

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVII * NUMERO 1 * GENNAIO/FEBBRAIO 2016

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 XXXVII * NUMERO 1 * GENNAIO/FEBBRAIO 2016

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 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 postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 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, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, 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 Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 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 Agosto 2016.





SOMMARIO

Editoriale

IV

Domenico Serino

Corretto utilizzo della Melatonina nei disturbi del sonno in età pediatrica

Pag. 1

Raffaele Addeo, Anna Nappi, Salvatore Del Prete

Efficacia e tollerabilità della somministrazione di Candirex® (inulina, lactobacillus acidophilus, lactobacillus acidophilus dds1) in pazienti affetti da neoplasie gastroenteriche in corso di trattamento chemioterapico

Pag. 5

Antonio Tagarelli, Anna Piro

L'unghia di alce come rimedio antiepilettico: un'indagine tra l'età classica e l'età moderna

Pag. 9

Giuseppe Battimelli

La sedazione palliativa profonda continua è un'«eutanasia mascherata»?

Pag. 13

Convegni

Pag. 16



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2016.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Corretto utilizzo della Melatonina nei disturbi del sonno in età pediatrica

Domenico Serino

Parole chiave: Disturbi del sonno, pediatria, neuropsichiatria infantile, melatonina.

Key Words: Sleep disorders, pediatrics, pediatric neuropsychiatry, melatonin.

Ricevuto in Redazione il 17 maggio 2016

RIASSUNTO

La melatonina è un farmaco frequentemente utilizzato in età pediatrica per il trattamento dei disturbi del sonno, soprattutto in quanto raramente associato alla comparsa di effetti indesiderati. Tuttavia la sua efficacia viene spesso limitata da errate modalità di somministrazione, talora dovute ad una scarsa conoscenza della sua duplice natura di ipnoinduttore e cronobiotico. Il presente lavoro fornisce alcune indicazioni di pratica clinica sul corretto utilizzo della melatonina per il trattamento dei disturbi del sonno in età pediatrica.

SUMMARY

Melatonin is a drug frequently used in pediatric sleep disorders, mainly because of its lack of significant side-effects. However its beneficial effects may be limited by incorrect administration timing and dosage, often due to scarce knowledge regarding its double nature of both sleep inductor and chronobiotic. Aim of this paper is to suggest clinical guidelines for the correct use of melatonin in pediatric sleep disorders based on most recent data.

INTRODUZIONE

La melatonina è una indolamina endogena prodotta dalla ghiandola pineale. Normalmente il suo rilascio ha luogo al buio, mentre viene inibito in corso di esposizione alla luce. Oltre a giocare un ruolo chiave nella regolazione del ritmo circadiano^(1,2), presenta proprietà antinfiammatorie ed antiossidanti⁽³⁾. Ha un ruolo importante anche nelle prime fasi dello sviluppo embriologico in virtù della sua azione sulla placenta, le cellule neuronali e la glia, nonché del suo ruolo nella costituzione ontogenetica dei ritmi diurni^(4,5). Infine, la melatonina è in grado di regolare il livello di vigilanza grazie all'attivazione modulata dei suoi recettori MT1 ed MT2, coinvolti nella regolazione rispettivamente delle fasi di sonno REM e NREM⁽⁶⁾.

Molti studi hanno dimostrato le proprietà cronobiotiche ed ipnotiche della melatonina ed il loro ruolo nella regolazione del ritmo sonno-veglia⁽⁷⁾, nonché il loro ruolo nei disturbi del sonno da alterazione del ritmo circadiano⁽⁸⁻¹⁰⁾. Grazie a queste proprietà, il corretto impiego della melatonina (sia in termini di tempi che di dosaggi) può essere efficace nel trattamento dei disturbi del ritmo sonno-veglia e può ridurre i tempi di latenza all'addormentamento^(7,9-12). Per questo motivo

rappresenta uno dei farmaci più frequentemente prescritti in caso di disturbi del sonno in età evolutiva⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Nonostante la melatonina sia molto utilizzata in ambito pediatrico grazie ai ridotti effetti collaterali⁽¹⁷⁾, non di rado la sua efficacia viene limitata da modalità di somministrazione poco corrette da imputarsi all'assenza di linee guida precise nonché talora ad elementi di disinformazione relativi alle reali indicazioni cliniche.

Scopo di questo lavoro è fornire alcune raccomandazioni cliniche sull'impiego della melatonina nei disturbi del sonno in età pediatrica, alla luce dei più recenti dati fisiologici e farmacocinetici, con la finalità di potenziarne l'efficacia nel contesto della pratica ambulatoriale.

FARMACOCINETICA

Rispetto ad altri farmaci la melatonina presenta una importante peculiarità, in quanto il tempo di somministrazione influenza in modo molto significativo la sua efficacia. A tal proposito, gioca un ruolo importante il momento nel quale, in condizioni di penombra, la ghiandola pineale inizia a rilasciare melatonina in circolo. Questo momento, denominato *Dim Light Melatonin Onset* (DLMO), viene definito come l'orario in cui la concentrazione di melatonina salivare raggiunge 4 pg/ml (o 10 pg/ml nel sangue). Negli adulti che assumono 0,5 mg di melatonina, si ottiene una anticipazione della fase di addormentamento se l'assunzione avviene durante le 8 ore antecedenti o le 2 ore successive al DLMO, con un picco di efficacia durante le 3-5 ore antecedenti. La somministrazione effettuata 2-3 ore dopo il DLMO non ha alcun effetto oppure ha un effetto paradossale. Per dosaggi di melatonina più elevati, il tempo di somministrazione ottimale è più precoce⁽¹⁸⁾. Queste informazioni non erano disponibili al momento in cui la *European Food and Safety Authority* ha concluso incorrettamente che la melatonina dovrebbe essere assunta prima dell'addormentamento e ciò è alla base delle poco corrette informazioni sulle modalità d'uso presenti anche sulle confezioni stesse del farmaco^(19,20).

La conoscenza del DLMO permette inoltre di predire l'efficacia del trattamento con melatonina: più precocemente rispetto al DLMO avviene l'assunzione, maggiore è l'anticipazione del tempo di addormentamento. Nella finestra temporale che va fra la sesta e la prima ora antecedente il DLMO, per ogni ora di anticipo nell'assunzione della

melatonina rispetto al DLMO si ottiene un'anticipazione di 19 minuti dell'addormentamento⁽²¹⁾.

L'azione principale della melatonina esogena nei pazienti con insonnia da latenza prolungata all'addormentamento, consiste nell'anticipare il rilascio endogeno della melatonina e di conseguenza "tirare" indietro l'intero ritmo sonno-veglia. Non esistono dati che suggeriscano che esposizioni prolungate a concentrazioni elevate di melatonina nel sangue apportino dei benefici clinici. Ciò implica che non esistono prove a favore di una maggiore efficacia della melatonina a rilascio modificato rispetto alla melatonina a rilascio immediato.

RACCOMANDAZIONI CLINICHE

Indicazioni

Il trattamento con melatonina può risultare utile per bambini con problemi di addormentamento e/o difficoltà di risveglio al mattino. Normalmente la somministrazione esogena di melatonina non è efficace nell'influenzare la frequenza dei risvegli notturni o la durata del sonno notturno.

Misurazione del DLMO

Il DLMO non può essere misurato con diari del sonno, actigrafia o polisonnografia^(18,22). Può essere tuttavia rilevato facilmente in un contesto domiciliare dosando le concentrazioni salivari di melatonina^(22,23), invitando i bambini a masticare un batuffolo di cotone per 1-2 minuti ogni ora fra le 19:00 e le 23:00 (fra le 20:00 e le 24:00 per gli adolescenti). Si raccomanda di effettuare la rilevazione prima di iniziare il trattamento e non durante, per evitare effetti confondenti.

Età minima di somministrazione

Nessuno studio ha sinora riportato un'età minima per la somministrazione della melatonina. Alla luce dell'assenza di effetti indesiderati ad elevati dosaggi quando viene utilizzata in epoca neonatale a fini neuroprotettivi, ci si può aspettare che la somministrazione a partire dai 6 mesi di vita possa essere considerata sicura.

Tempi di somministrazione nei bambini

Quando la melatonina viene utilizzata come cronobiotico, dovrebbe essere somministrata 2-3 ore prima del DLMO. Se la misurazione del DLMO non può essere effettuata, si consiglia di somministrarla 3-4 ore prima dell'addormentamento. Se utilizzata come ipnoinduttore, se ne consiglia l'assunzione 30 minuti prima dell'addormentamento.

Dosaggio

In caso di utilizzo come cronobiotico, si consiglia di somministrare 0,2 – 0,5 mg di melatonina a rilascio immediato 3-4 ore prima dell'addormentamento, con incrementi settimanali al bisogno di 0,2 – 0,5 mg, fino ad un massimo di 3 mg nei soggetti di peso inferiore a 40 Kg e 5 mg nei soggetti con peso superiore. Se utilizzata come ipnoinduttore, se ne consiglia la somministrazione di 1-3 mg 30 minuti prima dell'addormentamento.

Durata del trattamento

Dovrebbe essere tarata sulle specifiche caratteristiche del

paziente ma generalmente non dovrebbe essere inferiore ad un mese. Una sospensione precoce del trattamento potrebbe causare la ricomparsa di insonnia. In caso di trattamenti prolungati, una volta ottenuta una stabilizzazione del ciclo sonno/veglia si consiglia di effettuare una sospensione per una settimana l'anno (preferibilmente durante l'estate).

Possibili cause di fallimento terapeutico

In caso di scarsa efficacia del trattamento, si consiglia di controllare i tempi di somministrazione in quanto l'assunzione potrebbe essere troppo tardiva. Si consideri inoltre che la perdita di efficacia della melatonina potrebbe anche essere causata da un suo lento metabolismo. Può essere inoltre utile rivalutare la diagnosi e ricercare eventuali comorbidità che potrebbero contribuire all'insonnia. Alcuni farmaci che possono influenzare il metabolismo della melatonina sono i contraccettivi orali, la cimetidina e la fluvoxamina che lo rallentano, e la carbamazepina, l'esomeprazolo e l'omeprazolo che invece lo accelerano. In alcuni casi è necessaria una riduzione di dose piuttosto che un aumento, soprattutto in caso di comparsa di risvegli notturni frequenti e difficoltà nel mantenere il sonno dopo l'inizio del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. GORDON N: *The therapeutics of melatonin: a paediatric perspective*. Brain Dev, 2000; 22: 213-7
2. KENNAWAY DJ: *Melatonin and development: physiology and pharmacology*. Semin Perinatol, 2000; 24: 258-66
3. MAURIZ JL, COLLADO PS, VENEROSO C, REITER RJ, GONZALEZ- GALLEGO J: *A review of the molecular aspects of melatonin's anti-inflammatory actions: recent insights and new perspectives*. J Pineal Res, 2013; 54: 1-14
4. NILES LP, ARMSTRONG KJ, RINCON CASTRO LM, et al.: *Neural stem cells express melatonin receptors and neurotrophic factors: colocalization of the MT1 receptor with neuronal and glial markers*. BMC Neurosci, 2004; 5: 41
5. IWASAKI S, NAKAZAWA K, SAKAI J, et al.: *Melatonin as a local regulator of human placental function*. J Pineal Res, 2005; 39: 261-5
6. COMAI S, OCHOA-SANCHEZ R, GOBBI G: *Sleepwake characterization of double MT(1)/MT(2) receptor knockout mice and comparison with MT(1) and MT(2) receptor knockout mice*. Behav Brain Res, 2013; 243: 231-8
7. WIRZ-JUSTICE A, ARMSTRONG SM: *Melatonin: nature's soporific?* J Sleep Res, 1996; 5: 137-41
8. NAGTEGAAL JE, KERKHOF GA, SMITS MG, SWART AC, VAN DER MEER YG: *Delayed sleep phase syndrome: a placebocontrolled cross-over study on the effects of melatonin administered five hours before the individual dim light melatonin onset*. J Sleep Res, 1998; 7: 135-43

9. VAN GEIJLSWIJK IM, KORZILIUS HP, SMITS MG: *The use of exogenous melatonin in delayed sleep phase disorder: a meta-analysis*. Sleep, 2010; 33: 1605-14
10. VAN GEIJLSWIJK IM, VAN DER HEIJDEN KB, EGBERTS AC, KORZILIUS HP, SMITS MG: *Dose finding of melatonin for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia: an RCT*. Psychopharmacology, 2010; 212: 379-91
11. BRAAM W, VAN GEIJLSWIJK I, KEIJZER H, et al.: *Loss of response to melatonin treatment is associated with slow melatonin metabolism*. J Intellect Disabil Res, 2010; 54: 547-55
12. APPLETON RE, GRINGRAS P: *Melatonin: helping to MEND impaired sleep*. Arch Dis Child, 2013; 98: 216-7
13. OWENS JA, ROSEN CL, MINDELL JA: *Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians*. Pediatrics, 2003; 111: 628-35
14. OWENS JA: *Pharmacotherapy of pediatric insomnia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009; 48: 99-107
15. OWENS JA, ROSEN CL, MINDELL JA, KIRCHNER HL: *Use of pharmacotherapy for insomnia in child psychiatry practice: a national survey*. Sleep Med, 2010; 11: 692-700
16. HARTZ I, FURU K, BRATLID T, HANDAL M, SKURTVEIT S: *Hypnotic drug use among 0e17 year olds during 2004e2011: a nationwide prescription database study*. Scand J public health, 2012; 40: 704-11
17. HEUSSLER H, CHAN P, PRICE AM, et al.: *Pharmacological and non-pharmacological management of sleep disturbance in children: an Australian paediatric research network survey*. Sleep Med, 2013; 14: 189-94
18. BURGESS HJ, REVELL VL, MOLINA TA, EASTMAN CI: *Human phase response curves to three days of daily melatonin: 0.5 mg versus 3.0 mg*. J Clin Endocrinol Metab, 2010; 95: 3325-31
19. EFSA: *Panel on dietetic products NaAN. Scientific opinion on the substantiation of health claims related to melatonin and alleviation of subjective feelings of jet lag (ID 1953), and reduction of sleep onset latency, and improvement of sleep quality (ID 1953) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006*. EFSA J, 2010; 8: 1467
20. EFSA: *Panel on dietetic products NaAN. Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to melatonin and reduction of sleep onset latency (ID 1698, 1780, 4080) pursuant to article 13(1) of regulation (EC) no 1924/2006*. EFSA J, 2011; 9: 2241
21. VAN DER HEIJDEN KB, SMITS MG, VAN SOMEREN EJ, BOUDEWIJN GUNNING W: *Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia*. J Sleep Res, 2005; 14: 187-94
22. KEIJZER H, SMITS MG, PEETERS T, et al.: *Evaluation of salivary melatonin measurements for dim light melatonin onset calculations in patients with possible sleepewake rhythm disorders*. Clin Chimica Acta Int J Clin Chem, 2011; 412: 1616-20
23. KEIJZER H, SMITS MG, DUFFY JF, CURFS LM: *Why the dim light melatonin onset (DLMO) should be measured before treatment of patients with circadian rhythm sleep disorders*. Sleep Med Rev, 2014; 18: 333-9

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Domenico Serino

e-mail: domenico.serino@aslcn1.it

Corso di aggiornamento

ONCOLOGIA 2016: AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA TERAPIE DI SUPPORTO E GESTIONE DELLE TOSSICITÀ

FACULTY

Airoma Giuseppe
Boccia Vincenzo
Caraglia Michele
Carraturo Marco
D'Aponte Maria Luisa
Dell'Aversano Raffaele
De Rosa Roberto

Di Giulio Giovanni
Facchini Gaetano
Farina Amalia
Fedele Francesco
Franzese Franca
Granato Teresa
Guerra Gennaro

Guidetti Eduardo
Incoronata Pasquale
Keller Luciano
Langella Antonello
Leopaldi Luigi
Libutti Michele
Lionetti Massimo

Mabilia Roberto
Maione PierFrancesco
Pepe Rosario
Riccardi Ferdinando
Rossi Antonio
Sorrentino Ivana
Strazzullo Salvatore



INFORMAZIONI GENERALI

Il Corso è riservato a 100 partecipanti:

Medico Chirurgo, (Anatomia Patologica, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Cure Palliative, Geriatria, Ginecologia e Ostetricia, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina Generale (Medici di Famiglia), Medicina Interna, Oncologia, Radiodiagnostica, Radioterapia, Urologia), Farmacista (Farmacia Ospedaliera) ed Infermiere.

L'iscrizione è gratuita e obbligatoria e dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa Mat Media s.r.l. a mezzo mail o fax, entro e non oltre il 10 ottobre 2016.



Il Corso rientra nell'Educazione Continua in Medicina e sono stati attribuiti **8 Crediti Formativi**.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

con il contributo non condizionato di



MATMEDIA s.r.l. PROVIDER N. 5117

Anna Maraniello e Simona Tagliaferri
Sede Legale: Via Foria, 49 - 80137 Napoli
Sede Operativa: Vico Tre Re a Toledo, 60 - 80132 Napoli
Tel. 081 405448 - 081/19363435 - fax. 081 2140250
cell. 338 6704298 - 339 5935050
e-mail: mat.media@fastwebnet.it
www.matmediasrl.it

PROGRAMMA

- 8.00 Registrazione partecipanti
- 8.15 Saluti di benvenuto e apertura dei lavori
dr Raffaele Dell'Aversano, dr Salvatore Strazzullo
- 8.30 Lettura: Biomarcatori circolanti: una nuova era nella diagnostica e nella definizione prognostica dei tumori? *prof. Michele Caraglia*
- I SESSIONE**
NEOPLASIE UROGENITALI: CANCRO DELLA PROSTATA E DEL RENE
Moderatori:
dr Giuseppe Airoma - dr Michele Libutti
- 9.30 Cancro della prostata ormono resistente: ottimizzazione della sequenza terapeutica *dr Gaetano Facchini*
- 10.00 La terapia biologica del carcinoma renale: quale strategia terapeutica?
dr Roberto Mabilia
- 10.30 Discussione del "Team Multidisciplinare"
Facilitatore: *dr Pasquale Incoronato*
Discussant: *dr. Franco Franzese, dr. Massimo Lionetti, d.ssa Teresa Granato, dr. Luciano Keller, dr. Gennaro Guerra, dr. PierFrancesco Maione, d.ssa Amalia Farina, dr. Eduardo Guidetti, dr. Marco Carraturo, d.ssa Ivana Sorrentino, dr. Antonello Langella, d.ssa Maria Luisa D'Aponte, dr. Roberto De Rosa, dr. Francesco Fedele*
- II SESSIONE**
IL TUMORE DEL POLMONE
Moderatori:
dr Giuseppe Airoma - dr Rosario Pepe
- 11.00 Il tumore del polmone nell'era dell'oncologia molecolare: dall'identificazione del driver oncogenetico alla pratica clinica
dr Antonio Rossi
- 11.30 Discussione del "Team Multidisciplinare"
Facilitatore: *dr Michele Libutti*
Discussant: *dr. Franco Franzese, dr. Massimo Lionetti, d.ssa Teresa Granato, dr. Luciano Keller, dr. Gennaro Guerra, dr. PierFrancesco Maione, d.ssa Amalia Farina, dr. Eduardo Guidetti, dr. Marco Carraturo, d.ssa Ivana Sorrentino, dr. Antonello Langella, d.ssa Maria Luisa D'Aponte, dr. Roberto De Rosa, dr. Francesco Fedele*

III SESSIONE

IL CANCRO DELLA MAMMELLA

Moderatori:

dr Ferdinando Riccardi - dr Salvatore Strazzullo

- 12.00 Novità nelle linee guida: la fase precoce e la fase avanzata di malattia.
dr Ferdinando Riccardi
- 12.30 La malattia HER2 positiva: il nuovo algoritmo *dr Pasquale Incoronato*
- 13.00 La malattia HER2 negativa: le nuove frontiere della terapia biologica: everolimus *dr Rosario Pepe*
- 13.30 Discussione del "Team Multidisciplinare"
Facilitatore: *dr Luigi Leopaldi*
Discussant: *dr. Franco Franzese, dr. Massimo Lionetti, d.ssa Teresa Granato, dr. Luciano Keller, dr. Gennaro Guerra, dr. PierFrancesco Maione, d.ssa Amalia Farina, dr. Eduardo Guidetti, dr. Marco Carraturo, d.ssa Ivana Sorrentino, dr. Antonello Langella, d.ssa Maria Luisa D'Aponte, dr. Roberto De Rosa, dr. Francesco Fedele*
- 14.00 Light lunch

IV SESSIONE

TERAPIA DI SUPPORTO E TOSSICITÀ

Moderatori:

dr Luigi Leopaldi - dr Giuseppe Airoma

- 15.00 Dolore cronico e breakthrough pain: quale strategia *dr Vincenzo Boccia*
- 15.30 Novità in tema di gestione dell'anemia e della neutropenia.
dr Giovanni Di Giulio
- 16.00 Le terapie palliative: la realtà napoletana. *dr Luigi Leopaldi*
- 16.30 Discussione del "Team Multidisciplinare"
Facilitatore: *dr Rosario Pepe*
Discussant: *dr. Franco Franzese, dr. Massimo Lionetti, d.ssa Teresa Granato, dr. Luciano Keller, dr. Gennaro Guerra, dr. PierFrancesco Maione, d.ssa Amalia Farina, dr. Eduardo Guidetti, dr. Marco Carraturo, d.ssa Ivana Sorrentino, dr. Antonello Langella, d.ssa Maria Luisa D'Aponte, dr. Roberto De Rosa, dr. Francesco Fedele*
- 17.00 Conclusioni *dr Rosario Pepe*
- 17.15 Questionario di valutazione
- 17.30 Fine lavori

Efficacia e tollerabilità della somministrazione di Candirex® (inulina, lactobacillus acidophilus, lactobacillus acidophilus DDS1) in pazienti affetti da neoplasie gastroenteriche in corso di trattamento chemioterapico

Raffaele Addeo, Anna Nappi, Salvatore Del Prete

Parole chiave: Chemioterapia, diarrea, probiotici, Candirex, neoplasie gastrointestinali.

Key Words: Chemotherapy, diarrhea, probiotics, Candirex, gastrointestinal cancer.

U.O.C. ONCOLOGIA P. O.
"SAN GIOVANNI DI DIO"
FRATTAMAGGIORE (NA)
ASL NA 2 NORD

Ricevuto in Redazione il 3 luglio 2016

RIASSUNTO

Le neoplasie dell'apparato gastroenterico rappresentano una delle prime cause di morte per cancro nel mondo. L'utilizzo dei farmaci chemioterapici prolunga la sopravvivenza dei pazienti, ma è gravato dalla insorgenza di eventi avversi come nausea, vomito, dispepsia e diarrea. Nel nostro studio abbiamo arruolato 80 pazienti, (n. 40 braccio standard – chemioterapia; n. 40 braccio sperimentale – chemioterapia + probiotici) per valutare tollerabilità ed efficacia della somministrazione di Candirex®. Dal nostro studio emerge che la somministrazione di probiotici induce una riduzione nell'incidenza di diarrea, una conseguente minore necessità di riduzioni di dose della chemioterapia e ritardi nella sua somministrazione.

SUMMARY

The gastrointestinal cancers represent one of the first causes of cancer death in the world. The use of chemotherapy prolonged survival of patients but is characterized by occurrence of adverse events such as nausea, vomiting, dyspepsia and diarrhea. In our study we enrolled 80 patients (n. 40 standard arm – chemotherapy; n. 40 experimental arm – chemotherapy + probiotics) to evaluate safety and efficacy of inulin, Lactobacillus acidophilus and Lactobacillus acidophilus DDS1 administration. The results of our study show that the administration of probiotics induces a reduction in incidence of diarrhea resulting in less need for chemotherapy dose reduction and delays in its administration.

INTRODUZIONE

Le neoplasie del tratto gastrointestinale (esofago, stomaco, intestino tenue e colo-retto) sono tra le neoplasie più comuni e sono tra le prime cause di morte per cancro nel mondo.

Nel corso degli ultimi anni la sopravvivenza dei pazienti affetti da queste neoplasie (in fase metastatica) è progressivamente aumentata grazie all'introduzione di nuovi farmaci sia chemioterapici che biologici.

L'utilizzo dei farmaci chemioterapici però è gravato dall'insorgenza di effetti collaterali, tra cui quelli gastroenterici caratterizzati clinicamente da nausea, vomito, dispepsia e diarrea.

La comparsa, la durata e l'intensità di questi sintomi possono compromettere la compliance al trattamento da parte del paziente, possono causare ritardi nel trattamento chemioterapico ed eventuali riduzioni di dose.

Lo scopo del nostro studio è quello di valutare la tollerabilità e l'efficacia della somministrazione di Inulina, lactobacillus acidophilus e lactobacillus acidophilus DDS1 in pazienti affetti da neoplasie del tratto gastroenterico in corso di trattamento chemioterapico in termini di incidenza di diarrea, intensità e durata.

L'utilizzo dei lactobacilli è sostenuto dalle loro svariate funzioni. La lunghezza completa del tratto gastrointestinale di un uomo adulto è circa 10 metri. Questa vastissima superficie è abitata da più di 400 specie batteriche tutte diverse fra loro ma aventi tutte un denominatore comune: la "Tolleranza immunologica"; una sorta di simbiosi fra uomo e batteri.

I Lattobacilli sono microrganismi a forma di bastoncello, con la capacità di fermentare gli zuccheri con produzione di acido lattico. Sono presenti in molti vegetali, ma soprattutto si trovano in tanti prodotti alimentari di largo consumo, ad esempio lo yogurt, i formaggi, il sidro, i crauti. Partecipano enzimaticamente alla predigestione di alcuni componenti del cibo aumentandone la biodisponibilità; un'altra funzione importantissima dei Lattobacilli è la produzione di vitamine del gruppo B, quali niacina, acido folico e piridossina.

Una delle funzioni principali dei Lattobacilli è la loro azione antimicrobica. Questa viene esplicitata grazie alla produzione di sostanze quali il suddetto acido lattico e anche l'acido acetico che abbassando il pH ambientale rendono difficile l'insediamento di batteri patogeni. Ma i Lattobacilli producono anche veri e propri antibiotici naturali, quali per esempio il perossido di idrogeno (acqua ossigenata) e una sostanza chiamata Acidofillina, e altre chiamate Acidolina, Lattobacillina, Lactocitidina.

I principali batteri patogeni inibiti dai Lattobacilli sono: Candida albicans, Clostridium perfringens, Escherichia coli, Klebsiella, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella typhosa, Shigella dysenteriae, Staphylococcus aureus, Streptococcus fecalis. I Lattobacilli sono risultati

essere estremamente efficaci anche nei confronti di infezioni virali. Inoltre, i Lactobacilli svolgono un'azione antidislipidemia efficacissima.

Uno studio recente pubblicato sul Journal of American Nutraceutical Association ha messo a confronto 6 diversi ceppi batterici ed ha evidenziato diverse caratteristiche del lactobacillus acidophilus DDS-1; in particolare, è vitale all'80% dopo un anno dalla produzione senza essere refrigerato, essendo ceppo autoctono del nostro intestino; resiste bene sia nell'ambiente acido che basico del tratto gastrointestinale e riesce a superare la barriera gastrica e ad installarsi nell'intestino tenue; sopravvive normalmente a 37°C, a differenza della maggior parte degli altri ceppi, che sono termofili e prosperano a temperature intorno ai 44°C; ha un'azione fortemente antagonista nei confronti dei batteri patogeni ed ha un'azione ipocolesterolemizzante.

MATERIALI E METODI

Da maggio 2015 a marzo 2016 sono stati arruolati 80 pazienti i quali sono stati randomizzati 1:1 a ricevere il trattamento chemioterapico standard oppure il trattamento chemioterapico standard associato alla somministrazione contemporanea di Candirex®. Nel braccio standard sono stati arruolati 40 pazienti e altri 40 sono stati arruolati nel braccio sperimentale.

Tutti i pazienti arruolati avevano un'età compresa tra 55 anni e 75 anni, avevano ricevuto una diagnosi di cancro dell'esofago, cancro dello stomaco e cancro del colon retto in fase metastatica ed erano candidati a ricevere trattamento chemioterapico a base di fluoropirimidine (5-FU o capecitabina). Le caratteristiche dei pazienti sono elencate nelle tabelle I e II.

I pazienti arruolati sono stati sottoposti a trattamento chemioterapico con doppiette a base di fluoropirimidine, in accordo con le linee guida interne, fino a progressione di malattia o a tossicità inaccettabile.

Nel braccio standard i pazienti non hanno ricevuto né integratori né probiotici. Nel braccio sperimentale, invece, i pazienti sono stati supplementati con Candirex®. I pazienti hanno ricevuto una bustina al giorno tutti i giorni dal primo giorno di chemioterapia e per tutta la durata del trattamento.

Nel corso del trattamento i pazienti sono stati monitorati in merito all'insorgenza di diarrea, la sua intensità, la sua durata ed è stata valutata la eventuale necessità di riduzioni di dosaggio della chemioterapia o ritardi nella somministrazione del ciclo successivo di chemioterapia.

RISULTATI

Il trattamento con lactobacilli è stato ben tollerato dai pazienti non determinando alcuna tossicità o effetto collaterale degno di nota. Nel braccio sperimentale nessun paziente ha sospeso il trattamento con Candirex® prima del completamento del trattamento chemioterapico. I risultati sono elencati nella tabella III.

Nel braccio standard l'incidenza globale di diarrea è stata del 67.5%, mentre nel braccio sperimentale è stata del

Tabella I – Braccio standard

N° PZ	ETA'	SESSO	TUMORE PRIMITIVO
1	55	M	Ca stomaco
2	56	M	Ca colon – retto
3	58	F	Ca colon – retto
4	51	M	Ca colon – retto
5	60	F	Ca esofago
6	63	F	Ca colon – retto
7	68	M	Ca stomaco
8	55	M	Ca colon – retto
9	62	M	Ca colon – retto
10	69	F	Ca colon – retto
11	75	M	Ca colon – retto
12	65	M	Ca stomaco
13	69	M	Ca stomaco
14	72	F	Ca colon – retto
15	59	M	Ca colon – retto
16	64	M	Ca colon – retto
17	73	F	Ca colon – retto
18	61	F	Ca colon – retto
19	62	F	Ca colon – retto
20	67	M	Ca stomaco
21	69	M	Ca colon – retto
22	59	F	Ca stomaco
23	55	M	Ca stomaco
24	52	F	Ca colon – retto
25	71	F	Ca colon – retto
26	73	F	Ca colon – retto
27	61	M	Ca colon – retto
28	68	F	Ca colon – retto
29	72	M	Ca stomaco
30	59	M	Ca colon – retto
31	74	M	Ca colon – retto
32	72	F	Ca stomaco
33	56	M	Ca colon – retto
34	59	F	Ca colon – retto
35	72	F	Ca colon – retto
36	64	M	Ca colon – retto
37	59	M	Ca colon – retto
38	72	F	Ca stomaco
39	69	M	Ca esofago
40	61	F	Ca colon – retto

52%; l'incidenza di diarrea di grado 3-4 è stata del 32.5% nel braccio standard e del 25% nel braccio sperimentale; nel braccio standard in 10 casi la diarrea è stata di durata superiore ai 3 giorni, mentre nel braccio sperimentale in 8 casi; nel braccio standard l'insorgenza di diarrea ha comportato sia una riduzione del dosaggio di chemioterapia

Tabella 2 – Braccio sperimentale

N° PZ	ETA'	SESSO	TUMORE PRIMITIVO
1	65	F	Ca colon – retto
2	68	F	Ca colon – retto
3	69	M	Ca stomaco
4	59	M	Ca stomaco
5	64	M	Ca stomaco
6	63	F	Ca colon – retto
7	69	F	Ca colon – retto
8	54	F	Ca colon – retto
9	56	F	Ca stomaco
10	73	M	Ca colon – retto
11	59	M	Ca stomaco
12	75	F	Ca colon – retto
13	69	M	Ca stomaco
14	63	F	Ca colon – retto
15	64	M	Ca colon – retto
16	73	M	Ca stomaco
17	71	M	Ca colon – retto
18	69	F	Ca colon – retto
19	63	M	Ca colon – retto
20	68	F	Ca stomaco
21	65	F	Ca colon – retto
22	56	F	Ca esofago
23	58	M	Ca colon – retto
24	52	F	Ca stomaco
25	72	M	Ca stomaco
26	75	F	Ca stomaco
27	66	M	Ca colon – retto
28	69	M	Ca colon – retto
29	74	F	Ca stomaco
30	58	M	Ca colon – retto
31	73	M	Ca colon – retto
32	72	F	Ca stomaco
33	58	F	Ca colon – retto
34	56	F	Ca colon – retto
35	72	M	Ca esofago
36	68	M	Ca colon – retto
37	56	M	Ca stomaco
38	74	F	Ca stomaco
39	67	F	Ca esofago
40	62	F	Ca stomaco

Tabella III – Risultati

EVENTI	BRACCIO STANDARD (N=40)	BRACCIO SPERIMENTALE (N=40)
INCIDENZA DIARREA	27 pz (67.5%)	22 pz (55%)
G 3-4	13 pz (32.5%)	10 pz (25%)
DURATA >3 GIORNI	10 pz (25%)	8 pz (20%)
RIDUZIONE DOSE CT(x diarrea)	4 pz (10%)	2 pz (5%)
RITARDO SOMM CT (x diarrea)	4 pz (10%)	2 pz (5%)

al ciclo successivo sia un ritardo nella somministrazione del trattamento chemioterapico nel 10% dei casi, invece nel braccio sperimentale l'insorgenza di diarrea ha comportato una riduzione di dose nel 5% dei casi.

DISCUSSIONE

Dai dati presenti in letteratura è evidente che l'utilizzo di farmaci chemioterapici, come le fluoropirimidine è associato all'insorgenza di tossicità gastrointestinale grave (grado 3-4) nel 31-34% dei casi, talvolta letale (0,5% dei casi).

Dalla nostra esperienza emerge che la somministrazione di Inulina, lactobacillus acidophilus e lactobacillus acidophilus DDS1, contemporanea al trattamento chemioterapico, induce una sensibile riduzione nell'incidenza di diarrea durante il trattamento chemioterapico a base di fluoropirimidine. Inoltre, il trattamento con probiotici contemporaneamente al trattamento chemioterapico permette di ottenere una minore incidenza di diarrea grave di grado 3 e 4, e di conseguenza una minore necessità di riduzioni di dosaggio del trattamento chemioterapico.

CONCLUSIONI

In conclusione, la somministrazione di Inulina, lactobacillus acidophilus e lactobacillus acidophilus DDS1 in pazienti affetti da neoplasie del tratto gastroenterico in corso di trattamento chemioterapico a base di fluoropirimidine sembra essere ben tollerata, e nella nostra esperienza permette di ridurre l'incidenza di diarrea da chemioterapici permettendo una miglior compliance al trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. AYEBO A.D., ANGELO I.A., SHAHANI K.M., KIES C.: *Effect of feeding Lactobacillus acidophilus milk upon fecal flora and enzyme activity in humans*, J. Dairy Sci., 1979; 62 (suppl.1): 44
2. HAVENAAR R., HUIS IN'T VELD J.H.J.: *Probiotics: a general view. In The lactic acid bacteria*. vol. 1, 151-170, (B.J.B. Wood, ed.), Elsevier, London, 1992
3. MAROSSÌ L., RIPAMONTI B., PACCHETTI B. et Al.: *Studi di stabilità su integratori alimentari contenenti Sporolactobacillus e sua classificazione tassonomica*. Industrie Alimentari 1998; 38: 830-833
4. MURRAY M.T., PIZZORNO J. E. Jr.: *Pharmacology of natural medicines*. Probiotics, 1999; 893-898



5. MURRAY M.T.: *Probiotics: acidophilus, Bifidobacter and FOS*. Amer. J. Natural Med., 1996; 3/4:11-14
6. SALMINEN S., GIBSON G., BOULEY M.C., ISOLAURI E., BOUTRON-RUALT M.C., CUMMINGS J., FRANCK A., ROWLAND I., ROBERFROID M.: *Gastrointestinal physiology and function: role of prebiotics and probiotics*. Br. J. Nutr., 1998; 80 suppl. 1: 147-171
7. SALMINEN S., ISOLAURI E., SALMINEN E.: *Clinical uses of probiotics for stabilizing the gut mucosal barrier: successful stains and future challenges*, Antonie van Leeuwenhoek, 1996; 70: 347-358
8. G. TALAMO. *Pathophysiology of emergency illness due to treatment of cancer*. In: *Oncologic Emergencies*, edited by Brian Decker Publishing (Cancer Medicine Series), 2002
9. BUONOMO EL, PETRI WA et Al: *The microbiota and immune response during Clostridium difficile infection*. Anaerobe, 2016; May 19. pii: S1075-9964(16)30062-2. doi: 10.1016/j.anaerobe.2016 [Epubahead of print]
10. Yu AQ, Li L. *The Potential Role of Probiotics in Cancer Prevention and Treatment*. Nutr Cancer. 2016; May-Jun 68(4): 535-44. doi: 10.1080/01635581.2016.1158300. Epub 2016 May 4.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Raffaele Addeo
e-mail: lelloaddeo@alice.it

Storia della Medicina

L'unghia di alce come rimedio antiepilettico: un'indagine tra l'età classica e l'età moderna

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle ricerche
Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare - CNR
Unità Organizzativa di Supporto
Germaneto - Catanzaro

Parole chiave: Epilessia, unghia di alce.

Key Words: Epilepsy, elk's nail.

Ricevuto in Redazione il 11 aprile 2016

RIASSUNTO

Considerata dal popolo prima sacra poi demoniaca, l'epilessia pre e post-ippocratica rimane, anche nei secoli della Cristianità, avvolta nel mistero.

In questo lavoro si presenta un rimedio antiepilettico, l'unghia di alce, molto noto al popolo del nord Europa; se ne spiega l'origine storico-popolare della sua acquisita importanza e se ne segue il successo nella Medicina ufficiale del Cinquecento ed in quella dei due secoli successivi. Ancora, per sottolinearne la notorietà e l'ampia diffusione nello spazio e nel tempo ma anche per decretarne la decadenza, si sono studiati alcune opere dell'Antichità, del Medioevo ed altre appartenenti ai secoli della Modernità. Infine, attraverso l'opera farmacologica di Auguste Tissot del 1770, si mette a fuoco l'affievolirsi del successo di questo rimedio e, nel contempo, si assiste alla sua declassificazione da "specifico", di alto valore terapeutico, a semplice "assorbente". Il lavoro, infine, evidenzia un persistente legame dell'epilessia al retaggio magico-religioso che dall'Antichità si protrae fino ai secoli dei Lumi.

SUMMARY

European people believe that epilepsy is a both sacred and demonic disease in pre and post Hippocratic Age and during Christian Era, too. Therefore, epilepsy is wrapped in mystery. The present work shows an epileptic treatment, the elk's nail, which is very better known among Northern European people, treating to explain its historical and popular origin causing its importance and success within the official Medicine in sixteenth century and in the next centuries, too. So, we studied some Authors attending both the Antiquity and Modernity Ages. Moreover, we are some witnesses of the elk's nail decline as a "specific" treatment to an "adsorbent" alone, by August Tissot pharmacological work in 1770. At the end, the present work highlights the relationship between the epilepsy and a magic-religious inheritance from the Antiquity to the age of Enlightenment in Europe.

PREMESSA

“La malattia non sopravviene per volontà degli dei e non è espressione dei demoni!” Questa rivoluzionaria affermazione è uno degli elementi fondamentali del concetto di “malattia naturale” di Alcmeone di Crotone (VI sec. a.C.) che emerge quando commenta le idee di Pitagora (570 a.C.-495 a.C.) sugli eventi patologici visti da quest'ultimo come perdita di equilibrio delle funzioni vitali. Una nuova visione della malattia, dunque, che viene ripresa e migliorata nel “Corpus Hippocraticum” con un trattato di fine V secolo a.C. nominato, tradizionalmente, “De morbo sacro” (1). In esso si evidenzia il tentativo di far cadere il muro della concezione magico-religiosa della malattia in generale e dell'epilessia in particolare affermando che quest'ultima, come le altre malattie cerebrali, ha come sede il cervello. L'epilessia, però, sembra non seguire quest'evoluzione di pensiero poiché continua a conservare per diversi secoli la sua denominazione *hieré nousos* (malattia sacra) intesa non come legame con il culto di una divinità ma come manifestazione di fenomeni soprannaturali (2). Pertanto, durante l'Età Classica questa malattia rafforza la sua sacralità senza nascondere quell'elemento magico che alla luce della cultura medievale si trasforma addirittura in demoniaco.

Nonostante le timide innovazioni mediche rinascimentali e i progressi dei successivi due secoli, l'epilessia continua a conservare nella Demoiatria il suo imperituro mistero e nella Medicina Ufficiale la sua rinnovata attonita meraviglia.

SUI POTERI DELL'ALCE

Dell'alce ne parla, sembra per primo, Caio Giulio Cesare (100/02-41 a.C.) nel suo “De bello Gallico” (libro VI: 27); ecco come descrive alcune caratteristiche di questo animale: [...] *ha zampe senza articolazioni; per riposare non si sdraia e se per*

qualche caso cade in terra non può più rimettersi in piedi o sollevarsi [...]. Come giaciglio, [per riposare], ha gli alberi: vi si appoggia e così, solo un po' reclinato, prende riposo. L'Autore conclude il capitolo ricordando che [...] i cacciatori sfruttano questo difetto anatomico dell'alce per catturarlo facilmente: indeboliscono il tronco dell'albero con un taglio, in tal modo l'animale poggiandovisi rimane vittima dell'inganno (3). Non molto dissimile è la descrizione fatta in seguito da Gaio Plinio Secondo (23-79), detto Plinio il Vecchio, in "Naturalis Historia" (libro VIII: 16); eccone uno stralcio: [...] nell'isola di Scandinavia nasce un animale che nessuno ha mai visto nelle nostre regioni e che tuttavia ne hanno parlato in molti, si chiama <achlin> [acli] ed è molto simile all'<alcen> [alce], ma diversamente da quest'ultimo non può piegare i garretti, e perciò non può distendersi; per dormire si appoggia ad un albero (4). Come Cesare, anche Plinio chiude il capitolo con la descrizione della facile cattura dell'acli che erroneamente distingue dall'alce. Entrambi questi scritti sulle articolazioni delle zampe dell'alce, influenzati certamente dalle fantasiose narrazioni dei popoli nordici, sono confutati quindici secoli dopo da Andrea Bacci (1524-1600) con ciò che scrive nella sua opera "Le XII pietre preziose" (capitolo: "Historia della gran bestia ..."): Nessuno autore dei più moderni afferma quella historia di Cesare, et di Plinio, che cascando quest'animale non possa più rihaversi in piedi (5).

Nel basso Medioevo, le popolazioni di lingua tedesca chiamano l'alce "elent" oppure "onager". Il primo termine risale al tedesco antico "elen(d)" che l'etimologia accosta ad "elende", cioè "miseria"; così è chiamata l'epilessia nella cultura popolare di alcune aree del nord Europa, e "misero" è l'alce perché considerato epilettico. Il secondo termine "onager" indica l'asino selvatico col quale, sempre secondo la cultura popolare, l'alce ha molte cose in comune. Questa associazione sembra essere non casuale! Plinio, infatti, non nominando l'alce nei libri XXVIII, XXX, XXXII della sua opera in cui riporta alcune parti anatomiche di molti animali utilizzate come rimedio antiepilettico, dà prova, invece, di conoscere l'asino sia nella sua sacralità che nella sua utilità nel ricavarne rimedi utili; di qui il suo impiego (libro XXVIII: 63 e libro XXXII: 78) in una malattia considerata di origine divina: l'epilessia. Ecco ciò che scrive: [] al cervello d'asino, dopo averlo fatto affumicare entro le foglie, si aggiunge l'idromele [acqua e miele] e poi si somministra, alla dose di mezza oncia, [...] per sette giorni; la cenere di zoccoli d'asino alla dose di due cucchiaini in bevanda per un mese intero; parimenti i testicoli conservati sotto sale e sparsi in polvere su una bevanda, soprattutto latte d'asina [...]. La placenta d'asina, particolarmente se abbia partorito un maschio, annusata quando sta per aver luogo l'attacco epilettico, lo arresta. Vi sono autori che suggeriscono di mangiare il cuore d'asino maschio [dal mantello] nero col pane, all'aperto durante la prima o la seconda fase lunare; altri usano mangiare la carne, e alcuni di bere il sangue diluito con l'aceto per quaranta giorni. C'è poi chi mescola l'urina d'asino con l'acqua ferrosa proveniente dalle fucine. [Infine], il fegato d'asino in impasto con un po' di panacea e versato a gocce in bocca ai fanciulli li protegge dall'epilessia e da altre malattie (6). Nel trattare il potere antiepilettico dell'asino, Plinio introduce elementi magico-esoterici e iatro-astrologici: i sette giorni di affumicatura, il colore nero dell'asino, le fasi lunari. Invece, un suo coevo, il medico Scribonio Largo (I secolo d.C.), nella sua unica opera, le "Compositiones", non fa cenno sia all'alce che all'asino nei rimedi contro l'epilessia (ricette: XII-XVIII, XCVIII, CVII); mentre è interessante riportare ciò che scrive, nella ricetta XVIII: l'epilessia suole [...] scomparire nelle ragazze con le prime mestruazioni o con la deflorazione e nei ragazzi ai primi coiti (7); se ciò non avviene, l'epilessia diventa cronica, scrive Celio Aureliano (V secolo d.C.) nel "De morbis acutis et chronicis" (libro I: 4) (8), quando raccoglie e traduce l'opera originale del medico greco Sorano d'Efeso (II secolo d.C.). Ancora, l'assenza dell'alce e dell'asino si ripete anche nell'opera "De medicamentis ..." di Marcello Empirico (IV-V secolo) (9). Lo stesso accade nel "Regimen Sanitatis Salernitanum" (parte: II, VII, VIII, IX) (10), corpo di più scritti formato tra il VI e il XII secolo dalla Scuola Salernitana.

L'UNGHIA DI ALCE COME RIMEDIO ANTIEPILETTICO

Come menzionato, i termini "elent" e "onager" nell'identificare direttamente ed indirettamente l'alce ricordano l'epilessia. La dualità alce-epilessia è presente nella medicina popolare del nord Europa ed in special modo in quella d'ispirazione magica che vuole l'alce colpito dall'attacco epilettico riprendersi solo dopo essersi grattato l'orecchio con l'unghia esterna della zampa posteriore destra: tanto basta per far nascere in quelle popolazioni la speranza che l'unghia di alce possa fornire il giusto rimedio contro l'epilessia dell'uomo. Il rapporto unghia-epilessia si rafforza quando trova la sua giustificazione nella "teoria della segnatura", dottrina medica diffusa nella metà del Cinquecento da Philipp Theophrast Bombast von Hohenheim (1493-1541), conosciuto come Paracelso, con la quale si afferma che la Natura è una grande farmacia e che Dio dà il "segno" alle piante, agli animali e ai minerali per consentire all'uomo di curarsi. In questo secolo, la notorietà dell'unghia è così alta che Andrea Bacci, riferendosi alla corte di Svezia e di Polonia, scrive: [...] i loro principi et nobili costumano farne anelli cerchiati d'oro [...] per darli in dono ai principi d'Europa; [...] le zampe intiere [...] si veggono in Roma, et nel Vaticano tenersi per uno spettacolo nei loro musei (5). Pertanto, l'unghia è un omaggio evidentemente molto gradito anche perché il suo potere antiepilettico è ampiamente diffuso ed anche discusso in alcune opere medico-scientifiche di rilievo, come ad esempio nel libro XVIII della "Historia et gentibus septentrionalibus" di Olav Manson (1490-1557), conosciuto come Olao Magno, in cui si asserisce e si precisa che l'unghia deve provenire da un alce maschio vivo che non abbia procreato e che non abbia avuto coito; inoltre deve essere tagliata dalla zampa posteriore destra dopo mezz'agosto e subito somministrata al paziente colpito dallo spasmo epilettico (11). A diffondere consistentemente questo rimedio antiepilettico è Apollonio Menabeni (1540c-1603c), protomedico del re di Svezia Giovanni III (1537-1592), con la sua opera "Tractatus de magno animale quod Alcem nonnulli vocant Germani vero Elend, ..." (12). L'opera, pubblicata nel 1581 a Colonia, ha un così alto successo che dopo alcuni mesi è emersa la necessità di una seconda edizione (13) e, tre anni dopo, una terza in lingua italiana (14). Menabeni, nei quattro anni (1574-1578) trascorsi nella corte svedese, vive

personalmente l'alta considerazione che i nobili e la gente comune hanno per l'alce e per la sua unghia; ecco ciò che scrive: [] *essendo l'alce spessissime volte travagliata da tal male, non meraviglia se porta con sé il rimedio*. Ma l'Autore, preso dal dubbio, così continua: *È strano, che quest'unghia possa guarire l'uomo e non l'animale stesso, anche se riesce temporaneamente a liberarsene portandosi l'unghia della zampa posteriore destra sul retro dell'orecchio* (14). Nonostante questo interrogativo, Menabeni conferma il potere dell'unghia quando questa è ingerita ed anche quando è portata a mò di anello all'anulare della mano sinistra ed aggiunge che [...] *se questo copre l'intero dito l'effetto è immediato*. Lo stesso accade se l'unghia, posta sul palmo della mano dell'epilettico, è stretta nel pugno; e non è di meno quando una parte dell'unghia foggata a cuore è tenuta, come amuleto, sul petto a mò di collana. *Sia l'anello che l'amuleto, assicura Menabeni, sono approvati da molti medici "non volgari"*. Le ricette mediche per l'epilessia pubblicate da questo Autore, oltre alla raschiatura dell'unghia di alce contengono quella del corno di cervo bruciato e vischio di quercia. Quest'ultimo "specifico", aggiunge l'Autore, *opera bene contro l'epilessia come fa la peonia maschio, la tormentilla e il dittamo bianco* (14).

Col passare dei decenni, alcuni componenti che accompagnano l'unghia di alce nella ricetta antiepilettica si ripetono, come riporta Giovanni Battista Cortesi (1553-4/1633-4) nella sua "Pharmacopea, seu antidotarium messanense", scritta dal 1619 al 1629: [...] *contro l'epilessia, le vertigini e le polluzioni notturne, si raccomanda lo sciroppo di peonia a cui dava il proprio nome [sciroppo del Cortesi] per aver aggiunto a questo antico specifico l'unghia di alce che aiuta l'epilettico e il vertiginoso* (15). Ancora, nell'opera "Thesaurus et armamentarium medico-chymicum", di Adrian von Minsicht (1603-1638), si riscontrano questi ed altri "specifici"; infatti, le 9 ricette contro l'epilessia contenute in quest'opera riportano sempre la raschiatura dell'unghia di alce associata, tra l'altro, al vischio di quercia, alla radice di peonia maschio e alla polvere di cranio umano non sotterrato appartenente a soggetto morto di morte violenta (16). Questi componenti, con e senza l'unghia di alce, si ritrovano nelle 51 ricette contro l'epilessia presenti nella "Pharmacopée universelle" di Nicolas Lemery (1645-1715). In particolare, 12 ricette (23%) presentano l'unghia di alce sempre accompagnata, tra l'altro, da vischio di quercia, radice di peonia e cranio umano; mentre nelle restanti 39 (77%) senza l'unghia, quest'ultimi tre "specifici" sono presenti in 5 ricette (13%). È interessante far notare che delle 12 ricette (6 polveri, 2 elisir, 2 confetti, 1 decotto, 1 sciroppo) contenenti l'unghia d'alce, 9 di esse (75%) portano nel loro nome il termine "epilessia", contro le 11 ricette (28%) (4 acque, 4 elisir, 3 pillole) delle 39 che non contengono l'unghia (17).

Molti anni dopo, nella variabilità di proposte terapeutiche antiepilettiche emergono due rinomate ricette che Auguste Tissot (1728-1797) riporta nel suo "Traité de l'épilepsie": la "polvere di Guttate" (*radice di peonia maschio, vischio di quercia, cranio umano non sotterrato, unghia dell'alce, seme di basilico, seme di peonia, fiore di bettonica, fiore di tiglio, polvere di ambra, zucchero rosato, foglie d'oro*) e la "polvere del Marchese" (*radice di peonia maschio, vischio di quercia, raschiatura di avorio, unghia dell'alce, unicorno bruciato, corallo rosso, corallo bianco, perle preparate, foglie d'oro*). L'Autore sostiene che, [...] *come nella farmacopea del passato anche in quella del presente, molti specifici [utilizzati nelle ricette] contro l'epilessia non hanno alcuna virtù. Sono solo assorbenti!* Nella lunga lista di quest'ultimi compare [...] *l'unghia di alce insieme ad altri parimenti disgustosi, insensati, senza forza e senza virtù, indegni di essere nominati rimedi, [come ad esempio]: raschiatura delle vertebre di un uomo morto di morte violenta, cervello umano, spirito di sangue umano, cranio umano non sotterrato, bile fresca di cane nero, sterco di pavone o di leone [ed altri]*. Questi, continua Tissot, *servono solo a provare in quale bassezza possono cadere gli uomini, quando si lasciano guidare dai pregiudizi, dalle superstizioni e dalle dicerie popolari* (18). Le illuminate parole di Tissot iniziano a trovare il giusto seguito solo quando le tradizioni dei popoli, forti dei loro elementi socio-culturali, iniziano a cedere il passo all'Età Contemporanea.

BIBLIOGRAFIA

- 1) RIVIER ANDRÈ: *Recherches sur la tradition manuscrite du traité hippocratique De morbo sacro*. Berne: Francke; 1962
- 2) LANATA G.: *Medicina magica e religiosa popolare in Grecia fino all'età d'Ippocrate*. Roma: Ateneo; 1967, pp. 16-30
- 3) RAFFAELE CIAFFI, LUDOVICO GRIFFA (a cura di): *Opere di Caio Giulio Cesare*. Torino: UTET; 1978, p. 305
- 4) ALBERTO BORGHINI, ELENA GIANNARELLI, ARNALDO MARCONE, GIULIANO RANUCCI (traduzioni e note di): *Plinio. Storia Naturale*. Vol. II. Torino: Giulio Einaudi editore; 1983, p. 169
- 5) BACCI ANDREA: *Le XII pietre preziose*. Capitolo "Historia della gran bestia aggiunta all'alicorno. Dove si discorre delle sue proprietà occulte contra il mal caduco, et di molte sorti d'animali estrani". Roma: Giovanni Martinelli; 1587, pp. 111-130, p. 116
- 6) UMBERTO CAPITALI, IVAN GAROFALO (traduzioni e note a cura di): *Plinio. Storia Naturale*. Vol. IV. Torino: Giulio Einaudi editore; 1986, pp. 217, 245
- 7) LOREDANA MANTOVANELLI (traduzione e commento a cura di): *Scribonio Largo. Ricette mediche*. Pavia: S.A.R.G.O.N. editrice; 2012, pp. 47-51, 127
- 8) CELIO AURELIANO: *De morbis acutis & chronicis libri VIII*. Lione: Guglielmo Rovillio; 1755. Libro I: 4, 7.
- 9) MARCELLO EMPIRICO: *Marcelli viri illustris de medicamentis empiricis, physicis, ac rationalibus liber, ante mille ac ducentos plus minus annos scriptus, iam primum in luce emergens, et suae integrati plerisque locis restitutus. Per ianum Cornarium Medicum Physicum Northusen. Item Claudii Galeni libri novem nunc primum Latini facti, idque Jani Cornorij, quorum argumenta vera pagina indicabit. Elenchi in utrunq opus*. Basilea: Officina Frobeiana; 1536



- 10) ITALO GALLO, LUIGI TROISI (testo latino, traduzione italiana e glossario a cura di): *Regimen Sanitatis Salernitanum - Norme salernitane per la salute*. Salerno: Artigrafica Boccia; 2003, pp. 161-192, 227, 247-248
- 11) MAGNO OLAO: *Historiae de gentibus septentrionalibus*. Roma: Giovanni Bellerio; 1555. Libro XVIII: 2
- 12) APOLLONIO MENABENI: *Tractatus de magno animali, quod Alcem nonnulli vocant, germani vero Elend, et de ipsius partium in re medica facultatibus, cui adiungitur, istoria cervi rangiferi, et gulonis filfros vocati*. Colonia: Maternum Cholinum; 1581
- 13) APOLLONIO MENABENI: *De magno animali, quod alcem vocant, et de ipsius partium in re medica facultatibus*. Milano: Michele Tini; 1581
- 14) APOLLONIO MENABENI: *Trattato del grand'animale, o gran bestia, così detta volgarmente, et delle sue parti, e facultà; e di quelle del Cervo, che servono a' Medici. D'Apollonio Menabeni medico, e Filosofo, et del medemo del Cervo Rangifero, e del Gulone: Dalla latina tradotto nell'Italiana lingua da M. Costanzo Felici medico, et da lui aggiuntovi in molti luochi. Et del medemo M. Costanzo. Delle virtù, et proprietà del Lupo*. Rimini: Gio. Simbeni; 1584, pp. 42-45, 70-73
- 15) ALFONSO CORRADI: *Le prime farmacopee italiane ed in particolare dei ricettari fiorentini*. Capitolo XII: "Antidotario messinese o del Cortesi". Milano: Fratelli Rechiedei editori; 1887, pp. 167-173, p. 172
- 16) ADRIAN MYNSICHT VON: *Thesaurus et armamentarium medico-chymicum*. Lione: Ioan. Antonii Huguetan; 1645, pp. 77, 93-94, 99, 101, 179, 186, 253, 264, 314
- 17) NICOLAS LEMERY: *Farmacopea Universele che contiene tutte le composizioni di Farmacia le quali sono in uso nella Medicina tanto in Francia, quanto per tutta l'Europa, le loro Virtù, Dose, e Maniere di mettere in pratica le più semplici e le migliori*. Venezia: Stamperia Hertz; 1735, pp. 32-40, 58-59, 99, 111, 120, 138-139, 208-209, 236-238, 241-242, 273, 287, 298, 307-310, 335-337, 340-341, 349-356, 371-376, 381-392
- 18) AUGUSTE TISSOT: *Trattato della epilessia che forma parte del trattato de' nervi, e delle loro malattie del signor Tissot*. Venezia: Caroboli e Pompeati; 1772, pp. 269-275

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

La sedazione palliativa profonda continua è un'«eutanasia mascherata»?

Giuseppe Battimelli

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

Parole chiave: Bioetica, sedazione palliativa, eutanasia lenta, fine vita.

Ricevuto in Redazione il 24 luglio 2016

Key Words: Bioethics, palliative sedation, slow euthanasia, end-of-life.

RIASSUNTO

Il 29 gennaio 2016 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha pubblicato un documento sul tema della sedazione palliativa/terminale dal titolo «La sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte», nel quale ha analizzato i diversi aspetti tecnici di tale pratica che la differenziano dall'eutanasia anche se alcuni autori già da tempo ritengono che in alcuni casi e/o circostanze essa potrebbe essere ritenuta una forma di eutanasia “mascherata” o “slow euthanasia” e ciò comporterebbe notevoli problemi etici, deontologici e legali. L'Autore invece argomenta che tale atto terapeutico non è un'eutanasia dissimulata perché notevole è la differenza procedurale e soprattutto etica.

SUMMARY

On 29 January 2016 the National Bioethics Committee has published a document on the theme of palliative/terminal sedation entitled “The deep palliative sedation continues with the approach of death”, in which he analyzed the various technical aspects of this practice which differentiate it from euthanasia although some authors have long believed that in some cases and/or circumstances it could be considered as a form of “masked” euthanasia or “slow euthanasia” and this would lead to considerable ethical and legal problems. The author argues instead that the therapeutic action is not disguised euthanasia since remarkable are the procedural but above all the ethical differences.

INTRODUZIONE

Il 29 gennaio 2016 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha pubblicato un documento sul tema della sedazione palliativa/terminale dal titolo «La sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte» [1], nel quale ha analizzato gli aspetti tecnico-procedurali ed anche etici di tale pratica che la differenziano dall'eutanasia.

Il parere di notevole importanza, che si aggiunge alla vasta letteratura scientifica in materia, illustra compiutamente le norme e i criteri che la caratterizzano e la legittimano (ricordando che è sempre un intervento straordinario) e che sono: a) la riduzione fino all'annullamento della coscienza; b) i farmaci da utilizzare (da preferire il midazolam, benzodiazepina a rapida azione); c) la presenza di sintomi refrattari non altrimenti controllabili (dispnea, vomito incoercibile, delirium, agitazione, dolore, gravi sanguinamenti, ecc.); d) la condizione di morte imminente (di ore o di giorni); e) il consenso informato del paziente (obbligatorio trattandosi di atto terapeutico); f) la condivisione con i familiari nel processo decisionale; g) l'intervento (problematico e delicatissimo) di quando si interviene sui minori.

Ciò nonostante trattasi di una delle questioni più problematiche del fine vita che già nella aggettivazione (terminale) può risultare ambigua circa l'implicito riferimento ad un atto eutanasi.

Da tempo infatti alcuni autori ripropongono la tesi che almeno in alcuni casi e/o circostanze la sedazione palliativa profonda potrebbe essere ritenuta come una forma di eutanasia “mascherata” o “slow euthanasia” [3] e ciò comporterebbe notevoli problemi etici, deontologici e legali.

Del resto l'attualissimo dibattito sul fine vita è incentrato su aspetti bioetici ineludibili e controversi (che sottintendono il dilemma etico se bisogna eliminare il dolore o il malato) e che sono: la morte dignitosa e senza dolore; le cure palliative; la richiesta di eutanasia e/o suicidio medicalmente assistito a causa del dolore; ed infine la sedazione palliativa profonda, da alcuni considerata forma surrettizia di eutanasia indiretta o di omicidio del consenziente.

UNA RIFLESSIONE BIOETICA

Innanzitutto è da dire che la sedazione palliativa profonda va inquadrata nelle cure palliative avendo caratteristiche e modalità specifiche nell'ambito di queste [4], anche alla luce della Legge n.38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure

palliative e alla terapia del dolore» e come già il CNB nel 2001 aveva sottolineato affermando che «*la terapia del dolore fa parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari*» [5]. Ciò vuol dire che essa rientra pienamente tra i diritti del paziente e può essere parte integrante di una legislazione sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, trattandosi di un atto terapeutico finalizzato ad aiutare l'ammalato «nel processo del morire» piuttosto che «a morire».

Ad una valutazione prettamente bioetica la sedazione palliativa profonda è in linea rispetto ai noti principi del principlismo nordamericano di orientamento intersoggettivista (beneficialità/non maleficità, autonomia e giustizia) [6] ed anche a quelli del personalismo ontologicamente fondato (difesa della vita fisica, libertà/responsabilità, socialità/sussidiarietà, terapeutico) [7].

Le domande che dobbiamo allora porci sono le seguenti: 1. se la sedazione terminale può essere intesa come un'eutanasia o come omicidio del consenziente oppure suicidio medicalmente assistito; 2. se essa può essere inclusa tra le pratiche eutanasiche; 3. se con la sedazione palliativa migliora la qualità della vita del paziente.

La sedazione palliativa non può essere considerata né un'eutanasia diretta o indiretta, né tantomeno un'eutanasia omissiva, tutte accomunate da estrema gravità morale poiché l'intenzione e l'effetto voluto è la morte del paziente.

Risulta anche evidente la distinzione rispetto all'istigazione o aiuto al suicidio, poiché abolendo la coscienza, l'ammalato non potrebbe materialmente realizzare il suo proposito suicida; mentre diversamente dall'omicidio del consenziente, laddove sono coincidenti l'intenzione del medico e la richiesta dell'ammalato nel reclamare un atto eutanasi che si realizzi repentinamente, nella sedazione palliativa profonda il medico valuta clinicamente i sintomi refrattari del paziente e giudica che solo con l'abolizione della coscienza può prevalere su questi.

E' interessante notare che nel documento sopra citato si legge che «*la quantità dell'impegno antalgico, considerata in rapporto con le limitazioni che può comportare per la coscienza e per la stessa durata della vita, va valutata alla luce dell'idea di 'qualità della vita' che ogni persona ha il diritto di formulare per sé*» [8] e pertanto la sedazione palliativa a ben ragione rappresenta una tecnica, un mezzo di cura che rientra nell'ambito più ampio del "prendersi cura" del paziente, dovere deontologico del medico¹.

Ciò nonostante, si è consapevoli che al medico sovente si affacciano aspetti particolarmente critici (come del resto previsto nel recente documento del CNB di cui si argomenta) quali: 1) la problematica di tale pratica nel cosiddetto "distress psicologico" (più difficilmente valutabile ma in ogni caso giudicato per gravità al pari di sintomi fisici incoercibili) e 2) la concomitanza della sospensione di sostegni vitali e in particolare di idratazione ed alimentazione artificiale [9].

Per quest'ultima evenienza il documento del CNB richiama ad una valutazione caso per caso, per cui possiamo dire che se essa non è già stata attivata in precedenza, non è opportuno praticarla nell'imminenza della morte (del resto per esempio l'iperidratazione nel morente può comportare dispnea fino all'edema polmonare) mentre se già è in essere va valutata da parte del medico la sua necessità nel concorrere ad alleviare i sintomi di cui s'è detto. Del resto come già abbiamo affermato in altra riflessione [10] la nutrizione ed idratazione artificiale (Nia) «*in fase terminale si può rivelare non più utile ed efficace per gli scopi per la quale era stata attivata (mantenere l'omeostasi dell'organismo). Se assume i caratteri di accanimento terapeutico e profilandosi come un prolungare ingiustamente il processo del morire, essa va sospesa, configurandosi come "desistenza terapeutica" e mai come abbandono terapeutico*».

CONCLUSIONI

Se la sedazione palliativa profonda è per definizione caratterizzata «*dalla riduzione intenzionale della vigilanza... fino alla perdita della coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione del sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta quindi refrattario*» (Società Italiana di Cure Palliative SICP, Ottobre 2007), essa non può in una legge sul fine vita rappresentare una forma di eutanasia dissimulata perché inequivocabile è la differenza procedurale e soprattutto etica, che si può sintetizzare in quattro ordini di fattori: a) gli obiettivi, b) le finalità, c) i protocolli, d) gli esiti.

E' ormai acclarato che le cure palliative - e la sedazione palliativa profonda rientra tra queste - sono da intendersi come «*un approccio in grado di migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili...*» e soprattutto che sono cure che non intendono anticipare o posporre la morte «*intends neither to hasten or postpone death*» (Palliative care OMS 2013).

Se tutto ciò è vero, cioè se la sedazione palliativa è una pratica terapeutica ben distinta dall'eutanasia da dove nasce l'ambiguità? Individuiamo almeno tre cause:

1. L'equivocità terminologica, che favorisce fraintendimenti e crea disorientamenti. A tal fine è utile ricordare la netta presa di posizione più volte espressa dalla Società Italiana di Cure Palliative [11] ed in particolare si ricorda l'importante comunicato stampa del 18 febbraio 2013, che riportiamo in nota², all'indomani del documento sull'argomento dell'Ordine Nazionale dei Medici

1 Codice Deontologico dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri 2014, art. 39: "il medico non abbandona il malato con prognosi infausta ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la sua opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita"

2 Comunicato della SICP "in merito alle recenti notizie comparse sulla stampa nazionale (Corriere della sera.it, Stampa.it, Repubblica.it del 15 febbraio 2013) in riferimento al documento formulato dall'Ordine Nazionale dei Medici francese dell'8 febbraio ("Fin de vie, assistance a mourir") la SICP puntualizza come, ancora una volta, venga utilizzata una terminologia clinica e bioetica impropria

francese - come è noto in Francia vige la legge Leonetti contro l'accanimento terapeutico ma l'eutanasia resta illegale - di cui tra l'altro la stampa ne dava conto in modo improprio: «Francia: i medici aprono all'eutanasia» (Corriere della sera); «Francia apre ad eutanasia assistita. Invocato il 'diritto all'umanità'» (L'Unità).

2. Un' illegittima equiparazione morale tra il procurare volontariamente la morte e la sedazione palliativa che si rivendica sostenendo che con l'abolizione continua della coscienza, quel tempo (di ore o di giorni) fino al sopraggiungere della morte non ha per il paziente significato esistenziale e valoriale. Ciò è espressione di un'etica utilitarista e consequenzialista, fondata sul criterio dell'autocoscienza e consapevolezza di sé in relazione con il mondo esterno, il solo che possa caratterizzare l'identità di persona e che quando questa manchi non è una vita degna di essere vissuta.

3. Una tacita approvazione di trovarsi con la sedazione palliativa in una sorta di zona grigia o di realtà ambigua - giacché la tematica dell'eutanasia nella società non è unanimemente valutata favorevolmente ed è largamente ritenuta a livello deontologico e scientifico un'opzione incompatibile con la prassi medica³ (per non dire che l'omicidio del consenziente è reato, art.579 c.p.) - nella quale si pone fine alla vita del paziente ma il medico è sollevato da responsabilità penali, deontologiche e morali.

In conclusione, la pratica medica della sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte è un mezzo il cui fine è alleviare il dolore e i sintomi refrattari altrimenti incontrollabili e non un effetto collaterale della somministrazione di analgesici, né tantomeno trattasi di una prassi eutanassica[12]. Ciò nonostante, benché le sue problematiche siano affrontate in modo puntuale nel recente documento del CNB di cui s'è detto, può suscitare controversie per la discordante valutazione che ad essa si vuole dare e che nasce su profili non scientifici e metodologici che appaiono largamente acclarati dalla comunità scientifica, ma su quelli etici e bioetici cui sottendono antropologie di riferimento differenti.

BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, 29 gennaio 2016: “*Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*”
2. BROECKAERT B., NÚÑEZ OLARTE J.M.: *Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts*. In H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, Open University Press, 2002, Buckingham-Philadelphia
3. BILLINGS J, BLOCK S.: *Slow euthanasia*. *J Palliat Care*, 1996; 12: 20–21
4. AA.VV.: *A tre anni dalla Legge 15 marzo 2010 n.38 sulle cure palliative e la terapia del dolore*. *Medicina e Morale*, 2013/1
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, 30 marzo 2001, “*La terapia del dolore: orientamenti bioetici*”
6. *Bioetica: manuale per i diplomati universitari della sanità*. A cura di Elio Sgreccia, Antonio G. Spagnolo, Maria Luisa Di Pietro, Milano, Vita & Pensiero, 2002, pp.140,142
7. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, Vol. 1 pp.70-78
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, 30 marzo 2001: “*La terapia del dolore: orientamenti bioetici*”
9. MORI M.: *Sulla distinzione tra eutanasia e sospensione delle terapie: analisi delle argomentazioni nell'etica laica*, in *Oltre l'eutanasia e l'accanimento terapeutico: politica, scienza e morale*. A cura di V. Salvoldi, Bologna 1991, pp. 125-180
10. BATTIMELLI G.: “*Nutrizione ed Idratazione Artificiale (NIA) nei documenti di alcune società scientifiche: una riflessione bioetica*”. *Medicina e Morale* 2011/3 pp. 431-432
11. Società Italiana di Cure Palliative. *Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa*. Ottobre 2007 - Comunicato della SICP “*La sedazione palliativa/terminale non va confusa con l'eutanasia o il suicidio medicalmente assistito*”. Milano, 30 marzo 2015 - Comunicato della SICP. “*La SICIP ribadisce che la Sedazione Palliativa/Terminale non è eutanasia né suicidio assistito*”. Milano, 26 novembre 2015
12. ORSI L.: *Sedazione terminale/palliativa*. *La rivista italiana di Cure Palliative*, Dossier n.4, 2012; vol.14: 2

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

per parlare dei problemi del fine vita; in particolare si crea una notevole confusione fra eutanasia e sedazione terminale/palliativa. Peraltro, anche il testo originale adottato dall'Ordre National des Medecins dà adito a dubbi interpretativi per l'ambiguità dei termini utilizzati in quanto al punto 2 unisce parole che fanno riferimento a sofferenze fisiche e psichiche usualmente trattabili e trattate con la sedazione terminale/palliativa con parole che fanno riferimento a procedure che sono invece tipiche dell'eutanasia (situazione clinica eccezionale, richiesta libera, ripetuta e lucida del malato, collegio di medici che valuta la situazione, decisione collegiale di effettuazione della procedura, possibilità di obiezione di coscienza del medico)”. Milano 18 febbraio 2013.

- 3 Codice Deontologico dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri 2014, art. 17 *Atti finalizzati a provocare la morte: Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte.*

Convegni

- 5 maggio 2016 – Salerno
“Antibioticoterapia: quando e come”
Segreteria Scientifica: I. Cerino, M. Colucci
Segreteria Organizzativa: Cippus
Tel. 081.19203453/41 – e.mail: v.destefano@cippus.it
- 5-9 settembre 2016 – Buenos Aires (Argentina)
“45th Congress of the International Society for the History of Medicine”
Segreteria Scientifica: G. Zanchin, Ana Maria Rosso
Segreteria Organizzativa: Ana Juan Congressos
Tel. +54.1147014051– e-mail: karina.palacio@anajuan.com
- 29 settembre 2016 – Padova
“51° Congresso Nazionale Società Italiana di Storia della Medicina”
Segreteria Scientifica: M. Rippa Bonati
Segreteria Organizzativa: S. Ferretto, A. Cozza
Tel. 340.173144 – e-mail: congressosism2016@gmail.com
- 1 ottobre – 5 novembre – 26 novembre – 17 dicembre 2016 – Salerno
Il ruolo della Medicina Biologica nell’ambulatorio del Medico e del Pediatra di famiglia”
Segreteria Scientifica: M. Colucci, A. Fresa
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici di Salerno
www.ordinemedicisalerno.it
- 14 ottobre 2016 – Ercolano (NA)
“Oncologia 2016: Aggiornamento delle Linee Guida Terapie di supporto e gestione delle tossicità”
Segreteria Scientifica: R. Dell’Aversano, S. Strazzullo
Segreteria Organizzativa: Matmedia
Tel. 081.405448 – e-mail: mat.media@fastwebnet.it

20 bustine
da 4 g

Candirex

Forte



Candirex
Forte

20 bustine

Integratore alimentare
simbiotico a base di
fermenti lattici



Elleva PHARMA S.r.l.
Via San Francesco 5/7 - 40064 - Sesto San Giovanni (BO) - Italia



CANDIREX FORTE 20 BUSTINE