

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVII * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 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 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 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 € 40,00 - Socio Onorario € 80,00

Numeri arretrati e Supplementi € 15,00 - Atti Congressi € 30,00

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 Maggio 2017.





SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Antonio Farella, Federica Piccolo, Angelo Romano, Esmeralda Scipilliti, Raffaele Liuzzi</i> Integratori alimentari a base di fermenti lattici (CANDIREX forte®) nella prevenzione della tossicità gastrointestinale acuta radioindotta in pazienti affetti da carcinoma del retto	Pag. 57
<i>Giuseppe Pistolese</i> Patologie da Ring e non	Pag. 60
<i>Giuseppe Battimelli</i> È sempre lecito il rifiuto delle cure?	Pag. 61
Libri ricevuti	Pag. 62
<i>Giuseppe Lauriello</i> Il <i>Mal Sottile</i> nella narrativa occidentale	Pag. 63
Indice dei contenuti	Pag. 68
Indice degli autori	Pag. 70
Parole chiave	Pag. 71



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2017.

Mario Colucci

Socio Ordinario: € 40,00

Socio Sostenitore: € 80,00

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".

A.O.U. "FEDERICO II" NAPOLI
DAI DI DIAGNOSTICA MORFOLOGICA
E FUNZIONALE, RADIOTERAPIA
E MEDICINA LEGALE

* I.B.B. ISTITUTO DI BIOSTRUTTURE
E BIOIMMAGINI,
CNR NAPOLI

Integratori alimentari a base di fermenti lattici (CANDIREX forte®) nella prevenzione della tossicità gastrointestinale acuta radioindotta in pazienti affetti da carcinoma del retto

Antonio Farella, Federica Piccolo, Angelo Romano, Esmeralda Scipilliti, Raffaele Liuzzi*

Parole chiave: Diarrea, probiotici, carcinoma del retto, Candirex, trattamento radioterapico.

Key Words: Diarrhea, probiotics, rectal cancer, Candirex, radiotherapy treatment.

RIASSUNTO

L'enterite attinica è uno degli effetti collaterali più frequentemente riscontrato in corso di trattamento radiante sulla pelvi e può essere definita come un'infiammazione e irritazione intestinale che si traduce in sintomi e segni clinici, quali diarrea, crampi addominali, tenesmo e disidratazione. Lo studio vuole dimostrare che l'assunzione quotidiana di integratori alimentari a base di inulina e lactobacilli può prevenire o ridurre la comparsa di tossicità gastrointestinale acuta indotta dal trattamento radioterapico in pazienti affetti da carcinoma del retto e migliorarne la compliance del paziente al trattamento stesso.

SUMMARY

The actinic enteritis is one of the Side Effects most frequently observed in the course of radiation treatment on pelvis and may be defined as an intestinal irritation that results in symptoms and clinical signs, such as diarrhea, abdominal cramps, tenesmus and dehydration. This study wants to prove that the daily intake of inulin and lactobacilli dietary supplements can prevent or reduce the appearance of acute gastrointestinal toxicity induced by radiotherapy treatment in patients affected by rectal cancer and improve the compliance of the patient to the treatment.

INTRODUZIONE

Il trattamento radioterapico sulla pelvi oggi è considerato uno standard terapeutico per il carcinoma del retto. La tossicità gastrointestinale indotta dalla radioterapia rappresenta una condizione frequentemente osservata nella pratica clinica e risulta essere correlata al volume di trattamento, alla dose/frazione, alla dose totale ed alla tecnica di trattamento utilizzata.

Per il rapido turnover che lo caratterizza il tratto gastroenterico appare particolarmente suscettibile ai danni indotti dalle radiazioni ionizzanti. Alla base dell'enterite attinica c'è un danno al piccolo intestino dovuto alla vicinanza delle anse intestinali al bersaglio del trattamento radioterapico.

Il danno radiante determina riduzione della capacità di assorbimento da parte della mucosa; l'alterazione dell'ar-

chitettura dei villi intestinali si accompagna ad un deficit enzimatico ed un'alterata digestione delle macromolecole presenti nel lume. Tutto ciò si traduce in accumulo di glucidi e peptoni che, per osmosi, richiamano liquidi (diarrea acquosa), aumento di residui organici con riduzione del pH colico con aumento della crescita batterica associata a dismicrobismo, quindi mancato riassorbimento di liquidi ed elettroni, produzione di gas che scatena dolori crampiformi ed iperperistaltismo per la secrezione di endotossine. La comparsa e la persistenza di sintomi quali diarrea, gonfiore addominale, tenesmo, dolori crampiformi e disidratazione può influenzare la compliance del paziente al trattamento radioterapico ed incidere sulla sua efficacia.

Per tale ragione, la prevenzione della tossicità gastroenterica è un aspetto non trascurabile.

Lo scopo dello studio è valutare come l'assunzione quotidiana, a partire dalla prima seduta e per tutta la durata del trattamento radiante, di CANDIREX forte, un integratore alimentare a base di inulina, lactobacillus acidophilus e lactobacillus acidophilus DDS1, possa prevenire o limitare l'evoluzione della tossicità gastrointestinale associata al trattamento stesso.

I lattobacilli sono microorganismi produttori di perossido di idrogeno e acidofilina, lattobacillina e lactocitidina, veri e propri antibiotici naturali, capaci di inibire la crescita di batteri patogeni, quali Candida Albicans, Clostridium Perfringens, E. Coli, Klebsiella, Proteus vulgaris, Pseudomonas, Salmonella Typhosa, Shigella Dysenteriae, Staphylococcus Aureus, Streptococcus Fecalis.

PAZIENTI E METODI

Da gennaio 2014 a febbraio 2016 sono stati arruolati 39 pazienti affetti da carcinoma del retto, 19 di questi in stadio II e 20 in stadio III; 22 hanno ricevuto trattamento radioterapico adiuvante e 17 neoadiuvante, tutti con dose totale di 45 Gy in 25 frazioni da 180 cGy con tecnica 3D-crt in associazione a trattamento farmacologico con fluoropirimidine. Il campione è stato suddiviso in maniera randomizzata in due gruppi: gruppo A e gruppo B.

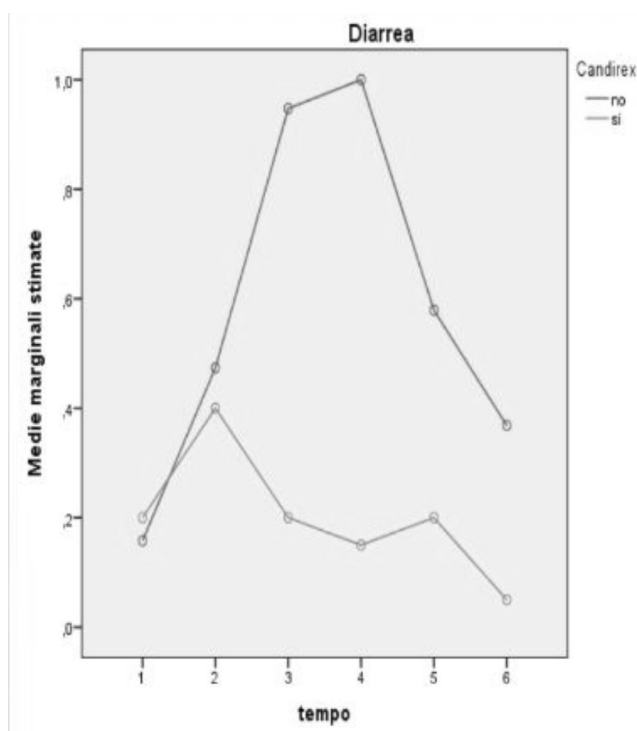
Al gruppo A è stato prescritto CANDIREX forte da assumere quotidianamente per tutta la durata del trattamento radioterapico; al gruppo B (gruppo controllo) non è stato prescritto alcun integratore a base di fermenti lattici. Durante tutto il trattamento è stata valutata la tossicità gastrointestinale settimanalmente in relazione alla comparsa e/o presenza di diarrea, costipazione e dolori addominali, secondo la scala CTCAE v 4.02.

Per quanto riguarda l'analisi statistica, i dati sono stati espressi come media e deviazione standard mentre quelli categorici come percentuale. Per evidenziare un diverso comportamento nel tempo tra i due gruppi in esame è stato utilizzato il modello lineare generalizzato per misure ripetute (ANOVA a due vie). Un valore di p minore o uguale al 5% è stato considerato statisticamente significativo.

RISULTATI

Il massimo grado di tossicità in termini di costipazione e dolori addominali è stato, rispettivamente, G1 e G2 in entrambi i gruppi.

Diversamente, la diarrea è stata riscontrata nel 30% (6) dei pazienti in trattamento con CANDIREX forte e nel 80% del gruppo controllo; è emersa una dipendenza statisticamente significativa ($p=0.02$) tra il grado di tossicità e il tempo di comparsa nei due gruppi ($p=0.03$). In particolare, nel gruppo A è stata registrata la comparsa di diarrea di basso grado (G1) a partire dalla seconda settimana di trattamento che si è mantenuta stazionaria fino alla fine ed in alcuni casi addirittura rientrata prima della fine del trattamento. Nel gruppo di controllo B si è osservata la comparsa precoce (1-2 settimane) di diarrea di basso grado G1 che in non pochi casi è evoluta in diarrea G2 in diversi pazienti verso la fine del trattamento.



CONCLUSIONI

Lo studio condotto presso la nostra struttura suggerisce che l'utilizzo di integratori alimentari a base di inulina e lattobacilli, assunti quotidianamente per tutta la durata del trattamento radioterapico sulla regione pelvica, possono contribuire a ridurre sensibilmente il grado e la progressione della tossicità gastrointestinale acuta, in particolar modo della diarrea.

Dalla nostra esperienza è emerso, pertanto, che CANDIREX forte è un valido supporto alla terapia radiante nei pazienti affetti da carcinoma del retto, sottoposti a trattamento CHT-RT concomitante.

BIBLIOGRAFIA

- ZIMMERER T, BOECKER U, WENZ F et al.: *Medical Prevention and Treatment of Acute and Chronic Radiation Induced Enteritis - Is there any Proven Therapy? A Short Review*. Z. Gastroenterol 2008;46:441-448.
- KAVANAGH BD, PAN CC, DAWSON LA et al.: *Radiation dose-volume effects in the stomach and small bowel*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010 Mar1;76(3 Suppl):S101-7.
- BOSSET JF, COLLETTE L, CALAIS G et al.: *Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer*. N Engl J Med 2006 Sep14;335 (11):1114-23.
- KILIC D, EGEHAN I, OZENIRLER S et al.: *Double-blinded, randomized, placebo-controlled study to evaluate the effectiveness of sulphasalazine in preventing acute gastrointestinal complications due to radiotherapy*. Radiother Oncol 2000;57:125-129.
- DELIA P, SANSOTTA G, DONATO V et al.: *Use of probiotics for prevention of radiation-induced diarrhea*. World J Gastroenterol 2007;13:912-915.
- YAVUZ MN, YAVUZ AA, AYDIN F et al.: *The efficacy of octreotide in the therapy of acute radiation induced diarrhea: a randomized controlled study*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002 Sep1;54(1):195-202.
- SHADAD AK, SULLIVAN FJ, MARTIN JD et al.: *Gastrointestinal radiation injury: Prevention and treatment*. World J Gastroenterol 2013 Jan 14;19(2):199-208.
- WANG-CHESEBRO A, XIA P, COLEMAN J et al.: *Intensity-modulated radiotherapy improves lymph node coverage and dose to critical structures compared with three-dimensional conformal radiation therapy in clinically localized prostate cancer* Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006 Nov 1;66(3):654-62.
- THEIS VS, SRIPADAM R, RAMANI V et al.: *Chronic Radiation Enteritis*. Clinical Oncology 2010;22:70-83.
- ANDREYEV J. *Gastrointestinal symptoms after pelvic radiotherapy: a new understanding to improve*



- management of symptomatic patients. Lancet Oncol* 2007;8:1007-17.
11. ADDEO R, NAPPI A, DEL PRETE S *Efficacia e tollerabilità della somministrazione di CANDIREX (Inulina, Lactobacillus Acidophilus, Lactobacillus Acidophilus DDSI, in pazienti affetti da neoplasie gastroenteriche in corso di trattamento chemioterapico* Civitas Hippocratica anno XXXVII gennaio-febbraio 2016; 5-7
 12. BURMAN C, KUTCHER GJ, EMAMI D et al.: *Fitting of normal tissue tolerance data to an analytic function* Int J Radiat Oncol Biol Phys, 21 (1991), pp- 121-135
 13. *Common Terminology Criteria for Adverse Events CTCAE v 4.02*

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Antonio Farella
e-mail: antoniofarella@hotmail.com

Patologie da Ring e non

Sabato, 13 maggio 2017

**SALA CONFERENZE
dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
della provincia di Salerno**

Organizzato da
dott.ssa CLEMENTINA SAVASTANO

in collaborazione con
LILT- sezione provinciale di Salerno

con il patrocinio di
OMCeO

A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona
di Salerno

Presidente del Corso
Clementina SAVASTANO

Il convegno nasce dalla necessità di aggiornare le conoscenze considerato che continua in maniera esponenziale la crescita del numero di molecole che si aggiungono all'armamentario terapeutico dell'oncologo medico.

Mentre per gli antitumorali si registrano novità contenute, l'immunoterapia e la target therapy anche in combinazione rendono indispensabile un aggiornamento e una competenza nell'utilizzo degli stessi soprattutto nella gestione di effetti collaterali ma anche nei criteri di valutazione di risposta completamente diversi da quelli della classica chemioterapia.

La biologia molecolare e la definizione e identificazione di recettori specifici consentono abbastanza facilmente la decisione terapeutica nelle patologie a bersaglio, mutati o wild per esempio. C'è d'altronde, un'ampia gamma di patologie dove l'immuno, o la target therapy o la stessa chemioterapia potrebbero avere gli stessi out come.

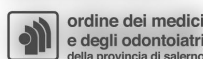
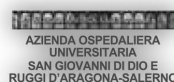
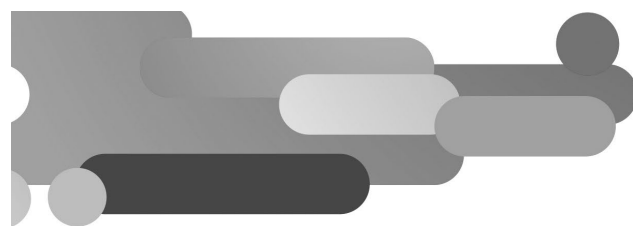
In assenza di studi clinici soprattutto head to head sono poi l'esperienza, oltre ai dati di letteratura, o la preferenza del singolo oncologo a determinare la scelta terapeutica (ovviamente senza dimenticare gli algoritmi forzati dell'AIFA).

Questo convegno, nell'ambito dell'aggiornamento GOIM Campania si propone di tentare un ring tra opinion leader per determinare quelle che sono le terapie più utilizzate e che nella real life consentano le migliori risposte.

Risulta, in conclusione, una puntualizzazione dei nuovi dati emersi dagli ultimi convegni ASCO-ESMO-AIOM traslati nei DH oncologici con dati provenienti anche dagli EAS.

E' prevista la partecipazione di numerosi opinion-leader nazionali e regionali.

Giuseppe Pistolese



Salerno

Sala Conferenze Ordine dei Medici
via SS. Martiri Salernitani, 31

13 sabato
maggio
2017



È sempre lecito il rifiuto delle cure?

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: Rifiuto delle cure, posizione di garanzia del medico, paziente competente ed incompetente

Ricevuto in Redazione il 3 aprile 2017

Key Words: Denial of care, the medical collateral position, competent and incompetent patient.

RIASSUNTO

L'Autore affronta la problematica, che è ad un tempo deontologica, giuridica ed etica, della liceità del rifiuto delle cure da parte del paziente consapevole e cosciente. Tale rifiuto è legittimo dal punto di vista giuridico ma diventa invece più complesso se si esamina dal punto di vista etico e bioetico, perché ciò che è statuito dal diritto, diventa talvolta non ammissibile o quanto meno non condivisibile e in ogni caso problematico in particolare per cure proporzionate ed ordinarie, soprattutto se salvavita. Nel caso di paziente incompetente l'A. mette in risalto la figura del medico e la sua "posizione di garanzia" che lo contraddistingue, espressione della tutela della persona fragile, contro ogni intento eutanasi da un lato e contro ogni procedura di accanimento o di abbandono terapeutico.

SUMMARY

The author deals with the problem, which is at the same time, ethical, legal and ethical, of the legality of the refusal of care by the informed and conscious patient. This refusal is legitimate from a legal point of view but instead becomes more complex if you examine it from the ethical and bioethical point of view, because what is ruled by law, sometimes becomes not admissible or at least not sharable and in any case problematic in particular for proportionate and ordinary treatment, especially if life-saving. In the case of the incompetent patient the author highlights the figure of the doctor and his "position of guarantee" that distinguishes him as expression of the protection of the fragile person, against any intent of euthanasia on one side and against each procedure of therapeutic persistence or therapeutic abandonment on the other side.

INTRODUZIONE

Una delle questioni bioetiche più dibattute (peraltro non nuova) che è ad un tempo deontologica, giuridica ed etica è la seguente: è lecito il rifiuto delle cure? Il paziente può rifiutare qualsiasi terapia, anche quelle salvavita? Si paventa in questo modo la realizzazione di una pratica eutanasi, mediante uno scivolamento magari surrettizio verso il suicidio assistito o l'omicidio del consenziente (peraltro gravi reati penali previsti dal nostro codice rispettivamente art. 580 e art. 579 c.p.) o non è piuttosto il rifiuto a forme di accanimento terapeutico?

In un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica [1] di qualche anno fa già veniva affrontata la questione alquanto delicata e in particolare: 1) la distinzione tra rifiuto (da intendersi la non attivazione) e la rinuncia (cioè la sospensione di procedure già in atto) di trattamenti sanitari, anche di quelli salvavita; 2) la differenziazione, soprattutto riguardo alla sospensione, tra paziente in grado autonomamente di procedere nella sua determinazione e quello che a causa della sua condizione clinica, richiedeva l'intervento di un'altra figura (in genere il medico) che ottemperasse alla richiesta (per esempio per spegnere il ventilatore automatico); ed infine 3) si prendeva in esame solo il caso del paziente competente, cioè cosciente e consapevole nella determinazione al rifiuto/rinuncia e non anche di quello incapace di esprimersi e di decidere in merito.

E' possibile rifiutare una terapia? E qualsiasi terapia? Questi interrogativi rimandano in effetti e si riconnettono, come è facile intuire, ad una serie di altri ineludibili questioni di grande rilevanza quali: l'autonomia del paziente, il consenso informato, l'alleanza di cura medico-paziente, il progresso medico e bio-tecnologico, ecc. e a tutta una serie di aspetti che brevemente cercheremo di analizzare, che rendono ancor più problematiche le decisioni sia del paziente che del medico come anche del caregiver o dei familiari e che meritano certamente attenzione e approfondimento.

Autodeterminazione e posizione di garanzia del medico

Il principio di autonomia, che significa: ciascuno decide liberamente rispetto alla propria salute o malattia (*ma anche circa la propria e l'altrui morte? potremmo domandarci*), affermato in campo bioetico, insieme ai noti principi di beneficiabilità, non

maleficenza e di giustizia, rientra nella teoria del cosiddetto principlialismo, propugnata dagli autori nordamericani Beauchamp e Childress [2].

A tale riguardo è bene precisare quanto segue. I sunnominati principi necessitano a loro volta di una giustificazione e di una fondazione, come rilevato da eminenti studiosi, perché *“rimane da precisare che cosa sia il bene ed il male per un paziente ed inoltre è necessario che tra gli stessi principi sia stabilita una gerarchia soprattutto tra il principio di autonomia ed il principio di beneficenza. Occorre che il primo sia subordinato al secondo, altrimenti non è garantita la stessa autonomia dei soggetti, specialmente quando il malato non è in grado di esercitare l'autodeterminazione o quando l'autonomia del medico e del paziente fossero tra loro in contrasto. Per una conciliazione del principio di autonomia con quello di beneficenza, occorre trovare un punto d'incontro reale nella ricerca del vero bene della persona”* [3].

L'autodeterminazione della persona per quanto riguarda i trattamenti sanitari sicuramente è in rapporto con il consenso informato, da cui ogni atto medico non può prescindere, rendendolo legalmente lecito.

L'introduzione del consenso informato nella prassi medica, ha sancito, come è noto, la fine del paternalismo medico di ispirazione ippocratica, quando al medico veniva riconosciuta una supremazia ed una incontestabile autorità decisionale, perché ritenuta insitamente finalizzata al bene del paziente.

Come ormai universalmente acclarato dai vari pronunciamenti e sentenze della Cassazione Penale [4], ma anche dalla Convenzione di Oviedo [5], dalla Costituzione Europea [6], dal Comitato Nazionale per la Bioetica [7] e dal Codice di Deontologia Medica [8], nessun atto medico può essere compiuto, e perciò stesso legittimato, senza il consenso esplicito, attuale, libero e formale del paziente.

Ma è soprattutto il riferimento agli art. 2 e 13 e al citatissimo art. 32 della Costituzione che sovente viene messo in evidenza dai sostenitori del principio di autonomia (ma anche dai fautori del principio dell'indisponibilità della vita) e che integralmente recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Quando parliamo di consenso informato dobbiamo quindi tenere presente: 1°) il diritto del malato all'autodeterminazione; 2°) il diritto alla salute di ogni persona; 3°) il dovere del medico di curare (posizione di garanzia); 4°) il dovere dello Stato di tutelare la salute dell'individuo e della collettività.

Pertanto dal punto di vista giuridico per la persona competente (cioè consapevole e cosciente) non vi è dubbio sulla legittimità e liceità di rifiuto /rinuncia delle cure giacché, se è vero che in capo al medico vi è un “dovere di cura” e al paziente “un diritto di essere curato”, non esiste un “dovere di curarsi” individuale (persino nei trattamenti salvavita), e meno che mai se questo obbligo è imposto coercitivamente (vedasi al riguardo tra le altre, la nota sentenza della Corte Costituzionale n. 238/1996) se non nei limiti previsti sempre dal citato art. 32, comma 2, della Carta Costituzionale.

Cosicché la capacità tecnico-scientifica, giuridica e morale del medico di curare si esplica e si giustifica di fatto nel potere di intervento di diagnosi e cura solo dopo un'approvazione legittimante del paziente.

Il problema così delineato diventa invece più complesso se si esamina dal punto di vista etico e bioetico, perché ciò che è statuito dal diritto diventa talvolta non ammissibile o quanto meno non condivisibile e in ogni caso problematico: terapie proporzionate ed ordinarie sono moralmente da accettare, anche se il diritto mi consente di rifiutarle; terapie invece non proporzionate o inutili o futili (rispetto alla finalità del benessere e dell'interesse del paziente) o straordinarie o rischiose o onerose (anche psicologicamente) sono moralmente, giuridicamente e deontologicamente illecite, configurandosi come accanimento terapeutico, che va in ogni caso condannato e respinto.

D'altro canto, la rinuncia ad ogni trattamento che si configuri come accanimento terapeutico non è da intendersi implicitamente o manifestatamente come accettazione e legittimazione di qualsivoglia pratica eutanassica passiva, perché è netta la distinzione, appunto scientificamente, deontologicamente e moralmente, tra le due azioni.

Quindi, pur volendo ammettere una legittimazione giuridica al rifiuto/ rinuncia delle cure, non si può negare che nei casi delineati si presentino gravi interrogativi, in tutta la loro drammaticità e problematicità, alla coscienza personale, soprattutto a quella del medico.

Il problema si acuisce ancor di più nel caso di persona incompetente, che non può a causa del suo stato assumere decisioni e autodeterminarsi.

In tal caso la sua tutela è in capo ad un fiduciario ma, a parer nostro, è rilevante la figura del medico nella sua specifica “posizione di garanzia”, espressione della tutela della persona fragile riguardo alla sua vita e alla sua salute, sempre nel rispetto della dignità della persona, contro ogni intento eutanassico da un lato e contro ogni procedura di accanimento o di abbandono terapeutico dall'altro.

CONCLUSIONI

Sovente si fronteggiano due opposte tendenze culturali che fanno riferimento ad antropologie diverse e, contrapponendosi anche ideologicamente, radicalizzano, fino ad esasperare, le rispettive opinioni.

Da una parte si vuole sfuggire ad una tecnologia biomedica, giudicata invadente e oppressiva, persino “abusiva” [9], che addirittura maltratta e non soltanto tratta l'ammalato, nel timore che ciascuno possa diventare suo ostaggio; dall'altra viceversa

si assegna un potere illimitato ed una fede che sconfina in una presunzione di onnipotenza della medicina da parte di chi, magari anche inconsapevolmente, chiede di prolungare la vita umana, ormai giunta al termine, contro ogni ragionevole ed irrefutabile evidenza umana e scientifica.

Importante è rifuggire da due opposti intendimenti: che ogni tecnica sia un accanimento terapeutico; che ogni tecnica debba sempre e comunque essere applicata.

Il problema del rifiuto/rinuncia alle cure è quindi la competenza del malato.

Davanti alla decisione di un paziente competente ed informato che chiede di non essere sottoposto ad alcuna terapia – anche se da questa decisione ne consegue un rischio di vita – il medico deve fermarsi, *“ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita”* (Codice deontologico, art.39).

D'altra parte, il medico che non ritenesse legittimo il rifiuto di un mezzo tecnico moralmente accettabile e non riuscisse nell'intento di persuadere il suo paziente della necessità, utilità, finalità di esso per la salvaguardia del bene salute e addirittura del bene vita, in coscienza potrebbe richiedere di essere sollevato dall'impegno professionale, giacché il solo rifiuto del paziente ad un determinato mezzo non è sufficiente per connotarlo come straordinario.

Invece le perplessità sorgono quando il paziente non è cosciente: in questa condizione di massima fragilità della persona – quando deve essere massima la tutela – è la “posizione di garanzia del medico” che può proteggere l'ammalato; funzione ben riconosciuta e fondata sul disposto del capoverso dell'art. 40 cod. pen. (*“...non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”*), laddove vi è una tutela da parte di un garante (il medico) di particolari beni (in tal caso la salute e la vita), che, chi ne ha la titolarità, non è in grado di salvaguardarli compiutamente (vedi anche l'art.32 del Codice deontologico).

L'oramai abusato riferimento all'alleanza di cura su cui deve essere basato il rapporto medico paziente, deve sostanziarsi invece su precise domande che il medico deve innanzitutto fare a se stesso: una terapia fino a quando è lecita e fino a quando si configura accanimento terapeutico? Questa terapia comporta un'utilità reale (dato oggettivo basato su valutazioni scientifiche della proporzionalità delle cure) per il mio paziente? È per lui invece un ulteriore aggravio della sofferenza o gli comporta un maggiore disagio fisico, psicologico o morale? (dato soggettivo di cui bisogna tenere conto riguardo al giudizio di ordinarietà/straordinarietà delle cure).

Così come l'ammalato dal canto suo deve domandarsi: fino a quando e fin dove posso chiedere di sospendere o di non attivare terapie e/o sostegni vitali, senza perciò stesso chiedere un aiuto al suicidio o surrettiziamente una forma di eutanasia?

Se esiste il diritto ad essere curati per cure proporzionate e ordinarie, esiste anche il diritto a non essere curati per cure sproporzionate e straordinarie e non sempre una cura razionale è anche una cura ragionevole, considerato il contesto clinico e la contingenza umana, culturale e familiare.

Il medico quindi, non può prescindere da un giudizio morale che precede e fonda il suo operare sia per una valutazione dei mezzi tecnici da utilizzare sia per una valutazione umana prima ancora che professionale nei riguardi del paziente che ha di fronte e che deve curare.

Fondamentale in definitiva è che la coscienza della persona che vive la fase della malattia e soprattutto quella terminale dell'esistenza e la coscienza del medico chiamato all'assistenza e alla cura, siano capaci di discernimento, tra le molte spinte e sfide che da ogni parte e in modo crescente e complesso le provocano, affinché la libertà dell'uno e la coscienza e la scienza dell'altro, siano coniugate con la verità ed il bene morale.

BIBLIOGRAFIA

1. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: Parere su “Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico”, 24 ottobre 2008
2. REICH WARREN T.: Encyclopedia of Bioethics. : Macmillan Pub. Co. New York: Simon & Schuster Macmillan ; London: Prentice Hall International, ©1995
3. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, Vol. 1 pp. 69-70
4. Corte di Cassazione, Sez. IV Penale. Sentenza 20 gennaio 2014 n. 2347. Pres. Zecca – est. Massafra
5. Convenzione di Oviedo [Consiglio d'Europa - 1997], Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina) - Art. 5
6. Costituzione europea: carta dei diritti fondamentali dell'Unione, 29/10/2004, Parte II – Art. II 63
7. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: Parere su “Informazione e consenso all'atto medico”; 20 giugno 1992
8. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2014 - Art. 35 Consenso e dissenso informato
9. Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede. Dichiarazione sull'eutanasia “Iura et Bona”, 5 maggio 1980

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Giuseppe Battimelli
e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Libri ricevuti

Giuliano Da Villa

Moralba – Dimagrire e invecchiare in salute

Ed. Albatros, 2016, pag. 151, €. 12,00

Il Prof. Giuliano Da Villa, endocrinologo ed esperto di alimentazione, ha recentemente dato alle stampe questo libro in cui sono riportate le linee guida della **Dieta Moralba**.

Questa dieta, ripartita in quattro schemi alimentari (1^a, 2^a, 3^a e 4^a fase), si basa sull'utilizzo di un'alimentazione particolare a base di vegetali, frutta e proteine e con la limitazione degli alimenti contenenti carboidrati ingrassanti come la pasta, il riso, le patate, i dolci, i gelati, etc.

La novità di questa dieta consiste nel concedere ai golosi il consumo dei cibi contenenti i suddetti carboidrati ingrassanti aiutandoli con l'assunzione contemporanea di un estratto del gelso bianco giapponese che è in grado di evitare l'assorbimento intestinale degli zuccheri con la riduzione della glicemia e della insulinemia post-prandiale.

Il libro fornisce specifici suggerimenti grazie ai quali, come è stato sperimentato su soggetti volontari obesi, è possibile ridurre il proprio peso corporeo e migliorare la propria salute.



Storia della Medicina

Il Mal Sottile nella narrativa occidentale

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

Parole chiave: Tubercolosi, Tubercolosi nella narrativa.

Key Words: Tuberculosis, Tuberculosis in the fiction.

Ricevuto in Redazione il 6 aprile 2017

RIASSUNTO

Il mal sottile nella narrativa occidentale. L'A. ricorda con un breve commento i più avvincenti romanzi sulla tubercolosi, presenti nella letteratura occidentale.

SUMMARY

Tuberculosis in the western fiction. The A. reminds with a short comment the more gripping novels of the western literature about the tuberculosis.

La tisi, il mal sottile, è stata allo sguardo e alla sensibilità dell'artista sempre qualcosa di interessante, degno di essere raccontato, esaltato, sublimato, sì da diventare un argomento letterario, forse per il suo atteggiamento di profondo languore o forse per il carico indefinito di mistero, di magia, di seduzione, che ha sempre destato questa malattia. La ritroviamo non infrequentemente come tema ricorrente nella narrativa mondiale, ma specie in quella occidentale, dove il malato, il personaggio che ne è affetto, spesso protagonista, è presentato quasi sempre come eroe sfortunato nella sua fragilità, caricato di inusitata grandezza fatta di metafore, messaggi, significati remoti ed appassionanti.

Le prime storie ad impronta decisamente romantica, in cui la tisi domina la scena, compaiono intorno alla metà del XIX secolo; di queste, due sono le più emblematiche: una appartiene alla letteratura francese ed è la ben nota **Signora dalle camelie**, "La Dame aux camélias" di Alessandro Dumas figlio del 1848; l'altra alla letteratura italiana: **Fede e bellezza** di Niccolò Tommaseo del 1840. **La signora dalle camelie** è il dramma tipicamente romantico della volontaria e sofferta rinuncia all'amore e dell'abbandono all'angosciante avanzata della morte, splendidamente interpretata dalla *Traviata* verdiana. **Fede e bellezza** invece narra il declino di una donna innamorata e abbandonata nella spirale irreversibile della tisi.

Nella seconda metà del secolo s'impone la letteratura verista con la descrizione realistica e fredda dei sentimenti umani, il ripudio del sentimentalismo e l'adozione di immagini concrete tratte da episodi di vita vissuta in una visione più cinica e spregiudicata, un'interpretazione in cui la malattia rappresenta quasi l'apoteosi della perdizione, l'ultimo atto di un mondo vizioso ed estremo. Finalizzata quindi a descrivere un universo sordido e desolato, la tisi diviene pabulum per questo genere di letteratura. Ed a proposito di quella italiana, ci piace ricordare alcuni romanzi all'epoca di larga fama come: **L'altri** di Carlo Dossi del 1868, che descrive l'idillio di un bambino per la sua coetanea, che vede consumarsi giorno dopo giorno dalla malattia ed improvvisamente scomparire nel mistero della morte, e **Fosca** di Iginio Tarchetti del 1869, in cui aleggia l'atmosfera cupa della morbosa passione di due torbidi protagonisti e si conclude in un abietto finale.

Ricordiamo ancora i due noti romanzi di Giovanni Verga: **Eva** e **Tigre reale**, rispettivamente del 1873 e del 1875. Nel primo si ripete un po' il dramma di Margherita Gauthier e cioè il sacrificio e la rinuncia per amore a una vita brillante e di sfarzo; nel secondo la tisi e l'amore sono elementi dissacranti finalizzati alla distruzione dei più consolidati e sacri valori del matrimonio e della famiglia.

La letteratura di fine Ottocento accoglie ancora il romanzo di Paolo Mantegazza **Un giorno a Madera** del 1874. Scritto da un medico antropologo, più che un romanzo, è un manuale romanizzato di profilassi e di igiene sessuale, che ebbe una larga popolarità all'epoca; svolge infatti due temi scientifici molto agitati in questo primo scorcio di secolo: la bontà dei soggiorni climatici come speranza di guarigione (e in questo caso è Madera l'isola che offre tale illusione), e il problema angoscioso dell'ereditarietà del male. Il romanzo infatti svolge il tema dell'inopportunità del matrimonio fra tubercolotici e racconta il tentativo della protagonista ammalata di tisi di guarire nel clima balsamico dell'isola per poter sposare l'uomo che ama, ma purtroppo muore e lui si toglie la vita.

Nella letteratura europea invece si distingue, degno di ricordo, **Il negro del Narciso**, **The Nigger of the Narcissus** di Joseph Conrad del 1897: è la storia di un marinaio colpito dalla tubercolosi, di cui è vissuto giorno dopo giorno il decorso fino alla morte, nell'ambiente limitato di una nave che solca un oceano infinito tra i sentimenti contrastanti dell'equipaggio e l'avvicinarsi drammatico di impulsi di isolamento e di solidarietà.

A fine secolo e per tutto il Novecento lo scenario dove si snoda il dramma, lo sfondo dell'azione è il sanatorio, questo luogo isolato, chiuso, stregato, malefico, ma nello stesso tempo concentrato di speranze, di complicità, di comunanza, di reciproca solidarietà e pronubo di storie d'amore. Nel sanatorio il malato dovrà trascorrere una parte consistente e importante della sua vita, sottoporsi a un regolamento, ad una disciplina, ad un regime comportamentale, dove le regole e il rigore sono così difficili da accettare e da seguire, e nello stesso tempo deve imparare ad annoiarsi, nello stesso tempo in cui in quell'edificio che è il concentrato del suo dolore e delle sue sofferenze, ma anche delle sue aspettative e del suo riscatto, si svolgerà il dramma esistenziale, la sua vicenda umana. Il sanatorio, questo luogo di speranze e di angosce, compare per la prima volta nel 1893 nel romanzo della canadese Beatrice Harraden *Ships that pass in the night* (Navi che passano nella notte): è una triste storia di amore inespresso tra due ospiti di una casa di cura tra le alture della Svizzera (è l'epoca in cui in Svizzera sorgono i primi sanatori tra i monti dell'Engadina e del Taunus), amore intenso e intimistico. Lei guarisce, ma purtroppo muore in un incidente automobilistico; lui, che con lei aveva assaporato un momento di felicità, ripiomba tra le cupe mura del sanatorio e lentamente si spegne, a dimostrazione che vivere con la malattia, in un posto isolato, freddo, cadenzato dalle regole e senza possibilità di svago, non sempre aiuta a sperare per il futuro.

Paradigma della vita in sanatorio è la descrizione che ne fa Thomas Mann nel romanzo forse migliore che sia stato scritto sul tema: *La montagna incantata*, 'Der Zauberberg' del 1924, in cui il tema della malattia è affrontato più come condizione mentale e morale che fisica, dove l'atmosfera quasi fantastica di un mondo chiuso all'esterno, viene improvvisamente sconvolta dal fragore della guerra, della prima guerra mondiale, e dalla degradazione spirituale dell'uomo che ne consegue.

Nel sanatorio si svolge la vicenda dei *Tre camerati*, 'Drei kameraden', il romanzo dello svizzero Remarque, uscito nel 1936, che narra la storia d'amore di due giovani, lei che si consuma a poco a poco di tisi tra le mura di un sanatorio e lui che pur di starle vicino, non abbandonarla e sostenerla nella lunga agonia, per pagare il soggiorno vende tutto: la casa e l'amata automobile, ma purtroppo dovrà assistere in uno strazio infinito alla sua fine immatura.

Nel 1938 vede la luce *Growth of man*, *La crescita di un uomo*, del canadese Mazo de la Roche, che descrive la grande battaglia della vita di un uomo rinchiuso in un sanatorio.

Nel 1943 compare *Padiglione di riposo*, 'Pabellon de reposo', dello spagnolo Camilo Cela, dove è richiamato il tema della solitudine vissuta da un gruppo di tisici terminali, isolati tra loro in un padiglione sanatoriale, senza possibilità di comunicare, che dedicano le loro ultime ore a riflettere sulle proprie ansie, sulla malattia, sull'attesa della morte, affidando i propri pensieri a delle lettere che non saranno mai spedite.

Segue nel 1948, scritto dall'americana Betty Mac Donald, *The plague and I*, *La peste ed io*, dove l'autrice vive il dramma della solitudine nella segregazione di un sanatorio, l'angoscia dell'allontanamento da quanto ha di più caro, il tormento di convivere sola con il proprio male giorno dopo giorno.

Ancora nel 1958 il romanzo di A. E. Ellis, biologo naturalista inglese, *The Rack*, *La tortura*, che narra il calvario di uno studente che brucia i suoi giorni consumandosi nella speranza di una guarigione che non arriva mai.

Nel 1961 è di nuovo Remarque con *Il cielo non ha preferenze*, 'Heaven has not favorites', a svolgere l'incessante battaglia contro la morte, la disperazione e la struggente incertezza del domani di due giovani innamorati: lui un corridore automobilista che muore in un incidente automobilistico, lei tistica incurabile tra le mura di un sanatorio.

Del 1971 è invece *Diceria dell'untore* di Gesualdo Bufalino: anche in questo caso si snoda la storia di un amore vissuto in un sanatorio nella crudele attesa della morte, dove la giovane protagonista ammalata di tisi appare come emblema di un mondo in dissoluzione.

Del giornalista e scrittore tedesco Michael Kumpfmüller è *La meraviglia della vita*, 'Die Herrlichkeit des Lebens', uscito nel 2011, che narra con tocco garbato e malinconico il delicato amore tra Franz Kafka e una giovane ragazza Dora Diamant, incontrata sulla spiaggia di una località balneare sul Baltico, dove questi s'era rifugiato presso la sorella nel suo ultimo anno di vita, lontano dal mondo chiuso ed emarginante del sanatorio,

Del tutto recente infine la storia raccontata dall'americana Robyn Schneider, uscita in Italia nel 2015: *Svegliami quando tutto sarà finito*, 'Extraordinary means', una storia triste, velata di cupa malinconia e accesa ironia, la storia di un ragazzo e di una ragazza che in uno strano sanatorio giorno dopo giorno si avvicinano, si scoprono e imparano ad amarsi nonostante la malattia, perché quando il dolore ti spinge all'estremo, l'amore è l'unico rimedio.

Ripercorrere oggi la narrativa occidentale che tratta il tema della tubercolosi sembra voler rievocare vicende e situazioni che non corrispondono più alla realtà attuale. Ma la tubercolosi, anche se ridimensionata e curabile, non è stata purtroppo eradicata dalla faccia della terra, come si sperava e diceva negli anni settanta del secolo scorso e soprattutto non è fatta solo di diagnostica, clinica e terapia, di dati statistici: è fatta soprattutto di vicende umane tristi e dolorose, che ci può raccontare solo lo scrittore, l'artista, perché solo lui può capire e interpretare le tragedie che albergano nel cuore umano, le sofferenze e il tormento che agitano chi è malato e vive nell'atroce incertezza della guarigione.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giusepelaurla@libero.it



INDICI

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

Indice dei Contenuti

Volume XXXVII	Gennaio - Febbraio 2016	n. 1
Corretto utilizzo della Melatonina nei disturbi del sonno in età pediatrica <i>Serino D.</i>		pag. 1
Efficacia e tollerabilità della somministrazione di Candirex® (inulina, Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus acidophilus DDS-1) in pazienti affetti da neoplasie gastroenteriche in corso di trattamento chemioterapico <i>Addeo R., Nappi A., Del Prete S.</i>		pag. 5
L'unghia di alce come rimedio antiepilettico: un'indagine tra l'età classica e l'età moderna <i>Tagarelli A., Piro A.</i>		pag. 9
La sedazione palliativa profonda continua è un'«eutanasia mascherata»? <i>Battimelli G.</i>		pag. 13
Volume XXXVII	Marzo - Aprile 2016	n. 2
Caee Report. Bone Marrow Edema: valutazione clinica e radiologica dopo trattamento conservativo con ESWT (Extracorporeal Shock Wave Therapy) <i>Frigino M., Vaccaro E., Charlier B., Savastano C.</i>		pag. 17
Albrecht Von Haller: il grande medico svizzero visto da Giacomo Casanova <i>Lauriello G.</i>		pag. 21
La gestione delle crisi convulsive nel contesto pre-ospedaliero <i>Serino D.</i>		pag. 23
Genomica, Biotecnologie, Ingegneria genetica: aspetti bioetici e biogiuridici <i>Battimelli G.</i>		pag. 25
Volume XXXVII	Maggio - Agosto 2016	n. 3/4
	Atti del Convegno “Professionalità, Appropriatezza, Qualità e Sicurezza delle Cure”	
Introduzione <i>De Falco A.</i>		pag. 29
Dalla legge Balduzzi al d.d.l. Gelli <i>Lepre M.</i>		pag. 31
Le unità di rischio clinico. Stato dell'arte <i>Trombaccia G.</i>		pag. 36
Risk management e sicurezza dell'operatore <i>Quici G.</i>		pag. 40
Accreditamento e certificazione in sanità <i>Cecchini G.A., Nanni L., Petrogalli F.</i>		pag. 44
La formazione (sul campo, continua, mantenimento delle competenze, retraining) <i>Catalano A.</i>		pag. 50
La professionalità e l'appropriatezza propedeutiche per garantire qualità e sicurezza delle cure <i>Giordano A.</i>		pag. 54



Volume XXXVII

Settembre - Dicembre 2016

n. 5/6

Integratori alimentari a base di fermenti lattici (Candirex forte®) nella prevenzione della tossicità gastrointestinale acuta radioindotta in pazienti affetti da carcinoma del retto <i>Farella A., Piccolo F., Romano A., Scipilliti E., Liuzzi R.</i>	pag. 57
Patologie da Ring e non <i>Pistoiese G.</i>	pag. 60
E' sempre lecito il rifiuto delle cure? <i>Battimelli G.</i>	pag. 61
Il Mal Sottile nella narrativa occidentale <i>Lauriello G.</i>	pag. 65

Libri ricevuti

Moralba – Dimagrire e invecchiare in salute <i>Da Villa G.</i>	pag. 64
--	---------

Indice degli Autori

A		N	
Addeo Raffaele	5	Nanni Luca	44
		Nappi Anna	5
B		P	
Battimelli Giuseppe	13, 25, 61	Papi Riccardo	17
		Petrogalli Floriana	44
C		Piccolo Federico	57
Catalano Alberto	50	Piro Anna	9
Cecchini Giulio Antonio	44	Pistolese Giuseppe	60
D		Q	
Da Villa Giuliano	64	Quici Guido	40
De Falco Antonio	29		
Del Prete Salvatore	5	R	
		Romano Angelo	57
F		S	
Farella Antonio	57	Scipilliti Esmeralda	57
		Serino Domenico	1, 23
G		T	
Giammattei Carlo	17	Tagarelli Antonio	9
Giordano Antonio	54	Tomasi Alberto	17
		Trombaccia Gloria	36
L			
Lauriello Giuseppe	21, 63		
Lepre Mario	31		
Liuzzi Raffaele	57		

Parole Chiave

A		I	
Accreditamento in sanità	44	Ingegneria genetica	25
Alce, unghia di	9		
Appropriatezza	29, 54	L	
		Legge Balduzzi	31
B		M	
Balduzzi, legge	31	Management, risk	40
Bioetica	13, 25	Mantenimento delle competenze	50
Biogiuridica	25	Medico, garanzia del	61
Biotecnologie	25	Melatonina	1
Bone marrow edema	17		
		N	
C		Neoplasie gastrointestinali	5
Candirex	5, 57	Neuropsichiatria infantile	1
Carcinoma del retto	57		
Casanova Giacomo	21	O	
Certificazione in sanità	44	Operatore, sicurezza dell'	40
Chemioterapia	5		
Crisi convulsiva	23	P	
Cure, qualità	29, 54	Paziente competente e incompetente	61
-- , rifiuto delle	61	Pediatria	1
-- , sicurezza	29, 54	Probiotici	5, 57
		Professionalità	29, 54
D		Pronto intervento	23
D.D.L. Gelli	31		
Diarrea	5, 57	Q	
Disturbi del sonno	1	Qualità delle cure	29, 54
E		R	
ECM	50	Radioterapia	57
Epilessia	23	RES	50
Eutanasia lenta	13	Retraining	50
Extracorporeal Shock Wave Therapy	17	Retto, carcinoma del	57
		Rifiuto delle cure	61
F		Rischio clinico, unità di	36
FAD	50	Risk management	40
Fine vita	13	Risonanza magnetica	17
Formazione continua	50		
-- sul campo	50	S	
FSC	50	Sanità, accreditamento in	44
		-- , certificazione in	44
G		Sedazione palliativa	13
Garanzia del medico	61	Sicurezza delle cure	29, 54
Gelli, d.d.l.	31	Sicurezza dell'operatore	40
Genetica, ingegneria	25		
Genomica	25		



T

Trattamento conservativo	17
-- radioterapico	57
Tubercolosi	65
-- nella narrativa	65

U

Unghia di alce	9
Unità di rischio clinico	36

V

Von Haller Albrecht	21
---------------------	----

CALCIO 3C
Integratore alimentare con educolorante a base di Calcio Carbonato, Calcio lattato, Fruttosio, Sodio Ascorbato, Correttori di acidità, Acido citrico, Agenti antiagglomeranti, Ossido di silicio, Aromi, Acido borico, Edulcoranti: Acesulfame K, Sucralosio, Vitamina D3, colorante: E102, Vitamina D3

14 bustine da 4 g

CALCIO 3C

Integratore Alimentare con educolorante a base di Calcio, Vitamina C, Boro, Vitamina D3.

Calcio 3C grazie al suo contenuto in **Calcio e Vitamina D** contribuisce alla normale funzionalità delle ossa.
Per la donna con 50 anni di età e più il Calcio e la Vitamina D contribuiscono a ridurre la perdita di minerale osseo nelle donne in postmenopausa.
Una scarsa densità minerale ossea costituisce un fattore di rischio per le fratture ossee osteoporotiche.
Per un maggior effetto benefico si consiglia l'assunzione quotidiana di almeno 1200mg di calcio e 20 mcg di vitamina D considerando tutte le fonti

Modo d'uso: Si consiglia l'assunzione di 1 bustina al giorno

14 bustine da 4 g



ELLEVA PHARMA

Distribuito da Elleva Pharma s.r.l.

CALCIO 3C
Integratore alimentare con educolorante a base di Calcio Carbonato, Calcio lattato, Fruttosio, Sodio Ascorbato, Correttori di acidità, Acido citrico, Agenti antiagglomeranti, Ossido di silicio, Aromi, Acido borico, Edulcoranti: Acesulfame K, Sucralosio, Vitamina D3, colorante: E102, Vitamina D3