

TORINO MEDICA

RIVISTA MENSILE D'INFORMAZIONE MEDICA



ANNO XX - numero **7**

LUGLIO/AGOSTO 2009

Organo Ufficiale
dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Torino

BUONE VACANZE
dalla REDAZIONE di
TORINO MEDICA



Direzione, Redazione, Amministrazione
Via Caboto 35-10129 Torino
Tel. 011 58151.11 c.a.
Fax 011 505323
e-mail: torino.medica@omceo.to.it
sito internet: www.omceo.to.it

Presidente

Amedeo Bianco

Vice Presidente

Guido GIUSTETTO

Segretario

Ivana GARONE

Tesoriere

Guido REGIS

Consiglieri

Domenico BERTERO

Giorgio CAPITELLI

Emilio CHIODO

Riccardo DELLAVALLE

Anna Rita LEONCAVALLO

Luigi LONGO

Elsa MARGARIA

Aldo MOZZONE

Giorgio PALESTRO

Marco RAPELLINO

Roberto VENESIA

Claudio BRUCCO (Odontoiatra)

Gianluigi D'AGOSTINO (Odontoiatra)

Bartolomeo GRIFFA (Odontoiatra)

Commissione Odontoiatri

Bartolomeo GRIFFA Presidente

Patrizia BIANCUCCI

Claudio BRUCCO

Gianluigi D'AGOSTINO

Mario LENDINI

Revisori dei Conti

Bruno BARBERIS Presidente

Fulvio LEONARDI

Pier Giorgio RICH

Supplente

Vincenzo MACRÌ

TORINO MEDICA

Direttore

Amedeo Bianco

Direttore responsabile

Mario Neirotti

Caporedattore

Nicola Ferraro

Comitato di Redazione

Riccardo DELLAVALLE

Alberto DEMARTINI

Guido GIUSTETTO

Roberto LALARIO

Agostino NEIROTTI

Marco RAPELLINO

Guido REGIS

Claudio ZANON

Rosella ZERBI

Autorizzazione del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Pubblicità

SGI Srl Via Pomaro 3-10136 Torino

Tel. 011 359908 / 3290702

Fax 011 3290679

e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it

Progetto e Realizzazione Grafica

SGI Srl

SGI

Stampa

Arti Grafiche Giaccone Srl

Chieri (TO)

Redatto il 10/07/2009

I numeri dell'Ordine

5

LA TRIBUNA

I limiti pericolosi del decreto Brunetta
Di scena a Terni le dichiarazioni anticipate
di volontà

N. Ferraro

7

G. Giustetto...

9

IL DEDALO

Raynaud e sclerosi sistemica
Psicosomatica oggi
La forza di vivere

R. Pellerito

13

S. Fassino

16

RTM

17

CHI FA COSA

La danza favorisce l'anoressia e la bulimia?
L'Hospice di Lanzo compie dieci anni
Inaugurato al Maria Vittoria il Pronto
Soccorso triplicato

N. Ferraro

18

RTM

21

P. Marcarino...

22

MEDICINA E SALUTE

La UE per la qualità delle cure sanitarie
Un caso di sieropositività su 172 test HIV
a risposta rapida

RTM

25

RTM

27

CULTURA

MacBeth, metafora immutabile del potere
Kenya: l'eterno mistero della vita tra
incanto e stupore

R. Revellino

28

V. Sbriglio

31

LA RICERCA IN PROVINCIA

Disagio psichico e recessione economica

R. Revellino

33

LE NOSTRE RADICI

Il ghetto di Torino. Politica e sanità
all'inizio dell'ottocento

D. Carpanetto

36

SPAZIO A CHI SCRIVE

Una lezione da ricordare e una da dimenticare
Don't touch my hospital
Dell'ideologia e dell'ipocrisia

L.M. Pernigotti

39

C. Zanon

42

S. Canavero

45

DAI CONGRESSI

Cure palliative e lotta al dolore
Logistica e sanità per una migliore
qualità del servizio

G. Sabatucci

48

RTM

51

Echi

Comunicare in sanità

R. Revellino

53

IN LIBRERIA

56

SERVIZI DELL'ORDINE

Medici disponibili per sostituzioni
Comunicati & avvisi
Occasioni di lavoro

60

62

67

CONGRESSI

68

Qualche giorno di meritato
riposo per tornare con
rinnovata determinazione a
vecchi e a nuovi problemi.





DELL'IDEOLOGIA E DELL'IPOCRISIA

Ovvero come eliminare i pazienti vegetativi per sentirsi veri medici.

Avendo letto l'editoriale "Il rifiuto della terapia con alimenti" del Dr. Nejrotti e "Considerazioni scientifiche sulla nutrizione artificiale", mi propongo di dimostrare quanto i due colleghi abbiano scritto sulla base dell'ideologia e quanto di ipocrisia vi si celi dietro.

Una nota iniziale. Torino Medica è un giornale rivolto ai medici, quindi non è accettabile l'uso del termine "coma vegetativo" (ripetuto due volte), che non solo non esiste, ma denota completa ignoranza sull'argomento in questione. Il termine medico è "stato vegetativo", che non ha nulla a che vedere con il coma.

Detto ciò.

Nonostante accennino a pazienti oncologici e di altro tipo, i due colleghi si riferiscono ovviamente al caso Englaro ed è esclusivamente su questo punto che mi soffermerò.

Come altri medici, fra cui neurologi, schierati politicamente, è chiaro che Nejrotti e Zanon considerano i pazienti in stato vegetativo permanente -PVS (ad un anno dal trauma cranico o 3-6 mesi dall'insulto anossico) persi: come affermato dall'anestesista che ha provveduto a sospendere idratazione e alimentazione (IA) nel caso Englaro, questi pazienti "non ci sono più" dal momento del trauma. In questi casi, come per altre condizioni mediche, "la sospensione dell'idratazione e della nutrizione comporta un aumento di produzione endogena di endorfine con conseguente "peaceful" abbandono di una vita insostenibile".

Sorge subito una domanda: ma di che vita parlano? Secondo Nejrotti, Zanon e tanti altri, questi pazienti "non ci sono più" sin dal momento della noxa: quindi di che vita insostenibile stiamo parlando? Non ci sono più! Forse si riferiscono a quella dei famigliari?!?

Secondo loro, una scarica di endorfine accompagnerebbe i pazienti ad una bella morte. Ma, di nuovo, questi pazienti non ci sono più, sempre a loro dire. Secondo qualcuno, non sentono neppure dolore, non soffrono. Quindi, a che serve la scarica endorfinica?

E perchè Nejrotti, Zanon ed altri come loro non propongono di espantare questi pazienti? Di organi c'è ne sempre bisogno. In più questi pazienti - secondo loro- non sentirebbero nulla!

Pur ammettendo che Eluana si sia espressa contro l'accanimento terapeutico, si riferiva ovviamente alla respirazione artificiale: "non voglio stare attaccata ad una macchina". Ma i pazienti in PVS sono in respiro spontaneo: non ci sono macchine. Molti sono nutriti per via orale da genitori che non pensano ad eliminare i propri figli da subito ("non ci sono più"), ma nutrono speranze che magari qualcuno un giorno, invece di arrovellarsi su come far fuori questi pazienti, dedichi tempo a trovare delle soluzioni terapeutiche.

Nejrotti e Zanon citano i casi Quinlan e Schiavo, due pazienti in PVS post-anossico. Ma invece di dirci come si sono espressi i giudici americani (giudici che ovunque dovrebbero abituarsi a sentire più parti -democraticamente- prima di esprimersi), dovrebbero dirci ben altro.

La prima cosa che dovrebbero dirci è che l'autopsia della Quinlan ha rivelato come la corteccia fosse solo modestamente danneggiata (salvo quella visiva) e come gran parte del danno fosse talamico. Questo è interessante: la maggior parte di questi pazienti ha un talamo risparmiato e noi sappiamo dalla letteratura neurologica e neurochirurgica che il talamo da solo può garantire livelli di coscienza (che è anche la conclusione degli autori dell'autopsia della Quinlan) e certamente di sensazione dolorosa, anche senza la neuromatrice corticale.

Tornando dunque al "paradisiaco" rilascio di endorfine, ecco che, togliendo IA ad un paziente che potrebbe ancora soffrire (invito i due colleghi ad un digiuno forzato "à la Pannella", compilando delle scale VAS di disagio, così, giusto per vedere se magari loro, da medici, hanno speciali superpoteri di sopportazione), queste molecole giungono in soccorso per una morte "peaceful": tuttavia, come sappiamo "da sempre", le endorfine da sole non bastano, o non ci sarebbe stato bisogno di inventare la terapia del dolore. Quindi, invito i due colleghi samaritani a sfruttare le tecniche a disposizione della terapia antalgica, moderna e meno moderna (leggasi: iniezione letale con oppiacei ad alte dosi) per aiutare eventualmente questi pazienti a lasciare la presente valle di lacrime. Magari con uno stimolatore cerebrale nel mesencefalo, cui segue liberazione massiccia di endo-oppioidi, come nel 1969 fu fatto nei ratti per la prima volta.

I due colleghi citano gli USA, "il paese giustamente di riferimento per democrazia e diritti civili" (immagino si riferiscano all'America di Obama, non quella di Bush...). Ora, in questo paese, Terry Schiavo è stata sottoposta ad impianto di stimolazione di profondità e spinale, PRIMA che si prendesse in considerazione la sospensione dell'IA. In Italia, paese di riferimento per incapacità ad organizzare e finanziare la ricerca scientifica e medica, l'Englaro



non ha beneficiato – a quel che se ne sa- di alcunché di simile.

Quelli di noi che si occupano di ricerca scientifica applicata a questa condizione negli ultimi anni hanno avuto più di un mal di testa man mano che certezze incrollabili crollavano. Oltre al fatto che il 40% di questi pazienti viene mal diagnosticata (40%!!!), considerando anche la diffusa ignoranza medica (ma questo meriterebbe un'altra lettera), oggi sappiamo che alcuni di questi pazienti semplicemente non riescono a comunicare, ma sono almeno parzialmente coscienti. Oggi con la RM funzionale siamo in grado di capire meglio lo stato di questi malati. Perché, invece di togliere la IA all'Englaro (o chiunque altro in PVS), non è stata prima studiata adeguatamente (peraltro dove sono i risultati dell'autopsia?) con un esame che avrebbe richiesto, fra tutto, pochi giorni? Saremmo stati tutti più tranquilli, avremmo fatto il nostro dovere, che, ricordo, non prevede la terminazione di nessuno (giuramento di Ippocrate).

Non entro nel dibattito persistente/permanente, ma è chiaro che casi di risvegli senza fare nulla si verificano oltre l'anno. Dovremmo dunque ridefinire come permanente uno stato vegetativo da almeno cinque anni. Forse. Perché in base al concetto di "neurodormienza" in realtà questi pazienti sono semplicemente sospesi ed aspettano che qualcuno aiuti i naturali processi di recupero a fare il loro corso. Anche dopo 17 anni. Salvo per i disinformati che immaginano una continua perdita di neuroni nel tempo...

Ma ecco la domanda: l'italiano medio, ancorché contrario all'IA, vorrebbe che fosse sospesa, toccasse a lui la disgrazia di un grave trauma cranico, sapendo che casi di risveglio sono possibili, e come attestato proprio a febbraio su Brain Injury con recupero pressoché completo? Glielo avete detto?

Quando a dicembre ho comunicato di avere migliorato lo stato di una paziente in PVS con stimolazione corticale, colleghi e neurologi politicamente schierati, oltre che colleghi politicanti di scarso valore professionale, non si sono complimentati per aver trovato una strada –lunga- per aiutare questi pazienti, ma sono riusciti solo a dire –in perfetto stile italico- che "il mio annuncio rendeva tutto più difficile". Cosa? Terminare una paziente? O un processo politico mirante ad ottenere una legge sull'eutanasia?

E come mai nessuno ha detto che in USA una neurologa risvegliava un paziente in vegetativo da dieci mesi con tecnica analoga, confermando il nostro risultato?

I due colleghi citano associazioni scientifiche e consensus statements in USA e altrove a proposito della sospensione della IA. E allora? Sappiamo tutti che le Società mediche sono luoghi di potere, quasi sempre sottoposti alla "benigna" mano delle case farmaceutiche, e che quindi il loro parere vale quello che vale. Potrei fare molti esempi, ma ci sono decine di libri sull'argomento. Opinioni. E come tali opinabili.

In questo paese di scarsa cultura scientifica – ma "alta" cultura umanistica-giurisprudenziale- mi chiedo come mai qualcuno non si vergogni del fatto che, mentre le regioni sovvenzionano case di cure dedicate (case del risveglio!) con tanto di fondi pubblici (magari per favorire qualcuno della propria parte politica), le famiglie a casa ricevano briciole (provare per credere)? Come mai i due colleghi –assieme ad altri bastioni della democrazia- non si indignano?

Nejrotti e Zanoni sottolineano l'importanza del consenso del paziente. Nessuno ha nulla da eccepire. Propongo dunque un referendum di nuovo tipo: si chieda a tutti gli italiani di fare digiuno forzato senza acqua per qualche giorno, sperimentare l'ebbrezza "endorfinica" e poi comunicare i risultati ai signori politici. Se gli italiani in maggioranza saranno per includere la IA nell'elenco delle cure mediche, così sia.

Poi gli si spieghi cosa è lo stato vegetativo e cosa ne sappiamo senza raccontare menzogne. Magari nell'intervallo di una partita di calcio: chiamiamola "pubblicità progresso". E che votino.

Infine diciamo agli italiani di pagare meno i calciatori e le veline, e di più chi lavora per migliorare la loro qualità di vita.

Nel 2001, Lancet pubblicava il contributo di un collega e mio a proposito del dibattito sull'eutanasia in Olanda (vol 358 agosto 25 pag 668). Ecco un breve estratto:

"Euthanasia and patient assisted suicide represent a comfortable and inexpensive shortcut to an appropriate medical...treatment...If these procedures are unsatisfactory (or simply badly used), we have to perfect them, not physically terminate those who need them".

Come diceva William Osler:

"One thing is certain; it is not for you to don the black cap and, assuming the judicial function, take hope away from ANY patient...hope that comes to us all".

Sergio Canavero (US FMGEMS)

Gruppo Avanzato di Neuromodulazione -TORINO