezza e la qualità dei servizi erogati. Nel realizzare tale obiettivo, il modello di lavoro che le organizzazioni sanitarie sono chiamate a promuovere è quello a rete, capace di favorire l'integrazione fra diverse iniziative e i soggetti coinvolti.

Il percorso complessivo di accreditamento dell'APSS, ormai avviato da tempo, è stato sviluppato attraverso molteplici iniziative ed esperienze, per esempio: di applicazione di requisiti di accreditamento internazionale (*Joint Commission International*), di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, di adozione di sistemi di monitoraggio e valutazione delle *performance*, di accreditamento (e di certificazione) di alcuni settori e processi aziendali e di orientamento agli utenti dei percorsi assistenziali.

La cornice di riferimento istituzionale per tutte queste attività di miglioramento

della qualità è riconoscibile nell'accreditamento istituzionale, che nel sistema sanitario nazionale italiano è regolato a livello di istituzioni regionali/provinciali.

Nell'ambito dei sistemi di accreditamento istituzionale della Provincia di Trento, come in tutte le altre regioni/province autonome, si riconosce un livello base di autorizzazione, ovvero di rispondenza a requisiti minimi organizzativi, strutturali, impiantistici e tecnologici, incentrati sull'esistenza di elementi indispensabile di sicurezza e qualità dei strutture e dei servizi che presentino una certa complessità organizzativa o rischiosità delle prestazioni erogate ai pazienti. Il possesso dei requisiti di autorizzazione da parte di strutture pubbliche o private è indispensabile per la realizzazione o l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie. Oltre

all'autorizzazione, vi è poi il livello dell'accreditamento, che comporta la rispondenza a requisiti ulteriori di qualità, inerenti aspetti organizzativi, professionali e relazionali dell'assistenza e la valutazione complessiva l'attività svolta e i risultati ottenuti. L'accreditamento è anche correlato alla valutazione del fabbisogno e della rispondenza delle attività da accreditare agli indirizzi della programmazione provinciale.

Il 2012 sarà un anno particolarmente importante per l'accreditamento delle strutture dell'APSS, sia sotto il profilo formale sia sostanziale. Da una parte l'ospedale «Santa Chiara» di Trento sarà alle prese con il terzo riaccreditamento, secondo gli standard internazionali di *Joint Commission International*, andando a consolidare un'esperienza da individuare come punto di riferimento all'interno del Servizio ospedaliero provinciale.

Nel corso del 2012, inoltre, l'intera APSS vedrà l'attuazione sistematica delle attività di verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione e ulteriori di qualità per l'accreditamento istituzionale. Secondo modalità in via di definizione, saranno attuate esplicite modalità di autovalutazione e valutazione del possesso dei requisiti minimi e ulteriori di qualità nell'ambito dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale, coordinate ed espletate dal Nucleo di valutazione dell'Assessorato alla salute e alle politiche sociali della Provincia autonoma di Trento. Parallelamente, gli attuali requisiti dell'accreditamento istituzionale, in linea con gli indirizzi della legge provinciale 16/2010, saranno aggiornati e integrati. Tale revisione consentirà di rendere requisiti e indicatori da applicare coe-





renti con gli attuali assetti organizzativi, i percorsi e i sistemi di valutazione delle prestazioni esistenti nel Servizio sanitario provinciale. È sempre bene ricordare che l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, anche nella fase di valutazione, è un processo che assume valore e rilevanza tanto più viene sviluppato con modalità che riescano ad assicurare valorizzazione delle buone pratiche connesse all'adeguamento agli specifici requisiti e oggettività degli strumenti e dei metodi di valutazione utilizzati, da contestualizzazione rispetto alle strutture operative e ai processi assistenziali nei quali i professionisti si trovano a operare.

Per realizzare tale obiettivo, nello sviluppo dei programmi di accreditamento e di valutazione dei requisiti è necessario assicurare l'integrazione dell'azione di tutte le componenti e degli attori che dentro le strutture sanitarie rivestono ruoli in materia di sicurezza e qualità dei servizi e la partecipazione attiva dei professionisti ai processi di sviluppo dei processi e valutazione delle attività svolte. Come sempre quando si parla di qualità, sono questi, infatti, i fattori che alla fine fanno veramente la differenza nel far sì che strutture organizzative, progetti, competenze e strumenti di verifica possano tradursi in concreto e sostenibile miglioramento dei risultati clinici e organizzativi per i cittadini e i pazienti.



VERSO IL TERZO RIACCREDITAMENTO JCI: IL VIAGGIO CONTINUA...

Maria Grazia Allegretti

Unità per l'accreditamento e la gestione del rischio, direzione ospedale di Trento

Mario Grattarola

Direttore ospedale di Trento

L'accreditamento, com'è definito nei sacri testi della qualità, è una pietra miliare nel viaggio continuo del miglioramento.

Anzi, per meglio precisare, si tratta di un viaggio in salita poiché, nel tragitto da una pietra miliare all'altra, il traguardo è posto sempre un po' più in alto, allo scopo di spingere le organizzazioni a rivedere continuamente il proprio punto di vista e il proprio modo di pensare per fare qualcosa di meglio rispetto a quello che già si fa.

Ripercorriamo insieme alcune tappe di questo viaggio che per l'ospedale «Santa Chiara» di Trento è cominciato nel 2003 con il *first assessment* per raggiungere il primo traguardo dell'accreditamento JCI (Joint Commission International) nel 2005, il secondo nel 2009, mentre ora ci stiamo preparando al terzo riaccreditamento previsto per giugno 2012 in funzione del quale nell'ultimo mese abbiamo fatto la *mock survey* con i consulenti JCI e PROGEA.

Ma la storia di Joint Commission inizia da molto più lontano, dal 1951 negli USA,

quando l'*American College of Surgeons*, assieme all'*American College of Physicians* e all'*American Medical Association*, fondò un organismo autonomo non profit, con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria degli ospedali americani, chiamato Joint Commission on Accreditation of Hospital. Questa organizzazione cambiò denominazione nel 1988, diventando JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) in seguito al suo progressivo ampliamento dell'attività rivolto anche a strutture sanitarie non ospedaliere: la sua denominazione attuale è quella di *The Joint Commission*. Nel 1997 venne istituita una nuova divisione, la Joint Commission International (JCI) appunto, con l'obiettivo di implementare programmi di miglioramento della qualità in sanità a livello internazionale.

L'accreditamento Joint Commission International è l'accreditamento volontario più diffuso a livello internazionale e *The Joint Commission* è un indiscusso punto di riferimento per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie, dal momento che negli USA accredita a oggi più



VERSO IL TERZO RIACCREDITAMENTO JCI: IL VIAGGIO CONTINUA...



di 10 mila organizzazioni sanitarie e ha attivato programmi d'accreditamento e collaborazioni internazionali in tutte le aree del mondo (più di 80 paesi), avendo a oggi già accreditato più di 50 ospedali solo in Europa. Quello di *Joint Commission* è un processo di accreditamento volontario attraverso il quale un ente terzo, indipendente e non governativo certifica e garantisce che un'organizzazione sanitaria rispetta specifici standard validati internazionalmente; infatti, Joint Commission International partecipa dal 2005 all'International Accreditation Program (IAP) di ISQua, la società internazionale per la qualità nell'assistenza sanitaria, programma che «accredita gli enti di accreditamento» e fornisce un riconoscimento a livello mondiale alle organizzazioni accreditate che raggiungono standard approvati in ambito internazionale. Il programma di accreditamento proposto da Joint Commission International intende incoraggiare e sostenere un processo di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure attraverso l'applicazione di 329 standard con oltre 1.200 elementi misurabili che esplicitano gli elementi concreti attraverso i quali si può misurare la conformità o meno allo standard da parte della struttura. Gli standard sono divisi in due grandi blocchi: gli standard incentrati sul paziente (accesso alle cure e continuità assistenziale, diritti dei pazienti e dei familiari, valutazione dei pazienti, cura dei pazienti, procedure anestesologiche e chirurgiche, gestione dei farmaci, educazione del paziente e dei familiari) e quelli incentrati sull'organizzazione (miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, prevenzione e controllo delle in-

fezioni, governante, *leadership* e direzione, gestione della sicurezza degli ambienti e degli edifici, qualificazione e formazione del personale, gestione della comunicazione e delle informazioni). Dal 2008, l'organizzazione ospedaliera deve confrontarsi anche con sei obiettivi internazionali che riguardano la sicurezza del paziente: corretta identificazione del paziente, comunicazione efficace, gestione dei farmaci ad alto rischio, garantire l'intervento chirurgico nel paziente corretto, con procedura corretta, nella parte del corpo corretta, riduzione del rischio per le infezioni correlate alle pratiche assistenziali e riduzione del rischio di caduta del paziente.

La valutazione della conformità agli standard è realizzata con la revisione di documenti, ma anche e soprattutto tramite interviste agli operatori in tutto l'ospedale e l'osservazione sul campo applicando la *tracer methodology*, che è la nuova metodologia con la quale vengono condotte le visite *in situ* e che consente agli ispettori JCI di analizzare sia il processo di cura fornito dall'organizzazione sia le interfacce fra i vari processi all'interno del sistema attraverso due tipi di *tracer*: il *patient tracer*, che è disegnato per tracciare l'esperienza del paziente durante l'intero processo di cura e analizzare l'interconnessione fra i molteplici punti del processo di cura e le interfacce fra le varie parti del sistema, e il *system tracer*, che è invece utilizzato dagli ispettori per analizzare come funzionano alcuni specifici processi o sistemi che sono trasversali all'intera organizzazione ovvero il sistema di gestione dei farmaci, il sistema di controllo delle infezioni, il sistema di gestione dei dati, il sistema di ge-

stione della sicurezza della struttura e il sistema di gestione del personale. Attraverso i *tracer*, quindi, gli ispettori riescono a fare una valutazione accurata della conformità dell'organizzazione ospedaliera agli standard e soprattutto a valutare come le politiche e le procedure che si è data l'organizzazione vengono trasferite nella pratica quotidiana degli operatori ovvero mettono a fuoco la coerenza fra quanto è dichiarato negli intenti e quanto viene effettivamente tradotto nei comportamenti di tutte le persone che operano nell'organizzazione e infine percepito e vissuto dal paziente. L'accreditamento JCI, quindi, non valuta le diverse componenti di una struttura e i risultati che queste ottengono singolarmente, ma valuta l'organizzazione nella suo complesso e le connessioni che intercorrono fra le reciproche parti del sistema. Questo significa che raggiungere il prestigioso traguardo dell'accreditamento comporta il forte coinvolgimento dei direttori e dei coordinatori infermieristici e il lavoro di squadra delle unità operative e dei servizi dell'ospedale e anche aziendali sia nell'area clinica sia in quella tecnico amministrativa per creare insieme una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure che sia parte integrante della nostra pratica quotidiana a beneficio dei pazienti. Augurandoci buon viaggio verso il terzo riaccREDITAMENTO vogliamo concludere con le parole di Machado, poeta e scrittore spagnolo: «Caminante, no hay camino, se hace camino al andar» («Viandante, non c'è cammino, il cammino lo fai tu, andando»).

SINERGIA TRA FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO PER PERSEGUIRE IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ



Amelia Marzano

servizio formazione

Franca Refatti

Unità operativa di pronto soccorso, ospedale Santa Chiara di Trento

Quando nel 2003 l'APSS ha deciso di accreditare con Joint Commission International (JCI) l'ospedale «Santa Chiara» di Trento, è iniziato un periodo di grande fervore; sono partite numerose iniziative indirizzate a condurre a buon fine questa impresa e si è evidenziato subito il ruolo rilevante della formazione.

I professionisti coinvolti, e sono stati davvero molti, hanno ben presto capito che l'accREDITAMENTO con JCI significava tenere ben saldo il timone nella direzione della sicurezza del paziente; di fatto, i capitoli del manuale JCI, tanto quelli centrati sul paziente e la sua famiglia quanto quelli centrati sull'organizzazione, si focalizzano, da sempre, su questo importante tema, come risulta evidente anche semplicemente dalla lettura dei titoli dei diversi capitoli: «Miglioramento della qualità e sicurezza del paziente»; «Prevenzione e controllo delle infezioni»; «Gestione e sicurezza delle infrastrutture»; «Qualifiche e formazione del personale», ecc.

Su questi argomenti si sono realizzate numerose iniziative formative residenziali, per diffondere i principi e le metodologie dell'accREDITAMENTO JCI con il focus sulla qualità delle cure per migliorare la sicurezza del paziente.

Tenendo presente che gran parte dei rischi in sanità sono da ascrivere ad errori di terapia, si è lavorato molto sulla gestione della terapia farmacologica in tutte le fasi, dall'approvvigionamento, alla prescrizione, alla somministrazione, con particolare attenzione ai farmaci pericolosi quali elettroliti concentrati, chemioterapici, emoderivati ed al paziente ad al-

to rischio (incosciente, demente, anestetizzato, ecc.), nonché sulla tracciabilità del processo in tutte le sue fasi. Altre iniziative formative hanno riguardato la documentazione clinica quale strumento di qualità e continuità delle cure, il tema della comunicazione come "competenza e strumento professionale" e infine la gestione del rischio clinico con particolare attenzione a fornire strumenti e metodi per l'identificazione, l'analisi e la segnalazione dell'errore e dell'evento avverso, nonché conoscenze sulle strategie aziendali volte a promuovere la sicurezza del paziente. Ancora, si è lavorato per garantire a tutti gli operatori sanitari una formazione adeguata nel campo della rianimazione cardiovascolare precoce attraverso corsi di BLS/D, tanto come formazione di base quanto come *retraining*. Le varie attività formative, nella maggior parte dei casi, hanno coinvolto contemporaneamente operatori delle diverse professionalità, offrendo, come valore

aggiunto, occasioni di scambio e confronto interprofessionale e multidisciplinare. Tutto ciò ha comportato un grande impegno che, in cambio, ha dato un risultato che di regola non ci si attende dalla sola formazione residenziale, ovvero un cambiamento significativo delle pratiche professionali; in particolare ha accompagnato e facilitato l'introduzione di nuovi strumenti di lavoro quali il foglio unico di terapia, cosa che inizialmente sembrava uno scoglio insuperabile, ma che invece è stato adottato in «Santa Chiara» e, successivamente, anche in altri ospedali dell'APSS. Evidentemente la riflessione strutturata e guidata sulle conseguenze della "doppia trascrizione", alla quale si era abituati da sempre e che è nota essere una possibile sorgente di errore, ha predisposto i professionisti ad accogliere favorevolmente il cambiamento e a superare le obiettive difficoltà operative.

Negli anni successivi si è fatto ampio ricorso anche alla formazione sul campo per incidere maggiormente sulle pratiche lavorative e apportare cambiamenti ai processi di lavoro; qui di seguito proponiamo alcuni progetti esemplificativi: *"Il percorso di inserimento del professionista neoassunto"*; *"Il processo di trasfusione di globuli rossi in situazioni di emergenza. Dall'analisi di un caso critico alla revisione della procedura: valutazione dell'efficacia delle azioni correttive adottate"*; *"Procedure per la prevenzione delle infezioni associate a pratiche assistenziali: trasferimento nell'operatività"*. Più recentemente, in preparazione alla survey internazionale per il rinnovo del-





SINERGIA TRA FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO PER PERSEGUIRE IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ



L'accREDITAMENTO JCI dell'ospedale Santa Chiara, prevista per l'estate 2012, e in considerazione del turnover dei professionisti coinvolti nei precedenti percorsi formativi, è stata realizzata una importante iniziativa residenziale che ha coinvolto i direttori medici e i coordinatori delle unità operative, con lo scopo principale di illustrare le novità della quarta e ultima edizione del Manuale di accreditamento e la nuova *tracer methodology*. La metodologia *tracer* è stata in particolare oggetto di lavoro in piccolo gruppo guidato da un tutor, per meglio analizzare le potenzialità della stessa.

L'iniziativa ha interessato 46 direttori medici e 55 tra farmacisti e coordinatori di diverse professioni sanitarie.

Sono stati proposti due interventi in aula per un totale di 12 ore, nel corso dei quali è stato offerto un inquadramento della storia di JCI e del modello che essa propone ovvero un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Sono stati illustrati il manuale con l'elenco delle diverse funzioni e degli standard richiesti, il loro razionale, gli obiettivi, gli indicatori e le modalità di valutazione delle performance, soprattutto per valutare l'impegno dell'organizzazione rispetto al miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure.

Particolare attenzione si è posta nel presentare i nuovi standard introdotti dal manuale, rispetto alle seguenti funzioni: *Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente, Accesso all'assistenza e continuità delle cure, Diritti del paziente e dei famigliari, Valutazione del paziente, Gestione e utilizzo dei farmaci, Prevenzione e controllo delle infezioni.*

Infine è stata illustrata la *Tracer Methodology*, metodologia che consente di verificare la corrispondenza della pratica con la politica e che può essere applicata tanto al paziente (*Patient Tracer*) quanto ai processi (*System Tracer*); consente quindi di valutare la corrispondenza tra quanto l'organizzazione ha deciso e dichiara di fare e quanto effettivamente fa. A questi momenti d'aula sono seguiti nelle settimane successive dei lavori a piccoli gruppi supportati da un tutor, con l'obiettivo di simulare un percorso di *Patient Tracer*: partendo da una cartella clinica, veniva simulato il percorso dei valutatori "sulle tracce" di quel paziente all'interno dell'ospedale: il tutor poneva domande ai diversi componenti del gruppo rispetto alla compilazione della cartella e alle attività svolte sul paziente, per verificare la conoscenza delle procedure predisposte a partire dagli standard richiesti dalla JCI e le modalità con cui vengono applicate. Era richiesto lo sforzo di "entrare" nella simulazione, ricordando che sul campo la coerenza fra quanto dichiarato e quanto agito viene verificata anche mediante l'osservazione diretta e la richiesta di conferma al paziente e/o ai suoi famigliari rispetto alle informazioni ricevute, al coinvolgimento nelle decisioni di cura, all'educazione ricevuta e al rispetto dei loro diritti.

DA BOSTON A LOS ANGELES IL COAST TO COAST PIÙ PAZZO DELLA STORIA

Stefania Arici, Renzo De Stefani

Dipartimento di psichiatria

Aeroporto di Linate, 28 agosto, tutti pronti per la partenza per il «Coast to Coast» più pazzo della storia!

Utenti e familiari esperti (UFE) del Servizio di salute mentale di Trento vanno negli States a «insegnare», invitati da università e centri di ricerca americani colpiti da questo particolarissimo esempio di protagonismo di utenti e familiari all'interno di un servizio sanitario. Il gruppo si compone di 15 persone legate a diverso titolo al servizio di Trento: UFE, operatori, cittadini attivi, studentesse e due *filmmaker* di Format, il centro audiovisivo della Provincia autonoma di Trento. L'inizio non è dei migliori: l'uragano Irene ha permesso la partenza di soli 5 di noi nella

data prefissata, e un arrivo posticipato per gli altri 10. Per tutti una «leggera deviazione» di percorso con atterraggio a Montreal (Canada) e 600 km per arrivare ai primi appuntamenti, con autostrade chiuse e una frontiera da film western. L'appellativo di «avventurieri» stavolta ce lo siamo proprio meritati.

Prima settimana di intensa attività: lunedì Boston University, con alcuni nomi del gotha della psichiatria americana. Rischio d'annullamento dell'evento perché, non conoscendo quale fosse la tempra trentina, gli organizzatori avevano pensato di annullare la *conference* per... farci riposare!

E passiamo alla seconda conferenza a Bedford, in una sede prestigiosa, quella

della Veterans Administration (VA), una potenza in America, con il più grosso circuito di previdenza e sanità privata che riguarda 32 milioni di americani, militari e veterani delle 100 guerre degli ultimi 60 anni. La VA ha sviluppato forse la più grossa rete di «supporto tra pari» (*peer support*) del mondo, i cugini degli UFE, impegnati a valorizzare, come noi, il sapere esperienziale di chi ha vissuto nel disagio. La piccolissima Trento appare ai nuovi amici un esempio da prendere per corrispondere all'impegno chiesto alla VA dal presidente Obama di studiare uno specifico progetto per coinvolgere utenti e familiari nei percorsi di cura della salute mentale. E i nostri UFE, per fare un piacere al simpatico presidente, si sono già messi a studiare inglese.

Mercoledì 31, Lebanon (New Hampshire) con il Dartmouth Hitchcock Medical Center, prestigioso centro di ricerca internazionale per la qualità nei servizi sanitari. Visitiamo alcune strutture, dove ci confrontiamo con elettroshock e letti a forma di «gabbia» per pazienti aggressivi di cui faremmo volentieri a meno. L'esperienza degli UFE colpisce a tal punto da ricevere un bel 110 e lode dagli esperti locali. Che significa? Be', oltre alle emozioni, il progetto UFE è un prodotto di qualità e il Dartmouth ha deciso di certificare questa pratica. Una volta ricevuta la nostra *laurea ad honorem* la incorneremo e la mostreremo con grande orgoglio a tutti gli interessati.

Montpelier (Vermont) chiude la settimana. Una sala gremita di gente, storie di sostegno tra pari e di *recovery* hanno aperto la giornata organizzata dalla Vermont Association for Mental Health e da Friends of Recovery. Il loro motto è che il



Nella mitica cornice di Central Park (New York City) gli UFE trentini imparano a giocare a rugby!

Dalla 180 agli UFE
passando
dal FareAssieme



A più di trent'anni dalla Legge 180, la psichiatria italiana di comunità è lontana dall'aver trovato uniformità di costrutti e appropriatezza di risposte. Nel paese si alternano servizi di salute mentale buoni ad altri decisamente sotto la sufficienza. Manca un «sistema» di salute mentale capace di dare concretezza alle aspettative prodotte dalla rivoluzione basagliana.

A Trento, la 180 è stata applicata con una caratteristica particolare: il «fareassieme».

Il «fareassieme» nasce nel 2000 dal convincimento che valorizzare la partecipazione e il protagonismo di utenti e familiari produce percorsi di cura più efficaci. Mescolare il sapere dei professionisti al sapere esperienziale degli utenti e dei familiari ne è l'assunto di base, tanto semplice quanto poco praticato.

Il risultato più visibile e importante del «fareassieme» sono gli utenti familiari esperti (UFE).

40 UFE lavorano «dentro» il sistema, in tutte le aree del servizio, fornendo a fianco dei professionisti delle prestazioni riconosciute e monetizzate dall'azienda sanitaria. In quanto pari, gli UFE offrono agli utenti e ai familiari in carico la loro esperienza, un modello di cura positivo, vicinanza emotiva, fiducia e speranza; migliorano il clima e l'adesione ai trattamenti.

Gli UFE si stanno diffondendo in molte regioni italiane, anche grazie a un progetto promosso da Agenas e sostenuto dal Ministero della salute e in alcuni paesi esteri.



VIAGGIO COAST TO COAST DELLA SALUTE MENTALE

processo di *recovery* può avvenire in ogni luogo ed è importante lavorare per concretizzare al meglio questa buona pratica.

New Haven apre la seconda settimana con l'Errera Community Center, centro di supporto per i veterani. Numerosi i *peer support* che affianchiamo nella loro quotidianità lavorativa con visite domiciliari a casa di alcuni veterani, partecipando a gruppi terapeutici o di risocializzazione.

Pomeriggio alla prestigiosa Università di Yale, in una sede dedicata allo sviluppo di un programma specifico per il coinvolgimento di utenti e familiari nelle pratiche di sostegno. Lasciamo la struttura molto più ricchi e carichi - ha aiutato anche il lauto buffet di dolci - e partiamo sotto un diluvio universale alla volta di Philadelphia.

Due giorni in questa affascinante città con un primo appuntamento al Veterans Affairs Medical Center. Nel corso dell'incontro, l'interesse si concentra prevalentemente sul coinvolgimento delle famiglie: come fare per creare una collaborazione continua? A seguire, un evento di formazione continua della scuola di medicina dell'Università della Pennsylvania con tanti giovani di ottima volontà. Giornata seguente alla Temple University, Dipartimento di scienze della riabilitazione. Una sede autorevole per la ricerca sui *peer support* e sull'*empowerment*, grazie ai numerosi studi condotti da Mark Sulzer. Lasciamo Philadelphia per la VA di Pittsburgh, ultima tappa di questa seconda settimana. Qui incontriamo Matt Chinman, ricercatore che ha spianato la strada all'organizzazione di questo nostro viaggio. I tempi sono serrati: d'altronde siamo in ambito militare.

Esempio unico negli States, un programma intensivo per combattere il fenomeno dei senza fissa dimora nei reduci, in linea con una recente legge nazionale promossa da Obama. Decisamente le guerre non finiscono mai di costare!

Longmont, vicino a Denver in Colorado, inaugura il «tragico» lunedì mattina della terza settimana. Siamo stanchi per aver attraversato mezza America in 2 giorni e anche abbastanza influenzati (la nostra macchina ormai è un covò di germi). L'incontro è al Mental Health Partners Journeys, servizio di salute mentale pubblico. Ci confrontiamo sull'esperienza di sensibilizzazione nelle scuole e sulle tante differenze tra il modello di *welfare* italiano e il sistema mutualistico americano.

Chiude la nostra traversata Los Angeles, dopo aver visto di corsa Monument Valley, il Grand Canyon e Las Vegas. Un incontro al Department of Mental Health, presenti i rappresentanti di tutti i servizi della Los Angeles County. Il nostro approccio è definito «semplice e altamente flessibile» e proprio per questo motivo l'interesse suscitato è alto. Da qui una bella discussione corale per poter comprendere come trasferire l'esperienza trentina nei loro servizi.

Ormai la nostra avventura americana è al capolinea. Il bilancio di quest'esperienza è sicuramente positivo: torniamo a casa con un bagaglio ricco di contatti utili per il futuro, scambi esperienziali importanti, idee e suggestioni che potremo «importare» nel nostro servizio. E nel cassetto abbiamo già qualche altro straordinario evento in qualche parte del mondo. Il sistema americano ci ha mostrato alcune eccellenze, che nella realtà italiana sono lontane ancora anni luce. Nonostante ciò,



Calda accoglienza per gli UFE e i rappresentanti del 'fareassieme' trentino a Montpelier in Vermont

Gli **eventi** extra-ordinari del «**FareAssieme**»



2006

Oceano dentro

In barca a vela
attraverso l'Atlantico

10 uomini e donne inseguono un sogno: dimostrare che anche un equipaggio del Servizio di salute mentale di Trento può arrivare fino alla fine del mondo. Un viaggio da matti nell'oceano che è davanti a noi, ma anche dentro ciascuno di noi.

2007

Quel treno speciale per Pechino

208 utenti, familiari, operatori, cittadini attivi, appartenenti ai mondi della salute mentale, provenienti da tutta Italia, assieme da Venezia a Pechino in un viaggio indimenticabile, per contrastare lo stigma e il pregiudizio verso la malattia mentale.

2009-2010

Fareassieme la nostra scuola a Muyeye

Un ramo di follia fa più bello
l'albero della vita.

Una scuola professionale gratuita e aperta a tutti. In 500 a costruirla a Muyeye, un villaggio poverissimo del Kenya. Il mondo della salute mentale dà il suo contributo per rendere il pianeta più vivibile e giusto.

2011

UFE & CTC Da New York a Los Angeles il coast to coast più pazzo della storia

Invitati da prestigiose università e centri di ricerca americani, gli UFE e il fareassieme della salute mentale trentino attraversano gli States per raccontare la loro esperienza, per seguire l'emozione che fu di tanti e per vivere momenti unici di protagonismo.





VIAGGIO COAST TO COAST DELLA SALUTE MENTALE

la percezione è che quando alla persona occorrono servizi integrati e garantiti nel tempo, a fronte di bisogni complessi come quelli legati alla malattia mentale, la sanità americana, e la psichiatria in particolare, è carente e il nostro *welfare*, laddove funziona, sicuramente tiene botta più che bene. Il mondo universitario ci ha colpito per la ricchezza di ricerche sul protagonismo di utenti e familiari. Sicuramente più che da noi. Anche se il loro trasferirsi alla pratica dei servizi è altra cosa. Un discorso a parte merita la Veterans Administration. Una realtà totalmente inimmaginabile in Italia e che sicuramente ha costruito un suo modello dove il supporto tra pari è fortissimo, e perciò la nostra esperienza gioca in casa. Unico aspetto discutibile è una certa separatezza in cui il mondo dei Veterans, vive con il rischio di diventare una risorsa alternativa ai servizi e non integrata negli stessi, andando a rafforzare la frammentazione tipica del sistema USA. Insomma, l'inte-

resse all'approccio del «fareassieme» è stato forte, sia per la sua capacità di fare sistema e integrazione sia per la presenza di questi strani personaggi che sono gli UFE, che dappertutto hanno suscitato grande commozione e consenso. E non da ultimo la coralità che è sempre emersa dai racconti, tutti ugualmente importanti, dei 13 trentini che in tutti gli eventi hanno detto la loro. Una bella dimostrazione di «fareassieme». La voglia che abbiamo colto negli amici americani, forti del loro sano pragmatismo, è di prendere tanti aspetti del nostro modello per arricchire un sistema che sicuramente appare in affanno. La nostra esperienza è stata vista come un esempio «semplice, radicale ed efficace», dove la difficile sfida della collaborazione tra professionisti e utenti, fondamentale per garantire qualità ai servizi sanitari, è stata toccata con mano. E a noi questo riconoscimento, inutile negarlo, ha fatto molto piacere. Goodbye, America!

UFE e 'fareassieme' ospiti a Philadelphia della Veteran Administration, i nostri 'cugini' americani



I partecipanti al viaggio

Kathleen Bertotti, la nostra donna delle pubbliche relazioni: è stata lei a prendere numerosi contatti e a organizzare il viaggio.

Mirella Gretter e Maurizio Capitanio: i nostri UFE, le nostre superstar.

Pier Gianni Burreddu: UFE, cantante e genio spericolato.

Renzo De Stefani: responsabile del Servizio di salute mentale di Trento, e venditore ufficiale degli UFE.

Guido Sontacchi: cittadino attivo, il «re del catering», attività d'inserimento lavorativo per persone con disagio.

Mario Stolf: cittadino attivo, soprannominato «Hakuna matata man» per aver seguito il progetto di costruzione della «nostra» scuola a Muyeye.

Stefania Arici e Luana Di Gregorio: le nostre «pazze» operatrici del Servizio di salute mentale.

Dennis Pisetta e Sara Maino: filmmaker, per noi tutti «i Fellini sons».

Roberto Cuni: coordinatore degli UFE, uomo dal senso pratico che soffre di vuoti di memoria.

Emanuele Torri: l'unico uomo serio di tutto il gruppo. Lui viene da un altro pianeta, ET (come le sue iniziali).

Stefania Bazzanella e Laura Ciurletti: studentesse rispettivamente del corso di laurea in tecnica della riabilitazione psichiatrica e dell'istituto «Rosmini» di Trento, il nostro dolce futuro.

BIOSIMILARI: LA NUOVA FRONTIERA DELLA TERAPIA TRA RISPARMIO E SICUREZZA

Orazio Caffo

Unità operativa di oncologia medica, ospedale di Trento

Il 7 ottobre scorso si è svolto il quinto seminario annuale della Commissione terapeutica aziendale, che ha avuto come tema «Il punto sui biosimilari», allo scopo di approfondire un tema di estrema attualità per le problematiche che l'uso dei farmaci biosimilari ha aperto in questi anni.

Da diversi anni farmaci cosiddetti «biologici» (anticorpi monoclonali, proteine, ecc.) sono utilizzati comunemente in diversi campi della medicina (oncologia, reumatologia, nefrologia). Al contrario degli altri farmaci che sono il frutto di una sintesi chimica di laboratorio, la maggior parte dei farmaci biologici sono proteine altamente complesse che vengono prodotte in sistemi viventi.

Alla scadenza del brevetto, per i farmaci biologici si è aperta la possibilità di produrre delle molecole «simili» (da qui la denominazione di biosimilari), che possano avere dei costi di molto inferiori, in maniera analoga a quello che è già successo per i farmaci di sintesi chimica con l'uso dei farmaci «generici». Tuttavia, proprio le modalità di produzione che stanno dietro a questi due tipi di farmaci determinano una differenza significativa: i generici sono una copia esatta del prodotto originale, mentre i biosimilari sono una riproduzione: simili, ma non uguali. La complessità del sistema biologico in cui viene prodotto un farmaco biologico è tale che ogni minima variazione nelle procedure di sviluppo potrebbe modificare il prodotto finale. Per questo motivo, l'EMA (Agenzia europea per i farmaci) ha sviluppato nel tempo delle linee guida, che regolano le procedure di sintesi di un biosimilare, e delle



regole per valutare se esso ha lo stesso profilo di efficacia e sicurezza rispetto al farmaco di riferimento (*originator*).

Fino a questo momento, sono stati prodotti e immessi in commercio i biosimilari dell'ormone della crescita e dei fattori di crescita midollare (questi ultimi utilizzati in nefrologia e in campo oncoematologico). Essi sono stati testati con studi di farmacocinetica e farmacodinamica e studi clinici su pazienti e il loro utilizzo nella pratica clinica ha dimostrato un profilo di sicurezza del tutto sovrapponibile a quello dei farmaci *originator*. Dopo che l'EMA e l'AIFA avevano approvato il loro uso, i biosimilari disponibili sono stati introdotti nella pratica clinica anche nella nostra realtà, confermando la sicurezza per i pazienti e comportando un risparmio economico dell'ordine delle centinaia di migliaia di euro l'anno.

La vera sfida si aprirà nei prossimi anni quando, per la scadenza del brevetto, ci sarà la possibilità di produrre biosimilari anche per alcuni anticorpi monoclonali che hanno costi molto elevati e sono am-

piamente usati in campo oncoematologico e in campo reumatologico. Rispetto ai biosimilari finora prodotti, gli anticorpi monoclonali hanno una struttura molto più complessa, caratterizzata da diversi «ripiegamenti» e da combinazioni stabili di strutture contigue: da ciò deriva che una minima variazione di questo sistema può riflettersi sull'efficacia, sulla durata d'azione e sugli effetti collaterali del biosimilare. Proprio per questo motivo, l'EMA ha recentemente emanato linee guida specifiche per lo sviluppo di anticorpi monoclonali biosimilari, in cui vengono richieste delle sperimentazioni cliniche su pazienti simili a quelle che hanno portato all'approvazione del farmaco *originator*.

I biosimilari rappresentano un filone di sviluppo farmacologico che, con un rigido rispetto delle linee guida di sviluppo, rende disponibili dei farmaci che da una parte possono essere utilizzati dai pazienti senza rischi e dall'altra consente una riallocazione di risorse grazie a un risparmio economico non indifferente.

BIOETICA IN EMERGENZA 2

Edoardo Geat

dipartimento di anestesia e rianimazione



L'attesa sessione sulla bioetica in emergenza, nell'ambito del congresso nazionale HEMS (elisoccorso) tenuto a Riva del Garda lo scorso settembre, non ha deluso: da un lato sono state date chiare risposte ad alcuni fondamentali quesiti, dall'altro sono stati forniti stimolanti punti di riflessione.

Paolo Rosi, direttore del SUEM (**Servizio urgenze ed emergenze mediche**) di Treviso, ha ricordato che c'è un'aspettativa, quasi una pretesa diffusa, che tutti i pazienti in arresto cardiaco siano rianimati: tuttavia non bisogna dimenticare che la morte è un evento biologico che non è possibile né conveniente differire all'infinito. Qual è il compito del medico? Cercare di prolungare la vita, ma non prolungare inutilmente il processo del morire. Il medico di emergenza, se ha potuto raccogliere sufficienti informazioni cliniche, deve decidere se iniziare o meno la rianimazione, se intubare o meno il paziente. Se non ha queste informazioni deve comportarsi come se il paziente avesse aspettative di recupero. L'eventuale decisione di sospendere (*withdrawal*) trattamenti come la ventilazione, o di non intraprendere (*withholding*), altri trattamenti necessari sarà presa in ospedale dopo aver acquisito tutte le informazioni necessarie per formulare una prognosi sulla possibile durata di vita residua, sulla qualità di questa vita e sulla volontà del paziente, se espressa in precedenza. Il giudice Carlo Ancona ha illustrato con alcuni esempi la complessità del problema giuridico: ne è emerso un quadro incerto, in cui resta elevata la discrezionalità dei magistrati che in situazioni simili assumono tuttora decisioni discrepanti

tra loro: emerge tuttavia, rispetto al passato, una minore tendenza a imputare la colpa grave ai medici e agli operatori sanitari. Assumono sempre più importanza il rispetto della volontà del paziente e la completezza e trasparenza della documentazione clinica.

Lo psicologo Massimo Monti ha illustrato, riportando numerosi dati di studi clinici ed efficaci esempi, le difficoltà di comunicazione che esistono tra medici e pazienti: lo spazio dedicato all'informazione del paziente è ancora oggi assai limitato, il linguaggio usato troppo tecnico, persiste l'atteggiamento paternalistico in cui il medico parla poco, ma ascolta ancora meno. I medici non si rendono conto che durante il breve colloquio concesso ai familiari, o al paziente se cosciente, solo il 10% di quanto viene detto è effettivamente compreso. Non si considera, infine, che la comunicazione non verbale incide fino all'80-90%, specie nel primo contatto con le persone. Siamo ancora molto lontani da una comunicazione efficace, intesa nel senso etimologico della parola (mettere in comune). *Last but not least*, Gianni Tognoni, direttore del Negri Sud, statistico epidemiologo e uno dei guru della ricerca in Italia (presiede anche il Comitato per le sperimentazioni cliniche dell'APSS), ha lanciato una provocazione: quanti degli interventi sanitari che tutti giorni facciamo sono supportati da dati di efficacia? Conosciamo l'*outcome* dei pazienti rianimati? La qualità di vita? Non disponiamo nemmeno di dati quantitativi certi circa l'esito, in termini di sopravvivenza e qualità di vita, di certi interventi chirurgici effettuati per neoplasie molto aggressive. C'è bisogno di misurare ciò che faccia-

mo, di rendere pubblici e confrontare i nostri dati, di agire in modo coordinato e uniforme.

Un paio di considerazioni conclusive: si è recentemente concluso a Levico Terme la XIV Conferenza nazionale HPH (*Health Promoting Hospitals*), che a mio parere ha fondamentali implicazioni bioetiche. Un relatore ha riassunto in una domanda il problema di fondo della promozione della salute: **quante vite salviamo?** Potremmo aggiungere: tutto quello che facciamo è davvero utile, è davvero il modo migliore di spendere le risorse, che sono per definizione limitate? Il valore in termini di salute di ogni euro o dollaro speso è il massimo ottenibile? Per rispondere alle domande dobbiamo affrontare il problema con gli stessi metodi proposti dalla bioetica: misurare ciò che si fa, agire in rete, confrontare e condividere dati, metodi, organizzazione, conoscenze.

È di moda lo slogan «mettere il paziente al centro». Se il paziente è davvero al centro, è lui a decidere della sua salute, deve poter accettare o rifiutare un intervento (per esempio la ventilazione) che ha pesanti ripercussioni sulla qualità di vita. Per decidere liberamente deve sapere di cosa stiamo parlando, deve avere un quadro completo della situazione, adattato al contesto locale. Quindi, dobbiamo da un lato migliorare la comunicazione, dall'altro avere a disposizione, e trasmettere ai pazienti e familiari, i dati quantitativi di sopravvivenza, qualità di vita, complicanze della nostra attività, confrontata con quella delle altre strutture sanitarie equivalenti a livello almeno nazionale.

TRENTINO BIOBANK: UNA RISORSA PER LA SALUTE E PER LA RICERCA SCIENTIFICA

Mattia Barbareschi, Paolo Dalla Palma

Unità operativa di anatomia patologica, ospedale di Trento

Nel giugno 2008 è stato avviato nell'Unità operativa di anatomia patologica dell'ospedale di Trento il progetto «Trentino Biobank» (TBB).

Trentino Biobank è una struttura organizzativa volta alla raccolta e conservazione di materiali biologici umani a scopo di ricerca. Il progetto è stato avviato grazie al contributo della Provincia autonoma di Trento tramite l'APSS e della Fondazione Cassa di risparmio di Trento e Rovereto.

Lo scopo principale di Trentino Bio-bank è di fornire al mondo scientifico materiali biologici umani su cui poter compiere ricerche volte alla conoscenza e alla cura delle malattie, e in particolare dei tumori. È ormai ben noto infatti che la ricerca

medica compie costantemente grandi passi avanti verso una migliore diagnosi e cura delle malattie soprattutto grazie alle nuove e sempre più avanzate tecnologie che permettono di studiarne i dettagli molecolari. Per raggiungere tali obiettivi è indispensabile avere a disposizione campioni biologici provenienti da pazienti affetti da queste patologie.

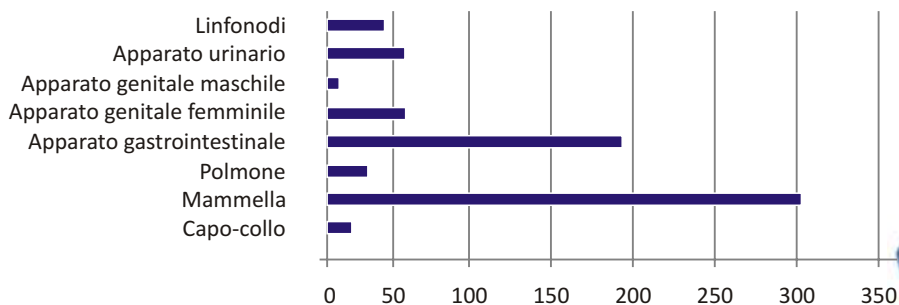
Nell'Unità operativa di anatomia patologica dell'ospedale di Trento pervengono quotidianamente numerosi i campioni chirurgici asportati a fini diagnostici e di cura per essere sottoposti ad analisi istologica. Per i ricercatori che studiano i meccanismi di molte delle patologie, tali biomateriali rappresentano una miniera di informazioni di notevole interesse scientifico. Trentino Biobank si propone,

con il consenso dei pazienti, di raccogliere e conservare parte di tali materiali, ridondanti ai fini di diagnosi e cura, corredati di tutti i dati clinici rilevanti. I pazienti che intendono conferire a Trentino Biobank i propri tessuti, nonché i loro dati sanitari, vengono informati sulle finalità del progetto da personale dedicato, che consegna loro un opuscolo informativo e sottopone loro un apposito modulo di consenso informato. Tale procedura consente una reale informazione dei pazienti, a cui vengono ampiamente spiegate le motivazioni del progetto e vengono richieste non solo la disponibilità a conferire tessuti e dati, ma anche una serie di specifiche autorizzazioni (o restrizioni) sul loro uso.

Trentino Biobank ha predisposto tutte le

BIOMATERIALI TUMORALI RACCOLTI DALL'INIZIO DELLE ATTIVITÀ DI PROGETTO (GIUGNO 2009) A NOVEMBRE 2011.

CASISTICHE MATERIALI DISPONIBILI		
TESSUTO	PAZIENTI	PAZIENTI FOLLOW UP
Capo-Collo	18	18
Mammella	301	279
Polmone	27	24
Apparato gastrointestinale	190	166
Apparato genitale femminile	50	32
Apparato genitale maschile	9	2
Apparato urinario	52	12
Linfonodi	39	10





misure idonee ad assicurare il rispetto della privacy dei pazienti, nel rispetto delle norme vigenti. I ricercatori che studieranno i materiali custoditi in Trentino Biobank potranno agire solo con l'approvazione e la supervisione di un comitato etico e i campioni e i dati forniti loro saranno contraddistinti unicamente da un codice anonimizzato che impedisce qualsiasi possibilità di associare i dati delle indagini scientifiche all'identità dei donatori.

Tutti gli aspetti giuridici sono stati valutati grazie alla stretta collaborazione con il professor Giovanni Pascuzzi, il professor Umberto Izzo e il dottor Matteo Macilotti del Dipartimento di scienze giuridiche dell'Università di Trento. Il progetto è stato inoltre sottoposto alla valutazione del Comitato di bioetica della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, il cui apporto è stato determinante per poter identificare le migliori procedure etico-giuridiche. TBB si avvale di un comitato scientifico e collabora con il comitato etico per la sperimentazione clinica della azienda sanitaria.

Dall'inizio della attività nel marzo 2009 sono stati raccolti circa 3500 biomateriali di oltre 800 pazienti, grazie alla collaborazione sia dei sanitari della Unità operativa di anatomia patologica sia dei vari reparti chirurgici dell'ospedale S. Chiara. Tutti i pazienti contattati hanno favorevolmente aderito al progetto, sottolineando la grande accettazione da parte della comunità di questo innovativo strumento per la ricerca biomedica. Grazie alla collaborazione con l'Unità operativa di oncologia medica, è inoltre possibile disporre per questi pazienti di tutte le informazioni rilevanti di terapia e decorso

della malattia. TBB ha una struttura organizzativa interna costituita da un responsabile che coordina l'intera attività, da un responsabile tecnico che gestisce le problematiche relative conservazione e alla gestione del biomateriale e da un responsabile della qualità che gestisce le relazioni con i pazienti, elabora e aggiorna le procedure operative e coordina i controlli di qualità. TBB è dotata di un software di gestione che permette di integrare i dati patologici con i dati clinici garantendo la totale privacy del paziente donatore. TBB dispone anche di un sito web (www.tissuebank.it) che si propone di diffondere la conoscenza del progetto sia presso la comunità scientifica che presso la popolazione.

TBB è in contatto con le principali biobanche nazionali ed europee in un'ottica di rete, per poter condividere informazioni e conoscenze. Inoltre è già avviata una stretta collaborazione con il Centro di biologia integrata dell'Università di Trento al fine di utilizzare i biomateriali raccolti da TBB in futuri progetti di ricerca. Alcuni di tali progetti, in collaborazione con il gruppo della dottoressa Michela Denti, hanno già permesso di raggiungere rilevanti risultati scientifici, recentemente pubblicati sull'*American Journal of Surgical Pathology* e *American Journal of Surgical Pathology*.

Trentino Biobank, dati i propri elevati standard qualitativi, è stata segnalata come uno dei progetti pilota a livello nazionale dal Comitato nazionale di bioetica e dal Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita presso il Consiglio dei ministri. Inoltre l'esperienza maturata in tale progetto potrà essere la base per una nuova rego-

lamentazione delle Biobanche a livello nazionale, in quanto, su indicazione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali della Provincia autonoma di Trento, è stato appositamente costituito un gruppo tecnico di studio presso la Commissione salute della Conferenza stato regioni a cui Trentino Biobank partecipa attivamente con un ruolo di primissimo piano. Grazie al crescente interesse mostrato dalla collettività scientifica e alla grande sensibilità dei cittadini trentini che ben accolgono l'iniziativa, TBB ha tutti gli strumenti necessari per ambire a diventare uno strumento di promozione della ricerca a livello non solo locale e nazionale ma anche europeo.

Risposte dei **pazienti** alla richiesta di donazione dei propri biomateriali

Riportiamo alcune affermazioni paradigmatiche dell'atteggiamento dei pazienti nei riguardi della donazione di biomateriali a Trentino Biobank.

Uomo adulto affetto da linfoma: «Donare i biomateriali per il progetto per me è una forma di volontariato sociale».

Donna affetta da carcinoma mammario: «Sono sempre stata favorevole alle iniziative di sostegno alla ricerca: ora dare i miei materiali e dati a questo progetto mi fa piacere, anche perché mi fa sentire partecipe di qualcosa di importante per il futuro della ricerca medica».

Donna con carcinoma pancreatico: «Donare i miei tessuti è una piccola, ma importante fonte di sollievo. Forse le mie sofferenze potranno essere di aiuto ad altri pazienti».



ANCORA SULLE SCELTE PERSONALI NEL FINE VITA

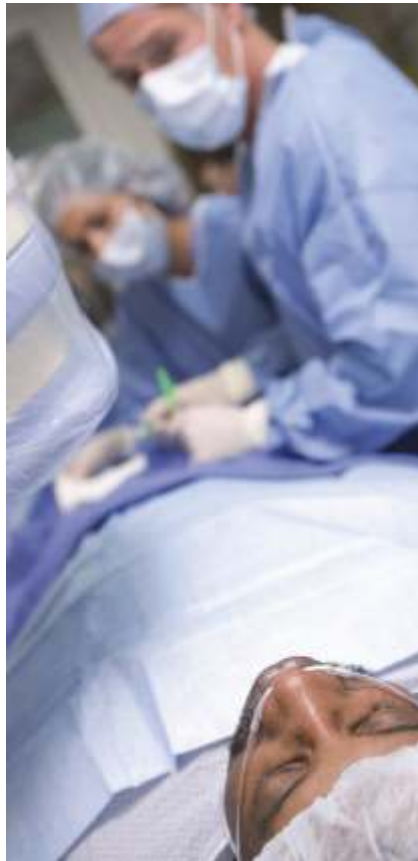
Fabio Cembrani

Unità operativa di medicina legale

Esiste un primo problema che s'incontra quando si affrontano i problemi delle scelte personali (autodeterminazione) nel fine vita: si è costretti, infatti, ad affrontare umanamente il tema della morte senza derive eutanasiche per recuperare il significato più autentico della vita e dar senso alla nostra umana esistenza.

La nostra epoca *post secolare* ha rimosso l'idea di finitezza della vita e l'idea profonda nel pensiero - non solo stoico - dell'ineluttabilità della morte: lo ha fatto dando grande enfasi alle straordinarie possibilità delle tecniche rianimatorie, che hanno alterato i normali ritmi della vita biologica, spettacolarizzando l'evento morte ripreso spesso in diretta ma, al contempo, rinnegandola e relegandola su un piano astratto che lascia poco spazio alla riflessione che ciascuno di noi, responsabilmente, non può non fare per cogliere il significato più autentico della nostra vicenda umana e dare un vero senso alla dimensione del tempo. La morte è così divenuta uno dei più evidenti paradossi del vivere moderno, essendo stata collocata in un contesto di spettacolarità pubblica in cui l'evento morte (quella degli altri) vissuto in telecronaca diretta finisce per fare da schermo alla nostra angoscia di considerarla parte integrante della vita e una realtà con cui ciascuno di noi deve, di necessità, confrontarsi.

Ma un altro problema adombra la dialettica, quando si affrontano i problemi delle scelte personali nel fine vita, focalizzando l'attenzione sui diritti inviolabili della persona umana garantiti dalla Carta



costituzionale: c'è il rischio di essere, infatti, accusati di fare politica (come è accaduto anche a me) e di farlo con un relativismo che invade uno spazio non già pubblico ma riservato. È un rischio che esiste, davvero reale e ne sono consapevole come consapevole sono della circostanza che le nostre convinzioni hanno spesso bisogno di ombra e di protezione perché, come diceva Hanna Arendt, una volta esposte pubblicamente sono oggetto di sospetto più che di comprensione.

Ciò nonostante provo, ancora una volta, a rendere pubblico il mio pensiero, con il solo obiettivo di stimolare la riflessione provando a (de)condizionarla da quell'uso retorico e strumentale delle parole spesso utilizzate per condizionare (e orientare) le nostre personali convinzioni. Cercherò di farlo senza pregiudiziali ideologiche e senza ipocrisie, collocandomi all'interno della fitta trama di relazioni che vanno ricercate tra le regole giuridiche, i principi e i valori che ispirano la relazione di cura.

Penso a questa come a un nucleo forte di relazioni, non solo tecnico professionali, ma soprattutto etiche e civili, e la rappresento, metaforicamente, in un difficile crocevia in cui si incontrano, con la forza e il coraggio della solidarietà, l'autonomia e la responsabilità della persona e quelle del medico (e degli altri professionisti della salute), che costituiscono gli assi portanti all'interno dei quali si muove l'alleanza terapeutica: termine abusato, ma che va inteso come «il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto decide» sia nelle situazioni ordinarie sia in quelle situazioni di cura davvero difficili che affrontano malattie a prognosi infausta, quando la persona non è più in grado di esprimere la sua volontà e in cui la medesima viene ad assumere uno straordinario significato stante la sua particolare vulnerabilità.

La relazione di cura è oggi in crisi: lo è a causa di molte forze vettoriali, che la espropriano di quelle caratteristiche umane e professionali che le sono proprie; lo è per la perdita di valori tipica della socie-



ANCORA SULLE SCELTE PERSONALI NEL FINE VITA

tà moderna; lo è per la disumanizzazione della medicina tecnologica moderna; lo è anche per le nostre personali responsabilità; ma lo è anche a causa dell'inesorabile espansione della norma giuridica in un territorio in cui, per millenni, le obbligazioni sono state fondate su assunti di natura prioritariamente morale all'interno di una trama di relazioni di natura fiduciaria.

Questo processo - univocamente qualificato (almeno nel nostro paese) con il termine di « giuridizzazione della medicina » - e le sue evidenti derive sono sostenuti da una prorompente forza vettoriale: lo sconfinamento della norma giuridica nel rapporto di cura che finisce con l'erosione gradualmente i diritti inviolabili (o fondamentali) della persona garantiti dalla nostra Carta costituzionale (artt. 2, 3, 13 e 32) e a ridimensionare, parallelamente, la responsabilità statutaria della medicina sempre più assoggettata a pregiudiziali impennate sulla difesa a oltranza di alcuni «valori».

Se volessimo ricondurre l'odierno dibattito bioetico oggi in corso nel nostro paese sul tema, non solo del fine vita, a un unico indicatore dovremmo identificarlo nell'esistenza di un'inconciliabile frattura tra chi ritiene che la vita è un valore da difendere sempre e comunque (gli aggettivi «sacra» e «indisponibile» ne sono il corollario) e tra chi ritiene, al contrario, che la vita è un diritto parzialmente disponibile, nella misura in cui ogni persona umana è libera di costruirla, di modularla e di orientarla in relazione alla propria personalità, alle proprie convinzioni (moralì, religiose, filosofiche e politiche),

alla propria idea di dignità e - perché no? - anche al ricordo che ciascuno di noi desidera lasciare dopo la propria morte.

Se si guarda agli 8 articoli in cui si compone il testo del Ddl recante «Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento» approvato, con modifiche, dalla Camera il 12 luglio 2011, quest'ampia frattura risulta netta e inconciliabile.

Il Ddl afferma, infatti:

- che la vita umana è sacra, inviolabile e, pertanto, indisponibile;
- che al medico è pertanto riservata una posizione assoluta di garanzia finalizzata alla tutela a oltranza della vita biologica nella sua assoluta inviolabilità e indisponibilità;
- che le dichiarazioni anticipate di trattamento si applicano nel solo caso in cui la persona si trovi in stato di incapacità permanente di prendere una decisione per l'assenza di attività cerebrale integrativa cortico sottocorticale accertata da un collegio composto da 4 medici di discipline diverse (art. 3, comma 5);
- che le medesime perdono la loro efficacia in condizione di urgenza e/o quando la persona si trovi in pericolo di vita immediato (art. 4, comma 5);
- che tali dichiarazioni non hanno carattere vincolante ma solo orientativo;
- che nutrizione e idratazione artificiali non possono costituire oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

Molte sono le storture semantiche e le alchimie concettuali contenute nel Ddl approvato dalla Camera dei deputati che, probabilmente, segna una ulteriore





retrocessione rispetto al testo licenziato, nel 2009, dal Senato della Repubblica. Preoccupa, innanzitutto, l'uso limitativo del termine «salute», che è intesa in una sola dimensione: quella riconducibile all'integrità fisica della persona e di cui viene negata, riconoscendone l'invulnerabilità e l'indisponibilità, la strumentalità nello sviluppo armonico della personalità umana. Si tratta di una previsione del tutto incoerente con i principi costituzionali (proprio degli artt. 2, 13 e 32 che sono, inopportuno, richiamati come la cornice entro la quale si muove l'articolato) risultando, al contempo, sintonica con quello spinto vitalismo che riconosce nella vita biologica il valore assoluto da difendere - costi quel che costi - dall'assalto di chi fonda le sue ragioni sulla difesa del più autentico significato biografico che non rinnega, di certo, il bene della vita cercando, invece, di coniugarlo con i valori di riferimento, con gli aspetti interiori propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza e, dunque, con quella che è, in una parola, definita la sua vita biografica.

La salute non risulta, in questa dimensione, un diritto inviolabile e uno strumento di sviluppo della personalità umana, come realizzano gli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, ma un bene preformato dal legislatore che deve essere comunque difeso per ragioni (ed interessi) di ordine pubblico che finiscono con l'interferire la volontà della persona e la sua idea di dignità. Riconoscendo sì che il consenso informato realizza, in astratto, l'alleanza terapeutica per poi, di fatto, affermare che l'urgenza, l'evento acuto e il pericolo di vita motivano, di per sé,

l'interventismo del medico che ricopre, dunque, una posizione di garanzia assoluta (e illimitata) nei confronti della vita, non interferita dalla volontà della persona anche a fronte di un rifiuto espresso, anticipatamente o nell'attualità, in modo libero e consapevole. L'idea di una posizione assoluta di garanzia del medico nei confronti della vita biologica e l'idea di una salute depauperata dei suoi più rilevanti attributi connotativi sono, dunque, i perni su cui ruota il disegno di legge non coerenti con il dettato costituzionale. La nostra Carta costituzionale non stabilisce, infatti, un obbligo generale di curarsi (ma il diritto di essere curati) né, tanto meno, un dovere assoluto di cura da parte del medico; e in tale direzione convergono, pure, specularmente sia la Convenzione di Oviedo approvata il 4 aprile 1997 e «quasi ratificata» con legge 28 marzo 2001, n. 145 (Art. 5: «Qualsiasi intervento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle conseguenze e ai suoi rischi. La persona interessata può liberamente ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento») che la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. II-63: «1. Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. 2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge; b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo



ANCORA SULLE SCELTE PERSONALI NEL FINE VITA

la selezione delle persone; c) il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro; d) il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani»).

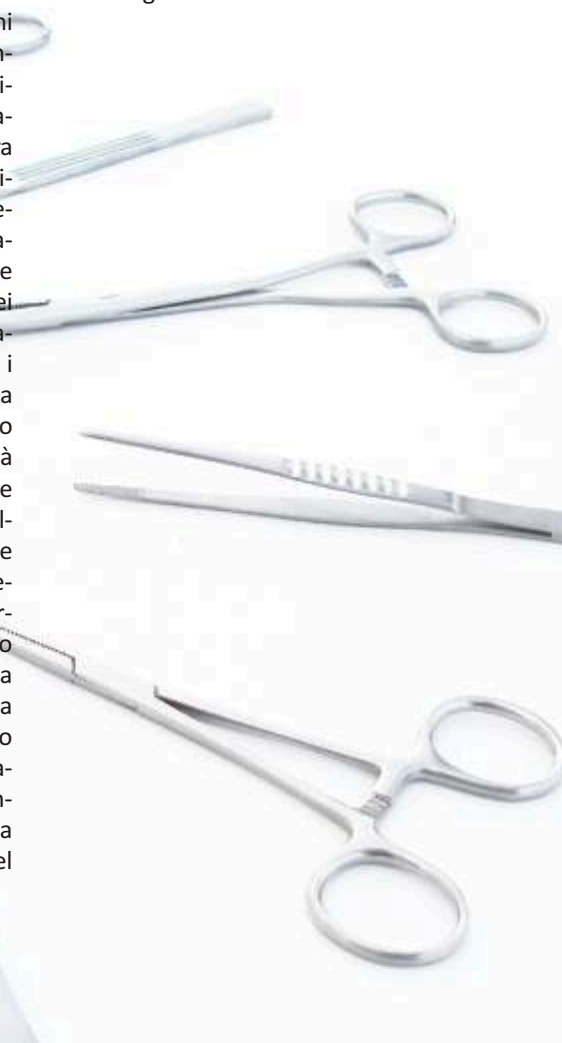
Nel nostro ordinamento giuridico la salute è, dunque, un diritto «fondamentale» (art. 32, comma 2, della Costituzione) che, come tale, è insito tra i diritti inviolabili che non possono non predicarsi della persona umana in quanto nell'idea stessa di persona sono iscritti e di quella idea ne costituiscono connotati imprescindibili; come tale la tutela costituzionale della salute si collega da un lato con la tutela generale della personalità (art. 2) e con i diritti fondamentali di eguaglianza e dignità (art. 3) nonché di libertà (art. 13), dall'altro con le norme a garanzia delle espressioni sociali della persona nella famiglia, nel lavoro e nella società in genere.

Smarrimento desta, infine, l'affermazione contenuta nel Ddl che le misure di sostegno vitale, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle alla persona, sono fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino al termine della vita e che le stesse non possono essere pertanto oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento; si tratta di un'affermazione errata perché idratazione e alimentazione forzata non possono essere considerati mezzi di natura palliativa idonei ad alleviare le sofferenze della persona, perché le medesime non sono certamente di natura fisiologica comportando interventi medici spesso di tipo cruento e una complessa gestione assistenziale della persona finalizzata al bilancio nutrizionale e alla prevenzione delle infezioni e perché tali misure (di

rango certamente terapeutico come unanimemente sostenuto a livello internazionale) non possono essere comunque imposte alla persona che li rifiuta né possono essere continuati all'infinito quando essi realizzano forme di accanimento terapeutico come del tutto correttamente rileva lo stesso art. 39 del Codice di deontologia medica («[...] In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico»).

Il disegno di legge recante «Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento» approvato dalla Camera dei deputati il 12 luglio 2011 e ora all'esame del Senato testimonia un pericoloso arretramento rispetto alle norme-principio iscritte nella Carta costituzionale e segna non solo la (ri)appropriazione (autoritaria), da parte dello Stato, dei diritti fondamentali di ogni persona umana e sulla quale tanto hanno insistito i nostri padri costituenti perché alimenta un pericoloso disequilibrio tra un senso civico profondamente ispirato alla laicità dello Stato e il desiderio di restaurare uno Stato di diritto fortemente modellato sui valori da difendere a tutti i costi e con tutti i mezzi. Il giudizio di questo disegno di legge è, pertanto, negativo: perché annienta la persona umana, il suo vissuto, i suoi valori di riferimento e la sua idea di dignità (in una parola la sua vita biografica) in vista di un sommo quanto astratto vantaggio, autoritariamente imposto a vantaggio non si comprende bene di chi e perché sprofonda la professione medica all'interno di quel

modello paternalistico che non è certo sintonico con quell'alleanza terapeutica di cui si parla, nel disegno di legge, in maniera così roboante fino ad annullarla. Approvare questo disegno di legge significa annientare l'idea di pluralismo e di laicità dello Stato e con ciò la democrazia (che deve essere sempre inclusione e mai esclusione) e un sentire comune, anche cristiano, che fa davvero fatica a ritrovarsi in una visione che gerarchizza la vita rispetto alla responsabilità che ci è stata donata per attraversare una vita buona e giusta.



PROGETTO PNEUMOCOCCO. ESEMPIO DI ALLEANZA TRA OSPEDALE E TERRITORIO



Manuela Spaccini

Servizio igiene pubblica
Distretto centro sud

Mauro Mattarei

Unità operativa di medicina interna
Ospedale «Santa Maria del Carmine» di Rovereto

Le infezioni invasive da pneumococco (IPD) rappresentano un problema di sanità pubblica per la loro diffusione e gravità. La vaccinazione antipneumococcica rappresenta un potente strumento di prevenzione da offrire ai soggetti a rischio.

L'incidenza della malattia invasiva pneumococcica è di 8-34 casi/100.000 abitanti con un incremento fino a 24-85 casi/100.000 abitanti nei soggetti con più di 65 anni; la sua letalità è del 15-20%, che arriva fino al 40% negli anziani. Il 30-50% delle polmoniti di comunità è causato da pneumococco e il 5-20% dei casi di influenza può complicarsi con una polmonite pneumococcica. Le IPD sono associate ad alcuni fattori di rischio legati all'età (bambini <5 anni e soggetti >65 anni) e ad alcune patologie (malattie croniche del cuore, polmone, fegato e rene, diabete mellito, asplenia anatomica o funzionale, anemia falciforme e talassemia, immunodepressione congenita e acquisita).

Esistono due tipi di vaccini contro le IPD: il vaccino coniugato 13 valente, autorizzato per i bambini fino a 5 anni, e il vaccino polisaccaridico 23 valente, autorizzato per i soggetti di età superiore ai 2 anni.

L'offerta attiva del vaccino antipneumococcico ai soggetti a rischio per età rappresenta una strategia consolidata. La vaccinazione è tra quelle proposte in età pediatrica e dal 2003, a partire dai nati nel 1933, viene offerta alle persone di 65 anni di età insieme alla vaccinazione antinfluenzale. Più difficile invece è propor-

re vaccinazione a soggetti a rischio per patologia. Finora la strategia adottata è stata quella di raccomandare la vaccinazione, inviando ai servizi vaccinali i soggetti a rischio di IPD. L'efficacia di questa strategia è difficilmente valutabile, ma in ogni caso il numero dei soggetti a rischio per patologia che si rivolgono ai servizi vaccinali è esiguo.

È nata così l'idea di un'alleanza tra i servizi vaccinali e l'ospedale per sfruttare il momento della dimissione come momento ideale per la proposta della vaccinazione alle persone a rischio. La proposta è venuta dall'Unità operativa di medicina interna dell'Ospedale di Rovereto. Il servizio vaccinale del Distretto centro sud nell'ambito della Vallagarina ha condotto nel febbraio 2011 un incontro informativo con il personale dell'Unità operativa di medicina interna sulla vaccinazione antipneumococcica e ha predisposto il materiale informativo sulla vaccinazione per facilitare il consenso informato. È stata quindi redatta una procedura operativa in collaborazione tra la medicina interna, l'igiene pubblica e la farmacia ospedaliera. In questa prima fase, si è deciso di proporre la vaccinazione ai pazienti ricoverati per scompenso cardiaco e polmonite comunitaria e di valutare l'estensione della procedura ad altri soggetti a rischio dopo un periodo di sperimentazione. Dal febbraio al settembre 2011, sono stati candidati alla vaccinazione 72 soggetti, 9 sono stati esclusi perché già vaccinati, 9 non hanno dato il consenso. Dei 54 vaccinati, il 53,7% era ricoverato per scompenso cardiaco, e il 46,3% per polmoniti comunitarie.



I primi 8 mesi di applicazione della procedura hanno dimostrato come l'alleanza tra ospedale e territorio sia possibile anche in un ambito, come quello vaccinale, tradizionalmente riservato ai servizi territoriali. La proposta della vaccinazione da parte del medico ospedaliero s'inserisce in un percorso terapeutico a cui il paziente è facilitato ad aderire. Questa strategia sembra essere più efficace rispetto a quella convenzionale basata sull'invito a presentarsi dopo la dimissione ai servizi vaccinali. L'esperienza è stata positiva e fa ritenere che si possa ampliare l'offerta della vaccinazione ad altri gruppi a rischio e ad altri servizi ospedalieri.





la ricetta salutare

ROTOLO DI TACCHINO AGLI SPINACI E AI POMODORI

Ingredienti

400 g di fesa di tacchino
400 g di spinaci freschi oppure
200 g di spinaci surgelati
1 uovo
4 pomodori maturi
20 g di olio extravergine d'oliva
rosmarino tritato
sale

Procedimento

Tagliare il petto di tacchino in modo sottile, batterlo bene lasciandolo però tutto intero.

A parte, preparare la farcia con gli spinaci precotti a vapore e passati al robot (cutter) e l'uovo, il sale e il pepe.

Spalmare la farcia dentro il petto e avvolgerlo molto stretto nella carta forno o nella pellicola, legare il tutto molto bene, cuocere a vapore.

A parte, preparare i pomodori. Prima lavarli accuratamente e poi pelarli in acqua bollente, quindi tagliarli a quadretti e condirli con olio extravergine d'oliva.

Servire il rolo a fette con i pomodori tiepidi.

*Ricetta a cura del gruppo aziendale
per il progetto
Laboratori di cucina salutare*

CINEMA E SALUTE

a cura di **Mauro Bertoluzza**

“Nelle malattie mentali la parte primitiva del nostro essere, la parte strisciante, preistorica, viene a galla e così ci troviamo a essere rettili, mammiferi, pesci, ma non più esseri umani”
Alda Merini



Mr. Beaver

Walter Black, padre di famiglia e titolare di una grande azienda di giocattoli, è un uomo affetto da un grave disturbo della personalità. Non riesce più a lavorare, a essere sereno, a compiere normali azioni quotidiane, ma soprattutto non riesce più a essere il buon padre di famiglia di un tempo. Dopo aver abbandonato la propria casa cacciato dalla moglie esasperata dal suo stato, Walter, esasperato e ubriaco, raccoglie da un cassonetto della spazzatura una marionetta a forma di castoro (Mr. Beaver) e, recatosi in albergo, decide di mettere fine alle sue sofferenze. È solo per un meccanismo sofisticato di ribellione degli oggetti che non vi riesce, fino all'intervento della marionetta. Da quel momento Walter non sarà più solo, sotto le cure di Mr. Beaver sarà un uomo nuovo, animato dalla sua stessa mano: il rapporto con il figlio piccolo, in eterna ricerca di un padre assente, si ristabilisce; la moglie, convinta che questa sia una nuova terapia psichiatrica, decide di assecondarlo, gratificata dall'energia rinnovata del marito. Solo il figlio più grande è scettico, come del resto è sempre stato nei confronti del padre e per non rischiare di assomigliargli tiene un elenco di tratti caratteriali paterni da evitare.

Il film affronta un aspetto difficile quanto fondamentale della malattia psichica, rappresentandola nell'ambiente più intimo, la famiglia, e lo fa in modo curioso rendendo protagonista del disturbo che debilita Walter una marionetta dalle sembianze di castoro. Ci aspettiamo un film fantasy, con animali che parlano sullo stile di Walt Disney, invece la marionetta non ha vita propria, è Walter che la anima con la sua voce che cambia improvvisamente, si trasforma da balzubiente e incerta in una voce contratta, decisa, diabolicamente lucida. Il film, coraggioso e di difficile lettura, rimane in bilico tra la commedia brillante e il melodramma familiare. La voce fuori campo che introduce il disturbo psichico di Walter e il ritmo serrato della sceneggiatura ci fanno credere di assistere a un'opera divertente, che scherza su se stessa, in realtà ci fa riflettere su dinamiche familiari complesse e sulla difficoltà di affrontare un disturbo invalidante. I toni della commedia lasciano spazio, nel finale, alla ribellione e quindi alla lotta, anche sanguinosa. La regista mette in scena il totale fallimento di ogni rimedio: Walter

Black è l'esempio di come la terapia possa non essere sufficiente quando il disagio del vivere, o il cervello rotto come lo definisce il figlio piccolo, sono profondamente radicati. Il castoro stesso è un espediente, che funziona solo in parte perché non è socialmente accettabile.

Il finale sembra scivolare nel "...e tutti vissero felici e contenti" e può lasciare una sensazione di incompiutezza, probabilmente la regista ha voluto assecondare la tradizione del lieto fine per rendere meno indigesto il suo film e lo fa rappresentando i protagonisti sulle montagne russe, metafora degli alti e bassi della vita. Ostacoli che sembrano insormontabili, e solo una mano amica, solidale, può aiutare a superarli: una mano vera, non quella soffocata da una marionetta che parla al posto di Walter. Il film presenta due livelli di lettura: quello più superficiale rappresenta una situazione di grave disagio, superata con apparente ironia, ma non risolta se non dopo il trauma. Il livello più profondo va a toccare invece i meandri oscuri della psiche umana e non sembra trovare soluzioni.





Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia autonoma di Trento
via Degasperi 79, Trento
Tel. 0461 904111 / 0461 904131
www.apss.tn.it

newsletter

