

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XL * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 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 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 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, Domenico Serino, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

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 Agosto 2019



Associato alla Unione
Stampa Periodica Italiana

ISSN 1124 - 5301

SOMMARIO

Editoriale

IV

Roxanne Holly Padley

**Le peculiarità e le sfumature che caratterizzano la lingua italiana
nell'ottica straniera e che ne consentono un più facile apprendimento**

Pag. 17

Giuseppe Lauriello

La sonata a Kreutzer

Pag. 18

Giuseppe Battimelli

Il medico può praticare l'eutanasia?

Note a margine dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale

Pag. 20

Convegni

Giuseppe Di Lorenzo

PROSTATE CANCER MATCH POINT

Pag. 25

Salvatore Strazzullo, Giuseppe Airoma

CORSO DI FORMAZIONE IN ONCOLOGIA:

LA MEDICINA DI PRECISIONE E LA PRATICA CLINICA

Pag. 27

Giuseppe Grimaldi, Giuseppina Busto

**AGGIORNAMENTI IN ONCOLOGIA 2019: NSCLC, NEOPLASIE
GASTROINTESTINALI, GENITOURINARIE, MAMMARIE**

Pag. 30

Editoriale

Quest'anno la nostra Rivista festeggia il suo 40° compleanno. 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".

Le peculiarità e le sfumature che caratterizzano la lingua italiana nell'ottica straniera e che ne consentono un più facile apprendimento

Roxanne Holly Padley

Parole chiave: La lingua italiana, l'Accademia della Crusca.

Key Words: The Italian language, Accademia della Crusca.

RIASSUNTO

Gli stranieri ed in particolare gli inglesi che approcciano lo studio della lingua italiana possono trovarsi al cospetto di alcune singolarità che ne caratterizzano la struttura. Dall'analisi delle loro opinioni emergono alcune valutazioni che evidenziate possono contribuire ad un più facile e immediato apprendimento della "nuova" lingua.

SUMMARY

Foreigners and particularly English speakers who begin learning Italian for the first time can come up against some aspects which characterise the language itself. Through analysing their opinions and language learning experiences, their feedback provided is able to contribute to an easier and more direct way of the learning this "new" language.

INTRODUZIONE

Al di là di ogni povero nazionalismo, vuoi per studio, ragioni professionali o di vita, alcuni stranieri e di origine anglosassone possono trovarsi ad approcciare lo studio della lingua italiana. La diversità, anche in un'ottica linguistica, costituisce qualcosa di affascinante. Ogni individualità idiomatica rappresenta un universo parallelo nel quale addentrarsi.

Nonostante però la caratura della lingua italiana, ci possono essere alcune specificità tali da renderla "particolare". Per quanto infatti ogni lessico costituisca un'entità unica e quindi perfetta, alcune peculiarità potrebbero rendere ostico l'apprendimento di una nuova lingua; è interessante infatti riportare i feedback di alcuni inglesi che si trovano al cospetto della lingua italiana per la prima volta nella loro vita, andando ad analizzare alcune cose che, anche dalla loro analisi, rendono unica, nella sua difficoltà strutturale, la lingua italiana.

OBIETTIVI

Lo scopo è il porre l'accento su alcuni aspetti della lingua italiana che per quanto magari chiari per i nativi, potrebbero risultare meno evidenti per chi nativo non lo è, e nella speranza che il soffermarsi su questi passaggi possa contribuire ad un più facile apprendimento della lingua per tutti coloro i quali, stranieri, stiano intraprendendo lo studio dell'italiano.

ANALISI E VALUTAZIONI FINALI

Nello specifico, nella maggioranza delle lingue europee i quesiti vengono elaborati tramite la forma interrogativa; in italiano non sempre si verifica. L'inglese resta spiazzato da come gli italiani possano capirsi tra di loro interpretando il significato interrogativo di un'espressione per quanto non

CENTRO LINGUISTICO DI ATENEIO
DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

Ricevuto in Redazione il 17 giugno 2019

sia stata usata la forma interrogativa. Per capire infatti se una frase è un'affermazione o una domanda, gli italiani si soffermano ad ascoltare le ultime sillabe: se queste vengono pronunciate con un tono più alto rispetto al resto della frase l'interlocutore riesce a cogliere il senso interrogativo di una frase. Il segreto degli italiani risiede quindi nella tonalità.

L'altra cosa che sorprende gli inglesi è l'attribuzione del genere all'oggetto; in inglese il genere è invece neutro. Interessante in tal senso è il fatto che il latino (lingua dalla quale l'italiano deriva) possiede il genere neutro, mentre in italiano addirittura alcuni termini possono arrivare ad essere maschili al singolare e femminili al plurale.

Un'altra peculiarità intrigante della lingua italiana evidenziata rispetto all'inglese è la propensione alla vocalità. Quasi tutte le parole finiscono con una vocale; il suono di una consonante finale (come quando gli italiani attingono ad un vocabolario britannico) può risultare stonato, tanto da indurli anche lì ad accennare appena una vocale finale al termine inglese stesso (anche se non lo ammetteranno mai): "weekende".

Oltre a quello che può essere l'aspetto linguistico in senso stretto, degna di nota è la compattezza della distribuzione territoriale dell'italiano come lingua parlata. Mentre l'inglese (come anche lo spagnolo ma non solo) non viene parlato solo in Gran Bretagna ma è lingua ufficiale in decine di Stati sovrani (con almeno due standard ovvero quello britannico e quello americano), l'italiano resta localizzato sul suo territorio d'origine⁽¹⁾.

In Italia, inoltre, non esiste un ente specifico (e quindi una corrispettiva normativa) che si occupi della lingua italiana; di conseguenza non è possibile modificare ufficialmente quello che può essere lo standard linguistico inerente.

Certo è che l'Accademia della Crusca (che ha un potere consultivo e non normativo) costituisce la massima autorità per tutto ciò che concerne la lingua italiana dal XVI secolo; se si dovesse avere quindi un qualsivoglia dubbio e/o un quesito lessicale, fonetico o grammaticale, basterà pertanto rivolgersi a quest'antica accademia linguistica⁽²⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. La Rivista di Babel.: *La linguacciuta*. Apple Podcasts
2. Accademia della Crusca: *Compendio del Vocabolario Degli Accademici della Crusca*. Vol. 1 (Classic Reprint), 2018

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Roxanne Holly Padley
e-mail: roxanne.padley@gmail.com

Storia della Medicina

La sonata a Kreutzer

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

Parole chiave: Gelosia, Tolstoi, Kreutzer sonata.

Key Words: Jalousie, Tolstoi, Kreutzer sonata.

Ricevuto in Redazione il 26 giugno 2019

RIASSUNTO

L'Autore descrive il dramma della gelosia attraverso una novella di Tolstoi.

SUMMARY

The A. describes the drama of jealousy through a novel of Tolstoi.

La gelosia è un sentimento umano universale, caratterizzato da uno stato di ansia tormentosa che affligge colui che teme o dubita che il soggetto amato possa amare un'altra persona. E' uno stato d'animo che è proprio della natura dell'uomo, in quanto esprime la misura del legame che avvince il rapporto amoroso, ma che può diventare patologico nel momento in cui la convinzione di infedeltà del partner assume una connotazione assurda e ingiustificata. E' il caso delle personalità paranoiche, in cui tale sentimento può presentare aspetti deliranti: il cosiddetto delirio di gelosia. Il paranoico costruisce con apparente ragionevolezza e coerenza le motivazioni della propria gelosia, basandole però su postulati falsi, che comunque vive con ferrea convinzione. Da ciò l'innescò di uno stato di risentimento e di odio contro il presunto rivale e contro l'essere amato, corroborato dalla ricerca minuziosa delle prove del tradimento: indizi, fatti e ricordi del tutto infondati, ma avallati e rafforzati da false e stravaganti interpretazioni in cui il soggetto crede con incrollabile certezza: gelosia ossessiva. La gelosia patologica logora e distrugge un rapporto affettivo, anche perché diviene pericolosa, e, alimentando e potenziando sentimenti di rabbia e frustrazione, può sfociare in atti aggressivi e criminali, fino a configurare la cosiddetta sindrome di Otello.

La letteratura si è impossessata spesso della gelosia ossessiva ed è proprio la vicenda di Otello paradigma arcinoto. Ma possiamo citare la gelosia presente ne "L'insostenibile leggerezza dell'essere" di Kundera, la gelosia che si insinua nella "Ricerca del tempo perduto" di Proust, che serpeggia ed esplode in opere liriche come la Tosca di Puccini, Lucia di Lammermoor di Donizetti, Cavalleria Rusticana di Mascagni. I casi sono numerosi.

Un'interpretazione singolare e accattivante del delirio di gelosia, nato in un turbinio di sensi e di passione, è certamente *La sonata a Kreutzer* di Tolstoi, un romanzo psicologico ad impronta verista, che ben descrive il nascere, il tumultuoso svolgersi e il tragico epilogo di tale ossessione.

Racconta di un treno in cui alcuni passeggeri discutono di matrimonio e di divorzio, sostenendone gli aspetti favorevoli e di svantaggio. Vasja Pozdnysev, il protagonista del romanzo, rimasto solo con uno sconosciuto, gli rivolge la parola e, riallacciandosi al precedente dibattito, asserisce che un matrimonio realizzato sotto l'impulso dei sensi è effimero e fallace. A sostegno dell'assunto racconta la sua esperienza personale. Sposatosi con una giovane donna, sedotto dalla sua avvenenza, si accorge dopo un certo tempo che l'attrazione fisica si è spenta; si è insinuata lentamente nella vita di coppia la quotidianità, l'indifferenza, il tedio, tanto da riconoscersi appena come partners di un rapporto coniugale. Intanto un violinista casualmente presentato alla moglie, avida di provare nuove sensazioni, la intrattiene spesso accompagnandola al piano col violino. Nasce nel protagonista il sospetto che tra loro possa essersi intessuta una relazione, sospetto che si accentua una sera, sconvolgendogli la vita, durante l'esecuzione di una *Sonata a Kreutzer* di Beethoven, sonata che gli sembra aver contribuito a stringere maggiormente l'amicizia tra i due. Sapendo però che il violinista dovrà andar via, smettendo così quella frequentazione diventatagli odiosa, e costretto a partire, Vanja lascia sola la moglie a casa. Ma nel corso del viaggio riemerge prepotente il dubbio del tradimento, che lo costringe a tornare sui suoi passi per ripresentarsi in famiglia all'improvviso. E a casa purtroppo trova la moglie e il violinista che cenano assieme. Preso da un *raptus* di incontrollata violenza, la pugnala, mentre l'amante fugge.



L'uxoricidio gli costerà alcuni mesi di prigione, ma infine sarà assolto, perché delitto d'onore.

Il romanzo, scritto quale "invito spregiudicato a riflettere sulla morale, le grandi passioni e i loro effetti", vuole essere una fredda analisi dello sgretolamento di un rapporto coniugale nato senza amore, ma solo per soddisfare un incontenibile istinto carnale. Il matrimonio, secondo Tolstoj, una volta esauritasi la sensualità che lo regge, sarà fatalmente portato a degenerare nella freddezza e nell'indifferenza, a tramutarsi in un'intima e subdola ostilità ed infine a concludersi in una gelosia immotivata sempre più impetuosa e travolgente, capace di condurre al delitto.

Non a caso la *Sonata a Kreutzer* è introdotta come pronuba della più che una simpatia maturatasi tra i due presunti amanti. La composizione fu scritta da Beethoven nel 1863 e dedicata al suo amico violinista Rodolfo Kreutzer. E' un testo per violino e pianoforte, noto per l'impetuoso virtuosismo musicale, estremamente appassionato e stregante, dove nessuno dei due esecutori è accompagnatore, ma am-

bedue tentano di superarsi in abilità tecnica. Scrive Marcello Muccioli: "Forse da questo scatenamento armonioso di due energie che s'inseguono, si ricercano, si emulano deriva quell'alone un tantino demoniaco che l'opera ha consegnato alla leggenda". Ed è proprio questo gareggiare in abilità esecutiva, unito alla conseguente intensità espressiva sui volti dei due interpreti ad accentuare in Pozdnysev i morsi della gelosia.

Il tema sollevato dall'Autore si ripropone oggi nella sua più drammatica lucidità. Le numerose violenze subite dalle donne negli ultimi anni lo hanno fatto diventare estremamente attuale. La gelosia, che trasforma l'amore in odio, in un sentimento contaminato, è di certo la motivazione più frequente di tale delitto, di cui Tolstoj, con una raffinata sequenza di eventi, ci offre un realistico esempio, ma in realtà i fattori che conducono a questo gesto di estrema tragicità sono molteplici e di variegato movente. Ciò non toglie che leggere questo breve romanzo dello scrittore russo potrebbe essere per un medico come gustare una splendida pagina di clinica forense.

BIBLIOGRAFIA

1. L. TOLSTOJ: *Sonata a Kreutzer*; Feltrinelli 2014
2. *Sonata a Kreutzer* di L. van Beethoven, You tube

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giuseppelauriello@libero.it

Bioetica

Il medico può praticare l'eutanasia?

Note a margine dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale

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: Eutanasia, suicidio medicalmente assistito, omicidio del consenziente, codice deontologico dei medici, scopi e natura della medicina.

Ricevuto in Redazione il 30 giugno 2019

Key Words: Euthanasia, medically assisted suicide, consenting murder, code of ethics of doctors, purposes and nature of medicine.

RIASSUNTO

L'Autore riflette sull'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207 del 23 ottobre 2018 in merito al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che contempla il reato di istigazione o aiuto al suicidio, sollevato dalla Corte di Assise di Milano in seguito alla vicenda di un grave disabile che fu aiutato a recarsi in Svizzera affinché potesse realizzare la sua volontà suicidaria. Il pronunciamento presenta molteplici e complesse questioni relative al fine vita, soprattutto se prefigura l'introduzione nella legislazione di una pratica eutanasi ad opera del medico. E ciò secondo l'A. creerebbe un grave e drammatico vulnus nell'esercizio della professione del medico, poiché, oltre alle norme previste dal codice deontologico, il fine e la natura della medicina è indubbiamente promuovere la vita, curare e ristabilire la salute, alleviare il dolore e la sofferenza, assicurare la più alta qualità della vita quando non si può più guarire, prevenire e combattere le malattie e la morte e pertanto la rendono inconciliabile con qualsiasi intervento eutanasi.

SUMMARY

The Author reflects on the order of the Constitutional Court n. 207 of October 23, 2018 regarding the judgment of constitutional legitimacy of the art. 580 of the Penal Code, which contemplates the crime of instigation or aid to suicide, raised by the Court of Assizes of Milan following the affair of a serious disabled person who was helped to go to Switzerland so that he could realize his suicidal will. The pronouncement presents various and complex questions relating to the end of life, especially if it prefigures the introduction in the legislation of an euthanasia practice by the doctor. According to the A. this would create a serious and dramatic vulnus in the exercise of the profession of the doctor; since, in addition to the rules provided by the code of ethics, the purpose and nature of medicine is undoubtedly to promote life, cure and restore health, alleviate pain and suffering, to ensure the highest quality of life when it is no longer possible to heal, prevent and fight disease and death and therefore make it incompatible with any euthanasia intervention.

INTRODUZIONE

L'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207 del 23 ottobre 2018 in merito al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che contempla il reato di istigazione o aiuto al suicidio, promosso dalla Corte di Assise di Milano in seguito al procedimento penale a carico di Marco Cappato, esponente dei radicali e dell'Associazione "Luca Coscioni", incriminato per aver aiutato Fabiano Antoniani (Dj Fabo) a recarsi in Svizzera affinché quest'ultimo potesse realizzare la sua volontà suicidaria, presenta molteplici e complesse questioni relative al fine vita.

Come si ricorderà la Corte rimettente, dopo avere già stabilito che da parte dell'imputato non c'era stato nessun contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito al suicidio dell'ammalato, ha lasciato in effetti aperto il caso inviando gli atti alla Consulta e sollevando eccezione di illegittimità costituzionale riguardo all'art. 580 c.p. «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione»¹ (per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13 comma 1 e 117 della Costituzione e in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea Diritti dell'Uomo), e altra eccezione nella parte in cui il suddetto articolo prevede che anche le sole condotte di agevolazione all'esecuzione del suicidio siano sanzionabili con la stessa pena della reclusione da 5 a 12 anni, senza cioè prevedere alcuna distinzione rispetto alle condotte di istigazione, ciò in contrasto con gli artt. 3, 13 comma 2, 25 comma 3 Costituzione.

La Corte Costituzionale a sua volta ha deciso con la sunnominata ordinanza di rinviare il giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. alla data fissa del 24 settembre 2019, investendo per questo il Parlamento, affinché approvi nel frattempo una legge «che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela».²

La presente riflessione vuole quindi approfondire l'articolato ed importante testo dell'ordinanza della Consulta e se e in

1 Corte d'Assise di Milano - ordinanza del 14 febbraio 2018 - causa penale a carico di Marco Cappato

2 Corte Costituzionale - ordinanza n.207/2018 23 ottobre 2018 - Deposito del 16/11/2018; pubblicazione in G. U. 21/11/2018 n. 46

qual modo il Legislatore possa intervenire o meglio reintervenire dopo l'approvazione della legge 219/2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), secondo le indicazioni prospettate dai giudici costituzionali, tenendo conto nell'esercizio della professione del medico della natura e degli scopi della medicina e il suo statuto epistemologico, come da antica tradizione e come tra l'altro statuiti e codificati dal codice deontologico.

Aiuto al suicidio o eutanasia?

Si può dire che l'ordinanza n. 207 nella prima parte ripercorre la dolorosissima vicenda del paziente Fabiano Antoniani (che a causa di un incidente stradale era un gravissimo disabile tetraplegico, ma lucido e determinato, affetto da cecità permanente, non completamente autonomo nella respirazione e in altre funzioni vitali, con grandi sofferenze fisiche e psicologiche e che aveva praticato ogni sorta di terapia convenzionale e non senza risultato e quindi aveva deciso di morire); mentre nella seconda parte viene approfondita la questione giurisprudenziale e legislativa.

Sembra importante evidenziare, per le considerazioni che faremo in appresso, che viene ricordato nell'ordinanza che a fronte della volontà del paziente di porre fine alla sua esistenza, attraverso il suicidio assistito (poi avvenuto il 27 febbraio 2017), ci furono diversi tentativi, anche una volta già arrivato in Svizzera, «della madre e della fidanzata di dissuaderlo dal suo proposito», ed anche che Marco Cappato «gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale».

La prima considerazione da fare è se il suicidio è un valore o un disvalore.

Certamente la legislazione vigente reputa il suicidio *"un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo ritenuti preminenti nella visione del regime fascista"*, così inteso nella visione del codice Rocco degli anni '30 del secolo scorso, epoca in cui si fa risalire la formulazione dell'art. 580, e quindi tale articolo, ritengono i giudici di Milano, dovrebbe essere riletto alla luce del *"principio personalistico"*, al quale si ispira la Costituzione repubblicana ed enunciato dagli artt. 2 e 13, laddove prevalgono la libertà individuale contro ogni interesse statale e il diritto all'autodeterminazione, anche nelle decisioni di fine vita (d'altronde viene ammesso dai giudici costituzionali che tale diritto *"è stato, ampiamente valorizzato prima dalla giurisprudenza e poi dal legislatore, con la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"*).

Se ciò è vero, possiamo nondimeno rilevare che mentre allora s'intendevano le lesioni contro l'integrità fisica e la vita (vedi per esempio anche l'interruzione volontaria di gravidanza) reati contro la "stirpe", oggi certamente si dovrebbero intendere come reati contro la persona, rimanendo intatti nella loro significazione i principi della sacralità e della indisponibilità della vita (tra l'altro a nostro parere, principi laicamente condivisibili).

Altro elemento significativo da sottolineare è che l'art. 580 c.p. riguarda indistintamente *"chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito con la reclusione da cinque a dodici anni"*, mentre la Consulta è stata chiamata a giudicare in modo specifico, un caso particolare e cioè che l'agevolazione al suicidio riguardi: a) una persona che versi in uno stato di malattia irreversibile, b) che questa malattia produca gravi sofferenze, c) che la persona avrebbe potuto darsi la morte rifiutando i trattamenti sanitari ma che alternativamente chiede l'eutanasia, d) che l'aiuto da parte di qualcuno sia strumentale al suicidio.

È interessante notare come la Consulta ritenga che non possa essere condivisa la tesi dei giudici della Corte d'Assise di una abrogazione del reato di aiuto al suicidio (lasciando la punibilità per la sola istigazione) perché se è vero che l'ordinamento non punisce il suicidio (né il tentato suicidio) il legislatore penale ha protetto in ogni caso la persona che ha intento suicidario dall'intervento agevolatorio di terzi (che sono puniti severamente con la reclusione da cinque a dodici anni).

Ed è altrettanto importante il richiamo dei giudici costituzionali al fatto che l'art. 580 ha una ratio funzionale a preservare il bene vita giacché, scrivono nella ordinanza, *"il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto"*.

Pertanto è da ritenere che non facendo riferimento in modo esclusivo all'autodeterminazione individuale che si possano consentire opzioni suicidarie, ma bisogna tenere conto, è scritto ancora nell'ordinanza della Consulta, delle *"condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost. [...]) Quindi l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione"*.

Così precisato i giudici ritengono però che le situazioni in esame (come quella del Dj Fabo), *"inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta"*, sono il risultato e l'espressione *"degli sviluppi della scienza medica e della tecnologia spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali"*.

I giudici quindi partono da una premessa fondamentale: l'aiuto al suicidio dovrebbe rientrare tra le opzioni possibili dell'ammalato, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona ed in base al secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, in alternativa all'interruzione dei mezzi vitali e il contestuale ricorso alla sedazione palliativa profonda (come consentito dalla recente legge 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, comma 5).

A tal fine, possiamo osservare che certamente la concezione personale della dignità della vita e dei suoi valori devono essere in ciascuno rispettate, e quindi il richiamo al secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, ma è altrettanto incontrovertibile che

il sottrarsi ad un determinato trattamento sanitario, che presuppone l'autodeterminazione del soggetto, è cosa diversa rispetto alla partecipazione di terzi, in qualsiasi modo prodotta, all'intento suicidario del paziente.

Il "diritto a morire", meglio inteso come "la libertà di morire" è già recepita nel nostro ordinamento come il "diritto di lasciarsi morire", con il rifiuto o l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, ma come riconosce la Consulta *"la legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte"*.

Affermato ciò, i giudici costituzionali entrano nel merito del punctum dolens del problema: *"in tal modo, si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care"*.

La preoccupazione quindi sarebbe la ricerca, nei casi estremi e particolari di cui è paradigmatico quello del dj Fabo, di una morte rapida, che solo la somministrazione di un farmaco letale può conseguire, realizzando in ciò una modalità più corrispondente alla personale dignità del morire del paziente ed emotivamente meno penosa per i familiari.

Il ragionamento dei giudici è che se con la legge 219/2017 è permesso sottrarsi alle terapie anche salvavita non si vede allora perché il paziente non possa richiedere l'aiuto di altri per porre fine alla sua vita *"quale alternativa reputata maggiormente dignitosa"*.

Sembrerebbe che venga così equiparata la sospensione o il rifiuto alle terapie a una sorta di eutanasia passiva, come nelle classificazioni di bioetica, (e quindi ritenuta sullo stesso piano dell'eutanasia attiva), ma impropriamente poiché la maggiori società scientifiche (Società Europea Cure Palliative³, Società Europea Cure Intensive, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)⁴ ecc.) ritengono che deve intendersi per eutanasia solamente l'intervento diretto ed attivo con farmaci per portare a morte il paziente su sua richiesta, essendo stato bandito il concetto di eutanasia passiva.⁵

Tra l'altro la rinuncia o l'interruzione ad ogni trattamento non è da intendersi implicitamente o manifestatamente come accettazione e legittimazione di qualsivoglia pratica eutanassica, quando quei trattamenti risultino sproporzionati/straordinari e/o clinicamente inappropriati e la prognosi a breve termine è sicuramente infausta.

Dal punto di vista giuridico per la persona competente, cioè consapevole e cosciente, non vi è dubbio sulla legittimità e liceità del rifiuto/rinuncia delle cure (naturalmente è diversa la prospettiva se la problematica si affronta dal punto di vista etico, in quanto terapie proporzionate ed ordinarie sono moralmente da accettare, anche se il diritto mi consente di rifiutarle).

I giudici costituzionali ritengono invece che *"il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze"*.

Con tale affermazione i giudici evidenziano alcune questioni, che possiamo così definire: a) che la libertà all'autodeterminazione del paziente è pienamente esercitata se è contemplato non il suicidio in senso lato (come è evidente ciascuno può decidere di porre fine "manu propria" alla sua vita in qualsiasi modo e per questo non è penalmente perseguibile) ma l'aiuto al suicidio nelle situazioni e condizioni prima delineate, cioè "manu alius", e siccome ciò deve avvenire tramite un farmaco, segnatamente da parte del medico; b) che il suicidio assistito rientrerebbe tra le opzioni "terapeutiche" che il paziente potrebbe scegliere *"comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze"*; c) che la somministrazione di un farmaco letale sarebbe quindi da annoverare tra le "terapie", oltre alla palliazione e alla sedazione terminale (che, bisogna dire, nulla hanno a che vedere con l'eutanasia), quando si vuole terminare la propria vita in modo rapido.

Il permanere di questo divieto (all'aiuto al suicidio) imporrebbe *"in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita"* dicono i giudici, e ciò in contrasto con gli art. 2, 13 e 32 comma 2 della Costituzione e *"con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.)"*.

Il principio dell'indisponibilità della vita da assoluto diviene nel nostro ordinamento così derogabile quando si voglia l'intervento di terzi per una pratica eutanassica e non solo quando si rifiutino i trattamenti salvavita.

Se è da ammettere che per il paziente competente, che abbia un intento eutanassico, (quindi per giudicarlo tale siamo nel campo delle intenzioni, ambito sempre arduo da penetrare) vi è la possibilità, nell'affermazione della sua autodeterminazione, di una disponibilità della vita stessa, attraverso magari una surrettizia forma di suicidio assistito, quando il pz. decide di interrompere per esempio trattamenti di sostegno vitale o l'alimentazione e l'idratazione artificiale *senza giustificazione alcuna* e chiedendo al medico contemporaneamente di essere sedato, è pur vero che ci sono casi dove pur non prevalendo una determinazione a morire, il paziente avverta un profondo disagio fisico-psicologico-morale nel continuare a sopportare i mezzi utilizzati da giustificare la loro interruzione e la morte che ne consegue è il naturale evolversi della malattia e quindi il rifiuto/rinuncia alle terapie è un arrendersi alla malattia che fa il suo corso fino alla morte; diversamente la collaborazione e l'intervento attivo di terzi (il medico), anticipa l'esito fatale che così viene procurato.

Ora la Consulta chiede al Parlamento, nell'ambito della sua discrezionalità politica, un bilanciamento tra beni costituzionalmente rilevanti, ugualmente da tutelare: l'inviolabile diritto all'esercizio della libertà personale (artt. 13 e 32) e la dignità personale (art. 29) e la tutela della vita umana.

Come allora il Legislatore potrebbe intervenire? Importante l'indicazione dei giudici costituzionali: non attraverso una modifica

3 Rivista italiana Cure Palliative (RiCP), volume 6, n. 1/2004 www.sicp.it

4 Recenti Prog Med 2016; 107: 127-139

5 SIAARTI, audizione Camera dei Deputati, 3 aprile 2019, <https://webtv.camera.it/evento/14143>

dell'art. 580 c.p. ma con l'introduzione nella legge n. 219/2017 della possibilità da parte del medico attraverso un farmaco di determinare la morte rapida del paziente *“in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima”*.

E a questa sollecitazione si aggiunge l'altra decisiva sottolineatura che si rinvia il giudizio in corso (dell'illegittimità dell'art. 580 c. p. nel procedimento penale a carico di Marco Cappato) perché trattasi di materia di *“un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi”* perché scrivono ancora nell'ordinanza *“qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo ex ante sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti”*.

Possiamo allora commentare l'ordinanza e desumere: 1) che l'aiuto al suicidio debba essere praticato solo e soltanto dal medico e con un mezzo specifico (il farmaco), e non da chiunque altro; 2) che tale agevolazione debba intervenire nei confronti di un paziente competente affetto da malattia incurabile che determina gravi sofferenze e sia tenuto in vita da apparecchiature di sostegno vitale; 3) che il paziente abbia già sperimentato le cure palliative e la terapia del dolore; 4) che egli abbia deciso per l'eutanasia in alternativa alla rinuncia a trattamenti salvavita e alla sedazione terminale.

Pertanto potremmo dire che la norma incriminatrice dell'art. 580 c.p., aiuto al suicidio (oltre naturalmente l'istigazione), possa rimanere in tutti gli altri casi e per chiunque, mentre verrebbe prevista l'eutanasia volontaria praticata dal medico che sarebbe così lecita e legale.

E se ciò come innanzi detto si determinasse, riteniamo che anche altri articoli del codice penale dovrebbero essere rivisti o quantomeno reinterpretati (per esempio l'art. 40 c.p.; l'art. 54 c.p.; l'art. 593 c.p. per citarne solo alcuni),⁶ giacché l'indisponibilità della vita umana sarebbe derogabile in alcuni casi particolari, venendo meno l'orientamento al favor curae e al favor vitae della legge costituzionale ed ordinaria.

Se ci rifacciamo alla terminologia scientifica internazionale di eutanasia⁷ (*“l'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa”*) ed aggiungiamo noi, che sia affetta da una patologia, perché diversamente si tratterebbe di omicidio del consenziente) rispetto a quella di suicidio medicalmente assistito⁸ (*“l'azione di aiutare intenzionalmente, da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa”*) è evidente rilevare la notevole differenza nelle due fattispecie dell'azione del medico nel determinare la morte del paziente.

Come è parimenti chiara la distinzione tra suicidio medicalmente assistito (presenza e intervento del medico) e aiuto o agevolazione al suicidio (da parte di chiunque).

CONCLUSIONI

La richiesta di eutanasia nasce dal rifiuto di continuare a vivere in condizioni di precarietà e grave sofferenza (talvolta associata ad un giudizio sul valore della propria vita non ritenuta più degna) quando non esiste la possibilità di guarigione o di miglioramento clinico e si vuole giustificata o compensata da circostanze e/o conseguenze eccezionali e particolari (e tale volontà viene espressa sovente anche in epoche non coincidenti con le fasi terminali della vita). Tale richiesta di aiuto a morire in modo rapido tramite un farmaco somministrato dal medico dovrebbe essere soddisfatta introducendo questa possibilità nella legge 219/2017.

In sintesi è questo l'orientamento della Corte Costituzionale, che demanda al Parlamento di regolare la materia rispetto alle esigenze prospettate, in un bilanciamento di beni costituzionalmente tutelati.

Come detto in precedenza, però è evidente che l'azione di collaborazione e d'intervento viene richiesta solo e soltanto al medico; ed allora è da chiedersi, se il medico possa praticare l'eutanasia.

Può rientrare l'eutanasia, come chiedono i giudici costituzionali, tra i doveri professionali e deontologici del medico, tra le sue opzioni “terapeutiche”, praticabili e possibili nell'alleanza e nella “relazione di cura e di fiducia” medico-paziente?

Il medico che pratica l'eutanasia non sarebbe in conflitto «morale» con se stesso perché la grave sofferenza del paziente viene eliminata a scapito del bene vita?

È noto che il Codice deontologico dei medici all'art. 17 vieta al medico di compiere atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente, ma si afferma che in caso di introduzione legislativa riguardante l'eutanasia, esso debba essere modificato (e secondo noi non solo l'art. 17 ma l'intero codice deontologico andrebbe riscritto) per adeguarsi alla nuova normativa (così come avvenuto come quando fu introdotta la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza), poiché deve sottostare alla legislazione ordinaria, non rappresentando una fonte primaria di diritto ma ha solo carattere extra-giuridico.

Sulla specifica questione, osserviamo che è vero che l'art. 43 del codice deontologico concerne l'interruzione volontaria di

6 L'articolo 40 c.p., ad esempio, stabilisce che “non impedire un evento, che si ha l'obbligo di impedire, equivale a cagionarlo”; l'articolo 54 c.p. stabilisce inoltre che “non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona”; l'art. 593 riguarda l'omissione di soccorso

7 Associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC) in RiCP volume 6, n. 1/2004 www.sicp.it

8 ibidem

gravidenza ma è noto che nello stesso articolo si parla espressamente anche dell'obiezione di coscienza da esercitarsi da parte del sanitario, del resto come già prevista nella stessa legge 194/78 all'art. 9.

Ciò a dire che se anche si pervenisse ad una legislazione proeutanasica sarebbe impensabile non prevedere da parte del Legislatore la possibilità dell'obiezione di coscienza (cosa non prevista invece nella legge 219/2017) del *"personale sanitario coinvolto nella procedura"* (quindi riguardante non solo il medico ma tutti gli operatori sanitari), come indicata del resto dai giudici della Corte costituzionale nella ordinanza, consapevoli che trattasi di materia altamente sensibile e delicata.

È da ritenere che così come il medico come sancito dal diritto (vedi le numerose sentenze sul consenso informato), dalla legge (219/2017) e dal Codice deontologico (Art. 35) non può obbligare la persona competente ad alcun trattamento sanitario contro la sua volontà, viceversa il paziente non può costringere il medico contro la volontà e la coscienza di quest'ultimo a praticare un trattamento attivo finalizzato a provocare la morte; né l'attività del medico è da considerarsi una mera prestazione tecnica ma un intervento complesso di notevole valenza scientifica-umana ed etica.

Allo stesso tempo il medico, nell'alleanza di cura *"non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita"* (art. 39 Codice deontologico).

Già l'art. 5 della Legge n. 219/2017 prevede *"la pianificazione condivisa delle cure"*, che segna senza dubbio una novità in campo legislativo e che può rendere dal punto di vista clinico-procedurale nell'aspettativa del paziente, ma anche etico e deontologico nella prospettiva del medico, meno controverse e contraddittorie delicate questioni nell'evolversi delle gravi patologie e del fine vita, a tutela dell'ammalato contro cure sproporzionate in eccesso (accanimento) o in difetto (abbandono), ma certamente la pratica eutanasica non può rientrare in tale modalità di cure programmate e condivise nella relazione medico-paziente.

Se certamente è vero che la medicina è anche influenzata dalla cultura dominante e da alcuni obiettivi che la società esprime in quella particolare fase storica, in ogni caso essa non può prescindere e disconoscere la sua natura intrinseca.

È indiscutibile che, per esempio, l'attività medica nella sua evoluzione storica e sociale è legittimata dall'imprescindibile consenso informato del paziente e dalla fondamentale opera di comunicazione e di verità nel rapporto medico-paziente, nel rispetto dell'autonomia del paziente, ma si deve riconoscere che ciò non è avvenuto a scapito della fedeltà alle finalità e ai valori che gli sono propri, tra cui quello che proscrive qualsiasi pratica eutanasica.

Sovente a sostegno della legalizzazione dell'eutanasia viene invocato *"il diritto ad una morte dignitosa"*, ma riteniamo che tale diritto deve essere assicurato a tutti (e tra l'altro è uno degli scopi della medicina) ma che al contrario esso non può avvenire tramite pratiche eutanasiche, che rappresentano delle scorciatoie rispetto a pratiche di sostegno e di accompagnamento dell'ammalato terminale, grazie anche all'implementazione delle cure palliative e della terapia del dolore (vedi l'ottima legge N. 38 del 2010 sulla terapia del dolore e le cure palliative).

Il fine della medicina è indubbiamente promuovere la vita, curare e ristabilire la salute, alleviare il dolore e la sofferenza, assicurare la più alta qualità della vita quando non si può più guarire, prevenire e combattere le malattie e la morte, e pertanto la prassi medica e l'integrità morale del medico rendono inconciliabile l'arte medica con l'eutanasia.

Tra l'altro illustri bioeticisti e filosofi (Daniel Callahan, Leon Kass, Hans Jonas, ecc.) sono convinti della assoluta incompatibilità tra gli scopi della professione medica e l'uccidere: chi esercita la difficile arte medica, non può scegliere di far vivere o far morire, non ha, se medico, alternative: l'unica opzione che il medico può esercitare è, sempre e comunque, per la vita e a favore della vita, perché è la sua professione che lo obbliga e quindi non può mettere in atto azioni finalizzate ad una intenzionale anticipazione della fine della vita.

È indubitabile quindi che l'introduzione dell'eutanasia nella legislazione italiana creerebbe un grave e drammatico vulnus nell'arte medica e nell'esercizio della professione del medico.

BIBLIOGRAFIA

1. EUSEBI L.: *Regole di fine vita e poteri dello Stato: sulla ordinanza N. 207/2018 della Corte Costituzionale*. redazione@penalecontemporaneo.it 2010-2019 Diritto Penale Contemporaneo
2. CANESTRARI S.: *I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio*. redazione@penalecontemporaneo.it 2010-2019 Diritto Penale Contemporaneo
3. Comitato Nazionale per la Bioetica: *Scopi e limiti della medicina*. 14 dicembre 2001
4. FIORI A., MARCHETTI D.: *Medicina legale e della responsabilità medica*. Nuovi profili, Volume 3, Editore Giuffrè, 2018
5. CALLAHAN D.: *The goals of medicine, setting new priorities*, Nov. Decem. 1996, in Hastings Center Report.
6. KAS L.: *Neither for Love Nor Money: Why Doctors Must Not Kill*. Public Interest, Winter 1989.
7. JONAS H.: *The Right to Die*. Hastings Center Report, 1978, 8. n. 4
8. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica, Volume I, Fondamenti ed Etica Biomedica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, pag. 274
9. Aggiornamenti Sociali. Gruppo di studio sulla bioetica: *Il senso della medicina*. Fascicolo: novembre 2013
10. Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI): *Audizione Camera dei Deputati*, 3 aprile 2019, <https://webtv.camera.it/evento/14143>

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

*Convegni***PROSTATE CANCER MATCH POINT****I punti segnati e quelli irrisolti****I Edizione****Napoli – 11/12 OTTOBRE 2019****Hotel Palazzo Caracciolo**Responsabile Scientifico: **Prof. Giuseppe Di Lorenzo****11 Ottobre 2019****PROGRAMMA:**

ore 13.00 Welcome Lunch
ore 13.50 Apertura dei lavori

Moderatori: **Giuseppe Di Lorenzo - Sabino De Placido**

ore 14.30 Hormonal therapy in metastatic prostate cancer
Karim Fizazi
ore 15.00 Is there any role for chemotherapy in prostate cancer anymore?
Christopher Sweeney
ore 15.30 Domande e Discussione

Moderatore: **Giuseppe Di Lorenzo**

ore 16.00 Hot topics nel tumore della prostata metastatico
ore 16.30 Tavola rotonda: Il paziente oligometastatico
Gaetano Facchini, Vincenzo Mirone, Nicola Longo, Roberto Pacelli, Edorado Francini
Discussione collegiale e domande dall'audience
ore 17.00 Tavola rotonda: Il paziente anziano
Paolo Tralongo, Franco Nolè, Ciro Imbimbo, Giacomo Carteni
Discussione collegiale e domande dall'audience
ore 17.50 Coffee Break

Moderatori: **Anna La Rosa**

ore 18.20 Medico e paziente: rapporto o legame?
Caterina Condello, Giuseppe Di Lorenzo, Aldo Masullo, Catello Maresca, Francesco De Lorenzo
ore 18.40 Una nuova Sanità tra Rete Oncologica, Eccellenza ed Innovazione
Saluto dei politici
ore 19.00 Conclusione dei lavori

12 Ottobre 2019

Programma:

ore 8:15 Registrazione partecipanti

Moderatori: **Christopher Sweeney - Carlo Buonerba**ore 8.45 Tavola rotonda: ASCO 2019 Quali novità nella malattia ormono-sensibile
Antonella Mecozzi, Michele Klein, Donatello Gasparro, Roberto SanseverinoRelazioni frontali brevi
Discussione e domande dall'audienceModeratori: **Carlo Buonerba - Olga Venditti**ore 10.15 Management della terapia ormonale? Danno osseo, rischio fratture ma non solo
Alfonso Oriente
Casi clinici con televoto – 2 casi clinici con valenza didattica per ogni relatore sul tumore della prostata metastaticoModeratori: **Capuano Fabrizio - Luigi D'Angelo**

ore 11.15 Impara dal paziente: domande e risposte con i pazienti

ore 12:20 ECM questionario

ore 12:40 Chiusura dei lavori

Razionale

Le nuove terapie e gli strumenti diagnostici innovativi disponibili nell'ambito del tumore della prostata espandono considerevolmente le possibilità di cura e di diagnosi per i pazienti affetti da questa patologia, rappresentando così una sfida stimolante e complessa per il medico che la affronta. I rapidi avanzamenti nell'ambito della ricerca clinica possono essere messi a frutto attraverso il costante confronto tra specialità, specializzazioni e specialisti, sì da integrarle con prospettive ed esperienze eterogenee.

Ed è proprio questa la chiave di lettura del Prostate Cancer Match Point, che è concepito per valorizzare nella massima misura l'interazione tra colleghi di branche diverse in modo che possano attingere proficuamente dai differenti background clinici e scientifici.

In tale ottica, il *Corso* si dipana attraverso una serie di tavole rotonde su argomenti selezionati dai Responsabili scientifici, preceduti dalle lezioni magistrali di due esperti di chiara fama internazionale in modo da fornire ai partecipanti un quadro tecnico-teorico solido ed ampio nell'ambito del carcinoma prostatico avanzato.

Sarà colta l'occasione per valorizzare la dimensione umana del rapporto medico/paziente grazie agli interventi di personalità di chiara fama, che chiuderanno la prima giornata. Una parte del Corso sarà dedicata alla presentazione di casi clinici funzionali ad esprimere le ricadute pratiche in contesti clinici peculiari delle conoscenze teoriche e acquisizioni scientifiche affrontate nel corso della prima giornata. A conclusione della seconda giornata è previsto il coinvolgimento di associazione-pazienti che potranno esprimere le proprie certezze, necessità e dubbi sul trattamento di questa neoplasia.

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Giuseppe Di Lorenzo

e-mail: dilorengiuseppe@gmail.com

Convegni

CORSO DI FORMAZIONE IN ONCOLOGIA: LA MEDICINA DI PRECISIONE E LA PRATICA CLINICA

Torre del Greco (NA), 15 Novembre 2019

HOTEL SAKURA - Via E. De Nicola, 26

Responsabile Scientifico: **Salvatore Strazzullo – Giuseppe Airoma**

PROGRAMMA:

ore 8.00 Registrazione dei partecipanti.
ore 8.30 Presentazione del Corso

Moderatori: **Giuseppe Airoma - Salvatore Strazzullo**

I Sessione La Medicina di Precisione

Moderatore: **Giuseppe Airoma**

9.00 Lettura "La medicina di precisione: attualità e prospettive"
Michele Caraglia
9.30 La medicina di precisione: il ruolo del patologo
Renato Franco
9.40 La medicina di precisione: il ruolo del chirurgo
Alfonso Fiorelli
9.50 La medicina di precisione: il ruolo dell'oncologo
Pasquale Incoronato
10.00 Discussant
Roberto Mabilia, Antonio Rossi, Michele Libutti, Raffaele Gargiulo, Ombretta Marano, Maria Luisa D'Aponte, Marco Carraturo, Gennaro Guerra, Pierfrancesco Maione, Giuseppe D'Antonio, Teresa Granata, Maria Di Lanno, Patrizia De Ros

II Sessione Neoplasie della Prostata

Moderatore: **Rosario Pepe**

10.30 Il carcinoma della prostata: novità dal patologo
Andrea Ronchi
10.40 Il carcinoma della prostata: nuove prospettive nella pratica clinica
Gaetano Facchini
10.50 Discussant
Antonietta Sabia, Eugenia Russo, Rosario Pepe, Franco Franzese, Massimo Lionetti, Antonella Capasso, Marco Carraturo, Maria Di Lanno

III Sessione

Carcinoma polmonare: tra terapia target ed immunoterapia

Moderatore: **Pasquale Incoronato**

- 11.20 NSCLC : L'immunoterapia nella malattia metastatica e nel III stadio
Floriana Morgillo
- 11.30 NSCLC metastatico: La terapia target
Antonio Rossi
- 11.40 Discussant
Pasquale Incoronato, Ombretta Marano, Giuseppina Della Vittoria, Alfonso Fiorelli, Marco Carraturo, Teresa Granata, Maria Luisa D'Aponte

IV Sessione

Carcinoma della mammella: presente e futuro

Moderatore: **Ferdinando Riccardi**

- 12.00 Terapia ormonale e inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti
Michele Oditura
- 12.10 La Malattia HER2 positiva le novità: la terapia neoadiuvante
Roberto Mabilia
- 12.20 La Malattia Triplo negativa
Giuseppe Colantuoni
- 12.30 Discussant
Carmino Pizza, Giuseppina Della Vittoria, Rosario Pepe, Gennaro Guerra, Pierfrancesco Maione, Raffaele Mele, Raffaele Gargiulo, Maria Luisa D'Aponte, Gennaro Musetta, Patrizia De Rosa.
- 13.00 Light lunch

V Sessione

Terapia di Supporto

Moderatore: **Salvatore Strazzullo**

- 14.30 Dolore cronico e breakthroughpain e stipsi da oppiacei: quale strategia
Maddalena Zampi
- 14.40 Terapia ormonale e sindrome metabolica: l'osteoporosi in oncologia
Ombretta Marano
- 14.50 Sarcopenia e Fatigue nel paziente Oncologico
Valeria Turrà
- 15.00 Discussione sui temi trattati
- 15.30 "Take home messages"
Rosario Pepe
- 16.30 Conclusioni
Giuseppe Airoma
- 17.00 Questionario di valutazione
- 18.00 Fine lavori

Razionale

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 carcinoma del polmone non a piccole cellule con mutazioni dell'EGFR o con traslocazione di ALK o di ROS1, i tumori della mammella o dello stomaco con amplificazione di HER2, il melanoma cutaneo con mutazioni di BRAF, il carcinoma del colon-retto privo di mutazioni di KRAS o di NRAS o di BRAF. Sono soltanto alcuni dei tumori per cui già oggi per la scelta della cura non è sufficiente sapere dove è localizzata la neoplasia, né quale sia il suo stadio, né le caratteristiche cellulari in termini di natura e aggressività. Per curare nel miglior modo possibile questi tumori usiamo indagini genetiche e molecolari che consentono di scegliere, tra i trattamenti innovativi, quello che può avere le migliori chance terapeutiche. È l'oncologia di precisione, che non solo è in grado di migliorare le percentuali di sopravvivenza anche nella fase metastatica della malattia (fino a raddoppiarle) ma anche di produrre notevoli risparmi, grazie all'utilizzo delle terapie mirate solo nei pazienti che ne possono beneficiare, evitando inutili tossicità e i ricoveri in ospedale. 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. 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'innescò per dibattiti "vivaci" e costruttivi.

Salvatore Strazzullo
Giuseppe Airoma

Convegni

AGGIORNAMENTI IN ONCOLOGIA 2019: NSCLC, NEOPLASIE GASTROINTESTINALI, GENITOURINARIE, MAMMARIE

PROGRAMMA PRELIMINARE

Pagani (SA), 08 - 15 - 22 - 23 Novembre - 6 Dicembre 2019

Aula "B. D'Arezzo" – P.O. "A. Tortora"

Neoplasie polmonari

08 Novembre 2019

13,45	Saluti delle Autorità
14,00	Percorsi diagnostici Luigi Cacace .
14,20	Definizione Biologica Umberto Malapelle
14,40	La Malattia operabile Marcellino Cicalese
15,00	Terapia neoadiuvante ed Adiuvante Anna Libroia
15,20	La Malattia Localmente avanzata Fabiana Vitiello
15,40	Ruolo della Radioterapia Michele Caterina
16,00	La Malattia Metastatica Alessandro Morabito
16,20	SCLC: Attualità e prospettive future Antonio Rossi
16,40	DISCUSSIONE
17,00	TAKE HOME MESSAGE Alessandro Morabito, Antonio Rossi
17,30	Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, F. Amodio, G. Busto, G. Cacace, F. De Falco, C. Dello Iorio, A. Fabbrocini, R. Fristachi, A. Gragnaniello, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, R. Mari, A. Mirabella, D. Napoli, A. Nasto, M. Pagano, L. Pesce, P. Riccio, G. Ritomarccone, A. Roscigno, F. Salzano, A. Sellitti, L. Sparano, L. Tarantino.**

18.00 Chiusura lavori

Carcinoma mammario

15 Novembre 2019

Direttori del corso **Sabino De Placido, Grazia Arpino, Michelino De Laurentis**

Moderatori: **F. Riccardi, A. Febbraro**

13,45	Saluti delle Autorità
14,00	La genetica nel carcinoma della mammella Michele Caraglia
14,20	Aggiornamenti in radiologia Carlo Varelli
14,40	Ruolo dello screening Maria Talamo
15,00	La Moderna Chirurgia Massimiliano D'Aiuto, Alfonso Cicalese
15,20	Nuove Frontiere della Terapia neoadiuvante Michele Orditura
15,40	La Malattia ormoni responsiva Grazia Arpino
16,00	La Malattia Her2 positiva Michelino De Laurentis
16,20	La Malattia triplo negativa Mario Giuliano
16,40	DISCUSSIONE
17,00	Take home MESSAGE Sabino De Placido
17,30	Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremone, E. D'Arco, C. Dello Iorio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino**

18,30 Chiusura lavori

Cardiotossicità 16 Novembre 2019

Moderatori: **Umberto Marinelli, Regina Visiello, Giuseppe Grimaldi**

9,00	Introduzione Catello Califano, Giuseppe Grimaldi
9,30	Gli enti regolatori Crescenzo Ilardi
9,50	La Farmacista Maria Rosaria Cillo
10,10	La tossicità economica Salvatore Palazzo
10,30	Rivisitazione dei DRG Paola Adinolfi
10,50	coffe break
11,10	Tossicità dei farmaci in Oncologia ed Ematologia Fiorella Filippelli
11,30	Tossicità da antracicline: il Cardiologo Paolo Spallarossa
11,50	Tossicità da antracicline: il Farmacologo Giorgio Minotti
12,00	Tossicità da antracicline: l'Oncologo Vito Lorusso
12,20	Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremone, E. D'Arco, C. Dello Iorio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino**

12,40	Take Home MESSAGE Lorusso, Giorgio Minotto, Paolo Spallarossa
13,30	Chiusura lavori

Carcinoma del colon e del retto 22 Novembre 2019

13,45	Apertura dei lavori Moderatori Maria Biglietto, Enzo Montesarchio
14,00	Classificazione Molecolare dei tumori gastro-colo-rettali Umberto Malapelle
14,20	La chirurgia laparoscopica Massimiliano Fabozzi
14,40	La terapia adiuvante e neoadiuvante delle neoplasie del colon retto Antonio Avallone
15,00	La lateralità nei tumori del colon Antonio Febbraro
15,20	Strategie terapeutiche nella Prima linea dei tumori del colon Teresa Troiano
15,40	Linee successive: immunoterapia e nuove strategie
16,00	Il paziente anziano Gerardo Rosati
16,20	Algoritmi terapeutici del carcinoma gastrico Lucrezia Silvestri
16,40	Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremone, E. D'Arco, C. Dello Iorio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino**

17,00	TAKE ON MESSAGE
17,30	Chiusura dei lavori

Heterocellular Carcinoma 23 Novembre 2019

Tumori primitivi del fegato: carcinoma epatocellulare (HCC) – Colangio-Carcinoma intraepatico (ICC)

08:30	Diagnosi e Stadiazione del HCC G. Francica
09:00	Il Cirrotico con HCC : le Indicazioni alla Chirurgia F. Calise
09:00	Terapia trans-arteriosa del HCC : TAE, TACE, TARE G. Bizzarri
10:00	Ablazione percutanea del HCC: RF, MW, IRE, ECT, Laser, PEI, HIFU L. Tarantino
10:30	Coffee Break

CHOLANGIOCARCINOMA

11:00	Colangiocarcinoma: classificazione anatomica e indicazioni alla Chirurgia L. Tarantino
12:00	Ablazione del Colangiocarcinoma inoperabile L. Tarantino
12:30	Terapia Sistemica e Chemioterapia dei Tumori Primitivi del Fegato L. Tarantino
13:00	Il Trapianto di Fegato nel paziente con HCC e ICC G. Vennarecci

13:30 Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremone, E. D'Arco, C. Dello Iorio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino**

Neoplasie urogenitali

6 Dicembre 2019

13,45 Apertura dei lavori

Moderatori **Roberto Sanseverino, Giacomo Carteni, Enzo Montesarchio, Giuseppe Procopio**

CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO

14,00 Innovazioni Terapeutiche nel carcinoma metastatico dell'Endometrio **Alessandra Vernaglia**

CARCINOMA OVARICO

14,20 Prospettive Terapeutiche nel carcinoma ovarico **Claudia Ferrara**

14,40 La terapia delle recidive **Chiara della Pepa**

CARCINOMA PROSTATICO

15,00 Algoritmi terapeutici **Gaetano Facchini**

CARCINOMA DELLA VESCICA

15,20 Quanto è cambiata la terapia medica del carcinoma della vescica? **Giuseppe De Lorenzo**

15,40 Terapia chirurgica **Roberto Sanseverino**

CARCINOMA RENALE

16,00 Algoritmi terapeutici nel carcinoma metastatico **Chiara Scagliarini**

16,20 La Tossicità renale da farmaci **Laura Cosmai**

16,40 Discussione e dibattito

Moderatori: **M. Adesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremone, E. D'Arco, C. Dello Iorio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino**

17,00 Take on MESSAGE **Giuseppe Procopio**

Razionale

Negli ultimi anni il mondo dell'Oncologia sta attraversando un periodo di conoscenza scientifica e di progressi terapeutici che hanno rivoluzionato l'approccio ai tumori di più alto impatto sulla popolazione, i cosiddetti "Big Killer".

Questi incontri voglio essere, infatti, un momento di aggiornamento e di confronto sulle conoscenze biologiche, le applicazioni cliniche e gli sviluppi terapeutici dei nuovi farmaci. Studi clinici dimostrano, inoltre, che l'adozione di un approccio multidisciplinare aumenta il tasso di sopravvivenza dei pazienti oncologici, offrendo a chi si ammala la possibilità di essere curato in maniera integrata nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici predefiniti, ma anche e soprattutto personalizzati.

Il paziente diventa così fulcro di un percorso condiviso dai curanti e non più spettatore ma protagonista del proprio benessere.

Per i medici, invece, lo scambio di pareri tra specialisti rappresenta uno stimolo ad aggiornarsi e un passaggio continuo di informazioni che aumentano la capacità di valutare ogni problema da più punti di vista.

La patologia neoplastica, quindi, non può più essere considerata come qualcosa a se stante, ma deve essere valutata invece nella sua globalità; vanno comprese e valutate le interferenze negative a carico di altri organi e apparati, i disordini della sfera psico-emotiva, l'impatto sulla qualità di vita dell'ammalato. In quest'ottica l'immunoterapia può considerarsi la nuova frontiera della cura dei tumori, poiché permette di ottenere risultati insperati in molte patologie per le quali in passato non esistevano alternative terapeutiche valide, mentre in altre neoplasie, in pazienti selezionati, si è dimostrata addirittura superiore alla classica chemioterapia. Generalmente è ben tollerata, anche se è esente da tossicità e danni d'organo immunomediati.

Anche le terapie "target" fanno parte già da molti anni dell'armamentario degli oncologi ma le recenti acquisizioni scientifiche hanno portato ad una maggiore comprensione dei meccanismi molecolari che sono alla base della proliferazione delle cellule maligne e della loro resistenza a trattamenti di prima generazione.

Pure nel campo dei farmaci a bersaglio molecolare però non è possibile evitare effetti collaterali in quanto non esiste ancora un farmaco intelligente capace di risparmiare bersagli "innocenti" nell'ospite. I risultati terapeutici dei moderni trattamenti antineoplastici permettono quindi di poter offrire prospettive di sopravvivenza molto lunghe ai pazienti, ed in alcuni casi addirittura la cronicizzazione della malattia, ma al tempo stesso è richiesto un enorme sforzo sia per il monitoraggio, che il precoce trattamento di segni e sintomi di tossicità, fondamentale per il mantenimento del beneficio terapeutico.

E' indubbio che la gestione di vecchie e nuove terapie richiede un grande impegno assistenziale, sempre più "trasversale".

Il lavoro in rete ed il confronto degli oncologi con gli altri specialisti è, pertanto, indispensabile soprattutto nell'approccio terapeutico ai Big Killer, ed è oltremodo ineludibile nella presa in carico di qualsivoglia patologia oncologica.

Giuseppe Grimaldi
Giuseppina Busto

