

**ORDINE DEI MEDICI**  
chirurghi e odontoiatri  
**della provincia di Cuneo**

4

2019

AL CENTRO

**Speciale DAT, inserto  
da staccare e conservare**



## GLI UFFICI DELLA SEGRETERIA SARANNO CHIUSI IL 15 E IL 16 AGOSTO 2019

### ORARI E CONTATTI DELL'ORDINE

La Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cuneo si trova in Via Goffredo Mameli 4/bis ed è aperta nei seguenti giorni e orari:

- Lunedì / Mercoledì ..... dalle ore 9 alle ore 17
- Martedì / Giovedì / Venerdì ..... dalle ore 9 alle ore 13
- Sabato ..... chiuso

Contatti: Tel. 0171 692195 - Fax: 0171 692708  
email: segreteria@omceo.cuneo.it email PEC: segreteria.cn@pec.omceo.it

### PROMOZIONE DI CONGRESSI E CONVEGNI

Le notizie su convegni e congressi vengono pubblicate in apposita sezione del notiziario. Ricordiamo a tutti i colleghi che, in base alle scadenze di pubblicazione programmate (di norma, intorno al giorno 15 dei mesi di febbraio, aprile, giugno, agosto, ottobre e dicembre), è indispensabile che le informazioni sugli eventi vengano inviate con abbondante anticipo (tre mesi prima della data fissata per l'evento).

### INVITO A COLLABORARE AL NOTIZIARIO

Ricordiamo che la collaborazione al Notiziario è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto di valutare la pubblicazione e di elaborarne il testo secondo le esigenze redazionali: viene comunque raccomandata la brevità. Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 20 settembre 2019: detto termine per ragioni organizzative deve intendersi come tassativo.

## IN QUESTO NUMERO

Franco MAGNONE



Apriamo con l'editoriale del vicepresidente Claudio Blengini, che affronta tre importanti argomenti: l'etica nelle professioni sanitarie, l'obbligo dell'aggiornamento ECM (più avanti potete leggere il testo della newsletter che il Presidente ha inviato a tutti i medici che hanno fornito il proprio indirizzo e-mail all'Ordine) e... l'obbligo dei medici di pagare annualmente la quota d'iscrizione. A tal proposito - so di ripetermi - trovo molto utile la possibilità dell'addebito diretto della quota su conto corrente (normalmente gratuito), così come facciamo per le varie bollette: mi rifiuto di credere che qualcuno di noi ogni due mesi si metta in fila, in banca o alla posta...

A seguire, questo numero contiene molti articoli sulle DAT, le Disposizioni Anticipate di Trattamento, normate dalla Legge 219 del 2017: il documento dell'Ordine per l'applicazione delle DAT, presentato dal consigliere Giorgio Fossati; l'articolo del prof. Rimedio sul caso Lambert; il convegno, previsto per ottobre, allo scopo di illustrare alla cittadinanza queste DAT.

**Il documento, elaborato dall'Ordine, sulle DAT è presente nelle pagine centrali del notiziario: potete staccarlo e conservarlo.**

Il collega Riccardo Schiffer ci propone la seconda parte del suo contributo sulla stabilometria clinica. Marina Vallati, per l'angolo del pediatra, si sofferma sulla necessaria equità nella tutela della salute dei minori.

Il professor Antonio Rimedio, bioetico noto ai lettori, ci offre le sue ampie considerazioni sugli stati vegetativi, partendo dal caso del francese Vincent Lambert.

Presentiamo quindi una nuova rubrica, che speriamo raccolga il favore degli interessati. Intendiamo presentare libri, scritti da medici, che non parlino di medicina. Inizio io, con "Storie nere in stanze d'analisi", cinque racconti gialli scritti da un mio caro compagno d'università, Marcello Turno, psichiatra e psicanalista.

Il collega Bruno Durbano, dell'Hospice di Busca, ci parla del ventesimo anniversario di questa benemerita struttura.

Segue un interessante contributo di quattro colleghi sui problemi, sempre attuali, della comunicazione in medicina. Articolo da leggere, meditare e, perché no, approfondire.

Pubblichiamo una notizia che potrà interessare i numerosi colleghi della provincia iscritti a Cassa Galeno, la società mutua cooperativa riservata a medici e odontoiatri. È divenuta operativa la convenzione diretta della Cassa con la casa di cura dell'Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo: in altri termini, i soci possono ricoverarsi nella prestigiosa struttura senza dover anticipare nulla.

Abbiamo poi i convegni, in primis la seconda edizione delle molte facce del dolore cronico, che si terrà a Savigliano il 14 settembre. A ottobre si terrà anche l'annuale congresso organizzato dalla Commissione Maxiemergenze, sul tema del soccorso occasionale.

Chiudiamo con le condoglianze e le iscrizioni/cancellazioni. I verbali del Consiglio Direttivo e della Commissione Albo Odontoiatri potrete leggerli, come sempre, nell'area riservata del sito dell'Ordine.



## 1,2,3 ... FERIE

Claudio BLENGINI



### UNO E SE IL PROBLEMA FOSSE L'ETICA?

È una frase che mi è frullata più volte nella mente mentre partecipavo a Roma ad una delle sessioni dei lavori della FNOMCeO sugli "Stati Generali della medicina". Ma andiamo con ordine. La Federazione sta approntando un lungo e complesso percorso per riflettere sulla rifondazione della medicina. Percorso che avverrà secondo una precisa agenda di incontri già definita, dividendo per macroaree i temi da trattare. Il tutto terminerà tra qualche mese con un Consiglio Nazionale straordinario in cui verranno presentate e approvate le conclusioni di questo complesso e articolato lavoro che definirà la nuova figura del medico del terzo millennio. Credo quindi che sia opportuno e fondamentale che i colleghi conoscano, almeno a grandi linee, quello che bolle in pentola visto che la riflessione che si sta affrontando riguarda la categoria nel suo insieme. Tali sono i cambiamenti nella società, nei cittadini/pazienti, così come nei rapporti, interazioni e ruoli, che si è sentito il bisogno, come categoria, di ripensare alla figura del medico e alla medicina nel suo complesso, proprio alla luce di queste mutazioni epocali. Cambiamenti che necessitano una rivisitazione e un'attualizzazione della medicina, ridefinendone ambiti, prospettive, limiti, e del ruolo del medico. Il presidente ed io ci siamo divisi l'impegno di partecipare alle diverse tappe di questo percorso. A me è toccata la prima sessione cioè la macroarea "I CAMBIAMENTI E LA CRISI".

Cinque sono state le sottocommissioni che hanno trattato i seguenti argomenti:

- Crisi della medicina
- Questione medica
- Crisi della metodologia e crisi dell'epistemologia
- Il "genere" e la questione medica
- Errori e insuccessi.

Mi sono chiesto più volte, partecipando al dibattito, se forse la chiave di lettura e di svolta di molti, se non tutti i cambiamenti, non fosse l'etica. L'etica come linea guida nel rapporto tra colleghi, tra professionisti e tra professioni. Credo che proprio l'etica sia uno degli elementi chiave del ruolo e della professione medica. E credo anche che proprio l'etica sia spesso la cenerentola o la grande assente della professione.

A confermare tutto questo, in una riflessione che va oltre la nostra professione, mi ha colpito l'iniziativa del quotidiano sanitario nazionale *AssoCareNews.it* dal titolo *#Segnalachidorme*.

Il testo integrale, per chi fosse interessato, è reperibile al seguente link:  
<https://www.assocarenews.it/medici/medici-dormono-di-notte-nei-reparti-infermieri-oss-e-professionisti-sanitari-segnalano-ad-aziende-sanitarie/>:

### Dal sito *assocarenews*

Parte l'iniziativa del quotidiano sanitario nazionale *AssoCareNews.it* dal titolo *#Segnalachidorme*. La stessa è rivolta a Infermieri, Infermieri Pediatrici, Ostetriche/i, Professionisti Sanitari e Operatori Socio Sanitari che vengono invitati a segnalare la presenza nei loro reparti di Medici che puntualmente dormono in reparto e in servizio durante il turno di notte.

A disposizione dei nostri lettori l'e-mail [segnalachidorme@gmail.com](mailto:segnalachidorme@gmail.com) cui è possibile mandare segnalazioni inerenti la presenza di Medici nei reparti in cui lavorano Infermieri, Oss e Professionisti Sanitari di tutte le discipline.

*Il divieto di dormire durante il turno di lavoro riguarda tutti i Professionisti della Salute, Medici compresi. E non vi è alcuna prerogativa da parte di questi ultimi, che spesso abusano della loro posizione "dominante". Le dirigenze hanno paura ad intervenire sul personale medico e nei fatti fanno finta di non sapere. Informiamole noi di quanto accade tutte le notti nei Reparti sanitari italiani, soprattutto nelle Medicine, Lungodegenze, Geriatrie e Pronto Soccorso.*

Il quotidiano garantisce l'anonimato più assoluto sui segnalatori. Inoltre assicura che vaglierà ogni singola denuncia comunicando il tutto all'Azienda sanitaria interessata...

*E tu cosa aspetti? #Segnalachidorme: LINK*

Sono stato presente, sempre a Roma in FNOMCeO, alla tavola rotonda tra tutte le professioni di area sanitaria durante la commemorazione dei 40 anni dall'istituzione del SSN. Si parlava di collaborazione, di confronto aperto per camminare insieme nel nuovo millennio ad affrontare le nuove sfide che toccheranno alla sanità per garantire ancora un'assistenza equa, capillare, continua, efficiente ed efficace a tutti i cittadini. Iniziative come quella citata non mi sembra vadano in questo senso. Il confronto è sempre utile e produttivo, istigare alla delazione invece che affrontare i problemi in un confronto aperto tra le categorie non mi sembra utile né tanto meno produttivo. Abbiamo chiesto alla Federazione di occuparsi del problema, se il buon giorno si vede dal mattino direi che trovate come questa non sono certo un buon inizio, né un buon viatico per la collaborazione.

Riflettere sulla professione è certo necessario per provare a ripensare un ruolo innovativo per il medico del nuovo millennio, dati i cambiamenti in corso e quelli che avverranno in modo sempre più tumultuoso negli anni a venire. È una sfida importante, direi epocale, per non trovarsi spiazzati di fronte ai nuovi scenari che la professione sta già proponendo e che continuerà a proporre. La speranza è solo che da questa corposa macchina di pensiero si arrivi a conclusioni altrettanto efficaci, così come a tutele puntuali della professione se e dove è necessario. Speriamo...

**DUE**

Corre l'obbligo a questo Consiglio informare i colleghi, come è stato già fatto tramite newsletter e sul sito, che entro il 31/12/2019 va completata l'acquisizione di tutti i crediti per il triennio in corso. È possibile sanare anche quelli per il triennio precedente acquisendo i crediti mancanti in aggiunta nel triennio attuale. Al di là di eventuali possibili rischi sanzionatori, che speriamo la Federazione nazionale non ci obblighi ad applicare, serve ricordare che in caso di contenzioso l'assicurazione potrebbe creare problemi a coprire eventuali risarcimenti così come c'è la concreta possibilità, come è già avvenuto, che il giudice consideri la mancata acquisizione dei crediti un'aggravante. Infine i crediti sono essenziali per la partecipazione a concorsi. Come diceva il conduttore di una vecchia e nota trasmissione radiofonica: "meditate gente, meditate..." E soprattutto correte ai ripari finché siete in tempo.

**TRE**

L'iscrizione all'Ordine è una condizione indispensabile per poter svolgere la professione. A questo proposito corre l'obbligo di rilevare come tutti gli anni utilizziamo un numero significativo e corposo di ore della segreteria per contattare i colleghi morosi pregandoli di ottemperare a un obbligo di legge. Poiché il Consiglio gestisce, speriamo sempre al meglio, il patrimonio di tutti i medici della nostra provincia, non ci sembra logico continuare a far spendere a tutti i nostri iscritti le ore di personale impiegate per richiamare "all'ordine" gli inadempienti. Non ci sembra questo il lavoro che debbono fare le nostre segretarie, che hanno tante altre cose più importanti da seguire certamente più utili e proficue per tutti. Una nuova recente disposizione però ci viene in aiuto su questo problema e ci obbliga a informare i colleghi morosi. Trovate questa informativa sulla newsletter e sulla mailing list oltre che sul sito dell'Ordine. Inoltre invieremo ai colleghi che sono in ritardo con il pagamento prima un avvertimento tramite ITAL-RISCOSSIONI. A questa seguiranno sempre all'indirizzo degli interessati tre raccomandate successive a cadenza mensile. Se dopo l'invio delle tre raccomandate questi risulteranno ancora inadempienti ci vedremo costretti a cancellarne l'iscrizione per morosità con tutte le conseguenze che da questo possono derivare. Questa informazione riguarda ahimè non pochi colleghi, visto che al momento attuale gli inadempienti risultano essere ben 228. Anche per questi, pur non avendone recepito la quota di iscrizione, siamo comunque costretti ad inviare in FNOMCeO la parte di quota di iscrizione prevista per il nazionale. Se non lo avessimo fatto avremmo dovuto rinunciare al contributo significativo che la Federazione ha offerto agli Ordini provinciali per migliorare il servizio agli iscritti, e di cui abbiamo usufruito. Contributo che ci ha permesso di coprire una quota significativa di spese che abbiamo intrapreso per migliorare i servizi offerti ai nostri iscritti. Si ricorda infine ai colleghi interessati che dopo questo sollecito abbiano provveduto al pagamento della quota di iscrizione all'Ordine di inviare tempestivamente e tassativamente alla segreteria del nostro Ordine la ricevuta dell'avvenuto pagamento onde evitare la cancellazione.

E infine a tutti, a nome del Consiglio, i migliori auguri di buone ferie, certamente meritate, a cui aggiungiamo la nostra disponibilità di sempre ad ascoltare suggerimenti, proposte e iniziative di interesse per i nostri iscritti. La segreteria, la giunta e il Consiglio sono sempre a vostra disposizione, se chiedete faremo tutto il possibile per rispondere nel modo migliore.

**FABBISOGNO ECM**

Giuseppe GUERRA



Caro Collega, corre l'obbligo a questo Ordine segnalare che tutti i medici sono tenuti a completare l'acquisizione dei crediti per il triennio in corso entro e non oltre il 31/12/2019.

Parimenti sempre entro tale data è possibile sanare anche le eventuali carenze di crediti per il triennio precedente.

La presente ha quindi lo scopo di sollecitarti a metterti in regola con l'acquisizione dei crediti per l'attuale triennio così come per quello precedente.

Con la presente ti invitiamo pertanto a controllare al più presto i crediti acquisiti fino ad oggi per entrambi i trienni e qualora riscontrassi carenze nell'acquisizione degli stessi per i trienni sopra indicati ti preghiamo di provvedere al più presto a metterti in regola.

Ti ricordo, infine, di valutare la concreta possibilità che in difetto dei crediti l'assicurazione non garantisca il risarcimento, che la giurisprudenza tende a ritenere la mancata acquisizione dei crediti stessi un'aggravante e infine che avere i crediti in regola è condizione essenziale e preliminare per partecipare a concorsi.

Ti chiedo pertanto di registrarti e collegarti al seguente link per visionare la tua situazione: <http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

Cordiali saluti.

Il Presidente  
Dott. Giuseppe Guerra

*Questa comunicazione è stata inviata, lo scorso 1° luglio, tramite newsletter a tutti i colleghi che hanno fornito il proprio indirizzo e-mail all'Ordine.*

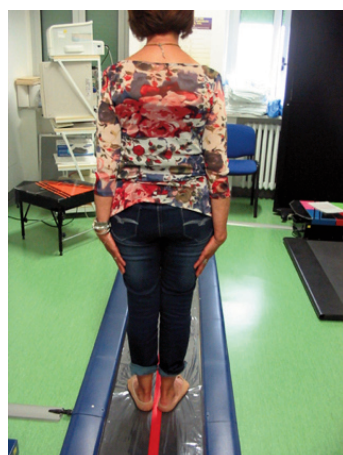


## LA STABILOMETRIA CLINICA

Riccardo SCHIFFER



Lo studio posturografico della **stazione eretta statica** in posizione del filo a piombo o con perturbazione (spinte) quindi dinamica, viene effettuato mediante l'uso della stabilometria. Per definizione è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica, in stazione eretta in postura di prova del filo a piombo (che può essere perturbata con delle spinte o pull-test), bipodalica con o senza ausili e ortesi. Da notare che differenziare fra stabilometria statica e dinamica può essere un apparente paradosso nonché ossimoro. Dal punto di vista neurofisiologico e biomeccanico, in realtà l'essere vivente seppure al nostro occhio possa sembrare apparentemente immobile ha continuamente una certa instabilità legata a fattori endogeni (tono muscolare, respirazione, movimenti balistici cardiaci, peristalsi intestinale, cognizione) e fattori esogeni (rumori, immagini, temperatura, perturbazioni).



Clinicamente noi possiamo allo stato attuale eseguire le seguenti analisi:

- stabilometria statica in appoggio bipodalico standard a 30 sec. Occhi Aperti /Occhi Chiusi
- stabilometria statica in appoggio bipodalico standard 30 sec. OA/OC: con capo retroflesso, con Test di Messermann, con Test della deglutizione
- stabilometria posturale in appoggio bipodalico secondo Gagey a 51" OA/OC
- Equitest in appoggio bipodalico
- stabilometria statica calibrata in appoggio bipodalico con rialzo a destra o sinistra (5 mm, 1 cm, 1 cm 1/2, 2 cm, 2,5 cm, oltre; standard a 30 sec. Occhi Aperti /Occhi Chiusi

Per conoscenza medica i parametri (indicatori) che si studiano ai fini clinici sono i seguenti:

- Cinetici: lunghezza della traccia, area sottesa, indice di eccentricità, inclinazione dell'asse, x e y medio, velocità media in antero-posteriore (AP), medio-laterale (ML); rapporto v.media ML/AP; indice di Romberg, variazioni direzione di oscillazione, rapporto: vel.AP, vel LL OC=>OA; permanenza raggio
- Cinematici: statochinesigramma, stabilogramma, radarbalance, rettangolo dei gomitoli, ellisse
- Quali-quantitativi: dominio delle frequenze (trasformata di Fourier o densità spettrale), ellisse, diagramma delle velocità

Per lo studio della stazione eretta statica in appoggio monopodalico eseguiamo:

- Stabilometria monopodalica ad arto contro laterale sollevato, a 5 sec. o 10 sec. ad OA/OC
- Stabilometria monopodalica ad arto contro laterale appoggiato, a 5 sec. o 10 sec. ad OA/OC

Gli indicatori utilizzati sono: velocità media destra e sinistra, lunghezza della traccia, area sottesa.

Utilità e appropriatezza del loro uso in clinica: disturbi dell'equilibrio di varia origine, studio delle catene cinetiche muscolari nelle sindromi posturali, studio delle eterometrie, degli asinclitismi, studio delle instabilità tibio-tarsiche post-traumatiche.

Condizioni di esecuzione dell'esame: il paziente viene invitato a stare fermo senza calzature, con le sole calze ai piedi, per 30-51.2-10 o 5 secondi al di sopra di una pedana.

Lo studio posturografico della **posizione seduta** utilizza:

- Stabilometria Statica con capo in posizione neutra
- Stabilometria Dinamica: con prove statico-dinamiche, sequenziali di capo-collo; a occhi aperti (OA), a occhi chiusi (OC); durata variabili da 30 sec. a 50 sec.

L'assisometria per la **posizione seduta statica** è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica, in posizione seduta, mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica.



L'assisometria per lo studio della posizione seduta perturbata è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica, in posizione seduta che viene perturbata (spinte), mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica. *Praticamente si effettuano una statica standard a 30 sec. A OA/OC, e una posturale a 51,2 sec. OA/OC.*

Gli indicatori specifici sono: cinetici (lunghezza della traccia, area sottesa, permanenza raggio). Cinematici (statochinesigramma, stabilogramma). Quali-quantitativi (dominio delle frequenze). L'assisometria calibrata a 30 sec. con rialzo calibrato all'emibacino destro o sinistro, utilizza come parametri di studio la posizione del centro di pressione (CoP) rispetto al crurogramma (disegno grafico della seduta su pedana), e l'analisi dei carichi.

La **crurografia** per definizione la valutazione delle pressioni ischio crurali (crurogramma) per area selezionata in posizione assisa con o senza ausili (cuscini antidecubito, altro).

Suoi indicatori specifici sono:

- Cinetici o quantitativi: area o superficie, pressione, carico in percentuale
- Cinematici o qualitativi: analisi colorimetrica.

Utilità e appropriatezza del loro uso in clinica: disturbi dell'equilibrio di varia origine, studio delle catene cinetiche muscolari nelle sindromi posturali, studio delle eterometrie, degli asinclitismi, studio delle instabilità tibio-tarsiche post-traumatiche, delle iperpressioni ischio-crurali (ulcere da decubito).

Condizioni di esecuzione dell'esame: il paziente viene invitato a stare fermo e seduto su di una pedana, per 30-50 secondi.

continua...

## EQUITÀ NELLA TUTELA DELLA SALUTE DI TUTTI I BAMBINI

Marina VALLATI



*“Promuovere e tutelare la salute fisica e psichica del neonato, del bambino e dell'adolescente, di ogni cultura ed etnia, difendendone i diritti nella società sin dal concepimento...”* recita, in un punto, l'art. 3 dello Statuto della Società Italiana di Pediatria. Garantire la possibilità a tutti i bambini che vivono in Italia, su tutto il territorio nazionale, di essere protetti da patologie che possono essere in alcuni casi devastanti fino a provocare la morte è compito primario di ogni pediatra: oggi in Italia è possibile. Nell'ultimo decennio, fino al 2016, la copertura vaccinale e soprattutto la cultura vaccinale stavano vivendo un preoccupante declino in un clima sociale poco sensibile alle sentite e ripetute segnalazioni del mondo scientifico sulla gravità della situazione.

L'alleanza della comunità scientifica, la sensibilizzazione ferma e determinata del mondo dell'informazione, l'attenzione e l'ascolto delle ragioni della scienza da parte delle Istituzioni e della politica hanno permesso non solo di invertire in maniera rapida e strutturale il declino delle coperture vaccinali, ma, cosa ancora più importante, hanno costituito un riferimento scientifico autorevole e credibile per i genitori, per il mondo dell'informazione, per il mondo della giustizia, per tutta la società. Un ruolo determinante nel trasformare la deriva della cultura vaccinale e delle sue nefande conseguenze (epidemia di morbillo, casi di tetano in bambini, morti di pertosse, ecc.), nell'attuale condizione di riguardata adeguata copertura è merito documentato di quanto fatto dalle Società Scientifiche e di categoria, dalla determinazione di chi lavora nel Ministero della Salute, dalla ferma e continua azione dell'Istituto Superiore di Sanità, dalle puntuali documentazioni prodotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco e dagli interventi del Presidente della Repubblica On. Sergio Matta-

rella. Ma indispensabile e risolutivo è stato l'impegno quotidiano di tutti gli operatori coinvolti nelle vaccinazioni nei diversi contesti (Centri Vaccinali, Medici di Famiglia dell'adulto e del bambino, Consultori, Ospedali) che tra non poche difficoltà hanno reso possibile un risultato che, solo 4-5 anni fa, sarebbe apparso ai più un irraggiungibile sogno.



Ma leggi e normative devono trovare applicazione convinta, consapevole e condivisa da parte della popolazione per trasformarsi in cultura e radicarsi come valore sociale. Per questo, come Pediatria del Territorio, dobbiamo continuare a informare correttamente, educare scientificamente genitori e pazienti, agire nella società perché le ragioni della scienza prevalgano sempre sulla disinformazione, sull'ignoranza e sulla disonestà.

Indagini epidemiologiche mostrano dati confortanti su quanto contemplato nei Livelli Essenziali di Assistenza relativamente alle vaccinazioni di nuova introduzione, ma abbiamo imparato a non dare nulla per acquisito, a non abbassare mai la guardia, a dover sempre, con fermezza e costanza, spingere continuamente per ottenere risultati sempre migliori e radicati.

*“...promuovere la ricerca, la formazione e l'informazione scientifica in campo pediatrico...”*, non solo tra pediatri o nel mondo sanitario, ma nella società, in modo da radicare il valore dell'equità nella tutela della salute della popolazione, facendo sì che le vaccinazioni divengano nella cultura di tutti un privilegio, un diritto, un valore sociale e di civiltà.



## IL CASO DI VINCENT LAMBERT

### UNA LETTURA BIOETICA DELLO STATO VEGETATIVO

Antonio RIMEDIO



#### § 1 - Lo scontro di opposte concezioni della vita umana

In data 11 luglio 2019 è deceduto nel Centro ospedaliero universitario di Reims (Francia) Vincent Lambert all'età di 42 anni, in seguito alla sospensione dei trattamenti della nutrizione e idratazione artificiale (NIA). Si trovava in stato vegetativo (SV) da oltre 10 anni per le gravi lesioni cerebrali riportate in seguito ad un incidente d'auto. Come già accaduto in ambito internazionale (si pensi a Terri Schiavo negli USA - 2005), il caso ha assunto particolare rilievo a motivo del contrasto tra i familiari: la moglie Rachel, sostenuta da alcuni fratelli e sorelle di Vincent, era favorevole all'interruzione dei trattamenti, mentre il padre e la madre hanno sempre strenuamente difeso la vita del figlio. La lunga battaglia legale intrapresa nel 2013 ha coinvolto, oltre ai vari gradi della giustizia francese, anche la Corte europea dei diritti dell'uomo, che nel giugno del 2015 aveva acconsentito alla sospensione dei trattamenti. Interpellato negli ultimi giorni, il Comitato ONU per i diritti dei disabili aveva invitato le Autorità francesi a sospendere la procedura.

Lo scontro familiare si è trasformato in un duro confronto tra opposte visioni della vita umana: - il pensiero laico ha ribadito il "diritto di morire" nel rispetto della volontà di Vincent;



- la posizione cattolica ha tenacemente difeso la vita di Vincent, la cui morte è stata definita da mons. Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, «una sconfitta per la nostra umanità» [1].

Mina Welby, co-presidente dell'Associazione Luca Coscioni, ha evidenziato l'importanza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), documento nel quale «un cittadino può scegliere di non essere curato o esprimere la volontà di rimanere in stato vegetativo» [2]. Occorre ricordare, del resto, che proprio il prolungarsi dei primi stati vegetativi ha fatto emergere nella legislazione USA l'esigenza del *living will* (cfr. i casi di Karen Ann Quinlan 1975-1985 e di Nancy Cruzan 1983-1990).

#### § 2 - Considerazioni preliminari sullo stato vegetativo

a) Per maggiore chiarezza continuiamo ad utilizzare l'espressione *stato vegetativo*, pur consapevole che esprime in sé una pregiudiziale connotazione negativa, come se il malato in questo stato non appartenesse più alla dimensione umana e, quindi, come se la sua vita non fosse più degna di essere vissuta. Di recente una specifica European Task Force ha introdotto la denominazione sindrome di *vigilanza non responsiva*, che però non è universalmente accolta [3, p. 7].

b) La diagnosi differenziale dello SV rispetto allo *stato di minima coscienza* (minus o plus) e alla *sindrome di Locked-in* è soggetta ad un'alta percentuale di errore, in media del 30-35% fino a punte del 42% [3, pp. 9, 14], dal momento che i cosiddetti *disordini della coscienza* sono tra le condizioni più difficili e meno comprese in medicina. In particolare, alcuni malati in stato vegetativo,

non responsivi sul piano comportamentale, mostrano invece evidenze di coscienza preservate, seppur "nascoste" [3, p. 9]. Non è sempre o solo un problema di diagnosi errata, perché il sistema nervoso centrale è plastico e quello che può non essere evidente nei primi mesi, ha tempo di esprimersi nel decorso della malattia divenuta cronica.

c) Di fronte ad un malato in SV può insorgere spontaneo nella persona in salute l'interrogativo: a che scopo continuare a vivere in queste condizioni? E tuttavia, se ci avviciniamo al malato, scopriamo che il confine tra SV e *stato di minima coscienza* è in realtà labile e fluttuante. Si rende veramente difficile un approccio a questi temi senza dubbi e tentennamenti, a meno di risolvere i problemi a priori, sul piano dei principi. L'unico approccio che sul piano etico riteniamo corretto è quello del confronto con la situazione di ogni singolo malato, con le sue condizioni cliniche e con il complesso delle sue esigenze, allo scopo di verificare fino a quando i trattamenti in corso possano consentire la prosecuzione di una vita dignitosa.

d) Si dice che la condizione di SV non esiste in natura, ma è frutto di un processo di rianimazione non andato a buon fine. Sarebbe più corretto dire che la rianimazione è riuscita, ma che permangono le lesioni cerebrali prodotte da cause diverse, senza con ciò escludere in modo definitivo l'insorgere di talune forme di coscienza, essendo ancora poco noti i modi in cui i meccanismi cerebrali possono "riapparire" o "riconnettersi". Come riferisce la dott.ssa Matilde Leonardi, direttrice del Coma Reseach Center presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano, nei paesi europei di Belgio, Svizzera, Olanda vengono interrotti tutti i trattamenti ad un anno dalla diagnosi di SV, indipendentemente dal parere dei familiari, presupponendo l'irreversibilità di quella condizione e la certezza che non possa più verificarsi un risveglio di coscienza [4]. E ciò accade proprio mentre la comunità scientifica internazionale toglie alla diagnosi di SV l'aggettivo "permanente".

e) A fronte di malati in SV ci troviamo a dover compiere una scelta di campo. Possiamo continuare a considerarli come malati acuti, per i quali i trattamenti sanitari che vengono prestati non sono efficaci al ripristino delle funzioni cerebrali gravemente lesionate e pertanto ricadono sotto la categoria di "ostinazione irragionevole". Ma non è questo l'approccio eticamente corretto. In realtà questi malati, con lo stabilizzarsi della loro condizione, sono da considerarsi "disabili gravi" con bisogni assistenziali complessi. Non si tratta di malati terminali con prognosi infausta a breve termine, quindi la loro condizione ricade sotto la protezione dell'art. 2 della *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (CEDU), secondo cui «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge».

#### § 3 - La questione della nutrizione e idratazione artificiali (NIA)

In Francia, come del resto oggi in Italia in seguito alla legge 219/2017 (art. 1, comma 5), la nutrizione e idratazione artificiali sono da considerarsi "trattamenti sanitari", pertanto possono essere oggetto di rifiuto o configurare una situazione di ostinazione irragionevole, ad esempio in certe condizioni di fine vita. Questa posizione viene in genere condivisa anche dalle principali Associazioni scientifiche mediche e dalla stessa FNOMCeO [5]. Di contro, la posizione cattolica considera questi trattamenti come forme assistenziali di base, dovute al malato, a meno che «non risultino troppo gravose o di alcun beneficio» [6, § 152]. Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica,

nel discusso parere *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente* (30 settembre 2005), ha manifestato «ragionevoli dubbi che tali atti possano essere considerati "atti medici" o "trattamenti medici" in senso proprio» [7, § 4], in quanto applicati.

Nelle sentenze sul caso di Vincent Lambert viene ripetutamente ribadito un principio, citato dal suo stesso medico curante al punto 3.7 della richiesta di sospensione dei trattamenti:

«una caratterizzazione di ostinazione irragionevole nel caso di un paziente che non è in fin di vita a breve termine non può (né deve) dedursi [...] dal solo fatto che la nutrizione e idratazione artificiali siano necessarie al mantenimento in vita» [8, p. 14].

Lo stesso Consiglio di Stato francese sottolinea che la sola condizione di SV non giustifica di per se stessa la sospensione della NIA [8, pp. 15-16].

Come abbiamo avuto modo di esprimere in un recente scritto [9, pp. 140 ss.], riteniamo che il vero nodo della questione non riguardi la natura in sé della NIA (trattamento sanitario o misura assistenziale di base), bensì se tale trattamento possa considerarsi proporzionato nella dimensione olistica del malato, valutando l'associazione ad altri trattamenti di sostegno vitale e le eventuali complicanze che risultano dal quadro clinico complessivo: es. infezioni secondarie a immunodepressione centrale o a fattori periferici facilitanti, quali la presenza di catetere venoso centrale, della cannula tracheale (tracheostomia), del catetere vescicale, eventuali piaghe da decubito ed infezioni ospedaliere resistenti [3, p. 60].

Finché ragioniamo all'interno dell'alternativa "ostinazione irragionevole" e "abbandono terapeutico" diventa difficile cogliere i reali bisogni di un malato cronico in SV. Nei centri italiani specializzati che si occupano di questi malati si promuove la *perseveranza terapeutica*, modalità attraverso la quale ci si prende cura dei malati, anche gravi, in modo che possano godere di trattamenti adeguati alle loro condizioni [10].

#### § 4 - Il caso di Vincent Lambert: dubbi sulla presenza di una ostinazione irragionevole

Per parlare di un malato si dovrebbe avere a disposizione la cartella clinica, ma non essendo per noi possibile tale consultazione, dobbiamo ricondurci alle notizie mediche citate tra virgolette nelle sentenze, dalle quali emerge il seguente quadro:

- assenza di «autonomia fisica o relazionale»,
- «involuzione corporea e funzionale progressiva e continua dopo l'incidente»,
- «stato che al presente si può considerare come irreversibile e potenzialmente soggetto a molteplici complicanze evolutive»,
- «incontestabile dipendenza dalla tecnologia medica per sopravvivere»,
- «complicanze congiunturali fonti frequenti di disagio, di dolore, d'intrusione corporea»,
- «stato potenzialmente soggetto a molteplici complicanze evolutive»,
- «la condizione generale è suscettibile di deteriorarsi per complicanze legate al decubito forzoso, alla presenza d'una sonda urinaria [...] e alla stagnazione venosa» [8, pp. 14, 20].

Ci troviamo di fronte ad una diagnosi di stato vegetativo "irreversibile", ma gli elementi negativi della prognosi sono piuttosto incerti e legati a prospettive potenziali, più che ad una condizione in atto. Si parla, inoltre, di «involuzione corporea e funzionale progressiva e continua», e tuttavia la Commissione di esperti nominata dal Tribunale amministrativo di Châlons-en-Champagne constatata nel 2018 una condizione che si è mantenuta sostanzialmente stabile rispetto all'expertise ordinata dal Consiglio di Stato nel 2014, fatta eccezione per «minimi elementi di aggravamento» [11, p. 12]. L'unico trattamento da sospendere è la NIA. In questa situazione ci appare debole la motivazione primaria che sorregge la proposta di sospensione dei trattamenti per ostinazione irragionevole o non proporzionalità degli stessi.

#### § 5 - Il punto di vista della volontà del malato

L'elemento che entra in modo decisivo nel giudizio complessivo di proporzionalità dei trattamenti è la volontà dell'interessato che gli stessi medici, in assenza di direttive anticipate, hanno ricostruito a partire da diverse testimonianze. Risulta determinante la testimonianza della moglie, infermiera come il marito, la quale riferisce alla Magistratura che avevano parlato insieme delle loro esperienze di assistenza ai malati in rianimazione o di persone con disabilità grave e che in tali occasioni Vincent «aveva chiaramente e ripetutamente espresso il desiderio di non essere mantenuto artificialmente in vita nell'ipotesi in cui si fosse trovato in una condizione di grande dipendenza» [8, p. 21]. È da notare che, laddove si parli di rifiuto di una «condizione di grande dipendenza», diventa influente la diagnosi differenziale tra SV e stato di minima coscienza, tant'è vero che le due condizioni nelle sentenze sono spesso associate. Anche alcuni fratelli e sorelle di Vincent hanno confermato la testimonianza della moglie come «corrispondente alla personalità, alla storia e alle opinioni personali del loro fratello» [8, p.21].

Essendo stata assunta come valida la presunta volontà dell'interessato, tale fattore non clinico ha finito per rivestire un ruolo preponderante in una procedura che, in base alla legge francese, deve essere motivata dall'iniziale constatazione di una condizione di «ostinazione irragionevole» e di «trattamenti inutili e sproporzionati» (artt. L1110-5-1, L1110-5-2 e L1111-4 del *Codice di salute pubblica*, introdotti o modificati in seguito all'approvazione della legge Claeys-Leonetti del 2 febbraio 2016). In altri termini, il rispetto del principio etico dell'*autonomia* del malato (autodeterminazione in senso giuridico) non si deve confondere con il giudizio clinico sull'appropriatezza dei trattamenti.

#### § 6 - Il confronto con il caso di Eluana Englaro e con la legislazione italiana

Nella definizione della vicenda giudiziaria di Eluana Englaro la Corte di Cassazione ha posto le premesse di principio, perché la Corte di Assise di Milano potesse autorizzare la sospensione della nutrizione e idratazione artificiale che la mantenevano ancora in vita dopo 17 anni dall'incidente d'auto che l'aveva sprofondata nello SV:

- l'alimentazione e idratazione artificiale sono da intendersi come "trattamenti sanitari" e, in quanto tali, soggetti a rifiuto e sospensione;
- il rigoroso accertamento dell'irreversibilità dello SV, confermata successivamente dalla perizia sull'encefalo della defunta;
- la raccolta di «elementi di prova chiari, concordanti e convincenti, della voce del rappresentato», prima che cadesse nello stato di incoscienza (Cass., sez. I civ., sent. 16 ottobre 2007, n. 21748, § 8). Sebbene il padre-tutore Beppino Englaro parlasse anche di "accanimento terapeutico", il nodo si è risolto attraverso la ricostruzione della volontà della figlia e le prove raccolte dalla Magistratura erano tutte concordi sulla sospensione dei trattamenti. Il parere medico è stato richiesto riguardo all'accertamento della diagnosi.

La soluzione di questo caso ha indicato la strada seguita dalla legge 219/2017. Oggi, in presenza di un malato che non ha lasciato disposizioni scritte né ha designato un fiduciario, occorre presentare istanza al giudice tutelare per la nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno a cui sono attribuiti compiti di «rappresentanza esclusiva» in ambito sanitario. È compito di entrambi i rappresentanti legali agire nell'interesse della persona incapace, tenendo conto dell'espressione della sua volontà (legge 219/2017, art. 3, commi 3-4). In seguito alla recente sentenza della Corte Costituzionale (13 giugno 2019, n. 144), che ha dichiarato infondate



le eccezioni di incostituzionalità sollevate dal giudice tutelare di Pavia, l'amministratore di sostegno può rifiutare anche i trattamenti di sostegno vitale, tuttavia la ricostruzione eventuale della volontà dell'interessato deve essere fatta sotto il controllo del giudice tutelare competente.

### Conclusioni

Ci sia consentito rivolgere un pensiero alle famiglie dei malati in SV, sulle quali spesso ricade il peso maggiore dell'assistenza:

«La risorsa familiare è una componente importante per la riabilitazione dopo un coma. È stato infatti dimostrato in modo inconfutabile che il risultato finale di un paziente con grave cerebrolesione dipende in buona parte dall'aver una famiglia collaborativa e solidale» [12, p. 19]. E tuttavia la famiglia va sostenuta adeguatamente anche sul piano economico e in modo uniforme sul territorio nazionale, perché «in Italia continuano a sussistere ampie zone di insufficiente informazione e di abbandono delle famiglie dopo la dimissione dai presidi sanitari riabilitativi» [12, p. 22]. La coerenza etica dei principi deve trovare attuazione sul piano organizzativo-gestionale.

### Informazioni bibliografiche

In premessa segnaliamo al lettore la pubblicazione a cura della Commissione Stati Vegetativi dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, *Documento finale*, 10 ottobre 2017, dove diversi esperti nazionali e internazionali trattano le problematiche concernenti i cosiddetti "disordini della coscienza" sia sul piano clinico, che sul piano etico. Qui troviamo, altresì, l'elenco dei principali documenti che dal 2000 ad oggi sono stati prodotti a livello nazionale (cfr. B. Corsano, *Linee-guida sullo stato vegetativo e di minima coscienza*, pp. 16-17).

[1] G. Aloisi, *Mons. Paglia: "La morte di Lambert è una sconfitta per l'umanità"*, in *Il Giornale.it*, 11 luglio 2019, sul sito: <http://www.ilgiornale.it/news/cronache/mons-paglia-morte-lambert-sconfitta-lumanit-1724677.html> (consultato nel luglio 2019).

[2] D.G. De Gennaro, *Vincent Lambert, morto il paziente tetraplegico in Francia*, 11 luglio 2019, sul sito: <https://zon.it/vincent-lambert-morto-paziente/> (consultato nel luglio 2019).

[3] Commissione Stati Vegetativi - Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, *Documento finale*, 10 ottobre 2017, sul sito: [https://www1.ordinemediciroma.it/images/Ordine/Commissione\\_Stati\\_Vegetativi\\_Documento\\_Finale.compressed.pdf](https://www1.ordinemediciroma.it/images/Ordine/Commissione_Stati_Vegetativi_Documento_Finale.compressed.pdf) (consultato nel luglio 2019).

[4] C. Rosazza, *Il Coma Research Center e i Disturbi di Coscienza - Intervista a Matilde Leonardi*, 12 febbraio 2019, sul sito: <https://www.youtube.com/watch?v=prPe0j89pwk> (consultato nel luglio 2019).

[5] Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), *Documento del Consiglio nazionale della FNOMCeO sulle DAT*, Terni, 13 giugno 2009, sul sito: [https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/66101\\_documento-consiglio-nazionale-dat.pdf](https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/66101_documento-consiglio-nazionale-dat.pdf) (consultato nel luglio 2019).

[6] Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, *Nuova Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2016.

[7] Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente* (30 settembre 2005), Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2005, sul sito: <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/lalimentazione-e-lidratazione-dei-pazienti-in-stato-vegetativo-persistente/> (consultato nel luglio 2019).

[8] Conseil d'État, *Ordonnance du 24 avril 2019*, Décision N° 428117, sul sito: <https://www.conseil-etat.fr/> (consultato nel luglio 2019).

[9] A. Rimedio, *Relazione di cura e volontà anticipate. Un commento etico-giuridico alla legge 22 dicembre 2017*, n. 219, Torino: Edizioni Minerva Medica, 2019.

[10] C. Candiani, *I pazienti in stato vegetativo non sono malati terminali*, in *Tempi*, 10 febbraio 2012, sul sito: <https://www.tempi.it/i-pazienti-stato-vegetativo-non-sono-malati-terminali/> (consultato nel luglio 2019).

[11] Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, 31 janvier 2019, N° 1800820, sul sito: [http://chalons-en-champagne.tribunal-administratif.fr/content/download/154609/1565359/version/1/file/1800820\\_on\\_anon\\_compl%20Vfinale.pdf](http://chalons-en-champagne.tribunal-administratif.fr/content/download/154609/1565359/version/1/file/1800820_on_anon_compl%20Vfinale.pdf) (consultato nel luglio 2019).

[12] Ministero della Salute, *Libro bianco sugli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza*, Roma, settembre 2010, sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1377\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1377_allegato.pdf) (consultato nel luglio 2019).

## LE DAT DELL'ORDINE

### IN AIUTO AGLI ISCRITTI

Giorgio FOSSATI



Ciclicamente le implicazioni – etiche, morali, legislative – del fine vita vengono prepotentemente portate alla nostra attenzione da vicende personali particolarmente e drammaticamente problematiche, che vengono amplificate dai media. Il caso Lambert in Francia ultimo in ordine cronologico.

Proprio per questo noi medici, che siamo più di ogni altra categoria professionale direttamente a contatto con queste situazioni, abbiamo il dovere di essere in primo luogo informati; e in secondo di essere preparati a informare i nostri pazienti o comunque i cittadini che ci verranno a chiedere lumi. E questo perché dal 2017 è finalmente in vigore la legge 219/2017, che norma l'istituto delle cosiddette DAT (le Disposizioni Anticipate di Trattamento, ciò che può essere assimilabile a un testamento biologico). Se per il momento la circolazione della notizia del varo della legge non è esattamente stata "virale", c'è da attendersi tuttavia – anche in virtù della crescente attività informativa delle organizzazioni, enti morali, ONLUS e istituzioni come il nostro Ordine – un aumento dell'interesse verso la legge istitutiva e la possibilità che è data a tutti noi di dare precise indicazioni riguardo alle terapie da intraprendere, o soprattutto da NON intraprendere, nel malaugurato caso in cui ci si trovi a non poter più decidere di noi stessi perché privi dello stato di coscienza.

Pertanto il Consiglio Direttivo del nostro Ordine ha pensato di proporre a tutti i professionisti suoi iscritti, di qualsiasi estrazione specialistica, uno strumento snello e pratico per se stessi e per i loro pazienti/assistiti. Sul web si trovano facilmente informazioni e facsimili di disposizioni, allestite da organizzazioni sindacali, ASL e Regioni, spesso molto ben fatte; ma per lo più estremamente lunghe e dettagliate (e, devo dire, talvolta non perfettamente aderenti al dettato della legge). Di qui il presupposto di contenere le informazioni all'essenziale e facilmente fruibili dalla maggior parte dei cittadini.

Il documento, una sorta di istruzioni per l'uso della legge 219/2017, sarà a breve presente sul sito web dell'Ordine dei Medici di Cuneo e scaricabile.

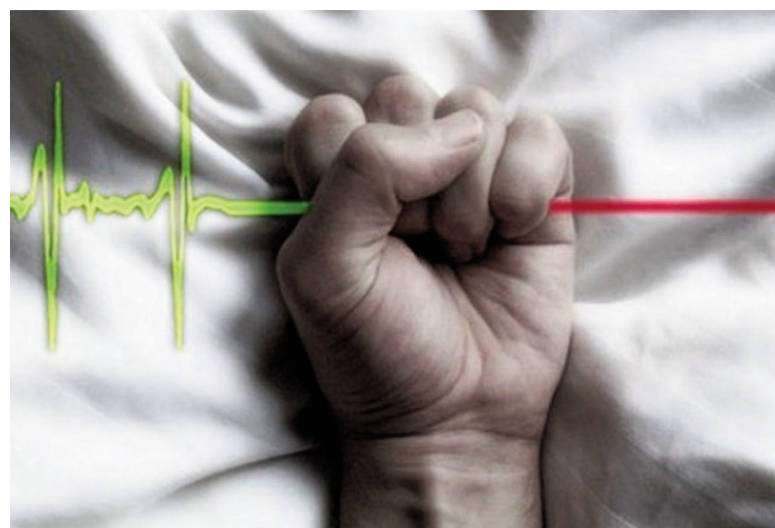
Conterrà:

- una breve introduzione esplicativa del contenuto della legge;
- una proposta di modello di DAT;
- un modulo che consenta di attestare l'avvenuta completa informazione da parte del medico al proprio assistito (questo è un aspetto piuttosto trascurato da chi sinora ha proposto modelli di DAT o linee guida, ma molto importante poiché nell'eventuale impossibilità di tale dimostrazione un giudice o anche solo un parente che avversi le nostre scelte potrebbe invalidare quello che abbiamo disposto);
- un glossario che aiuti ad addentrarsi nelle spesso complicate definizioni dei vari trattamenti che possono essere applicati a una persona in stato di incoscienza, coma o vegetativo, e di queste condizioni cliniche.

Tramite mailing list, newsletter e pagina Facebook sarà data notizia della imminente pubblicazione di questo documento sulla pagina web dell'Ordine.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione l'avvocato Mariagrazia Soleri, del foro di Cuneo, e i colleghi Danilo Verra e Luca Ambrogio, dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)



Con la Legge n. 219/2017 sono state disciplinate le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), comunemente definite "testamento biologico" o "biotestamento".

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, cioè il consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

### COME REDIGERE LE DAT

Le DAT devono essere redatte in una delle seguenti forme:

- atto pubblico o scrittura privata autenticata presso un notaio o altro pubblico ufficiale autorizzato
- scrittura privata consegnata all'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza
- presso le strutture sanitarie (modalità non ancora operativa).

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente impediscano di adottare le suddette forme, le DAT possono essere espresse con videoregistrazione o dispositivi che gli consentano di comunicare. Con le medesime forme le DAT possono essere modificate o revocate.

### FIDUCIARIO

Nelle DAT il disponente può indicare una persona di fiducia che lo rappresenti nelle relazioni col medico e le strutture sanitarie nel caso in cui non sia più in grado di autodeterminarsi o di esprimersi.

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo da allegare ad esse. Successivamente all'accettazione, il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto da comunicare al disponente.

Il disponente può revocare l'incarico al fiduciario in qualsiasi momento. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Nel caso in cui non sia indicato il fiduciario o questi sia deceduto o divenuto incapace o abbia rinunciato all'incarico, le DAT rimangono efficaci e, in caso di necessità, il giudice tutelare nomina un amministratore di sostegno.

Si possono indicare nelle DAT una o più persone quali sostituti del primo fiduciario.

### IL MEDICO PUO' NON RISPETTARE LE DAT?

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT. Può però disattenderle, in tutto o in parte, in accordo col fiduciario, se esse appaiono palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente oppure se sopraggiungono terapie non prevedibili all'atto della loro redazione capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. In caso di contrasto tra medico e fiduciario, sarà il giudice tutelare a decidere.

### PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Le DAT possono essere redatte anche da chi è ancora sano. Se invece si è già in presenza di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, la Legge n. 219/2017 prevede la possibilità di una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente ed il medico. Il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi alla pianificazione condivisa delle cure quando il paziente viene a trovarsi in condizione di non poter esprimere il proprio consenso o dissenso ai trattamenti sanitari o in una condizione di incapacità. Anche nella pianificazione condivisa delle cure il paziente può indicare un fiduciario. La volontà del paziente è espressa in forma scritta e inserita nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico e può essere aggiornata. Quando le condizioni fisiche del paziente impediscono di adottare la forma scritta, la sua volontà è espressa attraverso video-registrazione o dispositivi che gli consentano di comunicare.



## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di aver ricevuto l'informazione medica necessaria per la redazione delle DAT (Allegato 1):

dal mio medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

dal dottor \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, in totale libertà di scelta e avendo avuto adeguate informazioni mediche, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora, in futuro, mi accadesse di perdere, anche temporaneamente, la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni.

Consapevole accetto che il mio rifiuto di determinati trattamenti possa comportare come esito la morte.

A) In caso di lesione traumatica encefalica o malattia che determinino una perdita di coscienza (o uno stato cosiddetto di minima coscienza), definibile con sufficiente probabilità come persistente e irreversibile:

VOGLIO  NON VOGLIO

essere sottoposto sin dall'esordio della malattia ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali, pur mantenendo cure palliative e terapia del dolore

### OPPURE

VOGLIO  NON VOGLIO

che siano proseguiti (dopo un iniziale tentativo terapeutico che si riveli inefficace per il ripristino dello stato di coscienza) i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali, pur mantenendo cure palliative e terapia del dolore

B) In caso di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, con presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari

VOGLIO  NON VOGLIO

l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo di tali sintomi.

Chiedo che le presenti DAT siano inserite nella banca dati presso il Ministero della Salute prevista dall'art.1 comma 418 L. 205/2017, una volta istituita.

Ulteriori eventuali disposizioni personali

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMINA DEL FIDUCIARIO**

In caso di incapacità ad autodeterminarmi o esprimere in maniera comprensibile le mie volontà, nomino mio rappresentante fiduciario il/la Sig./ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**NOMINA DEL SUBFIDUCIARIO**

Nel caso in cui il mio fiduciario si trovi nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito il/la Sig./ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione del fiduciario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Doc. di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione del subfiduciario

\_\_\_\_\_

(Doc. di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_)



## ATTESTAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
 (qualifica \_\_\_\_\_)

### DICHIARO

di aver fornito in data odierna, nell'ambito di apposita seduta di informazione, al/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Le informazioni necessarie affinché possa esprimere con cognizione di causa le proprie volontà in merito al consenso o rifiuto di trattamenti sanitari secondo quanto specificamente riportato nelle sue Disposizioni anticipate di trattamento.

Ed in particolare relativamente a:

- Come si definisca il coma, lo stato vegetativo, la perdita di coscienza o uno stato di minima coscienza
- In cosa consista la Nutrizione Enterale e Parenterale, l'Idratazione; e i supporti tecnici che le consentano: PEG e CVC
- Cosa si intenda per Sedazione Palliativa Progressiva e Persistente
- In cosa consista l'Ossigenoterapia e Ventilazione meccanica (e le relative interfacce di ventilazione: NIV, intubazione e tracheostomia)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il medico \_\_\_\_\_

per conferma di avvenuto ricevimento delle suddette informazioni \_\_\_\_\_ Il sottoscrittore \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONI e GLOSSARIO delle TECNICHE TERAPEUTICHE

### NUTRIZIONE ARTIFICIALE

La **nutrizione artificiale (NA)** è a tutti gli effetti un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo, di tipo sostitutivo (come ad esempio la ventilazione meccanica e la emodialisi). Come tutti i trattamenti sostitutivi può essere un provvedimento salvavita nei casi di malattia acuta prevedibilmente curabile con successo; ovvero può configurarsi come accanimento terapeutico nei casi di malattia cronica irreversibile avanzata o terminale. È assimilabile a trattamento medico anche la sola idratazione artificiale.

La nutrizione artificiale si utilizza quando la somministrazione orale di cibo e liquidi non è più possibile o non è adeguata al fabbisogno del paziente. Comprende integratori orali nutrizionali (ONS), la nutrizione **enterale (EN)** nutrizione **parenterale (PN)**. La somministrazione enterale di sostanze nutritive può essere effettuata con sondini naso-gastrici e nasogastrodigiunali o **gastrostomia percutanea endoscopica (PEG)** o digiunostomia (PEG-J). La somministrazione parenterale può comportare l'accesso endovenoso periferico o accesso venoso centrale. L'idratazione artificiale è la somministrazione di acqua ed elettroliti per vie artificiali. Ciò può essere ottenuto con somministrazione endovenosa e sottocutanea (dermoclisi) (SIMG)

«La miscela nutrizionale è da ritenere un preparato farmaceutico che deve essere richiesto con una ricetta medica e deve essere considerato una preparazione galenica magistrale, non essendo un prodotto confezionato in commercio. Si tratta comunque di un trattamento medico a tutti gli effetti tanto che prevede il consenso informato del malato o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico» (SINPE 2007)

### COSCENZA

Non esiste al momento alcuna definizione universalmente condivisa di coscienza. Attualmente inoltre la coscienza non può essere misurata da alcuna indagine strumentale. La definizione più accettata è di tipo operativo e si riferisce alla consapevolezza di sé e dell'ambiente (Plum and Posner, 1972).

### COMA

È una condizione clinica secondaria a molteplici tipi di danno cerebrale, strutturale o metabolico, a carattere focale o diffuso. Si tratta di uno stato di abolizione della coscienza associato ad alterazioni, talora marcate, del controllo e della regolazione delle funzioni vegetative o vitali (respirazione, attività cardiaca e pressoria) e della vita di relazione.

Il paziente giace per lo più immobile, ad occhi chiusi, in uno stato non suscettibile di risveglio e in assenza di risposte finalizzate a stimoli esterni o bisogni interni. Le uniche risposte che si possono ottenere, diversamente alterate a seconda dei casi, sono di tipo riflesso, troncoencefalico, spinale o vegetativo (ossia con

l'interessamento di strutture che agiscono "automaticamente" senza coinvolgimento della corteccia cerebrale). L'EEG (elettroencefalogramma) può presentare quadri molto diversi.

### STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

È una condizione clinica che può insorgere dopo un evento acuto che abbia coinvolto l'encefalo (trauma, ictus, anossia cerebrale etc.), provocando uno stato di coma.

Secondo la Multi-Society Task Force (1994) lo stato vegetativo è caratterizzato da:

- mancata coscienza di sé e mancata consapevolezza dell'ambiente circostante
  - assenza di qualunque gesto volontario e finalizzato di tipo spontaneo e di risposte motorie, verbali e comportamentali a stimoli di diversa natura (visivi, uditivi, tattili o dolorosi)
  - assenza di comprensione o produzione verbale
  - intermittente vigilanza che si manifesta con la presenza di apparente ciclicità sonno-veglia (ad es. periodi di apertura spontanea degli occhi)
  - sufficiente conservazione delle funzioni autonome tale da permettere la sopravvivenza con adeguate cure mediche
  - incontinenza urinaria e fecale
  - variabile conservazione dei nervi cranici e dei riflessi spinali.
- Lo stato vegetativo è stato definito anche come una condizione caratterizzata da:
- completa perdita della coscienza di sé e della consapevolezza dell'ambiente
  - recupero di ciclicità del ritmo sonno-veglia
  - conservazione più o meno completa delle funzioni ipotalamiche e troncoencefaliche autonome.
- (American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9).

Per poter diagnosticare una condizione di stato vegetativo, si richiede pertanto che siano soddisfatti alcuni criteri diagnostici e, in particolare, che non vi sia alcuna evidenza di:

- coscienza di sé o di consapevolezza dell'ambiente ed incapacità ad interagire con gli altri
- comportamenti durevoli, riproducibili, finalizzati o volontari in risposta alle stimolazioni
- produzione o comprensione verbale.

e che vi sia la presenza di:

- apertura degli occhi
- cicli sonno-veglia più o meno rudimentali nell'EEG
- funzioni vitali autonome (respiro, circolo, etc.)
- incontinenza vescicale e rettale
- deficit di vario grado della funzionalità dei nervi cranici
- presenza variabile di riflessi troncoencefalici e spinali
- motilità oculare assente o erratica
- rarità dell'ammiccamento
- schemi motori primitivi
- rigidità-spasticità
- posture patologiche.

Il paziente in stato vegetativo pertanto:

- giace, apparentemente incosciente, anche ad occhi aperti
- presenta funzioni cardiocircolatorie, respiratorie, renali e gastrointestinali conservate e termoregolazione più o meno mantenuta

- presenta abitualmente una compromissione più o meno severa della deglutizione
- necessita di idratazione e nutrizione assistita
- non necessita di strumenti che supportino le funzioni vitali
- mostra, alla TC (Tomografia Computerizzata) e alla RM (Risonanza Magnetica), segni più o meno marcati di danno focale o diffuso
- presenta alla SPECT (Tomografia Computerizzata ad Emissione di Singolo Fotone) gradi variabili di riduzione sovratentoriali di perfusione cerebrale
- evidenzia, alla PET (Tomografia a Emissione di Positroni), di una riduzione del metabolismo del glucosio variabili per entità e topografia
- mostra alterazioni variabili dell'attività EEG.

Il paziente in stato vegetativo, quindi, non è in coma, poiché ha un ciclo relativamente conservato di veglia e di sonno, riesce ad effettuare movimenti parziali, che non consentono di stare in piedi o di camminare e, in qualche misura, sembra avere una modalità di percezione più o meno grossolana.

Le caratteristiche cliniche di uno stato vegetativo possono essere riscontrate anche nella fase evolutiva acuta di una lesione encefalica esordita con uno stato di coma ed evolvere in stati di coscienza più elevati. Tuttavia tale evoluzione migliorativa diventa sempre più improbabile quanto più ci si allontana cronologicamente dall'evento acuto, fino a divenire un evento eccezionale dopo 12 mesi (probabilità < 5%)

### STATO DI MINIMA COSCIENZA

È una condizione clinica caratterizzata da una grave compromissione della coscienza nella quale, tuttavia, può essere individuata la presenza, anche minima, di comportamenti caratterizzati da risposte o manifestazioni cognitive o di comportamenti finalizzati, volontari, inconsistenti ma riproducibili, a volte mantenuti sufficientemente a lungo, non configurandosi così come comportamenti riflessi.

Lo stato di minima coscienza può presentarsi dopo un coma o può rappresentare l'evoluzione di un precedente stato vegetativo; relativamente alla durata, lo stato di minima coscienza può essere presente per un breve periodo o può perdurare per un tempo più o meno protratto o indefinito fino alla morte del paziente (Aspen Consensus Group, 1996; Giacino et al., 2002).

Per considerare riproducibili le risposte osservate occorre tener conto sia della loro consistenza che della loro complessità. Infatti, possono essere necessarie valutazioni estese e ripetute per determinare se una risposta osservata (movimento delle dita, chiusura degli occhi) si presenta in seguito ad un evento ambientale specifico (richiesta di muovere le dita, di chiudere gli occhi) o è una semplice coincidenza. Viceversa per le risposte complesse (ad es. verbalizzazione comprensibile) possono essere sufficienti poche osservazioni per determinarne la consistenza.

**Criteri diagnostici:**

- Apertura spontanea degli occhi
- Ritmo sonno-veglia
- Percezione riproducibile, ma inconsistente
- Abilità comunicativa riproducibile, ma inconsistente



- Range di comunicazione: nessuna risposta / risposta si/no inconsistente / verbalizzazione / gestualità
- Attività motoria finalistica, riproducibile, ma inconsistente
- Inseguimento con lo sguardo
- Comportamenti ed azioni intenzionali a seguito di stimolazione ambientale
- Comunicazione funzionale interattiva: uso funzionale di 2 oggetti diversi o verbalizzazione, scrittura, risposte si/no, uso di comunicazione alternativa o comunicatori facilitanti.

### LOCKED-IN SYNDROME

La sindrome locked-in (sindrome dell'uomo incarcerato) è una condizione clinica in cui il paziente è vigile e cosciente ma presenta gravi deficit delle funzioni motorie tali talora da rendere difficoltoso il riscontro degli evidenti segni di coscienza. Il paziente con la forma classica di sindrome locked-in è generalmente tetraplegico e anartrico (impossibilitato a parlare in presenza di capacità linguistiche integre) ma conserva la possibilità di movimenti oculari sul piano verticale, che spesso sono l'unico possibile strumento di comunicazione. Oltre alla forma classica di sindrome locked-in esiste la forma incompleta in cui il paziente non è del tutto tetraplegico e anartrico, e la forma totale, in cui invece sono impossibili anche i movimenti oculari; in quest'ultimo caso la diagnosi differenziale con una condizione di coma o di stato vegetativo può essere particolarmente insidiosa.

La diagnosi di sindrome locked-in è supportata dal riscontro alle neuroimmagini di una lesione a livello della parte ventrale del ponte (anche se esistono forme molto rare dovute a cause non vascolari) e da un esame elettroencefalografico grossolanamente normale. In letteratura si discute se alcuni pazienti in stato vegetativo possano essere affetti da una sorta di super-locked-in, realizzando una condizione in cui, a differenza della locked-in syndrome, non è possibile alcuna risposta comportamentale a livello motorio, neppure con i movimenti oculari, pur essendo mantenuta una forma di coscienza.

### MORTE CEREBRALE

Comunemente detta "morte cerebrale", è la condizione in cui si verifica la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, incluse le funzioni vegetative sostenute dal tronco dell'encefalo (conservate nel paziente in stato vegetativo).

Le persone in morte cerebrale sono morte a tutti gli effetti e deve essere sospeso loro qualsiasi trattamento terapeutico. Per la diagnosi di morte encefalica esistono dei criteri inequivocabili e definiti. Si ricordano al riguardo la Legge 29 dicembre 1993, n. 578 (Norme per l'accertamento e la certificazione di morte) e il Decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 578 (Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte), aggiornato successivamente con Decreto ministeriale 11 aprile 2008.

Tali norme prevedono che un'apposita commissione, costituita da un medico legale (o, in sua assenza, un medico di direzione sanitaria, o altrimenti un anatomopatologo), un anestesista-rianimatore, un neurofisiopatologo (oppure un neurologo o un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia), riunitasi dopo segnalazione del responsabile di reparto alla direzione sanitaria, esamini il paziente per almeno due volte (all'inizio e al termine del periodo di osservazione) in un intervallo di tempo prestabilito (sei ore per gli

adulti, dodici per i bambini sotto i cinque anni e ventiquattro per i bambini al di sotto di un anno), accertando la presenza dei seguenti criteri:

#### Stato di incoscienza;

- Assenza dei riflessi del tronco encefalico (corneale, fotomotore, oculo-cefalico e ocolovestibolare, carenale, faringeo, di reazione a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino e di risposta motoria nel territorio del nervo facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato);
- Assenza di respirazione spontanea dopo sospensione di quella artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata di 60 mmHg, con pH ematico non superiore a 7,4;
- Assenza di attività elettrica cerebrale, documentata da EEG eseguito secondo particolari modalità tecniche, riportate nell'allegato 1 del Decreto 22 agosto 1994, n. 582 del Ministero della Sanità.

L'attività di origine spinale, spontanea o provocata, è compatibile con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche e non ha rilevanza ai fini dell'accertamento di morte. In particolari condizioni, è richiesta la documentazione della assenza del flusso encefalico.

Nel neonato l'accertamento può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la trentottesima settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.

La presenza contemporanea di tutte le condizioni necessarie per poter accertare la morte deve essere rilevata per almeno due volte, all'inizio e alla fine dell'osservazione. L'EEG deve essere eseguito per 30 minuti continuativi, all'inizio ed alla fine del periodo di osservazione. L'eventuale verifica dell'assenza di flusso ematico encefalico non va ripetuta.

### SEDAZIONE TERMINALE/SEDAZIONE PALLIATIVA

Per **Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa** si è sinora intesa: "la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario".

Secondo questa definizione, non è compresa nella ST/SP la "sedazione occasionale" (ad esempio per il tempo necessario all'effettuazione di una manovra invasiva). Non sono considerate neppure ST/SP approcci terapeutici quali: 1. la terapia ansiolitica; 2. la terapia analgesica con oppioidi; 3. la terapia di modulazione del sonno. Questi interventi terapeutici possono infatti comportare una riduzione della vigilanza, non quale obiettivo primario ma solo quale effetto collaterale rispetto all'azione sintomatica specifica del farmaco.

Recentemente la Società Spagnola di Cure Palliative ha proposto di distinguere ulteriormente la sedazione palliativa in due sottoclassi:

1. Sedazione Palliativa (SP) in generale, pratica volta ad alleviare sintomi refrattari riducendo lo stato di coscienza in misura adeguata e proporzionata alle necessità;
2. Sedazione Palliativa degli Ultimi Giorni (SILD: Palliative Sedation In the Last Days): si tratta della

stessa pratica di cui al punto 1, ma effettuata quando la morte è attesa entro un lasso di tempo compreso tra poche ore e pochi giorni, secondo una valutazione del medico. A questa pratica ci si riferisce tradizionalmente con la definizione di "Sedazione Terminale".

In questo Documento il termine ST/SP è riservato a questo secondo significato, collegato alla fase finale della vita.

Altre distinzioni di controversa utilità sono quelle tra "Sedazione intermittente" e "Sedazione continua", a seconda che lo schema terapeutico consenta o meno al malato fasi di ripresa della coscienza, e tra "Sedazione superficiale" e "Sedazione profonda".

Dalla valutazione dei dati della letteratura e dall'esperienza personale degli Autori del Documento citato si ritiene che alcuni elementi fondamentali, riassunti di seguito, debbano sempre essere considerati e documentati per meglio qualificare dal punto di vista clinico la ST/SP.

Si intende l'espressione "Sintomi refrattari" nel senso più ampio "di sensazione soggettiva di sofferenza del malato a fronte di determinate condizioni cliniche", caratteristiche della fase finale della vita. Da SICP (Società Italiana di Cure Palliative) 2007

## INTUBAZIONE

È una manovra salva-vita. Permette di mettere in comunicazione le vie aeree di un paziente con il ventilatore, una macchina in grado di far respirare un paziente in modo artificiale, sostituendo totalmente o in parte la sua funzione respiratoria nel caso in cui questa sia divenuta insufficiente per svariate cause: neurologiche (coma, lesione dei nervi che presiedono alla respirazione...), ostruttive (presenza di corpi estranei, sangue o altre strutture anatomiche anomale che ostruiscono o comprimono le alte vie aeree o edema che restringe in modo pericoloso le alte vie aeree), respiratorie (BPCO, polmoniti...) o circolatorie (grave scompenso cardiaco, embolia polmonare...).

È generalmente una manovra non definitiva: o si ha la risoluzione della patologia (e quindi si procede all'estubazione) oppure occorre convertirla in tracheotomia, per il rischio di insorgenza di complicazioni. Nel caso si intuisse che la patologia che ha determinato l'intubazione non fosse risolvibile, previo il consenso del paziente (oppure in ottemperanza ad eventuali DAT o piani di cura condivisi redatti in precedenza), si può anche ridurre progressivamente l'intensità del supporto ventilatorio o addirittura estubare il paziente, lasciandolo alla naturale evoluzione della sua patologia di base verso la morte, assicurando però un adeguato trattamento della dispnea ed eventualmente una sedazione. Se l'irreversibilità della patologia e la sua terminalità vengono ragionevolmente previste all'insorgenza dello scompenso respiratorio acuto, è possibile anche rinunciare all'intubazione e ventilazione meccanica (particolarmente in presenza di DAT).

Durante l'intubazione e la ventilazione meccanica il paziente è generalmente sedato, in tutti i casi è allettato e non ha la possibilità di parlare: se anche non è sedato o in coma, può comunicare solo attraverso gesti o scrivendo (peraltro in questi casi la scrittura è un'operazione spesso difficoltosa), in quanto la fonazione è impedita.

## TRACHEOTOMIA

È un intervento eseguito con tecnica chirurgica (praticata dagli otorinolaringoiatri) o per via percutanea (praticata dagli anestesisti-rianimatori) in anestesia generale, che prevede il confezionamento di un passaggio artificiale tra la cute del collo e la trachea. Può alloggiare o meno una cannula, cioè un tubo che permette eventualmente il collegamento delle vie respiratorie del paziente ad un ventilatore o ad una fonte di ossigeno e l'agevole accesso alle vie respiratorie del paziente per l'aspirazione delle secrezioni tracheo-bronchiali, di solito aumentate nei pazienti con tracheotomia. Generalmente la tracheotomia senza cannula è riservata ai pazienti con postumi di grandi interventi otorinolaringoiatrici per neoplasie faringo-laringee. La tracheotomia negli altri casi può essere determinata da ostruzione acuta delle alte vie aeree con impossibilità all'intubazione (tracheotomia di emergenza) oppure viene praticata per proseguire il trattamento ventilatorio iniziato con l'intubazione, nel caso sia necessario prolungarlo per un periodo maggiore di 2 - 3 settimane oppure a tempo indefinito.

Se il paziente non ha bisogno di supporto ventilatorio, ma solo di ossigeno-terapia e/o broncoaspirazione, pur in presenza di tracheotomia ha la possibilità di parlare ed eventualmente di muoversi dal letto. Se invece è richiesto un supporto ventilatorio meccanico, il paziente è fortemente limitato nei movimenti (generalmente è allettato) e non può parlare, ma solo comunicare con gesti, scrivendo o con l'uso dei comunicatori.

## VENTILAZIONE NON INVASIVA (NIV)

Per ventilazione non invasiva si intende un supporto ventilatorio meccanico alla respirazione del paziente, ma senza ricorrere ai dispositivi invasivi che mettono in comunicazione i ventilatori automatici con le vie aeree del paziente, cioè senza ricorrere né all'intubazione né alla tracheotomia. Generalmente si utilizzano maschere mantenute con una certa pressione costantemente a contatto con il volto del paziente per assicurare la possibilità di mantenere nelle vie respiratorie del paziente una pressione sempre più alta di quella atmosferica. La NIV viene utilizzata quando lo scompenso respiratorio, determinato dalle stesse cause che possono portare all'intubazione, è meno grave e soprattutto quando c'è una sufficiente collaborazione da parte del paziente (non è indicata per esempio nei pazienti in coma). Inoltre non può essere mantenuta consecutivamente per più di 24-48 ore: dopo questo lasso di tempo va discontinuata almeno con qualche ora di respirazione in maschera di Venturi (la classica mascherina per somministrazione di ossigeno) o con i sondini nasali per l'ossigeno; oppure, se l'insufficienza respiratoria non migliora e si aggrava, occorre convertirla in ventilazione invasiva, procedendo all'intubazione. Durante la NIV il paziente rimane allettato (poiché è collegato al ventilatore), ma può parlare, anche se la presenza di una maschera a tenuta sul volto rende più difficile la comunicazione.

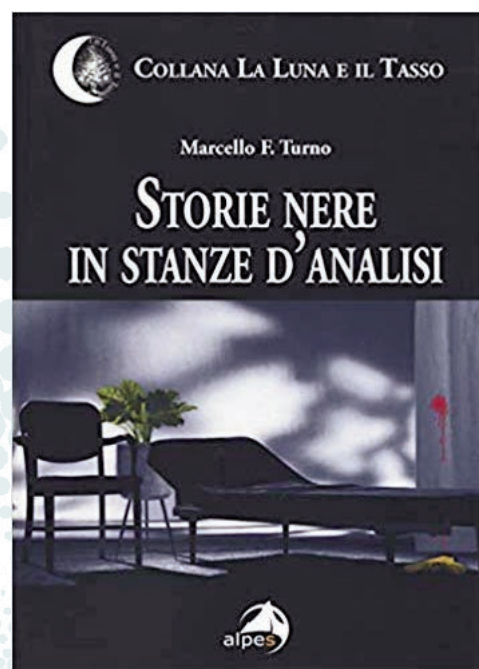
## LIBRI NON DI MEDICINA SCRITTI DA MEDICI

UNA NUOVA RUBRICA

Franco MAGNONE

Una proposta per i colleghi che scrivono su argomenti non medici, e sicuramente sono tanti. Inviatemi la copertina del vostro libro, con una recensione, scritta da voi stessi o da altri: saremo lieti di pubblicarla.

Iniziamo con un giallo un po' particolare, scritto da un mio compagno di università, che si occupa di psicogeriatra ed è anche psicanalista:



Cinque racconti su psicoanalisti e pazienti con tendenze omicide. Ho trovato la trama sempre interessante, non scontata. Personalmente ho preferito il quinto, "Psicanalisi futura", di genere distopico, ambientato in una Roma del futuro a dir poco agghiacciante.

## MEDICI «AFASICI»

QUANDO LA COMUNICAZIONE IN MEDICINA NON È EFFICACE

La capacità comunicativa rappresenta una skill fondamentale del bagaglio medico necessario per poter costituire una solida relazione medico-paziente. Già nel 2007 nel documento di consenso europeo della Medicina Interna veniva identificata come una delle "competence" irrinunciabili del core curriculum del medico accanto a: la cura del paziente, la conoscenza medica, la competenza etica e legale, la competenza organizzativa e formativa.

Ciononostante viviamo un momento storico in cui la comunicazione tra medici e pazienti risulta pervasa da profonde criticità: la carenza di formazione specifica in tal ambito, la scarsità del tempo a disposizione per un colloquio approfondito, la bassa priorità comunemente attribuita a questi aspetti della cura, la mancanza di consapevolezza di molti operatori riguardo al proprio stile relazionale, l'assenza di riscontri dall'esterno sulle modalità individuali di interazione.

A questi si aggiungono altri elementi che complicano il setting comunicativo: le aspettative dei pazienti improntate al falso mito dell'eterna giovinezza e della curabilità di tutte le patologie (alimentate peraltro da fonti di informazione facilmente fruibili ma sostenute da scarsa solidità scientifica), l'aumento di pazienti stranieri con background culturali e linguistici molto differenti dai nostri, la paura dilagante tra i medici di essere oggetto di denunce da parte di pazienti e famigliari sempre più influenzati da un'ossessiva ed endemica fobia verso la "malasanità" e da campagne pubblicitarie che incitano il paziente a perseguire "giuste vendette" e adeguati risarcimenti.

Molti dei contenziosi e delle denunce che i medici italiani, come quelli di tutto il mondo, sono costretti a subire potrebbero probabilmente essere evitati se vi fosse una migliore relazione con il paziente. Questo tuttavia non deve provocare inatteso stupore dal momento che nella formazione dei medici lo spazio dedicato agli aspetti relazionali, sia prima sia dopo la laurea, risulta essere davvero scarso se non addirittura inesistente. La comunicazione per il medico è il ponte che gli permette di entrare primariamente in contatto con l'umanità del paziente; è dunque mandatorio che per poter essere efficace l'atto comunicativo si debba "impregnare" di quel quid di umanità che è alla base del rapporto medico-paziente.

Il Prof. Claudio Rugarli sostiene che "il problema dell'umanizzazione della medicina non concerne l'idea di essere buoni piuttosto che cattivi, o comprensivi, o addirittura empatici. E' chiaro che è meglio essere buoni che cattivi, e comprensivi piuttosto che indifferenti, ma questo può essere sostenuto da chiunque, senza bisogno di una laurea in medicina. Il punto su cui bisogna interrogarsi è se, nel sapere tecnico che viene appreso studiando medicina, vi è qualcosa che renda umani i rapporti tra i medici e i loro pazienti. La mia risposta è che questo qualcosa al momento istituzionalmente non c'è e non bastano le esor-





tazioni alla virtù, occorre piuttosto elaborare e studiare una dottrina che riempi questo vuoto". Proprio alla luce di questa difficile situazione, per potersi riappropriare del profondo ed insostituibile legame medico-paziente bisogna prima di tutto ricordarsi di come la persona in pigiama nel letto o sulla barella sia un marito o un padre o un fratello, una persona con un suo autentico e singolare vissuto, protagonista di una vita unica e irripetibile. Ogni paziente è pertanto diverso da un altro ed è necessario per prima cosa cogliere la sua sensibilità e il suo grado di comprensione di quanto gli diciamo. Un modello basato sulla malattia diviene ben presto un modello incentrato erroneamente sul medico. Nella facoltà di medicina servirebbe dunque, come sosteneva l'oncologo Gianni Bonadonna, un nuovo esame per chi deve curare le persone: servirebbe un esame di umanità. Il paziente desidera e ha bisogno di una medicina che lo metta realmente al centro dell'attenzione, che esplori i motivi della visita, indagli sulle sue preoccupazioni e soddisfi la sua necessità di informazioni. Ovviamente l'informazione non è finalizzata a colmare l'inevitabile differenza di conoscenze scientifiche tra medico e paziente, ma a porre il malato nella condizione di esercitare correttamente i propri diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale. Per questa ragione è fondamentale che il medico spieghi la situazione al paziente usando un linguaggio semplice a lui comprensibile e che cerchi di soddisfare le sue richieste di chiarimento, non dando per scontato che "siccome io ho spiegato, tu hai capito".

Una cosa che impressiona molto all'interno dei quotidiani dialoghi tra medici e pazienti è sicuramente il lasso di tempo estremamente breve intercorrente fra l'inizio del racconto del paziente e la prima domanda posta dal medico. L'interruzione avviene abitualmente dopo soli 18-20 secondi, un tempo insufficiente per un malato che si sta sforzando di raccontare al proprio curante i suoi sintomi e il suo vissuto. Secondo dati di letteratura il tempo effettivamente necessario alla gran parte dei pazienti per concludere spontaneamente il proprio racconto dall'inizio è di circa 92 secondi. Tra i 18 secondi (tempo medio della prima interruzione da parte del medico) e i 92 secondi il paziente riuscirebbe infatti a esporre ben il 75% dei suoi sintomi. Ascoltare però non significa solo "stare a sentire". L'ascolto è infatti un atto decisamente attivo che implica una forte volontà di concentrare la propria attenzione verso l'altro e comprendere le parole che vengono pronunciate. "Indossare la casacca del paziente", cercando di comprendere cosa realmente stia provando il nostro interlocutore, è alla base di quella che è comunemente chiamata "empatia". Per fare tutto ciò il medico deve mettere in gioco quelle caratteristiche psicologiche e di sensibilità che sono costitutive di un ascolto efficace, essenziale per entrare in risonanza con il paziente ed essere da lui accettati. Non è però cosa semplice per il medico gestire nei modi e nei tempi tale coinvolgimento. Si può infatti correre il rischio di diventare insensibili o troppo distaccati, oppure dall'altro canto essere risucchiati in un coinvolgimento emotivo eccessivo che, se da un lato può compiacere il paziente, dall'altro può mettere a serio rischio la serenità e l'equilibrio necessari per l'esercizio della professione medica.

*È prioritario pertanto che i medici comprendano l'estrema importanza di una comunicazione efficace con i pazienti; la comunicazione in medicina, come afferma in tre capitoli la professoressa Danielle Ofri:*

1. non è un optional;
2. è molto più complessa, potente e flessibile della maggior parte delle nostre tecnologie;
3. non deriva da tempi irragionevolmente lunghi ma da una concentrazione piena e intensa.

Tuttavia il discorso delle problematiche comunicative non si esaurisce esclusivamente nella dicotomia medico-paziente, ma si deve estendere anche ai rapporti tra professionisti sanitari. Spesso infatti, come riportato in diversi studi anglosassoni, la stessa comunicazione tra colleghi è pervasa di aggressività; si parla di "maledizione della cultura" a proposito del fatto che siamo portati a ritenere erroneamente che tutti comprendano quello che è nostro patrimonio conoscitivo e a comportarci negativamente quando questa criticità emerge nel setting clinico.

Un altro elemento che rende difficile una comunicazione serena tra colleghi è la "concezione inadeguata dell'errore" che viene troppo spesso considerato come un'onta o un tabù, quando in realtà, come afferma Karl Popper, "facciamo progressi perché siamo disposti ad imparare dai nostri sbagli", ossia a riconoscere i nostri errori con giudizio critico, invece di insistere dogmaticamente in essi. Un primo passo indispensabile per attuare strategie comunicative adeguate nel nostro mondo professionale diventa dunque superare la nostra frenesia di "imporci nel dialogo" e riappropriarci della capacità di ascoltare e di mettere in gioco le nostre convinzioni, come afferma la sociologa Marianella Sclavi in 5 brevi postulati:

1. Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca;
2. Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista;
3. Se vuoi comprendere quello che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva;
4. Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico;
5. Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.

Tuttavia il rapporto umano tra medico e paziente non si limita esclusivamente a una corretta ed efficace comunicazione; pur vivendo in un'epoca votata al tecnicismo e alla tecnologia, diventa quindi quanto mai più fondamentale rivitalizzare i "vecchi" strumenti della nostra professione. Come afferma Abram Verghese, professore ordinario di medicina interna alla Stanford University, uno stetoscopio appoggiato sulla pelle del paziente e il tocco delle mani non sono solo strumenti di "curing" ma anche di "caring": "Se si abbrevia questo rituale, senza spogliare il paziente, ascoltando con lo stetoscopio sopra la camicia da notte, non facendo un esame completo, si perderà l'opportunità di sigillare il rapporto medico-paziente".

*Christian BRACCO - Consigliere, Dirigente Medico, Medicina Interna, ASO S. Croce e Carle, Cuneo*

*Marco BADINELLA MARTINI - medico ricercatore gruppo RIMeG - Ricerca ed Innovazione in Medicina Generale*

*Giuseppe VASSALLO - Consigliere, Ex medico ospedaliero specialista in chirurgia toracica e chirurgia d'urgenza*

*Luigi M. FENOGLIO - Consigliere, Direttore Medicina Interna, ASO S. Croce e Carle, Cuneo.*

## HOSPICE: NÉ INFERNO NÉ PARADISO

MA UNO SPAZIO E UN TEMPO DI VITA POSSIBILE

*"Lo so, magari passerò per egoista, ma piuttosto di vederlo soffrire preferisco che tutto finisca il più in fretta possibile".*

*"Pensate di cominciare con le cure palliative già da subito?"*

*"Non sapete quante me ne sono sentite, dagli altri parenti, per aver deciso di portarlo qui..."*

*"Vorrei che non si accorgesse di niente... anche se, con tutta questa morfina, penso non ne avrà per molto, vero?"*

*"È troppo lucido, per l'hospice, vorremmo che si aspettasse ancora un po', per ricoverarlo".*

*"Magari non ditegli che siamo a Busca..."*



Incontri pressoché quotidiani con famiglie che si trovano a confrontarsi con la drammaticità di un percorso di malattia che si sta avviando al termine. Paure, senso di impotenza, fatica a darsi un perché, a comprendere, ad accettare. Il quasi non poterci credere, fino all'ultimo, con tutta la rabbia per terapie che non hanno sortito gli effetti sperati, o che mai sono state proponibili. Sensi di colpa per non aver capito prima, in quanto familiari, quando magari si sarebbe potuto fare di più. Tutta la difficoltà a capire cosa possa essere "meglio" per il proprio caro, a cominciare dal luogo di cura, e che cosa auspicare rispetto ai tempi, spesso peraltro non facilmente decifrabili nel dettaglio. E infine il disorientamento e gli equivoci su cosa sono cure palliative e magari sedazione, e su cos'è invece, per esempio, eutanasia, confusioni che il clima culturale di una società cronicamente impreparata a confrontarsi con il limite continua ad alimentare. Le Cure Palliative e l'Hospice sono nati, follemente, per accettare ogni giorno queste sfide. Consapevoli delle fatiche da condividere, piuttosto che con illusorie pretese di poter fornire facili

Bruno DURBANO



ed emotivamente accattivanti approcci in termini di quasi esclusiva empatia. L'obiettivo ultimo non è il controllo dei sintomi (anche se da lì bisogna cominciare), ma ogni sforzo possibile per restituire al malato la possibilità di rimanere fino alla fine "una persona", che è il primo bisogno dell'essere umano, con tutte le implicazioni a questo sottese. A cominciare dalla relazione, che è sempre messa prepotentemente a rischio: da un lato, dalla sofferenza (che rende muti, o, all'estremo opposto, capaci solo di urlo e disperazione); per altro verso, dal suo stesso mancato riconoscimento quale bisogno così fondamentale. Si tratta di riuscire a trovare parole, silenzi, gesti, di creare le condizioni (ambiente, linguaggio, verbale e non verbale) che aiutino il malato a non essere espropriato della propria morte, ma ad essere considerato un vivente fino alla fine.

Per riuscire ad accompagnare davvero; che non è indicare una strada, ma dare (ri-dare?) ruolo, riconoscere potenzialità, ridefinire obiettivi possibili; non lasciare solo il paziente neppure nella ricerca di una verità sostenibile circa il proprio percorso; esserci, perché il travaglio spirituale ha sempre bisogno di un testimone.

Di quanto spazio possa esserci per la vita, anche in tratti così estremi, e di quanto allora il sistema sanitario pubblico debba continuare a credere e ad investire nel campo dell'assistenza al malato inguaribile, continua a darci testimonianza anche una raccolta di scritti, pensieri, riflessioni, nata spontaneamente da parte delle famiglie e dei pazienti ricoverati in hospice, e che in questi vent'anni è andata continuamente aggiornandosi. L'ultima testimonianza è di un paziente arrivato in hospice da un mese, con molto timore, come tanti altri. Qualche giorno fa, di fronte alla concreta prospettiva di una dimissibilità, almeno temporanea (sì, succede anche questo, il fatto che dall'hospice non si esca è un altro mito da sfatare!), ci ha detto, accuratamente: "Non dimettetemi...; se mi mandate via di qui... io muoio".

*Il malato terminale non si riduce ad un residuo di vita  
per cui non c'è più niente da fare,  
ma è invece una persona e cioè capace fino all'ultimo,  
se posta nelle condizioni di essere inserita in una relazione,  
di fare della propria vita un'esperienza di crescita e di compimento  
(C. Viafora)*



## LE MOLTE FACCE DEL DOLORE CRONICO

SI REPLICA IL CONVEGNO PER SODDISFARE LE NUMEROSE RICHIESTE

Si stima che un italiano su quattro soffra di dolore cronico, inteso come un dolore che dura oltre il normale decorso della malattia acuta o del tempo abitualmente previsto per la guarigione e che la maggioranza della popolazione non si cura in modo adeguato per vari motivi (ridotta efficacia o effetti secondari delle terapie intraprese, ignoranza, sottovalutazione del sintomo da parte dei curanti e dei famigliari, difficoltà economiche, rassegnazione...).

**LE MOLTE FACCE DEL DOLORE CRONICO**  
**Seconda edizione**

**SAVIGLIANO**  
**Ospedale SS. Annunziata**  
**via Ospedali 14**

**Amati Annalisa**  
**Barbotto Laura**  
**Blengini Claudio**  
**Bonino Luca**  
**Dalmaso Stefano**  
**Delfino Andrea**  
**Fenoglio Lucia M.**  
**Gagliano Attilio**  
**Guerra Giuseppe**  
**Lamberti Gianfranco**  
**Mellano Morena**  
**Nasi Cristina**  
**Obertino Enrico**  
**Olivero Franco**  
**Piacenza Arianna**

**Sabato 14 settembre 2019**  
**ore 9 - 14,15**

La cronicizzazione del dolore è spesso causata dal persistere dello stimolo dannoso e da fenomeni di automantenimento; il dolore può anche continuare all'infinito, causando importanti problemi psicofisici e sociali.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Cuneo ha promosso anche per il triennio 2018-20 la costituzione di una commissione "Terapia del dolore", coordinata da Luigi M. Fenoglio e Livio Perotti.

Livio PEROTTI



Tale Commissione ha organizzato, il 13 aprile scorso all'Ospedale di Savigliano, un convegno sul problema del dolore cronico nei suoi aspetti meno frequenti. Il convegno, che ha visto la partecipazione come relatori di vari colleghi che in provincia si dedicano con passione e competenza alla prevenzione e cura del dolore cronico, è stato molto ricco di contenuti, e molto apprezzato dagli intervenuti.

Per consentire ai colleghi che non hanno potuto accedere per il rapido esaurimento dei posti a disposizione, la Commissione, d'accordo con l'Ordine, ha deciso di realizzare una seconda edizione del convegno

"Le molte facce del dolore cronico" che avrà luogo Sabato 14 settembre, a Savigliano, presso l'Ospedale SS. Annunziata, dalle ore 8,30 alle 14.

Il corso, oltre che a medici chirurghi e odontoiatri, sarà aperto anche a Infermieri, farmacisti, psicologi, ostetriche e fisioterapisti; sarà gratuito, accreditato dalla Formazione dell'ASL CN1 e consentirà l'acquisizione di 6 crediti ECM (evento formativo n. 32778/II Ed).

Il medico di famiglia presenterà gli aspetti relativi alla gestione del dolore cronico in Medicina Generale. Si affronteranno gli aspetti clinici meno frequenti e le possibilità terapeutiche più appropriate ed innovative. Partendo dall'analisi della fisiopatologia del dolore cronico, i relatori illustreranno le più recenti acquisizioni sul dolore neuropatico, la prevenzione del dolore post-chirurgico, il dolore cronico pelvico, il dolore indotto dalla terapia oncologica. Si farà il punto sulla terapia oppioide e problemi connessi, la terapia complementare e la componente psicologica. Si tratterà del dolore in chi non può lamentarsi: il grave cerebroleso e il bambino con disabilità neurocognitiva. Importante sarà anche il contributo degli infermieri sulla comprensione e valutazione del dolore nel percorso di cura.

Le iscrizioni sono aperte: [www.formazione-sanitapiemonte.it](http://www.formazione-sanitapiemonte.it).

Informazioni presso l'Ordine: [www.omceo.cuneo.it](http://www.omceo.cuneo.it)



CUNEO - da Giovedì 3 a Sabato 5 Ottobre 2019

Convegno

**XI GIORNATE PIEMONTESE DI MEDICINA CLINICA  
GIÀ XV GIORNATE CUNEESE DI MEDICINA INTERNA**

La medicina interna svolge un ruolo insostituibile nell'attuale modello di moderno ospedale per acuti, ruolo che negli anni '80 e '90 del secolo scorso era dai più considerato marginale in un modello che era incentrato sulle specialistiche di organo e sulla Medicina d'urgenza. Vi fu

un periodo in cui si teorizzò la fine della Medicina interna, non più utile a gestire gli ammalati in ospedale perché caratterizzata da un approccio olistico troppo generalista e priva di competenza clinica nel malato acuto. In realtà l'epidemiologia stava indicando che proprio la Medicina interna era la specialità indispensabile per gestire la maggior parte dei malati ricoverati i quali erano acuti e poli-patologici senza quindi avere una specialità di riferimento e non tanto complicati ma bensì complessi e quindi non "scomponibili" in parti da affidare a singole specialità. Oggi, affermata l'indispensabilità della funzione internistica, va raccolta la sfida di una Medicina interna adeguatamente strutturata nelle aree mediche dei nostri ospedali in sinergia con le specialistiche di organo e la medicina generale del territorio. Due altre sfide si sono poi delineate in questo nuovo millennio: l'aggiornamento scientifico indipendente e la formazione dei giovani medici in questa disciplina.

La giornata di apertura della XV edizione 2019 introduce un *post-graduate course*: "Reumatologia in Medicina Interna". Le malattie reumatiche rappresentano oggi la patologia cronica più diffusa nella popolazione italiana; la loro incidenza in Italia è di circa il 3,5% della popolazione, con predilezione per le donne in misura oltre tre volte superiore rispetto al sesso maschile. Le malattie reumatiche sono oggi la

prima causa di assenza dal lavoro e la seconda per invalidità; rappresentano, inoltre, un importante fattore di rischio cardiovascolare paragonabile a malattie come il diabete e l'ipertensione arteriosa. La reumatologia costituisce una disciplina in continua evoluzione sia nell'ambito della diagnosi

precoce che nell'introduzione di un numero crescente di farmaci di precisione che permettono di agire sugli specifici meccanismi patogenetici di malattia, permettendo quindi una medicina personalizzata.

La diagnosi precoce rimane l'elemento critico per il raggiungimento del successo clinico, pertanto di fondamentale importanza diventa la stretta collaborazione tra il medico di medicina interna, quello di medicina generale e gli specialisti reumatologi al fine di avviare efficacemente il paziente nell'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Il corso, rivolto a medici di medicina interna, medicina generale, medici in formazione, specialisti di area medica, si pone l'obiettivo di trasmettere ai partecipanti le frontiere nel trattamento delle più importanti malattie reumatiche e allo stesso tempo di puntualizzare la gestione clinica pratica dei pazienti reumatologici.

**Obiettivo delle tre giornate di Convegno è fare il punto sullo stato dell'arte dei meccanismi fisiopatologici delle importanti patologie che caratterizzano la Medicina Interna, sulle terapie sia attuali che innovative che ci stanno avviando sempre di più ad una medicina di precisione.**

Nell'ultimo quinquennio, nel settore della Medicina Interna si è assistito all'avvento di nuove tecnologie ed approcci farmacologici per la diagnosi ed il trattamento di malattie ad elevata prevalenza come la fibrillazione atriale, il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e lo scompenso cardiaco. Forti del peso di robuste evidenze scientifiche, i nuovi trattamenti disponibili per tali patologie sono destinati a rivoluzionare la pratica clinica. In tale ottica, alle figure professionali del medico internista, del medico di medicina generale e degli specialisti di area medica è richiesto un continuo e puntuale aggiornamento.

Nelle sessioni conclusive verranno presentati argomenti e scenari clinici di frequente riscontro nella pratica del medico internista, sempre più spesso chiamato a risolvere problemi complessi caratterizzati dalla presenza di molteplici comorbidità ed interazioni farmacologiche.

**Sede:** Centro Incontri della provincia di Cuneo, Corso Dante 41

**Presidente:** Luigi FENOGLIO, *primario Medicina Interna AO S. Croce e Carle Cuneo, Presidente Sez. Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Società Italiana di Medicina Interna*

**Presidenti onorari:**

Franco PERTICONE, Catanzaro - Giovanni BERTINIERI, Biella

**Segreteria Scientifica:**

Christian BRACCO

**Segreteria Organizzativa:**

STAFF P&P S.r.l.

www.staffpep.com



CUNEO - Sabato 5 Ottobre 2019



Corso di Formazione

### IL SOCCORSO OCCASIONALE NELL'ORDINARIO E NEL CONTESTO MULTICULTURALE: RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

La Commissione Emergenze ed Urgenze Sanitarie dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Cuneo e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cuneo promuovono il corso sulle peculiarità e sui rischi, per il medico e per l'infermiere, del soccorso occasionale, peraltro normativamente e deontologicamente doveroso. Il focus del corso è l'intervallo libero tra il soccorso estemporaneo e l'arrivo dei soccorsi organizzati, approfondito il quale l'analisi si amplia sia al soccorso in contesti difficili od ostili, quando l'arrivo dei soccorsi organizzati comporti lunghi tempi od addirittura sia arduo allertare il sistema di emergenza, sia al soccorso a vittime di altre culture, situazione in cui la conoscenza ed il rispetto delle specifiche usanze e sensibilità sono elementi tanto più cogenti quanto più la vittima è in situazione di incapacità ed i parenti di ansia. Il corso si avvale di esperti del soccorso e di medicina legale e di mediatori interculturali di lingua madre delle aree araba, subsahariana e cinese con formazione alle tematiche sanitarie. La trattazione si articola in relazioni frontali, momenti di simulazione e di discussione.



#### Segreteria scientifica:

E. Balestrino, L. Barbotto, L. Perotti.

Sede: Spazio Incontri Fondazione CRC

Via Roma 15 - CUNEO

Posti disponibili: 120

Destinatari: Medici e Odontoiatri;  
Infermieri; Infermieri Pediatrici; Ostetriche

Evento accreditato ECM

La partecipazione è gratuita. L'iscrizione è subordinata al parere del Direttore del corso. Le iscrizioni si chiudono il 15.09.2019 (o anticipatamente al raggiungimento del numero previsto per l'accreditamento ECM).

Modalità di iscrizione: registrazione al link [www.formazione-sanitapiemonte.it](http://www.formazione-sanitapiemonte.it)

Direttore del corso: Dr.ssa G.M. Alberico, Responsabile S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità ASL CN1.

CUNEO - Giovedì 24 Ottobre 2019 ore 20

Evento aperto alla cittadinanza - Ingresso gratuito

### DIALOGO CON I CITTADINI A PIÙ CORTE E VOCI SUL TESTAMENTO BIOLOGICO DISPOSIZIONI DI TRATTAMENTO LG 219/2017

L'approvazione della legge 219/2017 sul fine vita (Disposizioni Anticipate di Trattamento) è stata preceduta da anni di acceso confronto che non ha facilitato la comprensione obiettiva e serena del dettato della legge. L'Ordine di Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Cuneo, deputato per compito istituzionale alla tutela della salute dei Cittadini e consapevole di questa insuffi-



ciente conoscenza e comprensione della legge, offre alla Cittadinanza un momento di riflessione sul tema, proponendo un incontro al contempo illuminante ed intrigante, affrancato da pedanterie normative e da pregiudizi aprioristici, per attestare come la legge assegni all'individuo la libertà di decidere il proprio fine vita, riconoscendogli - secondo il principio della condivisione del progetto di cura - il diritto sia di continuare a ricevere sia di rifiutare ogni ulteriore terapia. Ad una stringata illustrazione dei contenuti della legge e delle indicazioni per avvalersene, segue lo spettacolo teatrale dell'attrice Gianna Coletti sul tema del testamento biologico e del fine vita. Quindi, con la moderazione di un giornalista, si apre un dialogo con il pubblico, alle cui domande e dubbi rispondono il medico di famiglia, il bioeticista, l'antropologo-tanatologo, lo psicologo, l'avvocato, il sindaco, il rappresentante di una associazione dei pazienti.

Sede: Auditorium Foro Boario Via Carlo Pascal 5C - Cuneo

Posti disponibili: 200 prenotazione obbligatoria

Prenotazioni: a partire dal 24 agosto inviare e-mail con nome, cognome, anno di nascita all'account [dat.auditorium@omceo.cuneo.it](mailto:dat.auditorium@omceo.cuneo.it)

Segreteria scientifica e organizzativa:

Elsio Balestrino, Claudio Blengini, Laura Merlo

Per info: 3470971871 o 0171.692195

CUNEO - Martedì 29 Ottobre 2019

Convegno - Riunione Annuale Macroarea Nord-Ovest SINP

**IL NEUROLOGO PEDIATRA E LA MEDICINA DI PRECISIONE:  
NUOVE SFIDE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**

La Macroarea Nord Ovest della Società di neurologia pediatrica (SINP), come ogni anno, organizza un convegno che tratta tematiche neurologiche e pediatriche nell'ottica di un'integrazione tra specialisti interessati all'argomento e con l'intento di formare/aggiornare medici competenti nell'ambito della neurologia dell'età evolutiva. I destinatari della giornata sono pertanto pediatri, neuropsichiatri infantili, neonatologi, neuroradiologi, neurofisiologi, neurologi e altri specialisti affini. Obiettivo dell'evento formativo è quello di selezionare alcuni argomenti sui quali avviare un confronto ed una discussione tra specialisti, ma anche con i pediatri di famiglia, nonché quelli dell'emergenza/urgenza. Tema principale della giornata saranno le patologie neuromuscolari che verranno affrontate tenendo conto degli aspetti clinici, diagnostici e di gestione terapeutica con particolare riferimento agli approcci innovativi più aggiornati basati su una diagnosi precoce. Verrà inoltre affrontato il tema trasversale delle crisi epilettiche in età neonatale. La giornata si concluderà infine con la presentazione dei progetti di ricerca della Macroarea in sinergia con il direttivo della Società nello spirito di un continuo aggiornamento, studio e confronto multidisciplinare nel campo della neurologia pediatrica.

**Sede:** Salone di Rappresentanza dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle

**Responsabili Scientifiche:**

Irene Bagnasco *Neuropsichiatria Ospedale Martini - Torino Presidente Macroarea Nord Ovest SINP*

Antonella Palmieri *UOC PS Pediatria d'urgenza Istituto G. Gaslini IRCCS - Genova*

*Direttivo Macroarea Nord Ovest SINP*

Laura Siri *Neuropsichiatria Ospedale Arrigo - Alessandria Direttivo Macroarea Nord Ovest SINP*

**Segreteria Scientifica:** Irene Bagnasco, Antonella Palmieri, Laura Siri,  
Andrea Sanna, Maria Margherita Mancardi

**Segreteria organizzativa:** Symposia Organizzazione Congressi Srl - Genova

Tel 010 255146 (r.a.) - Fax 010 2770565

symposia@symposiacongressi.com

www.symposiacongressi.com

## OSPEDALE SANTA CROCE - CASSA GALENO

### NUOVA CONVENZIONE

Da questo mese la casa di cura dell'Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo si è aggiunta all'elenco degli istituti di ricovero convenzionati con Cassa Galeno, la cassa mutua per i medici e i loro familiari, istituita nel 1992 da Mario Boni, allora segretario della FIMMG. Questo significa che, previo benestare, il medico socio di Galeno può ricoverarsi nella struttura privata del nosocomio cuneese senza alcun onere: sarà l'ospedale a regolare direttamente le proprie competenze, senza che il medico debba anticipare nulla.

Ricordiamo che Cassa Galeno, che conta numerosi soci nella nostra provincia, svolge le funzioni di assistenza sanitaria integrativa, con un considerevole elenco di prestazioni rimborsate, anche extra-ricovero. Inoltre prevede anche una funzione previdenziale, con un'ottima redditività (mediamente superiore al 2% netto negli ultimi anni): da consigliare ai giovani colleghi come secondo pilastro pensionistico.

Per ulteriori informazioni potete consultare il sito <https://www.cassagaleno.eu/>.



LE GIORNATE di Fabio Vettori



**MEDICI PRIMA ISCRIZIONE**

Dr Baldi Paolo ..... Sanremo

**MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO**

Dr.ssa Basta Roberta ..... Torino  
 Dr Borsotti Mario ..... Pino Torinese  
 Dr Caballo Claudio Sergio ..... Baldissero T.Se  
 Dr Centoni Massimo ..... Torino  
 Dr Corazza Diego ..... Cuneo  
 Dr Frisco Giuseppe ..... Alessandria Della Rocca  
 Dr.ssa Ottino Ornella ..... Torino  
 Dr Recrosio Guido ..... Moncalieri

**MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO**

Dr Morino Lorenzo ..... Torino  
 Dr Sacco Mauro ..... Biella

**MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA**

Dr Grivetto Luigi ..... S. Vittoria D'alba  
 Dr Landi Andrea ..... Roddi  
 Dr.ssa Schellino Maria Maddalena ..... Torino

**MEDICI DECEDUTI**

Dr Della Valle Edoardo ..... Alba  
 Dr Della Valle Ferruccio ..... Alba  
 Dr Lo Russo Antonio ..... Alba  
 Dr Mohovich Fabio ..... Fossano  
 Dr Passone Giovanni ..... Guarene  
 Dr Zumaglino Giovanni ..... Cortemilia

**ODONTOIATRI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO**

Dr Benevello Massimiliano ..... Vigone  
 Dr Bonino Luca ..... Carmagnola  
 Dr Borda Bossana Matteo ..... Torino  
 Dr Caballo Claudio Sergio ..... Baldissero T.Se  
 Dr Centoni Massimo ..... Torino  
 Dr Londo Mishel ..... Torino  
 Dr Tealdo Tiziano ..... Vesime  
 Dr.ssa Zanini Nicoletta ..... Orbassano

**ODONTOIATRI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO**

Dr.ssa Einaudi Graziella ..... Torino  
 Dr Sacco Mauro ..... Biella

**ODONTOIATRI DECEDUTI**

Dr Della Valle Ferruccio ..... Alba  
 Dr Lo Russo Antonio ..... Alba

**NECROLOGIO**

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa dei Colleghi

Dr **Edoardo DELLA VALLE** *Medico Chirurgo di anni 92*

Dr **Ferruccio DELLA VALLE** *Medico Chirurgo e Odontoiatra di anni 61*

Dr **Antonio LO RUSSO** *Medico Chirurgo e Odontoiatra di anni 92*

Dr **Fabio MOHOVICH** *Medico Chirurgo di anni 83*

Dr **Giovanni PASSONE** *Medico Chirurgo di anni 71*

Dr **Giovanni ZUMAGLINO** *Medico Chirurgo di anni 75*

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.

NOTIZARIO DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI CUNEO  
Registrazione del Tribunale  
di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

*Redazione, amministrazione  
e direzione: Via Mameli, 4 bis  
12100 CUNEO  
Tel. 0171.692195*

*Direttore responsabile:  
Franco MAGNONE*

*Comitato di redazione:*  
Bartolomeo ALLASIA  
Claudio BLENGINI  
Roberto GALLO  
Antonella MELANO  
Andrea G. SCIOLLA  
Marina VALLATI

*Comitato scientifico:*  
Felice BORGHI  
Quintino CARTIA  
Luigi FENOGLIO  
Livio VIVALDA

\*METAFORE  
CUNEO, CORSO DANTE 5  
INFO@EDIZIONIMETAFORE.IT

