



Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena
n. 1 2023

Nuovo Ospedale Bufalini - rendering



RENDERING
dell'idea progettuale



Bollettino dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia
di Forlì-Cesena

Organo ufficiale
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena

Direttore: Stefano Benzoni
Coordinatore della Redazione: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Redazione: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott. Leonardo Lucchi
Segreteria di Redazione: Michele Gavelli, Laila Laghi, Elisabetta Leonelli

Consiglio Direttivo dell'Ordine
Presidente: Dott. Michele Gaudio
Vice Presidente: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Segretario: Dott.ssa Morena Contri
Tesoriere: Dott. Fabio Balistreri
Consiglieri: Dott. Enrico Maria Amadei, Dott. Umberto Castellani, Dott. Angelo Castellini, Dott. Giorgio Ercolani, Dott.ssa Roberta Gunelli, Dott. Leonardo Lucchi, Dott. Paolo Paganelli (Cons. Od.), Dott.ssa Veronica Pasini, Dott.ssa Annalisa Prati, Dott. Marco Ragazzini, Dott. Mario Raspini (Cons. Od) Dott. Claudio Simoni, Dott. Gilberto Vergoni

Commissione Odontoiatrica:
Presidente: Dott. Paolo Paganelli
Vice Presidente: Dott. Mario Raspini
Componenti: Dott. Andrea Alberti, Dott. Domenico D'Arcangelo, Dr.ssa Daniela Zanetti

Revisori dei Conti:
Presidente: Rag. Montserrat Alessandri Ginchi Alessandra
Componenti: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott.ssa Paola Possanzini
Revisore supplente: Dott.ssa Melania Vicchi

Periodico distribuito
a tutti gli iscritti
all'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena
e a tutti gli Ordini d'Italia.

È organo ufficiale di stampa dell'Ordine
e pertanto le notizie pubblicate
hanno carattere di ufficialità
e di avviso per tutti i colleghi.

Editoriale

Il SSN: un malato cronico *pag.* 3

Corsi secondo semestre 2022

Alimentazione e Salute: dal bambino all'adulto *pag.* 4

**Sanguinamenti uterini anomali in età fertile
e in post menopausa** *pag.* 10

Approccio multidisciplinare alle Patologie Pancreatiche *pag.* 13

La diastasi dei retti: una patologia misconosciuta 27/10 *pag.* 17

Le normative concernenti "il fine- vita" 24/11 *pag.* 18

Aggiornamento *pag.* 25

IL SSN: UN MALATO CRONICO

Si è fatto un gran parlare negli ultimi anni di cronicità e della sua gestione.

E' stato rilasciato dal Ministero della salute un piano nazionale e ogni regione poi ha implementato organizzazioni locali più o meno efficienti con grande coinvolgimento del territorio.

Sono stati individuati gli elementi chiave della gestione della cronicità incentrati sulla aderenza, appropriatezza, prevenzione, empowerment e soprattutto cure domiciliari.

E' stata fatta un'accurata stratificazione e targeting della popolazione e spinto sulla presa in carico del paziente.

I risultati li conosciamo, l'impegno spesso estenuante dei professionisti, le case della comunità e i soldi del Pnrr lasciano ben sperare.

Tuttavia ci siamo/si sono dimenticati del malato cronico per eccellenza: il nostro SSN.

Decenni di tagli sconsiderati con le scuse dell'efficientamento e della razionalizzazione e nel contempo un continuo e perseverante sottofinanziamento hanno portato il nostro Sistema Sanitario al lumicino.

Politiche sanitarie di programmazione avventate e persino sconsiderate prive di qualsiasi reale considerazione dei futuri bisogni di salute della popolazione hanno portato alla attuale situazione.

Mancano medici e quelli che ci sono hanno l'età media più alta in Europa.

Costretti a lavorare in condizioni di estremo disagio, spesso mal supportati dalle amministrazioni, sottopagati e con una vita sociale e familiare ridotta ai minimi termini.

E poi ci si stupisce se appena possono vanno in pensione per sfinimento oppure scelgono il privato più remunerativo e con condizioni di lavoro migliori.

Per non parlare di chi, e sono tanti, più intraprendenti decidono di lavorare all'estero dove gli stipendi sono significativamente superiori ai nostri e le condizioni di lavoro enormemente più dignitose.

Si legge "I medici bisogna pagarli di più". Ma quando mai. Contratti e convenzioni scaduti da anni e senza percezione da parte del Governo di voler procedere.

Per gli ospedalieri è appena stato rilasciato l'atto di indirizzo di un contratto che se mai partorito nel corso di quest'anno sarà comunque già scaduto da un paio di anni.

Peggio ancora per la medicina convenzionata dove manca ad oggi l'atto di indirizzo. E giustamente si parla di scioperare.

E che dire del "cronico" sottofinanziamento del SSN con la percentuale di PIL tra le più basse in Europa.

E' vero che è previsto un aumento del fondo nella finanziaria recentemente approvata ma che non servirà a coprire neanche i rincari legati all'aumento dei costi energetici e dell'inflazione che viaggia a doppia cifra.

La pandemia Covid-19 ha aperto gli occhi dei politici sulla "fragilità" del nostro SSN.

Bene. Sono corsi ai ripari e hanno cominciato la "cura". Tutte toppe peggio del buco.

Voglio citare solo l'ultima di questi giorni come emendamento al Milleproroghe: medici in pensione a 72 anni!!!

Certo su base volontaria ma comunque senza nessun beneficio economico, rinunciando alla pensione e continuando a lavorare nelle disastrose condizioni attuali.

Una risposta al grido di aiuto che da tempo proviene dal nostro mondo professionale che mi lascia senza parole.

E' solo un altro tassello alla profonda crisi professionale senza precedenti che stiamo vivendo.

Eroi si, Santi forse ma martiri mai.



Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO Forlì-Cesena

ALIMENTAZIONE E SALUTE: DAL BAMBINO ALL'ADULTO

24/09/2022

Lo sviluppo delle indicazioni regionali nell'AUSL Romagna.

Programma di nutrizione preventiva e clinica integrata AUSL Romagna

L'esperienza in AUSL Romagna parte dal 2016 con la costituzione di una rete di nutrizione clinica aziendale. Le équipes territoriali, allora non presenti su tutto il territorio, sono state costituite come trasversali tra ospedale e territorio, multiprofessionali; dovevano essere chiaramente identificate con referente medico, dietista, infermiere; per l'area pediatrica era previsto l'apporto di un medico pediatra con competenze nutrizionali; dovevano essere previsti una struttura ambulatoriale definita, facilmente accessibile e un collegamento con una struttura di Day service/hospital/ambulatorio protetto e di ricovero ordinario per pazienti con urgenza metabolica o complicanze della nutrizione artificiale.

L'attività delle strutture di dietetica e nutrizione clinica è rappresentata in tabella.

	Prime visite 2021	Controlli 2021	Prime visite 2021 vs 2022 (luglio)	Controlli 2021 vs 2022 (luglio)
Rimini (DCP)	1082	2336	631 - 606	1363 - 1644
Ravenna (Gastroenterologia)	2514	7679	1428 - 1696	4423 - 4152
Forli- Cesena (DCP)	1719	4125	959 - 977	2282 - 2892

A seguito delle indicazioni della DGR 1200 del 2019, nel maggio 2022 è stato istituito il Programma di nutrizione preventiva e clinica integrata. Il programma assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, appartenenti a diverse unità operative nell'ambito della nutrizione. Tra gli obiettivi fondanti del programma quello dello sviluppo dei percorsi ritenuti strategici dal documento regionale: sovrappeso/obesità, malnutrizione per difetto e nutrizione artificiale, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Per la presa in carico di pazienti con sovrappeso/obesità si sta avviando la definizione di un PDTA aziendale. In modo particolare, è previsto per BMI inferiori a 35 kg/m² lo sviluppo di una presa in carico integrata di questi pazienti tra assistenza primaria e SIAN. Risulta già in atto la presa in carico per pazienti con BMI oltre 35 kg/m² nei servizi di dietetica e sono attivi percorsi aziendali di riabilitazione nutrizionale intensiva e di chirurgia bariatrica. Per i pazienti con malnutrizione per difetto si è consolidato un modello unico di erogazione della nutrizione enterale in integrazione all'unità operativa aziendale Home Care e di erogazione dei supplementi orali, con un governo centralizzato dei centri di dietetica e nutrizione clinica. Sono costantemente presi in carico su tutto il territorio aziendale circa 700 pazienti in nutrizione enterale domiciliare. Per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è attivo un PDTA aziendale che ha come porta d'accesso la prima visita psichiatrica o neuropsichiatrica, a seconda dell'età. A seguito della prima valutazione psichiatrica/psicologica viene effettuata la valutazione del medico di nutrizione clinica e del dietista. I pazienti presi in carico nel 2021 sono 594. Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento del numero di pazienti in modo particolare nella fascia minori.

La nutrizione clinica è una disciplina trasversale che presenta livelli crescenti di complessità di intervento, transmurale, con una necessaria continuità con quella preventiva. Punti di forza aziendali sono: la storia organizzativa, le competenze territoriali, lo sviluppo progressivo di percorsi codificati e riconosciuti. Risultano ancora critici: lo sviluppo del primo livello di trattamento dell'obesità, con

una adeguata integrazione con il territorio, lo sviluppo di una medicina territoriale in cui fare riconoscere il ruolo della nutrizione, il ruolo e l'organizzazione delle strutture di nutrizione in ospedale.

Dott. Giuseppe Benati
*Direttore Dipartimento Cure Primarie
e Medicina di Comunità Fo-Ce, Ausl Romagna*

Il Dietista come figura di continuità e trasversalità dei percorsi

Con il DPR 128 del 1969 la figura del dietista viene identificata come una professione sanitaria "ausiliaria" con un'autonomia professionale limitata; con la legge 502 del 1992 il Ministero della salute individua "le figure professionali da formare e i relativi profili professionali" da cui scaturiscono i diplomi universitari prima e i corsi di laurea in dietistica poi, presenti oggi in 24 atenei sparsi su tutto il territorio nazionale; infine il DM 744 del 1994 ha previsto la pubblicazione del profilo professionale del dietista e per la prima volta si definiscono e normano i specifici atti di competenza, conferendogli di fatto attività riservate. Il dietista diventa "Il professionista sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari nel rispetto della norma vigente". Il core competence del dietista è suddiviso in 6 aree tra cui:

- 1- Promozione, educazione alla salute e prevenzione: sorveglianza nutrizionale, progettazione e realizzazione;
- 2- Sicurezza alimentare e ristorazione collettiva;
- 3- Assistenza nutrizionale: effettuare una valutazione dietetica, effettuare la diagnosi dietetica, pianificare, attuare intervento nutrizionale, effettuare monitoraggio, valutazione esiti;
- 4- Organizzazione e gestione;
- 5- Formazione;
- 6- Ricerca: utilizzare la ricerca nella pratica professionale e partecipare a progetti di ricerca.

Con il decreto 13 marzo 2018, è stato istituito un unico albo nel quale sono confluite tutte le figure sanitarie tecniche, della riabilitazione e prevenzione (FNO TSRM PSTRP) tra cui la figura del dietista. L'ordine ha previsto un documento di posizionamento dove sono stati identificati e illustrati i compiti relativi a questa figura professionale. A livello europeo il dietista è definito come "il professionista sanitario legalmente riconosciuto, con istruzione accademica per lo meno di livello "bachelor" (corrispondente in Italia almeno alla laurea triennale). Utilizzando approcci basati sull'evidenza, il dietista lavora in autonomia per promuovere l'autodeterminazione e sostenere individui, famiglie, gruppi e popolazioni a procurarsi e a scegliere alimenti che siano nutrizionalmente adeguati, sicuri, gustosi e sostenibili. Il dietista valuta i fabbisogni nutrizionali specifici per tutte le fasce d'età e li traduce in consigli e/o interventi. Questo contribuisce a ridurre o a non peggiorare i rischi per la salute o a ripristinarne lo stato ottimale, oltre ad alleviare il disagio nelle cure palliative. Al di là dell'assistenza sanitaria, il dietista contribuisce a ottimizzare per tutti i cittadini "l'ambiente nutrizionale", agendo presso i governi, l'industria, il mondo accademico e la ricerca" (EFAD, The European Federation of the Associations of Dietitians). A livello internazionale è definito come "il professionista che applica la scienza dell'alimentazione e della nutrizione per promuovere la salute, prevenire e trattare le patologie, ottimizzando la salute di individui, gruppi, comunità e popolazione"

(ICDA, International Confederation of Dietetics Associations). L'assistenza nutrizionale è una delle funzioni professionali del dietista definite dal core competence. Componente fondamentale di numerosi percorsi assistenziali (in contesti preventivi, terapeutici, riabilitativi, di cronicità, ecc..) deve essere attuata secondo metodo e contenuti coerenti con quanto definito a livello internazionale quale best practice professionale.

Fornire una assistenza nutrizionale sicura, efficace, centrata sulla persona, tempestiva, efficiente ed equa è obiettivo prioritario della professione del dietista che trae i suoi fondamenti dai principi deontologici e dalla applicazione di una pratica professionale basata sulle evidenze. Per questo motivo il dietista basa la sua attività sull'utilizzo del nutrition care process, un metodo di lavoro sistematico fondato sulla metodologia del problem solving, che i dietisti hanno definito ed adottato per pensare criticamente e prendere decisioni nell'applicare la MNT (terapia medico nutrizionale), nel valutare i problemi nutrizionali e nel fornire una assistenza nutrizionale sicura ed efficace, di alta qualità.

Dott.ssa Melissa Righi

Referente Dietista Servizio Nutrizione Clinica e Dietetica Forlì

Referente Processo aziendale dietetica e nutrizione Clinica Ausl Romagna

Le influenze precoci dell'ambiente sullo sviluppo delle preferenze alimentari

Secondo una credenza diffusa, ma in buona parte errata, i nostri gusti alimentari rappresentano una caratteristica del tutto innata come il colore degli occhi o dei capelli ma in realtà la preferenza e il rifiuto di un alimento piuttosto che un altro sono influenzati per la metà circa dalla genetica e per l'altra metà dall'ambiente e in particolare dalle abitudini precoci.

Per questo motivo molte ricerche sono indirizzate all'identificazione dei fattori che possono favorire l'accettazione di alimenti salutari che spesso i bambini non gradiscono (come, ad esempio, le verdure a foglia per il loro sapore amaro) e degli interventi più idonei a migliorare in modo duraturo le loro abitudini alimentari.

Anche se generalmente usati come sinonimi, i termini *gusto* e *sapore* non sono la stessa cosa; infatti la percezione dei sapori risulta dalla continua e stretta integrazione delle sensazioni generate dal sistema *gustativo* e da quello *olfattivo*; è per questo che quando abbiamo il raffreddore non riusciamo più a riconoscere molti sapori. Gusto e olfatto iniziano a formarsi nelle prime settimane di gestazione e nel corso della gravidanza si sviluppano e vengono "allenati" attraverso i sapori della dieta materna trasmessi al liquido amniotico.

I recettori gustativi presenti sulle papille della lingua e del palato molle consentono la percezione di 5 gusti: *dolce*, *amaro*, *acido*, *salato* e *umami* (dal giapponese *umai* che significa delizioso/saporito, associato alla percezione dell'aminoacido L-glutammato abbondantemente presente in alimenti come i concentrati di carne o i prodotti fermentati e stagionati come il parmigiano). È attualmente in fase di approfondimento scientifico la scoperta di un sesto senso del *grasso* i cui recettori ne regolano l'assunzione; secondo un'ipotesi, una sua variante genetica ipoattiva indurrebbe un'eccessiva assunzione di alimenti grassi favorendo l'eccesso ponderale.

Ciascuno di questi gusti ha una sua spiegazione funzionale adattiva ed è stato elaborato dall'evoluzione in funzione di precisi benefici per l'individuo e per la specie. A testimonianza della persistenza di tali radici primitive, i bambini nascono già programmati biologicamente con la preferenza per il *dolce*, il *salato* (da ~ 4 mesi di età) e l'*umami*, che caratterizzano i cibi ricchi di principi nutritivi indispensabili per la sopravvivenza e la cui assunzione genera sensazioni di buon sapore e di piacere edonistico; al contrario, essi mostrano una tendenza a rifiutare il sapore *amaro* e *acido* evolutivamente finalizzata a proteggere l'individuo dall'ingestione di sostanze potenzialmente dannose. Vi sono poi differenze individuali circa l'intensità (soglia) con cui vengono percepiti tali

gusti.

Diversamente dal numero limitato di gusti, le nostre percezioni olfattive sono generate da centinaia di differenti odori volatili che stimolano i rispettivi recettori nella parte anteriore del naso e nelle fosse nasali posteriori. Vi è un chiaro legame fra odori, memoria ed emozioni grazie alle proiezioni delle percezioni olfattive all'amigdala (che fa parte del sistema limbico). Da un punto di vista evolucionistico il sistema olfattivo si è sviluppato per individuare in un ambiente ostile e pericoloso, cibi pericolosi e cibi affidabili annusandone l'odore prima di ingerirli. La società contemporanea, più sicura rispetto al passato, ha reso l'olfatto meno importante tanto che non utilizziamo più circa 2/3 dei nostri recettori olfattivi.

Sebbene queste tendenze innate abbiano migliorato le possibilità di sopravvivenza in contesti ambientali ancestralmente caratterizzati da scarsità di cibo, esse sono chiaramente disadattive nei nostri attuali contesti di vita in cui i bambini sono sovraesposti ad una moltitudine di cibi dolci, grassi e salati e bevande zuccherate fortemente pubblicizzati ad hoc dall'industria, esaltatori del piacere che aggirano la percezione del senso di sazietà esponendoli al rischio di un eccessivo incremento ponderale. Dal momento che i bambini obesi hanno la forte tendenza a diventare adulti obesi con il rischio di serie comorbidità cardiometaboliche, diventa di primaria importanza sviluppare strategie efficaci per promuovere una sana alimentazione. Crescenti evidenze suggeriscono che a partire dalla vita prenatale e nel corso dello sviluppo infantile vi sono ripetute e varie opportunità che consentono al bambino di "imparare" a gradire i sapori di cibi protettivi per la salute. Le madri che nel corso della gravidanza e dell'allattamento al seno assumono una dieta varia basata su alimenti salutari offrono ai loro figli l'opportunità di "imparare" a conoscere e gradire i loro sapori che vengono trasmessi al liquido amniotico e al latte materno, e questo imprinting olfattivo/gustativo facilita poi l'accettazione dallo svezzamento (intorno ai 6 mesi di età come raccomandato dall'OMS) in avanti dei primi alimenti casalinghi opportunamente sminuzzati, a differenza di quanto si verifica nei bambini allattati artificialmente che sono esposti per mesi al sapore sempre uguale del latte artificiale. Se si abitua invece il bambino fin dalle prime esperienze ad un'alimentazione basata su baby foods industriali che hanno sapori e consistenze monotoni, protraendola fino a 8-9 mesi o più, come spesso avviene, sarà poi più difficile il passaggio ai comuni alimenti domestici e possono aversi per anni difficoltà circa le competenze masticatorie e l'accettazione di un'alimentazione sufficientemente diversificata.

Lo svezzamento è considerato una finestra sensibile per l'apprendimento dei nuovi sapori. È dimostrato che l'offerta ripetuta di alimenti nuovi fino a 8-15 volte nell'arco di pochi giorni-settimane, anche se inizialmente non graditi, in un clima positivo senza esercitare forzature sul bambino e senza ricorrere impropriamente al cibo come "punizione" o "ricompensa", ne favorisce l'accettazione con effetti duraturi nel tempo. Purtroppo i genitori rinunciano generalmente a riproporre cibi rifiutati dopo il 3°- 4° tentativo fallito e ricadono spesso nell'errore di proporre alimenti nutrizionalmente squilibrati ricchi di zuccheri/sale/grassi saturi e subito accettati perché assecondano la tendenza del bambino a preferire questi sapori.

Anche il **contesto sociale** in cui si assume il cibo è determinante per promuovere il gradimento di nuovi alimenti. Socializzare durante il momento del pasto mangiando insieme a tavola in un ambiente sereno e piacevole ed evitando distrazioni (TV, iPhone...), con caregivers rassicuranti che danno il buon esempio personale nel mangiare cibi sani e ne incoraggiano empaticamente l'assunzione con commenti entusiastici ed espressioni facciali di piacere gustativo (**modeling positivo dei genitori, nonni**), permette al bambino di sperimentare più facilmente ed accettare positivamente le novità. La condivisione di nuove esperienze alimentari/sensoriali con i coetanei e gli educatori in un contesto di comunità scolastica, dove è fortemente stimolata la **tendenza istintiva all'imitazione fra pari**, può anche dare un forte contributo all'affermazione di stili alimentari virtuosi.

Studi longitudinali hanno confermato che le abitudini alimentari stabilite nei primi 2-3 anni di vita si mantengono fino all'età scolare e adolescenziale, fino ad influenzare la qualità della dieta in età adulta.

È importante che gli operatori della salute materno- infantile e gli educatori scolastici contribuiscano attivamente all'implementazione di strategie evidence-based età-specifiche e di programmi per promuovere nei bambini un sano rapporto con il cibo e l'abitudine al consumo di alimenti protettivi

nel rispetto del *modello mediterraneo* universalmente apprezzato per le sue potenzialità di tutela della salute e prevenzione delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili (MCNT) oltre che per le sue valenze di sostenibilità ambientale.

Dott. Maurizio Iaia
Già Pediatra di Famiglia e di Comunità
Referente per la Dietetica scolastica, Cesena

Dieta della longevità e salute, il metodo di Fondazione Valter Longo Onlus

La persona più longeva al mondo è vissuta fino a 122 anni. Come lei, ci sono altri esempi di super centenari, che sono arrivati a una veneranda età, in ottima salute. Oltre alla predisposizione genetica, molti fattori ambientali possono contribuire a una sana longevità, compresa l'alimentazione.

Qual è l'alimentazione ideale per ottimizzare un sano invecchiamento? Quotidianamente emergono nuovi studi che tentano di rispondere a questa domanda, ma i dati sono spesso contrastanti e contribuiscono a creare confusione. Diventa dunque necessario utilizzare un approccio multidisciplinare, che si basi su diverse e fondamentali aree di ricerca consentendo di filtrare le migliaia di studi sulla longevità e sulle malattie e di porre fondamenta molto profonde e solide sulle quali basare la decisione di cosa e quanto mangiare, riducendo al minimo l'entità dei cambiamenti nello stile alimentare delle persone. Nasce così l'approccio dei *Cinque Pilastri della Sana Longevità*, che comprende ricerca di base, epidemiologia, studi clinici, studio dei centenari e dei sistemi complessi. Se le scelte soddisfano tutti e cinque i Pilastri, difficilmente possono dimostrarsi scorrette o invalidate da nuove scoperte.

Grazie alle informazioni emerse utilizzando questo approccio sistematico, è stato possibile valutare che una dieta troppo ricca di proteine o ad alto contenuto di zuccheri semplici, accelera l'invecchiamento e le patologie ad esso associate, come diabete, obesità, neoplasie, malattie cardiovascolari, neurodegenerative e autoimmuni.

In particolare, risulta evidente che la quantità e la tipologia dei nutrienti gioca un ruolo fondamentale nell'attivazione della produzione dell'ormone della crescita (GH, *growth hormone*) così come nell'espressione dei geni responsabili dell'invecchiamento⁽¹⁻⁴⁾. È stato infatti dimostrato che una ridotta attività di questo ormone, con conseguente riduzione di IGF-1 (*Insulin-like growth factor-1*), sarebbe associato a minor rischio di sviluppare cancro e diabete.

Questi studi sono stati condotti sui pazienti affetti dalla Sindrome di Laron, una rara malattia autosomica recessiva che colpisce circa 300 persone nel mondo caratterizzata da mutazioni *loss of function* nel recettore GH. Nonostante questi individui mostrino un'alta frequenza di obesità, non sono affetti da diabete e presentano una percentuale di morte per cancro inferiore rispetto al resto della popolazione, probabilmente a causa della loro maggior sensibilità all'insulina⁽⁵⁾.

Oggi sappiamo che è possibile mantenere bassa l'espressione di GH e IGF-1, così come di altri geni coinvolti nello sviluppo di diverse malattie che si accompagnano all'invecchiamento, seguendo quotidianamente la Dieta della Longevità, alternata a cicli di restrizione calorica controllata, come la dieta mima digiuno (FMD, *Fasting mimicking diet*).

L'FMD è un protocollo alimentare in grado ottenere i benefici del digiuno (anti-invecchiamento, eliminazione di componenti danneggiate, rigenerazione cellulare e perdita del grasso viscerale) senza i problemi ad esso legati (debolezza, difficoltà, pericolosità).

Il primo studio randomizzato è stato condotto su 100 pazienti, che hanno testato la FMD per 5 giorni al mese per 3 mesi, ottenendo la diminuzione costante nel tempo di: grasso viscerale, glicemia, pressione, colesterolo, IGF-1, Proteina C Reattiva e trigliceridi⁽⁶⁾.

Recenti studi preliminari condotti su malattie autoimmuni come il diabete di tipo 1, sclerosi multipla^(7,8), nonché sul cancro⁽⁹⁻¹²⁾ suggeriscono che cicli programmati di FMD, insieme alle terapie standard, sembrerebbero contribuire a una rigenerazione cellulare sistemica, a partire dalle cellule del

sistema immunitario.

Ad oggi nuovi studi sono stati programmati ed attivati sia in Europa che negli USA per confermare questi dati preliminari con l'obiettivo di identificare il giusto approccio FMD per le singole patologie. Grazie alle informazioni emerse utilizzando l'approccio sistematico dei *Pilastri della Sana Longevità*, Fondazione Valter Longo Onlus aiuta quotidianamente i pazienti nella prevenzione e nella terapia delle patologie associate all'invecchiamento come diabete, obesità, neoplasie, malattie cardiovascolari, neurodegenerative e autoimmuni.

Il piano nutrizionale studiato per ogni paziente, che si basa sulla dieta della longevità permette di modulare in maniera quasi farmacologica i geni che regolano l'invecchiamento per permettere a tutti una vita lunga e sana⁽¹³⁾.

Dott.ssa Romina Inès Cervigni
Biologa nutrizionista
Responsabile Scientifico Fondazione Valter Longo

Bibliografia

1. Longo *et al.*, *Science* (2003)
2. Enns *et al.*, *PLoS One* (2009)
3. Ikeno *et al.*, *J Gerontology* (2009)
4. Mirisola *et al.*, *PLoS Genetics* (2014)
5. Guevara-Aguirre *et al.*, *J Clin Endocrinol Metab* (2015)
6. Wei *et al.*, *Science Translational Medicine* (2017)
7. Cheng *et al.*, *Cell* (2017)
8. Choi *et al.*, *Cell Reports* (2016)
9. Brandhorst *et al.*, *Recent Results Cancer Res* (2016)
10. Di Tano *et al.*, *Nature Communications* (2020)
11. De Groot *et al.*, *Nature Communications* (2020)
12. Caffà *et al.*, *Nature* (2020)
13. La Dieta della Longevità, Valter Longo, Vallardi (2016)
14. Brandhorst *et al.*, *Cell Metabolism* (2015)
15. Alla Tavola della Longevità, Valter Longo, Vallardi (2017)

SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI IN ETÀ FERTILE E IN POST MENOPAUSA

06/10/2022

Cause e inquadramento diagnostico dei sanguinamenti uterini anomali in età fertile (Mancini)

Le irregolarità del ciclo mestruale possono essere di diverso tipo e sono definite dalla FIGO con il termine AUB (Abnormal Uterine Bleeding).

Un sanguinamento uterino può essere anomalo per frequenza (normalità 24-38 giorni), durata (>8 giorni), volume (valutazione soggettiva) e/o regolarità (variazione tra un ciclo e un altro $< 0 = 7-9$ giorni).

Questo è importante perché circa 1/3 delle donne sperimentano un AUB nell'arco della propria vita con picchi di frequenza in età adolescenziale e in perimenopausa.

Già dal 2011 la FIGO ha raccomandato l'abbandono della vecchia nomenclatura per la descrizione dei sanguinamenti uterini (es: menorragia, metrorragia, ecc), con il fine di unificare e standardizzare la descrizione di tali eventi. Gli AUB possono essere distinti tra forme acute e croniche; quelli acuti richiedono un intervento medico urgente con il fine di impedire ulteriori perdite ematiche, mentre i sanguinamenti cronici sono definiti tali quando presenti nella maggior parte dei 6 mesi precedenti e non richiedono un intervento medico immediato ma un'accurata ricerca dell'eziologia sottostante.

Tutte le donne con AUB attento devono essere sottoposte a esame fisico e rilevazione dei parametri vitali (particolarmente importanti nelle forme acute); l'iter diagnostico richiede anamnesi medica, farmacologica, ginecologica, seguita da esame obiettivo ginecologico, ecografia pelvica transaddominale o transvaginale ed esami ematici (emocromo, profilo coagulativo, assetto marziale e dosaggio betaHCG).

A seconda dell'ipotesi diagnostica potranno poi essere richiesti esami di laboratorio aggiuntivi (esami ormonali, fattori della coagulazione, ecc) e/o pap-test e/o esami strumentali (isteroscopia, sonoisterografia, ecc).

Il sistema classificativo FIGO, suddivide gli AUB della donna in età riproduttiva in cause organiche e cause non organiche tramite l'acronimo PALM (organiche) COEIN (non organiche): polipi endometriali, adenomiosi, leiomiomi e patologia maligna; coagulopatie, disfunzioni ovulatorie, endometriopatie, iatrogeni e non classificati.

A seconda dell'età della paziente dobbiamo già sospettare le cause più probabili di AUB: nelle adolescenti prevalgono le cause non organiche e prevalentemente disfunzioni ovulatorie e coagulopatie; più spesso cause organiche a partire dalla terza decade di vita, con aumento del rischio di patologia maligna e premaligna dall'epoca perimenopausale.

Nell'adolescente le caratteristiche di normalità del ciclo mestruale differiscono rispetto all'adulto: nei primi anni dopo il menarca il 90% dei cicli varia tra i 21 e 45 giorni e l'età media del menarca è di 12 anni. Le irregolarità mestruali dovrebbero essere indagate a distanza di 5 anni dal menarca, data la fisiologica immaturità dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi.

Al contrario un periodo superiore ai 90 giorni tra un ciclo e l'altro non è mai da considerarsi normale e andrebbe approfondito, indipendentemente dalla distanza dal menarca.

In caso di AUB nell'adolescente occorre pensare ai disordini della coagulazione, riscontrabili in circa il 20% dei flussi mestruali abbondanti (più frequentemente malattia di vonWillebrand e disordini della funzionalità piastrinica).

Circa la metà delle adolescenti con un disordine della coagulazione si presenta con flussi mestruali abbondanti già al menarca. Utile sarà in questi casi richiedere una valutazione ematologica.

Nella donna in età fertile invece le cause più frequenti di AUB sono quelle organiche.

L'adenomiosi rappresenta una causa di flussi mestruali abbondanti spesso sottodiagnosticata.

Si accompagna frequentemente a quadri dolorosi (dismenorrea, dolore pelvico cronico, dispareunia) e di infertilità e a reperti ecografici patognomonic.

Tra le cause non organiche di AUB nella donna fertile occorre ricordare le coagulopatie, le disfunzioni

ovulatorie (associate a quadri di PCOS, distiroidismi, iperprolattinemia, disturbi del comportamento alimentare), le endometriopatie (disordini primari dell'endometrio che determinano AUB nel contesto di un sanguinamento ciclico ed ovulatorio), AUB iatrogeni (uso di contraccettivi ormonali, anticoagulanti e antiaggreganti, antidepressivi, antipsicotici, corticosteroidi, tamoxifene, ecc) e non classificati (COEIN).

Dott.ssa Ilaria Mancini
Dirigente Medico - U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Bufalini Cesena - AUSL Romagna

Perdite ematiche in post-menopausa: quali valutazioni e accertamenti?

La relazione dal titolo “Perdite ematiche in post-menopausa: quali valutazioni e accertamenti?” tenuta dalla dott.ssa Solfrini ha fatto luce inizialmente sulle cause di sanguinamento di questa fascia di età. In ordine di frequenza si considerano l'atrofia endometriale, la terapia ormonale sostitutiva, i polipi endometriali, l'iperplasia e il carcinoma endometriale, cause più rare possono essere altri tumori dell'apparato genitale.

L'obiettivo della valutazione medica deve essere quello di escludere il carcinoma endometriale, che nel 95% dei casi da segno di sé mediante perdite ematiche genitali, pur non essendo la causa più frequente di sanguinamento.

E' fondamentale vedere la problematica dei sanguinamenti genitali in menopausa sotto una nuova luce che è quella legata ai fattori di rischio per il carcinoma endometriale: obesità, menopausa tardiva, ipertensione arteriosa, diabete tipo II, fattori genetici (HPNCC: poliposi ereditaria del colon; sindrome di Lynch e alterazione genetica MMR), pregresso carcinoma del colon, mammario e ovarico, terapie ormonali non bilanciate (estrogeni, tamoxifene).

Questi fattori incrementano in maniera variabile il rischio personale di carcinoma endometriale e sono sempre da considerare nell'anamnesi della paziente. Oltre all'anamnesi personale e farmacologica è necessario indagare sulle caratteristiche del sanguinamento, sui fattori scatenanti, circostanze e durata.

I primi accertamenti da richiedere sono l'esame obiettivo ginecologico con ispezione dei genitali, visita bimanuale e posizionamento dello speculum per la visualizzazione della cervice allo scopo di diagnosticare cause di sanguinamento legate ad atrofia vulvo-vaginale ed escludere masse pelviche cervicali, uterine o ovariche. Se presente sospetto di patologia cervicale è necessario richiedere pap-test e biopsia cervicale.

A completamento della visita in caso di sanguinamento è sempre necessario richiedere un'ecografia transvaginale che rappresenta la metodica di valutazione più accurata e costo-efficace per la valutazione dell'endometrio.

Il cut-off di spessore endometriale su cui le linee guida (ACOG 2018) sono in accordo è quello dei 4 mm. In caso di endometrio < 4 mm è possibile escludere il carcinoma endometriale con alto valore predittivo.

La paziente dovrà essere sottoposta ad ulteriori accertamenti solo in caso di sanguinamento ripetuto o di alto rischio personale di carcinoma endometriale.

In caso di endometrio non valutabile è possibile eseguire una sonoisterografia (ecografia con minima quota di liquido intracavitario) che aumenta l'accuratezza diagnostica per le lesioni focali.

Se l'endometrio è > o uguale a 4 mm è necessario richiedere ulteriori accertamenti diagnostici di secondo livello e ottenere un esame istologico di biopsia endometriale.

L'isteroscopia diagnostica ambulatoriale rappresenta la metodica diagnostica più accurata per la

valutazione della cavità uterina nel sospetto di una patologia endometriale in quanto consente una visualizzazione diretta e di eseguire biopsie mirate.

Il raschiamento diagnostico o la biopsia endometriale alla cieca sono da riservare a casi in cui l'isteroscopia diagnostica non sia possibile in quanto sono ad alto rischio di falsi negativi.

Infine è stato affrontato l'argomento che riguarda la gestione delle pazienti in terapia con tamoxifene, modulatore selettivo dei recettori estrogenici usato per ridurre le recidive di carcinoma mammario.

Tale farmaco aumenta il rischio di iperplasia e carcinoma mammario, determinando aumento dello spessore endometriale e della formazione di polipi.

Secondo le più recenti linee guida ESGO e ACOG in queste pazienti è indicato eseguire un'ecografia preliminare alla terapia per escludere la presenza di polipi endometriali già esistenti.

Non sono indicate ecografie seriate periodiche per il controllo dell'endometrio; mentre deve essere valutato l'endometrio della paziente che presenti sanguinamenti uterini o altri sintomi sospetti.

Dott.ssa Serena Solfrini
Dirigente Medico - U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Bufalini Cesena - AUSL Romagna

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE PATOLOGIE PANCREATICHE

15/10/2022

Il ruolo della diagnostica per immagini nelle lesioni pancreatiche

L'iter diagnostico radiologico delle lesioni pancreatiche prevede l'esecuzione di diverse metodiche: ecografia, ecografia con mezzo di contrasto (CEUS), TC ed RM. Le lesioni più frequenti sono l'adenocarcinoma duttale e le relative lesioni precancerose (IPMN, neoplasie intraepiteliali, neoplasie cistiche mucinose) e i tumori endocrini (insulinoma, gastrinoma, glucagonoma, somatostatina, VIPoma).

Nel sospetto clinico di lesione del pancreas, l'iter diagnostico si articola su diversi livelli: la metodica di primo livello è l'ecografia dell'addome, completata da studio eco-color-Doppler e CEUS; lo step successivo è la TC addome con somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto, per eseguire la corretta stadiazione. Se dopo la TC restano dubbi sulla caratterizzazione della lesione, viene eseguita la RM addome con mezzo di contrasto endovenoso più eventuale Colangio-RM.

Reperti patologici delle metodiche di imaging.

- **Ecografia:** valuta dimensioni, contorni e struttura del pancreas, oltre al diametro del dotto pancreatico principale e visualizza i principali vasi arteriosi e venosi (vena porta, arteria e vena mesenterica superiore, arteria e vena splenica, aorta e vena cava inferiore).

Consente una prima diagnosi differenziale tra lesione cistica (IPMN, cistoadenoma sieroso, neoplasia cistica mucinosa), rilevando eventuali setti intralesionali, e lesione solida di solito ipocogena (adenocarcinoma o t. endocrino).

Ha scarsa sensibilità per lesioni di dimensioni inferiori ai 2 cm e limitata esplorabilità in pazienti obesi o in presenza di meteorismo intestinale.

- **CEUS:** in caso di adenocarcinoma la lesione si mantiene ipocogena dopo mdc ev come nell'ecografia basale, mentre in caso di t. neuroendocrino si rileva intenso enhancement arterioso che si mantiene anche tardivamente.

Nelle lesioni cistiche la CEUS rende più evidenti eventuali setti e/o nodulazioni che hanno enhancement dopo mdc, spesso segno di degenerazione maligna.

- **TC addome con mdc ev:** ha sensibilità del 90% e specificità del 99% nella detection e caratterizzazione delle lesioni solide. È la metodica che meglio identifica eventuali calcificazioni intralesionali. L'esame viene eseguito in modalità multifasica (a vuoto, fase arteriosa, portale e tardiva), che consente sia una corretta distinzione tra lesioni reseccabili, borderline reseccabile o non reseccabili (ca localmente avanzato), sia di individuare eventuali metastasi a distanza.

Ha bassa sensibilità per lesioni piccole (<2 cm) in cui vanno cercati segni indiretti: aspetti di degenerazione solida di lesioni cistiche; dilatazione o brusca interruzione del dotto pancreatico; atrofia del pancreas distalmente alla lesione; bulging del profilo del pancreas.

- **RM:** se la TC non risolve il dubbio in forte sospetto clinico-laboratoristico di t. del pancreas, si esegue RM addome superiore con mdc che ha sensibilità del 98% per piccole lesioni solide, del 91% nel rilievo di setti in lesioni cistiche e del 100% nel rilievo di comunicazioni delle cisti con il dotto pancreatico.

Consente inoltre di eseguire sequenze colangiografiche per studiare vie biliari e dotto di Wirsung. È la metodica indicata dalla linee guida [J Am Coll Radiol 2017;14(7):911-23.] dell'ACR (American College of Radiology) per il follow-up delle lesioni cistiche (IPMN) che vanno monitorate nel tempo per rischio di degenerazione, in quanto non utilizza radiazioni ionizzanti e ha maggiore sensibilità

rispetto alla TC.

Possono esserci problemi nell'identificazione di una lesione che insorga in presenza di pancreatite cronica o nel differenziare una lesione da una pancreatite autoimmune, specie se focale, o nei casi in cui una lesione solida provoca pancreatite acuta per ostruzione del dotto pancreatico, in quanto i relativi reperti radiologici tendono a nascondere la lesione focale.

Dott.ssa Emanuela Giampalma
Direttore U.O. Radiologia Forlì

L'ambulatorio epatobiliopancreatico: l'importanza della presa in carico

Le patologie epatobiliopancreatiche rappresentano una classe di patologie in costante crescita e in parallelo l'interesse scientifico su di esse aumenta esponenzialmente, in quanto è un campo sul quale sono stati fatti grandi passi in avanti nel management e nel trattamento, ma vi è ancora una evidente necessità di aumentare le nostre conoscenze per poter offrire ai pazienti e alla popolazione tutta il miglior approccio. L'ambulatorio epatobiliopancreatico è una realtà presente in molti centri italiani, ma con svariate differenze organizzative e strutturali che determinano quindi una disomogeneità sul territorio nazionale su cui è necessario riflettere e lavorare.

Le patologie di cui si occupa un gastroenterologo nel suo ambulatorio specialistico sono:

- Pancreatite acuta
- Pancreatite acuta ricorrente
- Pancreatite cronica, che rappresenta una condizione ad alta complessità in quanto può avere svariate conseguenze in ambito sistemico: deficit nutrizionali, diabete mellito, insufficienza pancreatica esocrina, osteoporosi, sintomi quali diarrea e dolori addominali, tutti questi fattori determinano una compromissione della qualità di vita
- Lesioni cistiche, che necessitano una sorveglianza specifica con esami biochimici e radiologici perché possono sviluppare dei cosiddetti "segni di preoccupazione" che fanno accendere un campanello d'allarme sul rischio di trasformazione neoplastica
- Lesioni solide, prima fra tutte l'adenocarcinoma, che attualmente rappresenta la quarta causa di morte per tumore in Europa
- Screening del tumore del pancreas in soggetti considerati "ad alto rischio" per familiarità o perché portatori di mutazioni geniche specifiche

La centralizzazione del monitoraggio di queste condizioni in centri di alta competenza è stato dimostrato che migliora in maniera significativa l'outcome dei pazienti sia nel caso di condizioni benigne che maligne.

L'obiettivo deve quindi essere quello di aumentare la consapevolezza sulla necessità di centralizzare le conoscenze attuali nel campo delle patologie epatobiliopancreatiche affinché questo abbia un impatto in termini di presa in carico dei pazienti affetti e dei soggetti a rischio, per puntare ad un risvolto positivo non solo riguardo la diagnosi e il trattamento, ma anche e soprattutto la prevenzione di queste patologie.

Dott.ssa Chiara Coluccio
Dirigente Medico
U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - Forlì-Cesena

I tumori neuroendocrini del pancreas

Innanzitutto consiglio di consultare le ultime linee guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica), ENETS (European NeuroEndocrine Tumor Society), NCCN (National Comprehensive Cancer Network), rispettivamente italiane, europee ed americane.

Consiglio inoltre di fare riferimento all'Associazione Italiana dei Tumori Neuroendocrini (It.a.net) e all'Associazione Italiana Studio Pancreas (AISP) per rispondere alle esigenze informative dei pazienti.

L'incidenza dei tumori neuroendocrini (di tutte le sedi) è in continuo aumento dagli anni '70 del secolo scorso rispetto agli altri tipi di neoplasie. Aumentano soprattutto gli stadi precoci di malattia, il che suggerisce una possibile correlazione con la diffusione delle tecniche di imaging, che ci permettono di giungere a diagnosi incidentali di lesioni in stadio precoce.

I tumori neuroendocrini del pancreas fanno parte della famiglia dei tumori neuroendocrini gastro-entero-pancreatici.

Sono neoplasie con comportamento biologico estremamente variabile, ma generalmente con una prognosi migliore rispetto agli altri tipi di tumori maligni.

A causa della loro variabilità biologica e della relativa rarità necessitano di una presa in carico multidisciplinare in centri specializzati.

Per quanto riguarda la stadiazione ci si avvale di quella classica secondo il modello TNM, a cui si aggiunge quella specifica della WHO, che suddivide i tumori neuroendocrini in tre gradi a seconda di parametri istologici e del valore del Ki67, che è un indice di proliferazione cellulare.

Per quanto riguarda la diagnosi, a livello di esami di laboratorio abbiamo la Cromogranina A, che tuttavia è di relativa utilità perché ha una bassa specificità dovuta ad un elevato numero di fattori confondenti che possono portare a risultati falsi positivi; pertanto sostanzialmente viene utilizzata nel corso di follow-up o in casi di malattia avanzata.

A livello di diagnostica per immagini sono indispensabili l'esecuzione di TC torace-addome con mezzo di contrasto, PET con Gallio e biopsia ottenuta mediante ecoendoscopia. Solitamente hanno un tipico aspetto ipervascolarizzato all'imaging morfologico.

L'esecuzione della PET con Fluorodesossiglucosio è indicata solo in casi selezionati.

I tumori neuroendocrini del pancreas si suddividono in funzionanti (che danno una specifica sindrome clinica dovuta agli effetti della molecola prodotta) e non funzionanti (che danno una sintomatologia clinica legata ad effetto massa oppure che vengono scoperti incidentalmente).

Si suddividono inoltre in tumori sporadici (più frequenti) o ereditari.

Quelli ereditari li troviamo ad esempio nella MEN 1, conosciuta anche come sindrome di Wermer o sindrome delle 3P (pituitaria, paratiroidi, pancreas) e generalmente sono neoplasie non funzionanti a decorso più indolente.

Pertanto, soprattutto nei pazienti con età inferiore a 50 anni e riscontro di una neoplasia neuroendocrina del pancreas è bene escludere la MEN 1, in primis eseguendo un semplice dosaggio della calcemia che può fare emergere un iperparatiroidismo misconosciuto che è la prima patologia da trattare in tali pazienti.

In caso delle neoplasie funzionanti (insulinoma, gastrinoma, glucagonoma, somatostatina, vipoma), ognuna delle quali ha una sede, una sindrome clinica e un grado di malignità differente, è indicato l'intervento chirurgico, se il paziente non ha controindicazioni legate all'età o a copatologie gravi.

Nel caso invece di neoplasie non funzionanti, l'intervento chirurgico è riservato ai tumori con dimensioni maggiori di 2 cm, con grading 2-3, in caso di presenza di secondarismi linfonodali, in caso di sintomi, in caso di positività alla PET con Fluoridesossiglucosio o di dilatazione del dotto di Wirsung, sempre che il paziente non abbia controindicazioni legate all'età o a copatologie gravi.

In tutti gli altri casi può essere indicato follow-up con risonanza magnetica a intervalli variabili (6-12 mesi).

Il tipo di intervento varia a seconda della sede e del tipo di tumore, ma può avvalersi di un approccio mini-invasivo (laparoscopico o robotico), sia sul tumore primitivo che sulle eventuali metastasi

epatiche.

I tumori neuroendocrini del pancreas hanno come sede di metastasi preferenziale il fegato, a causa del drenaggio portale.

Il trattamento della malattia metastatica è complesso e si avvale di varie terapie che vanno dalla resezione epatica (anche in più tempi), alle tecniche di ablazione locale (ad es. radiofrequenza), alle tecniche di embolizzazione portale, fino al trapianto di fegato in casi selezionati.

Le terapie mediche sono multiple e variano a seconda del grado e dello stadio di malattia: analoghi della somatostatina, terapia radio-recettoriale, farmaci biologici o chemioterapia.

Per i tumori neuroendocrini del pancreas resecabili, non sono attualmente disponibili terapie neoadiuvanti o adiuvanti codificate al di fuori di studi clinici.

Dott. Carlo Alberto Pacilio

Dirigente Medico

U.O. Chirurgia Generale e Terapie Oncologiche Avanzate, Forlì

LA DIASTASI DEI RETTI: UNA PATOLOGIA MISCONOSCIUTA

27/10/2022

La diastasi dei retti: eziopatogenesi, incidenza, danno estetico, imaging, indicazioni chirurgiche

Si è svolto lo scorso 27 ottobre presso l'aula magna dell'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena, il convegno dal titolo "La diastasi dei muscoli retti: una patologia misconosciuta". Presidenti del corso il dott. Fausto Catena, direttore della unità Operativa di chirurgia generale e d'urgenza del Bufalini, il dott. Vanni Agnoletti, direttore del servizio di anestesia e rianimazione, la dott. ssa Federica Spina, anestesista ed il dott. Alessandro Palladino, chirurgo generale dello stesso nosocomio.

Ad aprire i lavori il dott. Gilberto Vergoni, responsabile della formazione, che ha portato i saluti dell'Ordine. L'evento scientifico ha coinvolto le diverse figure specialistiche che orbitano intorno a questa patologia; una patologia, appunto come indicato dal titolo dei lavori, purtroppo ancora misconosciuta e oggetto di discussione tra gli esperti di correzione chirurgica dei difetti di parete.

Obiettivo del corso la definizione del problema anatomico e l'indicazione chirurgica. La diastasi dei retti, di fatto, consiste nella separazione eccessiva della parte destra dalla parte sinistra del muscolo retto addominale, le quali si allargano, allontanandosi della linea mediana. conseguenza principalmente della gravidanza.

La causa è dovuta allo stiramento del muscolo retto addominale, operato dall'interno, dall'utero in continuo accrescimento, il tutto accompagnato dal bulging della parete addominale, causa di inestetismi. Ad essere colpiti dalla diastasi dei retti, seppur se con minore incidenza anche gli uomini, e gli sportivi.

La presenza di una diastasi dei retti si ripercuote sul core addominale, quell'insieme di muscoli che governano il pavimento pelvico e contemporaneamente danno stabilità alla colonna vertebrale, ed una cui disfunzione genera un corteo sintomatologico che va dal semplice mal di schiena alla vera e propria incontinenza, sintomi spesso sottovalutati e non ben interpretati.

Innovativo è l'intervento che viene effettuato al Bufalini: la tecnica THT con approccio chirurgico interamente laparoscopico che consiste nella riparazione del difetto di parete attraverso una piccola incisione ombelicale, dando al paziente tutti i benefici della mini invasività come l'ottimo compenso del dolore post operatorio, la rapida ripresa delle proprie abitudini quotidiane, la bassa percentuale di recidiva e, soprattutto, gli ottimi risultati estetici, non da ultimo la riduzione dei tempi di degenza ospedaliera con conseguente riduzione della spesa sanitaria pubblica.

"L'evento scientifico ha voluto coinvolgere i medici di base e i colleghi specialisti ai quali spetta il compito di dare una risposta clinica e chirurgica al paziente per risolvere il proprio difetto di parete, non sempre solo causa di inestetismo ma, come si evince dai dati di letteratura, anche motivo di grosso disagio psicofisico.

Abbiamo sviscerato il problema discutendo fattivamente dei ruoli che noi specialisti dobbiamo mantenere di fronte a tale problematica, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei pazienti tutta la tecnologia e l'expertise di cui dispone il nostro Ospedale, nell'ottica di tracciare, in un futuro prossimo, le linee guida per un percorso aziendale condiviso", ha concluso il dott. Palladino al termine dei lavori.

Dott. Alessandro Palladino

Dirigente Medico U.O.

Chirurgia Generale e d'Urgenza Ospedale Bufalini di Cesena

LE NORMATIVE CONCERNENTI "IL FINE- VITA"

27/10/2022

L'assistenza medica a morire nella prospettiva di un diritto liberale e solidale. Il coinvolgimento in un percorso di terapia del dolore e di cure palliative: un diritto umano fondamentale*

1. *In difesa della legge n. 219 del 2017.* 2. *La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale: le problematiche connesse alla regolamentazione dell'aiuto medico a morire.* 3. *Prospettive e riflessioni (dilemmatiche) de jure condendo*

1. In difesa della legge n. 219 del 2017.

Con l'entrata in vigore della legge n. 219 del 2017 – «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» – la legislazione del nostro Paese si allinea alle scelte dei principali ordinamenti degli Stati costituzionali di derivazione liberale. La normativa citata sancisce con chiarezza il diritto inviolabile di vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – derivazione logica del diritto all'intangibilità della sfera corporea di ogni essere umano – e contiene disposizioni di fondamentale importanza.

Occorre avere piena consapevolezza del fatto che, oggi, nel nostro ordinamento giuridico abbiamo una disciplina organica – attesa da decenni – del consenso informato, del rifiuto e della rinuncia al proseguimento di trattamenti sanitari.

Il richiamo esplicito dell'art. 1, comma 1, della l. 219/2017 ai principi costituzionali e a quelli convenzionali di riferimento individua una pluralità di diritti fondamentali che riconoscono la massima ampiezza dell'autodeterminazione terapeutica (in armonia con le note prese di posizione giurisprudenziali relative ai casi Welby ed Englaro).

In particolare, come ho da tempo sottolineato, era auspicabile che il legislatore sancisse in modo inequivoco la liceità e la legittimità della condotta attiva del medico (art. 1, comma 6) – necessaria per dare attuazione al diritto del paziente di rinunciare al proseguimento di un trattamento sanitario anche salvavita – soprattutto al fine di garantire un definitivo consolidamento delle radici costituzionali del principio del consenso/rifiuto informato nella relazione medico-paziente.

In assenza di una disposizione normativa così netta, la paura del malato di poter essere irrevocabilmente vincolato alla prosecuzione delle terapie provoca gravi distorsioni nella relazione di cura, accentuate nel contesto attuale dove sono diffusi atteggiamenti di medicina difensiva, che conducono il medico a non rispettare la volontà del paziente per evitare il rischio di contenziosi giudiziari.

Mi limito a segnalare l'effetto tremendo e perverso – che ho posto più volte in evidenza nell'ambito del Comitato Nazionale per la Bioetica¹ – di finire per dissuadere il paziente a intraprendere un trattamento sanitario salvavita per il timore di rimanere in una «condizione di schiavitù» in cui viene negato valore ad una revocabilità o ritrattabilità del consenso a proseguirlo.

Al divieto dell'abbandono terapeutico, alle cure palliative e alla terapia del dolore la legge 219 del 2017 dedica un periodo significativo dell'art. 1, comma 5, e il successivo art. 2.

Al comma 5 dell'art. 1 si afferma: «Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica».

* Il testo ripropone le considerazioni già sviluppate nel contributo pubblicato in *Responsabilità medica. Diritto e pratica clinica*, 2022, pp. 71 ss.

¹ In occasione della stesura del parere del CNB del 24 ottobre 2008, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente*, redatto da chi scrive, Lorenzo d'Avack e Laura Palazzani, consultabile all'indirizzo www.governo.it/bioetica/pareri.html.

L'obiettivo lodevole è quello di scongiurare il rischio che il diritto al rifiuto di cure si traduca in potenziale veicolo di condotte di abbandono terapeutico.

In particolare, è necessario ribadire con forza che il sanitario, nell'ambito della relazione di cura, non deve limitarsi a registrare passivamente – con supina acquiescenza – la volontà del paziente, come ha avuto modo di segnalare il Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere *Informazione e consenso all'atto medico*. «In caso di malattie importanti e di procedimenti terapeutici e diagnostici prolungati, il rapporto curante-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro. [...]

Il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale»².

Nella situazione attuale occorre avere piena consapevolezza dei pericoli sottesi all'emancipazione della questione della relazione terapeutica da una visione anche sottilmente paternalistica: intendo fare riferimento soprattutto ai rischi di deresponsabilizzazione da parte dei medici, di medicina difensiva e burocrattizzata (da formulario), di decurtazione delle risorse destinate al servizio sanitario, con esiti di abbandono terapeutico.

L'art. 2 («Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita») prevede tre commi: «1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.

A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di persona malata con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.

In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».

Questa disposizione appare in piena sintonia con il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla sedazione profonda continua nell'imminenza della morte (29 gennaio 2016)³.

E invero nelle raccomandazioni di tale parere si afferma che anche la persona malata che s'inserisce in un processo di fine vita a seguito del rifiuto o della rinuncia al proseguimento di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza ha diritto di beneficiare di tutte le cure palliative praticabili e della terapia del dolore nonché, in caso di sofferenze refrattarie, della sedazione profonda e continua. Mi limito poi a menzionare gli articoli 4 e 5 della legge n. 219/2017, i quali disciplinano le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure.

Quest'ultima costituisce un significativo rafforzamento dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, in quanto disciplina la possibilità di definire, in relazione all'evoluzione delle conseguenze di una patologia cronica ed invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, un piano di cura condiviso tra il paziente e il medico, al quale il medico è tenuto ad attenersi in tutte le ipotesi nelle quali il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Per ciò che riguarda l'assenza di un'apposita norma che regolamenti l'obiezione di coscienza del medico (e degli operatori sanitari) la scelta del legislatore appare assolutamente condivisibile.

La previsione di un diritto all'obiezione di coscienza non sarebbe stata coerente con i presupposti di una disciplina che intende promuovere e valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico basata sul consenso informato, senza richiedere contemperamenti tra valori confliggenti. Diversamente rispetto alla legge sulla interruzione di gravidanza, nella legge n. 219 del 2017 non è necessario alcun bilanciamento tra beni meritevoli di tutela da parte dello Stato e in collisione tra loro.

² Parere del CNB del 20 giugno 1992, *Informazione e consenso all'atto medico*, consultabile all'indirizzo www.governo.it/bioetica/pareri.html.

³ Consultabile all'indirizzo www.governo.it/bioetica/pareri.html.

Dunque, a mio avviso, la legge n. 219 del 2017 non deve essere modificata, bensì applicata in tutte le sue previsioni normative. E va difesa con convinzione ed energia dai ricorrenti attacchi provenienti da correnti di pensiero di frequente contrapposte.

Alcuni settori della letteratura bioetica e giuridica invocano una duplice modifica della legge n. 219 del 2017: (a) eliminare la chiara presa di posizione sulla qualificazione normativa della nutrizione artificiale e della idratazione artificiale come trattamenti sanitari (art. 5, comma 1); (b) introdurre l'istituto dell'obiezione di coscienza per i professionisti della salute.

Sul versante opposto, vi sono orientamenti che auspicano una «riscrittura» della legge n. 219/2017 volta a riconoscere una assimilazione del rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari alle fattispecie eutanasiche. Anche tale proposta non può essere condivisa.

In proposito, val la pena ribadire che una simile equiparazione «non rispetta» e «non rispecchia» l'ampia varietà di motivazioni dei pazienti che rifiutano o rinunciano a trattamenti sanitari anche salvavita, le quali non sono sempre riconducibili ad una volontà di morire.

Non intendo fare riferimento soltanto al rifiuto di sottoporsi alle trasfusioni ematiche per convinzioni religiose; penso alle vicende di tante persone malate che rifiutano trattamenti sanitari *life saving* (ad esempio, l'amputazione dell'arto o altri interventi chirurgici demolitori) o rinunciano al loro proseguimento (come un ulteriore ciclo di chemioterapia) con l'intenzione di garantirsi un percorso di vita, talvolta anche breve, in armonia con la propria sensibilità e con la propria identità personale.

A prescindere dalle motivazioni, occorre essere pienamente consapevoli che, nelle ipotesi in cui il paziente rifiuta o rinuncia al proseguimento di trattamenti sanitari anche necessari alla propria sopravvivenza, il diritto della persona malata assume la consistenza dei diritti dell'*habeas corpus* e trova la sua necessaria e sufficiente giustificazione nel diritto all'intangibilità della propria sfera corporea in tutte le fasi dell'esistenza.

L'equiparazione di tale diritto al c.d. diritto di morire (comprensivo di suicidio assistito e eutanasia) ne determinerebbe un inevitabile ed intollerabile «affievolimento».

Come appare evidente dal fatto che i fautori dei due indirizzi che propongono modifiche contrapposte di «amputazione» o di dilatazione della legge n. 219 del 2017, finiscono tuttavia per convergere sulla necessità di introdurre l'istituto dell'obiezione di coscienza (anziché limitarsi a prendere atto della facoltà del medico di astenersi prevista nell'ambito della normativa citata, seconda parte dell'art. 6).

Come ho avuto più volte occasione di ribadire, una simile modifica sarebbe in contrasto con l'idea ispiratrice e l'impianto complessivo di una legge che intende promuovere e valorizzare una relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico fondata sul consenso informato.

2. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale: le problematiche connesse alla regolamentazione dell'aiuto medico a morire.

La celebre sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale non ripropone l'idea – prefigurata nella precedente ordinanza n. 207 del 2018 – di introdurre il diritto della persona malata a richiedere l'assistenza al suicidio tramite una modifica della legge n. 219 del 2017: un «innesto» di difficile attuazione in un tessuto normativo che si è posto l'obiettivo di valorizzare l'«incontro» tra l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale del medico, con la finalità di superare una pervicace visione paternalistica senza mettere in discussione l'immagine tradizionale del medico costitutiva dello sfondo archetipico della sua professione.

La relazione medico-paziente delineata nella sentenza n. 242 del 2019 non presuppone l'equivalenza tra la situazione in cui la morte sopravvenga per il decorso della malattia, in seguito all'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, e l'assistenza al suicidio dove il decesso viene deliberatamente provocato.

La sentenza della Consulta ribadisce che la legge n. 219 del 2017 riconosce «il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza» e, pertanto, «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente» (ricordo che tale affermazione è «rafforzata» dal comma 9 dell'art. 1 laddove prevede che: «Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge»).

Viceversa, introducendo il tema dell'obiezione di coscienza, la sentenza 242/2019 afferma che «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato» (§ 2.3. Considerato in diritto).

Dunque, il legislatore del 2017 non ha contemplato un'apposita norma che regoli l'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario perché tale opzione avrebbe in parte vanificato l'applicazione della disciplina normativa. Al contrario, la sentenza n. 242 del 2019 non ritiene necessaria l'introduzione dell'istituto dell'obiezione di coscienza perché non prevede alcun obbligo da parte del medico (e della struttura sanitaria) di utilizzare le proprie competenze per aiutare la persona malata a morire.

La sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale si è rivelata essere, sin da subito, una tipologia inedita di decisione calibrata sulle peculiarità del caso concreto e, proprio in virtù della specificità della vicenda giudiziaria, ha portato con sé il rischio (e l'effetto) di generare ulteriore disorientamento nel dibattito etico e giuridico sulle questioni di fine vita.

Innanzitutto, non è agevole ricondurre la condizione esistenziale di Fabiano Antoniani (detto Dj Fabo), nel momento della richiesta di assistenza a morire, alla categoria del suicidio: siamo di fronte ad una persona malata che si è sottoposta per anni a trattamenti sanitari e a terapie sperimentali motivata da un tenace impulso “a vivere” anziché “a morire”.

In queste ipotesi si dovrebbe pertanto riflettere sull'opportunità di superare le «trappole semantiche e concettuali legate alla pigra ripetizione del termine “suicidio”»⁴.

Di fronte all'impossibilità di procedere ad una differenziazione sul piano della tipicità, il malessere «è raddoppiato» dal fatto che è ancora vigente l'art. 580 c.p. formulato in un'epoca in cui era ancora lontana l'irruzione della tecnica in tutte le stagioni della nostra esistenza.

Non soltanto un suicidio «atipico» e inimmaginabile nel 1930, ma anche «non paradigmatico» rispetto al dibattito mondiale sulla legalizzazione o sulla depenalizzazione del suicidio medicalmente assistito: le ipotesi principali che vengono in rilievo non riguardano richieste di assistenza al suicidio di persone malate che rinunciano al proseguimento di un trattamento di sostegno vitale e, al contempo, rifiutano la sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte.

In proposito, occorre rimarcare il fatto che la sedazione palliativa profonda continua è un trattamento sanitario che avvia la persona malata ad una morte naturale e ha come effetto l'annullamento totale della coscienza e un «sonno senza dolore» fino al momento del decesso.

La sedazione profonda continua può essere percepita come un'angosciosa conclusione – secondo le parole della sentenza 242/2019: «[...] vissuta da taluni come una soluzione non accettabile» (§ 2.3. Considerato in diritto) – ma non può certo essere ritenuta una modalità “non decorosa” per accompagnare il paziente nella fase finale della sua esistenza.

Anche su questo punto è necessario avere piena consapevolezza, per evitare che la sentenza 242/2019 generi equivoci.

Il diritto di beneficiare in caso di sofferenze refrattarie della sedazione palliativa profonda non viene garantito in modo omogeneo ed efficace nelle diverse realtà sanitarie del nostro Paese, dove accade di frequente di morire senza un adeguato controllo delle sofferenze.

Qui ribadisco con forza che il «diritto di dormire per non soffrire prima di morire» (secondo la formula della legge francese Leonetti-Claeys del 2 febbraio 2016) – sancito dall'art. 2, comma 2, della l. 219/2017 – deve ricevere una piena attuazione.

3. Prospettive e riflessioni (dilemmatiche) de jure condendo

Sebbene la legge n. 219 del 2017 sia diventata nota – soprattutto nel dibattito pubblico – come la «legge sul testamento biologico», in realtà la sua portata va ben oltre la previsione della disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), poiché coinvolge l'intera materia del consenso informato, andando a recepire i principi di matrice costituzionale – ribaditi, nel corso degli anni, dalla

⁴ Vedi S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, Feltrinelli, 2006, p.255, nell'ambito di una riflessione generale sulle questioni di fine vita.

giurisprudenza – che concernono l’alleanza terapeutica, da intendersi come il rapporto di fiducia “medico-paziente”.

A partire da questa premessa necessaria, si evidenzia che l’introduzione di una disciplina dell’assistenza medica a morire esige una decisione da parte del legislatore.

Si tratta di effettuare un’autentica opera di bilanciamento, di fronte alla richiesta di essere aiutato a morire indotta da situazioni drammatiche, tra il diritto all’autodeterminazione del paziente e il diritto ad una tutela effettiva delle persone malate in condizioni di sofferenza: una richiesta consapevole di assistenza medica a morire è presente solamente in un contesto concreto in cui le persone malate godano di un’effettiva e adeguata assistenza sanitaria.

Accesso alle cure, strutture adeguate e risorse appropriate devono essere garantite a prescindere da quella che sarà la decisione legislativa in materia. Un’«onesta» opzione riformatrice presuppone allora una valutazione concreta ed approfondita della realtà sanitaria del nostro Paese da parte del Parlamento.

Ciò detto, sottolineo con chiarezza che la discussione pubblica su un eventuale intervento del legislatore sull’assistenza medica a morire deve ruotare intorno ad una questione ed apprezzarne appieno la complessità: in quali costellazioni di casi il paziente può essere considerato realmente autonomo e dunque la sua richiesta libera e responsabile?

In altri scritti ho affrontato *funditus* la questione e ripropongo in questa sede le conclusioni (parziali e provvisorie) cui sono pervenuto⁵.

Nei casi «tradizionali» di suicidio caratterizzati dalle indecifrabili «ferite dell’anima» – di frequente innescate da esperienze traumatiche (scomparsa di persone care, fallimenti sentimentali, difficoltà economica, perdita del lavoro, ecc.) – un fecondo dialogo interdisciplinare mi ha condotto a sostenere che non sia possibile stabilire o tipizzare criteri sicuri, né identificare soggetti (“periti”, “valutatori”) in grado di accertare la «autenticità» e la «stabilità» di una richiesta di agevolazione al suicidio.

A mio avviso, dunque, è giustificato il divieto di aiuto al suicidio nei confronti di una richiesta avanzata per ragioni di sofferenza di matrice psicologica o esistenziale di una persona non afflitta da gravi condizioni patologiche⁶; in una diversa prospettiva si colloca la sentenza del 26 febbraio 2020 della Corte costituzionale tedesca, che ho analizzato approfonditamente in un mio recente scritto⁷.

Di fronte al mistero e all’ambivalenza delle richieste di aiuto al suicidio per “spegnere” definitivamente un “dolore psicologico” non si può ricorrere a generalizzazioni, alla tentazione illusoria di elaborare “linee guida” fondate su interpretazioni “oggettive”. Si devono investire risorse per valorizzare l’attività e il ruolo degli operatori di salute mentale che con dedizione e ostinazione credono nello strumento più efficace per curare le “ferite dell’anima” di chi chiede un aiuto a uccidersi: l’ascolto e la tenace disponibilità al dialogo, al colloquio, alla comunicazione.

Nei casi delineati dalla Corte costituzionale italiana (modellati sulla vicenda Antoniani/Cappato) il corpo assume invece il ruolo di protagonista con i suoi diritti – il principio di intangibilità della sfera corporea ed il diritto a vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – e i suoi tormenti.

Tale centralità delle sofferenze e della condizione del corpo del malato mi hanno condotto ad effettuare considerazioni diverse rispetto a quelle relative alle «tradizionali» tipologie di suicidio indotto dal «male dell’anima» che non nasce da una malattia.

La sussistenza di presupposti «oggettivi» – l’esistenza di una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili al paziente tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale – depone per la possibilità di verificare la libertà di autodeterminazione di una richiesta di

⁵ S. CANESTRARI, *Una sentenza “inevitabilmente infelice”: la “riforma” dell’art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale*, in *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, a cura di G. D’ALESSANDRO, O. DI GIOVINE, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 77 e ss.; ID., *Ferite dell’anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, BUP, Bologna, 2021, pp. 28 e ss.

⁶ In questa direzione, cfr. le motivazioni della recentissima sentenza della Corte costituzionale n. 50 del 2022, relativa all’inammissibilità della richiesta di referendum sull’abrogazione parziale dell’art.579 c.p. (Omicidio del consenziente), in www.cortecostituzionale.it.

⁷ S. CANESTRARI, *Ferite dell’anima e corpi prigionieri*, cit., spec. pp. 19-28.

assistenza a morire.

Siamo in presenza di criteri di accertamento e di una figura in grado di svolgere il procedimento di verifica, che non può che essere il medico, magari con l'ausilio di uno psicologo clinico nel caso vi siano dubbi sul pieno possesso delle facoltà mentali della persona malata.

Nella vasta gamma di ipotesi nelle quali, invece, la richiesta di assistenza al suicidio proviene da un malato gravemente sofferente per via di patologie che non richiedono trattamenti sanitari di sostegno vitale suscettibili di essere interrotti – e dunque da un paziente anche non morente, né nella fase finale della sua esistenza – la questione si presenta estremamente complessa.

Nelle variegata costellazioni di pazienti con una malattia grave e irreversibile ma in grado di far cessare da soli la propria esistenza mi sono limitato a porre in evidenza le difficoltà inerenti ad un processo di tipizzazione di una decisione libera e consapevole di richiedere un aiuto a morire.

La verifica di una “lucida” e “stabile” richiesta di avvalersi dell'assistenza medica a morire non può certo dirsi del tutto preclusa, ma appare altamente problematica.

I gravi e irreversibili stati patologici sono numerosi e pongono questioni di accertamento delicate, complesse e diversificate: basti pensare alle diverse tipologie di tumore dove le persone malate di frequente alternano sentimenti di disperazione ad atteggiamenti “partecipativi e combattenti”. L'importanza del mio *ricorrente richiamo a non sottovalutare* le difficoltà connesse alla verifica di una decisione “consapevole” e “stabile” di richiedere un aiuto medico a morire trova conferma anche nel dibattito scientifico che caratterizza i Paesi che hanno legalizzato l'eutanasia e l'assistenza al suicidio.

Di recente, nella discussione pubblica belga segnalò un contributo di tre esperti della Ghent University, di orientamento liberale, che esprimono motivate e condivisibili preoccupazioni in relazione all'assistenza medica a morire di persone con disturbi cognitivi o psichiatrici⁸.

Inoltre lo studio pone in evidenza come tra le principali categorie alla base delle eutanasi praticate in Belgio vi sia la polipatologia (17,9 per cento), una condizione clinica che di frequente non rende agevole la verifica di una richiesta “consapevole” e “stabile” di un aiuto medico a morire⁹.

L'analisi di questa tematica richiede considerazioni approfondite: nessuno spazio dovrebbe essere concesso a «banalizzazioni» o ad asserzioni apodittiche. Dunque:

a) Nell'impostare un confronto tra le diverse posizioni relative all'assistenza medica a morire si dovrebbe concordare con questo assunto di partenza: è la validità della richiesta e non solo l'intensità della sofferenza a costituire il presupposto assolutamente imprescindibile. Nel dibattito tra discipline scientifiche, tra professionisti della salute, nel confronto tra le forze politiche, nel discorso pubblico si deve riconoscere in questo il baricentro;

b) I diversi orientamenti dovrebbero convergere su un aspetto di fondamentale importanza scolpito dai principi costituzionali di libertà e di solidarietà posti a presidio delle prerogative di tutti i consociati: un'autentica libertà di scelta nelle decisioni di fine vita è presente solamente in un contesto concreto in cui le persone malate possano accedere a tutte le cure palliative praticabili – comprese la sedazione profonda continua – e nel quale siano supportati da una consona terapia medica, psicologica e psichiatrica.

In particolare, è mia profonda e radicata convinzione che l'indispensabile applicazione, valorizzazione e diffusione dei contenuti e degli istituti previsti dalla l. n. 219 del 2017 possa avere un potente effetto preventivo e dissuasivo nei confronti, in generale, delle condotte suicidarie dei pazienti e, in particolare, di moltissime anche se non di tutte le richieste di assistenza medica a morire¹⁰

⁸ K. RAUS, B. VANDERHAGEN, S. STERCKX, *Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice*, in *The Journal of Medicine and Philosophy*, 46, 2021, pp. 80 ss., in part. p. 87, ove l'allarmante segnalazione dei casi di pazienti aiutati a morire per sofferenze psicologiche causate da condizioni psichiatriche (ad es. schizofrenia, *borderline disorder*); cfr. *Federal Control and Evaluation. Commission for Euthanasia*, 2020.

⁹ *Op. ult. cit.*, p. 88 s. Per una recentissima analisi su “*Suicidio assistito ed eutanasia-Lezioni da nove paesi e da trent'anni di applicazione*”, a cura di ASHER D. COLOMBO, Istituto Cattaneo, Bologna, 2022, www.cattaneo.org.

¹⁰ Cfr. S. CANESTRARI, *op. ult. cit.*, pp. 46 ss.; S. CANESTRARI, A. DA RE, Par. 5. *Opinioni etiche e giuridiche all'interno del CNB. Posizione c)*, in CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, consultabile all'indirizzo www.governo.it/bioetica/pareri.html.

La mia conclusione è sofferta e necessariamente problematica. Se nel nostro Paese non verrà approvata una disciplina sull'assistenza medica a morire di pazienti gravemente malati e sofferenti continueremo a “non vedere” i casi di persone malate che maturano e perseguono la loro volontà suicidaria, trovandosi a concludere la propria esistenza in una tragica condizione di solitudine.

Se, viceversa, verrà approvata una normativa sulla falsariga di quelle vigenti in alcuni Stati europei (Olanda, Belgio, Lussemburgo, Svizzera) i pericoli di una “china scivolosa” sarebbero accentuati: nella realtà sanitaria del nostro paese per molte persone malate la richiesta di assistenza medica a morire potrebbe essere una “scelta obbligata” laddove uno stato di sofferenza, che oggettivamente sarebbe mutabile e riducibile, fosse reso difficilmente superabile dalla mancanza di supporto e assistenza adeguati.

Di fronte a questo drammatico dilemma il mio contributo – di un giurista penalista che ha collaborato alla stesura della legge n. 219 del 2017 e ne ha festeggiato l'approvazione – si limita ad una riflessione articolata ma umile, che sia altresì consapevole dell'importanza delle competenze specialistiche di chi giurista non è.

Prof. Stefano Canestrari
Professore Ordinario di Diritto Penale
presso Università degli Studi di Bologna Alma Mater Studiorum

AGGIORNAMENTO

Medici anziani e qualità professionale: tra esperienza e competenza

(da Univadis - Paolo Spriano) L'esperienza clinica di un medico è tradizionalmente definita, anche se in modo restrittivo, dalla sua età o dagli anni di pratica clinica. Le competenze di un medico nel praticare la professione possono diminuire nel tempo e ciò può avvenire per svariate ragioni.

Alcune prove dimostrano che i medici con maggiore esperienza possono fornire un'assistenza di qualità inferiore rispetto alle loro controparti meno esperte, come è stato rilevato con misure di garanzia della qualità. (1)

Il declino della funzione cognitiva correlato all'età, fino al punto di una demenza conclamata, può diventare un aspetto sempre più comune con l'invecchiamento della popolazione medica in Italia e nel mondo. Per questo è in discussione se e quali criteri di valutazione consentano di mantenere in attività medici competenti, nonostante l'età (2).

Invecchiamento dei medici e declino cognitivo

Negli Stati Uniti si stima che nei prossimi 10 anni oltre il 40% dei medici praticanti avrà un'età ≥ 65 anni, una fascia di età in cui già l'11,7% degli individui dichiara un declino cognitivo. Sebbene il deterioramento cognitivo sia meno comune tra gli individui con un alto grado di istruzione (come i medici), i dati evidenziano che circa un medico su cinque di età > 70 anni può avere un lieve deterioramento cognitivo e uno su 15 può avere una qualche forma di deficit cognitivo (2).

Diversi fattori associati all'invecchiamento possono avere un impatto sui processi di analisi dei medici, come la riduzione della memoria lavorativa, la diminuzione dell'acuità visiva e il rallentando la velocità delle operazioni mentali.

Le differenze, in termini di prestazioni, possono diventare evidenti dopo i 60 anni, con minori probabilità di acquisire nuove conoscenze nel corso del tempo, come ad esempio nuove strategie di trattamento applicabili nella pratica clinica (3).

Quello che si sta ipotizzando negli USA, di fronte all'invecchiamento della popolazione medica, non comprende solo un processo di verifica delle competenze professionali, ma anche una rivalutazione della capacità cognitiva e motoria dei medici più anziani affinché possano continuare a fornire un'assistenza sicura e competente.

Tuttavia il tasso di variazione della funzione esecutiva, della saggezza, della memoria e di altri componenti cognitivi non sono lineari e possono variare in maniera imprevedibile nel tempo, perché possono essere influenzati da una varietà di fattori indipendenti dall'età (3).

Età del medico e valore dell'esperienza

I medici più anziani portano competenze preziose, esperienza clinica e di vita professionale che si ottengono solo con anni di pratica, mentre i medici più giovani possono portare vitalità e innovazione. I sistemi sanitari invece di isolare i medici che invecchiano, dovrebbero pensare allo sviluppo di standard accettabili di valutazione e applicabili a tutti i medici, indipendentemente dall'età.

Per molti medici, il declino della competenza professionale può semplicemente essere una questione di *non riuscire a rimanere aggiornati rispetto alle linee guida più recenti e ai rapidi progressi della scienza medica.*

Se questo fosse il riferimento prevalente, più anni il medico pratica la professione, più è probabile che abbia una conoscenza declinante degli standard di cura attuali (4). Un concetto che è stato verificato da uno studio di revisione su come l'esperienza clinica di un medico possa influenzare la qualità dell'assistenza sanitaria e quali dimensioni della qualità tenda ad influenzare (5).

Complessivamente, 27 valutazioni (43%) hanno trovato un'associazione positiva o parzialmente

positiva tra l'esperienza clinica dei medici e la qualità dell'assistenza sanitaria; 22 (35%) non hanno trovato alcuna associazione; e 14 (22%) valutazioni hanno riportato un'associazione negativa o parzialmente negativa.

La revisione ha trovato un'associazione proporzionale tra l'esperienza clinica dei medici e la qualità per quanto riguarda le misure di esito che riflettono la sicurezza, in particolare in campo chirurgico, ma per le altre dimensioni di qualità non emergevano prove di certezza (5).

Mentre è certo che quasi due terzi dei medici specialisti statunitensi dichiarano di non dedicare un tempo sufficiente per mantenersi aggiornati nella propria area di competenza professionale, fallendo gli esami di ricertificazione in una percentuale variabile dal 4% al 13% e con il 6% dei medici di famiglia che non tenta nemmeno la ricertificazione (6).

In Italia il tema della riqualificazione professionale al momento non è in agenda, nonostante l'invecchiamento di una classe professionale che nel suo insieme ha scadenze in *prorogatio* fino a fine 2023 per assolvere agli obblighi dell'ECM e con molti medici ultrasessantenni per lo più stanchi del proprio lavoro e disponibili ad uscire dall'attività appena ne hanno l'opportunità, due modi (uno temporaneo e l'altro definitivo) per ovviare senza risolvere il problema di verifica della residua competenza dei medici con il passare degli anni.

Bibliografia

1 Elstad EA et al. *What do physicians gain (and lose) with experience? Qualitative results from a cross-national study of diabetes. Soc Sci Med. 2010 Jun;70(11):1728-36.*

2 Devi G. *Alzheimer's disease in physicians—assessing professional competence and tempering stigma New Engl J Med. 2018;378(12):1073-1075*

3 Kupfer JM. *The graying of US physicians. Implication for quality and the future supply of physicians. JAMA 2016;315(4):341-2*

4 Choudhry NK et al. *Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care Ann Int Med. 2005;142(4):260-273.*

5 Ajmi SC et al. *Physicians' clinical experience and its association with healthcare quality: a systematised review. BMJ Open Qual. 2021;10(4):e001545.*

6 Weiss BD. *Duty to Report Incompetent Physicians. Am Fam Physician. 2022;106(4):450-452.*

Sindromi post-acute da malattie infettive: il punto su segni e sintomi

(di Paolo Spriano - Uniflash) Le conseguenze sulla salute a lungo termine di COVID-19 hanno riaperto l'attenzione sulle *sindromi post-acute correlate a malattie infettive* (PAIS), mettendo in discussione la necessità di una comprensione completa della fisiopatologia multi-sistemica, dei predittori clinici e dell'epidemiologia di queste sindromi, che rappresentano ancora un'area non ben definita della conoscenza medica (1).

La necessità di una migliore comprensione dei profili dei sintomi persistenti, non solo per SARS-COV-2 e meglio note come *Long-COVID* o PASC, ma anche per altre malattie con sequele post-acute inspiegabili consentirà ai medici di perfezionare i criteri diagnostici.

Disporre di una nomenclatura univoca e una migliore concettualizzazione dei sintomi di infezione post-acute (1) è un passaggio necessario per sviluppare e informare ad un approccio alla gestione multidisciplinare basato sull'evidenza (2).

PAIS, PASC o Long COVID

L'osservazione di sequele croniche inspiegabili dopo SARS-CoV-2 è riconosciuta come *sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2* (PASC) o Long-COVID.

Long COVID è stato riportato come sindrome nei sopravvissuti a malattie gravi e critiche, ma gli

effetti persistenti nel tempo si verificano anche in soggetti con un'infezione lieve, senza richiesta di ricovero in ospedale (3). Questo fa ritenere che PASC, specialmente quando si verifica dopo un COVID-19 lieve o moderato, condivide molte somiglianze con malattie croniche innescate da altri organismi patogeni, molte delle quali con aspetti non sufficientemente chiariti.

I PAIS sono caratterizzati da una serie di sintomi fondamentali centrati su:

- intolleranza allo sforzo,
- livelli sproporzionati di affaticamento,
- deterioramento neurocognitivo e sensoriale,
- sintomi simil-influenzali,
- sonno non ristoratore,
- mialgia/artralgia

e una varietà di sintomi non specifici di grado variabile che sono spesso presenti.

Queste aspetti simili dei vari PAIS suggeriscono una fisiopatologia unificante che deve essere chiarita per comprendere e gestire in appropriatezza la disabilità cronica post-infettiva.

Tipologie di PAIS

Una revisione dettagliata delle conoscenze sulle PAIS è stata pubblicata su *Nature Medicine* (1) con diverse informazioni utili per ovviare allo scarso riconoscimento di queste condizioni nella pratica clinica e, di conseguenza, evitare ai pazienti un ritardo o una completa mancanza di assistenza medica. Tra le sequele post infettive consolidate vengono citati:

- la *sindrome da astenia da febbre Q*, conseguente all'infezione batterica intracellulare da *Coxiella burnetii*
- la *sindrome da astenia post-dengue*, successiva l'infezione da virus dengue trasmesso dalle zanzare
- la *sindrome con sintomi da affaticamento e reumatici* in individui infettati dal virus della chikungunya, un virus trasmesso dalle zanzare che provoca febbre e dolore articolare in fase acuta
- la *sindrome post-polio* che può emergere fino a 15-40 anni dopo un attacco iniziale di poliomielite. Similmente può manifestarsi in relazione ad alcuni microbi neurotropici, come il virus del Nilo occidentale.
- *Sintomi prolungati, debilitanti e cronici* sono stati segnalati dopo infezioni comuni e tipicamente non gravi. Ad esempio dopo la mononucleosi, causata dal virus di *Epstein-Barr* (EBV) e dopo un focolaio di *Giardia lamblia*, parassita intestinale che di solito causa malattie intestinali acute, ma con possibilità di essere associato ad affaticamento cronico, sindrome dell'intestino irritabile (IBS) e la fibromialgia persistente per molti anni.
- la *sindrome della malattia di Lyme post-trattamento*, con persistenza di artralgia, affaticamento e compromissioni neurocognitive soggettive in una minoranza di pazienti con malattia di Lyme dopo il trattamento antibiotico raccomandato, anche se esiste discordanza di opinioni su frequenza e validità dei dati su questa sindrome

Le categorie di segni e sintomi

I sintomi e i segni che, in base alle evidenze disponibili, sono risultati più frequenti rispetto a controlli sani possono essere così categorizzati (1):

- Intolleranza allo sforzo, stanchezza
- Sintomi simil-influenzali e di "presenza di malattia": febbre, dolori muscolari, sensazione di malessere, sudorazione, irritabilità
- Sintomi neurologici/neurocognitivi: nebbia cerebrale, ridotta concentrazione o memoria, difficoltà a trovare le parole
- Sintomi reumatologici: dolori articolari cronici o ricorrenti
- Sintomi trigger-specifici: ad es. problemi agli occhi post-Ebola, sindrome da intestino irritabile post-*Giardia*, anosmia e ageusia post-COVID-19, disturbi motori post-polio e post-virus del Nilo occidentale.

Encefalomielite mialgica/sindrome da stanchezza cronica

I pazienti con questo disturbo lamentano un peggioramento dei sintomi a seguito di uno sforzo fisico, cognitivo o emotivo superiore al limite (molto basso) tollerato. Frequentemente nell'Encefalomielite mialgica/Sindrome da stanchezza cronica (ME/CFS) sono presenti disturbi neurocognitivi (denominati anche "nebbia cerebrale"), sonno senza ristoro, dolore, disturbi sensoriali, problemi gastrointestinali e varie forme di disautonomia.

Circa 3 casi su 4 di ME/CFS riportano in anamnesi un episodio simile ad infezione precedente all'esordio della malattia (1).

Le sindromi da stanchezza post-infettive e post-virali sono state originariamente postulate come sottoinsiemi della "chronic fatigue syndrome", ma non è chiaro se questi termini siano sinonimi di ME/CFS, o di uno qualsiasi dei suoi sottoinsiemi, o includano una gamma più ampia di condizioni di astenia post-infettiva.

Criteri di valutazione pratica

Dalla revisione delle evidenze disponibili emerge che i criteri per la valutazione di una PAIS dovrebbero includere non solo la presenza dei sintomi, ma anche la loro intensità, il loro decorso e il loro insieme nel paziente (1).

Questo perché i sintomi individuali e le loro traiettorie nelle PAIS variano nel tempo, rendendo fuorviante un confronto della loro presenza eseguito su un singolo punto temporale nella storia del paziente.

Inoltre, quando viene fatta una diagnosi di ME/CFS, si dovrebbe prestare attenzione alla scelta dei criteri diagnostici, con una predilezione per criteri più conservativi (4), per non incorrere nel rischio di una sua sovrastima di questa sindrome.

L'astenia è il sintomo "cardine" nella maggior parte degli studi epidemiologici sulle PAIS, ma è riduttivo concentrarsi solo su questa rispetto all'inclusione di altre caratteristiche, quali l'esacerbazione dei sintomi post-sforzo e altri sintomi e segni caratteristici che possono garantire una migliore identificazione del quadro clinico complesso osservato in queste sindromi post infettive a forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti.

Bibliografia e riferimenti

1- Choutka J et al. *Unexplained post-acute infection syndromes*. Nat Med 2022;28:911–923 <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01810-6>

2- Joshee S et al. *Long-Term Effects of COVID-19* Mayo Clin Proc 2022;97(3):579-599

Townsend L et al. *Persistent poor health post-COVID-19 is not associated with respiratory complications or initial disease severity*. Ann. Am. Thorac. Soc. 2021 doi: 10.1513/AnnalsATS.202009-1175OC.

3- *Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome et al. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness* National Academies Press, 2015.

Se medico e paziente si interrompono l'un l'altro: gli effetti sul colloquio

(da Univadis) Negli ultimi 50 anni, il paradigma che ha informato l'interazione medico-paziente si è progressivamente spostato dal modello dell'autoritarismo del medico (*paternalistico*) a quello di collaborazione tra medico e paziente (*partnership, stewardship*).

La comunicazione è vitale per questa relazione e in questi anni c'è stata una crescente enfasi posta sull'ottimizzazione della comunicazione del medico durante gli incontri clinici, al fine di fornire un'assistenza centrata sul paziente (1). Spesso medici e pazienti durante la visita si interrompono a vicenda, ma quali sono le motivazioni e gli esiti di questa interruzione del colloquio?

Interrompersi a vicenda: significato ed effetti

Un'interruzione è qualsiasi atto che interrompe fisicamente il flusso del discorso o inibisce l'ulteriore sviluppo di un argomento.

Le *interruzioni* possono influire negativamente sugli elementi chiave della comunicazione, in particolare per quanto riguarda la trasmissione delle informazioni ai pazienti o lo sviluppo del rapporto con loro (2).

Numerosi studi hanno riportato che le interruzioni sono abbondanti durante le visite ambulatoriali di soggetti adulti e fino al 75% dei pazienti viene interrotto dal medico prima di finire di parlare (2).

Questa interruzione ha ridotto il tempo medio di parola del paziente durante il periodo iniziale di presentazione del proprio problema da 73–150 secondi a 12–23 secondi (2).

Tipologia delle interruzioni: intrusione o cooperazione?

L'impatto delle interruzioni sulla visita clinica rimane poco chiaro. Alcuni studi riportano un impatto prevalentemente *intrusivo* delle interruzioni, specialmente se utilizzate come tattica del medico per ottenere il controllo della conversazione e possono potenzialmente portare a uno scenario in cui il paziente non è in grado di condividere completamente le preoccupazioni (3).

Ma non tutte le interruzioni sono negative, come nel caso delle *interruzioni cooperative* che preservano il contenuto e il flusso dell'interazione.

Per esempio interruzioni cooperative avviate dal medico possono favorire il coordinamento dell'assistenza al paziente e possono anche essere espressione di sostegno e collaborazione al paziente (4).

In generale le *interruzioni intrusive*, così come i cambiamenti di argomento e i disaccordi, sono percepite come interruzioni tipiche maggiormente negative rispetto alle *interruzioni cooperative*, come chiarimenti e accordi.

Ruolo del genere sulle interruzioni

Le interruzioni da parte del medico sono state a lungo considerate azioni a prevalenza maschile e invadenti per l'inibizione della partecipazione del paziente, ma a oggi mancano evidenze sulle differenze di genere riguardo alle interruzioni intrusive, così come manca un'analisi sistematica delle interruzioni nella pratica clinica (5).

I dati real world

Uno studio svolto nel contesto delle cure primarie ha valutato se il ruolo del parlante (medico vs paziente) e il genere del parlante predicono il tipo di interruzione in particolari fasi della consultazione (prima visita o follow-up) (6).

Le consultazioni sono durate in media 870 secondi (14,5 minuti), con un range da 275 secondi (4,5 minuti) a 2.091 secondi (quasi 35 minuti). L'analisi si è concentrata sulla fase di presentazione del problema e sulla fase di diagnosi e/o piano di trattamento, in quanto caratterizzate da compiti e obiettivi particolari per il medico e il paziente.

Le *interruzioni* sono state definite come i casi in cui un nuovo oratore ha iniziato a parlare durante un turno udibilmente incompleto dell'oratore attuale, il che molto spesso comportava la sovrapposizione del discorso.

Tutte le consultazioni hanno avuto almeno una interruzione, con una media di circa 29 interruzioni per consultazione.

Delle 2.405 interruzioni totali identificate, 1.994 (82,9%) erano cooperative e 304 (12,6%) erano invadenti.

Per le restanti 107 interruzioni (4,4%), il tipo di interruzione non era chiaro, il più delle volte a causa di discorsi impercettibili.

I pazienti hanno effettuato il 55,5% di tutte le interruzioni, il 55% delle interruzioni cooperative e il 58,9% delle interruzioni intrusive.

I medici hanno effettuato la prima interruzione nel 56% delle 84 consultazioni analizzate, con una media di 36,3 secondi dopo l'inizio della fase di presentazione del problema, e la quasi totalità di

queste interruzioni (89%) è stata cooperativa.

Fattori predittivi del tipo di interruzione

L'interruzione intrusiva aveva una probabilità significativamente maggiore di essere effettuata:

dai pazienti rispetto ai medici (odds ratio [OR] = 3,17; IC 95%, 1,83-5,50)

dagli uomini rispetto alle donne (OR = 1,67; IC 95%, 1,05-2,65).

nella fase della diagnosi e/o del piano di trattamento rispetto alla fase di presentazione del problema (OR = 2,24; IC 95%; 1,46-3,43).

Nel gruppo dei medici, gli uomini avevano maggiori probabilità di effettuare un'interruzione intrusiva rispetto alle donne (OR = 1,54; IC 95%, 1,03-2,31)

Nel gruppo dei pazienti, gli uomini avevano meno probabilità di effettuare un'interruzione intrusiva rispetto alle donne (OR = 0,70; IC 95%, 0,50-0,98)

Le interruzioni dei pazienti da parte dei medici sono state a lungo considerate azioni intrusive che dovrebbero essere evitate ma questi risultati dimostrano che la maggior parte delle interruzioni che i medici effettuano nella comune pratica clinica non sono intrusive.

I medici interrompono i pazienti principalmente per esprimere comprensione e supporto o per chiedere chiarimenti, allineandosi così con la narrazione in corso e quindi con il ruolo del paziente come oratore principale. Il dato supporta l'ipotesi che le interruzioni cooperative dei medici nella fase iniziale della consultazione possono effettivamente migliorare, anziché ostacolare, la qualità della comunicazione (6).

I pazienti interrompevano i medici più frequentemente rispetto al contrario, e più spesso in modo intrusivo. Questi risultati correggono l'assunto intuitivo che sia principalmente il medico ad agire in modo intrusivo durante l'interazione medico/paziente. Inoltre, i medici uomini e le pazienti donne avevano maggiori probabilità di effettuare interruzioni intrusive e le donne medico e i pazienti uomini avevano maggiori probabilità di interrompere in modo cooperativo.

Fase del colloquio e tipo di interruzione

Nella *fase di presentazione del problema* i medici avevano meno probabilità dei pazienti di interrompere in modo intrusivo l'altro, il che indica che i medici di questo studio hanno riconosciuto il controllo del paziente in questa fase iniziale e critica.

Nella *fase di diagnosi e/o di discussione del piano di trattamento* i medici hanno effettuato quasi tutte le interruzioni intrusive, il che suggerisce una maggiore pressione del tempo e un ripetuto esercizio di autorità nel prendere e mantenere l'indicazione data al paziente.

In sintesi, le interruzioni di medici e pazienti sono spesso azioni di cooperazione che possono effettivamente migliorare l'interazione clinica e, di conseguenza, la relazione medico-paziente. In particolare nella fase di presentazione del problema, le interruzioni dei medici vengono effettuate per mostrare accordo o chiedere chiarimenti e riconoscono al paziente il ruolo di oratore principale e quindi la sua centralità.

Bibliografia e riferimenti

1. Hall JA et al. Liking in the physician—patient relationship. *Patient Educ Couns*, 2002;48(1):69–77.
2. Rhoades DR et al. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*, 2001. 33(7): p. 528–32.
3. Goldberg JA Interrupting the discourse on interruptions: An Analysis in Terms of Relationally Neutral, Power-and Rapport-Oriented Acts. *J Pragm* 1990;14:883–903.
4. Grundgeiger T et al. Obstacles to research on the effects of interruptions in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2016;25(6):392–
5. Roberts LC et al. Interruption and rapport disruption: measuring the prevalence and nature of verbal interruptions during back pain consultations. *J Commun Healthc*. 2018;11(2):95-105.
6. Plug I et al. Physicians' and Patients' Interruptions in Clinical Practice: A Quantitative Analysis. *Ann Fam Med*. 2022 Sep-Oct;20(5):423-429

Professionisti: la consulenza per email va pagata?

(da 'La Legge per tutti') Prestazione intellettuale: cos'è e quando va retribuita? Il mandato va conferito sempre per iscritto? Cosa fare in caso di mancato pagamento?

Quanto costa un consiglio? In genere nulla, se proviene da un amico; se però viene chiesto a un professionista, allora si tratta di una prestazione vera e propria che, come tale, va retribuita.

Secondo la legge, il lavoro non è solo quello manuale che comporta uno sforzo fisico immediato e visibile, ma anche quello intellettuale, fatto da chi ha dovuto studiare per poter eseguire la propria prestazione nei confronti del cliente.

Ecco perché anche un semplice parere va retribuito.

Con questo articolo ci soffermeremo su un particolare aspetto: vedremo cioè se la consulenza per email va pagata al professionista.

Oggi, soprattutto grazie a internet, è possibile mettersi in contatto con un avvocato o con un medico anche stando a casa, effettuando ad esempio una videochiamata o inviando un messaggio di posta elettronica.

In ipotesi del genere, il parere espresso dal professionista può considerarsi una prestazione che va retribuita? La consulenza per email va pagata oppure il diritto al compenso scatta solo quando ci si reca presso lo studio del professionista?

Consulenza: che cos'è?

La consulenza consiste nel parere espresso da una persona particolarmente competente in merito a una circostanza che gli è stata sottoposta.

La consulenza è a tutti gli effetti una prestazione professionale, resa cioè da un soggetto esperto di un determinato settore.

Ad esempio, la consulenza legale è la prestazione tipica dell'avvocato o del notaio, avente ad oggetto una questione di tipo giuridico; la consulenza fiscale è la prestazione del commercialista; ecc.

Consulenza: perché va pagata?

La consulenza va pagata perché, come detto, rappresenta a tutti gli effetti una prestazione professionale.

Più nel dettaglio, la consulenza è una prestazione intellettuale tipica del lavoratore autonomo, cioè di chi lavora non essendo alle dipendenze di altri.

È appunto il caso del libero professionista come l'avvocato, il commercialista, l'architetto, ecc. Ciò non significa, però, che la consulenza non possa essere resa anche da chi è dipendente: è il caso tipico delle società di consulenza che assumono professionisti affinché possano rendere pareri tecnici su richiesta delle altre imprese.

Consulenza tramite email: va pagata?

La consulenza va retribuita a prescindere dalla forma in cui è resa: per telefono, tramite messaggio, mediante videochiamata. Anche la consulenza per email va pagata.

Non c'è bisogno quindi di recarsi presso lo studio del professionista affinché maturi il suo diritto al compenso: è sufficiente la richiesta di assistenza e la conseguente risposta perché sorga l'obbligo per il cliente di pagare la prestazione.

Anche la giurisprudenza non ha dubbi a riguardo: secondo la Cassazione la consulenza, in qualsiasi forma resa, dà sempre diritto al compenso a favore del professionista, a prescindere dal fatto che il cliente abbia firmato o meno un mandato.

Bisogna infatti ricordare che, secondo il codice civile, il mandato è un contratto a forma libera, che può concludersi anche oralmente, con una semplice stretta di mano o uno scambio di messaggi. Inoltre, la prestazione d'opera professionale si presume sempre a titolo oneroso, anche in mancanza di una esplicita richiesta delle parti, da tanto deriva che, ad esempio, l'avvocato può richiedere di essere pagato per una consulenza Whatsapp.

Consulenza per email: cosa succede se non è pagata?

La consulenza per email che non viene pagata conferisce al professionista il diritto di ricorrere al giudice per recuperare il suo credito.

Per ottenere quanto gli spetta, il professionista dovrà dimostrare il rapporto di mandato sorto con la richiesta di assistenza e la conseguente prestazione eseguita.

In pratica, dovrà provare che il cliente si è rivolto a lui e che ha ottenuto quanto richiesto, cioè un parere professionale su una certa questione.

La prova può essere fornita con ogni mezzo, ad esempio producendo in giudizio copia dello scambio di email o di messaggi tra cliente e professionista, i tabulati telefonici che dimostrano le chiamate effettuate, la testimonianza di altre persone, ecc.

Sulla base di queste prove il giudice dovrà decidere se spetta o meno il diritto a essere pagati per la consulenza resa.

Quando non ci sono prove scritte (come ad esempio email e altri documenti), è consigliabile agire in giudizio con atto di citazione anziché con decreto ingiuntivo.

Consulenza per email: quanto costa?

Un altro problema che si pone per il professionista la cui consulenza per email non è stata pagata è quello di quantificare la parcella.

Nel caso dei liberi professionisti soccorrono in genere le tariffe stabilite dalla legge.

Ad esempio, per gli avvocati sono previsti dei parametri a cui è possibile rifarsi nel caso in cui l'onorario non sia stato concordato per iscritto.

Così anche per altri lavoratori autonomi.

Il mancato pagamento della consulenza, infatti, non conferisce il diritto a chiedere un onorario spropositato; occorre quindi sempre proporzionarlo all'effettiva importanza della prestazione.

Consiglio Direttivo

Presidente: Dott. Gaudio Michele
Vicepresidente: Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Segretario: Dott.ssa Contri Morena
Tesoriere: Dott. Balistreri Fabio
Componenti:
Dott. Amadei Enrico Maria
Dott. Castellani Umberto
Dott. Castellini Angelo
Dott. Ercolani Giorgio
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
Dott. Paganelli Paolo (Odontoiatra)
Dott.ssa Pasini Veronica
Dott.ssa Prati Annalisa
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Raspini Mario (Odontoiatra)
Dott. Simoni Claudio
Dott. Vergoni Gilberto

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. Paganelli Paolo
Vice Presidente: Dott. Raspini Mario
Componenti:
Dott. Alberti Andrea
Dott. D'Arcangelo Domenico
Dott.ssa Zanetti Daniela

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Rag. Alessandri Giunchi Montserrat Alessandra
Componenti:
Dott. Fabbroni Giovanni
Dott. ssa Possanzini Paola
Supplente: Dott.ssa Vicchi Melania



Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì
Tel. e Fax. 0543.27157
www.ordinemedicifc.it
info@ordinemedicifc.it
PEC: segreteria.fc@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:
dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 14.00
Martedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 18.30