

CIVITAS HIPPOCRATICA

ANNO XLIII
NUMERO 3/4
MAGGIO/AGOSTO
2022

ISSN 1124 - 5301
Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c
legge 662/96 - Filiale di Salerno

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

CIVITAS HIPPOCRATICA

ANNO XLIII
NUMERO 3/4
MAGGIO/AGOSTO
2022

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Civitas Hippocratica”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

Versamento sul c/c n. 1000/14049 presso Intesa Sanpaolo

di Salerno (IBAN: IT33 H030 6915 2161 0000 0014 049)

intestato al Centro Studi di Medicina “Civitas Hippocratica”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / 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.

Tipografia Tirrena s.r.l. - Viale B. Gravagnuolo, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Giugno 2022

SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Martina Chiurazzi, Maria Lanzillo, Mariafiorella Brangi, Bruno Chiurazzi</i>	
L'impatto dell'aspetto nutrizionale nella presa in carico totale del paziente oncologico	Pag. 17
<i>Alberto Catalano</i>	
Parliamo di PBM (Patient Blood Managent)	Pag. 19
<i>Giuseppe Battimelli</i>	
Il principio di autodeterminazione nelle decisioni di fine vita (attraverso l'esame della sentenza della Consulta 242/2019 e nella legge 219/2017)	Pag. 22
Convegni	
<i>Raffaele Addeo, Francesco Perri</i>	
Comprehensive Approach To Squamous Cell Carcinoma Of The Head And Neck: From Biology To Clinic	Pag. 26
<i>Clementina Savastano, Giuseppe Pistolese</i>	
Oncologie a Confronto	Pag. 28
Corrispondenza	
<i>Khaled Al-Emadi</i>	
Al-Ahli Hospital	Pag. 31
CIMO-FESMED	
Medici senza futuro. Un futuro senza medici	Pag. 32

Editoriale

*Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a
rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al
Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2022*

M.C.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c n. 1000/14049 presso Intesa San Paolo
di Salerno (IBAN: IT33 H030 6915 2161 0000 0014 049)
intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

L'impatto dell'aspetto nutrizionale nella presa in carico totale del paziente oncologico

Martina Chiurazzi, Maria Lanzillo, Mariafiorella Brangi, Bruno Chiurazzi

UOC di Oncologia – Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Antonio Cardarelli” – Napoli

Ricevuto in Redazione il 5 maggio 2022

Parole chiave: Malnutrizione, Cancro, Nutrizione, Multidisciplinarietà

Key Words: Malnutrition, Cancer, Nutrition, Multidisciplinary.

RIASSUNTO

La malattia oncologica, insieme alle malattie cardiovascolari, è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale, e rappresenta la seconda causa di morte.

Nei pazienti oncologici spesso viene riscontrata una condizione di malnutrizione, che può interessare tutte le fasce d'età e che può esprimersi sia con una condizione di ipernutrizione, sia una condizione di denutrizione e rischio nutrizionale.

Oggi, la nutrizione, acquista un ruolo fondamentale nel trattamento globale del paziente oncologico; una diagnosi precoce e una prevenzione della malnutrizione in un approccio multidisciplinare, è in grado di offrire la possibilità di un miglioramento dei risultati delle terapie oncologiche e della qualità di vita di questi pazienti.

SUMMARY

Oncological disease is one of the main public health problems worldwide and represents the second cause of death. Cancer patients often suffer a condition of malnutrition, which can affect all age groups and can be expressed either by a condition of overnutrition or malnutrition.

To date, nutrition plays a key role in the overall treatment of cancer patients. Early diagnosis and prevention of malnutrition in a multidisciplinary approach could improve the results of cancer therapies and the quality of life of these patients.

INTRODUZIONE

La malattia oncologica, insieme alle malattie cardiovascolari, è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale e rappresenta la seconda causa di morte. Alcuni dati presenti in letteratura indicano una stretta correlazione tra alimentazione e cancro anche se diversi aspetti risultano ancora poco chiari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il 30-50% di tutti i tumori può essere prevenuto attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio (tabacco, inquinamento ambientale, cancerogeni professionali, infezioni e alcol) e l'adozione di stili di vita sani (esercizio fisico, corretta alimentazione e mantenimento di un peso corporeo sano). Nei pazienti oncologici spesso viene riscontrata una condizione di malnutrizione, che può interessare tutte le fasce d'età e che può esprimersi sia con una condizione di ipernutrizione (sovrappeso o obesità, fat-

tori di rischio riconosciuti per l'insorgenza e la progressione di alcuni tipi di tumore quale quello dell'endometrio e del carcinoma mammario ormono-dipendenti), sia una condizione di denutrizione e rischio nutrizionale.

L'obesità può essere spesso associata a prognosi infau- sta, risposta inadeguata al trattamento anti-tumorale e scarsa qualità della vita tra i malati di cancro. La perdita di peso ottenuta attraverso una modifica dello stile di vita (corretta alimentazione abbinata ad attività fisica) è in grado di indurre molti benefici comprovati, non solo per il cancro ma anche per le malattie cardiovascolari, per le quali le lungo sopravvissute al cancro al seno sono maggiormente esposte al rischio, sottolineando la necessità di strategie di prevenzione efficaci.

Studi a livello mondiale mostrano, invece, che la preva- lenza della malnutrizione, intesa come denutrizione nei malati di cancro, varia da circa il 20% a oltre il 70% e che circa il 10-20% dei decessi dei malati di cancro è conseguenza della malnutrizione e non della neoplasia stessa. La malnutrizione legata al cancro si differenzia dalla malnutrizione correlata alla fame, in quanto è indotta da una combinazione di ano- ressia e disregolazione metabolica, causata dal tumore stesso o dal suo trattamento e correla, con gravi conseguenze nega- tive, prognosi sfavorevole, ridotta sopravvivenza, aumento della tossicità della terapia, ridotta tolleranza e compliance ai trattamenti e ridotta risposta ai farmaci antineoplastici. Una condizione di malnutrizione, se non trattata, può portare alla cachessia, una sindrome multifattoriale caratterizzata da calo ponderale, diminuita forza muscolare, fatigue, anores- sia, ridotti livelli di massa magra totale, grave e involontaria perdita di massa muscolare scheletrica, con o senza perdita di massa grassa, anomalie biochimiche quali aumento degli indici di infiammazione come la proteina C reattiva (PCR) o di citochine infiammatorie, anemia, ipoalbuminemia.

Data l'incidenza del rischio nutrizionale e del depe- rimento nutrizionale, e poiché la gestione della cachessia rimane una sfida nella pratica clinica, un approccio multi- disciplinare con una nutrizione mirata risulta essere fonda- mentale per migliorare la qualità dell'assistenza in oncologia.

Un trattamento combinato basato su una valutazione dello stato nutrizionale, uso di integratori alimentari laddove fossero necessari, terapia farmacologica, esercizio e consulen- za psicologica può migliorare le condizioni generali e la com- pliance del malato oncologico e risulta fondamentale come obiettivo terapeutico per migliorare la sopravvivenza dei malati di cancro con il mantenimento della massa muscolare.

Ad oggi, l'aspetto nutrizionale, importante ma spesso trascurato, acquista un ruolo fondamentale nel trattamento del paziente oncologico; una diagnosi precoce e una prevenzione della malnutrizione svolti da un team multidisciplinare composto da più specialisti, infatti, sono in grado di offrire la possibilità di un miglioramento della qualità della vita a questi pazienti.

È essenziale, quindi, valutare sin dall'inizio e periodicamente i pazienti oncologici durante le diverse fasi del percorso terapeutico; lo stato nutrizionale e i bisogni nutrizionali del paziente, infatti, risultano essere una condizione mutevole, in quanto possono essere influenzati dallo stadio del tumore e dal tipo di trattamento.

NOSTRA ESPERIENZA

L'A.O.R.N. "A. Cardarelli", è sempre stata sensibile all'argomento nutrizione in campo oncologico; nel 2017 ha partecipato allo studio PreMiO (La prevalenza della malnutrizione in Oncologia), uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico dove medici oncologi appartenenti a 22 centri oncologici in tutta Italia hanno identificato la malnutrizione o il rischio di svilupparla in 1952 pazienti alla loro prima visita medica oncologica attraverso una valutazione dello stato nutrizionale. I dati dello studio mostrano che alla prima visita il 51,1% dei pazienti naïve al trattamento era già affetto da un disturbo nutrizionale e il 40% presentava uno scarso appetito; la gravità della malnutrizione era direttamente proporzionale allo stadio della malattia.

Si stima che presso l'U.O. Oncologia dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli vi siano state nel corso dell'anno 2021 circa 2.200 nuove diagnosi di tumore, con una maggiore incidenza del tumore al polmone.

CONCLUSIONI

Ad oggi, nell'U.O. Oncologia dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, l'idea olistica che il paziente oncologico debba essere valutato e trattato in modo complessivo si è rafforzata ulteriormente anche grazie alla rete oncologica campana (ROC) e alla nascita dei gruppi multidisciplinari (GOM) in cui medici specialisti e personale sanitario dedicato (case manager, biologi nutrizionisti, farmacisti, psicologi etc.) prendono in carico il paziente offrendo il miglior trattamento possibile sotto ogni aspetto.

Dal punto di vista nutrizionale, infatti, le biologhe nutrizioniste attraverso il **counselling nutrizionale**, misurazioni antropometriche e valutazione della composizione corporea, collaborano con medici specialisti per migliorare lo stato di salute anche dal punto di vista nutrizionale e di conseguenza la qualità della vita (QoL) del paziente, suggerendo che l'aspetto nutrizionale deve procedere di pari passo con il trattamento oncologico.

BIBLIOGRAFIA

- BEIRER A: *Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment*. Memo, 2021; 14, 168–173
<https://doi.org/10.1007/s12254-020-00672-3>
- BOSSI P, DELRIO P, MASCHERONI A, ZANETTI M: *The Spectrum of Malnutrition/Cachexia/Sarcopenia in Oncology According to Different Cancer Types and Settings: A Narrative Review*. Nutrients, 2021; 13(6): 1980
<https://doi.org/10.3390/nu13061980>
- FEIGELSON HS, BODELON C, POWERS JD, CURTIS RE, BUIST DSM, VEIGA LHS, BOWLES EJA, BERRINGTON DE GONZALEZ A, GIERACH GL: *Body Mass Index and Risk of Second Cancer Among Women With Breast Cancer*. J Natl Cancer Inst., 2021 Sep 4; 113(9): 1156–1160
doi: 10.1093/jnci/djab053. PMID: 33823007; PMCID: PMC8757319.
- MARCECA GP, LONDHE P, CALORE F: *Management of Cancer Cachexia: Attempting to Develop New Pharmacological Agents for New Effective Therapeutic Options*. Front Oncol., 2020; 10: 298
doi: 10.3389/fonc.2020.00298
- MUSCARITOLI M, CORSARO E, MOLFINO A: *Awareness of Cancer-Related Malnutrition and Its Management: Analysis of the Results From a Survey Conducted Among Medical Oncologists*. Front Oncol., 2021 May 13; 11: 682999
doi: 10.3389/fonc.2021.682999. PMID: 34055649; PMCID: PMC8155516.
- MUSCARITOLI M, LUCIA S, FARCOMENI A, LORUSSO V, SARACINO V, BARONE C, PLASTINO F, GORI S, MAGAROTTO R, CARTENI G, CHIURAZZI B, PAVESE I, MARCHETTI L, ZAGONEL V, BERGO E, TONINI G, IMPERATORI M, IACONO C, MAIORANA L, PINTO C, RUBINO D, CAVANNA L, DI CICILIA R, GAMUCCI T, QUADRINI S, PALAZZO S, MINARDI S, MERLANO M, COLUCCI G, MARCHETTI P, PREMIO STUDY GROUP: *Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study*. Oncotarget, 2017 Aug 10; 8(45): 79884–79896
doi: 10.18632/oncotarget.20168. PMID: 29108370; PMCID: PMC5668103.
- MUSCARITOLI M, MOLFINO A, GIOIA G, LAVIANO A, ROSSI FANELLI F: *The "Parallel Pathway": A Novel Nutritional and Metabolic Approach to Cancer Patients*. Intern Emerg Med, 2011; 6(2): 105–12
doi: 10.1007/s11739-010-0426-1
- RAVASCO P: *Nutrition in Cancer Patients*. J. Clin. Med., 2019; 8: 1211. <https://doi.org/10.3390/jcm8081211>
- ONG TP and MORENO FS: *Chapter 1: Introduction to Diet, Nutrition and Cancer*. Nutrition and Cancer Prevention: From Molecular Mechanisms to Dietary Recommendations, 2019, pp. 1-10
DOI: 10.1039/9781788016506-00001
- VAN DER MEIJ BS, TELEN L, MCCARTHY AL, ISENRING EA: *Cancer Cachexia: An Overview of Diagnostic Criteria and Therapeutic Approaches for the Accredited Practising Dietitian*. J Hum Nutr Diet, 2020; 34: 243–54 doi: 10.1111/jhn.12811
- ZIMTA AA, TIGU AB, MUNTEAN M, CENARIU D, SLABY O, BERINDAN-NEAGOE I: *Molecular Links Between Central Obesity and Breast Cancer*. Int J Mol Sci, 2019; 20(21): 5364
doi: 10.3390/ijms20215364

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Martina Chiurazzi

e-mail: martina.chiurazzi88@gmail.com

Parliamo di PBM (Patient Blood Management)

Alberto Catalano

Presidente Società per la Promozione dell'Educazione Medica (S.P.E.ME.)

Ricevuto in Redazione il 25 maggio 2022

Parole chiave: Patient blood management, Anemia, Trasfusione, Ecomponenti, Sangue.

Key Words: Patient Blood Management, Anaemia, Transfusion, Ecomponents, Blood.

RIASSUNTO

Il PBM (Patient blood management) è un approccio multidisciplinare alla terapia trasfusionale, basato sull'evidenza e finalizzato all'ottimizzazione delle cure dei pazienti che ne necessitano. Attraverso il PBM il paziente viene messo al centro del momento decisionale e tale modalità operativa rappresenta una iniziativa di valenza internazionale nell'ambito della buona pratica trasfusionale. La necessità di implementare il PBM è giustificata dal fatto che esso migliora gli outcomes dei pazienti, riduce i costi assistenziali, evita l'uso non appropriato degli emocomponenti e ne favorisce, invece, quello più razionale.

Esso comprende una serie di misure finalizzate ad evitare le trasfusioni come la gestione dell'anemia, il recupero intraoperatorio del sangue, i farmaci anti-fibrinolitici, la trasfusione restrittiva, tecniche chirurgiche in cui l'emostasi sia curata con particolare attenzione.

SUMMARY

PBM (Patient blood management) is a multidisciplinary approach to transfusion therapy, based on evidence and aimed at optimizing the care of patients who need it. Through the PBM, the patient is put at the center of the decision-making process and this mode of operation represents an initiative of international importance in the field of good transfusion practice. The need to implement PBM is justified by the fact that it improves patient outcomes, reduces care costs, avoids the inappropriate use of blood components and promotes, instead, the more rational one.

It includes a number of measures aimed at avoiding transfusions such as anemia management, intraoperative blood recovery, anti-fibrinolytic drugs, restrictive transfusion, surgical techniques in which hemostasis is treated with particular attention.

INTRODUZIONE

Il PBM è un approccio multidisciplinare alla terapia trasfusionale, basato sull'evidenza e finalizzato all'ottimizzazione delle cure dei pazienti che ne necessitano. Attraverso il PBM il paziente viene messo al centro del momento decisionale e tale modalità operativa rappresenta una iniziativa di valenza internazionale nell'ambito della buona pratica trasfusionale.

DISCUSSIONE

La necessità di implementare il PBM è giustificata dal fatto che esso migliora gli outcomes dei pazienti, riduce i costi assistenziali, evita l'uso non appropriato degli emocomponenti e ne favorisce, invece, quello più razionale.

In un audit realizzato dal NHS (National Health Service) inglese è stato osservato che in una percentuale compresa fra il 15 ed il 30% si verifica un uso inappropriato della risorsa sangue. Sempre lo stesso Ente nello stabilire un programma di PBM ha incluso:

1. Formazione degli operatori e dei pazienti;
2. Attivo management dell'anemia;
3. Riduzione dei volumi dei campioni di sangue prelevati a scopo diagnostico;
4. Uso restrittivo dei valori soglia;
5. Rivalutazione della trasfusione di un'unità di emocomponenti nei pazienti non sanguinanti;
6. Attivo controllo delle emostasi anormali;
7. Uso di alternative alla trasfusione quando appropriate;
8. Nei pazienti chirurgici:
 - Diagnosticare l'anemia preoperatoria,
 - Minimizzare le perdite di sangue e i sanguinamenti,
 - Evitare le interazioni con farmaci che possano incrementare il rischio di anemia.

Se obiettivo del PBM è il migliore e più razionale utilizzo di sangue ed emocomponenti, risulta evidente che uno stato anemico del paziente, preesistente o instauratosi in occasione del ricovero, costituisce un elemento fortemente condizionante.

Un esempio è rappresentato dall'anemia indotta dai prelievi effettuati a scopo diagnostico riportato in un articolo pubblicato su "Injuri" in cui gli autori hanno valutato l'impatto delle perdite di sangue che potremmo definire "iatrogene" sull'outcome dei pazienti.

Pur concludendo che il ricorso ad un eccessivo utilizzo di test ematici non ha alcun impatto sulla durata del ricovero o sulla mortalità, gli autori osservano che comunque essi condizionano il decorso clinico del paziente con un aggravamento dell'anemia tale da comportare la necessità di ricorrere a trasfusioni. Risultava altresì evidente che l'aumento dei volumi di sangue prelevato non poteva essere l'unica causa di tali situazioni ma solo una concausa anche se importante.

Vediamo ora quanto l'anemia può condizionare il percorso operatorio di un paziente.

Con uno studio multicentrico internazionale, che ha permesso di considerare retrospettivamente 227.425 pazienti, è stata valutato quanto l'anemia pre- e post-operatoria potesse condizionare il decorso clinico dei pazienti sottoposti a chirurgia (esclusa quella cardiaca).

Da analisi di questa grande messe di dati, si rileva che anche una lieve anemia preoperatoria è associata, nei 30 giorni successivi all'intervento, ad un aumentato rischio di morbidità e di mortalità in tali pazienti, indipendentemente dall'età, dal sesso, o dal tipo di procedura chirurgica. Inoltre, quando l'anemia era presente in concomitanza con un altro fattore di rischio pre-operatorio noto, portava a un incremento significativo dell'effetto di questo fattore di rischio sui risultati complessivi.

La realizzazione di un protocollo condiviso tra anestesisti, chirurghi e trasfuzionisti, rappresenta quindi

lo strumento necessario per l'individuazione di percorsi specifici finalizzati alla rimozione delle cause di anemia attraverso strategie terapeutiche alternative alla trasfusione. Si raggiungono così due importanti obiettivi: si riducono i rischi legati alla trasfusione e allo stesso tempo si contribuisce ad una ottimizzazione delle scorte di sangue, sempre più carenti.

Nasce, dunque, l'esigenza di implementare un approccio multidisciplinare, multiprofessionale, multimodale ospedaliero, paziente centrico, per la gestione della anemia, l'ottimizzazione dell'emostasi ed il risparmio di sangue nel perioperatorio.

Nel 2010 l'OMS ha rilevato la necessità di adottare il PBM e con la risoluzione WHA63-12 ha esortato tutti i 193 stati membri delle Nazioni unite ad attuare una serie di strategie volte a garantire qualità, sicurezza e sostenibilità della terapia trasfusionale, includendo tra queste il PBM con i suoi 3 PILASTRI.

	PILASTRO 1	PILASTRO 2	PILASTRO 3
	Ottimizzazione dell'eritropoiesi	Contenimento delle perdite ematiche	Ottimizzazione della tolleranza all'anemia
PRE-OPERATORIO	1. Rilevare l'anemia. 2. Identificare e trattare la patologia di base che causa l'anemia. 3. Rivalutare il paziente, se necessario. 4. Trattare le carenze marziali e le anemie sideropeniche, le anemie delle malattie croniche e le carenze funzionali di ferro (la cosiddetta "iron-restricted erythropoiesis"). 5. Trattare le carenze di altri ematinici.	1. Identificare e gestire il rischio emorragico. 2. Contenimento del sanguinamento iatrogeno. 3. Attenta pianificazione e preparazione della procedura. 4. Predeposito, in casi molto selezionati.	1. Valutare e ottimizzare la riserva fisiologica individuale per la tolleranza all'anemia e i fattori di rischio. 2. Confrontare la perdita di sangue stimata con quella tollerabile dal singolo paziente. 3. Realizzare programmi di <i>blood management</i> individualizzati che includano le tecniche di risparmio del sangue adeguate al singolo caso. 4. Adozione di soglie trasfusionali restrittive.
INTRA-OPERATORIO	6. Adeguata programmazione dell'intervento chirurgico dopo l'ottimizzazione dell'eritropoiesi.	5. Emostasi meticolosa e tecniche chirurgiche. 6. Tecniche chirurgiche di risparmio del sangue. 7. Tecniche anestesilogiche di risparmio del sangue. 8. Tecniche di autotrasfusione. 9. Tecniche farmacologiche e agenti emostatici. 10. Diagnostica <i>point-of-care</i>.	5. Ottimizzare la gittata cardiaca. 6. Ottimizzare la ventilazione e l'ossigenazione. 7. Adozione di soglie trasfusionali restrittive.
POST-OPERATORIO	7. Stimolare l'eritropoiesi, se necessario. 8. Rilevare le interazioni farmacologiche che possono favorire e accentuare l'anemia post-operatoria	11. Attento monitoraggio del paziente e gestione del sanguinamento postoperatorio. 12. Riscaldamento rapido/mantenimento della normotermia (a meno che non esista una specifica indicazione per l'ipotermia). 13. Tecniche di autotrasfusione, se appropriate. 14. Contenimento del sanguinamento iatrogeno. 15. Gestione dell'emostasi e dell'anticoagulazione. 16. Profilassi delle emorragie del tratto gastro-intestinale superiore. 17. Profilassi/trattamento delle infezioni.	8. Ottimizzare la tolleranza all'anemia. 9. Massimizzare l'apporto di ossigeno. 10. Minimizzare il consumo di ossigeno. 11. Adozione di soglie trasfusionali restrittive.

I tre pilastri del *Patient Blood Management* (modificato da Hofmann A et al)

L'importanza strategica del PBM è testimoniata anche dal suo inserimento nell'ambito dei LEA (Livelli essenziali di assistenza).

E' importante sottolineare che Il PBM prevede un approccio multidisciplinare basato sull'evidenza. Esso comprende una serie di misure finalizzate ad evitare le trasfusioni come la gestione dell'anemia, il recupero intraoperatorio del sangue, i farmaci anti-fibrinolitici, la trasfusione restrittiva, tecniche chirurgiche in cui l'emostasi sia curata con particolare attenzione.

CONCLUSIONI

Di fronte a questi principi condivisi e mentre il PBM è sempre più adottato in tutto il mondo come parte dello standard di cura, è stata avvertita la necessità di formulare una definizione chiara e ampiamente accettata. Per affrontare questo tema, un gruppo di esperti, che rappresentano le organizzazioni PBM – la Fondazione internazionale per la gestione del sangue dei pazienti (IFPBM), la rete per il progresso della gestione del sangue dei pazienti, emostasi e trombosi (NATA), la Society for the Advancement of Patient Blood Management (SABM), il Western Australia Patient Blood Management (WAPBM) Group e l'ONTRAC (Ontario Nurse Transfusion Coordinators) – si sono riuniti per attribuire al PBM una definizione universalmente riconosciuta che è stata così formulata: "Il PBM è un approccio basato sul paziente, sistematico e basato sull'evidenza per migliorare i risultati del paziente gestendo

e preservando il suo sangue, promuovendo al contempo la sicurezza e l'empowerment dei pazienti".

Crediamo che avere una definizione comune di PBM aiuterà tutti coloro che sono coinvolti, comprese le organizzazioni PBM, gli amministratori ospedalieri, i singoli clinici e i responsabili politici, a concentrarsi sulle questioni appropriate quando si discute e si implementa il PBM.

La definizione proposta dovrebbe continuare a evolversi, rendendo questo sforzo un lavoro in corso.

BIBLIOGRAFIA

1. BRANCO B.C. et al.: *The increasing burden of phlebotomy in the development of anaemia and need for blood transfusion amongst trauma patients*. Injury, Int. J. Care Injured, 2012 (43); 1: 78-83
2. MUSALLAM K. M. et al.: *Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study*. Lancet, 2011 Oct 15; 378 (9800):1396-407
3. MURPHY M. F. et al.: *The scientific basis for patient blood management*. Transfus Clin Biol, 2015 Aug; 22(3): 90-6
4. HOFMANN A. et al.: *Five drivers shifting the paradigm from product-focused transfusion practice to patient blood management*. Oncologist, 2011; 16 (Suppl 3): 3-11
5. SHANDER A.: *Introduction*. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2013; 27: 1-3

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Alberto Catalano

e-mail: a.cat@speme.com

Il principio di autodeterminazione nelle decisioni di fine vita (attraverso l'esame della sentenza della Consulta 242/2019 e nella legge 219/2017)

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)

Ricevuto in Redazione il 2 giugno 2022

Parole chiave: Principio di autodeterminazione, autonomia, fine vita, dignità umana, rinuncia terapie, suicidio assistito.

Key Words: Principle of self-determination, autonomy, end of life, human dignity, renounce therapies, assisted suicide.

RIASSUNTO

L'autodeterminazione della persona per quanto riguarda i trattamenti sanitari, sicuramente è in rapporto con il consenso informato, da cui ogni atto medico non può prescindere, rendendolo legalmente lecito, come ormai universalmente acclarato dai vari pronunciamenti, sentenze e ripreso da tutti i codici di deontologia medica ed ha trovato specifica normazione nell'ordinamento giuridico con la legge n. 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". L'Autore, esamina in questa riflessione il principio di autodeterminazione, come recepito e indicato negli anni da alcune sentenze giudiziarie e dagli interventi legislativi e da ultimo dalla sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio medicalmente assistito, in correlazione al principio della disponibilità/indisponibilità della vita e della sua dignità, a cui è sottesa poi l'identificazione del concetto di persona.

SUMMARY

The self-determination of the person with regard to health treatments is certainly related to the informed consent, from which each medical act cannot be separated, making it legally lawful, as now universally confirmed by the various pronouncements and sentences and taken up by all the codes of medical ethics and found specific standardization in the legal system with the law n. 219 of 22 December 2017 "Rules regarding informed consent and advance treatment provisions". In this reflection, the author examines the principle of self-determination, as implemented and indicated over the years by some judicial judgments and legislative interventions and most recently by the Constitutional Court ruling 242/2019 on medically assisted suicide, in relation to the principle of availability / unavailability of life and its dignity, which underlies the identification of the concept of person.

INTRODUZIONE

Il principio di autodeterminazione è spesso identificato in generale con la libertà di scelta della persona, affinché possa realizzare tra l'altro appieno la sua personalità.

Esso, oltre che nel diritto e nella legge, è affermato in campo bioetico (più precisamente è presente il principio di autonomia, al quale spesso viene assimilato, anche se in verità è distinto)^a insieme ai noti principi di beneficienza, non maleficenza e di giustizia, nella teoria del cosiddetto "principialismo", e che in campo sanitario significa: ciascuno decide liberamente rispetto alla propria salute o malattia, manifestando la sua massima espressione di complessità e di problematicità certamente nelle decisioni di fine vita.

L'autodeterminazione della persona per quanto riguarda i trattamenti sanitari, è in rapporto con il consenso informato, da cui ogni atto medico non può prescindere, rendendolo legalmente lecito, come ormai universalmente acclarato dai vari pronunciamenti delle convenzioni internazionali e dalle sentenze della magistratura e ripreso da tutti i codici di deontologia medica.

Come sappiamo, il consenso informato insieme alle questioni relative al fine vita, ha trovato però specifica normazione nell'ordinamento giuridico con la legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"⁽¹⁾, con esplicito riferimento agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana e agli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Indubitabilmente però la questione dell'autodeterminazione del paziente è stata affrontata in passato da rilevanti pronunciamenti giurisprudenziali peraltro paradigmatici, in seguito a diverse vicende emblematiche e oltremodo drammatiche di malattia e di sofferenza di alcuni pazienti.

Pertanto oggetto di questa riflessione in una prospettiva bioetica, è il principio di autodeterminazione, come recepito e indicato dalle varie sentenze giudiziarie e poi dagli inter-

a Potremmo dire che autonomia significa letteralmente (autos e nomos) dar legge a sé stessi, possedere la facoltà di darsi delle regole; mentre autodeterminazione è un atto di volontà per realizzare un'azione.

venti legislativi e da ultimo dalla sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio medicalmente assistito, in correlazione al principio della disponibilità/indisponibilità della vita e della sua dignità.

L'autodeterminazione nelle decisioni di fine vita

Vasta è la produzione filosofica, bioetica e giuridica sull'argomento, che è stato affrontato anche su questa rivista e anche personalmente con diversi interventi a cui si rimanda^(2,3). Una premessa fondamentale allo svolgimento della problematica in esame è innanzitutto evidenziare che i casi emblematici Welby, Englaro e Antoniani, dal punto di vista medico, diagnostico e clinico, sono notevolmente differenti (mentre talvolta sono stati equiparati, impropriamente, allo stesso modo)^b.

È anche importante dire che questi pazienti non si trovavano in una fase terminale della vita, né, a giudizio di esperti, sottoposti ad accanimento terapeutico, anche nel caso del Dj Fabo, quando è intervenuta la magistratura nella richiesta di suicidio assistito; mentre, come si dirà, quello che in queste vicende risulta tenuto in considerazione, dando ad esso la preminenza su ogni altra considerazione anche giuridica, tanto nelle sentenze della magistratura ordinaria che nella sentenza della Consulta 242/2019, è il principio di autodeterminazione del paziente nelle decisioni di fine vita⁽⁴⁾.

Tant'è che possiamo dire che certamente nelle vicende di cui sopra e nelle relative sentenze giudiziarie si ritrovano molte indicazioni che poi sono state recepite un decennio dopo dalla legge 219/2017, sia sul consenso informato sia riguardo soprattutto alle disposizioni anticipate di trattamento, introducendo di fatto almeno dieci anni prima appunto, nel nostro sistema giuridico, il cosiddetto "testamento biologico"; mentre con la sentenza 242/2019 della Consulta s'è introdotta la possibilità del suicidio medicalmente assistito, cosicché con essa viene ammessa che l'autodeterminazione del paziente si può spingere fino a legittimare la decisione di porre termine autonomamente alla propria vita con l'aiuto di altri, quando trovasi in determinate condizioni^c.

Difatti nella sentenza del caso Welby, il giudice già riconosceva *"l'esistenza di un diritto soggettivo costituzionalmente garantito di poter richiedere l'interruzione della terapia medica, diritto di rango costituzionale, quale quello di «autodeterminazione individuale e consapevole»"*⁽⁵⁾.

Così come nella sentenza sul caso Englaro, la Cassazione premettendo che il consenso informato *"costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario"*, stabilisce che esso *"ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento*

medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale"⁽⁶⁾.

E persino sempre nel caso Englaro, gli Ermellini acconsentono che l'autodeterminazione (e quindi il consenso/dissenso alle cure), mancando l'attualità della richiesta per lo stato d'incoscienza della paziente, venga ricostruita *"in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona"*⁽⁶⁾.

Tutto ciò, come detto, è stato recepito dalla legge 219/2017, quindi un decennio dopo, con la possibilità della redazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e con l'indicazione al rifiuto, tra gli altri, anche della idratazione e alimentazione assistita, perché ritenute trattamenti sanitari.

Con la medesima legge, considerato che la salute è un diritto ma non un obbligo, e che non esiste un "dovere di curarsi" individuale e meno che mai se questo obbligo è imposto coercitivamente (se non nei limiti previsti dall'art. 32, comma 2, della Carta Costituzionale), viene definitivamente ammesso e statuito, una disponibilità della vita da parte di chi ne è titolare, attraverso il rifiuto/rinuncia alle terapie, anche salvavita; ma ciò che è da sottolineare da parte nostra, è che non è previsto né sancito in quella legge un "diritto a morire" per mano altrui, anche quando vi sia il consenso dell'interessato. Quest'ultima possibilità invece, com'è noto, viene consentita con la sentenza 242/2019 della Consulta.

Dopo questo breve excursus delle determinazioni giurisprudenziali paradigmatiche di alcuni eclatanti casi-limite, ci sembra opportuno rilevare che il dato comune nelle sentenze è il riferimento al concetto di dignità della persona che viene per così dire correlato alla gravità della malattia e/o come percepito dal paziente stesso, cioè *"in relazione anche agli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza"*, per cui viene legittimato il principio di autodeterminazione secondo l'art. 13 della Costituzione e il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari (di cui all'art. 2).

È indubitabile che il concetto stesso di dignità da precepto filosofico o morale universale (essa precede e fonda la libertà e l'autodeterminazione e non viceversa) ha qui, invece, una interpretazione contestualizzata e soggettivizzata e quindi diviene norma giuridica per di più vincolante. Si potrebbe dire che è una "giuridificazione" del concetto di dignità.

b Piergiorgio Welby era affetto da distrofia muscolare facio-scapolo-omeroale e la sua sopravvivenza era assicurata esclusivamente grazie al sostegno del respiratore automatico e dell'alimentazione artificiale, ma era persona lucidissima e determinata, al pari del Dj Fabo, che invece non era completamente autonomo nella respirazione e in altre funzioni vitali e divenne gravissimo disabile tetraplegico e con cecità permanente, a seguito di incidente stradale. Diversamente, Eluana Englaro, pure a seguito di grave trauma cranico da incidente automobilistico, versava in stato vegetativo permanente, condizione clinica caratterizzata dalla presenza di vigilanza, di cicli sonno veglia, della funzione respiratoria ed anche dal mantenimento delle funzioni autonome dell'ipotalamo e del tronco, da una funzione motoria non finalistica, ma da assenza della coscienza, senza alcun segno di attività psichica e di partecipazione all'ambiente; condizione clinica quindi ben distinta dal coma, dallo stato di minima coscienza e dalla locked-in sindrome.

c "...una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che ella reputa intollerabili" (Corte Costituzionale sentenza 242/2019).

Tant'è che è emblematico che al principio della dignità della persona, nella differente significazione ed interpretazione, si richiamano sia chi è favorevole all'eutanasia e al suicidio assistito sia chi ne è contrario.

Questo vale per i giudici sia in chi può autodeterminarsi, esprimendo liberamente la propria volontà, sia in chi non competente perché in stato vegetativo, pervenendo in tali casi alla seguente successione di ragionamento consequenziale: precarietà della vita a causa di malattia, giudizio di vita non degna o poco degna, secondo modelli di dignità umana propri dell'interessato, espressione di volizione consapevole e libera, riconoscimento del diritto di autodeterminazione del paziente nella decisione di sospendere i trattamenti salvavita o anche nella richiesta di aiuto al suicidio.

Difatti, per i giudici della Consulta (*sentenza n. 242/2019*) quest'ultima evenienza si legittima perché, ritengono che *“il divieto indiscriminato di aiuto al suicidio finisce per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie [...] con conseguente lesione del principio della dignità umana...”* e pertanto con l'aiuto di un soggetto terzo questa è l'unica possibilità *“per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto”*⁽⁴⁾.

Ma appare anche evidente e di estrema importanza evidenziare che nelle sentenze si tende sempre a circoscrivere la possibilità della disponibilità della vita da parte di chi ne è titolare (non sempre e in ogni caso quindi) ma solo quando siano presenti delle specifiche condizioni, in virtù delle quali, e solo in presenza di esse, è possibile procedere.

Così per la vicenda Englaro i presupposti (la condizione di stato vegetativo accertato come irreversibile, insieme alla chiara volontà, seppure ricostruita, della paziente ecc.) sono determinanti per sospendere l'idratazione e l'alimentazione artificiale, perché *“ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa”*⁽⁶⁾. Così anche nella sentenza 242/2019 della Consulta⁽⁴⁾.

Come a dire che in una sorta di bilanciamento, l'autodeterminazione del paziente sulla disponibilità della propria vita prevale sul principio della tutela della vita umana stessa e del diritto alla vita (che comunque sono riconosciuti) solo e soltanto in determinate e precise circostanze cliniche e situazionali.

CONCLUSIONI

Il diritto all'autodeterminazione del paziente, attraverso il consenso informato, è stato riconosciuto dal nostro ordinamento ed ha trovato compiuta espressione con la legge 219/2017 e in tal senso il medico, con la negazione o la revoca del consenso, non solo omettendo ma anche attraverso un “facere” (esempio: il distacco del ventilatore polmonare e conseguente sedazione palliativa profonda nell'imminenza della morte) desiste ulteriormente dai trattamenti sanitari.

Ciò riguarda la disponibilità della propria vita, (è un “lasciarsi morire” o fare in modo che “la malattia faccia il suo corso”) e come già osservammo in altra riflessione⁽⁸⁾, non c'è nella legge 219/2017 il coinvolgimento e l'intervento di terzi, che agisce attraverso un farmaco letale (eutanasia) o prescrivendo, indicando, fornendo al paziente lo stesso farmaco letale (suicidio assistito o medicalizzato). Quest'ultima evenienza è stata invece ammessa lecita, seppure in determinate circostanze con la sentenza 242/2019 della Consulta.

Dall'analisi fatta in precedenza è da dire che le determinazioni giudiziarie nel fine vita nella loro evoluzione anche storica appaiono indubbie, stabilendo importanti principi giurisprudenziali, che prescindevano anche da una norma legislativa e che sovente la anticipavano; pur tuttavia rimangono aperti diversi risvolti etici e bioetici riguardo alle argomentazioni addotte nelle sentenze, nella loro interpretazione e applicabilità.

Cioè a dire, per esempio, che nonostante quanto acclamato si paventa però che il riferimento alla “dignità” possa riguardare il concetto stesso di “persona” in senso riduzionista cioè che viene ritenuta tale solo chi possiede determinate funzioni, in difficili aporie tra coscienza, autocoscienza, facoltà intellettive e volitive, corpo, ecc.

Pertanto entra nella questione, oltre il concetto di qualità della vita, la nota differenza tra “vita biologica” e “vita biografica”, che rimanda alla differenza tra “essere in vita” e “avere una vita”, cioè tra il vivere in senso puramente biologico ed essere soggetto di una storia personale, come approfondita tra gli altri da James Rachels^(9,10), con l'apprezzamento, rivendicato da parte di quest'ultimo, anche dal punto di vista morale, solamente della seconda rispetto alla prima.

È anche vero che si può pervenire ad una estremizzazione opposta nel sostenere che si è persona solo nella “biologia” e quindi nella difesa della vita-corpo, fino a configurare, nelle sue affermazioni più estreme, un astratto “dovere di vivere” sempre e comunque, per cui più che essere importante la vita intesa come esperienza esistenziale, è il corpo che diviene una sorta di totem da salvaguardare o di simulacro da custodire ad ogni costo; quindi è lecito e opportuno non misconoscere o disgiungere la componente biografica da quella biologica, soprattutto nei casi limite delle decisioni di fine vita.

Nelle opposte estremizzazioni si determinerebbe perciò un'equiparazione riduzionista ontologica della persona alla solo coscienza da una parte o al solo corpo dall'altro.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 219 del 22 dicembre 2017: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”
2. BATTIMELLI G.: *È sempre lecito il rifiuto delle cure?* Civitas Hippocratica, 2016 Anno (XXXVII); 5/6: 61-63
3. BATTIMELLI G.: *Il suicidio medicalmente assistito. Una riflessione su alcune questioni che rimangono aperte dopo la sentenza della Consulta e in attesa di una legge.* Civitas Hippocratica, 2021 (Anno XLII); 5/6: 47-52

4. Corte Costituzionale, Sentenza 242/2019 nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale. Udienza Pubblica 24/09/2019; Decisione del 25/09/2019; Deposito del 22/11/2019; Pubblicazione in G. U. 27/11/2019 n. 48 nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale
5. Tribunale di Roma, Sezione I civile, Ordinanza 16 dicembre 2006.
6. Corte di Cassazione, Sentenza n. 21748, 4 ottobre 2007
7. Tribunale di Roma, Sentenza del GIP, 23 luglio 2007
8. BATTIMELLI G.: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (Legge n. 219 del 22 dicembre 2017). Un commento critico.* Orizzonte Medico, 2018 (Anno LXXIII); 4: 16-33
9. RACHELS J.: *The End of Life. Euthanasia and Morality.* James Oxford University Press, 1986
10. RACHELS J.: *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia.* Casale Monferrato. Edizioni Sonda, 1989
11. REICH WARREN T.: *Encyclopedia of Bioethics.* Macmillan Pub. Co. New York: Simon & Schuster Macmillan ; London: Prentice Hall International, ©1995
12. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica.* Trattati e manuali. Bioetica e Medicina, vol. I pag. 137-169. Vita & Pensiero. Milano, 2007
13. PALAZZANI L.: *La linea del dibattito bioetico tra dovere di vivere e diritto di morire.* In Quaderni di diritto e politica ecclesiastica, 2015 (23); 1: 197-208
14. D'AGOSTINO F.: *L'indisponibilità della vita.* Avvenire 7.10.2008
15. BECCHI P.: *Il doppio volto della dignità.* Rivista internazionale di filosofia del diritto, 2012; 4: 587 ss
16. NAVARINI C.: *Autonomia e autodeterminazione. Profili etici, bioetici e giuridici.* Editori Riuniti University Press, 2011
17. FLICK G.M.: *Elogio della dignità.* Libreria Editrice Vaticana, 2015

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Italian Medical Research
Provider ECM n.1344
ecmitalianmr.it

Evento n. 353511

IMR 

7.3
Crediti
ECM

Evento RES ECM Gratuito

Comprehensive Approach To Squamous Cell Carcinoma Of The Head And Neck: From Biology To Clinic

Grand Hotel Capodimonte
Napoli

30 giugno
14.00-18.30

1 luglio
09.00-12.30

Responsabili Scientifici

Dott. Raffaele Addeo
Dott. Francesco Perri

Assistenza: 0824 23156 -
assistenza@italianmr.com
Per iscriversi: registrati su
ecmitalianmr.it

Programma – 30 giugno

14.00 – Registrazione partecipanti

Saluto delle autorità: *Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo*

Presentazione del corso ed obiettivi – *Prof. Franco Ionna; Dott. Francesco Perri; Dott. Raffaele Addeo*

Session I: The evolving landscape of treatments for locally advanced disease | *Chairmen: Prof. Franco Ionna, Dott. Paolo Muto, Dott. Francesco Perri*

14.15 – The evolving role of surgery in managing SCCHN: new insights. – *Dott. Ettore Pavone*

14.35 – Radiation therapy: a giant against enemies. – *Dott. Francesco Miccichè*

14.55 – Concomitant chemo-radiation: a big and intriguing challenge. – *Dott. Salvatore Alfieri*

Coffee Break

15.10 – The role of Immunotherapy in Locally advanced SCCHN: present or future? – *Prof. Silvia Mezi (lectio magistralis)*

15.40 – Discussion (the landscape of treatments in L/A SCCHN) – *Prof. Franco Ionna, Dott. Francesco Perri, Dott. Paolo Muto*

Session II: Pre-Therapy Assessment and evaluation of response and supportive therapy (pain therapy and nutritional support): two pivotal points. | *Chairmen: Dott. Fabio Sandomenico, Dott. Valeria Turrà*

16.00 – Pathological assessment. – *Dott. Anna Grimaldi*

16.20 – Evaluation of response: iRECIST...what's new? – *Dott. Fabio Sandomenico*

16.40 – The role of nutritional support: not only palliative role. – *Dott. Zurlo*

17.00 – Pain therapy and its crucial role. – *Dott. Cascella*

17.20 – Management of Therapy related toxicities: mucositis, liver and other. – *Dott. R. Manzo*

17.40 – Discussion (Pre-therapy assessment)

18.30 – **End of day I**

Programma – 01 luglio

Session III: Recurrent/metastatic SCCHN: present and future | *Chairmen: Dott. Raffaele Addeo; Dott. Filippo Ricciardiello; Prof. Marco Carraturo*

9.00 – Treatment of recurrent/metastatic disease: from chemotherapy to immunotherapy. – *Dott. Morena Fasano*

9.20 – Future perspectives and future indications of immunotherapy in SCCHN. – *Prof. Francesco Sabbatino*

9.40 – Strategies able to boost the immune response: the role of Electrochemotherapy. – *Prof. Francesco Longo*

Coffee Break

10.30 – Indications of Radiotherapy in recurrent/metastatic disease. – *Dott. Sergio Buonopane*

10.50 – Discussion (Treatment options in R/M SCCHN) – *Dott. Raffaele Addeo, Dott. Filippo Ricciardiello, Prof. Marco Carraturo*

Session IV: Translational insights and their role in SCCHN management. | *Chairmen: Prof. Michele Caraglia, Prof. Stefano Pepe*

11.20 – Translational insights in Head and Neck Oncology. – *Prof. Marco Merlano (lectio magistralis)*

11.40 – Interactions between tumor biology, micro-environment, immune system and metabolism: a labyrinth. – *Dott. Francesco Perri*

12.00 – Discussion (Translational Research in SCCHN) – *Prof. Michele Caraglia, Prof. Stefano Pepe*

Ore 12:30 – **End of the meeting and evaluation test**

Destinatari: Medico Chirurgo; Anatomia Patologica; Oncologia; Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia); Nutrizionista; Farmacista; Biologo; Infermiere. | **Obiettivo:** [3] Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura.

Con il contributo non condizionante di



Convegni

LILT Associazione di SALERNO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Salerno

ONCOLOGIE A CONFRONTO

Salerno, Palazzo Sant'Agostino - Provincia di Salerno

VENERDÌ 27 - SABATO 28 MAGGIO 2022

Responsabili Scientifici: Clementina SAVASTANO - Giuseppe PISTOLESE

PROGRAMMA PRELIMINARE

Venerdì 27 maggio 2022

16.00 Saluti e introduzione ai lavori congressuali

INNOVAZIONE, SOSTENIBILITÀ E MODELLI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Presidente *Enrico COSCIONI*

Moderatori: *Giovanni IANNIELLO - Salvatore PALAZZO – Carmine SELLERI*

16.15 **ONCOLOGIA E ISTITUZIONI**

Partecipanti *Paola ADINOLFI - Vincenzo D'AMATO - Giovanni D'ANGELO - Amelia FILIPPELLI
Antonio GIORDANO - Giuseppe LONGO – Ferdinando PRIMIANO*

Prima Sessione

Moderatori: *Antonio FEBBRARO - Giovannella PALMIERI*

17.00 **NEOPLASIA DELL'OVAIO, UPDATE E ALGORITMI TERAPEUTICI**

Sandro PIGNATA

17.15 **TUMORI NEUROENDOCRINI AVANZATI**

Nicola FAZIO

17.30 **Discussione interattiva**

Discussant: *Raffaele ADDEO - Elisabetta ANGRISANI - Anna APICELLA - Enrico BARBATO
Carlo BUDETTA - Pasquale CIRILLO - Chiara DE DIVITIIS - Maria Di LANNO
Marilena DI NAPOLI - Claudia FERRARA - Emilia INGENITO - Roberto IOVIENO
Diana LAZIO - Walter MARRA - Manuela MUSICÓ - Ferdinando RICCARDI
Antonietta SABIA - Fiorenzo SQUAME - Alessandra VERNAGLIA*

17.45 **Pausa**

18.00 **IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:
GESTIONE DELLE TERAPIE DI SUPPORTO IN ONCOLOGIA**

Emesi *Mielodepressione Dolore*

Conduce: *Domenico BILANCIA – Alfonso Maria D'ARCO*

Partecipanti: *Mariella ALFIERI - Elio GIUSTO - Mario GUARIGLIA - Fortuna LOMBARDI - Luigi PESCE
Matteo RISPOLI - Carla SABATELLA*

18.45 **ONCOLOGIA E VOLONTARIATO**

Conduce: *Giuseppe PISTOLESE - Cosimo MAIORINO*

Partecipanti: *Oto CUSANO - Renato GAMMALDI - Teresa GIORDANO - Maurizio PINTORE
Giuseppe PISTOLESE - Anna Iolanda RISPOLI*

19.30 **Chiusura dei lavori prima giornata**

Sabato 28 maggio 2022

Prima Sessione

Moderatori: Gerardo BOTTI – Giacomo CARTENI – Umberto GRECO – Giovannella PALMIERI

9.15 TERAPIA DEL MELANOMA

Paolo Antonio ASCIERTO

9.30 CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO

Gaetano FACCHINI

9.45 NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA RENALE

Giuseppe DI LORENZO

10.00 Discussione interattiva

Discussant: Ermanno ALBANO – Davide BOSSO – Antonio BRANDO – Alessia CALEO
Michele CALIFANO – Daniela COMUNALE – Bruno CURCIO – Antonio D'ANTONIO
Salvatore DE GIROLAMO – Luigi DE LUCIA – Chiara DELLA PEPA
Antonietta FABBROCINI – Ernesto FALCONE – Domenico GERMANO – Geppino GENUA
Antonio GRIMALDI – Luigi LEO – Roberto MABILIA – Maurizio MATARESE
Gaetano PELLEGRINO – Livio PUGLIA – Laura PESCE – Salvatore RAELE
Raffaella RUOCCO – Paola RUSSO – Annarita ROSCIGNO – Sarah SCAGLIARINI
Giuseppe SCIMONE – Giovanni VALERIANI

Seconda Sessione

Moderatori: Giuseppe COLATUONI – Luigi CREMONE – Ferdinando RICCARDI – Emanuela ROSSI

10.15 TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE MAMMARIE AVANZATE HER2 POSITIVE

Luigi LEO

10.30 TERAPIE NEL TUMORE MAMMARIO ORMONOPOSITIVO

Mario GIULIANO

10.45 NUOVE EVIDENZE PER IL TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE TRIPLO-NEGATIVE

Michele ORDITURA

11.00 I TEST GENOMICI NELL'APPROCCIO TERAPEUTICO ALLE NEOPLASIE MAMMARIE

Chiara DE DIVITIIS

11.15 Discussione interattiva

Discussant: Maria Rosaria ARGENZIO – Annamaria CASCONI – Cristiano CREMONE
Luigi CREMONE – Giuseppe COLANTUONI – Michela DAVINO – Sabina D'AMATO – Angela DE CHIARA
Anna DIANA – Concetta DELLO IOIO – Claudia FERRARA – Adriano GRAVINA – Maria LAMBERTI
Rossella LAURIA – Arturo LOSCO – Antonio SPADINO – Carmen PACILIO

11.30 Pausa

Terza Sessione

Moderatori: Davide DI GENNARO – Luigi MAIORINO – Franco Vito PIANTEDOSI

11.45 TERAPIE DEI TUMORI POLMONARI AVANZATI NSCLC (non-small-cell lung cancer)

Alessandro MORABITO

12.00 NUOVE EVIDENZE NEL TRATTAMENTO DEL SCLC (small-cell lung cancer)

Antonio ROSSI

12.15 Discussione interattiva

Discussant: Teresa BELLELLI – C. Andrea CALVANESE – Giuseppina DELLA VITTORIA
Salvatore FELICIANO – Gabriella FIORILLO – Annamaria LIBROIA – Fortuna LOMBARDI
Massimo SCARANO

Quarta Sessione

Moderatori: Bruno DANIELE – Salvatore DEL PRETE - Luigi LEOPALDI - Vincenzo PILONE

**12.30 TRATTAMENTO DEI TUMORI COLO-RETTALI IN STADIO AVANZATO:
NUOVI ALGORITMI TERAPEUTICI?**

Vincenzo MONTESARCHIO

12.45 CARATTERIZZAZIONE MOLECOLARE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

Celeste FUSCIELLO

13.00 Discussione interattiva

Discussant: Linda ALVINO – Geraldina CONSULMAGNO – Carlo DE SANGRO – Biagio DELLA ROCCA
Emilio GRECO – Ortensio LETIZIA – Pietro MASULLO – Mario POLICHETTI
Carmine SELLITTO – C. Candida STANZIONE – Salvatore TRAMONTANO

13.15 Conclusioni

Clementina SAVASTANO

Razionale

L'edizione 2022 del Congresso, sulla scorta del successo di qualità didattica e partecipazione che si è registrato nelle precedenti edizioni, concentrate sull'appropriatezza in oncologia, prenderà in esame il trattamento combinato delle principali neoplasie, tenendo presente la multidisciplinarietà come metodologia imprescindibile in oncologia, sia nella fase diagnostica, sia nella strategia terapeutica, mantenendo come prerogativa la centralità del paziente.

L'evento si propone di fornire, come sempre, una ampia panoramica sulle innovazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle principali neoplasie, come riportato nei più importanti congressi internazionali e nelle pubblicazioni delle più prestigiose riviste scientifiche, avvalendosi della partecipazione dei principali opinion leader dell'oncologia.

La struttura formativa è orientata al confronto con tutti i partecipanti ed il ruolo dei moderatori sarà quello di mettere in risalto il valore dei diversi specialisti nella medicina oncologica.

L'approccio multidisciplinare al cancro costituisce un aspetto preminente della moderna medicina oncologica, con l'intento di sviluppare piani di trattamento individuali basati sulla "best clinical practice" e si prefigge lo scopo di considerare il trattamento come una decisione collegiale che si concentri sui bisogni psicofisici della persona con diagnosi di cancro. Una prescrizione farmacologica, tra l'altro, può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche, per le quali il farmaco è stato dimostrato essere efficace e, più in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento), così da evitare un uso improprio e mancata aderenza terapeutica. Qualsiasi monitoraggio del consumo di medicinali non può prescindere dall'analisi dei profili di appropriatezza d'uso, attraverso l'individuazione di indicatori idonei a sintetizzare le scelte prescrittive del medico e le modalità di utilizzo del farmaco da parte del paziente.

I relatori, scelti sulla base delle loro specifiche ed elevatissime competenze, forniranno ai partecipanti, attraverso la presentazione delle conoscenze desumibili dalla letteratura scientifica, della propria esperienza clinica e del loro contributo alla ricerca, esaustive risposte ai quesiti che il Congresso si pone.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Clementina Savastano

e-mail: clementina.savastano@tiscali.it

Corrispondenza

Riceviamo e trasmettiamo



المستشفى الأهلي
AL-AHLI HOSPITAL

Hello

My name is Khaled El Emadi and i am the CEO of Al-Ahli Hospital. Al-Ahli Hospital is committed to providing the best health services which are in conformity with the international standards of quality at the levels of the facility as a whole and at the level of the medical, nursing and operational staff. The quality of the services rendered in our medical institution is a competitive advantage for us in the health sector, and is relied upon for continued success.

In Al-Ahli Hospital, we believe that providing the highest levels of comfort for our guests in a five-star hotel Set-up is the peak of excellence. With the support of members of Board of Directors of Al-Ahli Hospital, we managed to set strategic goals to provide multiple health care services under one roof which brings together world-class medical staff in terms of their qualifications, competence and experience.

In order to maintain our excellence and to maintain the highest quality standards in providing health care in the private health sector, we have an increased passion to pursue continuous development via expanding our work, acquiring the best medical devices, as well as diagnostic and treatment technologies. In addition, we pursue transforming the hospital into a coherent and integrated electronic system to facilitate developing curative plans for Guests.

In conclusion, we affirm our commitment to hard work, good planning, implementation and development, which stems from our ambition that Al-Ahli Hospital manages to position itself as a pioneer health care service provider, not only at the local level, but also at the regional level. We seek the services of the following:

- *Doctors
- *Dentists
- *Optometrists
- *Nurses
- *Health Workers
- *Caregivers
- *Hospital Ward Attendants
- *Medical Lab Scientists
- *Medical Imaging Scientists
- *Physiotherapists
- *Speech Therapist
- *Occupational Therapist
- *Physical Therapist

Our salary structure and allowances is very attractive and we are also offering accommodation. We are interested in both Full time and part time (consultancy) basis. If you are interested in joining us, send your CV/Resume to this email; contact@al-ahlihospital.com

Khaled Al-Emadi
CEO Al-Ahli Hospital
Ahmed Bin Ali Street
P.O.Box 6401
Doha, Qatar.
www.ahlihospital.com



FEDERAZIONE CIMO-FESMED

IL SINDACATO DEI MEDICI Federazione Sindacale Medici Dirigenti

Un quadro disarmante, composto da tante sezioni quanti sono i problemi principali che i medici italiani devono affrontare in ospedale ogni giorno. Un puzzle le cui tessere compongono la frustrazione e la delusione dei professionisti, e che spiegano i motivi che spingono sempre più medici ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale. È l'idea da cui è partita la campagna sui social network del sindacato dei medici CIMO-FESMED, aderente a CIDA, con l'intento di raccontare a Istituzioni e pazienti cosa significa essere un medico ospedaliero oggi: significa perlopiù essere "medici senza", lo slogan che accompagna la pubblicazione di ciascun post dedicato all'analisi di una tessera del puzzle, di una sfaccettatura del disagio della professione, dei diritti e tutele che negli anni sono stati sottratti alla categoria.

La campagna è culminata con la pubblicazione del dossier "Medici senza futuro, un futuro senza medici – Tutte le ragioni del disagio dei medici ospedalieri e i perché della fuga dal Servizio sanitario nazionale", in cui il

sindacato offre una panoramica sulle criticità riscontrate dai medici dipendenti del SSN.

L'immagine che ne emerge rende più chiaro perché "quello italiano non è un Servizio sanitario nazionale per medici", come recita l'introduzione del dossier: la carenza di personale, che è destinata a peggiorare se non si pone un freno alla fuga; i turni di lavoro massacranti, per cui è ormai normale lavorare per più di 50 ore a settimana, fare 7-8 notti al mese e non andare in ferie per anni; le 2.500 aggressioni e i 35 mila contenziosi che si registrano in sanità ogni anno, ritenuti inevitabili effetti collaterali della professione; il taglio delle strutture complesse e semplici, che impedisce all'84% dei medici di fare carriera; il continuo task shifting e la creazione di nuove figure gestionali a scapito dei medici; il controllo sempre più opprimente delle Direzioni. Il tutto con stipendi che sono tra i più bassi d'Europa, falcidiati per anni da tagli indiscriminati ai fondi contrattuali, e con il 98% delle Aziende che continua ad applicare il contratto collettivo di lavoro 2006-2009: in molti ospedali le trattative decentrate del CCNL 2016-2018 non sono nemmeno iniziate, e per il rinnovo del contratto 2019-2021 si attende ancora l'atto di indirizzo da parte delle Regioni.

«Il quadro offerto dal dossier impedisce di biasimare i colleghi che decidono di abbandonare il Servizio sanitario nazionale – commenta il Presidente della Federazione CIMO-FESMED Guido Quici -. Occorre un piano straordinario di assunzioni, rinnovare i contratti di lavoro e renderli realmente esigibili con penalizzazioni a carico delle aziende inadempienti, ricreare un clima più sereno in corsia, riformare gli ospedali in modo da consentire ai medici di partecipare al governo clinico delle attività, garantire reali opportunità di carriera. Se ai medici non si offre un futuro, la sanità pubblica rischia un futuro senza medici».

www.federazionecimofesmed.it
e-mail: segreteria@federazionecimofesmed.it

