

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIX * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 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 1/2 * GENNAIO/APRILE 2018

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 relativo 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 Giugno 2018



Associato alla Unione
Stampa Periodica Italiana

ISSN 1124 - 5301



SOMMARIO

Editoriale		IV
<i>Gianluca Barbagallo, Carmelo Leocata, Marco Terranova</i>		
Studio sulla prevalenza di patologia odontoiatricica nel paziente disabile	Pag.	1
<i>Clementina Savastano</i>		
Aggiornamenti in oncologia e real life	Pag.	4
<i>Salvatore Strazzullo</i>		
Corso di Formazione in Oncologia Aggiornamento sui nuovi farmaci target, immunoterapia e tossicità correlate.	Pag.	6
<i>Giuseppe Battimelli</i>		
La “Pianificazione condivisa delle cure” nella Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)	Pag.	8
<i>Giuseppe Lauriello</i>		
Un esempio di Chirurgia Salernitana	Pag.	11



Editoriale

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".

Studio sulla prevalenza di patologia odontoiatrica nel paziente disabile

Gianluca Barbagallo, Carmelo Leocata, Marco Terranova

UOC ODONTOIATRIA
SPECIALE RIABILITATIVA
NEL PAZIENTE DISABILE

AOU POLICLINICO
VITTORIO EMANUELE
CATANIA

(Direttore Dott. G. R. Spampinato)

Parole chiave: Carie, paziente disabile, igiene orale, screening, salute orale.

Key Words: Caries, Disabled individual, Special needs, Oral hygiene; Screening, Oral health

Ricevuto in Redazione il 28 febbraio 2018

RIASSUNTO

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è determinare la prevalenza di patologia odontoiatrica e lo stato di igiene orale dei pazienti disabili.

Materiali e metodi: I partecipanti sono stati raggruppati in base alla disabilità [grave ritardo mentale (RMG), ritardo mentale moderato (RMM)]. Il bisogno di trattamento è stato diviso in semplice e complesso.

Risultati: I dati mostrano che il 48,7% dei pazienti disabili visitati ha bisogno di cure dentistiche e come, se non fossero seguiti nel tempo, questa percentuale aumenta e soprattutto ne aumenta la complessità. Tra la popolazione disabile infatti non seguita dal punto di vista dentistico, la percentuale di necessità di trattamento sale al 53,63%. Nei restanti pazienti che erano stati seguiti negli ultimi 3 anni la prevalenza di patologie dentale è scesa drasticamente al 26,7%.

Conclusioni: I dati quindi ci mostrano una differenza molto significativa sulle condizioni di tali pazienti se sono seguiti dal punto di vista odontoiatrico. Va notato che la prevalenza del 26,7% nei soggetti seguiti entro 3 anni è in gran parte il risultato di semplici interventi come l'ablazione tartaro. Da questo punto di vista, i dati sono allineati in modo schiacciante con quelli riferiti alla popolazione "normale".

SUMMARY

Objectives: The purpose of this study was to determine the prevalence of dental pathology and the oral hygiene status of 722 disabled patients.

Methods: Participants were grouped according to disability [severe mental retardation (SMR), moderate mental retardation (MMR)]. The need for treatment has been divided into simple and complex.

Results: The study shows that 48.7% of visited patients needs dental treatment and as, if they are not followed over time, this percentage tends to increase, especially their complexity. Among disabled population which is not followed in terms of dental care, the percentage of need for treatment grows to 53.63% indeed. In the remaining patients who had been followed in the last 3 years the prevalence of dental pathologies dropped drastically to 26.7%.

Conclusions: Therefore, the data show us a widely significant difference between the conditions of such patients when they are followed in terms of dental care and when

they are not. It should be noted that 26.7% of prevalence in patients followed within 3 years is mostly the result of simple operations such as a tartar ablation. From this perspective, the data are overwhelmingly aligned with those referring to "normal" population.

INTRODUZIONE

Uno dei problemi principali che si incontrano con i pazienti disabili è legato alla scarsa attenzione che viene posta alle problematiche di salute orale. Tale situazione viene definita con il termine di "effetto alone", cioè il fatto che in presenza di una disabilità magari anche grave, i problemi odontoiatrici vengono trascurati o comunque messi in secondo piano per potersi focalizzare esclusivamente sul problema sistemico principale trascurando o dando comunque meno attenzione a tutto il resto. Il risultato è che questi pazienti arrivano ad una situazione molto compromessa e quindi più difficile da trattare. Non dobbiamo poi dimenticare che anche un'azione banale come il lavarsi i denti può trasformarsi in un'impresa per molti di questi pazienti perché non riescono a portare a termine in modo corretto le azioni di base per garantirsi una bocca sana.

Questo studio si pone come obiettivo principale proprio quello di valutare la necessità di trattamento di questi pazienti, spesso trascurati dal punto di vista odontoiatrico.

In particolare:

- Valutare le condizioni di salute orale nei pazienti con disabilità fisica e psichica
- Abbattere le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie territoriali per pazienti allettati e/o istituzionalizzati
- Promuovere la cultura di approccio "Doctor to Patient"
- Abbattere i costi di trasporto di tali pazienti
- Migliorare la qualità della vita del disabile attenuando sofferenza o malessere scaturiti da un cattivo stato di salute del cavo orale.

MATERIALI E METODI

In una prima fase si è preso contatto con diversi centri e strutture di accoglienza per pazienti con disabilità fisiche e psichiche.

Sono state selezionate le strutture interessate a parteci-

pare al programma fino ad un raggiungimento di oltre 700 pazienti.

Una volta ultimata la fase organizzativa, un odontoiatra è stato incaricato di effettuare le visite programmate nei suddetti centri ed ha stilato un'attenta e precisa valutazione dello stato di salute dei pazienti disabili.

Sono state compilate schede anamnestiche e dettagliati atti terapeutici proposti.

La documentazione è stata quindi inviata all'U.O.C. di Odontoiatria Speciale Riabilitativa di Catania per organizzare l'inizio del piano di trattamento.

I pazienti vengono classificati in:

- Ritardo mentale medio (RMM)
- Ritardo mentale grave (RMG)

Il ritardo *mentale medio o moderato* ha solitamente cause organiche e gli individui affetti da tale patologia rimangono ad un'età mentale di 6/8 anni. Possono presentare discrete capacità comunicative e con supervisione possono provvedere alla parziale cura della propria persona e allo svolgimento di lavori semplici. Hanno relativa autonomia nei luoghi familiari e possono discretamente adattarsi alla vita nel contesto sociale. Per quanto riguarda l'apprendimento scolastico, comprensione e uso del linguaggio sono lenti e il vocabolario appreso è piuttosto limitato. Questi pazienti in alcuni casi sono in grado di eseguire manovre di igiene orale domiciliare soli o con assistenza dei familiari o di personale specializzato.

Il ritardo *mentale grave* ha origine organica e l'età mentale dell'individuo si ferma ai 4/6 anni. I livelli del linguaggio sono minimi o assenti, presenta l'olofrase, tipica del periodo sensomotorio. Se opportunamente supportato, l'individuo può acquisire una competenza basilare della cura di sé e le capacità di svolgere attività lavorative molto semplici in ambienti protetti e in presenza di personale specializzato.

A questi si aggiungono spesso casi *gravissimi* in cui il soggetto non è in grado di svolgere nessuna delle principali funzioni della vita quotidiana. La necessità di sostegno è pervasiva, occupa tutta la durata della vita e deve essere continua. Queste categorie di pazienti non sono in grado di provvedere alle manovre di igiene orale domiciliare né collaborano con familiari o personale specializzato durante le manovre. Risulta quindi evidente come siano soggetti predisposti allo sviluppo di patologie odontoiatriche.

La necessità di trattamento viene classificata in

- Semplice
- Complessa

Rientreranno nei trattamenti "semplici" condizioni di necessità di trattamento come l'ablazione tartaro e/o la necessità di trattamento (conservativo o chirurgico) per non più di un elemento dentario. L'eventuale coesistenza di necessità di ablazione tartaro e terapia per un elemento dentario rientra nei trattamenti semplici.

Rientreranno nei trattamenti "complessi" condizioni di necessità di trattamento che coinvolgono due o più elementi dentari.

Ove possibile, in base alle informazioni fornite dalle strutture, verrà chiesto quando il paziente è stato sottoposto all'ultimo controllo dentario.

Vengono formulati due gruppi:

- Ultimo controllo odontoiatrico entro 3 anni
- Ultimo controllo odontoiatrico non si conosce o mai

RISULTATI

Visite eseguite: 722

- 364 RMM
- 358 RMG

Necessità di trattamento: 352

- 172 semplici
- 180 complessi

TABELLA 1
PREVALENZA TIPOLOGIA INTERVENTO
semplice/complesso

	Numeri	Trattamento semplice	Trattamento complesso
Totale pazienti	352	172 (48,8%)	180 (51,1%)
Pazienti non seguiti	317	151 (47,63%)	166 (52,3%)
Pazienti seguiti	35	22 (62,8%)	13 (37,1%)

TABELLA 2
PREVALENZA PATOLOGIA ODONTOIATRICA

	Numeri	Riscontrata necessità di trattamento	Percentuale prevalenza
Totale pazienti	722	352	48,7%
Pazienti non seguiti	591	317	53,63%
Pazienti seguiti	131	35	26,7%

Possiamo quindi calcolare una prevalenza di patologia odontoiatrica del 48,7% su un ampissimo campione di ben 722 pazienti.

Inoltre di 722 pazienti visitati, 591 (81,8%) non era seguito dal punto di vista odontoiatrico. In questi soggetti la prevalenza sale al 53,63%. In alcuni istituti si tocca la spaventosa vetta del 75%.

Nei restanti 131 che erano stati seguiti negli ultimi 3 anni dal punto di visita odontoiatrico la prevalenza di patologie odontoiatriche è sceso drasticamente fino al **26,7%**.

I dati ci mostrano quindi una differenza ampiamente significativa circa le condizioni di tali pazienti nel caso in cui essi siano seguiti dal punto di vista odontoiatrico. Occorre sottolineare come il 26,7% di prevalenza in soggetti seguiti entro i 3 anni sia frutto in gran parte di interventi di tipo semplice

come una ablazione tartaro. Sotto quest'ottica i dati si allineano prepotentemente a quelli riferiti alla popolazione "normale".

A tal proposito citiamo gli ultimi dati Istat: "nel 2013 le persone che si sono rivolte a un dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista per le visite di controllo con eventuale ablazione del tartaro: le effettua il 23,4% della popolazione."

DISCUSSIONE

I dati mostrano come il **48,7%** dei pazienti disabili visitati necessiti di un intervento odontoiatrico, e di come se non vengono seguiti nel tempo questa percentuale cresca e ne cresca soprattutto la complessità.

Tra la popolazione disabile infatti non seguita dal punto di vista odontoiatrico, la percentuale di necessità di trattamento sale al **53,63%**. In alcuni istituti si tocca la spaventosa vetta del **75%**.

Nei restanti 131 che erano stati seguiti negli ultimi 3 anni dal punto di visita odontoiatrica la prevalenza di patologie odontoiatriche è sceso drasticamente fino al **26,7%**.

Un'ulteriore questione da attenzionare è proprio quella legata all'intervento che si andrà a fare. Com'è noto infatti, se ci si trascura dal punto di vista odontoiatrico e ci si presenta dal dentista solo al culmine del problema, spesso non resta che risolvere la questione in maniera invasiva, ovvero con l'avulsione dei denti compromessi e senza possibilità alcuna di trattamento conservativo. Tale terapia risolve ovviamente la manifestazione acuta creando immediato sollievo al paziente, ma al tempo stesso lo rende edentulo abbassandone la qualità della vita.

Come è facile intuire, una buona percentuale di pazienti che giungono all'OSR lo fanno quando sono già in situazioni critiche dal punto di vista orale. Molti elementi dentari sono infatti compromessi e l'unica indicazione in questi tipi di intervento è l'avulsione dentaria.

Se invece a questi ragazzi si garantisse una certa assistenza con visite di controllo periodiche, magari si riuscirebbe a intervenire precocemente scongiurando interventi più invasivi e mirando a trattamenti di tipo conservativo, garantendo la salvaguardia degli elementi dentari dei pazienti.

CONCLUSIONI

I dati ci mostrano quindi una differenza ampiamente significativa circa le condizioni di tali pazienti nel caso in cui essi siano seguiti dal punto di vista odontoiatrico. Occorre sottolineare come il 26,7% di prevalenza in soggetti seguiti entro i 3 anni sia frutto in gran parte di interventi di tipo semplice come una ablazione tartaro. Sotto quest'ottica i dati si allineano prepotentemente a quelli riferiti alla popolazione "normale". Se a questi ragazzi si garantisse una certa assistenza con visite di controllo periodiche, magari si riuscirebbe a intervenire precocemente scongiurando interventi più invasivi e mirando a trattamenti di tipo conservativo, garantendo la salvaguardia degli elementi dentari dei pazienti.

Si ritiene necessario sottolineare che il trattamento di tali pazienti deve avvenire in tempi congrui si dà non verificarsi quanto emerge dallo screening appena svolto, ovvero che pazienti già trattati anche a distanza di molti anni non presentavano patologie gravi e di contro pazienti non trattati, anche se di giovane età, presentavano patologie odontoiatriche complesse.

BIBLIOGRAFIA

- 1) PUJADE C, KHENG R, BRACONNI M, BDEOUI F, MONNIER A, HOANG L, DURSUN E, PIRNAY P: *Dental care for disabled people*. Sante Publique, 2017 Dec 5; 29(5): 677-684
- 2) MORISAKI I: *Oral healthcare for the persons with special needs*. Clin Calcium, 2017; 27(10): 1417-1425
- 3) DIAB HA, HAMADEH GN, AYOUB F: *A survey of Oral Health in Institutionalized Population with Intellectual Disabilities: Comparison with a National Oral Health Survey of the Normal Population*. J Int Soc Prev Community Dent, 2017 Mar-Apr; 7(2): 141-147
- 4) WILLIAMS JJ, SPANGLER CC, YUSAF NK: *Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community*. Spec Care Dentist, 2015 Jul-Aug; 35(4): 190-6
- 5) PRADHAN A1, SLADE GD, SPENCER AJ: *Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors*. Aust Dent J, 2009 Sep; 54(3): 204-11
- 6) AL HABASHNEH R, AL JUNDI S, KHADER Y, NOFEL N: *Oral health status and reasons for not attending dental care among 12- to 16-year-old children with Down syndrome in special needs centres in Jordan*. Int J Dent Hygiene, 2012; 10: 259-64
- 7) BATISTA C, RAMOS-JORGE ML, COELHO M, DE OLIVEIRA M, GONÇALVES R, SILVA L: *Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factors*. Braz Oral Res, 2011; 25: 319-23
- 8) GRŽIĆ R, BAKARČIĆ D, PRPIĆ I, JOKIĆ I NI, SASSO A, KOVAČ Z: *Dental Health and Dental Care in Children with Cerebral Palsy*. Coll. Antropol, 2011; 35: 761-4
- 9) GINISTY D, KADDOUR-BRAHIM A: *Dental care of the disabled child*. Arch Pediatr, 2015 May; 22(5 Suppl 1): 153-4
- 10) LEAL ROCHA L, VIEIRA DE LIMA SAINTRAIN M, PIMENTEL GOMES FERNANDES VIEIRA-MEYER A: *Access to dental public services by disabled persons*. BMC Oral Health, 2015 Mar 13; 15: 35
- 11) CINGANO L, AONZO E, SERVETTO R, CALCAGNO E: *Aspects related to a periodontal home prevention program for disabled patients: a clinical trial*. Minerva Stomatol, 2013 Nov-Dec; 62(11-12): 419-30
- 12) OLIVEIRA JS, PRADO JÚNIOR RR, DE SOUSA LIMA KR, DE OLIVEIRA AMARAL H, MOITA NETO JM, MENDES RF: *Intellectual disability and impact on oral health: a paired study*. Spec Care Dentist, 2013 Nov-Dec; 33(6): 262-8. doi: 10.1111/scd.12015
- 13) ALTUN C, GUVEN G, AKGUN OM, AKKURT MD, BASAK F, AKBULUT E: *Oral health status of disabled individuals attending special schools*. Eur J Dent, 2010 Oct; 4(4): 361-6

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Gianluca Barbagallo

e-mail: gianlucabarbagallo87@gmail.com

Convegni

Corso di Formazione Oncologica del GOIM - Sezione Regione Campania
LILT Sezione Provinciale Salerno

Aggiornamenti in oncologia e real life

SALERNO • sabato 26 maggio 2018

SALA CONFERENZE

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno
Via SS.Martiri Salernitani, 31

Presidente del Corso
Clementina SAVASTANO

PROGRAMMA

ore 8.30 Registrazione dei partecipanti
ore 8.45 Saluti **Giovanni D'ANGELO, Giuseppe PISTOLESE, Giuseppe LONGO, Antonio GIORDANO, Cosimo MAIORINO**
ore 9.00 Introduzione **Clementina SAVASTANO • Ferdinando DE VITA**

PRIMA SESSIONE Prima Parte

Presidenti **Franco Vito PIANTEDOSI, Alessandro MORABITO, Antonio GAMBARDELLA**
Moderatori **Maria Rosaria DIADEMA, Corrado RUBINO, Agata PISANO**
ore 9.15 **CARCINOMA POLMONARE AVANZATO - Chemioterapia, Immunoterapia e Targhet therapy**
Antonio ROSSI
Ore 9.35 Discussant **Teresa BELLELLI, Carmine Andrea CALVANESE, Ida CAPUANO, Salvatore DE GIROLAMO, Salvatore DEL PRETE, Antonio FEBBRARO, Annamaria LIBROIA, Fortuna LOMBARDI**
ore 9.55 **CARCINOMA MAMMELLA AVANZATO ORMONOPOSITIVO, HER2 NEGATIVO**
Ferdinando RICCARDI
Ore 10.15 Discussant **Annamaria CASCONI, Giuseppe COLANTUONI, Concetta DELLO IOIO, Claudia FERRARA, Carolina FIORILLO, Maria LAMBERTI, Arturo LOSCO, Emanuela ROSSI**
ore 10.35 **CARCINOMA MAMMELLA AVANZATO HER2 POSITIVO**
Michele ORDITURA
Ore 10.55 Discussant **Maria Rosaria ARGENZIO, Mario GIULIANO, Rossella LAURIA, Ombretta MARANO, Agata PISANO, Rosa RUSSO, Gerardo SIANO**

PRIMA SESSIONE Seconda Parte

Presidenti **Bruno DANIELE, Antonio FEBBRARO, Gerardo BOTTI**
Moderatori **Luigi MAIORINO, Umberto GRECO, Giuseppe GRIMALDI**
ore 11.15 **CARCINOMA RENALE AVANZATO**
Giacomo CARTENI
Ore 11.35 Discussant **Luigi DE LUCIA, Geppino GENUA, Luigi LEO, Fortuna LOMBARDI, Gaetano PELLEGRINO, Livio PUGLIA, Annarita ROSCIGNO, Sarah SCAGLIARINI**
ore 11.55 **CA PROSTATA AVANZATO**
Gaetano FACCHINI
Ore 12.15 Discussant **Giuseppina BUSTO, Alessia CALEO, Attilio CUPO, Salvatore DE GIROLAMO, Antonio D'ANTONIO, Antonietta FABBROCINI, Laura PESCE**
ore 12.35 **MELANOMA**
Paolo Antonio ASCIERTO
ore 12.55 Discussant **Ermanno ALBANO, Michele CALIFANO, Domenico GERMANO, Roberto MABILIA, Maurizio MATARESE, Antonio Maria GRIMALDI, Gianluca RAGONE**
ore 13.15 **NET METASTATICO**
Nicola FAZIO
Ore 13.35 Discussant **Enrico BARBATO, Maria DI LANNO, Roberto IOVIENO, Pasquale INCORONATO, Ferdinando RICCARDI, Eugenia RUSSO, Antonio SPADINO**
Ore 13.55 Pausa

SECONDA SESSIONE Prima Parte

Presidenti **Salvatore DEL PRETE, Alfonso Maria D'ARCO**
Moderatori **Giovannella PALMIERI, Luigi LEOPALDI, Vincenzo PILONE**

ore 14.30 **SARCOMA AVANZATO**

Gaetano APICE

Ore 14.50 Discussant **Raffaele ADDEO, Maddalena BIANCO, Manuela MUSICÒ, Raffaele NETTUNO, Luisa PELLEGRINO, Antonella PRUDENTE, Antonietta SABIA**

ore 15.10 **CARCINOMA COLONRETTO AVANZATO**

Vincenzo MONTESARCHIO

Ore 15.30 Discussant **Linda ALVINO, Carlo DE SANGRO, Alfonso DE STEFANO, Ortensio LETIZIA, Pietro MASULLO, Mario POLICHETTI, Concetta Candida STANZIONE**

SECONDA SESSIONE Seconda Parte

FOCUS SU NUOVI ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

Presidenti **Davide DI GENNARO**

Moderatori **Carla SABATELLA, Grazia Maria LOMBARDI, Giovanni IANNIELLO**

ore 15.50 **EMESI - AGGIORNAMENTI IN MATERIA**

Luigi LEO

ore 16.10 **DOLORE - NUOVE FRONTIERE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**

Mario GUARIGLIA

ore 16.30 **LA GESTIONE DEL DAY HOSPITAL IN TERMINI DI FARMAECONOMIA**

Maria ALFIERI

Ore 16.50 Discussant **Ermanno ALBANO, Luigi ALFANO, Antonio APICELLA, Pasquale CIRILLO, Geraldina CONSULMAGNO, Biagio DELLA ROCCA, Sabina D'AMATO, Massimo SCARANO, Pio ZEPPA**

ore 17.50 **CONCLUSIONI**

Clementina SAVASTANO, Salvatore PALAZZO

ore 18.00 **VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

Negli ultimi anni c'è una particolare effervescenza in oncologia dopo anni di stagnazione per così dire impostati su studi magari di confronto di protocolli chemioterapici.

L'avvento delle target terapia e dell'immunoterapia hanno rivoluzionato le strategie terapeutiche ma non solo.

E' secondo me una svolta culturale che pone in maniera consapevole ma scientifica il paziente al centro del processo decisionale nel senso feno-genotipico

Tale viraggio, come dicevo anche e soprattutto culturale, ha imposto delle necessità di approfondimento e di aggiornamento continuo, le scoperte nel campo della biologia molecolare, dell'identificazione e conoscenza dei vari pathway e la scoperta di nuove molecole e/o l'applicazione delle stesse in diverse patologie tumorali determinano un dinamismo destinato ancora ad aumentare.

Le principali considerazioni sono la tailored terapia, quindi una cura sartoriale cucita sul paziente il motore di processi ubiquitari rappresentato dal sistema immunitario.

Assistiamo a risposte anche complete o stabilizzazioni di anni in patologie come melanoma, carcinoma renale e polmonare, patologie per le quali fino a qualche anno fa la prognosi era infausta e a breve termine.

L'entusiasmo, legittimo, viene però a essere arginato da effetti collaterali completamente diversi da quelli della chemioterapia con cui noi oncologi ci siamo confrontati e ci confrontiamo.

Manipolare meccanismi genetici, immunitari di cui conosciamo ancora molto poco, implica l'insorgenza di sintomi che vanno riconosciuti precocemente e precocemente trattati.

Il convegno, che si terrà il prossimo 26 maggio presso l'OOMM di Salerno, affronta in un'ampia panoramica le problematiche cui accennavo con l'intervento di opinion leader nazionali esperti delle varie patologie tumorali in particolare melanoma, ca renale, polmonare, neuroendocrine, mammarie, gastroenteriche e terapie di supporto in un format che prevede l'interattività con gli oncologi, radioterapisti, chirurghi, psicologi, anatomo-patologi e infermieri professionali delle maggiori strutture della Campania proprio nell'ottica di una multidisciplinarietà che risulta l'unica forma possibile per garantire al pz la migliore assistenza e terapia, sviscerando anche quelli che sono gli aspetti clinici nella real life diversi dagli studi clinici in cui i pazienti sono estremamente selezionati (non inclusi pazienti unfit, comorbilità, anziani over 70 ecc.).

Inoltre ci sarà una localizzazione di quelli che sono gli outcome dei pazienti che rispecchiano, ma non sempre, i risultati degli studi registrativi.

Clementina Savastano

*Convegni***Corso di Formazione in Oncologia****Aggiornamento sui nuovi farmaci target, immunoterapia e tossicità correlate.****Ercolano (NA) - 3 ottobre 2018****Hotel Villa Signorini****PROGRAMMA**

- 8.00 Iscrizione e registrazione dei partecipanti.
- 8.30 Presentazione del Corso
S. Strazzullo
- 9.00 Lettura "La medicina di precisione tra laboratorio e clinica in Oncologia"
M. Caraglia

I Sessione

Neoplasie dell'Apparato Uro-genitale: algoritmo ed integrazione terapeutica

Moderatore: **G. Airoma**

- 10.00 Il carcinoma della prostata resistente alla castrazione
G. Facchini
- 10.20 Neoplasie del rene: terapia target ed immunoterapia
R. Mabilia
- 10.40 Discussione sui temi trattati

II Sessione

Carcinoma polmonare: tra terapia target ed immunoterapia

Moderatore: **S. Strazzullo**

- 11.00 NSCLC: il ruolo del patologo alla luce dei nuovi farmaci
R. Franco
- 11.20 NSCLC metastatico: L'immunoterapia
F. Morgillo
- 11.40 NSCLC metastatico: La terapia target
A. Rossi
- 12.00 Discussione

III Sessione

Carcinoma della mammella: presente e futuro

Moderatore: **C. Pizza**

- 12.30 Terapia ormonale e inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti
F. Riccardi
- 12.50 Malattia HER2 positiva: novità in tema di terapia adiuvante
P. Incoronato
- 13.10 Discussione sui temi trattati
- 14.00 Light lunch

IV Sessione

Terapia di Supporto e Tossicità

Moderatore: **R. Pepe**

- 15.00 Dolore cronico e breakthrough pain: quale strategia
G. Di Giulio
- 15.20 Gestione delle tossicità correlate all'immunoterapia (anemia, neutropenia, G.E., cardiovascolari)
E. Russo
- 15.40 La gestione della stipsi nei pazienti con dolore in trattamento con oppioidi
M. Zampi

16.00 Trattamento dell'osteoporosi iatrogena

A. Sabia

16.20 Discussione sui temi trattati

17.00 Conclusioni

17.30 Questionario di valutazione

18.00 Fine lavori

Segreteria Scientifica

Coordinatori: **dott. Giuseppe Airoma, dott. Rosario Pepe**

Provider e Segreteria Organizzativa

MAT MEDIA s.r.l. – Anna Maraniello e Simona Tagliaferri

Vico Tre Re a Toledo, 60 – 80132 Napoli

Tel. 081/405448 - 081/19363435 – fax. 081-2140250 – cell. 338/6704298 - 339/5935050

e-mail: mat.media@fastwebnet.it

Faculty

Airoma Giuseppe, Caraglia Michele, Facchini Gaetano, Franco Renato, Incoronato Pasquale, Leopaldi Luigi, Mabilia Roberto, Morgillo Floriana., Pepe Rosario, Pizza Carmine, Riccardi Ferdinando, Rossi Antonio, Russo Eugenia, Sabia Antonietta, Strazzullo Salvatore

Razionale Scientifico

La ricerca clinica oncologica ha avuto negli ultimi anni una forte accelerazione legata all'introduzione di nuove tecniche di caratterizzazione biomolecolare della malattia, nuovi farmaci e strategie terapeutiche. Tutto ciò comporta un continuo aggiornamento da parte degli oncologi medici, del medico di medicina generale e degli altri specialisti che collaborano per le terapie integrate e la gestione degli effetti collaterali.

Il presente corso formativo ha lo scopo di dare un aggiornamento su alcune delle neoplasie di maggiore incidenza nella popolazione quale il carcinoma mammario, le neoplasie polmonari e del tratto uro-genitale.

La discussione affronterà il tema delle recenti acquisizioni in termini di terapia con un duplice obiettivo: da un lato, offrire l'opportunità a diversi specialisti in oncologia, operanti in strutture sanitarie cittadine di approfondire e dibattere su alcuni "temi caldi" dell'oncologia; dall'altro, essere occasione di incontro tra diversi specialisti per una più proficua e corretta integrazione di competenze diverse nella gestione del paziente oncologico.

Inoltre, si affronterà l'importante aspetto della gestione della terapia di supporto guardando alle tossicità che possiamo definire "classiche" e quelle definite "nuove" perché correlate all'introduzione nella pratica clinica dei nuovi farmaci biologici e all'immunoterapia.

Negli ultimi anni, le opzioni terapeutiche a disposizione del clinico nella gestione degli effetti collaterali della chemioterapia è stato notevolmente ampliato con l'introduzione di nuove molecole efficaci nella prevenzione e/o gestione di tali effetti. L'attuale impiego di nuovi farmaci antitumorali appartenenti a classi diverse (ad es. i nuovi farmaci biologici, immunoterapia) ha fatto sì che lo specialista si trovi adesso a fronteggiare eventi avversi diversi da quelli correlati alla chemioterapia tradizionale, ma che comunque possono in taluni casi assumere grande rilevanza clinica. Per questi motivi, la conoscenza e l'aggiornamento sul complesso delle terapie sintomatiche e di supporto in oncologia risulta ad oggi, come e più di prima, un elemento di fondamentale importanza.

Al termine dell'evento i partecipanti saranno in grado di:

1. Conoscere i nuovi approcci alla caratterizzazione biomolecolare della malattia neoplastica;
2. Conoscere il sistema di valutazione degli eventi avversi;
3. Conoscere gli effetti collaterali più frequentemente correlati all'utilizzo delle terapie oncologiche;
4. Conoscere i principali farmaci impiegati nella gestione degli eventi avversi in oncologia;
5. Conoscere i nuovi principali farmaci biologici ed immunoterapici e le loro indicazioni.

L'obiettivo è quello di garantire che le terapie antineoplastiche necessarie al trattamento attivo (curativo e palliativo) delle malattie oncologiche possano essere effettuate con la migliore prevenzione e cura degli eventi avversi dovuti ai trattamenti specifici, al fine di garantire il benessere psico-fisico al paziente e una maggiore aderenza ai protocolli di cura sia in termini di intensità di dose sia di intervallo di somministrazione.

Riteniamo, inoltre, utile ai fini della crescita culturale collettiva degli operatori del settore e quindi del miglioramento dell'assistenza dei pazienti oncologici, non solo l'aggiornamento tecnico-scientifico fruibile attraverso i normali canali dell'informazione e della formazione (internet, simposi scientifici), anche e soprattutto lo "scambio di opinioni e di idee fra le persone".

A tal fine, abbiamo progettato una struttura del corso che privilegi l'aspetto della discussione integrata multidisciplinare e della interazione tra i partecipanti (relatori e discenti), nella quale le relazioni scientifiche rappresentino soprattutto, oltre che un momento convenzionale di approfondimento, l'innescio per dibattiti "vivaci" e costruttivi.

**Giuseppe Airoma
Salvatore Strazzullo**

Bioetica

La “Pianificazione condivisa delle cure” nella Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)

Giuseppe Battimelli

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

Parole chiave: Pianificazione condivisa delle cure,
disposizioni anticipate di trattamento,
fine vita, malattia cronica e invalidante.

Ricevuto in Redazione il 10 maggio 2018

Key Words: Shared care planning, anticipated treatment
provisions, end of life, chronic and
disabling illness.

RIASSUNTO

L'Art. 5 della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) riguarda la pianificazione condivisa delle cure, che segna senza dubbio una novità in campo legislativo. L'Autore sottolinea che il Parlamento ha introdotto nella legislazione quanto auspicato dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) e quanto prescritto dal Codice deontologico dei medici, ma il riferimento è soprattutto a un documento della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), pubblicato nell'aprile 2013, dal titolo “Grandi insufficienze d'organo “end stage”: cure intensive o cure palliative?”. L'A. esprimendo un giudizio positivo su tale istituto, che nella forma, nella sostanza e nelle finalità lo differenzia dalle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), ne esamina la operatività applicativa rilevandone alcuni dubbi interpretativi.

SUMMARY

The Art. 5 of the Law n. 219 of 22 December 2017 (Rules on informed consent and early dispositions of treatment) concerns the shared planning of care, which is undoubtedly something new in the legislative field. The Author highlights that Parliament has introduced into the legislation what was advocated by the National Bioethics Committee (NBC) and what required by the Code of Conduct for Physicians, but the reference is above all to a document of the Italian Society of Anesthesia Analgesia Reanimation and Intensive Care (ISAARIC), published in April 2013, entitled “Large organ failure “end stage”: intensive care or palliative care?”. Expressing a positive opinion on this institution, which in its form, substance and purpose, differentiates it from the anticipated treatment provisions (ATP), the Author examines its applicability noticing some interpretative doubts.

INTRODUZIONE

L'Art. 5 della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), approvata dal Parlamento, riguarda “la pianificazione condivisa delle cure”, che segna senza dubbio una novità in campo legislativo.

L'articolo in proposito recita: “Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”.

E' da dire innanzitutto che il Parlamento ha introdotto nella legislazione quanto prescritto e considerato dalla classe medica, espressasi in tal senso già da diversi anni in alcuni documenti e come anche previsto e auspicato dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB).

Difatti questa tematica si ritrova nel Codice deontologico dei medici che all'art. 26 (Titolo III. Rapporti con la persona assistita) afferma che “...(il medico) registra (nella cartella clinica) il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva garantendo la tracciabilità della sua redazione.”

Ma il riferimento è anche al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) del 2003 dal titolo *“Dichiarazioni anticipate di trattamento”*, che espressamente prevede nel caso dell’*«esperienza concreta della malattia, le dichiarazioni anticipate possono utilmente assumere la forma nota come “pianificazione sanitaria anticipata” (advanced health care planning) o ‘pianificazione anticipata delle cure’»*.

La correlazione principale è senza dubbio ad un articolato documento della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI) pubblicato nell’aprile 2013, dal titolo *«Grandi insufficienze d’organo “end stage”: cure intensive o cure palliative? – “Documento condiviso” per una pianificazione delle scelte di cura»*, nel quale si delineano e si prospettano i trattamenti più opportuni dei malati affetti da patologie croniche (insufficienza cardiaca, respiratoria, neurologica, renale ed epatica, mono- o multi-organica), che nel corso della malattia si avviano verso la fase “end stage”.

In questo importante documento - tra l’altro approvato e condiviso da intensivisti, palliativisti, cardiologi, pneumologi, neurologi, nefrologi, gastroenterologi, medici d’urgenza, medici di medicina generale e infermieri - si indica, e in ciò sta una delle peculiarità di notevole importanza, la necessità di attivare per questi malati 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) rispetto a impropri ricoveri in terapia intensiva.

La pianificazione condivisa delle cure: operatività e dubbi interpretativi

Come detto, il Legislatore ha recepito nella Legge 219/2017 tale istituto. Certamente la pianificazione condivisa delle cure, così intesa, potrebbe rendere dal punto di vista clinico-procedurale, ma anche etico e deontologico, meno controversi e contraddittori alcuni aspetti della legge, soprattutto riguardanti il consenso informato e le DAT.

Nel testo legislativo vi è un’indicazione precisa alla possibilità di attuazione di una pianificazione delle cure *“rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta”*.

Vi è un riferimento ai malati affetti da malattie croniche-degenerative anche non in fase terminale e a quelli in cui la evoluzione clinica comporta una prognosi infausta (non meglio specificata se a breve o lungo termine).

Come già mettemmo in evidenza in altra riflessione, è evidente che mentre le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) per ovvie ragioni sono generiche ed indeterminate perché non si sa il “quando”, il “come” e il “cosa” avverrà nell’ambito di una futura patologia, diversamente, nella pianificazione e organizzazione di cure, viene indicato e condiviso, tra paziente e medico, un percorso pertinente e attualizzato allo svolgersi della patologia, anche fino alla sua fase terminale, aggiornando via via il programma diagnostico-terapeutico-curativo.

In questo modo si supererebbe anche la difficoltà della redazione “ora per allora” che caratterizzano le DAT che sono formulate quando si è in pieno benessere e a distanza dall’evento malattia.

Tra l’altro la pianificazione delle cure sono programmate da un *“paziente”* mentre le DAT sono redatte da una *“persona”*, come molto opportunamente la Legge distingue terminologicamente i soggetti e di cui non sfugge il significato.

Diverso è anche la valenza dell’autodeterminazione del paziente che si esprime nella pianificazione rispetto alle DAT. Infatti in queste ultime l’intervento del medico è soltanto, per così dire, “informativo” cioè quello di permettere alla *“persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi”* di acquisire adeguate informazioni mediche, e non di invece di concordare con l’ammalato le cure necessarie nell’evoluzione della patologia, assumendo in tal caso una relazione vicendevole e duale medico-paziente nelle scelte e nelle opzioni terapeutiche.

Il fatto poi che la pianificazione delle cure sia “condivisa”, permette di assumere che le volontà del paziente e le decisioni del medico siano convergenti, nel miglior interesse “integrale” della persona.

Una “non condivisione” (dissenso) decisionale non si dovrebbe mai verificare nella prassi, come pure sembra inverosimile che la volontà del paziente possa discostarsi dalle proposte del medico, giacché in questo caso verrebbe meno la finalità di quest’istituto.

Appropriatamente la Legge al comma 4 dell’art. 5 evidenzia che il consenso del paziente e la programmazione delle cure *“sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico”*, a garanzia che le sue volontà siano rispettate e facilmente verificate.

Un dubbio interpretativo rimane invece nell’individuazione della figura del “medico” che realizza la pianificazione delle cure, tenuto conto che esse magari sono valutate e attuate da un medico diverso da quello che ha illustrato e sottoscritto molto tempo prima le varie possibilità diagnostiche-terapeutiche, e soprattutto dovrebbe essere precisata chi sia *“il medico e l’équipe sanitaria”* che sono tenuti ad attenersi alla pianificazione condivisa delle cure, considerando che per le malattie croniche, invalidanti ed evolutive si prevede sovente un percorso articolato di cura dove intervengono molteplici figure mediche (talvolta operanti in più strutture sanitarie) piuttosto che un rapporto duale paziente medico.

Secondo il nostro giudizio il medico di medicina generale, potrebbe farsi promotore, coordinatore e garante della suddetta pianificazione, in accordo e in rapporto con le équipe sanitarie specialistiche, anche e soprattutto *“qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”*, come recita la Legge.

Anche in questo caso, come per le DAT, è prevista la figura di un “fiduciario”, che riteniamo, rispetto a quelle, non può decidere di disattendere o modificare la pianificazione già stabilita, ma solo assicurarsi che quanto stabilito avvenga rigorosamente.

Piuttosto è da auspicare che il fiduciario sia indicato da parte del paziente fin dall'inizio e insieme al medico e alle varie equipe segua l'andamento della patologia aggiornandosi sulle decisioni prese, che possono avvenire *"su richiesta del paziente o su suggerimento del medico"*.

CONCLUSIONI

La pianificazione condivisa delle cure, prevista dall'art. 5 della recente Legge 219/2017 sulle *"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"*, è certamente un'innovazione positiva ma che abbisogna a nostro giudizio di un'interpretazione applicativa in alcuni aspetti e nel senso più sopra prospettato.

Questo istituto, che si differenzia nella forma, nella sostanza e nelle finalità dalle disposizioni anticipate di trattamento, può rappresentare una modalità di cure programmate e condivise (*"un processo condiviso di advance care planning"*), a tutela dell'ammalato contro cure sproporzionate in eccesso (accanimento) o in difetto (abbandono) e a sostegno dell'opera professionale del medico che in questo modo si fa interprete e garante di un percorso assistenziale partecipato e condiviso con il malato e i suoi familiari.

In senso strettamente bioetico è da dire che con la pianificazione condivisa delle cure viene messo nel giusto rilievo il principio di autonomia del paziente, che non è in questo caso manifestazione irrelata e autoreferenziale, ma è in stretta colleganza con le decisioni proposte dal medico. In tal modo l'autodeterminazione del paziente si manifesta certamente in scelte volontarie e consapevoli ma soprattutto razionali e ragionevoli.

La libertà di scelta del paziente, correttamente informato, è tra opzioni diagnostiche/terapeutiche alternative, tra modalità d'intervento diverse, tra cure differenti, che siano, naturalmente però, pur sempre proporzionate al caso clinico e di cui si possano valutare i benefici e i rischi.

Cosicché più che *"relazione di cura"*, si realizza un' *"alleanza di cura"* medico-paziente, che significa condivisione di obiettivi nel reciproco rispetto e che meglio definisce l'incontro, umano prima che professionale, tra *"una fiducia e una coscienza"*.

Tutto ciò anche tenendo conto dell'appropriatezza delle cure soprattutto nel fine vita, della qualità della vita residua del paziente e non soltanto di un prolungamento della sopravvivenza, di impropri ricoveri ospedalieri (soprattutto in terapia intensiva) per giudizio prognostico e spreco di risorse, salvaguardando e coniugando al tempo stesso da un lato la volontà e la libertà del paziente e dall'altra l'autonomia decisionale e la scienza del medico, che si aprono ad un reale alleanza terapeutica e di cura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) 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
- 2) FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI (FNOMCEO): *Codice di Deontologia Medica 2014* (accesso del 11.5.2018, a: <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica+2014.html?t=a&id=115184>)
- 3) COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB): *Dichiarazioni anticipate di trattamento* (13 dicembre 2003). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 2003
- 4) SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA. GRUPPO DI STUDIO BIOETICA (SIAARTI): *Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? – "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura*. Aprile 2013
- 5) BATTIMELLI G.: *Il dibattito sul fine vita: note a margine di alcuni recenti documenti*. Medicina e Morale, 2015; 3: 452-470

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Storia della Medicina

Un esempio di Chirurgia Salernitana

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

Parole chiave: Scuola medica salernitana, Chirurgia.

Key Words: Salernitan medical school, Surgery.

Ricevuto in Redazione il 22 maggio 2018

RIASSUNTO

L'Autore descrive un intervento operatorio condotto dagli antichi chirurghi salernitani con estrema arditezza.

SUMMARY

The Author describes an surgical operation performed by ancient salernitan surgeons with great boldness.

Uno dei campi scarsamente investigati della Scuola medica salernitana è la sua chirurgia, una disciplina, che si affaccia prioritariamente alle soglie del secondo millennio detenuta da medici della Scuola di Salerno e non da ciarlatani e primeggiando per oltre un secolo in sistematica clinica e tecnica operatoria. Due i protagonisti: Ruggiero di Frugardo e Rolando de' Capezzuti, intorno ai quali è stata accesa nel passato una lunga diatriba circa la nazionalità e l'epoca della fioritura, ma che oggi si concorda sulla loro appartenenza alla chirurgia salernitana e sulla loro attività tra la seconda metà del XII secolo e la prima metà del XIII.

Scorrendo i loro scritti: *Post mundi fabricam* di Ruggiero e *Chirurgia* di Rolando, è possibile rivivere lo scenario professionale del tempo, l'ambiente povero e disadorno delle manovre interventistiche dominato dall'emergenza, lo spaccato intenso ed aggressivo delle procedure, sorrette dall'audacia e dalla decisione, ma anche da una non comune perizia, uniche a sopprimere l'assenza dell'antisepsi e della sedazione del dolore.

Per offrire un'idea sui traguardi raggiunti e sulla capacità e risolutezza dei nostri predecessori, ci limitiamo a riportare tra i tanti descritti il trattamento di una patologia di elevato impegno, un trattamento dove è mostrato come, nel caso sussista un minimo di sopravvivenza, è possibile intervenire. Ed intervengono con tecniche operatorie sorprendenti per difficoltà e impegno, soprattutto in considerazione della scarsità di mezzi a loro disposizione. Audaci, ma non temerari questi chirurghi, perché di fronte a traumi che interessano il cuore, il fegato, i polmoni non esitano a dichiararne l'incurabilità, suggerendo di desistere dall'intervento.

Trattamento della lussazione atlo-assiale o atlanto-odontoidea o dell'osso del collo (*De disiunctura colli*).

Questa lussazione è conseguente a un trauma piuttosto raro, ma oggi diventata più frequente a causa di incidenti automobilistici. E' una lesione cosiddetta da contraccollo, generalmente mortale se non si interviene tempestivamente con manovra adeguata. Consiste in un brutale scivolamento dell'atlante sull'epistrofeo, cioè della prima sulla seconda vertebra cervicale, con o senza frattura del dente dell'epistrofeo, provocato da un violento meccanismo di iperflessione con rottura del legamento posteriore e lussazione delle faccette articolari.

Si deve a Giovanni Melchiori nel 1850 la prima descrizione di tale tipo di lussazione con frattura del dente dell'epistrofeo; ad Harrison e Boyd nel 1969 la lussazione senza frattura.

Il trattamento compare in una miniatura della *Chirurgia* di Rolando ed è descritto da ambedue gli Autori.

Scrivo Ruggiero: *"Quando l'osso giugulare abbandona la propria sede, il collo si sconda e il movimento articolare viene danneggiato, tanto che se il medico non interviene, il malato soffoca e muore. Bisogna quindi intervenire tempestivamente sul paziente: gli si dischiuda la bocca, vi si introduca un pezzo di legno o altro che possa tenerla aperta; gli si passi una fascia sotto il collo, la si sollevi verso l'alto facendo tenere il soggetto ben fermo con le mani. Premendo verso il basso con i piedi, uno su una spalla, l'altro sull'altra e sollevando contemporaneamente la testa verso l'alto, si riporta l'osso nella sua sede articolare".* Rolando ripete le parole di Ruggiero, precisando: *Se il soggetto è giovane, lo si afferri per i capelli a sommo del capo, sollevandolo al più presto, gli si passi una fascia sotto la mascella. "L'osso giugulare è l'atlante (da iugare: aggiogare), peraltro descritto come "osso rotondo, molto singolare, posto sotto il collo, dove finisce la nuca".*

Siamo di fronte a una procedura grossolana, brutale e spietata, ma nell'assoluta carenza di mezzi idonei, la scelta è tra la vita e la morte e la morte incombe minacciosa. Desta sorpresa comunque come un evento traumatico di così eccezionale gravità e ad alta letalità possa essere stato descritto e raffigurato. Evidentemente almeno qualche sopravvivenza si sarà avuta anche in tempi lontani e con chirurghi praticamente disarmati.



Disiunctura colli - Lussazione atloepistrofica - Trattamento

Stupisce ancor più il fatto che la metodologia dell'intervento non si discosta poi tanto dal procedimento terapeutico attuale, anche se quest'ultimo è ovviamente più raffinato e protetto dall'ombrello della tecnologia. Ieri come oggi il trattamento persegue una finalità conservativa e l'impiego della trazione cranica con uso di analgesici e decontratturanti. In una casistica di Sinigaglia del 2008 riguardante tale tipo di lussazione, è scritto come in tutti i soggetti “fu ottenuta una riduzione completa con tre giorni di trazione cranica continua a mentoniera e terapia analgesica e miorilassante”.

Oggi disponiamo di farmaci eccellenti per sedare e decontrarre il paziente. Ieri non avevano che la *spongia soporifera*, intrisa di succhi d'erba ad azione consimile, anche se largamente più modesta: l'oppio di cui ben conosciamo l'effetto analgesico e sedativo, la belladonna o il giusquiamo ad azione anticolinergica, in grado di neutralizzare alcuni effetti indesiderati del narcotico, la cicuta, un curarosimile per ottenere il rilassamento muscolare. Ma ancor di più. Ruggiero consiglia un prolungato trattamento postoperatorio con unzioni e unguenti a base di succhi d'erba ad azione antiflogistica e lenitiva, due medicamenti vulnerari che chiama *dialtea* e *martiaton*.

Cosa pensare di questi chirurghi medievali? Lo abbiamo detto: audaci, ma non temerari. Pur di fronte a una bassa percentuale di successo, ne accettano il rischio, respingendolo però in caso di morte pressoché inevitabile. Come può concepirsi, peraltro, un progresso in chirurgia senza una certa dose di audacia da parte degli operatori? Rientra nei requisiti del buon chirurgo oltre che essere richiesta per l'avanzamento della disciplina. Quali allora questi requisiti? Il possesso di una solida base teorica, fondamento ineludibile per qualsiasi attività scientifica, una tecnica affidabile, una manualità eccellente, un'arditezza ragionata.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giusepelauriello@libero.it

