

NOTIZIARIO

ANNO XII
N° 64
APRILE
2025

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA BARLETTA - ANDRIA - TRANI



L'editoriale del Presidente



“ Il diritto alla salute è una conquista della nostra civiltà, frutto di decenni di impegno civile e mobilitazione popolare, riforme sociali e progressi scientifici.

La recente esperienza pandemica ha evidenziato come la salute globale sia vulnerabile e quanto sia cruciale investire in sistemi sanitari robusti, pronti a fronteggiare le emergenze". Questa illuminante affermazione del presidente della Repubblica, Sergio Mattarella proferita durante la Giornata Mondiale della Salute del corrente anno credo che sia una bussola che deve guidare il decisore politico nelle scelte relative all'organizzazione del sistema sanitario. Altresì, anche per noi medici sul campo, queste parole sono un monito nell'uniformarci a comportamen-

ti che esaltino la qualità umana e professionale della nostra amata professione. Mi sembrava doveroso porgere questa riflessione a tutte le colleghe e i colleghi del nostro Omceo in un ideale scambio di opinioni e confronto rispetto a quanto magistralmente affermato dal Presidente Mattarella. Altresì, nel Notiziario, abbiamo realizzato un focus in merito ad un bel momento di formazione che abbiamo vissuto relativamente alla "galassia inesplorata" del fine vita. Un "universo" che ci ha visto impegnati in un confronto con luminari del settore. Buona lettura a tutti. ■

Dott. Benedetto Delvecchio

Sommario

3 Fine vita: parliamone

5 La dislessia. Come riconoscerla e affrontarla.

10 Un pacemaker rivoluzionario

12 La dignità della vita terminale: l'eubiosia

15 Incontro sul fine vita promosso dall'OMCEO BAT

16 Nuova risonanza magnetica al Bonomo di Andria

18 Aspetti etici in materia di fine vita

21 Antibiotici e antibiotico-resistenza

22 BABYWEARING: quando, come e perchè?



Fine Vita: parliamone

L'idea dell'incontro tenutosi il 31.01 ad Andria sull'argomento "Fine Vita" nasce alcuni mesi fa, durante una riunione del Precedente Consiglio Direttivo dell'OMCEOBAT, su invito del Presidente che chiedeva di guardare anche le problematiche morali ed etiche legate alla nostra professione nel nostro tempo. E' venuto spontaneo, allora, collegare

questo invito all'incipiente Anno Giubilare 2025, indetto da Papa Francesco. L'argomento "Fine Vita" è stato quindi posto immediatamente alla attenzione di tutti i Consiglieri e tutti, a partire dal Presidente, hanno subito dato il proprio assenso. Naturalmente, a prima vista, l'argomento avrebbe potuto essere ricondotto soltanto a quello che è chiamato "suicidio ►

assistito”; ed, invece, abbraccia tantissimi aspetti legati non solo agli ultimi periodi della vita umana, ma anche all’approccio al Soprannaturale, nonché anche all’approccio alla idea di sofferenza ed alla idea di Vicinanza e Solidarietà che la malattia, ogni malattia, propone.

Un argomento necessario da affrontare anche in virtù della sentenza della Corte Costituzionale che chiede da diversi anni al Parlamento una legge che ormai non può più attendere.

Questo argomento pone a noi ed a tutti alcune domande che gli stessi relatori, nei loro interventi, hanno più volte evidenziato. Che idea abbiamo di parole e concetti quali Vicinanza e Solidarietà?

Probabilmente questa è la domanda chiave alla quale siamo chiamati a rispondere, prima ancora che ad altre. Sì, che valore diamo alla Solidarietà? Come è possibile concretamente essere vicini a quanti, nelle nostre famiglie e nelle nostre comunità, vivono l’esperienza della Solitudine e del Dolore legato alla malattia?

E come essere vicini a chi, più o meno consapevolmente, è vicino al termine della propria vita all’interno di problematiche di tipo degenerativo, o, comunque, caratterizzate da lungodegenza?

La condivisione della sofferenza rimane certamente l’aspetto più difficile da affrontare, ciò che più viene chiesto da parte di chi soffre a chi gli sta accanto.

Certo, farmaci, sostegni, alimentazione adeguata....ma soprattutto affetto e calore umano.

Sicuramente tanti momenti di sconforto e tristezza sarebbero superati dalla possibilità di stringere la mano dei nostri vicini, dal guardarsi negli occhi, dall’accogliersi vicendevolmente nel cuore e con il cuore. Ecco che la sofferenza, anche prolungata, troverebbe, nella comunione e nell’abbraccio fraterno ed affettuoso, le risposte che nessuna medicina e nessuna pratica sanitaria possono dare. A tutto ciò dobbiamo aggiungere le cure palliative, l’insieme cioè di tutti quei sostegni, non solo farmacologici, che riducono tutti quei sintomi legati al dolore cronico ed agli stadi avanzati di malattia.

Questo sicuramente sarebbe il mix giusto. Cure palliative, assistenza adeguata, ma, soprattutto, Solidarietà e Calore Umano, nonché, per chi crede, Preghiera. Su questo Argomento, inoltre, si gioca una parte di credibilità della gestione delle nostre Aziende Sanitarie: l’organizzazione di Servizi adeguati a supportare i tanti pazienti in condizione di fragilità, unita alla formazione di personale che sappia fornire adeguato sostegno clinico, farmacologico, psicologico e solidaristico. I partecipanti hanno condiviso queste riflessioni. A noi medici, ma prima ancora Uomini, il compito di accompagnare con Solidarietà e Umanità, insieme a Scienza e Coscienza, chi vive sofferenze prolungate e fortemente limitanti, nonché le ultime fasi del proprio percorso di vita. ■

Dottor Pinuccio Paolillo

La dislessia. Come riconoscerla e affrontarla.



La dislessia fa parte dei cosiddetti Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) i quali, nonostante il nome, interessano persone dall'intelligenza normale o addirittura brillante.

Infatti non si tratta di una malattia, ma di un'alterazione di una particolare funzione; disturbo specifico perchè riguarda delle abilità e non l'intelligenza di una persona, rappresentate da abilità di apprendimento scolastico: non solo la lettura (dislessia) ma anche la scrittura (disgrafia, disortografia) e il calcolo (discalculia).

Ciononostante questi disturbi riconosciuti, come recitava già la Legge 170 ottobre 2010: "si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana". Si stima che l'ansia

sia presente almeno nel 70% dei bambini con DSA, ansia dovuta a vissuti di inadeguatezza data la mancanza di abilità, ma anche allo stigma, tale da indurre molti dislessici a non chiedere addirittura aiuto. I bambini ma anche adolescenti e adulti con DSA sembrano essere maggiormente predisposti al rischio di sviluppare disturbi d'ansia e depressivi, fobie, somatizzazioni, difficoltà relazionali, isolamento sociale, e il disagio emotivo può generare una sofferenza tale da compromettere la vita personale.

La dislessia non è una malattia, così come non lo sono gli altri disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ma, una neurodiversità: vale a dire uno sviluppo neurologico non patologico, ma atipico, sottostante alle abilità di lettura, scrittura e calcolo.

E' un disturbo del neurosviluppo ►

biologicamente determinato; ma non è legato a disabilità intellettive e a scarso quoziente intellettivo. Vi è una verosimile componente ereditaria, sebbene non sia stato ancora identificato alcun gene come causa del disturbo. Le tecniche di imaging del cervello come la Risonanza Magnetica mostrano che le persone con dislessia elaborano informazioni fonologiche (cioè informazioni basate sul suono) in una diversa area del cervello rispetto ai non dislessici. Il cervello in questi casi ha difficoltà ad associare suoni e immagini (le parole scritte). difficoltà nell'associare la forma grafica (visiva) delle parole a quella orale.

Non dimentichiamo che la natura della Lingua è innanzitutto sonora, prima che scritta, tanto che l'entità linguistica elementare è il fonema, che appunto è un suono.

I dislessici sono persone molto dotate; tante menti brillanti, che hanno segnato la nostra storia, erano e sono affette da tale patologia: Leonardo da Vinci, Albert Einstein, Thomas Edison, Winston Churchill, Benjamin Franklin, John F. Kennedy, Mozart, John Lennon, Walt Disney, Tom Cruise, Cher, Pablo Picasso, Napoleone Bonaparte e tantissimi altri.

La dislessia è un disturbo specifico della lettura, che si manifesta con una difficoltà nella lettura accurata e fluente di un testo in termini di velocità e correttezza. Con fatica nella lettura, e compromessa comprensione del testo. Nel nostro manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, il DSM-5, la Dislessia è

codificata come «Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura» (codice 315.00) ed include, oltre alle difficoltà nell'accuratezza della lettura delle parole, anche la velocità o fluenza della lettura e le difficoltà nella comprensione del testo. I soggetti con DSA richiedono tempi più lunghi e carichi maggiori di attenzione.

Disortografia - disturbo specifico della scrittura: difficoltà di scrivere in modo corretto.

Disgrafia - disturbo specifico della grafia che riguarda la componente motoria della scrittura per cui scrivere risulta difficoltoso e poco veloce. È come per un mancino scrivere con la mano destra e viceversa: si fa una fatica enorme e la scrittura risulta spesso incomprensibile.

Discalculia - disturbo specifico che riguarda una difficoltà nella manipolazione dei numeri, i calcoli veloci a mente e il recupero dei risultati nelle diverse operazioni aritmetiche.

Un po' di Storia, molte teorie si sono avvicendate:

1887 Rudolf Berlin oftalmologo scozzese conia il termine "dislessia"

1925 William P. Morgan: studia Percy, 14 anni, intelligente ma incapace di imparare a leggere

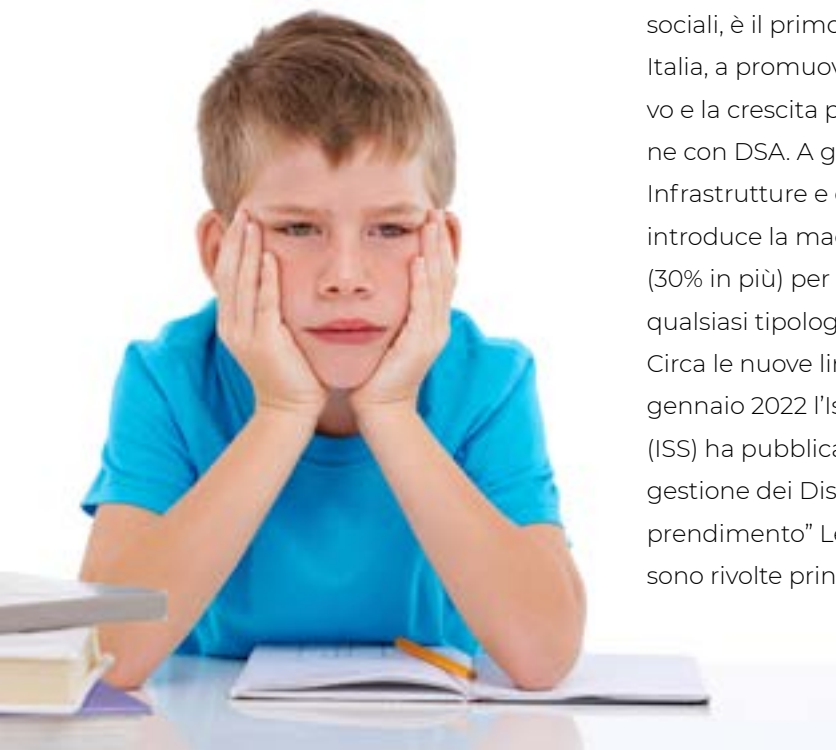
Nel 1960 Samuel Orton conia il termine "strephosymbolia" (ovvero simboli scambiati) come ipotesi visiva della dislessia
1970: la dislessia fu vista come un disturbo di tipo linguistico. I dislessici hanno difficoltà a riconoscere i suoni e ad operare la conversione grafema-fonema

(Frank Vellutino; Isabelle Lieberman)

C'è stato pure Alfred Tomatis, noto per gli studi di musicoterapia: per lui la dislessia è dovuta ad un problema uditivo (!)

La diagnosi dei DSA può essere fatta dopo la fine della seconda primaria ma pare che la si possa porre ancor prima che un bambino impari a leggere, cioè anche molto prima della fine della seconda classe primaria: in base al riscontro di deficit di attenzione visiva, secondo un nuovo studio pubblicato su Current Biology. I segnali più importanti sono un'inattesa difficoltà nell'apprendimento della lettura e della scrittura. Alcuni indicatori precoci, possono essere individuati già dalla scuola dell'infanzia, ad esempio uno sviluppo atipico del linguaggio.

Come aiutare le persone dislessiche?



La legislatura che si segue tuttora è rappresentata ancor oggi essenzialmente dalla già sopra citata Legge 8 ottobre 2010, n. 170, che riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, denominati " DSA" aggiornata poi dalla Consensus Conference 2022 con le nuove linee guida per i DSA.

La legge garantisce agli studenti con DSA appositi provvedimenti "dispensativi e compensativi" al fine di favorire il successo scolastico (dalle scuole elementari fino all'università), oltre a percorsi riabilitativi adeguati.

AID è un'associazione che si occupa, fin dal 1997, di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) a livello nazionale, grazie all'impegno e al sostegno di soci e volontari.

2021; la AID promuove "DSA: lavoro, orientamento, tutela e ricerca". Finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, è il primo progetto di sistema, in Italia, a promuovere l'inserimento lavorativo e la crescita professionale delle persone con DSA. A giugno, il Ministro delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili, introduce la maggiorazione di tempo (30% in più) per i candidati con DSA di qualsiasi tipologia di patente di guida. Circa le nuove linee guida per i DSA, il 20 gennaio 2022 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato la "Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento" Le nuove raccomandazioni sono rivolte principalmente ai clinici che ►

si occupano di identificare, diagnosticare e trattare i DSA e contribuiranno a uniformare i criteri diagnostici e riabilitativi, anche riguardo alle prove diagnostiche per persone bilingui con DSA, e per gli adulti con DSA. Vi è stata la ridefinizione del Disturbo di Comprensione della Lettura, e sono stati stabiliti nuovi criteri e procedure diagnostiche relativi alla Disgrafia e al Disturbo del Calcolo.

2022: Il 28 marzo viene approvata la legge n° 25 che garantisce i diritti delle persone con DSA anche in ambito lavorativo.

Ogni trattamento dovrà essere personalizzato e dovrà trovare supporto corale nella scuola attraverso un PDP Piano Didattico Personalizzato

Gli strumenti dispensativi sono: un insieme di accorgimenti che sollevano lo studente dal dover svolgere attività che gli risultano difficili oppure che permettendogli di svolgerle con minor materiale e maggiore tempo a disposizione; per esempio, l'esenzione alla lettura ad alta voce.

Con il termine strumenti compensativi si intendono tutti quegli strumenti didattici e tecnologici che facilitano la prestazione, configurandosi come un valido supporto per gli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), garantiti dalla legge 170/2010, all'Art. 5, comma 2b.

Grazie agli strumenti compensativi lo studente con DSA diventa protagonista attivo dell'apprendimento, più consapevole delle proprie capacità e modalità di imparare, traendone beneficio a livello motivazionale e comportamentale. Tali

strumenti favoriscono inoltre la didattica inclusiva.

Gli strumenti compensativi, tuttavia, "non possono essere intesi come un paio di scarpe nuove: nel caso delle calzature basta indossarle per camminare, mentre nel caso degli ausili informatici si deve imparare un diverso modo di camminare. E proprio per questo questi ausili devono rientrare nella quotidianità

Gli strumenti più utilizzati: Il computer e il software, la sintesi vocale (tecnica di trasformare un testo scritto in audio, tramite strumenti che possono essere software o hardware), l'audio libro o libro parlato

le mappe concettuali e mentali
la calcolatrice

Ovviamente alunni, insegnanti, figure educative e famiglie individuino la tecnologia più adatta al singolo studente, al contesto e agli obiettivi da raggiungere; adeguandola alle caratteristiche e ai bisogni individuali; e sfruttandone al meglio le potenzialità

Le mappe concettuali

La mappa concettuale è strumento grafico di grande impatto visivo che rappresenta una rete di connessioni logiche tra concetti. Una mappa concettuale è un diagramma o uno strumento grafico che rappresenta visivamente le relazioni tra concetti e idee. La maggior parte di esse raffigurano idee come riquadri o cerchi (i nodi), che sono strutturati gerarchicamente e collegati con linee o frecce, tutti gli studenti nel tempo possono imparare a costruirle da soli per

studiare. Da non dimenticare che un supporto prezioso, sempre necessario, è quello psicologico. Infine due parole su SELEGGIO e LIBRO PARLATO

Seleggio è un servizio Lions gratuito che mette a disposizione uno strumento compensativo per gli studenti dislessici. I testi scolastici vengono trascritti con caratteri più grandi e distanziati, e vengono resi ascoltabili con la sintesi vocale e il karaoke. Il sistema inoltre consente di aggiungere note al testo, sottolineare, tracciare mappe concettuali, caricare foto ed altro ancora

Libro parlato, servizio nazionale che include anche i Lions, ed il Libro Parlato Lions è un service della grande tradizione Lions, fu ideato e creato nel 1975 per iniziativa del Lions Club Verbania, con la finalità di diffondere la cultura tra coloro che “per disabilità fisica o sensoriale certificata” non sono in grado di leggere in modo autonomo (non vedenti e ipovedenti, dislessici, affetti da sindromi DOWN, SLA, ecc.), e di offrire loro la ricreazione, la solidarietà e l’inserimento – sociale e nel mondo del lavoro – tramite la distribuzione, gratuita e in prestito, di libri registrati in viva voce. Prevede i donatori di

voce, i quali leggono audiolibri registrati da viva voce disponibili su sito Internet, App e CD; esiste la possibilità di scaricare direttamente dal sito internet, possono richiederlo Biblioteche, Istituti scolastici, Case di cura, Residenze per anziani e strutture ospedaliere, con specifiche convenzioni.

PUNTI DI FORZA DELLE PERSONE DISLESSICHE

Sono creativi e sviluppano facilmente nuove idee, vedono le cose da varie prospettive

Hanno un approccio diverso ai compiti e alle materie scolastiche, facendo anche associazioni e collegamenti NON convenzionali

Riescono a cogliere gli argomenti fondamentali di una discussione

Hanno facilmente una visione d’insieme.

Pensano e memorizzano per immagini

Dato che ricordano in modo non astratto ma con ricchezza di esempi, apprendono facilmente dalla esperienza

Molti di loro sono correttori di bozze. Tanti si dedicano alla Musica. Concludendo:

Domani Saremo Autonomi ■

Dott. Mauro Dell'Olio
Psichiatra

Segui la nostra pagina FACEBOOK



Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della provincia BAT

Un gruppo di scienziati statunitensi ha presentato un innovativo pacemaker temporaneo, progettato per rivoluzionare la cardiologia.

Questo dispositivo, dalle dimensioni inferiori a un chicco di riso, è in grado di dissolversi nel corpo una volta completata la sua funzione. Questa caratteristica elimina la necessità di interventi chirurgici per la rimozione, riducendo il rischio di complicazioni post-operatorie.

Un pacemaker temporaneo per neonati e adulti

Attualmente, milioni di persone nel mondo dipendono da pacemaker permanenti per mantenere un ritmo cardiaco regolare. Questo nuovo dispositivo, invece, è pensato principalmente per fornire un supporto temporaneo, infatti può essere particolarmente utile per circa l'1% dei neonati che, dopo un intervento chirurgico per correggere difetti cardiaci congeniti, necessitano di una stimolazione temporanea ma anche negli adulti in fase di recupero da interventi al cuore, il nuovo pacemaker potrebbe rappresentare un'alternativa più sicura e meno invasiva.

Tecnologia wireless e bioassorbibile

Il dispositivo ha uno spessore di appena un millimetro e una lunghezza di 3,5 millimetri, consentendo l'iniezione diretta tramite una siringa. Una volta esaurita la sua funzione, si dissolve senza lasciare residui. È associato a un cerotto morbido applicato sul torace del paziente, che monitora costantemente il battito cardiaco. In caso di anomalie, il cerotto emette impulsi luminosi per segnalare al pacemaker di

Un pacemaker rivoluzionario piccolo, temporaneo



intervenire.

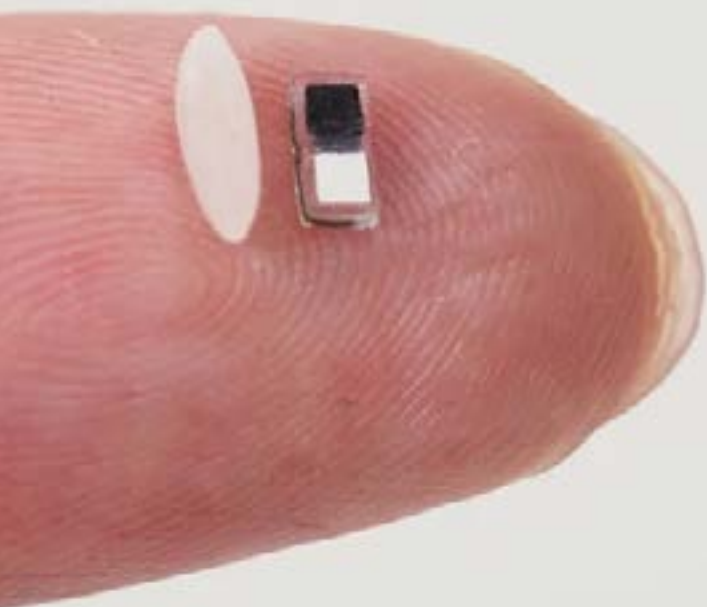
Alimentazione autonoma e sostenibilità

L'energia necessaria al funzionamento del pacemaker è fornita da una cella galvanica che sfrutta i fluidi corporei per generare impulsi elettrici.

Gli esperimenti condotti finora su animali, tra cui topi, ratti, maiali e cani, oltre che su tessuti cardiaci umani in laboratorio, hanno dimostrato risultati promettenti. Gli

cemaker zionario

neo e bioassorbibile



scienziati stimano che i test clinici sull'uomo potrebbero iniziare entro due o tre anni.

Un futuro promettente per la medicina bioelettronica

Bozhi Tian, ricercatore presso l'Università di Chicago, ha definito questa tecnologia una "svolta significativa" per la cardiologia e la medicina bioelettronica in generale. Oltre alla cardiologia, il potenziale di que-

sta innovazione potrebbe estendersi alla rigenerazione dei tessuti e alla neuromodulazione. In un contesto in cui le malattie cardiache continuano a rappresentare la principale causa di morte a livello globale, questo dispositivo potrebbe davvero aprire nuove prospettive per la salute umana.

■

LA DIGNITÀ DELLA VITA TERMINALE: L'EUBIOSIA



La domanda che rivolgo a tutti i lettori è quella del noto bioeticista Warren T. Reich: «Come mai coloro che si interessano di questioni di bioetica pongono tanta attenzione alla questione se il suicidio assistito e l'eutanasia siano moralmente giusti o sbagliati, ma negano quasi totalmente la questione del se e come

dovremmo effettivamente prenderci cura di coloro che stanno morendo?». Le mie riflessioni riguardano solo alcuni aspetti della seconda parte della domanda. Per la prima parte della domanda rimando al mio libro, *Eubiosia*. La bioetica della “buona vita”, pubblicato con la Casa Editrice Città Nuova di Roma.

Ci aiuta a riflettere questa favola di Esopo, facendo tesoro dell'acuta osservazione del grande studioso Concetto Marchesi, secondo cui «le storie raccontano cose che accadono, se mai, una volta sola; le favole raccontano cose che accadono sempre»: «Un viandante vecchio percorreva un giorno una lunga strada, portando un fascio

di legna che egli stesso aveva tagliato. Stanco del cammino depose il suo fardello e invocava la morte. Ed ecco, la Morte gli apparve, e gli chiese per qual motivo l'avesse chiamata. E il vecchio: "Perché vorrei che mi sollevassi questo fascio".

Questa favola mostra che tutti gli uomini amano la vita, anche quando sono infelici>>.

La risposta concreta alla domanda di Warren l'ho trovata nel "Progetto Eubiosia", promosso da Franco Pannuti, primario della Divisione di oncologia medica dell'Azienda ospedaliera S. Orsola Malpighi di Bologna e fondatore nel 1978 dell'Associazione Nazionale Tumori (ANT) e nel 1985 degli Ospedali Domiciliari Oncologici (ODO-ANT) per malati terminali, che è la più vasta esperienza di ospedalizzazione domiciliare a livello mondiale.

Mi ha fatto pensare il dato oggettivo che nel "Progetto Eubiosia" non c'è mai stata neppure una sola richiesta eutanasi. Tutti i medici dell'ANT, Pannuti,

anche Umberto Veronesi e tanti medici da me conosciuti, che hanno assistito migliaia di persone sino alla fine, hanno dichiarato che nessuno ha mai chiesto loro di morire.

Il malato chiede non di morire, ma di non soffrire, di essere assistito con continuità e umanità. Afferma perentoriamente Pannuti nella sua intervista a Sergio Zavoli:<< Nessuno mi ha mai chiesto di morire in anticipo quando è stato assistito in maniera continua e corretta. Il malato chiede di non soffrire, di essere ascoltato, di rimanere vivo fino all'ultimo giorno se noi gli diamo questa possibilità, e aiutando in pari tempo la famiglia>>.

In questa prospettiva conviene sostituire il termine "eutanasia", che etimologicamente significa "buona morte", con "eubiosia", che vuol dire "buona vita". Nessuno ha mai avuto esperienza della morte, da poterla giudicare come buona o cattiva. Anche l'ultima fase della vita è vita e quindi dobbiamo viverla nel modo più dignitoso e

umano.

Non dimentichiamo il grande insegnamento di Epitteto, che afferma nel suo Manuale:<<Quel che turba gli uomini non sono le cose, bensì i giudizi che essi formulano intorno alle cose. Per esempio, la morte non è niente di terribile – altrimenti sarebbe sembrata tale anche a Socrate -, bensì il giudizio che la morte è terribile, ecco quel che è terribile>>.

Come Socrate, anche san Francesco d'Assisi non ritiene terribile la morte, perché <<solo morendo, si resuscita alla vita eterna>>. <<Dio non ha creato la morte>>, <<ha creato tutto per l'esistenza>>(Sap 1, 12 e14), ha creato l'uomo per l'immortalità.

Il dolore e la solitudine sono i due drammatici problemi del malato incurabile, nella sua fase terminale.

Elisabeth Kübler-Ross, la maggiore studiosa del problema, nella sua lunga esperienza di lavoro, ha individuato 5 fasi attraverso cui passano i pazienti nell'approssimarsi alla ►

morte:

1. rifiuto e isolamento;
2. la collera;
3. venire a patti;
4. la depressione;
5. l'accettazione.

Se oggi il morire è per molti aspetti più solitario, più meccanico, più disumanizzato e se la medicalizzazione della morte rischia di trattare l'uomo come una macchina e non come una persona, la risposta umana ed etica a questi problemi deve consistere nel porre al centro la persona con i suoi bisogni e la sua unicità.

Al dolore si può rispondere con la medicina palliativa, alla solitudine con l'accompagnamento affettivo e spirituale. Non basta la medicina, occorre la partecipazione della famiglia, dei volontari, dei religiosi. Nella Casa del Moribondo Madre Teresa assisteva persone che raccoglieva per le strade in condizioni estremamente gravi. Racconta di aver messo a letto una persona vecchia e molto malata: «Quando la misi a letto, mi prese la mano, mentre sul suo viso si disegnava un meravi-

glioso sorriso. Pronunciò una sola parola: - Grazie - e spirò. Mi diede molto di più di quello che io diedi a lei. Mi offrì il suo amore riconoscente».

Tenendosi equidistanti dall'accanimento e dall'abbandono terapeutico, il medico e la comunità civile (famiglia, volontari, religiosi) devono aiutare il malato a riappropriarsi dignitosamente della propria morte.

Concludo con la Carta dei diritti del morente:

1. L'eubiosia (la vita con dignità) è un diritto fondamentale di ogni essere umano, dal momento del concepimento alla morte. Chi sta morendo ha diritto:
2. a essere considerato come persona sino alla morte;
3. a essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole;
4. a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere;
5. a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà;
6. al sollievo del dolore e della sofferenza;
7. a cure e assistenza

- continue nell'ambiente desiderato;
8. a non subire interventi che prolunghino il morire;
9. all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue condizioni e la sua fede;
10. alla vicinanza dei suoi cari;
11. a non morire nell'isolamento e in solitudine;
12. a morire in pace e con dignità. ■

Francesco Bellino
Professore ordinario di Bioetica
Presidente Nazionale della SIBCE

Incontro sul fine vita promosso dall'OMCEO BAT

La legge n. 219 del 22.12.2019 "Norme in materia di consenso informato e DAT" delinea una cornice etico-giuridica ideale all'interno della quale inserire i punti salienti di riferimento, pur non condivisi da tutti, per affrontare oggi, in Italia, l'argomento del "fine vita". Innanzitutto la ineludibile considerazione che non si può e non si deve negare la realtà della morte come esperienza ineluttabile e parte integrante, anche se finale, dell'intera vita di ogni individuo.

La filosofia del diritto che rappresenta il filo conduttore della legge, sancisce che la volontà del cittadino debba prevalere in maniera assoluta sulle scelte inerenti le questioni diagnostiche terapeutiche che lo riguardano; questo assunto identifica il cittadino come un cliente del Medico al quale dispone le sue volontà tranne che per le richieste che dovessero risultare contrarie alle leg-

gi vigenti ed alla deontologia professionale.

Tuttavia i bioeticisti che aderiscono alla visione principialistica e personalistica della bioetica, pur favorendo i primi il rispetto del principio di autonomia del cittadino, ed i secondi il principio di salvaguardia della vita al di sopra di ogni principio da rispettare, ritengono che non si possa rispettare un principio (in questo caso quello di autonomia del cittadino) in maniera assoluta ma valutare, in concreto, caso per caso.

A fronte del diritto del cittadino sofferente di esprimere la propria volontà e del dovere dell' esercente la professione sanitaria di ottemperare, viene altresì riconosciuto a quest'ultimo il diritto all'obiezione di coscienza quando previsto. Altro caposaldo della legge è rappresentato dall'obbligo, già deontologicamente sancito, di astenersi dai trattamenti sanitari ritenuti inutili. A questo punto,

in un contesto diverso da quello della legge in esame, bisogna stabilire dei criteri chiari che volta per volta debbano permettere di identificare un trattamento inutile o meno.

Non abbandonare mai il cittadino sofferente anche se dovesse esprimere le sue volontà rifiutando le terapie per lui considerate salvavita. In questi casi il Medico ha il dovere di lenire le sofferenze ed accompagnare il paziente nelle sue scelte, anche se non condivise.

Grande risalto viene dato nel promuovere la terapia del dolore e le cure palliative in generale, specialmente favorendo il setting assistenziale domestico. ■

Dottor Michele Debitonto



L’ospedale Bonomo di Andria ha recentemente inaugurato una nuova risonanza magnetica di ultima generazione, segnando un importante passo avanti nella diagnostica per immagini e nella sostenibilità ambientale. L’apparecchiatura, installata presso l’Unità Operativa di Radiologia diretta dal dottor Tommaso Scarabino, è stata acquisita grazie ai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per un investimento complessivo superiore a 900 mila euro, a cui si aggiungono circa 62 mila euro per l’adeguamento degli spazi.

Caratteristiche tecniche e innovazioni

La nuova risonanza magnetica si distingue per la sua capacità di eseguire esami con tempi significativamente ridotti rispetto ai sistemi precedenti, mantenendo al contempo elevati standard qualitativi anche in condizioni critiche, come nel caso di pazienti con difficoltà respiratorie, scarsa collaborazione o in età pediatrica. Uno degli elementi distintivi della tecnologia adottata è l’uso di un magnete raffreddato con una quantità estremamente ridotta di elio liquido – appena 7 litri – che elimina la necessità di un tubo di

Nuova risonanza magnetica al Bonomo di Andria

**Innovazione tecnologica
e diagnostica avanzata**

evacuazione, riducendo i costi e i tempi di installazione.

Inoltre, la macchina è compatta e leggera, facilitando l'integrazione negli ambienti ospedalieri esistenti senza richiedere interventi strutturali invasivi.

L'implementazione di sistemi di intelligenza artificiale contribuisce a ottimizzare la preparazione del paziente e a migliorare l'esperienza d'uso, grazie a un'interfaccia visiva e sonora rilassante, progettata per ridurre l'ansia durante l'esame.

Impatto sul sistema sanitario e sostenibilità

Il nuovo sistema rientra nel più ampio progetto PNRR Missione 6, finalizzato all'innovazione e alla digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Grazie a un investimento totale di 5,8 milioni di euro – di cui circa 233 mila euro di cofinanziamento regionale – l'ASL BT ha acquisito oltre 20 grandi apparecchiature diagnostiche, distribuite nei presidi ospedalieri di Andria, Barletta, Bisceglie, Trani e Canosa.

L'adozione di tecnologie avanzate, tra cui ecotomografi ginecologici e cardiologici, mammografi, angiografi digitali e tomografi computerizzati con supporto IA, rappresenta un deciso potenziamento dell'offerta sanitaria sul territorio provinciale.

Questo piano articolato ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e di ridurre i tempi di attesa, garantendo al contempo un impatto ambientale minimo.

L'attivazione della nuova risonanza magnetica presso l'ospedale Bonomo di Andria testimonia l'impegno dell'ASL BT nell'adozione di tecnologie innovative e sostenibili per il potenziamento dell'offerta sanitaria pubblica.

La capacità di offrire prestazioni rapide e accurate, senza interruzioni dei servizi, rappresenta un traguardo significativo per la medicina diagnostica territoriale. ■



Aspetti etici in materia di fine vita

Ritengo che per il medico sia un obbligo morale-deontologico soddisfare la richiesta di morte medicalmente assistita (mma) del paziente che -in talune precise condizioni- ne faccia esplicita richiesta. Per mma si intende sia l'atto eutanasi che l'assistenza al suicidio. Così come ritengo che la mma non presenti -sotto il profilo etico/morale/deontologico- sostanziali differenze con il rifiuto, non inizio o riduzione dei trattamenti sanitari -la cosiddetta desistenza terapeutica- in particolare qualora questi comportamenti siano causa diretta della morte del paziente che li ha richiesti. Vado a spiegarmi. Oggi la moderna medicina offre molteplici possibilità terapeutiche a fronte di condizioni di malattia che un tempo non lontano invece comportavano inevitabilmente una morte in tempi rapidi e talora anche particolarmente dolorosa. Basti pensare a tutta la patologia tumorale. Appena qualche decina di anni or sono alla diagnosi di un tumore corrispondeva

una prognosi assai breve, stante l'esiguità dei mezzi terapeutici a disposizione del medico. La chirurgia era limitata, chemio e radioterapie erano pressoché inesistenti, ancora sconosciuta l'immunoterapia. Oggi l'offerta terapeutica si è -fortunatamente- assai ampliata in tanti campi della medicina. Alcune di queste terapie possono però risultare assai gravose ed impegnative per il paziente. Negli eventi neurologici invece la moderna medicina talora permette il mantenimento della sola vita biologica, perduta definitivamente la possibilità di una vita biografica, come nel caso Englaro. Ora, in questo scenario appare chiaro che l'evoluzione della malattia è fortemente condizionata dalle scelte che il paziente assieme al suo curante vorranno compiere. E' altresì evidente che tali scelte -che sono sempre più complesse ed elaborate, nonché multifattoriali- non potranno aver un esito certo ne -purtroppo- necessariamente positivo. Ed è ancora evidente che già la semplice

rinuncia alle terapie può comportare la morte del paziente. Talora anche per la sola rinuncia alla terapia necessita però la presenza medica, dovendo essere accompagnata da un atto clinico-medico correlato. Prendiamo -ad esempio- il caso dell'interruzione della terapia ventilatoria meccanica in un paziente che -seppur capace di intendere volere- non possa provvedere da solo a staccarsi dal ventilatore perchè paralizzato, come nel caso Welby. Ma se anche potesse materialmente distaccarsi dal ventilatore, necessiterebbe comunque di una preventiva sedazione per evitare di soffrire durante il tempo -pur breve- che dal distacco dal ventilatore lo separerebbe dalla morte. Il medico provvedendo ad entrambe le manovre - sedazione e distacco- non sta forse determinando la morte del paziente stesso con la sua azione attiva (in diritto si parla di commissiva)? E' uno scenario così differente -almeno sotto il profilo deontologico- dal medico che provvede ad un trattamento di mma? E' interessante notare che queste stesse osservazioni sono condivise -anche se con una finalità frontalmente opposta a chi scrive- dal Presidente della CEI (Conferenza Episcopale Italiana) Cardinale Bassetti. Questi infatti in un'intervista (*Avvenire* 14/07/19) affermava "...in questo senso, distinguere fra il suicidio e le varie forme eutanasiche ha un'importanza secondaria: che sia il dottore a iniettare il farmaco, che lo offra sciolto in un bicchiere che la persona berrà da se, o che stacchi un sostegno vitale con lo scopo esplicito e deliberato di procurare la morte, sempre di atto eutanastico si tratta. Chi scrive è particolarmente

soddisfatto -pur sorvolando sugli errori semantico/concettuali nell'utilizzo del termine atto eutanastico- nel constatare che la insussistenza di una differenza etico-deontologica fra interrompere una terapia e la mma -concetto che sostengo pubblicamente dal lontano caso Welby del 2006- è condiviso da una delle voci più autorevoli dell'attuale pensiero cattolico. Come abbiamo visto, talora la moderna medicina -pur con l'intento di migliorare le condizioni del paziente- lo conduce invece in una situazione peggiorativa e comunque alla fine rifiutata dal paziente stesso. Spesso tale condizione è caratterizzata da sofferenze sia fisiche che psicologiche, quello che i palliativisti definiscono dolore totale. A ciò si aggiunga che una tale condizione può teoricamente mantenersi per un tempo indefinito, come ad esempio nei casi Welby o DjFabio. Talora invece ci troviamo di fronte ad una condizione diversa, pur sempre come esito sfavorevole di un tentativo terapeutico che avrebbe voluto ottenere migliori risultati. Overosia una prognosi infausta con una prospettiva temporale di breve-media durata, anche se verosimilmente gravosa in termini di sofferenza, come capita spesso -ad esempio- nei percorsi oncologici. Durante tale arco temporale il paziente potrebbe sempre comunque decidere per una sedazione palliativa continua profonda. Infatti tale percorso è garantito dalla legge 219/17, quella sulle c.d. Direttive Anticipate. Ma non è certo il ricorso alla sedazione palliativa continua profonda l'unica soluzione che il medico può e deve garantire al suo paziente qualora questi la rifiuti, chiedendogli ►

una soluzione più rapida, cioè la mma. Il medico non potrà certo appellarsi ad una sorta di fine naturale della storia clinica del suo paziente –rifiutando quindi suoi interventi diretti– in una condizione che è stata invece tutta fortemente determinata dal sapere e dall'attività medica e che quindi di naturale ha ben poco. Si tratterebbe sicuramente di un sorta di abbandono terapeutico, ma in una accezione diametralmente opposto a quella intesa comunemente finora. Pertanto oggi abbandonare il paziente significa anche non riconoscere e non sostenere il suo –nuovo– diritto alla mma.

Tali condizioni dei pazienti nel loro percorso finale della vita e della malattia saranno sempre più diffuse. L'età sempre più avanzata dei pazienti, la complessità delle patologie, il progresso dei mezzi terapeutici e la conseguente possibilità di applicare terapie sempre più complesse, renderanno tali situazioni sempre più diffuse. Affrontiamo adesso un paio fra gli argomenti più diffusi a sostegno della tesi dell'inutilità di una legge sulla mma.

La prima: dove c'è una offerta valida di cure palliative non c'è richiesta né bisogno di mma. In verità i dati oggettivi e la storia non danno ragione a questa tesi. Sono stati infatti paesi già altamente avanzati sul piano sanitario –che offrivano da tempo ai loro cittadini una valida e capillare rete di cure palliative anche domiciliari- che sono giunti alla decisione di regolamentare la mma, come ad esempio Olanda, Belgio, Svizzera, Canada, Spagna e molti stati del USA, per citare solo i principali.

La seconda: è inutile occuparsi di un

problema che riguarda solo pochi casi all'anno, ancorché mediaticamente supportati. Premesso che in tema di diritti civili basterebbe anche un solo caso all'anno perché uno stato moderno si mostri capace di dare risposta valida ai suoi cittadini, i numeri sembrano dire il contrario. Infatti se ci rifacciamo ai dati olandesi –il paese che offre i numeri statisticamente più affidabili essendo colà in vigore una legge sulla mma dal 2002– vediamo che il tasso di utilizzo iniziale della mma è stato del 1-2 %, per poi raggiungere l'attuale 4/4.5 % di tutti i decessi annui, dato peraltro ormai stabile in Olanda dal 2014. Tale dato di applicazione di mma -4/4.5 %- sul totale dei decessi è stato recentemente confermato anche dal Canada che si è dotato di una legge in merito dal 2016. In Italia il solo 1% dei decessi totali annui rappresenterebbe più di 5.000 persone.

Infine un solo accenno al problema dell'obiezione di coscienza, che peraltro meriterebbe una trattazione a parte. Sostenendo la tesi del dovere morale riconosco che sia difficile –se non contraddittorio- riconoscere poi un diritto all'obiezione di coscienza che ritengo però assolutamente necessario perché comprendo bene che anche un riconoscimento legislativo alla mma non può essere imposto come dovere d'ufficio a tutti i sanitari, così come d'altronde non lo è in nessun paese che l'ha regolamentata per legge. ■

Dottor Mario Riccio, medico

Consulta di bioetica

Associazione Luca Coscioni

Antibiotici e antibiotico-resistenza

Durante il convegno dal titolo “Antibiotici e Antibiotico Resistenza : attuali sfide nella pratica clinica” che si è tenuto a Trani il 29 marzo 2025 c/o la sala Auditorium dell’Ordine dei Medici è intervenuto tra gli altri anche il dottor Nicola Cavalcanti, vice presidente nazionale Cao nonché presidente Cao Bari.

“Desidero ringraziare il vice presidente nazionale Calvacanti per le sua presenza durante il convegno che abbiamo ospitato a Trani. Le sue parole rafforzano il percorso di dialogo tra l’Omceo e la Cao che ci vede impegnati nel portare avanti i nostri compiti istituzionali. Altresì ringrazio il presidente Fabio De Pascalis e i componenti del nostro ordine per il prezioso apporto che dedicano alla nostra vita ordinistica”, ha dichiarato il presidente dell’Omceo Bat Benedetto Delvecchio. ■



BABYWEARING: quando, come e perchè?

La parola "Babywearing" significa letteralmente "indossare il bambino" diventando con lui un corpo unico, pratica utilizzata già in antichità e poi tornata di moda in Occidente intorno agli anni '70 quando una madre tedesca, alle prese con due gemelli piccoli e un altro figlio, ripescò nell'armadio una stoffa messicana, souvenir di un viaggio, e iniziò a usarla per portare i suoi bambini, sollevando l'interesse e la curiosità della stampa locale. D'altra parte anche la madre trae notevole vantaggio dal portare il proprio figlio in fascia: gli studi dimostrano un miglioramento della regolazione fisiologica dello stress, dell'allattamento al seno e la reattività ai segnali del bambino. Che tipologia di fascia o marsupio scegliere?



La scelta tra fascia e marsupio, entrambi indossabili fino dai primi giorni di vita del neonato, dipende dalle esigenze del proprio figlio: se gli piace stare a stretto contatto con la mamma sarebbe preferibile la fascia o viceversa il marsupio, sicuramente meno avvolgente. In entrambi i casi però il requisito fondamentale sarà il mantenimento di una posizione **ERGONOMICA** sia

per il bambino che per chi lo porta. Infatti le sue gambine, se lasciate a penzolari, contribuiscono alla forzatura di una posizione sbagliata dell'anca, portando nel lungo periodo alla **displasia**.



Differentemente la posizione ideale sarebbe quella detta "**a ranocchia**" o "**a M**" con **seduta ampia** da ginocchio a ginocchio del bimbo. Marsupio fronte strada: sì o no? Il marsupio fronte strada o fronte mondo permette al bambino di passare dalla posizione in cui è rivolto verso l'adulto a quella verso l'esterno. Intorno ai **4-6 mesi di vita** il bambino inizia a sviluppare un **maggiore controllo di testa e collo** e comincia a guardarsi intorno con interesse. Questa nuova curiosità gli permette di sviluppare le capacità cognitive, comunicative e relazionali e gli dà una maggiore autonomia e controllo sulla realtà esterna.



Ma attenzione perchè la posizione fronte mondo non garantisce la corretta apertura delle gambine del piccolo, il soste-

gno da parte del genitore e la salute dei genitali. In questo caso, inoltre, è maggiormente esposto a eventuali **rischi**, in primis perché l'adulto non ha il contatto diretto con il bimbo. Diventa più difficile, quindi, rendersi conto di possibili pericoli, emergenze o ostacoli, sia per il piccolo che per chi porta. Portare invece il bambino sul **fianco** potrebbe essere una condizione intermedia ma non sempre efficace per entrambi. Generalmente **fino ai 3 mesi** di vita si porta il bimbo fronte mamma, **tra i 3 e i 6 mesi** si passa sul fianco e **fra i 6 e i 9 mesi** sulla schiena, ma ovviamente si tratta di indicazioni generiche, non valide sempre per tutti indistintamente.

Anche il **peso del bambino** è un fattore discriminante per portare davanti, sul fianco o sulla schiena. Portare davanti un bambino di 7 kg potrebbe essere già molto impegnativo e potrebbe sollecitare parecchio il fisico di chi porta.

Con la crescita, inoltre, il bambino acquisirà maggiore forza sul capo: questo gli



permetterà di tenersi bene in posizione anche se portato sulla schiena pur sempre in posizione ergonomica per entrambi. ■

Dott.ssa Giulia Papagni

Link utili

SITO UFFICIALE DEL MINISTERO DELLA SALUTE
www.salute.gov.it/

PAGINA UFFICIALE DEL MINISTRO
www.salute.gov.it/ministero/sezMinistro.jsp?label=bio

PORTALE DELLA COMMISSIONE EUROPEA DG SALUTE E CONSUMATORI
http://ec.europa.eu/health/index_it.htm

PAGINA UFFICIALE DEL COMMISSARIO EUROPEO
https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2019-2024_it

PORTALE ASL BARLETTA ANDRIA TRANI
www.aslbat.it/

PORTALE SANITÀ REGIONE PUGLIA
www.regione.puglia.it/index.php?page=macroaree&opz=disparee&at_id=9

SITO DELLA STORIA DELLA MEDICINA
<http://www.storiadellamedicina.net/index.html>

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
BARLETTA-ANDRIA-TRANI



sede: Via Monsignor Vincenzo Maria Farano, 6 - 76125 Trani (BT)

telefono 0883/763429 **fax** 0883/763436

e-mail info@omceobat.it **casella PEC** segreteria.bat@pec.omceo.it

web www.omceobat.it

Orari di apertura Uffici Amministrativi

Lunedì al Venerdì: 09:30 / 13:30

Martedì e Giovedì 15:00 / 16:30

Segretario: Sig. Francesco Parisi