

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XL * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2019

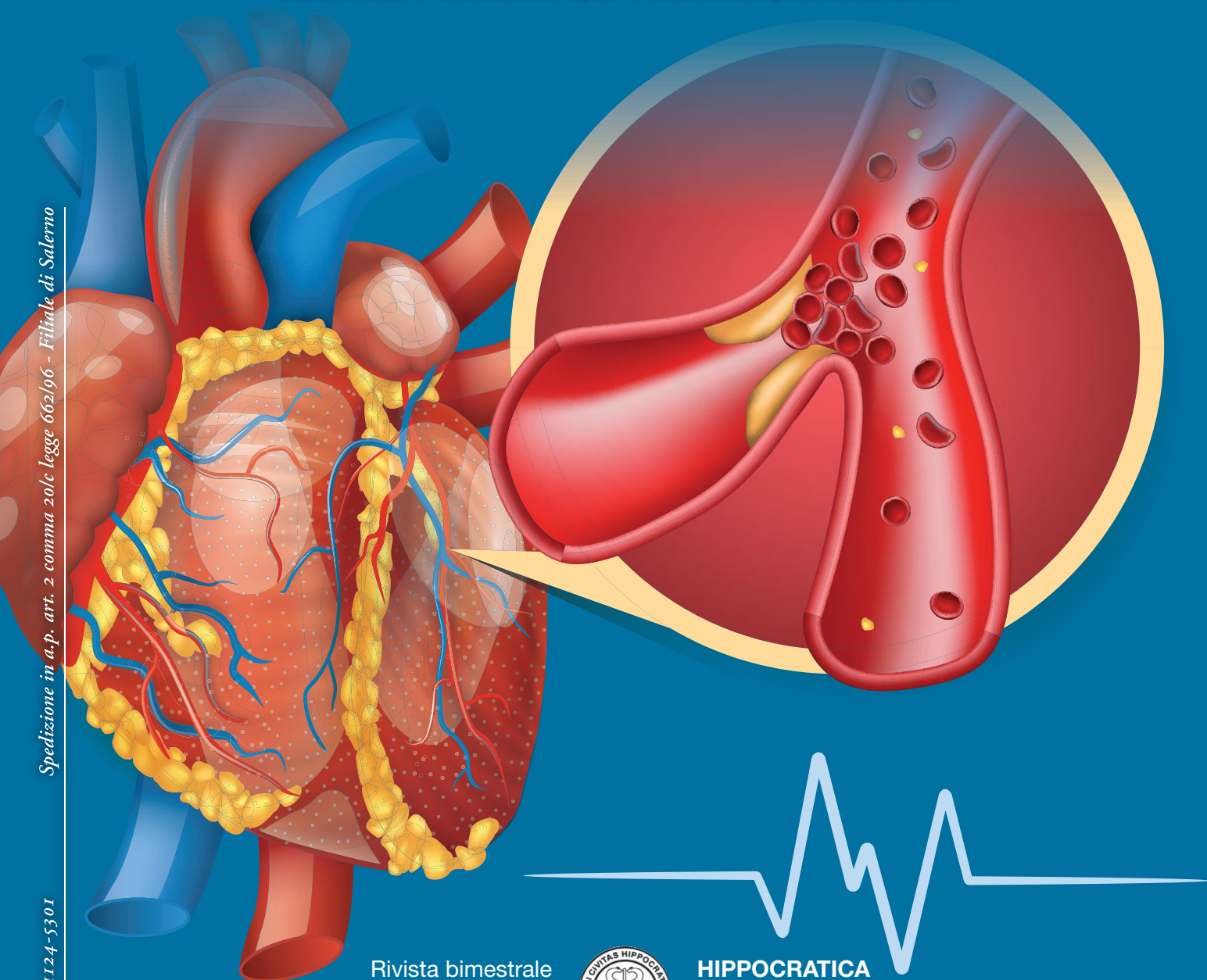
Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO



CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XL * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2019



Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa Sanpaolo

di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 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, 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 degli Etruschi, 13 - 84135 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 Aprile 2019

SOMMARIO

Editoriale

IV

Alessandro Ottaiano

**Utilizzo di Coasten® nel paziente oncologico:
descrizione di una real practice nelle neoplasie gastro-enteriche
all'Istituto Tumori di Napoli**

Pag. 1

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Su la grande infanticida: la sifilide “ereditaria”

Pag. 4

Giuseppe Battimelli

**L'uso del farmaco triptorelina per il trattamento
della disforia di genere (DG) e il parere del CNB**

Pag. 8

Giuseppe Airoma, Salvatore Strazzullo, Rosario Pepe

**L'oncologia tra Ospedale e territorio:
l'esperienza presso il Presidio Sanitario Intermedio Napoli Est
dell'ASL Napoli 1 Centro**

Pag. 11

Clementina Savastano

I nuovi farmaci modificano l'algoritmo terapeutico?

Pag. 14

Antonio De Falco

**CIMO: Difendi il tuo diritto alla salute,
difendi i medici della sanità pubblica**

Pag. 16

Editoriale

Con questo numero inizia il 40° anno di vita della nostra Rivista. E' d'obbligo ringraziare tutti coloro che sinora hanno inviato i loro articoli e tutti voi lettori che ci seguite e che con interesse ricevete la Rivista.

Con l'auspicio che in Redazione pervengano i vostri lavori facendoci così conoscere le vostre esperienze, i vostri studi, le vostre ricerche, invitiamo a chi non lo avesse ancora fatto, di rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa San Paolo
di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989)
intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

Utilizzo di Coasten® nel paziente oncologico: descrizione di una real practice nelle neoplasie gastro-enteriche all'Istituto Tumori di Napoli.

ISTITUTO NAZIONALE
TUMORI DI NAPOLI
IRCCS FONDAZIONE "G. PASCALE"
SSD TERAPIE INNOVATIVE
METASTASI ADDOMINALI

Alessandro Ottaiano

Parole chiave: Astenia, panax ginseng, compliance, qualità di vita, pratica clinica.

Key Words: Asthenia, panax ginseng, compliance, quality of life, real practice.

Ricevuto in Redazione il 25 gennaio 2019

RIASSUNTO

I pazienti oncologici con malattia avanzata soffrono spesso di una sindrome caratterizzata primariamente da astenia correlata sia ad effetti diretti delle cellule neoplastiche che all'effetto dei trattamenti (chemioterapia e radioterapia). Coasten® è un integratore orale complesso costituito da una miscela di panax ginseng, coenzima Q10, carnitina, pappa reale, mirtillo, miele di acacia e magnesio. Queste sostanze hanno dimostrato di impattare positivamente su numerose alterazioni biochimiche e biologiche conseguenti alla progressione delle neoplasie. In questo studio abbiamo riportato sia la compliance (cioè l'aderenza al trattamento) precoce (primi 30 giorni di trattamento) e tardiva (ultimi 10 giorni di follow-up) che l'effetto di Coasten® sull'astenia dopo 30 giorni di assunzione in 37 pazienti con neoplasia gastrointestinale avanzata. La compliance precoce è stata dell'89% mentre quella tardiva del 60%. Inoltre, dopo 30 giorni di assunzione è stata registrata una riduzione dell'astenia attraverso una VAS (Visual Analogic Scale da 0 a 10) compilata dal paziente (giorno 1, mediana: 6, SD: 0,83; giorno 30, mediana: 4, SD: 0,82). Questo studio, seppur limitato (numerosità campionaria, mancanza di un braccio di confronto, eterogeneità della casistica), suggerisce che è necessario, in futuro, migliorare l'esplorazione degli effetti biologici nel paziente oncologico di integratori complessi come Coasten®.

SUMMARY

Patients affected by advanced cancers often suffer of asthenia and anorexia caused by interrelations of oncologic disease and treatments' effects (chemotherapy and radiotherapy). A multidisciplinary approach is required to reduce these consequences and improve the quality of life in this phase of disease. Coasten® is an oral supplement based on the association of panax ginseng, coenzyme Q10, carnitine, royal jelly, blueberry, acacia honey and magnesium used in clinical practice in case of asthenia. In the present descriptive report we show the real practice use of Coasten® in a series of advanced 37 patients affected by gastrointestinal

cancers (28 colorectal, 6 gastric, 3 pancreas carcinomas). Early and late compliances to Coasten® are high, 89% and 60% respectively. Interestingly, we also registered a reduction of asthenia after 30-days treatment assessed by a 0 to 10 Visual Analogic Scale (day 1, median: 6, SD: 0,83; day 30, median: 4, SD: 0,82). Large clinical studies are warranted in order to better understand the clinical impact in oncologic patients of such complex supplements.

INTRODUZIONE

Il paziente oncologico con malattia avanzata soffre spesso di una sindrome caratterizzata da anoressia e riduzione del peso corporeo condizionanti una progressiva astenia^(1,2). Anche se le cause di questa sindrome sono plurime e complesse, hanno spesso una traduzione biochimica comune determinando uno stato infiammatorio cronico con aumento della secrezione di alcune citochine (IL-1, IL-6, TNF-alfa, etc.)^(3,4), riduzione del metabolismo mitocondriale⁽⁵⁾, aumento della produzione di radicali liberi⁽⁶⁾, immunodepressione⁽⁷⁾. Questo clima biochimico e immunologico può essere dovuto sia alla malattia avanzata che all'effetto dei trattamenti, in particolare della chemioterapia. Tentare di revertire questi fenomeni è oggetto di intensa ricerca da parte della comunità scientifica perché potrebbe migliorare la qualità di vita del paziente nonché la tolleranza ai regimi chemioterapici.

Coasten® è un integratore nutrizionale complesso costituito da panax ginseng, coenzima Q10, carnitina, pappa reale, mirtillo, miele di acacia e magnesio⁽⁸⁻¹²⁾ in flaconcini somministrati per via orale. La descrizione dell'azione di ciascuna di tali sostanze è oltre gli scopi di questa trattazione tuttavia è necessario almeno elencare talune azioni biochimiche dimostrate in letteratura scientifica che possono avere efficacia nel paziente oncologico, tra queste annoveriamo: riattivazione del metabolismo mitocondriale, azione anti-radicalica, aumento dell'apporto calorico e azione immunostimolante.

Nel presente studio Coasten® è stato somministrato all'occorrenza di astenia in pazienti oncologici in corso di trattamento chemioterapico.

MATERIALI E METODI

All'uopo è stato costituito un *data-base* in cui sono stati registrati i dati anagrafici, biometrici, lo stadio e i siti di malattia, l'istotipo, il numero di linee chemioterapiche precedenti, la quantità giornaliera e cumulativa di Coasten® assunta. Coasten® è stato somministrato in unica dose giornaliera, indipendente dai pasti, in caso di astenia di grado 2 o superiore secondo i criteri NCI-CTC v4.0. La “*early*” *compliance* al Coasten® è stata definita come il numero di flaconcini giornalieri assunti in un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dall'inizio dell'assunzione. La “*late*” *compliance* è stata definita come la quantità giornaliera di Coasten® assunta negli ultimi 10 giorni e registrata all'ultima data di *follow-up* del paziente. Tutti i dati inseriti nel *data-base* in merito all'assunzione di Coasten® sono stati riportati dai pazienti stessi. L'astenia è stata valutata solo nei primi 30 giorni di trattamento con Coasten® con *Visual Analogic Scale* da 0 assenza di astenia a 10 massima astenia; si tratta di un *self-assessment* vale a dire che il paziente fornisce una percezione soggettiva del suo stato di astenia. La presente analisi è descrittiva, non è stata applicata inferenza statistica.

Caratteristica	No.	%
Età		
Mediana	69	
Intervallo	47-86	
Genere		
Maschi	17	46
Femmine	20	54
Primitivo		
Colon	18	49
Retto	10	27
Stomaco	6	16
Pancreas	3	8
Siti di malattia		
Fegato	16	43
Polmoni	5	13
Pluriviscerale	16	43
N. di linee di chemioterapia precedenti		
0	12	32
1	11	30
2	14	38
Timing dell'assunzione di Coasten®		
Durante la chemioterapia (CT)	18	48
Durante periodi di pausa da CT	7	19
Nella fase “palliativa”	12	32

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti.

RISULTATI

Sono stati registrati 37 pazienti di cui 28 affetti da carcinoma coloretale, 6 da carcinoma gastrico e 3 da carcinoma del pancreas. Le caratteristiche generali sono elencate in **Tabella 1**.

Tutti i pazienti inclusi in quest'analisi hanno malattia avanzata, il sito di malattia metastatica è solo il fegato nel 44% dei casi, nel 16% dei casi solo i polmoni, nel 40% dei casi siti pluriviscerali. La gran parte dei pazienti (68%) aveva già fatto una linea di chemioterapia prima di assumere Coasten®, nel 32% dei casi invece Coasten® è stato somministrato alla prima linea di chemioterapia. La *compliance* generale al trattamento è indicata in **tabella 2**.

	Mediana	Intervallo
[(N. giorni assunzione/30)x100]%		
Early compliance a Coasten®	89%	55-100%
[(N. giorni assunzione/10)x100]%		
Late compliance a Coasten®	60%	20-90%

Tabella 2. Compliance di Coasten® (“early” e “late”).

Di seguito si riporta la descrizione di alcuni sottogruppi. I pazienti con neoplasia coloretale hanno presentato una *compliance* più alta (mediana: 95%; range: 85-100%) rispetto ai pazienti affetti da carcinoma gastrico o del pancreas (analizzati insieme e indicati come patologia non-coloretale, mediana: 77%; intervallo: 55-92%). La *late compliance* è stata in generale più bassa (carcinoma coloretale, mediana: 80%; range: 60-90%; carcinoma non coloretale, mediana 40%; range: 20-60%). I principali motivi di non assunzione del Coasten® nei primi 30 giorni sono stati il “personale” gradimento, la dimenticanza e la nausea; il principale motivo di riduzione della *late compliance* è stato il peggioramento delle condizioni cliniche generali (compresa l'occlusione intestinale in 4 casi) e la nausea, tutti non correlabili all'assunzione di Coasten® ma alla progressione della malattia oncologica di base. Nei pazienti che hanno completato le VAS di valutazione dell'astenia nei primi 30 giorni (25 pazienti), è stato registrato un miglioramento dell'astenia (giorno 1, mediana: 6, SD: 0,83; giorno 30, mediana: 4, SD: 0,82) (**Figura 1**).

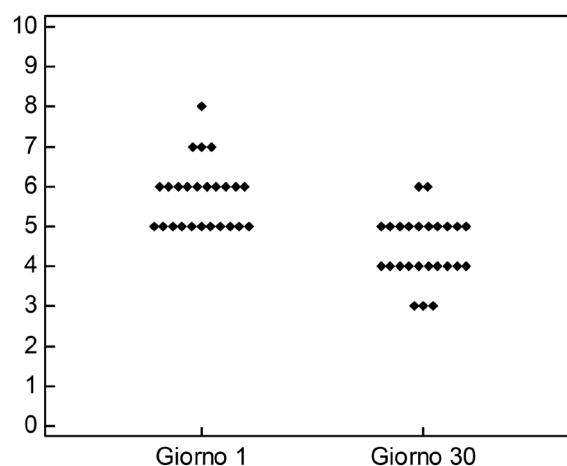


Figura 1. Risultati della VAS per astenia al giorno 1 e dopo 30 giorni di trattamento con Coasten®.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il miglioramento della qualità di vita del paziente oncologico avanzato sottoposto a trattamento chemioterapico è uno degli obiettivi da porsi all'inizio dell'impostazione del percorso terapeutico. Le patologie oncologiche, sia per azione diretta delle cellule neoplastiche (cachessia neoplastica, *discomfort* gastro-intestinale, immunodepressione) che per le conseguenze dei trattamenti (anemia, astenia, immunodepressione), hanno un impatto negativo sullo stato generale del paziente. L'astenia è uno degli effetti più precoci e disabilitanti e deve essere tenuta in considerazione e trattata alla stregua di effetti più noti e codificati quali l'anemia e la nausea e il vomito. Il trattamento deve essere multidisciplinare e precoce. E' interessante sottolineare che nella nostra casistica, 18 su 25 pazienti (72%) hanno riferito nei primi 30 giorni un miglioramento dell'astenia (giorno 30 vs giorno 1, **figura 1**) dopo assunzione di Coasten®, tuttavia in mancanza di un braccio di confronto non è possibile trarre conclusioni definitive su questo aspetto.

Il supporto psicologico, l'utilizzo di farmaci specifici, un'adeguata dieta alimentare e, ove possibile, la somministrazione di supplementi nutrizionali orali o integratori per via orale devono essere presi in considerazione nella pratica clinica. Quest'ultimo aspetto merita in futuro uno sviluppo clinico dedicato.

BIBLIOGRAFIA

1. ZHANG F, SHEN A, JIN Y, QIANG W.: *The management strategies of cancer-associated anorexia: a critical appraisal of systematic reviews*. BMC Complement Altern Med., 2018 Aug 9; 18(1): 236. doi: 10.1186/s12906-018-2304-8
2. MOLFINO A, IANNACE A, COLAIACOMO MC, FARCOMENI A, EMILIANI A, GUALDI G, LAVIANO A, ROSSI FANELLI F.: *Cancer anorexia: hypothalamic activity and its association with inflammation and appetite-regulating peptides in lung cancer*. J Cachexia Sarcopenia Muscle, 2017 Feb; 8(1): 40-47. doi: 10.1002/jcsm.12156
3. LACINA L, BRÁBEK J, KRÁL V, KODET O, SMETANA K JR.: *Interleukin-6: a molecule with complex biological impact in cancer*. Histol Histopathol. 2018 Sep 4;18033. doi: 10.14670/HH-18 033.
4. PAULSEN Ø, LAIRD B, AASS N, LEA T, FAYERS P, KAASA S, KLEPSTAD P.: *The relationship between pro-inflammatory cytokines and pain, appetite and fatigue in patients with advanced cancer*. PLoS One, 2017 May 25; 12(5): e0177620. doi: 10.1371/journal.pone.0177620
5. NICOLSON GL, CONKLIN KA.: *Reversing mitochondrial dysfunction, fatigue and the adverse effects of chemotherapy of metastatic disease by molecular replacement therapy*. Clin Exp Metastasis, 2008; 25(2): 161-9
6. MATSCHKE V, THEISS C, MATSCHKE J.: *Oxidative stress: the lowest common denominator of multiple diseases*. Neural Regen Res., 2019 Feb; 14(2): 238-241. doi: 10.4103/1673-5374.244780
7. GONZALEZ H, HAGERLING C, WERB Z.: *Roles of the immune system in cancer: from tumor initiation to metastatic progression*. Genes Dev., 2018 Oct 1; 32(19-20): 1267-1284. doi: 10.1101/gad.314617.118
8. BARTON DL, LIU H, DAKHIL SR et al.: *Wisconsin Ginseng (Panax quinquefolius) to improve cancer-related fatigue: a randomized, double-blind trial, N07C2*. J Natl Cancer Inst, 2013; 105: 1230-1238
9. CONKLIN KA.: *Coenzyme q10 for prevention of anthracycline-induced cardiotoxicity*. Integr Cancer Ther., 2005 Jun; 4(2): 110-30
10. DIACONEASA Z, LEOPOLD L, RUGINĂ D, AYVAZ H, SOCACIU C.: *Antiproliferative and antioxidant properties of anthocyanin rich extracts from blueberry and blackcurrant juice*. Int J Mol Sci., 2015 Jan 22; 16(2): 2352-65. doi: 10.3390/ijms16022352
11. MUHAMMAD A, ODUNOLA OA, IBRAHIM MA, SALLAU AB, ERUKAINURE OL, AIMOLA IA, MALAMI I.: *Potential biological activity of acacia honey*. Front Biosci (Elite Ed), 2016 Jan 1; 8: 351-7
12. KHAMMISSA RAG, FOURIE J, MOTSWALEDI MH, BALLYRAM R, LEMMER J, FELLER L.: *The Biological Activities of Vitamin D and Its Receptor in Relation to Calcium and Bone Homeostasis, Cancer, Immune and Cardiovascular Systems, Skin Biology, and Oral Health*. Biomed Res Int., 2018 May 22; 2018: 9276380. doi: 10.1155/2018/9276380.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Alessandro Ottaiano

e-mail: ale.otto@libero.it

Storia della Medicina

Su la grande infanticida: la sifilide “ereditaria”

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare
Sede Secondaria - Germaneto (Catanzaro)

Parole chiave: Heredo; sifilide ereditaria; Medicina e Letteratura.

Key Words: Heredo; inherited syphilis; Medicine and Literature.

Ricevuto in Redazione il 16 gennaio 2019

RIASSUNTO

Negli ultimi anni dell'Ottocento ma anche nei primi anni del Novecento, la sifilide è ancora vista dagli intellettuali come l'incarnazione della “degenerazione” dell'uomo che peggiora quando si estende nella famiglia e perciò nei figli. Questi sventurati innocenti, chiamati propriamente hérédito, portano a mò di marchio i segni dermatopatologici, e non solo, di questa “eredità”.

SUMMARY

In the last years of XIX century, and also during first years of XX century, syphilis has considered the representation of the man's “degeneration” by all the intellectuals; a “degeneration” which spread in the families, in their children. These children are real unfortunate innocent persons, and have called “heredo”; they are carriers of all symptomatic signs by syphilis, a real inheritance for them.

Le modalità di trasferimento dell'agente eziologico della sifilide appaiono grossolanamente o parzialmente chiare nei primi decenni del Cinquecento. Infatti, secondo Jacopo Cattaneo (XV-XVI secolo), in “Opus de morbo gallico” (1532), la sifilide si contrae attraverso [...] *cubatione, lactatione et suctione*⁽¹⁾. Molto più tardi Hermann Boerhaave (1668-1738), nei suoi “Aphorismi...” (1709), aggiunge: *Quelle cose prodotte dalla generazione, lattazione, saliva, sudore, liquido dei genitali, esalazione contagiosa, etc.*⁽²⁾. A questo importante assunto, Gerard van Swieten (1700-1772), nella sua opera “The Commentaries upon the aphorisms of Dr. Herman Boerhaave” (1773, postuma), risponde che i neonati possono essere infettati già nell'utero della madre se questa è affetta da sifilide e precisa che i neonati si [...] *presentano squallidi, semiputridi, ulcerosi, veramente sifilitici*. Ancora, per van Swieten esiste il dubbio che il “veleno venereo” possa rimanere “in silenzio” nel neonato per breve o lungo tempo e ricorda inoltre che l'allattamento è un mezzo di trasmissione diretta del “veleno” dalla nutrice al bambino⁽³⁾. Nei primi decenni del Novecento, più chiara diventa la modalità di trasmissione del “veleno” da una generazione all'altra; il bambino affetto, oltre a mostrare le stigmate tipiche della “sifilide ereditaria”, si presenta particolarmente magro e scarno⁽⁴⁾. Questa grave espressione clinica è ben rappresentata da un putto smagrito e con ali cadenti che compare sulla copertina della rivista “L'Assiette au Beurre”, quando pubblicizza l'opera teatrale “Les Avaries” di Eugene Brieux (1858-1932)⁽⁵⁾, per la prima volta in scena a Parigi nel 1905.

La descrizione della trasmissione dai genitori ai figli viene particolareggiata da Pierre Fabre (1716-1791) quando scrive, nel suo “Traité des maladies vénériennes” (1782), che il “veleno venereo” può creare un alto o basso grado d'infezione al neonato a seconda se sono affetti entrambi i genitori o uno solo⁽⁶⁾. Il progresso medico è fin qui evidente se non ci si allontana dalle osservazioni cliniche o dalle manifestazioni della sifilide in eventi come la nascita e l'allattamento; se invece si vuole descrivere il “veleno venereo”, oggi chiamato agente eziologico, il progresso si annulla. Ecco, infatti, cosa dice o mal dice, il dizionario medico di Robert James (1703-1776) a proposito di questo “veleno”: [...] *è un veleno attivo e penetrante [che] consiste in un fluido solforoso ed estremamente sottile o nel principio flogistico etereo e fermentativo che per trasmissione infetta gli altri liquidi del corpo umano [...]*⁽⁷⁾. Sull'importanza medico-sociale della sifilide “ereditaria”, una risposta importante è data, nel 1770, da Joseph Raulin (1708-1784): *Sposarsi quando si ha una malattia di questo genere è frustare la propria patria mettendo al mondo dei figli che non possono servirla; [...] è come ingannare se stessi, quando si inocula nella propria stirpe il seme di una morte prematura; vera spada di Damocle che minaccia la testa di tutti coloro che nascono da tale famiglia*⁽⁸⁾. Della stessa opinione è, qualche anno dopo (1788), Joseph-Barthélemy-François Carrère (1740-1802) che considera la sifilide un fattore larvale che destina l'estinzione delle famiglie fino alla de-popolazione della società⁽⁹⁾. Questa visione altamente negativa è sostenuta, oltre che magnificamente



espressa, da Gaetano Filangieri (1752-1788) nel 1826: [...] *veleno distruttore della fecondità, della virilità, della vita* [...] ⁽¹⁰⁾.

L'attenzione sociale sulla "degenerazione" dell'uomo ⁽¹¹⁾, attributo che nel Settecento viene rivolto alle malattie "nervose" familiari, nel secolo successivo punta il dito sulla sifilide "ereditaria" anche grazie al forte appoggio dei sifilografi della Scuola di Jean Alfred Fournier (1832-1914) il quale parla di *hèreditè morbide* ⁽¹²⁾. Il figlio così malato provoca un inevitabile dramma familiare che è ben rappresentato, nel 1894, nell'opera "The heavenly twins", di Frances Elisabeth Belender Clarke (1854-1943), conosciuta come Sarah Grand. Il neonato che viene al mondo apparentemente sano è destinato, dopo pochi mesi di vita, ad assumere un aspetto inconsueto tanto che la Grand lo definisce [...] *un bambino molto innaturale* [...] ⁽¹³⁾.

La mancanza di provvedimenti legislativi riguardanti la prevenzione, specialmente sulla "sifilide ereditaria", crea un problema individuale e sociale di grande dimensione che Ferdinando De Napoli (XIX-XX secolo) riporta magistralmente nella sua opera "La sifilide ereditaria dal punto di vista clinico, sperimentale e sociale" (1929): Se [...] *col concorso di tutti, non si provvederà subito, quante donne, vittime innocenti, non saranno per sempre prive delle pur gioie della maternità? Quante non saranno assillate dal timore continuo di dare vita ad esseri deboli fisicamente, psichicamente ed intellettualmente, veri drammi per le famiglie e non valori per la società? E per quanti, donne e uomini, sani e forti, che avrebbero ragione di guardare sicuri all'avvenire, non si preparerà l'ospedale o il manicomio, qualora si persistesse nella indifferenza, nell'ignoranza e nel nefasto pregiudizio, che ostacolano l'adozione dei provvedimenti*

veramente capaci di combattere e di rendere minore un sì gran male individuale e sociale? [...] La sifilide, se non combattuta, contaminerà gran parte di coloro che sfuggiranno alle armi micidiali ed inquinerà la loro discendenza, disgregando l'organismo morale e materiale delle famiglie, nelle quali penetra terribilmente insidiosa, spesso ignorata o nascosta [...]. La sifilide ha anche un'altra triste prerogativa [...] è, fra tutte le malattie ereditabili, quella che, senza dubbio, miete più vittime. E se le indagini, aiutate dalle denunce obbligatorie fossero possibili, si constatarebbe come dei trecentomila bambini di età inferiore a due anni, che l'Italia perdeva annualmente prima di questa guerra [1914-1918], la massima parte fosse decisa, direttamente o indirettamente, dalla sifilide congenita [...]. E alla domanda che l'Autore si pone: [...] di quanto saranno diminuite le nascite? Così risponde a se stesso: Può rendersene conto solo chi sa quale subdola ed implacabile nemica dell'uomo sia la sifilide: essa, allorché non ne impedisce la procreazione con la sterilità, che suole cagionare così spesso, ne insidia e ne mina la discendenza fin da quando il primo soffio di vita incomincia a palpitare. E si mostra tanto più fiera ed implacabile per quanto più tenero e debole è il germoglio che colpisce. È il germe della morte che si annida e cova, talora lungamente, nel germe della vita per soffocarlo. E quelle esistenze che dalla sifilide ereditaria non sono spente prima della nascita vengono da essa colpite in gran parte al loro primo affacciarsi alla vita, mentre gli eredo-sifilitici sopravvissuti sono segnati con stigmate indelebili e condannati, quasi tutti, alla più grande degenerazione, che è miseria fisica, ed intellettuale [...]; la sifilide, se non combattuta, perpetuerà la desolazione con lo sterminio lento ed incessante di infinite giovani esistenze, di cui nessuno arriverà mai a fare il censimento, perché indifferenza o apatia, ignoranza, pregiudizio o malafede occulteranno l'ecatombe, che ogni giorno la "grande infanticida" perpetrerà. E guai se tutti noi non concorreremo a combatterla, se lasceremo la Società indifesa contro [...] [questo mostro] ⁽¹⁴⁾. Sulla diffusione della sifilide "ereditaria" nelle città europee, così scrive Carlo Martelli (XIX-XX secolo) nella sua opera "La sifilide ignorata e strana" (1923, 2ª edizione): Chi immaginerebbe, a mò di esempio, che il bambino precoce, dalla fronte olimpica, dallo sguardo pensoso è, in fondo, un miserabile prodotto di un uomo che prima di passare a nozze, obliò di fare, come era suo assoluto dovere, altri cicli di cure specifiche?! E chi ammirando la fine sagoma e il nasino capricciosamente volto all'insù alla foggia parigina, e la carne pallida di riflessi madreperlacei della elegante ereditaria, può ammettere senza profonda malinconia che a quella triste figura di clorotica il nobile avo ha legato, assieme con le dovizie, anche le stigmate della distrofia luetica?! [...] Le conseguenze della sifilide, specie se non curata o mal curata, sulla discendenza, sono semplicemente disastrose. Secondo le statistiche di A. ed E. Fournier ["Syphilis. Tomo II. Ed. Malone, 1921", pag. 34] e di altri specialisti, si avrebbero su 100 neonati appena 10 sani e di questi [soggetti], alcuni [presenteranno] le manifestazioni tardive della ereditaria. Hochsinger (1910), a quanto riporta il Fournier, osservò 253 aborti o morti nei primi giorni dalla nascita, e 55 morti in bassa età su 516 concepimenti. Dei 208 sopravvissuti, 157 presentarono lesioni tardive, onde su di un totale di 516 appena 51 rimasero indenni da lue, sino alla epoca della pubblicazione

dell'autore. Egualmente Jean, su 331 gravidanze, ebbe 131 aborti e 48 morti in bassa età. Dei 152 sopravvissuti, 119 presentavano stigmate di erodolue e soltanto 33 sembravano indenni⁽¹⁵⁾.

La sifilide "ereditaria" si presenta particolarmente suggestiva quando si legge l'opera autobiografica di Leon Daudet (1867-1942), figlio dello scrittore Alphonse (1840-1897), dal titolo "Devant la douleur ..." (1915): *La stragrande maggioranza dei nevrastenici, dei malinconici, dei misantropi, in una parola, degli stravaganti, è composta da hérédé, un prodotto della terribile piccola predatrice che viene chiamata "spirocheta pallida" [...]. [Il treponema] porta con sé congestioni, manie, emorragie, grandi scoperte e sclerosi; rafforzato dall'incrocio tra famiglie sifilitiche, il treponema ha avuto, ha e avrà un ruolo paragonabile a quello del fato dell'antichità. E' lo spirito invisibile ma presente che muove i romantici e gli squilibrati, gli sbandati di aspetto sublime, i rivoluzionari pedanti o violenti. E' il lievito che fa alzare la pasta un po' troppo densa del contadino e la sgrassa nella seconda generazione. Del figlio di una cameriera, esso fa un grande poeta, di un pacifico piccolo borghese un satiro, d'un commerciante un metafisico, d'un marinaio un astronomo o un conquistatore. Un'epoca come il XVI secolo, con i suoi fasti e le sue depravazioni, il suo coraggio, la sua frenesia amorosa, la sua formidabile espansione, all'osservatore esperto appare come un'incursione del treponema nell'élite e nelle masse, una sarabanda di hérédé [...]. La maggior parte delle degenerazioni, la maggior parte dei misfatti attribuiti all'alcolismo sono imputabili a questa spirale, la cui agilità, penetrazione, congenialità, se così si può dire, rimangono un mistero [...]. Il treponema favorisce contemporaneamente l'intensità drammatica della vita, la sterilità, che è il suo contrario, e i più crudeli flagelli⁽¹⁶⁾. Questo Autore descrive ancora la sifilide che gli ha trasmesso il padre con altre due opere: "Les morticoles" (1894)⁽¹⁷⁾ e "L'Heredo" (1917)⁽¹⁸⁾. Il termine "heredo", voluto da Leon Daudet, ricompare nel titolo di un'altra opera, "La vie d'un hérédé" (1939) di Jean Moyë (1730-1793)⁽¹⁹⁾. Anche Louise Hervieu (1878-1954), vittima della stessa "eredità" e pasionaria della profilassi più severa, scrive nel 1937 un'opera dal titolo significativo, "Le crime"; eccone un passo: *Come possiamo sfuggire all'eredità della nostra specie? Siamo degli hérédé. [...] Nell'uomo bianco la malattia si concentra sulle parti più vulnerabili, i centri nervosi stanchi e sfibrati. Produce uomini che sono matti, mezzi matti, matti per un quarto, squilibrati, ossessionati⁽²⁰⁾. Il dramma della trasmissione della sifilide ai propri figli è anche ben rappresentato nell'opera di Henrik Ibsen (1828-1906) dal titolo "Gengangere" (manoscritto, 1861) il cui protagonista, malato di sifilide ereditaria, viene visitato dal medico che lo informa con queste parole: *In Voi [...] fin dalla nascita c'è qualcosa di bacato [...] chiarendo così che il giovane è "tarlato" dalla sifilide e aggiunge la biblica ma anche classica locuzione, appena modificata, [...] i peccati dei padri ricadono sui figli⁽²¹⁾.***

BIBLIOGRAFIA

- 1) CATTANEO IACOPO: *Opus de morbo gallico*. Torino: B. Silva; 1532. In: Luigini Luigi. "De morbo gallico omnia quae extant apud omnes medicos cuiuscumque nationis, qui vel integris libris, vel quoquoalio modo huius affectus curationem methodicae aut empirical tradiderunt diligenter incide conquisita, sparsim inuenta, erroribus espurgata, & in unum tandem hoc corpus redaeta". Tomi 2. Venezia: G. Ziletto; 1566-1567, tomo 1, pp. 123-148
- 2) BOERHAAVE HERMANN: *Aphorismi de cognoscendis et curandi morbis*. Lione: J. Vander Linden; 1709, paragrafo 1441, p. 367
- 3) VAN SWIETEN GERARD: *The commentaries upon the aphorisms of Dr. Herman Boerhaave*. Londra: R. Horsfield and T. Longman; 1773, volume XVII, p. 14
- 4) ARCANGELI UBERTO: *Clinica della sifilide ereditaria nelle successive generazioni e nelle varie età della vita*. II edizione. Roma: L. Pozzi; 1941
- 5) BRIEUX EUGENE: *Die schiffbruchigen* [opera originale: *Les Avariés*, 1901]. Berlino, Colonia, Lipsia: A. Ahn; 1903, p. 37
- 6) FABRE PIERRE: *Traité des maladies vénériennes*. Parigi: P. Fr. Didot; 1782, pp. 357-364
- 7) JAMES ROBERT: *A medicinal dictionary, including Physic, Surgery, Anatomy, Chemistry, and Botany, in all their Branches relative to Medicine. Together with a history of Drugs*. Volumi 3. Londra: T. Osborne; 1743-1745
- 8) RAULIN JOSEPH: *De la conservation des enfants, ou les moyens de les fortifier de les preserver et guérir des maladies, depuis l'instant de leur existence, jusqu'à l'âge de puberté*. Yverdon: Pillichody Chatelain de Baulmes; 1770, tomo I, p. 55.
- 9) CARRÈRE JOSEPH, BARTHÉLEMY FRANÇOIS: *Recherches sur les maladies vénériennes chroniques sans signes évidents, c'est-à-dire masques, dégérées, ou compliquées*. Parigi: Cuchet; 1788, p. 18
- 10) FILANGIERI GAETANO: *La scienza della legislazione e gli opuscoli scelti di Gaetano Filangieri*. Tomo Primo. Livorno: Dai Torchj di Glauco Masi e Comp.; 1826, p. 255
- 11) MANN GUNTER: *Dekadenz-Degeneration-Untergangsangst im Lichte der Biologie des 19. Jahrhunderts*. *Medizinhistorisches Journal* 20; 1985, pp. 6-35
- 12) VOB HENDRIK CHRISTIAN: *Die darstellung der syphilis in literarischen werken um 1900. Aus wirkung wissenschaftlicher konzepte und sozialer ideen*. Lubecca: Università di Lubecca; 2004, p. 123
- 13) CLARKE FRANCES ELISABETH BELENDEN (Grand Sarah): *The heavenly twins*. Londra: W. Heinemann; 1894, p. 139
- 14) DE NAPOLI FERDINANDO: *La sifilide ereditaria dal punto di vista clinico, sperimentale e sociale*. Milano: Istituto Editoriale Scientifico; 1929, pp. 296-297
- 15) MARTELLI CARLO: *La sifilide ignorata e strana* (seconda edizione). Napoli: V. Idelson; 1923, pp. 41, 43



- 16) DAUDET LÉON: *Devant la douleur. Souvenirs des milieux littéraires, politiques artistiques et médicaux de 1800 a 1905*. Parigi: Nouvelle Librerie Nationale; 1915, pp. 69-71, 72, 73
- 17) DAUDET LÉON: *Les morticoles*. Parigi: Bibliothèque-Charpentier; 1894
- 18) DAUDET LÉON: *L'hérédé. Essai sur le drame interieur*. Parigi: Nouvelle Librairie Nationale; 1917
- 19) MOYÈ JEAN: *La vie d'un héredo*. Parigi: Denoel; 1939. In: Quétel Claude. *Il mal francese*. Milano: Il Saggiatore; 1993, p. 187
- 20) HERVIEU LOUISE: *Le crime*. Parigi: Denoel; 1937, p. 7
- 21) IBSEN HENRIK: *Gli spettri*. Anita Rho (traduzione di). Torino: G. Einaudi; 1959, p. 56

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Antonio Tagarelli

e-mail: antotagarelli@gmail.com

Bioetica

L'uso del farmaco triptorelina per il trattamento della disforia di genere (DG) e il parere del CNB

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: Disforia di genere, sesso alla nascita, assegnazione di genere alla nascita, sospensione della pubertà.

Ricevuto in Redazione il 24 febbraio 2019

Key Words: Gender dysphoria, birth sex, gender assignment at birth, gender assignment, suspension of puberty.

RIASSUNTO

L'Autore, in seguito al parere espresso dal Comitato Nazionale per Bioetica (CNB) in merito all'eticità sull'uso della somministrazione continua del farmaco a base di triptorelina (analogo dell'ormone di rilascio delle gonadotropine) per la sospensione dello sviluppo puberale dell'adolescente affetti da disforia di genere (DG), dopo che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) aveva già dato parere favorevole al suo uso of label in casi selezionati, approfondisce alcuni dati medico-scientifici e riflette sulle ricadute etiche e bioetiche della delicata materia, prescindendo e senza esaminare gli aspetti filosofici, storici e sociologici della questione dell'identità di genere. L'Autore pur sottolineando e giudicando opportuno come il parere favorevole del CNB all'uso del farmaco sia improntato ad una estrema cautela e prudenza, che mette al centro la tutela psico-fisica del minore, evidenzia in definitiva diversi aspetti della problematica, di notevole difficoltà e complessità, che rimangono aperti e praticamente irrisolti.

SUMMARY

The Author, following the opinion expressed by the National Committee for Bioethics (NCB) on the ethics of the use of continuous administration of the drug based on triptorelin (analogous of the hormone of release of gonadotropins) for the suspension of pubertal development of the adolescent affected by gender dysphoria (GD), after the Italian Medicines Agency (AIFA) had already given a favorable opinion to its use of label in selected cases, deepens some medical-scientific data and reflects on ethical and bioethical implications of the delicate subject, regardless and without examining the philosophical, historical and sociological aspects of the issue of gender identity. The author while underlining and judging appropriate that the favorable opinion of the NBC to the use of the drug is based on extreme caution and prudence, which focuses on the psycho-physical protection of the child, highlights a number of different aspects of the problem, of considerable difficulty and complexity, which remain open and practically unresolved.

INTRODUZIONE

Il 13 luglio 2018 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha emanato un parere, su richiesta dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in merito all'eticità sull'uso del farmaco triptorelina (analogo dell'ormone di rilascio delle gonadotropine) per il trattamento di adolescenti affetti da disforia di genere (DG).

Sulla problematica a sua volta l'AIFA era stata sollecitata da alcune società scientifiche – Società Italiana di Endocrinologia (SIE), Società Italiana di Medicina della Sessualità e Andrologia (SIAMS), Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG) – favorevoli alla possibilità dell'utilizzo in somministrazione continua del farmaco a base di triptorelina, al fine di sospendere lo sviluppo della pubertà fisiologica (quindi non patologica) dell'adolescente affetto da DG.

A seguito di tale richiesta l'AIFA aveva già dato parere favorevole all'inserimento del farmaco nell'elenco istituito ai sensi della L. n. 648/1996, secondo la modalità delle "indicazioni diverse da quelle autorizzate" (off label), in casi selezionati in cui la pubertà sia incongruente con l'identità di genere.

Come è noto questo farmaco è chimicamente un decapeptide agonista del rilascio dell'ormone gonatotropo (GnRH agonisti) e la cui somministrazione continua inibisce la secrezione di gonadotropine con conseguente soppressione della funzione delle gonadi (testicolo, ovaio) determinando durante il trattamento un ipogonadismo e di norma viene utilizzato in alcune patologie ben specificate come nel trattamento di tumori sensibili agli ormoni, quali il cancro della prostata e il tumore alla mammella, ma

anche nell'endometriosi o nei fibromi uterini cioè nelle condizioni cliniche estrogeno-dipendenti e, infine, anche nel trattamento della pubertà precoce o pubertà patologica, limitatamente a soggetti di età inferiore a 8 anni nelle bambine e inferiori a 10 anni nel bambino (Fascia A Nota Cuf 51).

Il CNB, quindi, chiamato ad esprimere una valutazione sulla correttezza etica della somministrazione di tale molecola su una particolare condizione denominata disforia di genere, ha dato parere favorevole, approvando tale determinazione, con un voto contrario e due astenuti (i rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità).

La presente riflessione vuole cercare di approfondire l'argomento su alcuni aspetti di particolare criticità dal punto di vista delle ricadute bioetiche, sempre partendo da dati medico-scientifici, e al pari del CNB, che lo ha sottolineato nel documento, *“non intende in questa sede ricostruire sul piano storico-sociologico e filosofico la questione della identità di genere, sebbene sia consapevole che tale questione rimanga inevitabilmente sullo sfondo”*.

Utilizzo di Triptorelina nella disforia di genere (DG)

Per una migliore comprensione della problematica dal punto di vista medico circa l'utilizzo del farmaco è utile ricordare le varie definizioni dei termini della questione, rifacendosi al DSM-5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2013), di cui si avvalgono i clinici per avere un linguaggio comune per un'oggettiva valutazione dei sintomi nei disturbi mentali.

Pertanto secondo il DSM-5, l'identità di genere *“è una categoria di identità sociale e si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, a volte, come appartenente a categorie diverse da maschio e femmina”*, mentre la disforia di genere *“si riferisce al disagio affettivo/cognitivo in relazione al genere assegnato”* ed infine l'assegnazione di genere riguarda *“l'assegnazione iniziale di maschio o femmina. Questo accade solitamente alla nascita, e con ciò si determina il genere assegnato alla nascita”*.

Premesso come dato epidemiologico che la DG è un fenomeno poco frequente (prevalenza dello 0,002-0,005%, 2-5 casi su 100.000) e che si può manifestare anche molto precocemente nell'infanzia (3/4 anni) e nell'adolescenza (10/13 anni), il parere favorevole del CNB concerne quindi l'utilizzo delle triptorelina negli adolescenti quando la pubertà è incongruente con l'identità di genere e ciò determina la condizione detta “disforia di genere”, che determina una grave sofferenza della persona tra genere esperito o espresso e il genere assegnato, condizione frequentemente accompagnata da patologie psicologiche e psichiatriche, autismo, disturbi dell'emotività e del comportamento, drop-out scolastico elevato, autolesionismo ed elevata incidenza di suicidio.

Quindi, non “l'incongruenza di genere” come tale (che tra l'altro recentemente l'OMS ha rimossa dalla categoria dei disordini mentali dell'International Classification of Diseases per essere inserita in un nuovo capitolo delle “condizioni di salute sessuale”) è oggetto di terapia ma quando essa determina grave sofferenza e profondo disagio psicologico, cioè quando si manifesta la condizione di disforia di genere (DG).

Il farmaco quindi di fatto rallenta e/o blocca la pubertà fisiologica nei preadolescenti con disforia di genere e lo sviluppo che è all'origine della sofferenza dei ragazzi o delle ragazze che non si riconoscono maschi o femmine, limitando le modificazioni corporee primarie e/o secondarie in vista dell'eventuale transizione di sesso.

Ad una riflessione di etica biomedica, si rileva che il CNB nel suo parere ammette che allo stato non esistono studi di sicurezza e di follow-up sugli effetti collaterali - negativi - (sull'apparato cardiovascolare, osseo, muscolare, metabolico e soprattutto sulla fertilità e sul sistema neurologico ecc.) a breve e a lungo termine circa la sospensione di una pubertà fisiologica, né sono trasferibili per questo i dati (invece di una ricca letteratura in proposito) riguardanti il blocco di una pubertà precoce patologica, che è una grave malattia endocrina. Pertanto è da chiedersi: è salvaguardato in tal caso il principio di precauzione (primum non nocere)?

Così come una considerazione invece prettamente scientifica ci permette di affermare che gli ormoni sessuali agiscono già durante i primi mesi sul feto, sia sui genitali esterni sia sul metabolismo ma anche a livello dell'imprinting cerebrale la cui maturazione e rimodellamento poi avviene durante la pubertà, che quindi è dovuta a una maturazione dell'asse cortico-ipotalamico-ipofiso-gonadico.

Ora con la triptorelina nella disforia di genere si vuole quantomeno sospendere questo processo di maturazione neuro-psico-endocrino ponendo una diagnosi su basi esclusivamente psicologiche e annullando la componente endocrina, che pure sappiamo è parte determinante. Tra l'altro rimangono inesplorati e quindi ignorati gli effetti *“del blocco dello sviluppo sessuale in rapporto allo sviluppo emotivo-cognitivo che procede”*. Potremmo avere secondo molti esperti corpi che permangono adolescenziali ma con psiche da adulti. A ciò si aggiunge la difficoltà di diagnosticare la DG, che richiede un approccio multidisciplinare.

Trattasi in effetti nel creare farmacologicamente un pubertà ritardata iatrogena.

La DG è una condizione, come detto, associata a patologie psichiatriche (che potrebbe comportare autolesionismo e persino il suicidio) e pertanto è certamente da ritenere che la valutazione etica del CNB si è basata su tale considerazione; e cioè in rari casi è lecita la sua somministrazione a fronte di un grave disagio psicologico dell'adolescente, documentato e diagnosticato da parte di esperti della materia o da un centro specialistico di DG, pur con le cautele e la prudenza che richiede tale decisione di sospensione della pubertà fisiologica, con la finalità di un approfondimento e ampliamento dei tempi per una più circostanziata diagnosi e per evitare fenomeni di discriminazione sociale.

Nella considerazione rischi-benefici diviene preminente quindi il principio bioetico di totalità o principio terapeutico: per salvaguardare la salute integrale del paziente (e soprattutto salvare la vita del soggetto), diventa prevalente l'aspetto psicologico della condizione, escludendo per mezzo farmacologico l'assetto endocrino che pure fa parte del tutto.

Qualche perplessità potrebbe suscitare anche il fatto che non esiste un consenso unanime circa la durata temporale di somministrazione del farmaco (e quindi il tempo di sospensione della pubertà fisiologica) durante il quale gli esperti devono addivenire alla diagnosi, mentre è accettato che l'inizio debba avvenire ad un preciso stadio di sviluppo puberale (Stadio II di Tanner).

Tutto questo anche nell'ottica che la prevenzione e il ritardo di cambiamenti fisici irreversibili nell'adolescente possa consentire un minore uso di sostanze ormonali ai 16 anni e di eventuali interventi di rettificazione del sesso all'età di 18 anni.

Sembra appropriata anche la raccomandazione del CNB relativa al fatto che il trattamento farmacologico faccia seguito ad interventi di psicoterapia e di sostegno psicologico o quando questi ultimi siano risultati inefficaci, ciò nella considerazione che rappresentando la DG una sofferenza psicologica, l'approccio debba in primis necessariamente essere di tipo psicoterapeutico.

Come anche si ritiene utile l'invito ad uno specifico approfondimento sulla tematica da parte dei pediatri così come *“la formazione di una rete socio-sanitaria di base e delle istituzioni scolastiche coinvolte su questi temi”*.

Rimane il problema di una valutazione difficile e di una diagnosi complessa della condizione che deve escludere necessariamente ogni influenza o interferenza ambientale, culturale e familiare in quegli adolescenti che *“non si riconoscono” psicologicamente nel sesso alla nascita* e *“vivono ed esprimono un forte desiderio di modificare il corpo sessuato da maschio a femmina o da femmina a maschio o anche di vivere una condizione di ambiguità sessuale”*.

Tra i punti più critici, come fa rilevare con pertinenza ed obiettività nel suo documento il CNB, è senza dubbio il consenso informato che l'adolescente deve fornire per la somministrazione del farmaco *“considerando la condizione di particolare vulnerabilità degli adolescenti sotto il profilo psicologico e sociale”* e *“in quali termini un assenso di un minore possa essere espresso in modo realmente libero, valido, senza interferenze esterne”* e a nostro giudizio, visto che trattasi di minori, risulta di grande rilevanza nella loro capacità decisionale alla luce della titolarità del consenso, il parere espresso dagli esercenti la responsabilità genitoriale.

E pure affidandosi a specialisti o all'equipe multidisciplinare risulta a parer nostro problematico *“ottenere dal minore un consenso espresso in modo libero e volontario e con la consapevolezza delle informazioni ricevute nelle specifiche condizioni fisiche e psichiche”* come auspica il CNB.

Così come problematica appare l'ammissione del CNB, che poiché trattasi di casi rari, *“non sarà possibile una adeguata sperimentazione estesa ma almeno lo studio degli esiti”*, e ciò ci induce a ritenere che siamo nel campo di una terapia che di fatto diventa sperimentale e che richiede quindi particolare attenzione nel decidere caso per caso.

Un'altra considerazione al parere favorevole del CNB è stato certamente quello di predisporre studi di sicurezza, efficacia e follow-up fisico-psichico sui casi trattati e di prevedere una politica di accesso equo e omogeneo

CONCLUSIONI

Certamente è da sottolineare che il parere del CNB sull'uso della triptorelina nella disforia di genere (DG) riguarda, giustamente, le *“situazioni accuratamente selezionate da valutare caso per caso”* da parte di un team di specialisti della materia (coinvolgendo anche la famiglia e la scuola), senza un'inopinata liberalizzazione, anche nella considerazione che i casi eventualmente da trattare per DG ogni anno sono poche decine (ma che comunque rappresentano condizioni di sofferenza di pazienti fragili) e tenendo conto che i dati scientifici sulla sicurezza del farmaco sono scarsi e riguardano una casistica limitata.

Inoltre, poiché trattasi di una patologia che deve essere identificata da esperti, il farmaco verrà utilizzato quando *“il trattamento sia limitato a casi ove gli altri interventi psichiatrici e psicoterapeutici siano risultati inefficaci”* e che comunque il ricorso alla triptorelina non prescinde o sostituisce nel tempo il sostegno psicologico del paziente.

La soluzione individuata dall'AIFA e quindi dal CNB evita tra l'altro anche un'inaccettabile disparità su base economica dei pazienti di accesso alle cure, che devono essere omogenee e uguali per tutti, considerando che l'alto costo del farmaco ne permetterebbe l'utilizzo solo a persone e famiglie abbienti, giacché è possibile con prescrizione medica acquistare direttamente il farmaco quando non si richieda la dispensazione e la rimborsabilità da parte del SSN ed anche per evitare, come ha saggiamente esortato il CNB, *“forme di automedicazione e trattamenti non adeguatamente monitorati dai medici specialisti”*.

Come risulta evidente, pur volendo prescindere da un approccio socio-culturale (che comunque è sullo sfondo) la delicatezza della problematica trattata della disforia di genere nelle sue caratteristiche biologiche-psico-fisiche-sociali-esistenziali e soprattutto il target di riferimento (l'età adolescenziale) fa emergere perplessità ed incertezze, sia in ambito scientifico che etico-deontologico e pertanto richiede estrema ponderazione, perizia ed esperienza.

Pur sottolineando come il parere favorevole del CNB, opportunamente e rettamente, mette al centro *“la tutela della salute psico-fisica del minore”* e sia improntato ad una estrema prudenza e cautela, è da dire in definitiva che molti aspetti della problematica sono di notevole complessità e rimangono aperti e praticamente insoluti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: *In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere*. Parere 13 luglio 2018
- 2) HEMBREE WC, COHEN-KETTENIS PT, GOOREN L, HANNEMA SE, MEYER WJ, MURAD MH, ROSENTHAL SM, SAFER JD, TANGPRICHA V, T'SJOEN GG: *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. J Clin Endocrinol Metab., 2017 Nov 1; 102(11): 3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.
- 3) American Psychiatric Association: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina editore, 2014
- 4) MELINA G.: *Una soluzione pericolosa e scientificamente illogica*. Avvenire, 12 aprile 2018
- 5) www.avvenire.it – *Noi e Famiglia & Vita* - Anno XXII Numero 229 - Supplemento 27 maggio 2018
- 6) DÈTTORE D. (a cura di), RISTORI J. (a cura di), ANTONELLI P. (a cura di): *La disforia di genere in età evolutiva. Implicazioni cliniche, sociali ed etiche*. Alpes Italia Casa Editrice, 2015
- 7) DÈTTORE D. (a cura di): *Il disturbo dell'identità di genere: diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano. Mc Graw Hill, 2005

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

L'oncologia tra Ospedale e territorio: l'esperienza presso il Presidio Sanitario Intermedio Napoli Est dell'ASL Napoli 1 Centro.

Giuseppe Airoma*, Salvatore Strazzullo*, Rosario Pepe**

*U. O. S. DIPARTIMENTALE
DI ONCOLOGIA
PRESIDIO SANITARIO INTERMEDIO
NAPOLI EST
**U. O. RIABILITAZIONE
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

Parole chiave: Medicina di precisione, integrazione, multidisciplinarietà.

Key Words: Precision medicine, integration, multidisciplinary.

Ricevuto in Redazione l'11 marzo 2019

RIASSUNTO

Nell'ultimo incontro di aggiornamento organizzato dall'U.O.S.D. di Oncologia del P.S.I. Napoli Est si è focalizzata la discussione sull'utilizzo dei nuovi farmaci biologici e dell'immunoterapia in oncologia che sono alla base del concetto di medicina di precisione. L'attenzione è stata rivolta principalmente agli aspetti di integrazione tra ospedale e territorio.

SUMMARY

In the last update meeting organized by the U.S.O.D. of Oncology of P.S.I. Napoli Est has focused on the discussion of the use of new biological drugs and immunotherapy in oncology that are the basis of the concept of precision medicine. The focus was mainly on the aspects of integration between hospital and territory.

Nel settembre scorso si è tenuto ad Ercolano, presso "Villa Signorini" l'ultima edizione del Convegno in tema di Aggiornamento in Oncologia organizzato dall'U.O.S.D. di Oncologia del Presidio Sanitario Intermedio Napoli Est.

Il Convegno di aggiornamento è il frutto di un'esperienza, ormai ventennale, di oncologia operante tra ospedale e territorio. Una esperienza pionieristica 20 anni fa e oggi ormai consolidata nel nuovo approccio al paziente oncologico.

Negli ultimi anni l'Oncologia ha fatto molti passi avanti nella scoperta scientifica e il conseguente sviluppo clinico di nuovi farmaci (come per es. farmaci a bersaglio molecolare o l'immunoterapia), ha aumentato l'aspettativa di vita del paziente oncologico in fase avanzata, determinando una cronicizzazione della malattia.

Oggi, nell'assistenza al malato oncologico vanno considerati insieme agli aspetti clinici e psicologici della malattia, anche la riabilitazione e i molteplici aspetti legati alla cronicità. Il percorso di cura va quindi riorganizzato attraverso una forte collaborazione tra ospedale e territorio.

L'obiettivo di questo convegno è stato quello di analizzare il coordinamento di tutte quelle azioni che intervengono nella diagnosi, cura e assistenza al malato oncologico, valoriz-

zando gli interventi territoriali alla pari di quelli ospedalieri, con l'obiettivo di garantire al malato e alla sua famiglia una migliore qualità della vita. Senza integrazione fra ospedale e territorio non è possibile nessuna vera continuità terapeutica e assistenziale: la qualità di cura passa necessariamente attraverso un radicale cambiamento culturale e di approccio ai problemi da parte di tutti gli operatori sanitari e socio-assistenziali e di tutte le strutture coinvolte.

Con questo obiettivo, il convegno ha voluto riunire diverse figure di specialisti (non solo gli oncologi) che spesso si trovano a cooperare sul campo nella gestione del paziente oncologico nel suo percorso di cura ed assistenza extraospedaliera.

Pertanto è sembrato indispensabile diffondere tra tutti gli operatori coinvolti la conoscenza delle nuove terapie impiegate nella cura delle maggiori patologie neoplastiche, nonché le nuove tossicità risultanti dall'impiego della terapia target e dell'immunoterapia. Ciò per garantirne un migliore controllo ed una ottimale gestione.

La presa in carico globale del malato, fin dall'inizio del percorso terapeutico, prevede un approccio multidisciplinare e multidimensionale. L'approccio integrato vede come obiettivo la cura del malato e non solo del tumore e, oltre a garantire il miglior trattamento antitumorale (attraverso ambulatori multidisciplinari per i vari tipi di tumori e linee guida condivise), permette un inserimento precoce delle cure palliative e la riabilitazione per la prevenzione ed il controllo dei sintomi legati alla malattia e/o alle terapie (dolore, supporto nutrizionale, supporto psicologico, sociale).

Infatti, l'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari.

Oggi, il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale vengono spese per la gestione delle malattie croniche. Il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

I dati indicano quindi come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventino la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la definizione di un nuovo modello di risposta alla domanda di assistenza, che renda il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni.

All'interno di questo quadro sociale ed epidemiologico, sempre di più il cancro sta diventando una patologia cronica. Contribuiscono a questa lenta trasformazione una organizzazione ambulatoriale e dei day hospital più rispettosa delle esigenze dei pazienti evitando lunghe attese in ospedale, terapie innovative orali o sottocutanee, ed una organizzazione in rete che coinvolge tutti gli attori del sistema, in primis i medici di medicina generale.

La cronicizzazione della malattia neoplastica, ha determinato una lenta ma costante migrazione dalla centralizzazione ospedaliera della cura all'home care, e porrà sfide riorganizzative delle reti oncologiche imprescindibili dai nuovi quadri terapeutici. I PDTA si dovranno così incrociare con piani assistenziali in cui il follow up programmato, il controllo domiciliare e l'apporto sempre più importante della medicina territoriale renderà fattivo e reale il mitico rapporto ospedale e territorio, spesso osannato ma talora attuato con difficoltà.

Il corso di aggiornamento è stato aperto da una interessante relazione circa l'innovativo concetto di *"medicina di precisione"*⁽¹⁾.

In particolare, è stato sottolineato come il concetto *"ad ogni patologia corrisponde un farmaco"*, negli ultimi anni è stato abbondantemente superato dal concetto *"ad ogni persona corrisponde un farmaco"*. Si è quindi discusso della medicina di precisione che sta cambiando e ancor più cambierà in futuro i paradigmi di cura in molte branche della medicina, a partire dall'Oncologia.

Infatti, questa modifica di approccio al paziente ammalato di cancro, sta cambiando le strategie terapeutiche. Grazie allo studio molecolare del tumore e al profilo genetico della persona si può tracciare un piano terapeutico che determini la miglior risposta al trattamento (evitando terapie inefficaci e dannose) grazie alla messa a punto di target therapy a bersaglio molecolare che colpiscono selettivamente solo le cellule tumorali.

Si è poi passati a discutere dei "Big Killers" dell'oncologia, primo fra tutti il carcinoma polmonare.

Oggi, stiamo vivendo un momento storico nella lotta al cancro al polmone. Per anni non abbiamo avuto nulla in mano se non la chemioterapia con risultati alquanto scoraggianti. Oggi abbiamo sia farmaci che agiscono su target specifici sia immunoterapie che funzionano per circa il 25% dei pazienti. Infatti, due sono le strade che gli oncologi stanno prendendo: le terapie mirate, per quella fetta di pazienti che esprime specifiche mutazioni, e le immunoterapie, capaci di sbloccare il sistema immunitario e di renderlo di nuovo capace di combattere il tumore.

Gli studi di fase III condotti con pembrolizumab⁽²⁾, (KEYNOTE-042 e KEYNOTE-407), presentati al 54° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology, hanno dimostrato come sempre più pazienti colpiti da tumore del polmone in stadio avanzato potranno beneficiare dell'immunoterapia in prima linea, sia in monoterapia che in combinazione con la chemioterapia, in entrambe le istologie (squamosa e non squamosa)⁽³⁾.

Altro attuale argomento discusso è stata l'importante novità apportata nella terapia del cancro della mammella dell'introduzione dell'utilizzo degli inibitori delle cicline^(4,5,6).

Per le pazienti italiane con tumore al seno metastatico HR+/HER2-, sono disponibili e rimborsabili gli inibitori selettivi delle chinasi ciclina-dipendenti 4/6 (CDK 4/6) ribociclib e palbociclib da utilizzarsi come trattamento di prima linea in aggiunta alla terapia ormonale.

Questa nuova classe di farmaci ha dimostrato di migliorare i risultati ottenuti con la sola terapia ormonale e di prolungare la sopravvivenza libera da progressione. Tali farmaci hanno permesso una sopravvivenza libera da progressione superiore a 25 mesi, con una riduzione del tumore già dopo 8 settimane dall'inizio del trattamento, e una migliore qualità di vita, grazie a una riduzione del dolore precoce e mantenuta nel tempo, con eventi avversi prevedibili, facilmente gestibili e reversibili. Grazie ai progressi della ricerca scientifica, anche se non si può parlare di guarigione, il tumore al seno metastatico è una realtà sempre più "gestibile". Le nuove opzioni terapeutiche consentono al medico un controllo sempre maggiore della fase definita "sopravvivenza libera da progressione". Questo significa più tempo per le pazienti ma anche una migliore qualità di vita, perché si tratta di terapie con un livello di tossicità più contenuto ed effetti collaterali meno impattanti.

Infine, sono stati sottolineati i risultati ormai consolidati dei nuovi farmaci utilizzati nel trattamento del carcinoma della prostata resistente alla castrazione lasciandone intravedere l'imminente estensione dell'indicazione terapeutica.

Si è concluso affermando che il nuovo paradigma di cura "la medicina di precisione" deve essere sempre più "precisa" e attenta anche al vissuto del paziente e ai suoi bisogni emotivi, bisogni che possono emergere solo laddove vi sia un rapporto stretto con il proprio medico, quell'alleanza terapeutica che aiuta chi deve affrontare un percorso di cura a non arrendersi e a combattere con maggiore consapevolezza una malattia che oggi può essere ben gestita nel tempo e in alcuni casi, sempre più numerosi, guarita.

BIBLIOGRAFIA

1. JOHNSON TM.: *Perspective on Precision Medicine in Oncology*. Pharmacotherapy. 2017 Sep; 37(9): 988-989
2. GANDHI L et al., KEYNOTE-189 Investigators: *Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer*. N Engl J Med. 2018 May 31; 378(22): 2078-2092

3. UPRETY D.: *Chemo-immunotherapy: The Beginning of a New Era in Lung Cancer*. Clin Lung Cancer. 2019 Mar; 20(2): 63-65
4. SONKE GS et al.: *Ribociclib with letrozole vs letrozole alone in elderly patients with hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer in the randomized MONALEESA-2 trial*. Breast Cancer Res Treat. 2018 Feb; 167(3): 659-669
5. FINN RS et al.: *Palbociclib and Letrozole in Advanced Breast Cancer*. N Engl J Med. 2016 Nov 17; 375(20): 1925-1936
6. KWAPISZ D et al.: *Cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitors in breast cancer: palbociclib, ribociclib, and abemaciclib*. Breast Cancer Res Treat. 2017 Nov; 166(1): 41-54

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Airoma

e-mail: gairo@inwind.it

Convegni

I nuovi farmaci modificano l'algoritmo terapeutico?

CORSO DI FORMAZIONE ONCOLOGICA DEL GOIM SEZIONE REGIONE CAMPANIA

LILT SEZIONE PROVINCIALE SALERNO

SALERNO • sabato, 25 maggio 2019

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
ore 9.00 Introduzione
Clementina SAVASTANO • Salvatore PALAZZO

PRIMA SESSIONE Prima Parte

Presidenti *Franco Vito PIANTEDOSI, Alessandro MORABITO, Antonio GAMBARDELLA*
Moderatori *Maria Rosaria DIADEMA, Pio ZEPPA, Giovanni IANNIELLO*

ore 9.15 **CARCINOMA POLMONARE AVANZATO Chemioterapia, Immunoterapia e nuove prospettive di cura**
Antonio ROSSI
Discussant *Teresa BELLELLI, Carmine Andrea CALVANESE, Salvatore DEL PRETE, Adele D'ALESSIO, Antonio FEBBRARO, Salvatore FELICIANO, Annamaria LIBROIA, Fortuna LOMBARDI, Massimo SCARANO*

ore 9.55 **CARCINOMA MAMMELLA AVANZATO GENE HR ORMONOPOSITIVO, GENE C-ERB-B2 NEGATIVO**
Ferdinando RICCARDI
Discussant *Giuseppina BUSTO, Annamaria CASCONI, Giuseppe COLANTUONI, Cristiano CREMONE, Concetta DELLO IOIO, Claudia FERRARA, Carolina FIORILLO, Maria LAMBERTI, Arturo LOSCO, Carmela MOCERINO, Antonio SPADINO, Antonio GRAVINA*

ore 10.35 **CARCINOMA MAMMELLA AVANZATO GENE C-ERB-B2 POSITIVO**
Michele ORDITURA
Discussant *Maria Rosaria ARGENZIO, Luigi CREMONE, Mario GIULIANO, Rossella LAURIA, Ombretta MARANO, Agata PISANO, Emanuela ROSSI, Rosa RUSSO, Gerardo SIANO, Vincenza TINESSA*

PRIMA SESSIONE Seconda Parte

Presidenti *Domenico BILANCIA, Antonio FEBBRARO*
Moderatori *Luigi MAIORINO, Giuseppe DI LORENZO, Umberto GRECO*

ore 11.15 **CARCINOMA RENALE AVANZATO - Nuove opzioni terapeutiche**
Giacomo CARTENI
Discussant *Luigi DE LUCIA, Geppino GENUA, Luigi LEO, Fortuna LOMBARDI, Gaetano PELLEGRINO, Livio PUGLIA, Annarita ROSCIGNO, Sarah SCAGLIARINI, Pio ZEPPA*

ore 11.55 **CARCINOMA PROSTATA AVANZATO**
Cambia l'algoritmo terapeutico nella fase avanzata? Aggiornamenti e nuove opportunità
Gaetano FACCHINI
Discussant *Davide BOSSO, Alessia CALEO, Attilio CUPO, Chiara DELLA PEPA, Salvatore DI GIROLAMO, Antonio D'ANTONIO, Antonietta FABBROCINI, Umberto GRECO, Pasquale INCORONATO, Laura PESCE, Gianluca RAGONE*

ore 12.35 **MELANOMA**
Paolo Antonio ASCIERTO
Discussant *Ermanno ALBANO, Carlo BALDI, Michele CALIFANO, Antonio D'APONTE, Domenico GERMANO, Antonio GRIMALDI, Giuseppe GRIMALDI, Roberto MABILIA, Maurizio MATARESE*

ore 13.15 **NET METASTATICO**
Nuovi target e nuovi farmaci nei tumori neuroendocrini
Francesca SPADA
Discussant *Enrico BARBATO, Chiara DE DIVITIIS, Maria DI LANNO, Roberto IOVIENO, Ferdinando RICCARDI, Eugenia RUSSO*

Pausa**SECONDA SESSIONE Prima Parte**Presidenti *Carminé SELLERI, Salvatore DEL PRETE, Alfonso Maria D'ARCO*Moderatori *Giovannella PALMIERI, Luigi LEOPALDI, Vincenzo PILONE*ore 14.30 **OVAIO****Aggiornamenti sul trattamento del carcinoma ovarico: lo stato dell'arte**

Sandro PIGNATA

Discussant

*Raffaele ADDEO, Carlo BALDI, Maddalena BIANCO, Claudia FERRARA, Nicola MILITE, Manuela MUSICÒ, Raffaele NETTUNO, Luisa PELLEGRINO, Antonietta SABIA*ore 15.10 **CARCINOMA COLONRETTO AVANZATO****Nuove evidenze e nuovi farmaci**

Luigi LEO

Discussant

*Linda ALVINO, Carlo DE SANGRO, Pietro MASULLO, Letizia ORTENSIO, Mario POLICHETTI, Candida STANZIONE, Ida CAPUANO, Anna DIANA***SECONDA SESSIONE Seconda Parte****FOCUS SU NUOVI ORIENTAMENTI TERAPEUTICI**Presidenti *Amelia FILIPPELLI, Davide DI GENNARO*Moderatori *Carla SABATELLA, Grazia LOMBARDI, Alessandro PUZZIELLO*ore 15.50 **EMESI - Aggiornamenti in materia**

Anna RISPOLI

ore 16.10 **DOLORE - Nuove frontiere della terapia del dolore**

Mario GUARIGLIA

ore 16.30 **FATTORI DI CRESCITA - Aggiornamenti in materia**

Mariella ALFIERI

Discussant

*Ermanno ALBANO, Luigi ALFANO, Antonio APICELLA, Geraldina CONSULMAGNO, Biagio DELLA ROCCA, Giovanna ELBERTI, Rosaria LOMBARDI, Matteo RISPOLI, Antonio APICELLA, Maurizio PINTORE*ore 17.50 **CONCLUSIONI***Clementina SAVASTANO • Ferdinando DE VITA*ore 18.00 **VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO****Razionale**

Nell'era della medicina di precisione il confronto e la condivisione multidisciplinare costituiscono la base della gestione del paziente oncologico.

Il Convegno, organizzato anche quest'anno nell'ambito dell'aggiornamento del GOIM Campania, focalizza l'attenzione sulle terapie delle neoplasie a più alta incidenza.

Lo scopo è quello di esaminare, divulgare e discutere con gli esperti del settore impegnati sia negli studi clinici che nella pratica quotidiana ambulatoriale le linee terapeutiche più innovative nell'ambito di una terapia medica personalizzata sia per quanto riguarda la chemioterapia che l'immunoterapia e la target Therapy considerando proprio l'applicabilità alla pratica clinica corrente.

Si discuterà pertanto del profilo biologico del paziente da cui non si può prescindere per l'individuazione della terapia ottimale, gli algoritmi terapeutici non solo dettati dalle normative vigenti ma anche le sequenze che possono dare la migliore overall Survival sfruttando tutte le linee terapeutiche.

Anche il Management delle tossicità con il riconoscimento precoce delle stesse, l'educazione del paziente e la collaborazione in un team multidisciplinare assicurano le migliori performance e la migliore quality of life che rappresenta sempre e comunque l'obiettivo di una corretta terapia.

Ancora il Convegno focalizzerà l'aspetto economico perché compito dell'oncologo è anche la scelta della migliore terapia ma con costi sostenibili.

*Indirizzo per corrispondenza:***Dott.ssa Clementina Savastano**e-mail: savastano.clementina@tiscali.it



IL SINDACATO DEI MEDICI

SEGRETERIA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DIFENDI IL TUO DIRITTO ALLA SALUTE, DIFENDI I MEDICI DELLA SANITA' PUBBLICA

Con questo slogan CIMO ha iniziato una raccolta di firme per una petizione affinché venga effettuato il rinnovo del contratto. Infatti, i medici della sanità pubblica sono da 10 anni senza rinnovo del contratto, intanto le condizioni di lavoro sono profondamente peggiorate e c'è chi vuole imporre ulteriori penalizzazioni normative a loro danno. Un comportamento discriminatorio e inaccettabile, che vuole umiliare e colpire chi sta dedicando la propria vita professionale nel difficile contesto della sanità pubblica e che finirà per colpire il diritto alle cure di tutti i cittadini. Firmando questa petizione CIMO chiede di appoggiare la class action che entrerà nel vivo in questi giorni affinché ai medici vengano riconosciuti i propri diritti, al pari degli altri dipendenti pubblici.

La negazione del rinnovo contrattuale sta di fatto rendendo la professione del medico negli ospedali impossibile e senza nessun incentivo, portandola progressivamente a condizioni economiche e normative penalizzanti, tanto da rendere molto più vantaggioso per un medico andare in pensione o lavorare nel privato o andare all'estero.

E' questo probabilmente il disegno oscuro della politica e dei grandi interessi del business della salute: ridurre ampiezza e livello delle prestazioni nel sistema sanitario pubblico per trasferirlo altrove. Ed è così che si avranno pazienti di serie A (nel privato e nelle Regioni più ricche) e pazienti di serie B, e forse anche C, a seconda delle loro disponibilità economiche (nel pubblico e nelle Regioni più in difficoltà). Colpire i medici è semplicemente il grimaldello per realizzare questo vergognoso disegno, per spostare sui privati molte attività e lasciar le mani libere alle Regioni per contratti di lavoro individuali pagati al ribasso.

Eppure, questa maltrattata sanità pubblica italiana non solo pratica davvero il principio costituzionale dell'universale diritto alle cure – ovvero che tutti, indipendentemente dal reddito, dalla residenza, dall'età e dalla regolarità come contribuenti, hanno diritto ad essere curati allo stesso livello, ovunque e con la stessa attenzione per gli interventi necessari – ma è anche statisticamente una delle migliori del mondo per risultati e qualità dei suoi medici. Medici che nel settore pubblico sono sempre di meno a causa della mancata programmazione di nuovi ingressi nelle rispettive aree di specializzazione clinica; Medici che in tutti questi anni si sono fatti carico di tamponare gli effetti devastanti di una lunga crisi economica mantenendo gli stessi livelli di assistenza nonostante gli infiniti tagli lineari ai finanziamenti che hanno drasticamente ridotto l'offerta sanitaria attraverso gli innumerevoli processi di accorpamento o di chiusura di attività; Medici – quelli che restano e resistono – che hanno svolto e continuano a coprire turni faticosi, rinunciando al riconoscimento di milioni di ore di servizio aggiuntivo svolte o a riposi lavorativi perché impossibilitati ad essere sostituiti.

Dunque il minimo sarebbe, dopo ben 10 anni senza rinnovo del contratto, dare il dovuto. Si parla di cifre quasi simboliche, ma è una questione di diritti e di dignità e, soprattutto, del futuro della salute di tutti. I medici del servizio pubblico non ce la fanno più e chiedono un segnale semplicemente su un loro diritto. Con questa petizione CIMO, il sindacato dei medici, chiede di avere forza per le iniziative avviate come la class action contro le Regioni (che in Italia amministrano la sanità) e l'ARAN (l'agenzia di governo per le contrattazioni nel pubblico impiego) ed il ricorso inviato alla Corte Europea dei diritti dell'uomo per la mancata applicazione della sentenza della Corte Costituzionale del 2015 per censurare i gravi ritardi della negoziazione contrattuale ed a garantire il diritto a un giusto contratto di lavoro.

Questa petizione è un dovere morale nei confronti di chi, in questi anni, si è fatto carico di "coprire" i vistosi buchi assistenziali creati dal progressivo sotto finanziamento del SSN, di chi ha donato alle aziende centinaia di migliaia di ore di lavoro eccedenti mai pagate, di chi è in credito di migliaia di giorni di ferie e di riposi non goduti, di chi continua a lavorare in condizioni di stress e disagio, di chi ha subito e continua a subire aggressioni nelle strutture sanitarie per disservizi organizzativi creati da altri, di chi è costretto ad assistere a campagne di discredito nei confronti di una professione ritenuta, da alcuni, come una sorta di bancomat cui attingere per altre esigenze di cassa.

Con La firma di questa petizione CIMO si aspetta lo spontaneo appoggio di tutti coloro che vogliono veder difesa la dignità del lavoro, presente e futuro, e che vogliono veder difeso il proprio diritto alla salute e alle cure necessarie a ciascuno nella sanità pubblica, in qualunque momento e per qualunque condizione sociale.

Vai su <https://cimocampania.it/articolo/368/firma-la-petizione-wwwchangeorg>

Bastano solo tre secondi per una firma, per fermare il rischio di veder scomparire il medico pubblico e la sua preparazione.

Fai circolare il più possibile l'iniziativa della cimo tra colleghi, amici e parenti!

CIMO chiede di essere aiutata a difendere il diritto di tutti alla salute in Italia!

Indirizzo per corrispondenza:

Antonio De Falco

e-mail: info@cimocampania.it

