caso clinico 1

Uomo di 61 anni, giunge direttamente in Sala Rossa intubato trasferito da Ospedale Periferico per infarcimento emorragico in idrocefalo acuto.

Paziente di nazionalità camerunense, residente in un comune laziale (farmacista presso farmacia comunale, regolarmente iscritto all'albo, come da verifiche effettuate).

La TC cranio ripetuta all'accesso in PS documenta stabilità dei reperti con marcata ipodensità del tronco encefalico, come per processo ischemico.

Consulenza Neurochirurgica: paziente trasferito da ospedale periferico per emorragia intra-assiale in emisfero cerebellare sin. Giunge sedato, intubato, pupille in media-midriasi bilateralmente non reagenti. Non sussistono indicazioni a procedure Neurochirurgiche.

Si effettua colloquio con le forze dell'ordine al numero 112 in quanto non si dispone di alcun numero telefonico di un familiare per aggiornarlo delle condizioni generali gravissime.

caso clinico 1

Giorno 1

Ore 8:00. Il paziente staziona presso la Sala Rossa dove all'esame neurologico risulta midriatico non reagente con assenza dei riflessi troncoencefalici. Benzodiazepine urinarie<200 ng/mL.

Eseguito EEG che rileva minima attività elettrica cerebrale.

Giorno 2

Il paziente viene trasferito in Terapia intensiva DEA.

Stabilità emodinamica. Equilibrio idroelettrolitico, normotermia

Si esegue EEG che mostra assenza di attività elettrica cerebrale.

Si avvia l'iter per la ME.

caso clinico 1

Scenario

Fase 1: irreperibilità dei familiari (presunta moglie in Italia), contattate le forze dell'ordine per effettuare la ricerca dei congiunti, con esito negativo.

Fase 2: Viene inviata email dal medico di guardia della TI all'ambasciata Camerunense con la richiesta di reperire urgentemente i familiari del paziente, per comunicazioni cliniche urgenti. Urgenza dovuta alla diagnosi di ME. In questo contesto in risposta alle pressanti domande effettuate telefonicamente dal personale dell'ambasciata, si parla anche di donazione degli organi.

Fase 3: Risposta tramite email da parte dell'ambasciata: *il console dice che in Camerun e in generale in Africa il prelevamento degli organi non è prevista essendo camerunense deve eseguire la legge del Camerun e non quella Italiana. Per trovare la famiglia ci vuole tempo e comunque non previsto che diano autorizzazione. Se potete mandateci comunque i suoi documenti per verificare che sia un cittadino del Camerun. Firmato Ambasciata del Camerun.*

Fase 4: Termine accertamento, si rimane in attesa dell'eventuale reperimento dei familiari per altre 12 ore, come condiviso con il CRT e la DS, informata dal Coordinatore Aziendale.

Nelle ore successive, si è creata una situazione di contrasto tra le Direzioni Aziendali, supportate dal Consulente Medico Legale (sostenevano di dover rispettare la dichiarazione dell'Ambasciata) e il CRT/CNT, che in assenza del reperimento dei familiari sostenevano di considerarlo donatore e quindi avviarlo al prelievo. Al centro il Coordinatore Aziendale, il personale del Coordinamento e la TI.

In relazione all'instabilità del paziente, dopo 18 ore si assisteva all'ACC.

caso clinico 1

PROBLEMATICHE

Comunicazione con l'Ambasciata (errore comunicativo)

Timore di un risvolto mediatico da parte delle Direzioni

Difficoltà medico legali in riferimento alla normativa

Tempistica

RESPONASBILITA' del Coordinamento Aziendale.

caso clinico 2

Donna 50 anni, giunge in PS per “emisindrome dx, in paziente in terapia in NAO per eventi trombotici ripetuti”. APR: allergica a lidocaina, sindrome da anticorpi antifosfolipidi, fibromialgia,, ipertensione.
Terapia domiciliare: NAO, Lyrica, Orudis, condesartan/idroclorotiazide, lecidipina.

Consulenza neurologica: 3 giorni fa episodio transitorio di deviazione rima orale e deficit arto superiore dx regredito spontaneamente. Stamane alle 7:15 veniva rinvenuta a terra con deficit di linguaggio e deficit di forza agli arti di dx. Condotta con 118 al nostro DEA, EON: vigile, capo e sguardo preferenzialmente deviati a sn, eloquio assente, non esegue comandi vocali, nè su imitazione, accenna movimenti antigravitari con l'AS dx e sul piano del letto con l'AI dx allo stimolo algico NIHSS:19.
Da GIPSE: Durante il trasporto per angioTC cranio la paziente presentava distacco dall'ambiente, deviazione forzata di capo e sguardo verso sinistra , movimenti involontari in estensione forzata degli arti a sinistra Si somministrava pertanto Midazolam (10mg) e si richiedeva assistenza del rianimatore.
La paziente veniva intubata e condotta in sezione TC.

caso clinico 2

L'angioTC del circolo epiaortico ed intracranico urgente documentava "occlusione in corrispondenza del tratto M1-M2 dell' ACM destra. Si segnala inoltre una ridotta rappresentazione rispetto al controlaterale dei circoli collaterali cortico - sottocorticali di compenso in sede emisferica destra. Si documenta aspetto irregolare a carico dell' ACM sinistra, in particolare a livello del tratto M1-M2, come per presenza di multiple placche parietali; mancata visualizzazione del verosimile tratto opercolare di M3 di sinistra. Si osserva inoltre mancata opacizzazione del tratto A1 bilateralmente e della comunicante anteriore; sembra apprezzarsi riabilitazione del tratto A2 a sinistra".

Veniva condotta direttamente in radiologia interventistica per essere sottoposta a trombectomia, meccanica.

La TC effettuata dopo 4 ore dalla procedura documentava infarcimento emorragico dell'area ischemica.

Ricovero in Terapia Intensiva.

caso clinico 2

Giorno 1

Segni clinici di ME, Benzodiazepine urinarie > 200, EEG minima attività.
Il personale del Coordinamento verificava che la paziente aveva manifestato in vita la volontà di donare al momento del rinnovo della CI (SIT). Veniva avviato colloquio con il marito in relazione al peggioramento clinico della paziente

Giorno 2

Improvvisa instabilità emodinamica, ACC, si eseguono manovre rianimatorie, inefficaci, si constata il decesso. Non ha potuto donare neanche i tessuti per NIC (fibromialgia).

Riflessione

sospensione delle cure ed avvio del percorso DCD, se presente in H?

caso clinico 3

Donna di 73 anni.
APR: ipertensione e DM2
Giunge in PS per competenza HUB Cardiochirurgia da un ospedale periferico con diagnosi di Dissecazione Aortica di Tipo A di Stanford.
La paziente viene inviata in Sala Operatoria per sostituzione di aorta ascendente con protesi vascolare in CEC, ipotermia e perfusione cerebrale anterograda.
Ricovero in TIPO CCH

caso clinico 3

GIORNO 1

Valutazione Neurologica: paziente midriatica, non reagente allo stimolo luminoso, assenza dei riflessi troencoencefalici.

TC CRANIO: EMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON INTERESSAMENTO TETRAVENTRICOLARE (RISCHIO DI COMPLICANZE NEUROLOGICHE ASSOCIATO A INTERVENTO 18 %)

Valutazione NCH: non indicazione all'intervento

Scenario: quadro clinico di ME alla valutazione del Cardioanestesista. (elettroliti in ordine, PAM 80 mmHg Ega in equilibrio, TC 36.5 °C)

Viene richiesto il dosaggio delle BENZODIAZEPINE URINARIE, che risultano >1000 ng/mL, contestualmente il NCH richiede ANGIO-TC, che documenta ASSENZA DI RIEMPIMENTO DELLE ARTERIE INTRACRANICHE AL LIVELLO DEL LORO INGRESSO INTRACRANICO, QUADRO COMPATIBILE CON DIAGNOSI DI MORTE ENCEFALICA

Il rianimatore di guardia richiede EEG che viene refertato con presenza di MINIMA ATTIVITA' ELETTRICA CEREBRALE.

caso clinico 3

GIORNO 2

Viene richiesto EEG che rileva ancora presenza di MINIMA ATTIVITA' ELETTRICA NELLA REGIONE FRONTALE SINISTRA
La paziente è instabile emodinamicamente con alti dosaggi di amine (noradrenalina 0.2 mcg/kg/min e argipressina 0.03 U.I./min)
Nel pomeriggio ACC, eseguite manovre rianimatorie, inefficaci, si constata Decesso

RIFLESSIONI

PROBLEMA PROCEDURALE

LEGGE ITALIANA

PROGRAMMA DCD

caso clinico 4

Uomo di anni 31, nato in Albania residente in un comune laziale.

Soccorso presso il proprio domicilio dove era stato trovato dalla mamma soporoso non contattabile, con rilascio sfinterale e vomito, riferiti clonie e movimenti afinalistici dagli operatori del 118.
APR: asma allergica
Al triage del PS paziente soporoso , responsivo a stimoli dolorosi
TC cranio: Esteso ESA da rottura di aneurisma della cerebrale media sinistra
Consulenza Anestesiologica: paziente con ESA in stato comatoso. Al nostro arrivo GCS 6 (E1; V1; M4), pupille isocoriche isocicliche reagenti allo stimolo luminoso, ha eseguito TC cranio con e senza mdc che mostra emorragia subaracnoidea. Si procede a intubazione orotracheale a sequenza rapida

Il paziente veniva ricoverato in TIPO con diagnosi di ESA da rottura di aneurisma.

Veniva impostata terapia per adeguata neuroprotezione e infusione di Nimotop.

caso clinico 4

Giorno 1

Tentativo di embolizzazione, fallito per ampio colletto aneurismatico.

Alla valutazione neurologica post procedura il paziente appariva miotico con riflessi conservati e risposta finalistica allo stimolo doloroso ai 4 arti.

Si effettuava DTC che evidenziava"presenza di velocità di flusso accelerato al livello sovratentoriale con un indice di pulsatilità >1,5, PPC 60 mmHg indicativo di edema cerebrale diffuso ancora al di sotto del limite di vasospasmo"

Nel colloquio con la famiglia (madre, vedova da un anno e le due sorelle più piccole) veniva dichiarata una stabilità clinica che la rassicurava circa la situazione del paziente

caso clinico 4

Giorno 2

Ore 08:00 valutazione neurologica: paz. midriatico, areflessico, assenza di attività respiratoria al test dell'apnea, ipoteso, tanto da necessitare di supporto vasopressorio , poliurico (300 ml/h). Veniva somministrata desmopressina 4 mcg e.v. e alla noradrenalina già in corso veniva associata l'argipressina in infusione. Benzodiazepine urinarie <200 ng/mL

Richiesto EEG che documenta assenza di attività elettrica cerebrale.

Quesito: come far comprendere alla famiglia l'avvenuto decesso, quando il giorno precedente erano state date notizie rassicuranti? (paradosso comunicativo).

Colloquio comunicazione di morte encefalica: Attori: rianimatore di guardia, coordinatore aziendale donazione, psicologa, infermiere coordinamento, famiglia costituita da madre, le due sorelle e la zia (sorella della mamma che nell'anno precedente aveva assistito alla morte del figlio in seguito ad incidente stradale); alla notizia del decesso il nucleo non era in grado di poter ascoltare la tragicità dell'evento rispondendo con rabbia e aggressività.

Quesito: di fronte ad una situazione così complessa, come aiutare a comprendere la morte encefalica fino ad arrivare alla richiesta di donazione?

caso clinico 4

Scenario: anestesista di guardia, giovane medico con poca esperienza, chiede espressamente ai membri del Coordinamento la loro presenza, in qualità di osservatori, al momento della comunicazione di morte.

Evoluzione: la continuità della presenza del personale del Coordinamento durante le fasi del processo, ha permesso alla famiglia di non sentirsi abbandonata, neanche di fronte l'esplicitazione della rabbia, anzi ha percepito di essere accolta, aiutata e sostenuta, tanto che la mamma, accanto al letto del figlio, parla per prima di donazione.

RIFLESSIONI

COMUNICAZIONE NEL PEGGIORAMENTO IMPROVVISO
FAMIGLIA COMPLESSA; PAZIENTE UNICO UOMO DI FAMIGLIA, RECENTI LUTTI, STRANIERO EPPURE….

SOVVERTIMENTO DELLO SCHEMA COMUNICATIVO

caso clinico 1

Potenziale Donatore L.M., maschio, 70 aa, peso 70kg, alt=170cm.
Gruppo : B pos
Anamnesi : sindrome depressiva, S. di Parkinson, ipertensione arteriosa, Diabete Mellito tipo 2. Osteoporosi.
Pregressi interventi: ernia inguinale

Terapia domiciliare: Clopidogrel 75 mg, nebivololo 5 mg, olmesartan/Idroclorotiazide 40/25,jumex 10 mg, pantoprazolo 40 mg,metformina 1000mg una al di, Jardiance 10mg, Vit D
15 maggio 2022 : emorragia cerebrale . Perdita di coscienza
Ricovero in TI

Verifica SIT: nessun record

Per mancanza della disponibilità del dermatologo, anticipata in data 16 maggio

Consulenza dermatologica: […] neoformazione dell'addome, neoformazione avambraccio dx, neoformazione mano sx. Le lesioni vengono marcate con penna dermografica e si consiglia asportazione con istologia in classe A.

caso clinico 1

Si contatta Anatomo Patologo di riferimento che consiglia indagine con tecnica di processazione rapida al fine di ottenere un referto istologico in 10 ore anziché le 48 ore necessarie per la tecnica di processazione standard.

A questo punto, si ritiene opportuno convocare per colloquio informativo i familiari: moglie (avente diritto) ed i due figli.
Si indaga la volontà donativa del soggetto neuro leso grave.

Si riceve risposta positiva unanime a favore della donazione.
Si raccoglie il consenso per l'asportazione dei nevi.
L'asportazione viene eseguita il 16 maggio in serata.

Il 17 maggio i pezzi vengono inviati presso il laboratorio di Anatomia Patologica dell'ospedale Regionale.

In data 18 maggio alle ore 18 si riceve referto: due nevi blu ed un nevo giunzionale con atipia severa.

caso clinico 1

Ore 09:30 19 Maggio si costituisce la CAM.
Si eseguono
1) consulenza chirurgica : nulla da segnalare
2) consulenza urologica: nulla da segnalare
3) consulenza nefrologica: […] verosimile iniziale nefropatia diabetica.
   Si può procedere al prelievo bilaterale, previa biopsia.

Dopo 6 ore si ricostituisce la CAM che dichiara avvenuto decesso con criteri neurologici.
Abbiamo un donatore.

Second Opinion di Anatomia Patologica chiede approfondimento.
Rivalutazione del pezzo e conclusione: melanoma

Rischio inaccettabile. Non si va a prelievo di organi.

caso clinico 1

Ritengo il caso interessante per le seguenti considerazioni:

Sottolineare le difficoltà degli ospedali periferici
con le relative carenze di specialisti

Importanza della comunicazione tra personale di reparto/familiari

Lavoro in rete

caso clinico 2

Potenziale Donatore R.C., maschio, 57aa, peso 80kg, alt 175cm,
Gruppo B positivo
Anamnesi: etilismo, ipertensione arteriosa, Diabete Mellito tipo 2.
Pregressi interventi: appendicectomia

Terapia domiciliare: Irbesartan/Idroclorotiazide300mg/25mg; metformina 1000mg ; fulcosupra.

18/07/21: Emorragia cerebrale; GCS=3. Ricovero in U.T.I.
Esami ematici gamma-GT=2544 U/L

Verifica SIT: consenso SI

19/07ore 09:35 si costituisce la CAM
Eseguita :
1) in data 19 luglio consulenza chirurgica: nulla da segnalare
2) in data 19 luglio consulenza urologica: nulla da segnalare
3) in data 19 luglio consulenza nefrologica: nulla da segnalare
Per mancanza della disponibilità del dermatologo, anticipata
4) in data 18 luglio consulenza dermatologica: nulla da segnalare

caso clinico 2

19/07 ore 13

TC-TORACE: In paziente con tubo endotracheale, trachea e principali diramazioni bronchiali pervie. A carico del parenchima polmonare, addensamenti parenchimali a stria nelle porzioni declivi di entrambi i lobi polmonari inferiori. Non significative linfoadenomegalie in sede ilo-mediastinica. Minima falda di versamento pleurico a destra. Non apprezzabile versamento pericardico. Regolare calibro dell'aorta toracica. Calcificazioni di parete a carico del circolo coronarico. Presenza di sondino nasogastrico.

TC-ADDOME: Fegato aumentato di dimensioni per ipertrofia del lobo sinistro e del lobo caudato, a profili perimetrali irregolari ed a densità diffusamente disomogenea con aspetto micronodulare in paziente con epatopatia cronica in evoluzione cirrotica. Vena porta di calibro ai limiti superiori della norma (diametro: cm 1. 3 circa). Colecisti normodistesa a pareti diffusamente e lievemente ispessite, con deposito di materiale microlitiasico nelle porzioni declivi del corpo; non dilatata la via biliare principale. Parenchima pancreatico atrofico, con residuo a livello del processo uncinato , al cui livello si evidenziano multiple formazioni calcifiche, in verosimili esiti di pancreatite.

Marcata ectasia del dotto pancreatico principale con diametro massimo di mm 11 circa. Milza dimensionalmente ai limiti superiori della norma, indenne da lesioni focali. Reni in sede, con conservata morfologia, dimensionalmente nei limiti della norma (diametro di longitudinale del rene destro: 12, 5 cm e sin.: cm 12. 6) con conservato spessore della corticale pari a mm 11.5 ca. e spessore dell'anello parenchimale di mm 22 ca. bilateralmente.

Regolare secro-escrezione dell'urina iodata d'ambo i lati, con buona opacizzazione degli ureteri lungo il loro decorso. Vescica studiata a medio riempimento a pareti lievemente e diffusamente ispessite, a contenuto omogeneo, in portatore di catetere vescicale. Prostata nei limiti per dimensioni, a densità disomogenea. Presenza di alcune formazioni linfonodali all'ilo epatico (cm 2 ca.) ed in sede lomboaortica (cm 1).

Discreta quota di versamento libero endoperitoneale esteso a tutti quadranti addominali, di maggiore entità in scavo pelvico. Pervia l'aorta addominale e le sue principali diramazioni; duplice arteria renale a sinistra. Non significative lesioni focali ossee.

caso clinico 2

Consultata la Second Opinion per il dato di Gamma-GT estremamente aumentate, la descrizione TAC del Pancreas e la presenza di Linfonodi aumentati a livello dell'ilo Epatico ed in sede Lomboaortica.
Confermo quanto ci siamo detti precedentemente al telefono,
Una ECO per valutare l'assenza di Noduli Sospetti Epatici (anche a scopo cautelativo vista l'elevazione della GGT)
Attenta ispezione e palpazione del Pancreas: Le Calcificazioni sono molto coerenti con una storia di Pancreatite e con la sua anamnesi di etilista, se in corso di prelievo, con la palpazione si rilevassero lesioni o aree sospette, come sempre, da inviare in Anatomia Patologica
Eseguire valutazione Istologica dei Linfonodi aumentati di volume in sede Ilo- Epatico e Lombo-Aortico. come sempre, necessaria attenta ispezione Chirurgica degli organi Toraco-Addominali. Se anche l'ecografia è negativa, il Rischio Pre-sala rimane Standard.

19/07 ore 17 esegue Broncoscopia: Pz intubato per via oro-tracheale, tubo in sede a 3 cm dalla carena, ventilato in PC con arricchimento di O2. La trachea esplorabile appare in asse, non alterata nel calibro né nella struttura. Mucosa rosea esente da lesioni vegetanti o infiltrative. Sperone tracheale mediano, sottile, mobile a versamenti liberi. La mucosa appare rosea. Albero bronchiale esplorabile bilateralmente, libero da secrezioni fino ai segmenti esplorabili, indenne da lesioni o difetti di canalizzazione, mucosa rosea; si esegue BAL distale bilaterale. Esame eseguito con broncoscopio monouso Ambu-a-SCOPE, allegate immagini.

caso clinico 2

19/07 ore 17:30 ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE (ADDOME COMPLETO) Indagine eseguita con apparecchio ecografico in dotazione al reparto per studio in potenziale donatore. Fegato aumentato di dimensioni a profili perimetrali irregolari ed ecostruttura diffusamente disomogenea in paziente con epatopatia cronica in evoluzione cirrotica; vena porta di calibro ai limiti superiori (diam. max 1.3 cm circa). Colecisti distesa a pareti lievemente ispessite e con aggregato microlitiasico endoluminale; vie biliari visualizzabili non dilatate. Pancreas non chiaramente visualizzabile. Milza dimensionalmente ai limiti superiori ad ecostruttura regolare. Reni nei limiti per dimensioni e spessore parenchimale. Vie urinarie non dilatate. Vescica scarsamente repleta in pz. con catetere a dimora. Aorta addominale di calibro regolare. Discreta quota di versamento a livello di tutti i quadranti addominali esplorati.

Fegato e cuore non idonei a prelievo.

Ore 2:00 trasferimento in Sala Operatoria.
Prelevati polmoni dx e sx e reni dx e sx.

caso clinico 2

Ritengo il caso interessante per le seguenti considerazioni:

SIT: non opposizione.
Pertanto l'avente diritto, in questo caso coniuge, è stata informata ma non ha espresso il consenso.

La Second Opinion Anatomo-Patologa ha richiesto ECO-Addome pur essendo in possesso di una TC- recente.

Sottolineiamo attenzione sul lavoro in rete.

Importanza della volontà donativa espressa in vita.

caso clinico 3

Donna di 79 anni. Turista di Torino
APR: nel 1974 intervento di protesi valvolare mitralica eseguito a Lione -Francia
FAC in terapia con TAO
ipertensione
Pregresse trasfusioni.
HCV-HBV positiva
2017 Emorragia cerebrale trattata NCH
ciclo vaccinale anti COVID completato.
Terapia domiciliare: coumadin ; sotalolo; pantoprazolo

caso clinico 3

GIORNO 1 giovedì

Ore 05:30 del mattino . Pz trovata dalla sorella, dopo circa mezz'ora dall'ingresso in bagno , accasciata sul wc, priva di coscienza, Non segni di trauma.
Allertati i soccorsi.
Pz giunge in PS trasportata dal 118. Parametri vitali nella norm
Ore 07:20 La paziente viene inviata in Sala TAC. Arresto respiratorio. Chiamato rianimatore che procede ad IOT in urgenza. Inizia Ventilazione Meccanica e fluido-terapia-
TC CRANIO: EMORRAGIA Cerebrale Intraparenchimale .
Valutazione NCH: non indicazione all'intervento
Il Medico di Guardia ed il Coordinatore Locale eseguono colloquio con la sorella . Si richiede SIT: nessun record.

GIORNO 2 venerdì

Valutazione Neurologica: paziente midriatica, non reagente allo stimolo luminoso, assenza dei riflessi troencoencefalici.
Scenario: quadro clinico di ME (elettroliti in ordine, PAM 80 mmHg Ega in equilibrio, TC 36.5 °C)
Il rianimatore di guardia richiede EEG che viene refertato con presenza di MINIMA ATTIVITA'ELETTRICA CEREBRALE
La paziente è instabile emodinamicamente inizia noradrenalina(0.2 mcg/kg/min) e somministrazione di steroidi (flebocortid 200mg/bolo + Flebocortid 200mg/50cc in i..c. a 2mL/h).
Il Coordinatore Locale esegue colloqui informativo con le sorelle ed i cognati. (familiari non aventi diritto.)

caso clinico 3

GIORNO 3 sabato

Valutazione Neurologica: paziente midriatica, non reagente allo stimolo luminoso, assenza dei riflessi troencoencefalici.
Scenario: quadro clinico di ME (elettroliti in ordine, PAM 80 mmHg Ega in equilibrio, TC 36.5 °C)
Il rianimatore di guardia richiede EEG : SILENZIOELETTRICA CEREBRALE
Si costituisce la CAM
La paziente è instabile emodinamicamente aumenta noradrenalina (0.5 mcg/kg/min) continua somministrazione di steroidi-
Vengono inviati campioni al NAT per esami di secondo livello su HCV ed HBV, Viene ricercato WNV (Regione Piemonte)
Si esegue colloquio con le sorelle ed i cognati (Coordinatore Locale, DMO; Rianimatore di guardia e coordinatore Infermieristico)
Le sorelle dichiarano l'opposizione.
Si contatta il CRT e la Second Opinion Nazionale Medico Legale.
In assenza di documentazione scritta bisogna procedere a prelievo forzoso.
Vengono informati i familiari che producono prima della fine della CAM un diario del 2013 ove è espressa la volontà di non donare gli organi.

Si registra OPPOSIZIONE

RIFLESSIONI

Procedura

LEGGE ITALIANA(aventi diritto)