

CIVITAS HIPPOCRATICA

ANNO XLIV
NUMERO 3/4
MAGGIO/AGOSTO
2023

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

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS HIPPOCRATICA

ANNO XLIV
NUMERO 3/4
MAGGIO/AGOSTO
2023

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Civitas Hippocratica”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

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

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

intestato al Centro Studi di Medicina “Civitas Hippocratica”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni.

La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo relativo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

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

Finito di stampare nel mese di Agosto 2023

SOMMARIO

Editoriale IV

Anna Di Salle, Ilenia De Luca, Francesca Di Cristo, Raffaele Conte, Gianfranco Peluso

**Olio extravergine di oliva ricco in polifenoli:
un alimento funzionale** Pag. 25

Libri ricevuti

Alberto Tomasi

Introduzione all'arte di viaggiare in salute Pag. 28

Martina Chiurazzi

**Analisi dell'impedenza bioelettrica per la valutazione della
composizione corporea nei pazienti oncologici: un nuovo
parametro predittivo di risposta alle cure** Pag. 29

Giuseppe Battimelli

**La tutela della salute del minore
e le problematiche del consenso informato** Pag. 31

Convegni

Cesare Guida

**Oncologia Chirurgica, Medica e Radioterapica 2023.
Current Controversies in Oncology: Less is more?
The Multidisciplinary Judgement** Pag. 35

Editoriale

Recentemente, nel mese di agosto, è comparso un editoriale comune in numerose riviste mediche internazionali, tra cui il British Medical Journal (BMJ, 2023; 382:1682), con il quale si invitano gli operatori sanitari ad avvisare la popolazione e i propri governanti del grave pericolo per la salute pubblica nell'eventuale uso delle armi nucleari, a seguito delle attuali crescenti tensioni tra stati dotati di tali armi.

I Medici Internazionali per la Prevenzione della Guerra Nucleare (IPPNW) negli anni '80, educando politici e popolazioni su entrambi i lati della cortina di ferro sulle questioni mediche derivanti da una guerra nucleare, hanno contribuito a porre fine alla corsa degli armamenti ottenendo così nel 1985 il Premio Nobel per la pace.

Il Trattato di non proliferazione delle armi nucleari, che impegna 190 nazioni, ha dato sinora risultati deludenti e l'ultimo incontro, tenutosi nel 2022, si è concluso senza una dichiarazione concordata.

Qualsiasi utilizzo delle armi nucleari, specialmente con l'ausilio di missili supersonici, sarebbe catastrofico per l'umanità. Una guerra nucleare determinerebbe la morte di milioni di persone, oltre a causare uno sconvolgimento climatico globale.

Le organizzazioni mediche internazionali, tra cui la Croce Rossa Internazionale, l'IPPNW, l'Associazione Medica Mondiale, la Federazione Mondiale delle Associazioni di Sanità Pubblica e il Consiglio Internazionale degli Infermieri, hanno avuto un ruolo chiave nel presentare prove scientifiche sulle conseguenze delle armi nucleari sulla salute e sull'ambiente e da qui l'invito a tutti gli stati innanzitutto ad una politica no first use, a togliere le armi nucleari dall'allarme di innescio e, infine, ad impegnarsi a non utilizzare tali armi negli attuali conflitti aderendo così al Trattato sulla proibizione delle armi nucleari.

M.C.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

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

La Rivista è consultabile online nelle rubriche Pubblicazioni dei siti della S.P.E.ME (www.speme.com) e di CIMO Campania (www.cimocampania.it)

Olio extravergine di oliva ricco in polifenoli: un alimento funzionale

Anna Di Salle¹, Ilenia De Luca¹, Francesca Di Cristo², Raffaele Conte², Gianfranco Peluso¹

¹Istituto di Ricerca sugli Ecosistemi Terrestri (IRET) – Consiglio Nazionale delle Ricerche – Napoli

²Elleva Pharma srl – Napoli

Ricevuto in Redazione il 27 giugno 2023

Parole chiave: Dieta Mediterranea, Polifenoli, Salute, Alimento funzionale.

Key Words: Mediterranean Diet, Polyphenols, Health, Functional food.

RIASSUNTO

L'olio extravergine di oliva (EVOO) riveste un ruolo chiave nella dieta Mediterranea (MedDiet) sia in quanto rappresenta la principale fonte lipidica, ma soprattutto per le sue spiccate qualità salutistiche. Le proprietà benefiche attribuite all'EVOO quali, ad esempio l'effetto modulatorio e preventivo di malattie cardiovascolari, sindrome metabolica, cancro, diabete di tipo II etc., sono dovuti principalmente all'alta concentrazione e all'effetto sinergico di molecole bioattive quali i polifenoli. Ottenere quindi un olio ricco di polifenoli può rappresentare un importante traguardo per tutte le aziende che vogliano arrivare alla commercializzazione di quello che può essere a tutti gli effetti definito come un vero e proprio alimento funzionale. Per far questo, tuttavia, occorre tenere in considerazione numerosi parametri nella coltivazione degli ulivi, non solo agronomici, ma anche pedoclimatici, fino ad arrivare ad un più stretto controllo delle pratiche di molitura.

SUMMARY

Extra-virgin olive oil (EVOO) plays a key role in the Mediterranean Diet (MedDiet) as the main source of lipids, but most importantly for its marked health-promoting qualities. The beneficial effects attributed to EVOO such as, i.e., the modulatory and preventive effect of cardiovascular dis-

eases, metabolic syndrome, cancer, type II diabetes etc., are mainly due to the high concentration and synergistic effect of bioactive molecules such as polyphenols. Thus, obtaining an oil rich in polyphenols can be an important goal for all companies that want to achieve the commercial development of what can be for full purposes defined as a genuine functional food. To do this, however, numerous parameters, not only agronomic, but also pedoclimatic, must be considered in the cultivation of olive trees as well as a tighter control of milling practices.

INTRODUZIONE

È ampiamente riconosciuto che il tasso di incidenza di malattie croniche (quali ad esempio malattie cardiovascolari, aterosclerosi, alcuni tipi di cancro, ecc.) è estremamente basso nelle regioni dell'area mediterranea rispetto a quanto riscontrato nel resto di Europa, e che le persone qui residenti hanno una maggiore aspettativa di vita rispetto ad altre popolazioni mondiali. Numerose evidenze scientifiche hanno correlato questi dati con l'aderenza alla dieta mediterranea (MedDiet), uno stile nutrizionale che non individua alimenti specifici o limita le calorie, ma enfatizza l'abbondanza di cibi vegetali ed il consumo giornaliero di frutta fresca⁽¹⁾. Nella dieta mediterranea, l'olio d'oliva è la fonte lipidica principale

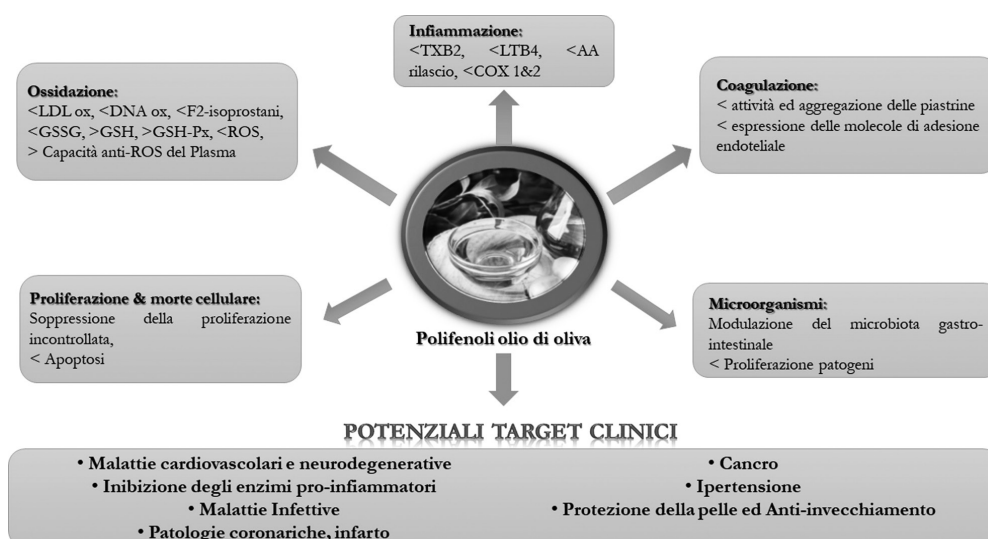


Figura 1. Effetti salutistici dei polifenoli estratti dall'olio di oliva.

utilizzata nella preparazione degli alimenti, sia a crudo (quale condimento per insalate zuppe), sia come grasso in cottura (ad esempio friggere o grigliare).

POLIFENOLI E SALUTE

Lo studio Prevention with Mediterranean Diet (PREDIMED), condotto in Spagna dal 2003 al 2011⁽²⁾, ha focalizzato l'attenzione proprio sulla presenza nel MedDiet dell'olio di oliva extra vergine: è stato infatti dimostrato su un campione molto ampio di partecipanti che l'incidenza dei principali disturbi cardiovascolari veniva ridotta di circa il 30% quando la MedDiet era integrata con EVOO (circa 1 litro/settimana). Inoltre, un ampio studio prospettico spagnolo ha dimostrato che una maggiore aderenza ad una MedDiet era inversamente associata all'incidenza del diabete di tipo 2 tra i partecipanti inizialmente sani⁽³⁾. Gli stessi risultati sono stati ottenuti nello studio europeo di ricerca prospettica in Cancer and Nutrition (EPIC)⁽⁴⁾, mentre lo studio italiano GISSI-Prevenzione, che ha coinvolto 8291 pazienti con un recente infarto miocardico, ha dimostrato che la MedDiet era un fattore protettivo verso l'insorgenza del diabete (35% di rischio inferiore)⁽⁵⁾.

Storicamente gli effetti benefici dell'EVOO sono stati attribuiti al suo alto contenuto di acidi grassi monoinsaturi (MUFA, rappresentanti oltre il 98% del peso totale dell'olio), in particolare acido oleico⁽⁶⁾. Tuttavia, evidenze crescenti hanno indicato che la frazione minoritaria (circa il 2% che include più di 230 composti chimici, tra cui polifenoli, steroli, caroteni etc.) dell'olio d'oliva è responsabile dei suoi effetti antiossidanti e antinfiammatori e della sua capacità di ridurre la proliferazione delle molecole di origine tumorale (figura 1)^(7,8).

Tra questi i più rappresentativi sono l'oleuropeina e l'Idrossitirosolo, il cui uso è stato approvato dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) viste le comprovate capacità di prevenire l'ossidazione delle LDL⁽⁹⁾. I parametri stabiliti dall'EFSA riguardano, tuttavia gli EVOO che contengono almeno 5 mg di idrossitirosolo e suoi derivati ogni 20 g di olio di oliva (dose giornaliera raccomandata per ottenere l'effetto benefico sulla salute).

E' ben noto che la composizione dell'olio (quantitativo di grassi, pigmenti e polifenoli) è influenzata da numerosi fattori quali il tipo di cultivar, le condizioni pedoclimatiche,

le tecniche di allevamento, il grado di maturazione ed i tempi di raccolta delle olive⁽¹⁰⁻¹²⁾. Infatti, sebbene la varietà abbia un notevole impatto sia sulla concentrazione assoluta che sul contenuto relativo di tutti i componenti molecolari dell'olio di oliva, tuttavia il fattore «fenotipico» dato dai fattori ambientali ed agronomici può portare a notevoli cambiamenti nella definizione della «qualità» dell'olio: il clima, l'andamento delle precipitazioni, il regime termico e la quantità di luce intercettata dalla chioma influiscono notevolmente sulla maturazione delle olive in primis e poi sulla qualità dell'olio (figura 2)⁽¹³⁾.

Inoltre, i processi di estrazione e di lavorazione influiscono sulla qualità dell'olio in relazione soprattutto alla stabilità ed alla concentrazione dei componenti minoritari (es polifenoli, pigmenti, sostanze volatili, etc.) responsabili delle proprietà salutistiche dell'olio stesso^(14,15).

Infatti, i polifenoli rappresentano una difesa che la pianta mette in atto rispetto a stress biotici o abiotici, quali possono essere, ad esempio, un periodo di siccità, piuttosto che condizioni di vento o di presenza di acqua salmastra, o ancora l'altitudine a cui sono allevati gli ulivi⁽¹⁶⁾. Tutti questi parametri, a parità di cultivar e quindi di genotipo, influiscono notevolmente sulla produzione quantitativa e qualitativa di olio di oliva: un periodo di siccità o le escursioni termiche giornaliere che possono verificarsi soprattutto nei periodi di tarda estate, inducono la pianta a difendersi stimolando la produzione e l'accumulo di sostanze fenoliche a scapito della produzione di acidi grassi. La pratica agronomica di irrigazione forzata che viene messa in atto in alcuni tipi di coltivazioni soprattutto estere, quindi, se da un lato consente una produzione massiccia di olio; tuttavia, provoca un abbassamento della qualità finale dal punto di vista salutistico. Evidentemente, quindi, la ricerca della qualità non va di pari passo con la quantità. Spesso, infatti, è il coltivatore stesso che decide il momento della raccolta e della produzione di olio, sulla base di considerazioni economiche e di produttività di olio.

Da qui nasce l'interesse di identificare e selezionare una serie di aziende olivicole che siano in grado di operare virtuosamente sia dal punto di vista della coltivazione/allevamento degli ulivi che della produzione di olio qualitativamente eccellente. Da questo punto di vista, identificare quali possano essere i parametri pedoclimatici e le pratiche agronomiche



Figura 2. Influenza dei fattori pedoclimatici sulla maturazione delle olive.

“giuste” che consentano di arrivare alla produzione di un olio ad elevato contenuto di polifenoli, rappresenta un gold standard da perseguire da aziende che vogliano arrivare alla commercializzazione di quello che può essere a tutti gli effetti definito come un vero e proprio alimento funzionale.

CONCLUSIONI

In questo contesto si inseriscono le ultime progettualità del gruppo Elleva Pharma srl che ha iniziato un’analisi a tutto tondo dell’olio di oliva prodotto da diverse realtà italiane e campane in particolare, nell’ottica di identificare un prodotto qualitativamente eccellente. Le analisi, estremamente sofisticate e dettagliate, riguardano non solo la composizione di polifenoli nel prodotto finale, ma anche la variazione delle specie salutistiche in relazione con le tecniche di coltivazione, le pratiche di raccolta e di conferimento delle drupe ai frantoi. Grazie a queste analisi, Elleva Pharma è riuscita a identificare almeno un’azienda virtuosa che riesca a mettere in pratica le corrette nozioni di coltivazione e raccolta per arrivare alla produzione di un olio estremamente ricco di polifenoli e le cui caratteristiche salutistiche siano state accertate su modelli cellulari in vitro.

Nell’ambito di queste progettualità e nella divulgazione dei risultati della ricerca, inoltre, Elleva Pharma ha visitato un oliveto biologico in Spagna nella regione di Madrid, proprio per comprendere quali possano essere le strategie di commercializzazione e di marketing più adatte per poter di fatto portare l’olio italiano a quegli standard di eccellenza che merita.

I dati riportati dal consiglio oleicolo internazionale (COI) mostrano chiaramente che la produzione di olio d’oliva nella campagna 2020/21 da parte dei paesi UE ha rappresentato circa il 73% della produzione di olio da parte di tutti i Paesi membri del COI, con la Spagna al primo posto seguita dalla Grecia e solo al terzo posto dall’Italia. Tuttavia, se si considera la qualità dell’olio di oliva si può ribaltare la classifica: la produzione spagnola, infatti, vede la presenza sul territorio di uliveti intensivi e super-intensivi, spesso con irrigazione forzata, in modo da ottenere una redditività più che interessante in termini di contenuto di acidi grassi, ma non di specie salutistiche come i polifenoli. Per contro, la diversità paesaggistica dell’Italia ed in particolare della Campania, che vede la presenza di un ampio ventaglio varietale, di una notevole variabilità climatica, e di tecniche agronomiche interessanti dal punto di vista salutistico, consente di poter dire che l’olio italiano è di qualità estremamente più elevata.

BIBLIOGRAFIA

1. WIDMER RJ, FLAMMER AJ, LERMAN LO, LERMAN A: *The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease*. Am J Med, 2015; 128(3): 229-38
2. MARTINEZ-GONZALEZ MA, CORELLA D, SALAS-SALVADO J, ROS E, COVAS MI, FIOL M, et al: *Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study*. Int J Epidemiol, 2012; 41(2): 377-85
3. ALONSO-DOMINGUEZ R, GARCIA-ORTIZ L, PATINO-ALONSO MC, SANCHEZ-AGUADERO N, GOMEZ-MARCOS MA, RECIO-RODRIGUEZ JI: *Effectiveness of A Multifactorial Intervention in Increasing Adherence to the Mediterranean Diet among Patients with Diabetes Mellitus Type 2: A Controlled and Randomized Study (EMID Study)*. Nutrients, 2019; 11(1)
4. UBAGO-GUISADO E, RODRIGUEZ-BARRANCO M, CHING-LOPEZ A, PETROVA D, MOLINA-MONTES E, AMIANO P, et al: *Evidence Update on the Relationship between Diet and the Most Common Cancers from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Study: A Systematic Review*. Nutrients, 2021; 13(10)
5. LEAF A: *On the reanalysis of the GISSI-Prevenzione*. Circulation, 2002; 105(16): 1874-5
6. SCHWINGSHACKL L, HOFFMANN G: *Monounsaturated fatty acids, olive oil and health status: a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. Lipids Health Dis, 2014; 13: 154
7. FINICELLI M, SQUILLARO T, DI CRISTO F, DI SALLE A, MELONE MAB, GALDERISI U et al: *Metabolic syndrome, Mediterranean diet, and polyphenols: Evidence and perspectives*. J Cell Physiol, 2019; 234(5): 5807-26
8. FINICELLI M, SQUILLARO T, GALDERISI U, PELUSO G: *Polyphenols, the Healthy Brand of Olive Oil: Insights and Perspectives*. Nutrients, 2021; 13(11)
9. EFSA PANEL ON DIETETIC PRODUCTS N: *Allergies. Scientific and technical guidance for the preparation and presentation of an application for authorisation of a health claim (revision 1)*. EFSA Journal, 2011; 9(5): 2170
10. D’IMPERIO M, GOBBINO M, PICANZAA, COSTANZO S, DELLA CORTE A, MANNINA L: *Influence of harvest method and period on olive oil composition: an NMR and statistical study*. J Agric Food Chem, 2010; 58(20): 11043-51
11. DABBOU S, SIFI S, RJIBA I, ESPOSTO S, TATICCHI A, SERVILI M, et al: *Effect of pedoclimatic conditions on the chemical composition of the Sigoise olive cultivar*. Chem Biodivers, 2010; 7(4): 898-908
12. DI VAIO C, NOCERINO S, PADUANO A, SACCHI R: *Influence of some environmental factors on drupe maturation and olive oil composition*. J Sci Food Agric, 2013; 93(5): 1134-9
13. GARGOURI OD, ROUINA YB, MANSOUR AB, FLAMINI G, ROUINA BB, BOUAZIZ M. *Comparative Study of Oil Quality and Aroma Profiles from Tunisian Olive Cultivars Growing in Saharian Oasis Using Chemometric Analysis*. J Oleo Sci, 2016; 65(12): 1033-44
14. DI GIOVACCHINO L, SESTILI S, DI VINCENZO D: *Influence of olive processing on virgin olive oil quality*. European Journal of Lipid Science and Technology, 2002; 104(9-10): 587-601
15. LECHHAB T, LECHHAB W, CACCIOLA F, SALMOUN F: *Sets of internal and external factors influencing olive oil (Olea europaea L.) composition: a review*. European Food Research and Technology, 2022; 248(4): 1069-88
16. SINGH S, KAUR I, KARIYAT R: *The Multifunctional Roles of Polyphenols in Plant-Herbivore Interactions*. Int J Mol Sci, 2021; 22(3)

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Anna Di Salle
e-mail: anna.disalle@cnr.it

Libri ricevuti

Introduzione all'arte di viaggiare in salute

Cultura e Salute Editore, Perugia, 2023. €. 25,00

Alberto Tomasi

Dal sapiente mix di conoscenze professionali ed esperienze di viaggiatore dell'autore nasce l'originale struttura di questo libro: 101 domande che incuriosiscono il lettore e lo stimolano a conoscere le origini di tante raccomandazioni mediche. Leggendo si possono ottenere risposte chiare e concrete per tutte le problematiche sanitarie legate ai viaggi. Il testo spazia tra i diversi argomenti della salute in viaggio con competenza e padronanza della materia e, in un'epoca in cui false credenze sono così diffuse e fake news circolano così facilmente, i 101 perché...? si impongono all'attenzione con i loro contenuti di risposte puntuali e scientifiche.

Questa seconda edizione è arricchita da nuovi capitoli: Sei in forma per viaggiare? Tipologie e modi di viaggiare. Le raccomandazioni per viaggiare al tempo del Covid-19 e di altre nuove malattie infettive. Ripassiamo la geografia: dalle mappe a Google Maps.

Alberto Tomasi, presidente della SIMVIM (Società italiana di medicina dei viaggi e delle migrazioni), è un medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ha una lunga esperienza di direzione nei Servizi di Igiene Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle USL. Ha pubblicato numerosi articoli sulla medicina dei viaggiatori e sulla prevenzione delle malattie infettive.

Per i lettori della rivista il libro può essere acquistato con lo sconto del 30% utilizzando il **codice EF572FTA** da utilizzare sul sito www.edizioniculurasalute.com

Alberto Tomasi

INTRODUZIONE ALL'ARTE DI VIAGGIARE IN SALUTE

II edizione



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Analisi dell'impedenza bioelettrica per la valutazione della composizione corporea nei pazienti oncologici: un nuovo parametro predittivo di risposta alle cure

Martina Chiurazzi

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

Ricevuto in Redazione il 12 febbraio 2023

Parole chiave: Analisi della composizione corporea, Paziente oncologico, Malnutrizione.

Key Words: Body composition analysis, Cancer patient, Malnutrition.

RIASSUNTO

Negli ultimi anni l'analisi della composizione corporea è stata ampiamente studiata in diverse popolazioni. I pazienti oncologici spesso presentano malnutrizione e cachessia che complicano il corso del trattamento influenzandone i risultati e la qualità della vita. Studi in letteratura indicano che l'utilizzo della BIA può aiutare la gestione clinica della malnutrizione nei pazienti oncologici in molteplici modi quali prevenzione, diagnosi e prognosi, fornendo ai professionisti un metodo non invasivo, poco costoso, semplice e rapido per valutare la composizione corporea e lo stato nutrizionale del paziente oncologico.

SUMMARY

Recently body composition analysis has been widely used in different populations. Cancer patients often show malnutrition and cachexia which complicate the treatment and affect outcomes and their quality of life. Several studies indicate that body composition assessment by BIA can improve the clinical management of malnutrition in cancer patients in multiple ways as prevention, diagnosis, and prognosis, providing professionals with a non-invasive, not-expensive, simple, rapid method to assess body composition and cancer patient nutritional status.

INTRODUZIONE

La malnutrizione è comunemente riportata nei pazienti oncologici ed è correlata ad un aumento della mortalità, morbilità e rischio di complicanze e dell'efficacia dei trattamenti così come ad un peggioramento della qualità della vita (QoL). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce lo “stato nutrizionale” come la condizione dell'organismo, risultante dall'equilibrio tra assunzione, assorbimento e utilizzo dei nutrienti che interagiscono con lo stato fisiologico e patologico individuale.

I pazienti neoplastici, a causa delle cure oncologiche quali chirurgia, chemioterapia e radioterapia (RT), mostrano solitamente una tendenza a sviluppare una progressiva perdita di peso, di tessuto muscolare e adiposo oltre una

compromissione delle funzioni immunitarie e disturbi metabolici a patogenesi multifattoriale, ma in cui prevale la ridotta assunzione di cibo, l'infiammazione sistemica e le alterazioni metaboliche.

La sindrome infiammatoria sistemica aumenta il dispendio energetico a riposo nei pazienti oncologici ed è strettamente associata alla loro perdita di peso, che si traduce in un continuo deterioramento sia dello stato generale che del benessere globale. La perdita di peso è spesso considerata una conseguenza inevitabile del trattamento antitumorale. Tuttavia, i pazienti oncologici mostrano una perdita di peso globale espressa da una riduzione della componente muscolare e massa cellulare corporea (BCM) e cambiamenti nella distribuzione dei fluidi con espansione extracellulare e ridotta acqua intracellulare; molti studi hanno chiaramente dimostrato, nei pazienti affetti da cancro, un rapporto diretto tra riduzione della massa magra e della massa muscolare e ridotta tolleranza ai trattamenti antitumorali oltre ad una diminuzione del tasso di sopravvivenza.

Ad oggi, esiste un crescente interesse da parte della comunità oncologica per capire come la valutazione della composizione corporea possa essere utilizzata per migliorare il trattamento oncologico e la sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro.

La composizione del corpo umano è relativamente complessa e l'intera massa corporea (peso) è costituita da varie componenti rappresentate principalmente da massa grassa, massa muscolare, acqua corporea e massa ossea. I pazienti oncologici affrontano cambiamenti nel metabolismo, che inibiscono la sintesi delle proteine muscolari, accelerazioni della proteolisi e lipolisi, con conseguente perdita di tessuto magro e tessuto adiposo.

L'indice di massa corporea (BMI, peso in chilogrammi diviso per altezza al quadrato in metri) comunemente utilizzato per una stima generica può essere fuorviante, in quanto non riflette la reale composizione corporea.

ANALISI DELL'IMPEDENZA BIOELETTICA

L'analisi dell'impedenza bioelettrica misura la composizione corporea fornendo parametri di valutazione

più precisi e che si riferiscono alla distribuzione dei liquidi nel corpo, la massa grassa e la massa magra oltre ad una serie di altri rilievi che hanno dimostrato un'elevata utilità clinica nella valutazione della malnutrizione nei pazienti oncologici e predittivi dell'efficacia delle cure. Cambiamenti della composizione corporea possono verificarsi in risposta ai cambiamenti della domanda metabolica, ai cambiamenti fisiologici, all'invecchiamento e ai trattamenti antitumorali. Pertanto l'analisi bioimpedenziometrica, rispetto al peso corporeo e al BMI, può fornire informazioni più dettagliate del reale stato nutrizionale dei pazienti oncologici che possono avere esigenze nutrizionali diverse nei vari momenti della malattia.

L'analisi dell'impedenza bioelettrica (BIA) è un metodo non invasivo, poco costoso, semplice e di rapido e facile impiego, grazie ad una strumentazione portatile, comunemente utilizzato negli studi clinici per valutare la composizione corporea e lo stato nutrizionale oltre ad offrire un sistema efficace per tenere traccia dei cambiamenti nella composizione corporea nel tempo.

È utile per valutare lo stato di idratazione, difficile da determinare con metodi biochimici ed altri esami fisici. Nella pratica clinica, infatti, la BIA consente il monitoraggio dei fluidi corporei (rapporto extracellulare/intracellulare) e quindi dello stato nutrizionale dei pazienti, nel breve e nel lungo periodo. Può essere utilizzata per valutare la composizione corporea di pazienti di tutte le età, indipendentemente dal loro stato di salute fisica e mentale, poiché la misurazione è veloce e facilmente ottenibile. L'impedenza bioelettrica, o bioimpedenza (Z , Ω), è definita come la "resistenza" di un conduttore al flusso di una corrente elettrica alternata ad esso applicata ed è ottenuta attraverso la valutazione della resistenza (RZ) e reattanza (XC) ove la resistenza riflette l'opposizione alla corrente dovuta ai fluidi corporei ed è quindi una misura dell'idratazione cellulare, mentre la reattanza riflette l'opposizione dovuta alle membrane cellulari e ai tessuti e indica l'integrità cellulare. Il rapporto tra resistenza e reattanza fornisce l'angolo di fase (PA) che riflette la massa cellulare corporea (BCM), l'integrità delle membrane cellulari e lo stato di idratazione ed è considerato

predittivo di morbidità e mortalità. PA basso ($<5^\circ$) indica la perdita di integrità cellulare. Esso diminuisce in rapporto allo stadio della malattia, ma anche con l'età ed in presenza di uno stile di vita sedentario.

CONCLUSIONI

Un intervento nutrizionale precoce è fondamentale per migliorare i risultati delle cure oncologiche, tuttavia la malnutrizione continua ad essere valutata in ritardo nella maggior parte dei pazienti e solo in presenza di una significativa perdita di peso, quando oramai assume solo una funzione di trattamento palliativo piuttosto che preventivo, curativo e complementare alle altre cure antitumorali.

L'analisi bioimpedenziometrica fornisce uno strumento di facile impiego per l'identificazione precoce della malnutrizione nei pazienti oncologici.

BIBLIOGRAFIA

1. COTOGNI P, MONGE T, FADDA M. et al.: *Bioelectrical impedance analysis for monitoring cancer patients receiving chemotherapy and home parenteral nutrition*. BMC Cancer, 2018; 18: 990. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4904-6>
2. BROWN JC, CESPEDES FELICIANO EM, CAAN BJ: *The evolution of body composition in oncology: epidemiology, clinical trials, and the future of patient care: facts and numbers*. J Cachexia Sarcopenia Muscle, 2018 Dec; 9(7): 1200-1208. doi: 10.1002/jcsm.12379. Epub 2019 Jan 13. PMID: 30637983; PMCID: PMC6351674
3. TANG PL, WANG HH, LIN HS, LIU WS, CHEN LM, CHOU FH: *Body Composition Early Identifies Cancer Patients With Radiotherapy at Risk for Malnutrition*. J Pain Symptom Manage, 2018 Mar; 55(3): 864-871. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.10.005. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29051113
4. BRANTLOV S, JØDAL L, HEITMANN BL, WARD LC: *Clinical value of bioimpedance during long-term cancer therapy*. Clin Case Rep J, 2021; 2(5): 1-6
5. MAŁECKA-MASSALSKA, T, POWRÓZEK T, MŁAK R.: *Bioelectrical Impedance Analysis and Malnutrition in Cancer*. In: Preedy, V., Patel, V. (eds) Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation. Springer, Cham, 2019

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Martina Chiurazzi

e-mail: martina.chiurazzi88@gmail.com

La tutela della salute del minore e le problematiche del consenso informato

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)
Componente Comitato Etico Interaziendale Campania Sud

Ricevuto in Redazione il 13 Giugno 2023

Parole chiave: Diritto dei bambini alla salute, Consenso informato, Sperimentazione clinica, Migliore interesse.

Key Words: Children's right to health, Informed consent, Clinical trials, Best interest.

RIASSUNTO

In questo contributo l'Autore riflette sugli aspetti particolari e invero rilevanti che riguardano le problematiche legate all'espressione del consenso informato del minore inerente la tutela della salute ed in particolare quando esso è dovuto dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal rappresentante legale in due condizioni particolari: 1) nei trattamenti medico-chirurgici che dovrà subire; 2) nella partecipazione a sperimentazioni cliniche di farmaci.

SUMMARY

In this contribution the Author reflects on the particular and indeed relevant aspects concerning the problems related to the expression of the informed consent of the minor concerning the protection of health and in particular when it is due by the parents with parental responsibility or by the legal representative in two conditions: 1) in the medical-surgical treatments that the minor will have to undergo; 2) in participating in clinical drug trials.

INTRODUZIONE

“Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi” così recita l'art. 2 della Convenzione sui diritti dell'infanzia¹, che rappresenta l'atto normativo più importante in materia di promozione e tutela dei diritti dell'infanzia.

Molti sono i documenti internazionali² di riferimento al diritto alla salute del minore, ma, per rimanere in ambito nazionale, fondamentale è l'art. 32 della Costituzione³ che indica il bene salute assolutamente primario, la cui tutela riguarda l'integrità psico-fisica individuale e l'obbligo delle istituzioni ad assicurare le prestazioni sanitarie.

Ancor più per il minore rispetto all'adulto è acclarato l'innovativo concetto di salute, ormai da decenni affermato dell'OMS, che non è una nozione biomedica meccanicistica e statica di “assenza di malattia”, ma funzionale e dinamica, connotata da aspetti psico-sociali e relazionali.

Se il minore e soprattutto il bambino è per definizione persona fragile, tale condizione si accentua quando egli vive l'esperienza della malattia, cioè quando viene alterato lo stato psicologico, emotivo e fisico della persona.

Alla luce di tutto ciò si vuole in questo contributo riflettere sugli aspetti particolari e invero rilevanti che riguardano le problematiche legate all'espressione del consenso informato del minore inerente la salute e specificamente quando esso è dovuto in due condizioni particolari: 1) nei trattamenti medico-chirurgici che dovrà subire; 2) nella partecipazione alle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici.

Le problematiche del consenso informato nei minori

E' fuor di dubbio che ogni atto medico non può prescindere dal consenso informato, che lo rende legalmente lecito: senza il consenso esplicito, attuale, libero e formale del paziente, nessun atto medico può essere compiuto e perciò stesso legittimato, come ormai universalmente

1 La Convenzione sui diritti dell'infanzia è stata approvata dall'Assemblea generale dell'ONU il 20 novembre del 1989 a New York ed è entrata in vigore il 2 settembre 1990. L'Italia ha ratificato il documento il 27 maggio 1991 con la legge n.176.

2 Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo 1948; Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali 1966; Carta sociale europea CSE 1999. Ratificata dall'Italia con legge n. 30 del 1999; Carta di Leiden 1988; Carta di Each (European Association for Children in Hospital) 1998; Carta dei diritti del bambino in ospedale 2005; Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale 2008 dell'Abio/Sip; Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari del 2012,

3 Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32 «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

acclarato anche dai vari pronunciamenti e sentenze della Cassazione Penale⁴, ma anche dalla Convenzione di Oviedo,⁵ dalla Costituzione Europea⁶, dal Comitato Nazionale per la Bioetica⁷ e dal Codice di Deontologia Medica⁸.

Ma come è noto il consenso informato trova il presupposto negli articoli 2, 13, e in particolare nell'art. 32 della Costituzione e ancor più nella sentenza della Corte Costituzionale n. 438 del 2008 che ha sancito che il "consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico" è "vero e proprio diritto della persona", precisando ulteriormente che "pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto...".

Nel caso particolare dei minori risultano evidenti alcune problematiche specifiche per il consenso informato. In questo caso la responsabilità genitoriale⁹ (o patria potestà con precedente denominazione¹⁰) è esercitata da entrambi i genitori (art. 315 e ss. c.c.) o dal rappresentante legale; e quindi il consenso deve essere fornito da entrambi anche se separati, divorziati o non conviventi (a meno che uno dei due non sia morto, decaduto o sospeso dalla responsabilità).

Nel caso di disaccordo tra i genitori, la decisione viene rimessa al giudice, salvo che non ricorra lo stato di necessità; nel caso di opposizione di entrambi i genitori, il medico quando giudica indispensabile la procedura sanitaria, chiede che intervenga il Tribunale per i minorenni della Procura della Repubblica.

Ora, fermo restando quanto richiamato dal Codice Civile in merito alla responsabilità genitoriale circa il consenso informato nella tutela della salute del minore, bisogna tener presente che quanto è inerente alla sperimentazione farmacologica è da riferire al Regolamento n. 536/2014 del

Parlamento Europeo¹¹, mentre il consenso dovuto alle terapie o accertamenti diagnostici a cui deve sottoporsi il minore è ricompreso nella legge 219/2017¹².

Nella sperimentazione clinica che prevede il coinvolgimento di minori, devono essere soddisfatte alcune condizioni come prescritto dall'art. 29 del sunnominato Regolamento UE 536/2014, e cioè che essa: a) deve riguardare una condizione clinica che colpisce solo i minori; oppure b) è necessaria a convalidare dati ottenuti su persone in grado di fornire il loro consenso informato; oppure c) è direttamente associata a una condizione clinica di cui soffre il minore interessato; d) è di natura tale da poter essere effettuata solo su minori; e) deve arrecare un beneficio diretto superiore ai rischi; f) in ogni caso il dolore, il disagio e la paura devono essere minimi e continuamente monitorati.

È importante anche sottolineare che nel Regolamento Europeo di cui sopra allorché il minore decide di non accedere alla sperimentazione o di ritirarsi in qualsiasi momento, questo deve essere tenuto in considerazione.

In questo caso è da ammettere che è di notevole difficoltà valutare la sua opposizione e le motivazioni addotte e magari in queste situazioni è indispensabile il ricorso a figure specialistiche professionali sanitarie, psicopedagogiche e assistenziali.

Richiamando alcuni aspetti del Codice Civile bisogna ricordare che mentre la capacità giuridica si acquista al momento della nascita, la capacità di agire prevede il requisito della maggiore età e la capacità d'intendere e di volere, ed è disposta appunto con l'intento di proteggere il minore da atti giuridici compiuti non nella piena maturità.

Ciò non toglie però che questa incapacità legale del minore non disconosce la sua capacità di discernimento, di volizione e di autodeterminazione certamente considerata l'età e la sua maturazione psico-fisica. Perché come è facile immaginare, la volontà espressa da un bambino non può essere equiparata a quella di un minore di 12 o 14 anni o ancor più rispetto a quella di un adolescente che si trovi

4 Corte di Cassazione, Sez. IV Penale. Sentenza 20 gennaio 2014 n. 2347. Pres. Zecca – est. Massafra.

5 Convenzione di Oviedo *Consiglio d'Europa - 1997, Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina) - Art. 5.

6 Costituzione europea: carta dei diritti fondamentali dell'Unione, 29/10/2004, Parte II – Art. II 63.

7 Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: Parere su "Informazione e consenso all'atto medico"; 20 giugno 1992.

8 Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2014. Codice Deontologico. Art. 35 Consenso e dissenso informato

9 La responsabilità genitoriale è stata introdotta dal Decreto Legislativo 8 dicembre 2013, n. 154 "Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012, n. 219. (GU n.5 del 08-01-2014) che ha riscritto gli articoli art. 315 e ss. del codice civile.

10 A seguito della riforma della legge n. 219/2012 è stato superato il concetto di "potestà" e introdotto quello di "responsabilità genitoriale", intesa come assunzione di responsabilità da parte di entrambi i genitori da esercitarsi paritariamente verso il figlio.

11 Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 27 maggio 2014.

12 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)note: Entrata in vigore del provvedimento: 31/01/2018.

prossimo al compimento del 18° anno di età, il cosiddetto “grande minore”, di cui certamente è più difficile non tenere conto ad esempio di un suo rifiuto a sperimentazioni cliniche.

Tant’è che è previsto che oltre il consenso dei genitori all’arruolamento in una sperimentazione clinica, ci sia anche un assenso informato del minore, acquisito attraverso una modulistica che è diversa per gli anni 6-11 e per gli anni 12-17, come predisposta e raccomandata dal Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici dell’AIFA, secondo le linee di indirizzo definite per la raccolta del consenso informato¹³.

In definitiva per le persone incapaci di esprimere un valido consenso, il Regolamento Europeo 536/2014 e il Decreto Legislativo 24 giugno 2003 n. 211 individuano nella figura del rappresentante legalmente designato la persona che dovrà esprimere il consenso informato, con l’eccezione di sperimentazioni cliniche in situazioni di emergenza, quando in tal caso è possibile acquisire il consenso successivamente.

Per i trattamenti sanitari è di riferimento la legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” nella quale, nel caso del minore e degli incapaci¹⁴, vi è specificamente dedicato l’articolo 3 che riguarda il consenso che viene richiesto agli “esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità”, ma ciò che è stato evidenziato da molti è che la terapia ha “come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità”.

Come a dire che il consenso o il rifiuto ha come unica giustificazione e finalità solo e soltanto la tutela della salute e della vita del minore, non altro.

Anche il Codice di Deontologia Medica (art. 35 e art. 37)¹⁵ è in linea con la suddetta legge circa le informazioni sulla malattia e l’acquisizione del consenso informato dei minori.

CONCLUSIONI

Il principio bioetico fondamentale riguardo al consenso informato della persona da sottoporre a trattamenti sanitari o a sperimentazione clinica è da riferire inderogabilmente alla tutela della salute, che prevale e s’impone su qualsiasi altro interesse della scienza o della società o dello Stato come acclarato dal Codice di Norimberga (1947) in poi e dalla Dichiarazione di Helsinki (ultima versione aggiornata

Fortaleza, Brazil, ottobre 2013) e assunta dal World Medical Association, dalla Convenzione di Oviedo 1997 per la Protezione dei Diritti dell’Uomo e della dignità dell’essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina del Consiglio d’Europa.

E questo vale ancor di più imprescindibilmente quando trattasi di minore, che per definizione è persona vulnerabile, secondo il principio affermato con la Dichiarazione di Barcellona del 1998 (assieme al principio di autonomia, integrità e dignità), principio centrale e fondamentale per la tutela, il rispetto e la promozione della vita umana (e non umana) e dell’ambiente.

Del resto tutto ciò è previsto dalla citata Convenzione sui Diritti dell’infanzia laddove tutela il diritto alla vita (art. 6), il diritto alla salute e alla possibilità di beneficiare del servizio sanitario (art. 24), il diritto di esprimere la propria opinione (art. 12) e a essere adeguatamente informati (art. 13).

Infine si evidenziano due problematiche di notevole criticità.

Per le sperimentazioni farmacologiche è da dire che sono pochi gli studi clinici che coinvolgono i minori e questo comporta che se da un lato è inderogabile attuare misure di protezione nei loro confronti, dall’altro si nega all’area pediatrica la possibilità di accesso a farmaci più innovativi, con il ricorso in questo ambito di farmaci off label e con il conseguente manifestarsi maggiormente di eventi avversi.

Per quanto detto in precedenza diventa ineludibile e delicato il ruolo del Comitato Etico territoriale nella sperimentazione clinica che coinvolga i minori, la cui funzione è di controllo sulla rilevanza scientifica, la metodologia, la realizzabilità, e la valutazione rischi-benefici, associata a quella di garanzia della tutela e dei diritti del minore stesso, con particolare valutazione del consenso informato.

Da ricordare in proposito che proprio per la delicatezza delle problematiche da affrontare il Ministero della Salute, con decreto del 1 febbraio 2022, ai sensi della legge 11 gennaio 2018, n. 3, ha recentemente istituito tre Comitati Etici a valenza nazionale (CEN) tra cui il “Comitato etico nazionale per le sperimentazioni cliniche in ambito pediatrico” presso l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Invece, uno degli aspetti evidenziati da molti è che nella legge 219/2017 non c’è il riferimento al “best interest of the child”, cioè al principio del superiore interesse

13 Agenzia Italiana del Farmaco AIFA: Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici. Linee di indirizzo per la raccolta del consenso informato. 31 luglio 2020.

14 La persona incapace è la persona che non possiede la capacità di agire. L’incapacità legale di agire è prevista in generale per i minori di età. L’incapacità legale di agire è la situazione in cui si trova un soggetto che non possa validamente disporre della propria sfera giuridico-patrimoniale.

15 Codice di Deontologia Medica 18 maggio 2014. Art. 35 Consenso e dissenso informato. L’acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano. Art. 37 Consenso o dissenso del rappresentante legale. Il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici. Il medico segnala all’Autorità competente l’opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure.

del bambino, criterio tra l'altro di difficile definizione e certamente divisivo, soggetto ad aspetti interpretativi non univoci, che anche in casi recenti e drammatici riguardanti il fine vita di bambini è stato talvolta richiamato dagli organi giurisdizionali europei.

In conclusione, nel garantire il diritto alla salute del minore bisogna tener conto che egli è soggetto di diritti e che va sempre rispettata la sua identità e la sua dignità di persona, giacché i genitori non sono i garanti esclusivi della salute del figlio.

Questo significa che è indispensabile coinvolgerlo quanto più è possibile nelle decisioni che lo riguardano, acquisendo il suo assenso dopo una informazione adeguata e personale, certamente tenendo conto del suo grado di maturità intellettuale e di collaborazione.

BIBLIOGRAFIA

1. CONVENZIONE ONU SUI DIRITTI DEL FANCIULLO, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, è stata ratificata dall'Italia con la legge n. 176 del 27 maggio 1991.
2. REGOLAMENTO (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla *sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE*. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 27 maggio 2014
3. LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018) note: Entrata in vigore del provvedimento: 31/01/2018
4. DECRETO LEGISLATIVO 24 giugno 2003, n. 211: *Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico*. (GU Serie Generale n.184 del 09-08-2003 - Suppl. Ordinario n. 130)
5. BOTRUGNO C.: *Il diritto alla salute dinanzi alla sfida della complessità. Dalla crisi del riduzionismo biomedico alla global health*. In Rivista di filosofia del diritto, 2014; n. 2
6. MORDACCI R.: *Bioetica della sperimentazione. Fondamenti e linee-guida*. Franco Angeli, Milano, pp.198-207, 1997,
7. FERRANDO G.: *Minori e incapaci*. Rivista di biodiritto. 2018; n. 1
8. DI COSTANZO C.: *La tutela del diritto alla salute del minore. Riflessioni a margine della legge n. 219/2017*
9. BALLARANI G.: *La capacità autodeterminativa del c.d. grande minore*. in L. Palazzani (a cura di), *L'interesse del minore fra bioetica e biodiritto*, Roma, 2010
10. BELLINI C. V., GABBRIELLI M., CURCIO M. R., CORADESCHI C., BUONOCORE G.: *Il consenso informato pediatrico*. Quaderni acp www.quaderniacp.it, 2018; (6)
11. PALAZZANI L., NEPI L.: *Il consenso informato nella pratica pediatrica*. Quaderni acp, 2017; 24(6)
12. LAMARQUE E.: *Il principio dei best interests of the child nella prospettiva costituzionale*. Franco Angeli Editore. 2a ristampa, 2022

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

Convegni

Corso di Aggiornamento Multidisciplinare

ONCOLOGIA CHIRURGICA, MEDICA E RADIOTERAPICA 2023. CURRENT CONTROVERSIES IN ONCOLOGY: LESS IS MORE? THE MULTIDISCIPLINARY JUDGEMENT

Ospedale del Mare - Napoli, 17 novembre 2023

Responsabile Scientifico: Dott. Cesare Guida

PROGRAMMA PRELIMINARE**8.45** **Presentazione del Corso** *C. Guida***I SESSIONE****Distretto SNC****Topic: La Radioterapia stereotassica o la Radioterapia panencefalica? Indicazioni, limiti e tricks****Moderatori:** *G. Catapano - P. Muto - A. Rapanà***9.00** **T STEREOTASSICA***P. Navarria***9.20** **RT PANENCEFALICA***F. M. Giugliano***9.40** **DISCUSSIONE SUI TEMI TRATTATI****II SESSIONE****Distretto Mammella****TOPIC: La radioterapia sui Linfonodi afferenti. L'ipofrazionamento o il frazionamento convenzionale****Moderatori:** *L. Leo - M. Spadafora - R. Thomas***10.00** **RT IPOFRAZIONATA***A. Ciabattini***10.20** **RT NORMOFRAZIONATA***S. Falivene***10.40** **PARP INIBITORI***L. Leo***11.00** **DISCUSSIONE SUI TEMI TRATTATI****III SESSIONE****Distretto Polmonare****TOPIC: NSCLC localmente avanzato, c'è ancora spazio per la chirurgia nel mondo dell'immuno-chemio?****Moderatori:** *C. Gridelli - C. Guida - R. Salvi***11.20** **Pro chirurgia***L. Cagini***11.40** **Contro chirurgia***S. Ramella***12.00** **Immunoterapia nei NSCLC localmente avanzati***C. Battiloro***12.20** **Discussione sui temi trattati**

IV SESSIONE

Distretto Genito-urinario

TOPIC: Il trattamento radioterapico Prostata lpo vs normofrazioneamento?

Moderatori: *D. Di Gennaro - P. Verze*

- 14.00 RT ipofrazioneata
S. Arcangeli
- 14.20 RT normofrazioneata
V. Nardone
- 14.40 Ormonoterapia di I e II generazione nei trattamenti integrati
G. Facchini
- 15.00 Discussione sui temi trattati

V SESSIONE

Distretto Digerente

TOPIC: Retto, short vs long course

Moderatori: *M. F. Armellino - B. Daniele - P. Delrio*

- 15.20 RT long course
M. A. Gambacorta
- 15.40 RT short course o no RT
M. Gaetano
- 16.00 Discussione sui temi trattati

VI SESSIONE

Distretto Testa collo

TOPIC: Anziano, HPV, Immunodepresso

Moderatori: *F. Ricciardiello - A. Silvestri - A. Menna*

- 16.20 RT deintensificata
A. M. Merlotti
- 16.40 RT convenzionale
I. D'Onofrio
- 17.00 Discussione sui temi trattati
- 17.20 Conclusioni *C. Guida*

Razionale

Il Congresso si focalizza nuovamente sull'approccio multidisciplinare in Oncologia, con lo scopo di promuovere e di fare il punto di tale strategia in setting precisi di diverse patologie oncologiche, tentando di condividere le novità terapeutiche nei diversi settori dell'Oncologia. Tale metodo offre ai pazienti la possibilità di ricevere un approccio diagnostico-terapeutico integrato dagli specialisti necessari per la specifica patologia, con percorsi facilitati, ed al tempo stesso personalizzati.

Il valore aggiunto dell'approccio multidisciplinare risiede, oltre che nella facilitazione del percorso diagnostico, nell'arricchimento del dialogo e del confronto tra specialisti, che risulta ancora più utile in situazioni particolari, sia per la loro rarità che per la loro difficoltà, dove le linee guida spesso non risultano dirimenti.

Per esigenze di limiti temporali, sono previste alcune sessioni dedicate a setting particolari e specifici di diversi distretti oncologici, nelle quali interverranno diversi specialisti come avviene quotidianamente nei gruppi oncologici multidisciplinari.

Verranno discusse le eteroplasie primitive del SNC, le neoplasie più comuni del distretto testa-collo, l'integrazione terapeutica nelle eteroplasie polmonare, l'eteroplasia prostatica nel setting delle strategie integrate, l'integrazione terapeutica nel carcinoma del retto. Alla fine del Corso, i partecipanti avranno incrementato le proprie conoscenze e competenze in tali situazioni complesse, ed avranno appreso il valore aggiunto dell'approccio multidisciplinare per l'avvio di percorsi efficaci diagnostico-clinici-terapeutico-assistenziali.

Il Corso è riservato a 70 Medici Chirurghi specialisti in gastroenterologia; malattie dell'apparato respiratorio; medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; medicina interna; oncologia; radioterapia; chirurgia generale; chirurgia toracica; ginecologia e ostetricia; neurochirurgia; otorinolaringoiatria; urologia; radiodiagnostica; medicina generale (medici di famiglia).

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Cesare Guida

e-mail: cesareguida@gmail.com

