

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIX * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2018

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 XXXIX * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2018

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica"

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Intesa San Paolo

Agenzia 02 di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

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 Gennaio 2019.



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Domenico Serino, Federica Martinetto, Franco Fioretto</i> Preemptive training with Social Stories™ in the electroencephalographic evaluation of pediatric patients with autism spectrum disorders	Pag. 33
<i>Marianna Borriello, Catello Califano, Carmela Trezza</i> Progetto Trotula: alimentazione e salute	Pag. 35
<i>Giuseppe Lauriello</i> La chirurgia nel mondo antico	Pag. 38
<i>Giuseppe Battimelli</i> Gli aspetti della comunicazione medico-paziente nella legge 219/2017: una riflessione critica	Pag. 40
Libri ricevuti <i>Giuseppe Battimelli</i> Temi e dilemmi della bioetica	Pag. 44
Indice dei contenuti	Pag. 46
Indice degli autori	Pag. 47
Parole chiave	Pag. 48



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2019

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846
intestato a Mario Colucci
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Intesa San Paolo
Agenzia 02 di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989)
intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

Preemptive training with Social Stories™ in the electroencephalographic evaluation of pediatric patients with autism spectrum disorders

^a ASL CN1
S.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
CUNEO

^b UNIVERSITÀ CATTOLICA "SACRO CUORE"
CORSO DI LAUREA IN
TERAPIA OCCUPAZIONALE
ROMA

Domenico Serino^a, Federica Martinetto^b, Franco Fioretto^a

Key Words: Autism Spectrum Disorders, Social Stories, Epilepsy, EEG.

Parole chiave: Disturbo dello Spettro Autistico, Storie Sociali, Epilessia, EEG.

Ricevuto in Redazione il 19 novembre 2018

ABSTRACT

The association between Autism Spectrum Disorders (ASDs) and epilepsy is frequent. Because of the clinical peculiarities of ASDs, the diagnosis of concomitant epilepsy may be very difficult without a documented electroencephalographic (EEG) correlate. The clinical characteristics of ASDs however are such that undergoing a neurophysiologic examination may be lived as a traumatic event. In 1991 Carol Gray developed a technique known as Social Stories™ (SS), a child-friendly intervention used to give patients with ASDs social information in situations where they have social difficulties. Aim of our study was to evaluate the impact of preemptive training with SS on the quality and feasibility of EEG examinations in pediatric patients with ASDs.

RIASSUNTO

Addestramento preventivo con Storie Sociali nella valutazione elettroencefalografica dei pazienti pediatrici affetti da disturbi dello spettro autistico.

L'associazione fra Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) ed epilessia è frequente. A causa delle peculiarità cliniche dei DSA, la diagnosi di epilessia in comorbidità può essere molto difficile in assenza di un correlato EEG documentato. Le caratteristiche cliniche dei DSA sono tali tuttavia, che sottoporre il paziente ad un esame neurofisiologico può essere vissuto come un evento traumatico. Nel 1991 Carol Gray ha sviluppato una tecnica nota come Storie Sociali (SS), un intervento ideato per i bambini utilizzato per preparare i pazienti con DSA a contesti sociali nei quali si potrebbero trovare in difficoltà. Scopo di questo studio era di valutare l'impatto dell'utilizzo preventivo delle SS sulla qualità e fattibilità di esami EEG in pazienti pediatrici con DSA.

INTRODUCTION

The association between Autism Spectrum Disorders (ASDs) and epilepsy is frequent and is reported as being found in up to 46% of patients [1]. Because of the clinical peculiarities of ASDs however, the diagnosis of concomitant epilepsy may be very difficult. Without a documented electroencephalographic (EEG) correlate, motor automatisms at times associated with epileptic seizures may be virtually

indistinguishable from stereotypical motor behaviors frequently encountered in children with ASDs [2]. Thus, it is very likely for a patient with ASD to undergo an EEG during his life. The clinical characteristics of ASDs however are such that undergoing a neurophysiologic examination may be lived as a traumatic event. This may have a negative effect not only on the patient's wellbeing but also on the quality and feasibility of the exam, thus significantly interfering with the diagnostic process. In 1991 Carol Gray developed a technique known as Social Stories™ (SS), a child-friendly intervention used to give patients with ASDs social information in situations where they have social difficulties [3]. SS are specifically designed stories describing a situation, an ability or a concept in terms of relevant social hints and socially acceptable responses, through a defined and specific style and format. Aim of our study was to evaluate the impact of preemptive training with SS on the quality and feasibility of EEG examinations in pediatric patients with ASDs.

METHODS

Recruitment criteria included pediatric outpatients between 4 and 18 years of age accessing the Childhood Neurology and Psychiatry Unit of the "Regina Montis Regalis" Hospital (Mondovì, Italy) between May and October 2016, meeting the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th ed. (DSM-V) criteria for ASDs [4], with clinical indication for EEG evaluation. Patients were randomly distributed among a study group and a control group. Caregivers of patients in the study group were equipped with the material and the instructions necessary for SS training 10 days prior to EEG administration. SS were designed in accordance with the SS Guidelines and Checklist [3]. EEGs were administered with an EBNeuro™ electroencephalograph, model BE Light, using a 21 electrode elastic cap with a standard Jasper montage. Video-EEG monitoring was undertaken with 1 hour recordings including both wakefulness and sleep. Intermittent light stimulation (ILS) and hyperventilation testing (HPV) were attempted. An EEG quality score was determined based on the scoring criteria shown in Table 1.

Table 1

% of readable recording	Score
EEG unfeasible	n.a.
< 10	0
10 – 25	1
25 – 50	2
50 – 75	3
> 75	4
Evidence of posterior activity	1
Arrest reaction recorded	1
Intermittent light stimulation and hyperventilation testing	1

RESULTS

Clinical characteristics of patients in both study groups are summarized in Tables 2 and 3, while EEG quality scores are summarized in table 4. As shown, patients in the study group had an EEG readability respectively ranging between 50% and 75% and above 75%. The arrest reaction was clearly present in both patients while ILS and HPV were successfully recorded in one patient. Both patients obtained a total quality score of 6. Of note, several attempts of EEG administration were unsuccessfully undertaken for patient 1 in another institution before entering the study, while patient 2 had undertaken other EEGs in the past, which however were of lower quality in terms of readability. On the other hand, EEG readability was below 50% in both control group patients. Arrest reaction and EEG correlate of ILS were never recordable, nor was HPV performed. Total quality scores were respectively of 3 and 2. Patient 3 underwent other EEGs prior to the study, all of similarly poor quality, while patient 4 was undertaking an EEG for the first time.

DISCUSSION

The main liability of our work is obviously the very small number of recruited patients. However, even with such a small sample, we think that this study may be taken as “proof of principle” of a very cost-effective and time saving technique, easy to implement in any kind of health institution.

Table 2 – Study Group clinical characteristics

	Gender	Age	ASD level	Cognitive Delay	Comorbidities
Patient 1	Male	7 yrs.	3	Moderate	None
Patient 2	Male	6 yrs.	3	Moderate	None

Table 3 - Control Group clinical characteristics

	Gender	Age	ASD level	Cognitive Delay	Comorbidities
Patient 3	Female	6 yrs.	3	Moderate	Tuberous Sclerosis
Patient 4	Female	6 yrs.	3	Moderate	None

Table 4 – EEG quality scores

	EEG readability score	Evidence of posterior activity	Arrest reaction	ILS and HPV	Total Score
Patient 1	3	Yes	yes	Yes	6
Patient 2	4	Yes	yes	No	6
Patient 3	3	No	no	No	3
Patient 4	2	No	no	No	2

EEGs are non-invasive examinations and, as such, can mostly be prescribed without considerable concerns regarding eventual drawbacks for the patient. In ASDs however, this is often not true. For this reason, sedation is often prescribed, to increase compliance and avoid distress. Sedation however, has many drawbacks: drug safety issues, eventual adverse reactions, unpleasant aftereffects and the legal and logistical issues implicated in drug administration to underage patients. Also, drug sedation does not guarantee the possibility of obtaining acceptable EEG recordings during wakefulness. On the other hand, SS are a non-pharmacological intervention which has already proven effective for ASD patients as a rehabilitation technique but that may find a useful role also in the administration of diagnostic examinations. As our results show, SS may be implemented even for patients with high ASD levels and severe cognitive delay. The possibility of home training positively involves caretakers in the process while allowing sanitary professionals to save the time and energy usually involved in obtaining good compliance.

CONCLUSIONS

SS may prove to be an effective and inexpensive method to improve quality and feasibility of EEG examinations in pediatric patients with ASD. Data regarding a greater number of patients with different clinical characteristics, especially in terms of age and etiology, may help better define when SS are applicable and more beneficial for EEG administration.

REFERENCES

- HUGHES JR, MELYN M.: EEG and seizures in autistic children and adolescents: further findings with therapeutic implications. Clin EEG Neurosci, 2005; 36: 15–20
- EL ACHKAR CM, SPENCE SJ.: Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy. Epilepsy Behav, 2015; 47: 183–90. doi:10.1016/j.yebeh.2014.12.022
- CAROL GRAY.:The New Social Story Book. Arlington: Future Horizons Inc.; 2010
- Association AP.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association Publishing; 2013

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Domenico Serino
 e-mail: domenico.serino@aslcn1.it

Progetto Trotula: alimentazione e salute

Marianna Borriello, Catello Califano, Carmela Trezza

Parole chiave: Cancro, prevenzione, dieta mediterranea, salute pubblica.

Key Words: Cancer, prevention, mediterranean diet, public health

Ricevuto in Redazione il 4 dicembre 2018

RIASSUNTO

Nell'ospedale "Andrea Tortora" di Pagani (Salerno), lo sportello Trotula si occupa dell'educazione alimentare dei malati del reparto di onco-ematologia.

Fra i suoi obiettivi:

- *la cura e la prevenzione della malnutrizione nel paziente in trattamento chemio/radio-terapico, al fine di ottimizzare le cure oncologiche e migliorare la qualità di vita;*
- *la prevenzione e il trattamento dell'obesità quale fattore di rischio di recidiva;*
- *garantire al paziente, in corso di trattamento, un adeguato apporto nutrizionale evitando inutili restrizioni dietetiche nella consapevolezza che il senso del cibo, per chi si ammala, va ben oltre la copertura di un fabbisogno calorico;*
- *aiutare chi si ammala e i famigliari a valorizzare il cibo come elemento di accudimento e cura, attraverso cui passa conforto emotivo e psicologico;*
- *rendere la malattia un'opportunità per ricevere un'educazione alimentare che aiuterà il malato e la famiglia, soprattutto le nuove generazioni, nella prevenzione di cattivi stili alimentari e loro conseguenze.*

SUMMARY

In the hospital "Andrea Tortora" of Pagani (Salerno) the Trotula nutrition information desk deals with the food education of the patients of the onco-hematology department.

Among its objectives:

- *treatment and prevention of malnutrition in the patient undergoing chemo/radio-therapy, in order to optimize cancer care and improve quality of life;*
- *prevention and treatment of obesity as a risk factor for relapse;*
- *guarantee the patient, during treatment, an adequate nutritional intake avoiding unnecessary dietary restrictions in the awareness that the sense of food, for those who fall ill, goes well beyond the coverage of a caloric requirement;*
- *helping those who become ill and their families to value food as an element of care and care, through which emotional and psychological comfort is given;*
- *make the disease an opportunity to receive a food education that will help the patient and the family, especially the new generations, in the prevention of bad food styles and their consequences.*

Le antiche medicine, di cui **Ippocrate** è stato uno dei massimi esponenti ormai già cinque secoli prima di Cristo, riconoscevano il ruolo fondamentale dell'alimentazione nel mantenimento della salute.

La nostra medicina antica, di cui nel medioevo fu esponente **Trotula de Ruggiero**, medichessa salernitana fra le prime in Europa, sapeva che l'uomo è l'insieme di tante parti e solo curandole tutte insieme poteva ritornare la salute. Anche nella nostra medicina tradizionale la medicina di Ippocrate e Trotula avevano un ruolo fondamentale la nutrizione e la fitoterapia per il mantenimento del benessere.

In seguito alla rivoluzione industriale cadde su di essa l'oblio. E insieme ad indicazioni un po' eccentriche fu eliminato anche il buon senso di mantenere l'attenzione su quello che mangiamo.

Passarono almeno 200 anni.

Nella prima metà del novecento fu un biologo americano, **Ancel Keys**, a ricordarci che l'alimentazione poteva fare la differenza per la longevità fra i popoli. Poteva, in sintesi, essere uno strumento importante per la prevenzione dalle malattie. Proprio in un paesino della costiera cilentana, Pioppi, ebbe modo di osservare che mediamente gli abitanti vivevano quasi fino ai fatidici "cento anni" mentre in America non si riscontrava questa lunghezza della vita.

Keys si concentrò sull'alimentazione di questi paesi ritrovando in essa il primo strumento di salute. Un'alimentazione fatta di cereali integrali, frutta e verdura, olio di oliva e in misura minore pesce azzurro permetteva a questi cilentani di doversi preoccupare di meno della propria salute.

Tuttavia l'importanza di una certa alimentazione non fu un obiettivo ancora reso fondamentale per la nostra società e la conservazione della sua salute. Fino agli ultimi vent'anni quando eminenti operatori nel campo della ricerca sul cancro e della sua terapia hanno confermato che l'alimentazione ha un ruolo determinante anche nella prevenzione di patologie drammatiche come il cancro.

Tutti i giorni arrivano negli ospedali persone disperate, spaesate, impaurite da malattie che ancora bene non hanno lasciato scoprire i loro meccanismi di azione. Qui medici, infermieri e chi permette loro di svolgere il loro importante ruolo di servizio alla persona mettono in pratica quello che si sa sul trattamento di queste malattie. Diversi lo fanno con grande dedizione e senza mai dimenticare che il proprio lavoro è una missione.

Oggi si sa che il **50% dei tumori più comuni possono essere prevenuti** (dati dell'American Institute of Cancer Research) e che il **30% di tutte le neoplasie sia direttamente ricollegabile alla natura del regime alimentare** degli individui.

Cosa e come mangiamo, se facciamo attività fisica, se fumiamo, quanto alcol quotidianamente introduciamo, tutto ciò incide sulla nostra salute. Inoltre, se consideriamo che gli stili alimentari hanno un'influenza su molti altri stati patologici, come le malattie cardiovascolari, fra le più importanti cause di mortalità nel mondo occidentale, comprendiamo quanto il discorso alimentazione sia diventato non più rimandabile in una sanità divenuta pesante.

Oggi chi ha problemi di **obesità** ha una probabilità di **morire pari a 1 su quattro per le conseguenze del suo stato**. Uguale a quella legata alle malattie cardiovascolari.

Secondo **gli ultimi dati sull'eccesso ponderale che riguardano persone in sovrappeso o obese per ogni regione italiana**, pubblicati dal *Sole 24 ore* a maggio 2018 e raccolti dal centro nazionale di epidemiologia nel periodo 2014-2017, attualmente **la Campania detiene il triste primato di regione con più persone in sovrappeso e obese dello stivale**. Più del 50% della popolazione si contano fra individui con problemi di sovrappeso e obesità. La percentuale di bambini con problemi di peso è preoccupante ed in continuo aumento. Saranno, se così continua, ospiti dei nostri presidi ospedalieri ancor prima che i loro genitori.

In particolare, in Campania gli obesi sono il 14,1% a fronte di una media nazionale del 10,7%. Il che significa, facendo un facile calcolo, che ogni 100 persone 14 sono obese in Campania. Stimando una media abitativa di 5.860.000 significa che, di questi, 820.400 persone sono obese e molto probabilmente saranno ospiti dei nostri ospedali per complicazioni dovute al loro stile alimentare e circa 205.100 moriranno, mentre i restanti avranno una pessima qualità vita.

La nostra stessa sanità è a sua volta in sovrappeso, considerata la massa sempre più numerosa di gente che deve accogliere ogni giorno e si prepara alla stessa obesità dei pazienti che dovrà prendere in carico.

La prevenzione è fra le più importanti strategie possibili per riacquisire una dimensione della cura più a misura di uomo per chi la riceve, i pazienti, e per chi la fa, i medici e terapeuti.

I trattamenti clinici attualmente disponibili contro il cancro non hanno sovente gli esiti auspicati a causa della grande versatilità delle cellule cancerose, che permette loro di sfuggire ai farmaci e di continuare a crescere.

I tumori mangiano come mangiamo noi. E usano l'energia che introduciamo con i cibi per crescere. Oggi si sa, per esempio, che si può bloccare parzialmente o totalmente la formazione di vasi sanguigni, necessari alla crescita tumorale, mediante la somministrazione quotidiana di piccole dosi di molecole presenti in frutta e verdura in grado di impedire al tumore di progredire; che nei cibi ci sono molecole assai simili a quelle dei farmaci di sintesi in grado di osteggiare il tumore alla base, prima che raggiunga la maturità e minacci il buon funzionamento dell'organismo; che i modi di cucinare

e masticare questi alimenti influenzano il loro potenziale antitumorale.

Nell'ospedale "**Andrea Tortora**" tutte queste evidenze e la volontà di individuare una strategia di supporto alle attuali terapie hanno motivato la nascita di un progetto che si occupasse della nutrizione dei pazienti del reparto di onco-ematologia. Questo progetto prende il nome da Trotula de Ruggiero in omaggio ad un'integrazione fra le nuove conoscenze e strategie terapeutiche e le antiche, basate sul cibo e piante i cui meccanismi d'interazione con il corpo oggi sono sempre più noti.

Partito a luglio del 2018, il progetto lavora su i seguenti obiettivi:

- la cura e la prevenzione della malnutrizione nel paziente in trattamento chemio/radio-terapico, al fine di ottimizzare le cure oncologiche e migliorare la qualità di vita;
- la prevenzione e il trattamento dell'obesità quale fattore di rischio di recidiva;
- garantire al paziente, in corso di trattamento un adeguato apporto nutrizionale evitando inutili restrizioni dietetiche nella consapevolezza che il senso del cibo, per chi si ammala, va ben oltre la copertura di un fabbisogno calorico;
- aiutare chi si ammala e i famigliari a valorizzare il cibo come elemento di accudimento e cura, attraverso cui passa conforto emotivo e psicologico;
- rendere la malattia un'opportunità per ricevere un'educazione alimentare che aiuterà il malato e la famiglia, soprattutto le nuove generazioni, nella prevenzione di cattivi stili alimentari e loro conseguenze.

Prima della sua apertura abbiamo organizzato una presentazione interna all'ospedale per illustrare ai medici il progetto ed in seguito una per il pubblico e la stampa dove presentavamo i dati allarmanti relativi al numero di soggetti sovrappeso ed obesi in Campania ed abbiamo spiegato perché una buona percentuale di questi saranno futuri pazienti dei nostri ospedali se non si inverte questa tendenza.

Abbiamo elaborato un questionario per comprendere che percentuale di implicazione i precedenti stili alimentari dei pazienti hanno potuto avere sull'insorgenza della patologia che li riguarda.

Abbiamo erogato più di 200 consulenze ed elaborato quasi altrettanti piani alimentari per pazienti affetti da diverse patologie (fra i tanti in particolare carcinoma della mammella, mieloma multiplo, leucemia, linfomi Hodgking e non Hodgking, adenocarcinoma pancreatico).

Abbiamo presentato un progetto sull'utilizzo di selezionati probiotici per migliorare le condizioni di assimilazione dei nutrienti e di qualità di vita del paziente durante la terapia.

Infine, è stata avviata una rubrica di storytelling dove raccontiamo alcune delle storie dei nostri pazienti per tenere informato soprattutto chi con le sue donazioni sostiene questa esperienza.

Il servizio, attivato in seguito ad un protocollo di intesa con l'Azienda Sanitaria Locale Salerno, nasce grazie alla raccolta fondi fatta in ricordo di due donne speciali: Rita Romano e Rita Abagnale e le loro famiglie che hanno combattuto in questo ospedale la loro malattia e in questo ospedale continuano a farlo per tutti attraverso questo progetto.

Nella speranza che un lavoro integrato possa migliorare le vite di ognuno.

BIBLIOGRAFIA

1. BERTINI F., CARDINI F., FUMAGALLI BEONIO BROCCHIERI M., LEONARDI C.: *Medioevo al femminile*. Laterza, 2005
2. BELIVEAU R., GINGRAS D.: *L'alimentazione anti-cancro*. Sperling& Kupfer, 2006
3. PETRINI C.: *Terra Madre*. Giunti, 2009
4. KEYS A.: *High density lipoprotein cholesterol and longevity*. J Epidemiol Community Health. 1988 Mar; 42(1): 60-65
5. KEYS A.: *Mediterranean diet and public health: personal reflections*. The American Journal of Clinical Nutrition, 1995; 61(6): 1321S-1323S
6. BERRINO F.: *Alimentare il benessere*. Franco Angeli Edizioni, 2014
7. World Cancer Research Fund Food: *Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. 2007
8. RIBOLI E., HUNT K.J., SLIMANI N., FERRARI P., NORAT T., FAHEY M., CHARRONDIÈRE U.R., HÉMON B., CASAGRANDE C., VIGNAT J., OVERVAD K., TJØNNELAND A., CLAVEL-CHAPELON F., THIÉBAUT A., WAHRENDORF J., BOEING H., TRICHOPOULOS D., TRICHOPOULOU A., VINEIS P., PALLI D., BUENO-DE-MESQUITA H.B., PEETERS P.H., LUND E., ENGESET D., GONZÁLEZ C.A., BARRICARTE A., BERGLUND G., HALLMANS G., DAY N.E., KEY T.J., KAKS R., SARACCI R.: *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): study populations and data collection*. Public Health Nutr. 2002 Dec; 5(6B): 1113-24
9. MCCULLOUGH M.L., GIOVANNUCCI E.L.: *Diet and cancer prevention*. Oncogene. 2004; 23(38): 6349-64
10. SERVAN-SCHREIBER D.: *Anticancer: A new way of life*. Viking Pr, 2009
11. SCHWINGSHACKL L., SCHWEDHELM C., GALBETE C., HOFFMANN G.: *Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis*. Nutrients, 2017 Sep 26; 9(10). pii: E1063. doi: 10.3390/nu9101063. Review.
12. DI DANIELE N., NOCE A., VIDIRI M.F., MORICONI E., MARRONE G., ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI M., D'URSO G., TESAURO M., ROVELLA V., DE LORENZO A.: *Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity*. Oncotarget, 2017 Jan 31; 8(5): 8947-8979. doi: 10.18632/oncotarget.13553. Review.
13. FOLKMAN J.: *Angiogenesis in cancer, vascular, rheumatoid and other disease*. Nature Medicine, 1995; 1(1): 27-31
14. KERBEL R.S., KAMEN B.A.: *The anti-angiogenesis basis of metronomic chemotherapy*. Nature Reviews of Cancer, 2004 Jun; 4(6): 423-36
15. FANTONI F.: *Obesità: la mappa regionale del rischio. Campania in cima alla classifica*. Il Sole 24 ore, 11 maggio 2018

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Marianna Borriello

e-mail: ambulatoriotrotula@gmail.com

Storia della Medicina

La chirurgia nel mondo antico

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

Parole chiave: Chirurgia, Storia della chirurgia.

Key Words: Surgery, History of surgery.

Ricevuto in Redazione il 4 dicembre 2018

RIASSUNTO

L'Autore offre un excursus sulla storia della chirurgia antica sottolineandone gli aspetti più salienti.

SUMMARY

The A. offers an excursus about the history of medicine and he underlines the more important aspects.

Il termine chirurgia deriva dal greco *χείρ*: mani ed *ἔργον*: lavoro = lavorare con le mani. Secondo le celebri parole di Ambroise Paré, illustre chirurgo francese del XVI secolo, le finalità della chirurgia sono: asportare il superfluo, riposizionare ciò che è stato rimosso, riunire ciò che è stato separato, separare ciò che si è unito, riparare i difetti di natura.

Anche se in forma rozza e grossolana la chirurgia è stata praticata sin dalla preistoria e nella medicina primitiva. Basti ricordare gli interventi di trapanazione cranica risalenti al 3000 a.C. ed anche prima, per rendersi conto quanto i nostri antenati sapessero maneggiare gli strumenti chirurgici.

Crani trapanati sono stati reperiti dagli archeologi un po' in tutta Europa e nell'America andina e dai segni di proliferazione ossea osservati sui bordi della lesione si è constatato come molti di questi soggetti siano addirittura sopravvissuti. Per opinione concorde della maggioranza degli studiosi l'intenzione di tali interventi era rivolta soprattutto all'allontanamento degli spiriti malvagi dal capo, causa di cefalea e di stati morbosi mentali. La procedura operatoria era eseguita da stregoni e sciamani, medici ante litteram dell'epoca.

Presso i Sumeri, Assiri e Babilonesi, insediati nell'area mesopotamica nei primi millenni a.C., la chirurgia era certamente praticata, anche se da sacerdoti-maghi, se nel codice di Hammurabi, la più antica raccolta di leggi conosciuta, era prevista la punizione di chi, usando impropriamente il bisturi, causava la morte o il ferimento grave del paziente.

Testimonianze di Omero ed Erodoto concordano sulla particolare perizia dei medici egiziani. Infatti pratiche chirurgiche in Egitto sono documentate da iscrizioni templari, come quelle di Kom Ombo e da alcuni papiri medici fortunatamente pervenuti. Di questi i più noti e più ricchi di informazioni sono il *papiro Ebers* ascrivibile al Nuovo Regno (circa 1500 a.C.) e il *papiro Smith* risalente addirittura al 3000 a. C.: il primo, una raccolta di ricette mediche miste a formulazioni magiche, il secondo, una casistica di 48 patologie chirurgiche. Quest'ultimo, studiato da Diaz Gonzalez nel 1947, tratta ferite, fratture, lussazioni, ascessi, tumori con l'esposizione di ogni caso secondo titolo, esame clinico, diagnosi, prognosi e trattamento. La prognosi è espressa con questa formula: *è una malattia che curerò oppure che combatterò o ancora che non si può curare*.

In Occidente la chirurgia vede la luce nel mondo greco, fortemente influenzata dalla medicina egizia. Strumenti chirurgici infatti sono stati recuperati nel 1971 in una tomba micenea del XIV secolo a.C. scoperta da una spedizione archeologica a Nauplion nel Peloponneso: forbici dentate, aghi, pinze, specilli, bisturi e una macina forse per tritare erbe medicinali. Interventi chirurgici sono descritti nell'Iliade e nell'Odissea (la caduta di Troia è collocata intorno al 1200 prima dell'era cristiana, mentre i poemi sono datati VIII secolo a. C. circa). Vi sono citate ferite da punta e taglio (lance e spade) e narrati vari interventi chirurgici come il soccorso a Menelao ferito, prestato dal medico condottiero Macaone, la fasciatura a Patroclo fatta da Achille, la medicazione con rito magico eseguita su Ulisse azzannato dal cinghiale ed altro.

Descrizioni di strumenti e tecniche chirurgiche sono riportate soprattutto nei testi di medicina di scuola ippocratica risalenti al V-IV secolo a.C. Vi sono illustrate in dettaglio le tecniche di riduzione di fratture e lussazioni, le medicazioni di ferite, le incisioni di ascessi, l'emostasi.

Con Ippocrate (460-377 a.C.), questa celebre figura di medico dai contorni mitici, ma certamente esistito, e la scuola di Kos la medicina cessa di essere teurgica per diventare scientifica, nel senso che si riconoscono i fenomeni come naturali e non frutto del volere degli dei, in ciò supportati dalla filosofia naturalistica in auge. Tra i libri ippocratici ben otto riguardano la chirurgia: *L'officina del medico*, *Le ferite e le ulcere*, *Le emorroidi*, *Le fistole*, *Le ferite del capo*, *Le fratture*, *Sull'aggiustamento delle articolazioni*, *Sulle riduzioni delle lussazioni*.

Bisogna arrivare in età ellenistica, nel III-II sec. a.C. ad Alessandria per ritrovare altri due insigni maestri di anatomia e di

chirurgia: Erofilo di Calcedonia ed Erasistrato di Ceo, il primo soprattutto noto per le audaci dissezioni anatomiche sull'uomo (descrisse varie zone del cervello che portano il suo nome, nonché l'intestino, dove diede il nome al duodeno, e alla prostata), da cui l'appellativo di 'padre dell'anatomia'; il secondo, essenzialmente un fisiologo, studiò oltre il cervello il sistema epatobiliare. Secondo Celso, medico romano, costoro ebbero purtroppo a macchiarsi di colpevole crudeltà, avendo praticato la vivisezione su condannati a morte consegnati a loro dai magistrati tolomaici.

In Italia nei tempi più antichi sono gli Etruschi a distinguersi specialmente come abili esecutori di tecniche odontoiatriche (protesi dentarie sia fisse che mobili e ponti dentari costruiti con lamine d'oro). I Romani, apprendendo l'arte dagli Etruschi, la diffondono perfezionandola: basta leggere quanto scrivono in merito Orazio e Marziale.

Secondo Catone sembra che i Romani siano vissuti settecento anni senza medici, epoca in cui il soccorso traumatologico è affidato esclusivamente al *pater familias*. Si vuole infatti che i primi seguaci di Esculapio operanti a Roma siano stati dei greci emigrati nel I secolo a.C., degli ottimi medici, tanto da conquistarsi il favore dei diffidenti romani ed essere gratificati da Cesare con la cittadinanza romana. Purtroppo uno di loro, un certo Arcagato, soggiogato dalla libidine del lucro, dopo una iniziale brillante carriera, si lascia distinguere da una tale odiosa *malpractice*, elargendo abortivi e veleni, da essere scacciato ignominiosamente dall'Urbe con l'epiteto di *carnifex* = macellaio, coinvolgendo purtroppo nel discredito anche molti suoi onesti colleghi.

La chirurgia in Roma si presenta in realtà abbastanza evoluta vista alla luce dello strumentario descritto da vari autori e ritrovato nel corso delle ricerche archeologiche.

Figura centrale della medicina romana è Aulo Cornelio Celso, fiorito ai tempi di Tiberio e autore di un'opera giunta fino a noi: *De medicina*, un condensato in otto libri delle conoscenze mediche ai tempi di Augusto, scoperto e pubblicato nel 1478. Gli ultimi due libri riguardano la chirurgia sia parietale che traumatologica, una chirurgia sorprendentemente avanzata per l'epoca e praticamente insuperata fino ad età rinascimentale. Molti strumenti chirurgici di quelli descritti da Celso sono stati ritrovati in scavi archeologici lungo i *castra del limes* romano e nella cosiddetta Casa del Chirurgo a Pompei. Generalmente sono di bronzo, il ferro è utilizzato soprattutto per i taglienti. Ben conosciuta la tecnica della medicazione condotta con bende di lino, lana e stoppa. Il vino è usato come detergente più che come 'disinfettante' delle ferite, mentre ai fini della medicazione si fa largo uso di unguenti vari: suppurativi, cicatrizzanti e caustici. A Celso dobbiamo la descrizione di molteplici tecniche operatorie, come quelle della trapanazione del cranio, della plastica facciale, scirro della mammella, ernia scrotale e ombelicale, varicocele, emorroidi, cisti e fistole, riduzioni di fratture e lussazioni, amputazione, legatura di vasi ed altro. Sempre di Celso è la raffigurazione del chirurgo ideale: giovane, di buona vista, dalla mano ferma, abile nell'usare la destra e la sinistra, sicuro, rapido, spietato.

Abbastanza avanzata per l'epoca la figura dell'oculista e del *chirurgus ocularius* operatore di cataratte, ulcere e malformazioni oculari. Allo stesso modo è esercitata una discreta odontoiatria, retaggio della medicina etrusca: il dente è scalzato dalla gengiva ed estratto con la pinza *odontagra*. Altro medico degno di menzione è Sorano d'Efeso, fiorito nel II secolo, di origine greca, naturalizzato romano, essenzialmente un ostetrico-ginecologo. Nel suo libro *Gynaecia*, il cui originale greco è perduto, ma del quale resta una traduzione latina di Moschione, tratta problematiche relative al parto e al trattamento del neonato. E' sua la manovra del cosiddetto 'rivolgimento podalico' in caso di difficoltà in presentazione cefalica del feto, come è sua la realizzazione della 'sedia da parto' atta a consentire alla donna di partorire seduta.

Eccezionale rappresentante della medicina antica, pari solo ad Ippocrate, è Galeno (130-199), le cui dottrine dominano per quindici secoli la scienza medica. Medico dell'imperatore Marco Aurelio e poi di Commodo, scrive oltre quattrocento trattati, di cui molti giunti fino a noi, discettando su tutti gli argomenti dello scibile medico acquisito e aggiornandolo con geniali idee innovative. Ottimo anatomico, pratica le dissezioni su animali, (erano proibite le autopsie sull'uomo), riportandone per iscritto le relative osservazioni, purtroppo anche con non pochi errori ed imprecisioni, rimaste dogma per ben oltre un millennio in campo scientifico. Tali inesattezze infatti saranno corrette solo molti secoli dopo: quelle di anatomia da Andrea Vesalio nel XVI secolo, mentre quelle di fisiologia con la scoperta della circolazione del sangue da parte di William Harvey nel 1628. Per quanto riguarda le ferite, ad esempio, il Pergameno appoggia l'erroneo convincimento che per farle guarire bisogna provocarne la suppurazione (*pus bonum et laudabile*), fenomeno interpretato come inevitabile *cozione* di umori alterati, di cui favorire l'espurgo ai fini della cicatrizzazione. La sua fama, già grande in vita, diviene addirittura indiscussa venerazione nei secoli successivi.

Altri personaggi di rilievo del mondo romano sono Areteo di Cappadocia (II-III sec.), acuto osservatore e clinico di non comune ingegno. Nel suo libro *Sulle cause e cura delle malattie acute e croniche* risalta il proprio particolare interesse per le affezioni chirurgiche. Ed ancora Antillo, chirurgo del III sec., della cui attività certamente prestigiosa restano frammenti.

Un brusco arresto dell'attività chirurgica viene purtroppo ad adombrarsi nel primo medioevo. Le invasioni barbariche, la chiusura delle scuole mediche, lo scardinamento dell'organizzazione assistenziale, che accompagnano e seguono la caduta dell'impero romano segnano un regresso. L'attività operatoria di basso rango (medicazione di ferite, incisioni di ascessi, riduzione di fratture e lussazioni, estrazioni dentarie, cateterismi vescicali) è affidata a mestieranti artigiani, che la eseguono con tecniche grossolane e prive di accorgimenti protettivi.

Bisognerà aspettare la Scuola medica salernitana per vedere il ritorno della chirurgia nelle mani dei medici.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giusepplauriello@libero.it

Bioetica

Gli aspetti della comunicazione medico-paziente nella legge 219/2017: una riflessione critica

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)

Ricevuto in Redazione l'8 novembre 2018

Parole chiave: Comunicazione, consenso informato, disposizioni anticipate di trattamento, alleanza medico-paziente, rifiuto/rinuncia alle cure.

Key Words: Communication, informed consent, anticipated provisions of treatment, medical-patient alliance, refusal/renunciation to treatment.

RIASSUNTO

Nel presente contributo l'Autore esamina la legge 22 dicembre 2017 n. 219 sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", riflettendo in particolare, tra i molteplici e talora controversi aspetti, sul ruolo dell'informazione e della comunicazione nel concreto rapporto medico-paziente, sottolineandone alcune criticità relazionali ed operative. Indubbiamente le problematiche complesse relative al consenso informato e alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) come delineate dalla legge, necessitano di un attivo scambio comunicativo del medico con la persona ammalata, e pertanto l'informazione sanitaria deve obbligatoriamente essere chiara, essenziale, semplificata, adeguata al livello culturale del paziente, che esprime aspettative, timori, desideri, aiutandolo ad assumere importanti decisioni, che possono rivelarsi drammatiche soprattutto in ordine al rifiuto o rinuncia ai trattamenti sanitari "necessari alla propria sopravvivenza". Ecco che in tale evenienza risulta particolarmente imprescindibile nel processo comunicativo rendere esplicite da parte del medico, secondo scienza e coscienza, le "conseguenze di tale decisione", così come prevede la legge.

SUMMARY

In this contribution the Author examines the law dated December 22nd 2017 n. 219 on "Rules on informed consent and anticipated provisions of treatment", reflecting in particular, among the many and sometimes controversial aspects, on the role of information and communication in the concrete physician-patient relationship, underlining some relational and operative criticalities. Undoubtedly, the complex issues related to informed consent and anticipated treatment provisions (ATP) as outlined by the law, require an active communication exchange between the doctor and the sick person, and therefore health information must be clear, essential, simplified, adequate to the patient's cultural level, which expresses expectations, fears, desires, helping him/her to make important decisions, which may prove to be dramatic, especially with regard to the refusal or renunciation to health treatments "necessary for his/her survival". In this case, it is particularly necessary in the communication process to make the "consequences of this decision" explicit, according to the science and the conscience, as provided for by the law.

INTRODUZIONE

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017 n. 219 sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", più comunemente intesa come provvedimento sul "biotestamento".

Come si evince dal titolo, i temi principali trattati dalla legge sono il consenso informato (Art. 1), in cui si definiscono le modalità, i criteri, la validità, la legittimità, ecc.; e le disposizioni anticipate (DAT) sui trattamenti terapeutici ed assistenziali della persona quando verrà a trovarsi in una condizione di incapacità di intendere e di volere (Art. 4). Ma nella Legge si fa riferimento anche alla terapia del dolore e all'accanimento terapeutico (Art. 2), alle problematiche riguardanti i minori e gli incapaci (Art. 3) ed alla pianificazione condivisa delle cure (Art. 5).

Come è evidente, la legge si articola in due parti perchè vengono normate due questioni diverse, il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, come pure si fa riferimento esplicito e puntuale a diversi articoli presenti nel Codice deontologico dei medici, richiamando in alcuni passaggi i medesimi termini.

Nel presente contributo si vuole riflettere, tra i molteplici e talora controversi aspetti di questa legge (già evidenziati anche su questa rivista) come in essa, vengano esplicitati decisive peculiarità della professione medica e in particolare gli aspetti dell'informazione e della comunicazione medico-paziente, sia per il consenso informato che per le disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Tali problematiche, vecchie e nuove, tra l'altro affondano nei tempi remoti.

Basti ricordare come in proposito si esprimeva Platone nelle Leggi «*Ci sono due specie di quelli che si chiamano medici. (I primi) curano gli schiavi andando in giro e attendendoli nei luoghi di cura e prescritto ciò che par meglio alla loro esperienza, come se ne avessero scienza perfetta, fanno come un tiranno superbo e tosto si scostano e si dirigono a un altro schiavo ammalato. (Il secondo tipo di medico) invece cura quasi sempre le malattie dei liberi e le studia, le tiene fin da principio sotto osservazione, come vuole la natura, dando informazioni allo stesso ammalato e agli amici...».*

Comunicazione e consenso informato

Innanzitutto riguardo alla comunicazione è da evidenziare che nella legge in esame viene statuito solennemente all' Art.1 comma 8 che *"Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura"*, riprendendo anche nella terminologia quanto affermato dal vigente codice deontologico dei medici (18 maggio 2014) all' Art. 20 *"Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura"*.

Ci sembra importante sottolineare come la legge in proposito utilizza il termine *"costituisce"* rispetto a quello *"considerare"* del codice deontologico, a significare, magari anche con una certa enfasi, che la comunicazione tra medico e paziente (che implica reciprocità, perché si realizza tra uguali, anche se i ruoli sono diversi), è d'ora in poi, una prescrizione di legge e non una semplice raccomandazione. L'informazione è certamente un dovere del medico e un diritto del paziente.

È ormai acclarato che una buona comunicazione/informazione, che deve essere comprensibile, accessibile, semplificata, essenziale, adattata al livello culturale del paziente, e che non sempre è finalizzata all'acquisizione del consenso, è un atto rilevante in senso clinico e deontologico ma anche giuridico (vedi le numerose sentenze della Cassazione Civile).¹

In una di queste, relativa al caso di un intervento chirurgico (ma che si può estendere anche ad altri eventi terapeutici e/o diagnostici), viene stabilito anche che il medico oltre a specificare al paziente la portata dell'intervento, il grado di difficoltà, gli effetti conseguibili, gli eventuali rischi, ecc. deve anche evidenziare eventuali scelte alternative, includendovi la carente o meno struttura ospedaliera, l'organizzazione, ecc.²

Importante quindi è la formazione del personale sanitario *"in materia di relazione e di comunicazione con il paziente"* (Art.1 comma 10 della presente legge) e pertanto ci sembra evidente la sollecitudine del legislatore che ne sancisce l'obbligatorietà,³ prevedendo che sia *"iniziale e continua"* e associandola a quella della *"terapia del dolore e di cure palliative"*.

Pertanto per quest'ultimo aspetto è bene ricordare che la Conferenza permanente dei presidenti di Consiglio del corso di laurea in medicina e chirurgia riunita a Roma il 22/01/2018, cioè subito dopo l'approvazione della legge, ha raccomandato a tutte le facoltà di medicina di integrare i loro corsi con 2 crediti CFU-F di tirocinio professionalizzante di cure palliative e terapia del dolore.

Per quanto riguarda i destinatari dell'informazione sanitaria sono, oltre il paziente (il quale però può rifiutarsi di riceverle), i familiari o terzi (ma sempre con il consenso dell'avente diritto come sancisce la legge⁴) ed anche come è noto l'Autorità giudiziaria, se non vi è trasgressione di segreto professionale.

La legge dedica poi un articolo specifico (Art.3), inerente la libertà e la capacità decisionale e la titolarità del consenso informato dei soggetti giuridicamente incapaci (infermo psichico, interdetto, inabilitato, minore di anni 18) secondo le norme già vigenti, con riferimento al legale rappresentante e al fiduciario: *"La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà"*.

Detto ciò ci sembra necessario accennare alla problematica del consenso informato, di cui tratta la prima parte della legge (Art.1), limitandoci agli aspetti relazionali e comunicativi, che ne sono alla base, come abbiamo indicato nella premessa.

Finora il consenso informato ai trattamenti sanitari ha fatto riferimento oltre alla Costituzione (al comma 2 dell'Art. 32 ma anche agli Artt. 2 e 13), e a vari pronunciamenti e sentenze della Cassazione Penale,⁵ della Convenzione di Oviedo,⁶ della

1 Cass. Civ., Sez. III, sent. N. 15698/2010: «Il medico deve fornire al paziente in modo esaustivo e completo tutte le informazioni scientificamente possibili riguardanti le terapie che intende praticare o l'intervento chirurgico che intende eseguire, con le relative modalità».

2 Cass. Civ., Sez. III, sentenza del 15/01/97, n°361.

3 Legge 22 dicembre 2017, art.1 comma 10: *"La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative"*.

4 LEGGE 22 dicembre 2017- n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. art.1 comma 2 *"In tale relazione (medico-paziente) sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo"* e comma 3: *"(il pz.) può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole"*.

5 Corte di Cassazione, Sez. IV Penale. Sentenza 20 gennaio 2014 n. 2347. Pres. Zecca – est. Massafra

6 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

Costituzione Europea,⁷ del Comitato Nazionale per la Bioetica,⁸ del Codice di Deontologia Medica,⁹ e a una legislazione frammentaria su altre materie (come per esempio le sperimentazioni, le trasfusioni, i trapianti, gli accertamenti da Hiv, i trattamenti radianti, l'interruzione volontaria della gravidanza, la rettificazione in materia di attribuzione di sesso, la procreazione medicalmente assistita, ecc.: tra l'altro con obbligo di consenso per iscritto su tutte queste) o leggi speciali (legge 833/78)¹⁰ non esistendo nell'ordinamento giuridico nazionale una disciplina generale.

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

È fuor di dubbio che ogni atto medico non può prescindere dal consenso informato, che lo rende legalmente lecito. Senza il consenso esplicito, attuale, libero e formale del paziente, nessun atto medico può essere compiuto e perciò stesso legittimato, come ormai universalmente acclarato.

È da notare, a nostro giudizio, che anche questa legge come per norme e atti giuridici precedenti, non dà una definizione di consenso informato, seppure più volte citato, benchè ora venga acquisito dalla legislazione ordinaria.

In estrema sintesi potremmo dire che il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente, previamente informato in maniera esauriente dal medico, sulla natura e sull'iter diagnostico o terapeutico o sperimentale, dà per l'effettuazione di interventi sul proprio corpo.

Il comma 2 dell'Art. 1 della legge 2019 afferma che *“è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico”*.

Due le osservazioni in merito. La prima: a nostro avviso più che “relazione di cura” avremmo preferito il termine “alleanza di cura”, termine di cui in tutta la Legge non c'è traccia (come invece si ritrova nel codice deontologico dei medici all'art. 20), e che significa condivisione di obiettivi nel reciproco rispetto e che meglio avrebbe definito quel mirabile e proficuo incontro, umano prima che professionale, tra “una fiducia e una coscienza”.

E il consenso informato in questa alleanza dovrebbe rappresentare non il punto di partenza, magari come spesso avviene inteso in forma impersonale e burocratizzata, ma l'epilogo di un processo condiviso di opzioni diagnostiche/terapeutiche/curative.

La seconda osservazione: nella legge viene affermato che la *“relazione” medico-paziente è basata sul consenso informato*.

Ciò secondo noi rivelerebbe una concezione meramente contrattualistica della professione medica, giacché crediamo fermamente che a fondamento di tale rapporto vi sia invece la promozione del bene vita e del bene salute, naturalmente nel rispetto della libertà personale sia del paziente che del medico.

Ritornando sugli aspetti della comunicazione medico-paziente, particolarmente importante è il comma 3 dell'Art.1 dove si chiarisce che ogni persona deve essere informata *“riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi dei trattamenti sanitari...”* ma anche rispetto *“alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”*, prospettando in questo caso un dissenso esplicito del paziente.

Nel comma 5 sempre dell'Art.1 si entra nelle questioni del fine vita ed ancora un volta viene sottolineata la incombenza (grave e sovente deontologicamente ed eticamente problematica) di informazione e comunicazione da parte del medico quando *“qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica”*.

Comunicazione e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Riguardo all'Art.4 sulle “disposizioni anticipate di trattamento”, il comma 1 prevede che “ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche (il corsivo è nostro) sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà...”

Su tale enunciato osserviamo criticamente che nulla si dice sul *come, quando e soprattutto da chi* queste “informazioni mediche” debbano essere acquisite dalla persona maggiorenne e competente.

A nostro parere l'aver indicato genericamente l'acquisizione di *“adeguate informazioni mediche”* per la stesura delle disposizioni, senza indicare in modo specifico che il medico e solo il medico (o l'equipe medica) è tenuto a fornire tali informazioni, potrebbe con ciò intendersi che anche altri soggetti (parenti? amici?) o fonti (internet? stampa?) sarebbero (impropriamente) legittimati a fornire informazioni per la redazione delle stesse.

Sarebbe stato opportuno, a nostro giudizio, che la legge oltre a individuare nel medico la figura che informa il paziente sulle eventuali scelte future, avesse stabilito anche la contestuale sottoscrizione (medico e persona) delle suddette disposizioni.

Tale attestazione tra l'altro avrebbe convalidato ancor più le DAT, giacché il medico avrebbe avuto l'obbligo di approfondire la suddetta legge, per meglio determinare le volontà del paziente.

Inoltre il Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Demografici - con Circolare n. 1/2018 emanata in data 08/02/2018, ha dettato alcune indicazioni operative specificando (molto opportunamente) che le DAT devono essere consegnate

7 Costituzione europea: carta dei diritti fondamentali dell'Unione, 29/10/2004, Parte II – Art. II 63

8 Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: Parere su “Informazione e consenso all'atto medico”; 20 giugno 1992

9 Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2014 - Art. 35 Consenso e dissenso informato

10 Legge N. 833, 23 DICEMBRE 1978(Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28.12.78) . Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

personalmente dal disponente residente nel comune e che soprattutto l'Ufficiale di Stato Civile ricevente non può partecipare in alcun modo o forma alla redazione delle stesse, nè fornire *informazioni* in merito.

La segnalata incongruenza (redazione delle DAT dopo informazioni non necessariamente fornite dal medico) risulta ancor più evidente se si esamina il comma 6 sempre dell'Art. 4 laddove si dispone invece che "nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT... queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata *da un medico*, (il corsivo è nostro) con l'assistenza di due testimoni", come a dire che solo nella revoca d'urgenza delle DAT è necessaria la presenza del medico, ma non quando vengono ordinariamente sottoscritte.

A sostegno delle nostre affermazioni ci piace ricordare la sentenza della Cassazione Civile del 15.1.1997 n. 364 che sancisce che "l'obbligo di informazione si estende, inoltre, ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente, *con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario*, (il corsivo è nostro) possa determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi".

Certamente a nostro giudizio gli aspetti comunicativi più salienti e qualificanti, scientificamente, umanamente e deontologicamente, della legge 219 si possono rinvenire nell'Art. 5,¹¹ che riguarda la pianificazione condivisa delle cure tra il paziente e il medico, istituto che segna senza dubbio una novità positiva in campo legislativo.

Trattasi come è noto della possibilità di attivare per malati cronici percorsi clinici ed assistenziali di "simultaneous palliative care" (cure palliative simultanee: quando la malattia non è ancora in fase terminale) oppure di "end-of-life palliative care" (cure palliative di fine vita), a tutela dell'ammalato contro cure sproporzionate in eccesso (accanimento) o in difetto (abbandono).

In essa perciò l'attività informativa e comunicativa del medico, che si fa interprete e garante di un percorso assistenziale partecipato e condiviso con il malato e i suoi familiari e a sostegno della sua opera professionale, è massima nella rivalutazione costante dell'evoluzione e della progressione nel tempo della malattia.

CONCLUSIONI

In questa riflessione viene messa in evidenza l'importanza degli aspetti comunicativi nel concreto rapporto medico-paziente attraverso l'esame della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", sottolineandone le criticità relazionali ed operative.

Indubbiamente le problematiche complesse del consenso informato e del fine vita come delineate dalla Legge 219/2017 necessitano di un attivo scambio comunicativo del medico con la persona ammalata che esprime aspettative, timori, desideri, e pertanto l'informazione sanitaria deve obbligatoriamente essere chiara, essenziale, semplificata, adeguata al livello culturale del paziente.

Tra le varie forme di comunicazione (sogettiva, personalizzata, empatica, ecc.) è certamente imprescindibile una informazione che riporti quanto espresso e validato dalla comunità scientifica, che cioè rappresenti le più aggiornate acquisizioni della medicina delle prove di efficacia, nota anche come medicina basata sulle evidenze.

Naturalmente l'informazione e la comunicazione nell'acquisizione del consenso e soprattutto nelle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) deve essere frutto di un dialogo, che si concretizza in un'alleanza del medico con il paziente, attraverso la quale si aiuta quest'ultimo ad assumere importanti decisioni.

Le criticità maggiori, come è noto, si realizzano nel consenso informato e/o nelle DAT in ordine al rifiuto o rinuncia ai trattamenti sanitari "*necessari alla propria sopravvivenza*": senza il consenso del paziente, il medico non è legittimato ad agire, ma è fuor di dubbio che la rinuncia a terapie salvavita possa sollevare nella coscienza del medico gravi interrogativi, in tutta la loro drammaticità e problematicità, pur tenendo conto della volontà del paziente e della sua dignità di persona e dopo avergli prospettato, nel processo comunicativo, come statuisce la legge, le "*conseguenze di tale decisione*".

BIBLIOGRAFIA

- 1) Battimelli G.: È sempre lecito il rifiuto delle cure? Civitas Hippocratica, 2016 (Anno XXXVII): 5-6. 39
- 2) Battimelli G. "Nutrizione e idratazione artificiale: terapia o cura ordinaria? trattamento sanitario, sostegno vitale?" Civitas Hippocratica 2017 - Anno XXXVIII - N. 5-6
- 3) Battimelli G. "La Pianificazione condivisa delle cure" nella Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - Civitas Hippocratica 2018 - Anno XXXIX - N. 1/2
- 4) Legge 22 dicembre 2017, n. 219, approvata al Senato il 14 dicembre 2017 e pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 12 il 16 gennaio 2018, entrata in vigore il 31 gennaio 2018
- 5) Federazione Nazionale Ordine dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCEO): Codice di Deontologia Medica 2014 (accesso del 31.10.2018, a: <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica+2014.html?t=a&id=115184>)
- 6) 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
- 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) Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Demografici - Circolare n. 1/2018 del 08/02/2018

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

¹¹ L. 219/2017. Art. 5. (Pianificazione condivisa delle cure) Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

Libri ricevuti

Giuseppe Battimelli

Temi e dilemmi della bioetica

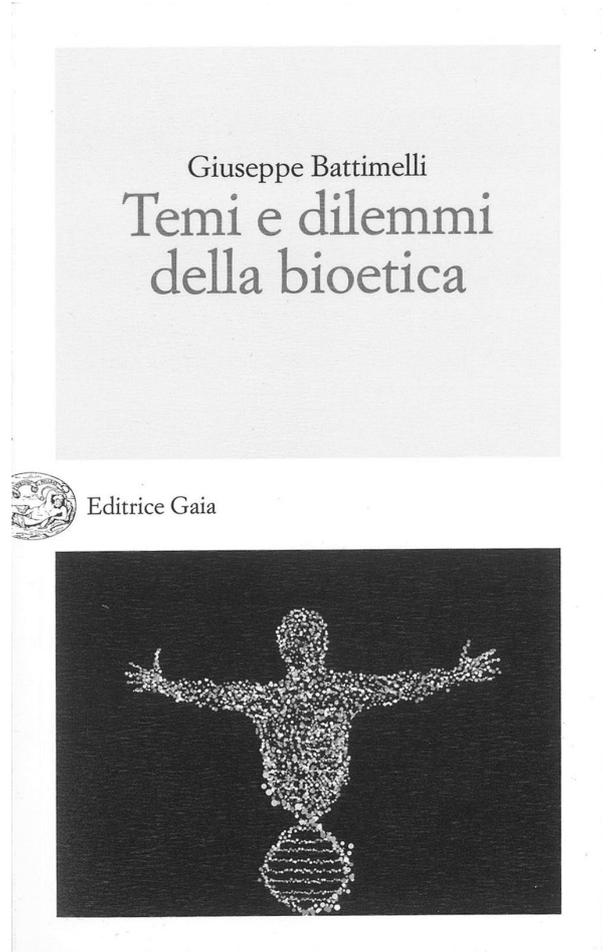
Casa Editrice Gaia, 2018, pagg. 183. €. 14,00

La bellezza e la dignità della persona umana, e il conseguente rispetto della vita umana dal concepimento al suo termine naturale, sono il filo conduttore di questi saggi su argomenti di bioetica che l'Autore ha pubblicato tra il 2004 ed il 2018 su varie riviste, tra le quali è annoverata anche la nostra Civitas Hippocratica.

Vicepresidente nazionale dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani) e della SIBCE (Società Italiana per la Bioetica e Comitati Etici), di formazione culturale e spirituale benedettina, l'Autore, con uno stile comunicativo agevole, spazia su vari argomenti: dall'aborto alle tematiche di fine vita, dall'alimentazione e idratazione artificiale alla sedazione palliativa profonda, dalla genomica, biotecnologie e ingegneria genetica alla medicina potenziativa, dall'obiezione di coscienza ai rapporti tra bioetica, biodiritto e biopolitica.

Sia pure di matrice cattolica i suoi articoli vogliono aprire un dialogo con coloro che hanno dell'etica una visione laica affinché non si perdano quei criteri etici universalistici che devono essere tenuti presenti anche dal legislatore allorché entra su temi che poi determinano una produzione giuridica.

La scienza non deve avere alcun divario con la vita tenendo presente la centralità del valore della persona indipendentemente dalla sua anche diversa abilità; ed il medico, il cui comportamento etico parte dai dettami del Corpus Hippocraticum ma attualizzato dal proprio Codice Deontologico, ha un ruolo importante nel suo particolare rapporto con il paziente del quale si prende cura.



M. C.



INDICI

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

Indice dei Contenuti

Volume XXXIX	Gennaio - Aprile 2018	n. 1/2
Studio sulla prevalenza di patologia odontoiatrica nel paziente disabile <i>Barbagallo G., Leocata C., Terranova M.</i>		pag. 1
Aggiornamenti in oncologia e real life <i>Savastano C.</i>		pag. 4
Corso di Formazione in Oncologia Aggiornamento sui nuovi farmaci target, immunoterapia e tossicità correlate <i>Strazzullo S.</i>		pag. 6
La “Pianificazione delle cure” nella Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) <i>Battimelli G.</i>		pag. 8
Un esempio di Chirurgia Salernitana <i>Lauriello G.</i>		pag. 11
Volume XXXIX	Maggio - Agosto 2018	n. 3/4
Impatto della Legge 119/2017 sull’attività dei servizi vaccinali dell’ASL Nord-Ovest della Toscana <i>Canale A., Giardi F., Lucchesi L., Tomasi A.</i>		pag. 17
Sulla sifilide di Benvenuto Cellini <i>Tagarelli A., Piro A.</i>		pag. 20
L’odontofobia infantile: studio osservazionale <i>Marano C., Barbagallo G., Leocata C., Spampinato G.R.</i>		pag. 23
Nuovi approcci terapeutici nei Big Killer <i>Grimaldi G., Busto G.</i>		pag. 28
Il principio di vulnerabilità e la posizione di garanzia del medico <i>Battimelli G.</i>		pag. 30
Volume XXXIX	Settembre - Dicembre 2018	n. 5/6
Preemptive training with Social Stories™ in the electroencephalographic evaluation of pediatric patients with autism spectrum disorders <i>Serino D., Martinetto F., Fioretto F.</i>		pag. 33
Progetto Trotula: alimentazione e salute <i>Borriello M.</i>		pag. 35
La chirurgia nel mondo antico <i>Lauriello G.</i>		pag. 38
Gli aspetti della comunicazione medico-paziente nella Legge 219/2017: una riflessione critica <i>Battimelli G.</i>		pag. 40
Temi e dilemmi della bioetica <i>Battimelli G.</i>		pag. 44

Indice degli Autori

B			
Barbagallo Gianluca	1, 23	Lucchesi Lara	17
Battimelli Giuseppe	8, 30, 40, 44	M	
Borriello Marianna	35	Marano Clelia	23
Busto Giuseppina	28	Martinetto Federica	33
C		P	
Califano Catello	35	Piro Anna	20
Canale Alice	17		
		S	
F		Savastano Clementina	4
Fioretto Franco	33	Spampinato Giuseppe Riccardo	23
		Strazzullo Salvatore	6
		Serino Domenico	33
G		T	
Giardi Filippo	17	Tagarelli Antonio	20
Grimaldi Giuseppe	28	Terranova Marco	1
		Tomasi Alberto	17
		Trezza Carmela	35
L			
Lauriello Giuseppe	11, 38		
Leocata Carmelo	1, 23		

Parole Chiave

A		I	
Alleanza medico-paziente	40	Igiene orale	1
Autodeterminazione	30	Immunoterapia	6
B		L	
Bambini	1	Legge 119/2017	17
Bioetica	44	Legno santo	20
C		M	
Cancro	33	Malattia cronica	8
Carie	1	Malattia invalidante	8
Chirurgia	11, 38	N	
Codice deontologico	30	Neurosifilide	20
Collaboratività	23	O	
Compliance	23	Obbligo vaccinale	17
Comunicazione	40	Oncologia	4, 6, 28
Consenso informato	40	P	
Cure odontoiatriche	23	Paziente disabile	1
D		Pianificazione condivisa delle cure	8
Dieta mediterranea	35	Posizione di garanzia del medico	30
Disposizioni anticipate di trattamento	8, 40	Prendersi cura di	30
Disturbi dello spettro autistico	33	Prevenzione	35
E		R	
EEG	33	Rifiuto delle cure	40
Epilessia	33	Rinuncia alle cure	40
Etica della cura	30	S	
F		Salute orale	1
Farmaci target	6	Salute pubblica	35
Fine vita	8	Screening	1
Fobia	23	Scuola Medica Salernitana	11
G		Servizi vaccinali	17
Gastroenterite da mercurio	20	Storia della chirurgia	38
		Storie sociali	33
		Sublimato	20
		T	
		Tossicità	6



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

FERRO PIROFOSFATO MICROINCAPSULATO.

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

INTEGRATORI ALIMENTARI



Care to Cure.



+ STABILITÀ
+ QUALITÀ

SMART DELIVERY CAP
Nuovo flacone bifasico Formula migliorata



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

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

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

