

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVIII * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2017

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 XXXVIII * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2017

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

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

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

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

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

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

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni.

La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

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

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Marzo 2018.



Associato alla Unione
Stampa Periodica Italiana

ISSN 1124 - 5301



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Silvia Memmini, Svaldo Sensi, Marco Farnè, Loretta Meli, Laura Unti, Valeria Massei, Alessandro Lensi, Luigi Rossi</i>	
Cure intermedie in Toscana: analisi delle modalità organizzative e dell'attività del modulo di Marlia - Zona Distretto Piana di Lucca	Pag. 33
<i>Giuseppe Lauriello</i>	
Un medico artista: Albert Schweitzer	Pag. 38
<i>Giuseppe Battimelli</i>	
Nutrizione e idratazione artificiale: terapia o cura ordinaria? trattamento sanitario, sostegno vitale?	Pag. 39
Libri ricevuti	
<i>Alberto Tomasi</i>	
Atlante della salute in viaggio	
Come viaggiare sicuri verso ogni destinazione	Pag. 42
Convegni	
<i>Antonietta Fabbrocini, Maria Langella, Anna Libroia, Catello Califano</i>	
Dal Curare a Prendersi Cura; la nostra esperienza	Pag. 43
Indice dei contenuti	Pag. 46
Indice degli autori	Pag. 47
Parole chiave	Pag. 48

Editoriale

Il Centro Studi Civitas Hippocratica ha firmato recentemente un accordo di collaborazione con l'Associazione Scientifica S.P.E.ME. (Società per la Promozione dell'Educazione MEDica) per cui, oltre ad un servizio di consulenza editoriale e alla pubblicazione sulla nostra Rivista di articoli, atti di convegni e quant'altro per conto della suddetta Associazione, le tariffe delle spese di stampa con i relativi estratti, qualora i soci S.P.E.ME./CIMO Nazionale propongano la pubblicazione di lavori scientifici, saranno calcolate a condizioni di favore rispetto a quelle previste per i non iscritti.

Inoltre, i numeri della "Civitas Hippocratica" sono visionabili sul sito www.speme.com

Mario Colucci

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2018.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

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

Cure intermedie in Toscana: analisi delle modalità organizzative e dell'attività del modulo di Marlia - Zona Distretto Piana di Lucca

Silvia Memmini^a, Svaldo Sensi^b, Marco Farnè^c, Loretta Meli^c, Laura Unti^b, Valeria Massei^c, Alessandro Lenzi^c, Luigi Rossi^d

Parole chiave: Cure intermedie, continuità assistenziale, assistenza sanitaria territoriale.

Key Words: Intermediate Care, welfare continuity, territorial health assistance.

RIASSUNTO

La Regione Toscana ha delineato la rete delle Cure Intermedie (CI) attraverso la DGRT 1235/2012, il Parere del Consiglio Regionale 68/2013 e la DGRT 431/2013. Il termine "cura" indica che le CI definiscono come sanitaria la loro missione. Il paziente che fruisce delle CI può essere in una situazione di malattia non così grave da dover essere ospedalizzato ma ancora non sufficientemente stabilizzato per poter rientrare al domicilio, oppure provenire dal territorio per evitare un'ospedalizzazione inappropriata.

Il modulo di Cure Intermedie attivo, dal 2009, presso la Casa della Salute di Marlia è stato preso come spunto per rivedere le modalità organizzative dell'assistenza e per un'analisi dell'attività. L'assistenza medica è garantita dal MMG, mentre l'assistenza infermieristica è garantita sulle 24 ore. L'analisi dell'attività ha riguardato il numero dei pazienti inseriti, l'occupazione dei posti letto e la provenienza. Lo sviluppo delle cure intermedie rappresenta una possibilità importante di continuità assistenziale alla luce delle modificate condizioni epidemiologiche (invecchiamento, malattie croniche, comorbidità) e di sostenibilità economica.

SUMMARY

The Tuscany Region has outlined the Intermediate Care Network (CI) through the DGRT 1235/2012, the Regional Council Opinion 34/2013 and the DGRT 431/2013. The term "cure" indicates that the ICs define their mission as health care. The patient who uses CI can be in a situation of illness not so serious as to be hospitalized but still not sufficiently stabilized to be able to return home, or come from the territory to avoid inappropriate hospitalization.

The Intermediate Care unit, active since 2009, at the Casa della Salute of Marlia was taken as a starting point to review the organizational modalities of the assistance and for an analysis of the activity. Medical assistance is guaranteed by the GP, while nursing care is guaranteed over 24 hours. The analysis of the activity concerned the number of patients included, the occupation of the beds and the origin. The development of intermediate care is an important possibility of continuity of care in the light of the changed epidemiological conditions (aging, chronic diseases, co-morbidities) and economic sustainability.

^aSCUOLA SPECIALIZZAZIONE
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA,
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA

^bUO ASSISTENZA INFERMIERISTICA
TERRITORIALE

^cUF CURE PRIMARIE

^dDIRETTORE ZONA /DISTRETTO
PIANA DI LUCCA

Ricevuto in Redazione il 1 dicembre 2017

INTRODUZIONE

Con il termine "cure intermedie" si intendono alcuni setting eterogenei, che offrono servizi in un arco temporale a breve termine, in particolare per soggetti anziani, con lo scopo di creare un ponte tra i diversi livelli di erogazione dell'assistenza, in particolare collocandosi tra l'assistenza ospedaliera e il domicilio^(1,2).

Le cure intermedie si collocano perfettamente tra due modelli assistenziali complementari, ovvero quello rivolto alla patologia acuta, prettamente ospedaliero riorganizzato per intensità di cura e il modello orientato alla presa in carico dei pazienti *long term*, organizzato secondo parametri di complessità dei percorsi assistenziali e di integrazione socio-sanitaria, che si sviluppa a domicilio o comunque sul territorio.

La possibile frammentazione delle prestazioni di tipo sanitario e sociale non garantisce cure efficaci e mette in crisi il sistema sanitario sia sul versante ospedaliero che territoriale⁽³⁾.

La letteratura^(4,5) evidenzia che, nella variabilità dei modelli di organizzazione sanitaria presenti a livello internazionale, il tema dell'integrazione tra l'ospedale e il territorio si può intendere come:

- *intermediate care*, che comprende tutte le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali erogate sotto il coordinamento di un'equipe aziendale multiprofessionale
- *transitional care*, che intende la modalità di raccordo e di passaggio del paziente nelle diverse fasi dell'assistenza.

Il rapporto OASI del 2010⁽⁶⁾ ha individuato fino a 12 strumenti di integrazione per rispondere alla domanda di continuità di assistenza tra l'ospedale e il territorio: *triage* telefonico, posti letto territoriali gestiti da medici di medicina generale (MMG) e personale infermieristico, gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, strutture intermedie intra-ospedaliere, programmi di dimissione assistita/programmata, programmi di dimissione protetta, ospedale di comunità, programmi di ospedalizzazione

domiciliare, strutture di ricovero intermedie di riabilitazione post-acuta, residenziali e ambulatoriali, poliambulatori specialistici e *team* infermieristici di comunità.

Il quadro nazionale, con l'approvazione del Decreto Ministeriale 70/2015⁽⁷⁾ ha rafforzato la necessità dell'implementazione delle cure intermedie, come strutture in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione delle acutizzazioni, affermando che *“la riorganizzazione della rete ospedaliera, cui è finalizzato il provvedimento, sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.”*

Il contesto toscano

In Toscana, la Legge Regionale 40/2005 aveva introdotto nuovi modelli ospedalieri per intensità di cura⁽⁸⁾ imponendo già allora, con la riorganizzazione ospedaliera, una revisione dei servizi territoriali divenuta nel tempo sempre più necessaria, anche in funzione della modificazione strutturale della popolazione (maggiore prevalenza di anziani con comorbidità) e di una struttura sociale familiare in difficoltà nell'accoglienza e nell'assistenza di una persona anziana.

La risposta a questi fenomeni aveva quindi cercato di ampliare le tipologie di risposta per la post-acuzia e per la sub-acuzia, realizzando strutture di tipo intermedio che potessero prendere in carico questo tipo di pazienti in alternativa al ricovero ospedaliero, ovvero, facilitando la dimissione precoce dall'ospedale e evitando gli accessi ripetuti al pronto soccorso e i re-ricoveri.

La Delibera di Giunta Regionale Toscana (DGRT) 1235/2012 aveva indicato lo sviluppo delle cure intermedie come un'alternativa che consentisse il corretto utilizzo delle risorse⁽⁹⁾, anche strutturali, e proponesse l'adeguamento dei posti letto di cure intermedie (ospedale di comunità, *hospice*, posti di sollievo in RSA, posti di continuità assistenziale intra-ospedaliera, posti di continuità assistenziale attivati nelle RSA, riabilitazione ex-articolo 26) allo standard indicato per 1.000 ab..

Se inizialmente la caratterizzazione dei pazienti che potevano accedere a questi servizi era poco definita,

con l'approvazione della DGRT 431/2013⁽¹⁰⁾, sono stati chiaramente individuati due *setting* in relazione alla diversa stabilità clinica dei pazienti, in base al punteggio NEWS (Tabella 1):

1. setting A: moduli a bassa intensità di cure sub-acute,
2. setting B: strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la post acuzie, a valenza sanitaria.

Questa delibera ha recepito il parere del Consiglio Sanitario Regionale⁽¹¹⁾, che prevedeva l'esclusione delle cure intermedie per le seguenti tipologie di soggetti:

- ✓ pazienti terminali, che possono intraprendere il percorso dell'*hospice* o delle cure palliative domiciliari,
- ✓ pazienti che per motivi domiciliari prolungano il ricovero, ovvero casi sociali,
- ✓ lungodegenti,
- ✓ pazienti che hanno in corso programmi riabilitativi,
- ✓ pazienti con gravi disturbi cognitivi e comportamentali,
- ✓ pazienti affetti da malattie infettive e diffuse.

La successiva, recente, DGRT 909/2017 ha rivisto i *setting* assistenziali di Cure Intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera. Con questo ultimo atto normativo i *setting* extra-ospedalieri diventano tre, modulati secondo l'intensità assistenziale e il governo clinico, affidato nel *setting* più impegnativo a medici di struttura e negli altri alla medicina generale⁽¹²⁾.

MATERIALI E METODI

Sono state analizzate le modalità organizzative dell'assistenza nel modulo attivato nella Casa della Salute di Marlia, dal momento dell'attivazione, nel 2009, a tutto il 2016 e i dati presenti nel sistema informativo socio-sanitario aziendale relativi a giornate di degenza, provenienza dei pazienti, re-ricovero in ospedale, decessi, consulenze specialistiche effettuate.

Il modulo di Cure Intermedie Marlia è entrato a regime nel 2009, con l'apertura di 9 posti letto. Il servizio è stato aperto nella Casa della Salute, una struttura di proprietà della ASL, sede dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari, in cui erano già attivi: una RSA, un centro diurno per anziani, ambulatori di specialistica, servizio di diagnostica per immagini, servizio sociale territoriale. La motivazione

	CARATTERISTICHE PAZIENTI	PROVENIENZA	RESPONSABILITA' CLINICA
SETTING A	NEWS < 3	ospedaliera	Medico Ospedaliero
SETTING B	NEWS 0-1	ospedaliera e territoriale	Medico di Medicina Generale

Tabella 1. Setting di cure intermedie individuati con la DGRT 231/2013

del progetto era quella di avere una struttura che potesse accogliere pazienti dimissibili dall'ospedale, ma bisognosi di un'intensità assistenziale superiore rispetto a quella che poteva essere offerta in una RSA.

RISULTATI

Modalità organizzative dell'assistenza

Riguardo all'organizzazione dell'assistenza medica, possiamo individuare due momenti: uno antecedente all'approvazione della DGRT 431/2013, quindi compreso tra il 2009 e il 2014, e uno successivo; è da sottolineare che, in questo periodo, la sanità lucchese è stata attraversata da una ampia riorganizzazione, culminata con il trasferimento dell'Ospedale Cittadino in un nuovo edificio (Ospedale San Luca) e la riconversione del vecchio presidio Ospedaliero in Presidio Territoriale, caratterizzato dalla presenza di numerosi servizi di prossimità (prelievi, CUP, ecc.), servizi specialistici (poliambulatori specialistici), servizi di integrazione socio-sanitaria e un nuovo modulo di cure intermedie da 14 posti letto, poi ampliato a 28.

Il gestore logistico, organizzativo e di governo è il Distretto Socio-Sanitario (Zona/Distretto nell'accezione toscana) Piana di Lucca.

Nella prima fase (2009-2014) l'assistenza medica diurna era garantita da medici dipendenti dal distretto e specialisti dell'area internistica o geriatrica. La continuità assistenziale copriva l'assistenza medica in orario notturno e nei giorni festivi e prefestivi. La presenza degli infermieri e dell'Operatori Socio-Sanitari era invece garantita sulle 24 ore 7 giorni a settimana. In questo primo momento, non esisteva

ancora la distinzione nei due setting A e B, la scheda NEWS non era ancora utilizzata e la probabilità di avere pazienti con stabilità clinica (e conseguentemente necessità di assistenza) diversa era maggiore.

Dall'anno 2014, con l'entrata in vigore della DGRT 431/2013, il modulo di Marlia è stato classificato come setting di tipo B, ovvero con la possibilità di accogliere pazienti con punteggio da valutazione NEWS compreso tra 0 e 1. Il modello di assistenza medica è cambiato in quanto il responsabile clinico è diventato il Medico di Medicina Generale titolare della scelta, mentre il responsabile organizzativo è rimasto il medico del distretto. L'assistenza medica è quindi passata ai medici di famiglia, nel frattempo costituitisi in AFT, con l'ausilio dei medici di continuità assistenziale, che hanno iniziato a supportare l'attività dei MMG anche in orario diurno, garantendo la presenza in alcune fasce orarie, oltre a occuparsi della copertura nei notturni, festivi e prefestivi.

L'assistenza infermieristica e la presenza degli OSS, entrambi dipendenti di cooperativa di servizi, invece, sono rimaste le medesime: con l'infermiere che rafforza la sua figura autonoma e responsabile dei processi, in accordo con il MMG su percorsi condivisi.

A seguito di rinnovo di gara di aggiudicazione, il modulo è stato ampliato con ulteriori 5 posti letto.

Le modalità di accesso non sono variate, prevedendo l'accesso sia per pazienti in dimissione dall'ospedale, che per pazienti domiciliari. A seconda della provenienza del paziente, il reparto o il MMG inviano la segnalazione, attraverso un sistema cartaceo ed informatizzato alla Centrale

Anno	N° Pazienti	Giornate di degenza erogate	Degenza media (giorni)	Reparto di Provenienza				
				Area medica	Area chirurgica	PS/OBI	Domicilio	Altro Case di cura, RSA, ecc.
2009	168	2.450	14,58	117	11	/	15	25
2010	168	2.599	15,47	137	8	/	12	11
2011	193	2.662	13,79	140	15	/	21	17
2012	191	2.748	14,39	142	26	3	15	0
2013	187	2.867	15,33	139	27	5	8	0
2014	172	2.709	15,75	120	26	5	13	0
2015	204	3.502	17,17	133	28	9	25	Altre ASL 6
Totale	1.283	19.537		928	141	22	109	59

Tabella 2. Risultati attività modulo Marlia (1/01/2009-31/12/2015)

Operativa di Assistenza Distrettuale (COAD), che effettua una valutazione multiprofessionale del caso e, avendo a disposizione il ventaglio delle offerte territoriali, dispone per l'eventuale ricovero in cure intermedie.

Analisi di attività

Nel periodo considerato sono stati accolti nel Modulo Cure Intermedie di Marlia 1.283 pazienti, provenienti sia dall'ospedale che dal territorio. Il numero di ospiti è aumentato negli anni. La degenza media è stata in tutti gli anni inferiore ai 21 giorni, tempo massimo indicato dalla delibera regionale, attestandosi in un *range* compreso tra 13,79 giorni del 2011 del 17,17 del 2015.

La maggior parte dei pazienti (90%) proviene dall'ospedale ed in particolare dai reparti di area medica, il 18% dai reparti chirurgici, in prevalenza dall'ortopedia. La provenienza dal domicilio è più bassa (9%), anche se con il trend è in aumento, così come il ricovero in seguito a accesso al Pronto Soccorso e osservazione breve intensiva che si attesta al 2% in totale (Tabella 2).

La mortalità si attesta intorno al 5,2%, i re-ricoveri in ospedale intorno al 16%, con una variabilità importante tra il 2009 e il 2010 (Tabella 3).

In totale sono state effettuate 43 consulenze specialistiche presso la struttura.

Nel 2015 sono stati inseriti nei 27 p.l. di Cure Intermedie della Piana di Lucca 550 pazienti, mentre nel 2016 sono stati inseriti 528 utenti. Nei primi 8 mesi del 2017 il numero totale dei pazienti inseriti in Cure Intermedie nella Piana di Lucca sono stati 532 (Tabella 4). Il tasso di occupazione nel Modulo di Marlia è sempre stato ben al di sopra dell'80%.

Anno	Deceduti	Ricoverati in ospedale	Trasferiti con cod. 56
2009	4,00%	7,00%	---
2010	1,2%	25,2%	7,1%
2011	5,1%	18,6%	5,6%
2012	6,00%	13,0%	6,00%
2013	5,00%	12,00%	6,00%
2014	5,00%	16,00%	1,00%
2015	4,4%	16%	3,4%

Tabella 3. Esiti Cure Intermedie Marlia: decesso, re-ricovero e trasferimento strutture per riabilitazione

DISCUSSIONE

Dall'analisi effettuata è emerso come il *setting* "cure intermedie" si sia modificato nell'arco di poco tempo (meno di 10 anni) e come l'implementazione da un lato e il monitoraggio dell'attività siano elementi fondamentali in una prospettiva a lungo termine che guardi alla tutela della continuità assistenziale e alla sostenibilità del sistema. Nel confronto tra i due momenti presi in esame, si evidenzia come, nonostante nel primo periodo (2009-2014) la stabilità clinica non fosse valutata in ingresso, la durata della degenza era inferiore rispetto a quella riscontrata nel secondo periodo

ANNO		Gennaio-agosto 2017			2016		
Modulo	p.l.	N. paz.	% occ	degenza media	N. paz.	% occ	degenza media
Marlia	14 (***)	216	80,95	12,75	231	87,51	19,41
C. di Marte	14 (*)	255	92,65	12,36	246	93,75	19,53
RSA	4 (**)	61	79,01	12,59	51	83,27	18,50
ANNO		2015			2014		
Modulo	p.l.	N. paz.	% occ	degenza media	N. paz.	% occ	degenza media
Marlia	14 (***)	204	83,28	17,17	172	82,47	15,75
C. di Marte	14 (*)	288	88,51	15,70	65(*)	55,10	13,29
RSA	4 (**)	58	72,74	18,31	65	72,74	16,34

(*) posti letto attivati nel settembre 2014

(**) 2017 posti letto assorbiti dall'ampliamento del modulo di Campo di Marte, dopo un temporaneo trasferimento presso RSA

(***) attivazione di ulteriori 5 posti da agosto 2016 a seguito aggiudicazione gara

Tabella 4. Numero pazienti, Tasso di occupazione e degenza media anni 2014-2017 (primi otto mesi).

(2014-2016), così come la percentuale di re-ricoveri in ospedale. Per quanto riguarda il numero di pazienti ricoverati c'è stato un aumento nel tempo, conseguentemente anche all'apertura di ulteriori posti letto. In particolare, negli anni è aumentata la percentuale di pazienti ammessi da reparti chirurgici, dal pronto soccorso e anche dal domicilio.

CONCLUSIONI

Le strutture di cure intermedie rappresentano un *setting* di assistenza sanitaria che deve essere implementato per la riduzione di ricoveri inappropriati e per accompagnare il paziente al domicilio, evitando ospedalizzazioni prolungate e supportando i familiari a prevenire la disabilità in seguito a un ricovero acuto nelle persone anziane. Perché questo obiettivo sia raggiunto l'apertura dei moduli di degenza deve essere parallela alla concentrazione fisica dei servizi territoriali e allo sviluppo di forme evolute di organizzazione delle cure primarie. La nascita delle Case della Salute e il riordino della Medicina generale convenzionata sono state pensate per la corretta gestione del malato cronico, in una dimensione di prossimità al domicilio. Le modalità di presa in carico territoriale dei pazienti, deve avvenire con procedure codificate.

La continuità delle cure e dell'assistenza tra l'ospedale e il territorio deve avvenire con modalità codificate, con strategie condivise, efficaci e sostenibili⁽¹³⁾ che garantiscano la sicurezza del paziente, per questo gli operatori devono essere formati e sensibilizzati all'utilizzo degli strumenti di *handover*. La possibilità di allestire i moduli di cure intermedie in aree in cui sono presenti dotazioni diagnostiche e prestazioni specialistiche permette di ricevere opportune consulenze senza dover trasportare il paziente fuori dalla struttura, prevenendo aspetti stressogeni per lo stesso, nonché un risparmio in termini organizzativi e di risorse sia umane che di mezzi. Le condizioni relative alla stabilità clinica del paziente al momento del ricovero sono un fattore che inevitabilmente incide sull'esito dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ROSSI L., MAIELLI M., FARNÈ M., CHIERICI F., MELI L., MASSEI V., LENSÌ A., SENSI S., BERTONCINI M., UNTI L., ROTI L.: *Le cure intermedie nella AUSL 2 Lucca*. Atti 48° Congresso Nazionale SItI, Milano 14-17/10/2015: 228.
- 2) BOFFELLI S., ROZZINI R., TRABUCCHI M.: *Le Cure intermedie. Gli interventi nel settore geriatrico*. Salute e Territorio, 2014; 35 (201): 329-335.
- 3) CLARFIELD A.M., BERGMAN H., KANE R.: *Fragmentation of care for frail older people – an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada and the United States*. J. Am. Geriatr. Soc., 2001; 49: 1714-1721.
- 4) MELIS R.J.F., OLDE RIKKERT M.G.M., PARKER S.G., VAN EIJKEN M.J.: *What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed*. BMJ, 2004; 329 (7462): 360-361.
- 5) MACIOCCO G.: *Le cure intermedie. Lo scenario internazionale*. Salute e Territorio, 2014; 35 (201): 299-302.
- 6) Rapporto OASI 2010. CERGAS-SDA BOCCONI.
- 7) Decreto Ministeriale 70/2015. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. GU serie generale n. 127 del 04/6/2015.
- 8) Legge Regione Toscana 40/2005. *Disciplina del Servizio Sanitario Regionale*. BURT n. 19, suppl. 40 del 07/3/2005.
- 9) Delibera Giunta Regione Toscana n.1235/2012. *Azioni di riordino dei servizi del SSR. Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste e relativo piano operativo*.
- 10) Delibera Giunta Regione Toscana n.431/2013. *Approvazione progetti delle aziende USL relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva*.
- 11) Parere Consiglio Sanitario Regione Toscana n.34/2013. *Sviluppo del Sistema Cure intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012*.
- 12) Delibera Giunta Regione Toscana 909/2017. *Indirizzi Regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera*.
- 13) BAULEO F.A.: *Continuità delle cure e promozione della salute assieme: strategia per servizi efficaci e sostenibili*. Sistema Salute, 2015; 59 (4): 467-469.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Luigi Rossi

e-mail: luigi.rossi@uslnordovest.toscana.it

Storia della Medicina

Un medico artista: Albert Schweitzer

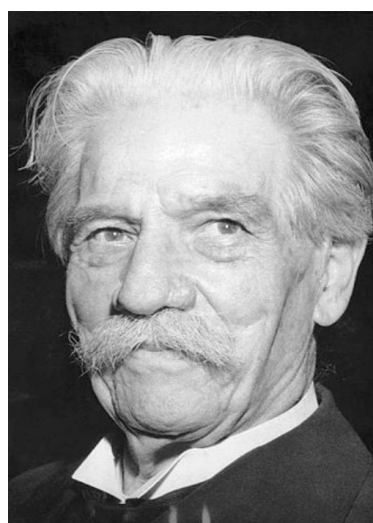
Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

Parole chiave: Albert Schweitzer, missioni umanitarie.

Key Words: Albert Schweitzer, Humanitarian Missions.

Ricevuto in Redazione il 14 febbraio 2018



Il nome del dottor Albert Schweitzer (1875-1965) è noto in tutto il mondo per la straordinaria opera umanitaria profusa nell'allora Africa Equatoriale Francese: un'attività frenetica, senza risparmio di energie in un ambiente ostile, dove la selvatichezza dell'habitat, la miseria degli abitanti, l'inclemenza del clima e le insidie morbigene del luogo erano un pericolo imminente per la vita. Oggi di Schweitzer, del 'grande medico bianco' si parla un po' meno, perché la rilevanza e l'efficienza delle numerose organizzazioni umanitarie in terra d'Africa offrono una ben diversa visibilità, certamente maggiore di quanto poteva essere il pionierismo filantropico di primo novecento, fatto di scarsi mezzi, encomiabile tenacia ed una buona dose di temerarietà. Lambaréné, l'allora poco più di un villaggio nel Gabon occidentale in prossimità dell'equatore, oggi resta un mito nella storia della solidarietà umana e della carità cristiana laica, come una leggenda resterà nella memoria di tutti l'avventura di quest'uomo eccezionale nel continente nero, che nel 1952 gli meritò il premio Nobel per la pace.

E' difficile oggi trovare qualcuno che non abbia sentito parlare del dottor Schweitzer, ma forse pochi sono a conoscenza delle sue doti di medico artista, musicologo e musicista di estrema sensibilità e di grande ingegno.

Questo impareggiabile alsaziano, oltre ad essersi laureato a Strasburgo in filosofia e poi in teologia, di cui fu nominato cattedratico, sentendo il richiamo dell'Africa e l'urgenza di un'attività missionaria da svolgervi, si iscrisse in medicina a 32 anni, laureandosi a 38 e specializzandosi a Parigi in malattie tropicali.

Ma prima di diventare medico, era già un noto musicista ed organista di grande talento. Ad otto anni infatti suonava l'organo, a diciotto era un virtuoso del pianoforte, negli anni successivi era in tournée in Europa per una serie di concerti in varie città. Scrisse saggi di critica musicale, lasciandosi affascinare dalla musica classica e dalle superbe creazioni dei grandi compositori, ma soprattutto da J. S. Bach, il suo idolo, il suo maestro, di cui avvertiva la grandiosità e la seduzione e a cui dedicò un saggio, il più conosciuto dei suoi scritti: "J. S. Bach, il musicista poeta": un vero inno al celebre organista tedesco, di cui commentò il linguaggio e il simbolismo musicale e puntigliosamente chiosò le opere una ad una.

Ai fini della costruzione di un ospedale in terra africana non esitò a tenere conferenze e concerti, pur di raccogliere fondi per la realizzazione del suo sogno e per venire incontro alla drammatica situazione sanitaria in cui versava Lambaréné e il suo sconcertante territorio. Degne di ricordo in proposito le esaltanti esibizioni musicali tenute in Svezia e in Svizzera con brillanti successi e significativi ritorni economici. Allo stesso modo per costruire un villaggio per lebbrosi: *Village Lumière*, non volendo dipendere da finanziamenti pubblici, nei suoi periodici rientri in Europa tenne concerti, incise dischi, scrisse libri, partecipò ad incontri scientifici, a dimostrazioni umanitarie, fu invitato in centri e salotti culturali, da associazioni filantropiche e università, si prodigò, raccogliendo denaro e risorse, che gli furono elargite con grande liberalità, conoscendo i suoi slanci altruistici.

E, pur di non abbandonare il suo antico amore, portò con sé un pianoforte speciale, donatogli dalla Società bachiana di Parigi, foderato di zinco per resistere alle aggressive condizioni ambientali. Con esso allietò i tramonti e le notti delle calde giornate tropicali, ristorò lo spirito e le membra affrante dal duro ed incessante impegno quotidiano, sollevò le angosce e le sofferenze dei suoi malati.

Un medico artista, che "portava le sue ferite nel cuore e quelle del mondo sulle spalle", oggi è un punto di riferimento, un esempio, un motivo di orgoglio e di fierezza per quei medici che giudicano ancora la medicina una missione.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giusepelauriello@libero.it

Nutrizione e idratazione artificiale: terapia o cura ordinaria? trattamento sanitario, sostegno vitale?

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: Nutrizione e idratazione artificiale, rifiuto delle cure, stato vegetativo, disabilità, accanimento terapeutico.

Ricevuto in Redazione il 12 febbraio 2018

Key Words: Artificial nutrition and hydration, denial of care, vegetative state, disability, overtreatment.

RIASSUNTO

L'Autore affronta la problematica della nutrizione ed idratazione artificiale (NIA) nella sua classificazione e qualificazione, da considerarsi cioè come terapia a tutti gli effetti oppure come sostegno vitale e/o cura ordinaria di base dovuta alla persona, con la conseguente obbligatorietà del consenso informato nel primo caso sia per l'attivazione che per la sospensione, alla luce anche della discussione nel Parlamento italiano per l'approvazione della recente legge n. 219 del 22 dicembre 2017, sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". In questo contributo l'A. riflette se ci possano essere casi, come la SLA o lo stato vegetativo o le malattie neurodegenerative, nei quali la NIA si configuri o è da intendersi (anche) come cura ordinaria dovuta alla persona e vuole dimostrare che non prevedendo questa possibilità e sospendendola o rinunciando ad essa senza giustificazione alcuna e derivandone direttamente la morte, si potrebbero ingenerare problematici interrogativi, etici e deontologici, in ordine all'agire del medico. L'A. pertanto indica come soluzione la ricerca di uno spazio di mediazione e di confronto, non vincolato a una legge né al giudice, ma demandato alla relazione tra il malato ed il medico e/o i familiari, dove si possa conciliare, nella concretezza del caso, la volontà del malato e la scienza e la deontologia del medico.

SUMMARY

The Author deals with the problem of artificial nutrition and hydration (ANH) in its classification and qualification, to be considered as a full-fledged therapy or as vital support and / or ordinary basic care due to the person, with the consequent obligatoriness of the informed consent in the first case both for the activation and for the suspension, in light of the discussion in the Italian Parliament for the approval of the recent law n. 219 of 22 December 2017, on "Rules on informed consent and advance treatment provisions". In this contribution the Author reflects whether there may be cases, such as the ALS or vegetative state or neurodegenerative diseases, in which the ANH is configured or is intended (also) as an ordinary treatment due to the person and wants to show that not foreseeing this possibility and by suspending it or renouncing to it without any justification and directly deriving death from it, could generate problematic ethical and deontological questions, with regard to the action of the doctor. The Author therefore indicates as a solution the search for a space of mediation and comparison, not bound to a law or to the judge, but entrusted to the relationship between the patient and the doctor and / or family members, where it is possible to reconcile, in the concreteness of the case, the patient's will and the physician's science and deontology.

INTRODUZIONE

Uno degli argomenti più controversi in ambito bioetico e conseguentemente del diritto e della legislazione, come si evince anche dalla discussione nel Parlamento italiano per l'approvazione della recente legge n. 219 del 22 dicembre 2017, sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", è senza dubbio quello sulla nutrizione ed idratazione artificiale (NIA) nella sua classificazione e qualificazione, da considerarsi cioè come terapia a tutti gli effetti oppure come sostegno vitale e/o cura ordinaria di base dovuta alla persona, con la conseguente obbligatorietà del consenso informato nel primo caso sia per l'attivazione che per la sospensione.

In un'altra personale riflessione sull'argomento a cui si rimanda⁽¹⁾, esaminando alcuni importanti documenti di alcune società scientifiche, in particolare della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), abbiamo sostenuto come risulti estremamente problematico inserire tale "trattamento", ora per allora, nelle dichiarazioni/disposizioni anticipate di trattamento e anche come nell'urgenza vi sia una impossibilità nel non attivarla, conseguente ad una corretta prassi sanitaria.

In questo contributo invece, prendendo spunto anche dai sopracitati documenti, dove la nutrizione ed l'idratazione artificiale (NIA) è ritenuta terapia, si intende riflettere se ci possano essere casi nei quali essa si configuri o è da intendersi (anche) come cura ordinaria dovuta alla persona e si vuole dimostrare che non prevedendo questa possibilità e sospendendo e rinunciando ad essa *senza giustificazione alcuna* derivandone direttamente la morte, si potrebbero ingenerare problematici interrogativi, etici e deontologici, in ordine all'agire del medico ed anche del paziente stesso e/o dei suoi familiari, laddove in alcune condizioni è l'unico "sostegno vitale" specie in casi come la sla o lo stato vegetativo o le malattie neurodegenerative.

Nutrizione e idratazione artificiale: terapia o cura ordinaria?

Come detto e come è noto, le società scientifiche sia italiane, come le predette, che straniere (tra le quali la American Academy of Neurology e la British Medical Association) ritengono la NIA terapia medica.

Un documento della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) del 2007⁽²⁾, la nutrizione artificiale (NA) viene definita come *"un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale"* ed *"è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo. La NA non è una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare il malato non autosufficiente)"*.

Detto ciò, si vuole argomentare che nella realtà clinica la NIA può assumere in certi casi, tenendo anche conto di una differente terminologia che la definisce, diversa connotazione e significazione.

Nell'accezione, sovente contestata, di cura "ordinaria", è da dire che la specificazione ha una duplice significazione: può essere intesa come (terapia/cura) normale e/o semplice, nel senso che riguarda la non complessità delle varie metodiche di nutrizione parenterale o enterale e del loro monitoraggio; oppure ad essa è sotteso un significato riguardante l'ambito bioetico e morale quando sta a significare che trattasi di mezzi non sproporzionati rispetto ai benefici attesi ed anche non gravosi per il paziente.

Per una corretta prescrizione della NIA, considerata come terapia che combatte la malnutrizione e l'ipercatabolismo, devono concorrere, come stabilito dalla comunità scientifica, i criteri clinici di: 1) appropriatezza 2) efficacia 3) beneficio 4) rischio.

Tenendo conto del criterio dell'efficacia e del beneficio bisogna chiedersi se la NIA migliora la qualità della vita e/o l'aspettativa di vita del paziente; mentre per l'appropriatezza invece possiamo fare riferimento a un altro documento del 2002 della SINPE⁽³⁾, nel quale si ammette che è *"spesso terapia indispensabile per la sopravvivenza, a volte impiegata in condizioni di difficile valutazione etica, in particolare per pazienti con patologie inguaribili in fase terminale, in fase avanzata di demenza o in stato vegetativo persistente"*.

Già riflettemmo in altro contributo⁽⁴⁾, come il codice deontologico dei medici ammette il rifiuto specifico dell'alimentazione per la persona consapevole. Difatti recita l'art. 53 ("Rifiuto consapevole di alimentarsi"): *"il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative coercitive né collaborando a procedure coercitive di alimentazione o nutrizione artificiale"*.

Anche se tale articolo è ricompreso nel Titolo VIII intitolato "Trattamento medico e libertà personale" ed è preceduto dagli art. 51 e 52, denominati rispettivamente "Soggetti in stato di limitata libertà personale" e "Tortura e trattamenti disumani" (e quindi anche il su riportato art. 53 sembra riguardare più il rifiuto ad alimentarsi per motivi politici o come forma di protesta di carcerati o per disobbedienza civile) il suo significato può estendersi a tutte le forme di nutrizione e idratazione artificiale.

Da sottolineare che nel citato articolo esplicitamente si parla della situazione di un rifiuto di persona consapevole (per cui non si fa cenno al da farsi per una persona non competente) e si ammette questo rifiuto.

Tra l'altro bisogna dire che è vero che l'alimentazione e l'idratazione artificiale può rientrare tra le misure minimali obbligatorie da offrire sempre al paziente, ma esse si esplicano attraverso una diversità di tecniche e di gradazione di invasività delle stesse: dalla somministrazione di sostanze nutrienti per via parenterale, al posizionamento di un sondino naso-gastrico o alla peg (gastrostomia endoscopica percutanea) con inserimento di un ago-cannula dalla parete addominale nel lume gastrico, laddove in quest'ultima possibilità si pratica certamente una invasività che taluno non può tollerare sia fisicamente ma anche psicologicamente.

Ora bisogna chiedersi se dobbiamo considerare ogni rinuncia/interruzione della NIA, al pari di altre terapie salvavita, da parte di persona competente o incompetente, sempre un atto suicidario nel primo caso o di eutanasia per omissione nel secondo caso.

Il discrimine della NIA da altri sostegni vitali può essere rappresentato dal fatto che da tale rinuncia e ancor più dalla sospensione ne deriva direttamente la morte del paziente e non invece il naturale corso della malattia che conduce alla morte.

Come pure è da tener presente l'intenzionalità dell'atto, (peculiarità di ogni atto sia giuridico che morale) da parte del paziente come del medico, riguardo al fine da raggiungere: darsi intenzionalmente la morte? Lasciarsi morire? Oppure soltanto arrendersi alla malattia?

Se il rifiuto/rinuncia della cura/terapia in senso giuridico, previsto dalla legge, è lecito, il problema diventa complesso se valutato in ambito bioetico e morale (il giurista e il moralista hanno criteri difforni di giudizio).

Quando la NIA è un mezzo ordinario e proporzionato al caso clinico concreto, essa è una pratica da perseguire e moralmente obbligatoria; ma quando è sproporzionata o inutile rispetto agli obiettivi clinici o ai benefici attesi, prefigurandosi accanimento terapeutico oppure si rivela per il paziente un mezzo straordinario (di particolare gravosità psico-fisica), in questi casi non è praticata e cessa la obbligatorietà morale.

CONCLUSIONI

Da quanto esposto si perviene alla conclusione che la NIA, pur quando intesa e qualificata come terapia e trattamento medico, e quindi soggetta a consenso informato da parte del paziente, risulta invece in certi contesti difficilmente o quantomeno problematicamente rinunciabile.

Vi sono casi (stato vegetativo, malattie croniche neurodegenerative, anziani, ecc.) dove pur attuata come trattamento sanitario può rivelarsi allo stesso tempo, cura della persona nel senso del suo “prendersi cura” e considerata tra i suoi bisogni clinico-assistenziali. Del resto già sulla doverosità di tali atti nei pazienti in stato vegetativo persistente, pur volendo prescindere dalla qualificazione, si era espresso in passato il Comitato Nazionale per la Bioetica⁽⁵⁾.

Tra l'altro bisogna tenere conto della variabilità e diversità di molteplici situazioni cliniche, nelle quali per una ponderata e meditata decisione, a nostro giudizio, è indispensabile una *valutazione caso per caso* che, tenendo conto della volontà del paziente e della sua dignità di persona, fatto salvo il principio della indisponibilità della vita, siano evidenziati da parte di medici esperti, i criteri clinici di proporzionalità e ordinarietà della terapia/cura, che una volta verificati, rispetterebbero, da una prospettiva bioetica, anche il principio di terapeuticità e quello di difesa della vita⁽⁶⁾.

Come avemmo noi stessi a evidenziare in altra riflessione [7] il “malato in stato vegetativo persistente o un qualsiasi gravissimo disabile fisico o neurologico o psichico, che è un cronico stabilizzato, spesso più che terapie specifiche per la sua patologia è soltanto abbinabile a sostegni o supporti vitali (tra cui nutrizione ed alimentazione artificiale) indispensabili per continuare a vivere”.

Infatti, in un documento della SINPE del 2007 (*Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale*) si ritiene che “... vi sono situazioni non oncologiche in cui la NA può mantenere in vita il malato per un tempo superiore alla storia naturale della malattia. Si tratta ad esempio dei casi di stato vegetativo permanente, o di patologie neurologiche degenerative o vascolari in fase particolarmente avanzata (m. di Alzheimer, m. di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, etc.): in queste condizioni, la decisione sull'opportunità di instaurare, continuare o sospendere determinati trattamenti sostitutivi (NA, ventilazione assistita, etc.) implica una problematica più complessa, da affrontare in modo collegiale con il contributo del neurologo, del nutrizionista clinico, degli altri specialisti coinvolti, del care-giver e dell'assistente familiare: comunque, la decisione andrà presa caso per caso”.

Rimane il fatto quindi che, se è consentito dalla legge per il paziente, tramite il consenso informato (quando si è competenti) o le DAT (quando non si è in grado di agire), di rinunciare alla NIA (o ad altre terapie/cure salvavita), è da chiedersi se si può con ciò giustificare la scelta di anticipare la propria fine.

Riteniamo che *senza una motivazione clinica (oltre che etica) precisa e documentata*, tale scelta rimane non condivisibile o accettabile, soprattutto se si configura come forma di eutanasia omissiva, verso la quale il medico deve essere legittimato a sollevare obiezione di coscienza o quantomeno clausola di coscienza, perché nell'essenza e nel significato poco cambia dalla prospettiva del medico una prassi eutanasica attiva o omissiva (del resto vietata anche dal codice deontologico), nel sospendere ad esempio la NIA, *senza giustificazione alcuna*, nei casi in cui essa rappresenta l'unico sostegno vitale.

A nostro giudizio, per la NIA, come per altri sostegni vitali, è più utile ricercare uno *spazio di mediazione e di confronto*, non vincolato a una legge né al giudice, ma demandato a una effettiva relazione tra il malato ed il medico e/o i familiari, dove si possa conciliare, nella concretezza del caso e nella contestualizzazione della condizione, la volontà del malato e la scienza e la deontologia del medico e dove possano interagire in questa relazione, le responsabilità personali.

In questo ineludibile rapporto, difficilmente il medico pone attenzione solo alla realizzazione/effettuazione della tecnica usata e non alla valutazione complessiva della condizione psico-fisico-esistenziale del paziente, rifuggendo dalle assolutizzazioni che invece può prevedere una legge, che procede secondo principi astratti e generali.

Il “mai” e il “sempre”, rischiano di acuire una surrettizia contrapposizione tra l'autodeterminazione e la libertà del paziente e la posizione di garanzia del medico a tutela della salute e della vita, che nulla hanno a che vedere con la ricerca del vero bene del paziente; parole tra l'altro che non fanno parte del linguaggio e dell'agire del medico perché egli sa che l'arte medica comporta l'adeguamento delle conoscenze scientifiche e delle competenze professionali al vissuto dell'uomo, nel momento della sua massima fragilità, determinata dalla malattia e soprattutto nell'imminenza della morte.

BIBLIOGRAFIA

1. BATTIMELLI G.: *Nutrizione ed Idratazione Artificiale (NIA) nei documenti di alcune società scientifiche: una riflessione bioetica*. Medicina e Morale 2011/3: 427-439.
2. SINPE: *Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale*. Gennaio 2007.
3. Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale / Anno 20 S5, pp. S58-S60 Wichtig Editore, 2002 - Parte Generale Aspetti bioetici della Nutrizione Artificiale.
4. BATTIMELLI G.: *Il dibattito sul fine vita: note a margine di alcuni recenti documenti*. Medicina e Morale 2015/3: 452-470.
5. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*. 30 settembre 2005.
6. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, Vol. 1 pag. 221-229.
7. BATTIMELLI G., *Nutrizione ed Idratazione Artificiale (NIA) nei documenti di alcune società scientifiche: una riflessione bioetica*. Medicina e Morale 2011/3: 427-439.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Libri ricevuti

Alberto Tomasi

Atlante della salute in viaggio

Come viaggiare sicuri verso ogni destinazione

Ed. Edra S.p.A., 2017, pagg. 308, €. 29,00

“Come viaggiare sicuri verso ogni destinazione” è il sottotitolo di questo *Atlante della salute in viaggio* che si prefigge di fornire informazioni chiare e sicure sui comportamenti corretti da adottare prima, durante e dopo ogni viaggio per evitare il rischio di malattie che possono capitare nel recarsi all'estero.

Alberto Tomasi, Presidente della Società Italiana di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni (SIMVIM), è l'autore di questo *Atlante* dedicato al personale sanitario e ai farmacisti ma, per la sua chiarezza, consultabile direttamente anche da coloro i quali desiderano intraprendere un viaggio, in modo responsabile, per recarsi in qualsiasi Paese del mondo.

Infatti, dopo aver dato le indicazioni per viaggiare sicuri in Europa e America settentrionale, l'*Atlante* mostra quali sono i rischi per la salute, le vaccinazioni che sarebbero bene praticare e le raccomandazioni nell'affrontare un viaggio in uno dei 121 Paesi del resto del mondo.

Vengono, inoltre, indicate le caratteristiche e la distribuzione delle principali patologie infettive, con particolare riguardo alla profilassi della malaria, e le vaccinazioni utili per il viaggiatore.

Approfondimenti forniscono ai viaggiatori le indicazioni per prevenire maggiori rischi per la salute derivante dalla partecipazione ad alcune tipologie di viaggio: il safari, il trekking in altitudine, la crociera, il soggiorno marino in spiagge tropicali e la visita a siti archeologici.

Il libro, infine, oltre che dare le risposte a quelle che sono le domande più comuni (FAQ) sulla Medicina dei Viaggiatori e indicare i farmaci di primo soccorso da portare con sé con le raccomandazioni sul loro uso, termina elencando le dieci regole d'oro, ideate dalla SIMVIM, del viaggiatore responsabile.

Riteniamo che tale testo sia molto utile nel fornire risposte alle domande che spesso ci vengono fatte dai nostri assistiti prima di porsi in viaggio.

M.C.



Convegni

Dal Curare al Prendersi Cura: la nostra esperienza

Antonietta Fabbrocini, Maria Langella, Anna Libroia, Catello Califano

Unità di Oncologia ed Ematologia - P.O. "A. Tortora" – Pagani
ASL Salerno

Parole chiave: Stile di vita, prevenzione primaria dei tumori.

Ricevuto in Redazione il 12 febbraio 2018

Key Words: Lifestyle, cancer prevention.

ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di salerno

ASL Salerno Azienda Sanitaria Locale Salerno

10 CREDITI ECM
CODICE EVENTO 3391-211049

**IL PAZIENTE ONCOLOGICO
DAL CURARE AL
PRENDERSI CURA**

**LO SPECIALISTA E IL MEDICO DI BASE:
CONDIVIDIAMO IL PERCORSO**

Venerdì 1 e Sabato 2 dicembre 2017

**Presidio Ospedaliero Umberto I - Sala Colella
Nocera Inferiore (SA)**

Iscrizioni esclusivamente online dal sito
www.ordinemedicisalerno.it

Studi scientifici hanno dimostrato che uno stile di vita sano riduce del 40% l'incidenza dei tumori e diminuisce drasticamente le probabilità di recidive nei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di cancro.

Sono dati che fanno riflettere molto e la loro rilevanza ci ha indotto a promuoverne la divulgazione nei nostri ambulatori, allo scopo di far capire ai pazienti quale sarebbe il reale vantaggio che potrebbe scaturire dall'adozione di uno stile di vita sano, che andrebbe ad aggiungersi a quello derivante dalle terapie innovative che oggi abbiamo a disposizione per la cura dei tumori.

Ci siamo così ritrovate tre specialiste, due oncologhe ed un'ematologa, unite nell'intento di prenderci cura dei nostri pazienti al di là della "visita specialistica" e della "prescrizione della terapia", rimarcando in più occasioni l'importanza di un corretto stile di vita e, dunque, la necessità di correggere le abitudini sbagliate quali fumo, obesità, alcool e diete squilibrate.

Nel giugno 2017 abbiamo organizzato 3 incontri dal titolo: *"Il paziente chiede: l'esperto risponde"*, per dare voce ai quesiti dei pazienti in merito ad argomenti di cui oggi si sa molto, ma di cui si parla poco, perché ritenuti poco rilevanti a confronto di quello che può essere considerata "la migliore scelta terapeutica". Oggi è convinzione comune che curare una persona vuol dire non solo curare la patologia da cui è affetta, ma anche curare la sua psiche, il suo rapporto con la malattia; vuol dire prendersi cura della persona prima ancora che si ammali.

I temi scelti sono stati dunque il benessere psichico, l'attività fisica e l'alimentazione o, meglio, tutto quello che riguarda "il vivere sano" cui tutti dovremmo aspirare.

Per ognuno degli incontri l'adesione è stata considerevole e la partecipazione da parte dei pazienti attenta, coinvolgente e, a tratti, emozionante. Per consentire anche ai pazienti più timidi di potersi esprimere liberamente in merito agli argomenti trattati, abbiamo precedentemente distribuito dei cartoncini di colore diverso a seconda dell'argomento scelto, su cui anonimamente era possibile formulare domande da imbucare in una scatola posta all'uscita del reparto.

Tantissime le domande poste dai pazienti a illustri professionisti di acclarata esperienza che hanno, con entusiasmo e generosità, aderito all'iniziativa. Sfatate

tante convinzioni erranee sull'alimentazione e sull'attività fisica, che molti pensavano fosse addirittura controindicata nelle patologie oncologiche.

Da questi incontri è emerso un grande disagio dei pazienti che affrontano un percorso diagnostico-terapeutico pre-impostato, derivante spesso dalla mancata comunicazione e/o integrazione tra gli specialisti e il medico di medicina generale, e da qui è nata l'idea di organizzare un convegno, come momento di incontro e confronto, per promuovere e intensificare rapporti di più stretta collaborazione tra Medici Specialisti e Medico di Medicina Generale, che gioca un ruolo chiave nella gestione delle patologie in questione.

Il convegno che abbiamo organizzato, dal titolo *"Dal curare al prendersi cura"*, era articolato in tre sessioni.

Nella prima sessione, *"Stili di vita e cancro"*, valenti esperti hanno esposto relazioni di elevato valore scientifico e culturale, fornendo indicazioni concrete e utili nella pratica clinica quotidiana, tese a puntualizzare l'importanza della qualità degli alimenti che mangiamo valorizzando "la dieta mediterranea", che resta la più equilibrata e la migliore in assoluto.



Per il benessere psichico, è emerso che gli argomenti più richiesti dai pazienti sono stati inerenti la comunicazione della propria malattia alla famiglia, ai figli, in particolare come spiegarlo ai bambini, argomento molto delicato e dove maggiormente dovremmo intensificare i nostri sforzi per aiutare i pazienti a coinvolgere i propri cari nel modo più adeguato e corretto. Per questo difficile compito esistono strutture riconosciute e valide, cui fare riferimento: anche questo significa farsi carico della cura globale dei pazienti.

Nella seconda sessione, intitolata *“Tossicità da trattamento per neoplasia”*, sono stati trattati argomenti inerenti la tossicità ematologica, con particolare riguardo alla interpretazione dell’emocromo e al passaggio dal normale al patologico.

A seguire le complicanze gastrointestinali.

Nella terza e ultima sessione, dal titolo *“Complicanze mediche e chirurgiche”*, sono state trattate le urgenze in oncoematologia e, nello specifico, la complessità della gestione del paziente che accede al Pronto Soccorso, con conseguente confronto molto costruttivo sulla gestione della malattia nelle sue varie fasi.

Il Convegno ha ottenuto il Patrocinio Morale dell’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno, con un accreditamento di 10 ECM ed ha registrato un numero di richieste di iscrizione che ha superato di gran lunga il numero prefissato.

Motivate dal successo ottenuto e dall’evidente entusiasmo manifestato dai pazienti presenti e dai colleghi, stiamo preparando la seconda edizione, per continuare a parlare di prevenzione, di stili di vita e di quanto questo possa tradursi nella prima cura di se stessi.

I prossimi incontri con i pazienti, previsti a maggio e giugno 2018, saranno dedicati all’alimentazione durante il trattamento chemioterapico e ad alcune tecniche di controllo dello stress.

Il Convegno vedrà ancora protagonisti sia i medici specialisti che i medici di medicina generale. Abbiamo scelto argomenti di interesse comune e, soprattutto, nell’interesse del paziente, che rimane il nostro obiettivo prioritario.

Ci prefiggiamo il fine di tracciare insieme percorsi condivisi che ci consentano di prendere in carico in maniera globale il paziente che a noi si affida, per curare la Persona e non solo la Malattia.

Un grazie sincero al Presidente dell’Ordine dei Medici di Salerno Dr G. D’Angelo, al Presidente dell’Albo degli Odontoiatri di Salerno Dr G. Ciancio, alle associazioni FIMMG, ANARDI, M. Levi Bianchini, AIL, all’ASL Salerno e a tutti i relatori che con la loro partecipazione hanno contribuito al successo dell’evento.

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Antonietta Fabbrocini
e-mail: a.fabbrocini@aslsalerno.it



INDICI

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

Indice dei Contenuti

Volume XXXVIII	Gennaio - Aprile 2017	n. 1/2
I molteplici genderr e la legge in tema di rettifica del sesso <i>Colucci M., Falco G., Mastroianni G., Matarazzo A., Tardanico L., Landi R.</i>		pag. 1
L'epilessia di Fjodor Dostojevskij nelle sue maggiori opere <i>Tagarelli A., Piro A.</i>		pag. 7
Effetti del COASTEN® sulla fatigue di pazienti affette da carcinoma mammario trattate chirurgicamente <i>Limite G., Sollazzo V., Esposito E., Forestieri P.</i>		pag. 11
L'era della "cura" dei sani: le problematiche della medicina potenziativa <i>Battimelli G.</i>		pag. 14
Volume XXXVIII	Maggio - Agosto 2017	n. 3/4
Atti del Convegno "Patto per la salute, LEA, Standard ospedalieri: la centralità del Medico a garanzia dei bisogni di salute dei Cittadini"		
Introduzione <i>De Falco A.</i>		pag. 17
La valorizzazione delle Risorse Umane <i>Catalano A.</i>		pag. 19
La rete ospedaliera alla luce del DM 70 <i>Cecchini G.A., Minetti G.</i>		pag. 22
I nuovi LEA <i>Quici G., Catalano A.</i>		pag. 26
Reti cliniche integrate e PDTA nell'orizzonte di megafusioni-territoriali <i>Duranti E.</i>		pag. 30
Volume XXXVIII	Settembre - Dicembre 2017	n. 5/6
Cure intermedie in Toscana: analisi delle modalità organizzative e dell'attività del modulo Marlia – Zona Distretto Piana di Lucca <i>Memmini S., Sensi S., Farnè M., Meli L., Unti L., Massei V., Lensi A., Rossi L.</i>		pag. 33
Un medico artista: Albert Schweitzer <i>Lauriello G.</i>		pag. 38
Nutrizione e idratazione artificiale: terapia o cura ordinaria? Trattamento sanitario, sostegno vitale? <i>Battimelli G.</i>		pag. 39
Atlante della salute in viaggio <i>Tomasi A.</i>		pag. 42
Dal Curare al Prendersi Cura: la nostra esperienza <i>Fabbrocini A., Langella M., Libroia A., Califano C.</i>		pag. 43

Indice degli Autori

B		M	
Battimelli Giuseppe	14, 39	Massei Valeria	33
C		Mastroianno Gennaro	1
Catalano Alberto	19,26	Matarazzo Anna	1
Califano Catello	43	Meli Loretta	33
Cecchini Giulio Antonio	22	Memmini Silvia	33
Colucci Marisanta	1	Minetti Giuseppe	22
D		P	
De Falco Antonio	17	Piro Anna	7
Duranti Ennio	30	Q	
E		Quici Guido	26
Esposito Emanuela	11	R	
F		Rossi Luigi	33
Fabbrocini Antonietta	43	S	
Falco Giada	1	Sensi Svaldo	33
Farnè Marco	33	Sollazzo Viviana	11
Forestieri Pietro	11	T	
L		Tagarelli Antonio	7
Landi Raffaele	1	Tardanico L.	1
Langella Maria	43	Tomasi Alberto	42
Lauriello Giuseppe	38	U	
Lensi Alessandro	33	Unti Laura	33
Libroia Anna	43		
Limite Gennaro	11		

Parole Chiave

A		N	
Accanimento terapeutico	39	Nutrizione e idratazione artificiale	39
Assistenza sanitaria territoriale	33		
Astenia	11		
B		P	
BFI	11	Patto per la salute	17
Bioetica	14	PDTA	30
		Postumanesimo	14
		Potenziamento dell'uomo	14
		Prevenzione primaria dei tumori	43
		Profilassi	42
C		R	
Carcinoma mammario	11	Rifiuto delle cure	39
Chirurgia mammaria	11	Risorse umane, valorizzazione delle	19
COASTEN®	11	Rete ospedaliera	22
Codice deontologico dei medici	14	Reti cliniche integrate	30
Continuità assistenziale	33		
Cure intermedie	33		
D		S	
Disabilità	39	Salute in viaggio	42
Disforia	1	Salute, patto per la	17
Decreto Ministeriale 70	17, 22	Schweitzer Albert	38
Dostojevskij Fjodor	7	Standard ospedalieri	17
		Stato vegetativo	39
		Stile di vita	43
E		T	
Epilessia	7	Transessuale	1
G		U	
Genere	1	Uomo, potenziamento dell'	14
L		V	
LEA	26	Vaccinazioni	42
		Valorizzazione delle risorse umane	19
M			
Medicina potenziativa	14		
Medici, Codice deontologico dei	14		
Missioni umanitarie	38		

