

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2013

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

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2013

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Publicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via degli Etruschi, 13 - Parco Aurora - 84135 Salerno

e-mail: mariocolucci@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 € 5,00 - Atti Congressi € 10,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via degli Etruschi, 13 (Parco Aurora) - Salerno

(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Napoli, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / 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 - Parco Aurora - 84135 SALERNO

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 realtivo 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.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Settembre 2013.



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Bruno Di Pace</i> L'AIDS e la Chirurgia Plastica	Pag. 41
<i>Bruno Di Pace</i> Le ustioni di secondo grado nella popolazione pediatrica	Pag. 43
Libri ricevuti	Pag. 46
<i>Aldo Diavoletto, Marianna Abate, Antonella Boccia, Daniela Caserta, Carmela Sapia, Anna Sorrentino, Giuseppina Zottoli</i> Modelli teorici e operativi per una psichiatria dell'adolescenza	Pag. 47
Convegni	Pag. 52
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i> Il sifilitico nei suoi sinonimi tra malattia e letteratura	Pag. 53
<i>Emilio Leo</i> The placebo and nocebo effect	Pag. 57
Convegno Medicina e Arte	Pag. 60
<i>Mario Ascolese</i> Etica e Pratica Clinica	Pag. 61
Giornate Scuola Medica Salernitana 2013	Pag. 64
<i>Ferdinando Pellegrino, Ilarj Furno, Alessia Gambino</i> Stress lavorativo, resilienza ed efficacia professionale	Pag. 65

In copertina: **Immagine di microscopia elettronica in falsi colori di una sezione di bulbo oculare attraverso la membrana corioidea.**

*Immagini tratte dal volume IMAGO CORPORIS FABRIACAE
Copyright © 2011 per quest'edizione italiana Momento Medico s.r.l.*



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2013.

Mario Colucci

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Degli Etruschi, 13 (Parco Aurora) - Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

L'AIDS e la Chirurgia Plastica

Bruno Di Pace

Parole chiave: Lipoatrofia facciale, terapia farmacologica.
Key Words: Facial lipoatrophy, pharmacological therapy.

II UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ORTOPEDICHE,
TRAUMATOLOGICHE, RIABILITATIVE
E PLASTICO-RICOSTRUTTIVE
SERVIZIO DI CHIRURGIA PLASTICA E
RICOSTRUTTIVA

Direttore: Prof. Francesco D'Andrea

Ricevuto in redazione il 27 settembre 2010

RIASSUNTO

La terapia antiretrovirale comporta varie ripercussioni sull'organismo, fra queste la lipoatrofia. L'atrofia facciale HIV correlata è la manifestazione più visibile della lipoatrofia. Il cambio della fisionomia comporta nei pazienti HIV + fenomeni quali ansia, depressione, problemi di relazioni sociali. Ne deriva il fallimento terapeutico e quindi riduzione della compliance farmacologica. Abbiamo così condotto uno studio clinico su 50 pazienti HIV + sui quali è stato praticato l'intervento di lipofilling per correggere la lipoatrofia facciale HIV correlata ed aumentare quindi la compliance farmacologica. Stabilito che esistono 3 gradi di atrofia facciale e che il grado 1 è caratterizzato da appiattimento del rilievo malare, il grado 2 da fusione della cute guancia al di sotto del bordo inferiore dell'osso malare e il grado 3 da scheletrizzazione facciale, abbiamo osservato l'evoluzione del grado di atrofia facciale a 6, a 9 e a 12 mesi dal trattamento. Ecco che, alla fine dello studio, il 100% dei pazienti offrono a considerare un miglioramento del loro grado di atrofia facciale; nello specifico l'84% dei pazienti presenta un grado di atrofia G0, il 16% G1 e nessun paziente presenta un grado G2 o G3 a 12 mesi dal trattamento. È stato poi analizzato, in decimi, il grado di soddisfazione post-operatorio dei pazienti, il cui risultato finale è stato di 9,2. I pazienti riferiscono inoltre che si sottoporrebbero nuovamente all'intervento ove necessario. E nel 100% di essi il risultato è superiore alle aspettative. Ecco che la quasi totalità riprende la terapia farmacologica.

SUMMARY

Antiretroviral therapy has various repercussions on the body and one of these is lipoatrophy. HIV-associated facial atrophy is the most visible manifestation of lipoatrophy. The changes in HIV+ patients' facial features cause anxiety, depression and affect social interaction. This can lead to failure to continue with the therapy and thus a reduction in pharmacological compliance. Therefore, we carried out a clinical study on 50 HIV+ patients who underwent lipofilling treatment in order to correct the HIV-associated facial lipoatrophy and therefore increasing pharmacological compliance. There are three degrees of facial atrophy, the first of which is characterised by the flattening of the cheekbone, the second by the fusion of the skin to the lower edge of the

cheekbone and the third by the skeletal appearance of the face. We observed the degree of facial atrophy development at 6, 9 and 12 months of treatment. At the end of the study 100% of patients stated that they believed there was an improvement in the degree of their facial atrophy. Specifically, 84% of patients showed a zero degree of atrophy, 16% showed a first degree and no patients showed second or third degree following 12 months of treatment. Therefore, the level of postoperative patient satisfaction was analysed with a final result of 9.2 out of ten. Patients also stated that they would undergo this treatment again if necessary. 100% of the results were above expectations with almost all patients returning to their pharmacological therapy.

MATERIALI E METODI

È necessario un trattamento per la lipoatrofia che sia efficace, innocuo per il paziente e duraturo. Il tessuto adiposo (TA) è un materiale autologo che annovera molte delle caratteristiche del materiale ideale: è biocompatibile, stabile, di consistenza simile ai tessuti sani ed economicamente accessibile.

Si formula quindi l'ipotesi che l'iniezione di TA autologo possa correggere i segni dell'atrofia facciale in pazienti affetti da lipodistrofia facciale HIV correlata e in maniera innocua, definitiva e duratura. Il TA da impiantare è stato ottenuto tramite liposuzione chiusa aspirativa con cannula COL-ASP15 di 12 G di diametro e 15 cm di lunghezza, con punta a forma di ansa. La cannula è stata connessa alla siringa che crea la pressione negativa per l'aspirazione tramite una connessione di tipo Luer-lock. È stata eseguita anestesia generale o locale con sedazione. Le zone anatomiche di estrazione sono state: dorsocervicale, addome, mammella, torace dorsale e laterale, pube; l'aspirazione realizzata su piani multipli e a ventaglio onde evitare alterazioni tissutali. L'estremo della siringa viene chiuso con tappo COL-LLCAP. Chiusa, la siringa è stata posta in apposite griglie onde evitare dispersione e contaminazione del materiale. Si è praticata la centrifugazione del TA tramite centrifuga Medilite 2581. Dopo la centrifugazione è stato rimosso il tappo ed eliminate le sostanze di scarto; l'adipe selezionato trasferito da una siringa da 10 a una da 1 cc grazie ad un intercambiatore (LL-LL16). Si è praticata quindi l'infiltrazione utilizzando cannula COL-19 con punta roma, chiusa ad un estremo e con

apertura laterale distale. Abbiamo infiltrato il materiale con tecnica retrograda introducendo la cannula per tunnelizzare senza infiltrare e ritirandola depositando lentamente piccole porzioni di TA. L'infiltrazione è stata eseguita in due punti: lateralmente allo zigomo, nel punto di unione tra l'arco zigomatico e il corpo del malare; nel punto più caudale del solco nasogenieno

SPERIMENTAZIONE

Sono stati selezionati 50 pazienti HIV + ai quali è stato praticato l'intervento di lipofilling. 35 di essi erano uomini (70%); 15 donne (30%). Il range di età oscillava tra i 29 e i 60 anni, con un'età media di 45,72. Per le donne l'età media era 42,93, per gli uomini 46,91 anni. Il range di altezza oscillava tra i 150 e i 186 cm, con un'altezza media di 169,58 cm. Il range del peso invece, tra i 47 e i 100 kg, con una media di 70,51 kg.

L'indice di massa corporea aveva un range che oscillava dai 18,86 ai 34,60 kg/m², con una media di 24,36 kg/m². Il tempo medio che era trascorso invece tra la diagnosi di infezione da HIV e l'inizio del trattamento della lipoatrofia facciale era di 8,72 anni, con un range che oscillava tra i 2 e i 19 anni.

Per quanto concerne poi il grado di atrofia facciale, il 30% dei pazienti (15 pazienti) presentava un grado di atrofia facciale G1, il 36% (18 pazienti) G2 e il 34% (17 pazienti) G3. I pazienti in trattamento farmacologico con altri farmaci (oltre alla terapia antiretrovirale) erano 14 (28%), mentre i restanti 36 non eseguivano altre terapie farmacologiche. Eseguito quindi su di essi il lipofilling, è stato poi valutato il grado di atrofia facciale a 6, a 9 e a 12 mesi dal trattamento.

CONCLUSIONI

A 3, a 6, come a 12 mesi dal trattamento, si osserva, nel 100% dei pazienti, un miglioramento del grado di atrofia facciale. I miglioramenti si mantengono stabili durante tutto il periodo di controllo arrivando alla fine dello studio con un 84% dei pazienti con un grado G0 di atrofia facciale (normalità) e un 16% dei pazienti con un grado G1. Nessun paziente presentava un grado di atrofia facciale G2 o G3 alla fine del trattamento. È stato poi valutato, in decimi, il grado di soddisfazione post-operatorio dei pazienti, con valori di 9,2. I pazienti riferiscono inoltre che si sottoporrebbero nuovamente all'intervento ove necessario. E nel 100% dei pazienti il risultato risulta superiore alle aspettative. Ecco che si ha una ripresa della terapia farmacologica nella quasi totalità dei pazienti. Per cui l'iniezione di TA consente di migliorare l'atrofia facciale in maniera immediata e persistente, almeno fino a 12 mesi dal suo impianto. Inoltre, un grado più intenso di AF e la presenza di asimmetria facciale possono influire negativamente sull'esito dell'operazione e sul sopraggiungere di complicanze. Le complicanze riscontrate sono lievi e generalmente corrispondono a irregolarità cutanee, asimmetria, ipocorrezione o ipercorrezione. Il costo diretto dell'iniezione di TA per il trattamento dell'AF è simile o inferiore a quello delle altre tecniche alternative disponibili. L'iniezione di TA per l'AF offre a considerare requisiti di stabilità, durata, buona tolleranza e basso costo economico; è quindi la tecnica ideale.

BIBLIOGRAFIA

1. CARR A. et al.: *HIV protease inhibitor-related lipodystrophy syndrome*. Clin Infect Dis 2000; 30 Suppl 2: S135-S142.
2. COLEMAN SR. et al.: *Structural fat grafts: the ideal filler?* Clin Plast Surg 2001; 28(1): 111-119.
3. DONOFRIO LM. et al.: *Fat distribution: a morphologic study of the aging face*. Dermatol Surg 2000; 26: 1107-1112.
4. GARG A. et al.: *Acquired and inherited lipodystrophies*. N Engl J Med 2004; 350(12): 1220-1234.
5. GARG A. et al.: *Lipodystrophies*. Am J Med 2000; 108(2): 143-152.
6. HERBST KL. et al.: *Kobberling type of familial partial lipodystrophy: an underrecognized syndrome*. Diabetes Care 2003; 26(6): 1819-1824.
7. MALLON PW. et al.: *HIV-associated lipodystrophy*. HIV Med 2001; 2(3): 166-173.
8. MILINKOVIC A. et al.: *Current perspectives on HIV-associated lipodystrophy syndrome*. J Antimicrob Chemother 2005; 56(1): 6-9.
9. MORI A. et al.: *Treatment of human immunodeficiency virus-associated facial lipoatrophy with lipofilling and submalar silicone implants*. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006; 59(11): 1209-16. Epub 2006 May 12.
10. RAMIEREZ OM. et al.: *Full face rejuvenation in three dimensions: a "face-lifting" for the new millenium*. Aesthetic Plast Surg 2001; 25: 152-164.
11. SAINT-MARC T. et al.: *Fat distribution evaluated by computed tomography and metabolic abnormalities in patients undergoing antiretroviral therapy: preliminary results of the LIPOCO study*. AIDS 2000; 14(1): 37-49.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Bruno Di Pace

e-mail: dottbrunodipace@gmail.com

Le ustioni di secondo grado nella popolazione pediatrica

Bruno Di Pace

Parole chiave: Ustioni di secondo grado, Cuticell Epigraft.
Key Words: Second degree burns, Cuticell Epigraft.

II UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ORTOPEDICHE,
TRAUMATOLOGICHE, RIABILITATIVE
E PLASTICO-RICOSTRUTTIVE
SERVIZIO DI CHIRURGIA PLASTICA E
RICOSTRUTTIVA

Direttore: Prof. Francesco D'Andrea

Ricevuto in redazione il 12 gennaio 2011

RIASSUNTO

E' stato eseguito uno studio clinico randomizzato prospettico su 27 pazienti ustionati pediatrici per analizzare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Cuticell. Il Cuticell è stato applicato su ustioni di secondo grado superficiale e sulle aree donatrici di innesti cutanei dermo-epidermici in pazienti di età compresa tra i 15 giorni e i 17 anni, con un'età media di 8.6 anni. I siti donatori e le ustioni superficiali di secondo grado sono stati valutati nei gironi post-operatori 1, 4, 7, 14, 21, e a lungo termine, in termini di infezione, iperemia, prurito, dolore, livello di essudato e aderenza del prodotto alla ferita. Dallo studio è emerso che il Cuticell è una medicazione sicura ed efficace nella terapia delle aree donatrici di innesti cutanei dermo-epidermici e nelle ustioni di secondo grado superficiale nella popolazione pediatrica. E' molto facile da applicare, riduce il dolore ed è confortevole e pratica per i pazienti. Sia i pazienti che gli operatori sanitari risultano essere estremamente soddisfatti in merito a comfort, gestione, qualità del tessuto neoformato, esito estetico e riduzione del dolore.

SUMMARY

A prospective randomised clinical study was carried out on 27 pediatric burnt patients to investigate the effectiveness, safety and tolerability of Cuticell. Cuticell dressing was applied on superficial second degree burns and split-thickness skin graft donor sites in patients aged between 15 days and 17 years old, average age 8.6. The donor sites and the superficial second degree burn wounds were assessed on postoperative days 1, 4, 7, 14, 21, and long term for infection, hyperemia, pruritus, pain, exudate level, and adherence of the wound dressing. The study has shown that Cuticell is a safe and effective dressing for the re-epithelialisation of the skin graft donor sites and the superficial second degree burn wounds in pediatric patients. It is very easy to apply, reduces the pain and is comfortable and practical for the patient. Both patients and healthcare professionals were extremely satisfied regarding wearing and handling comfort, new tissue quality, cosmetic outcome and pain reduction.

Il Cuticell è una medicazione in cellulosa di origine microbica composta da un biopolisaccaride prodotto dai batteri del genere *Acetobacter xylinum*. Esso è sterile, trasparente e ben tollerato dalla pelle. Essendo il Cuticell Epigraft trasparente, il processo riparativo cicatriziale può essere agevolmente osservato senza rimuovere la medicazione. Cuticell Epigraft fornisce una barriera protettiva che permette l'adesione dei fibroblasti al fondo della ferita la quale secerne i componenti della matrice e i fattori di crescita per stimolare la guarigione della ferita. Ecco che Cuticell Epigraft permette la formazione di un ambiente ideale per la granulazione e la riepitelizzazione cicatriziale. Questo materiale può essere usato come medicazione nelle aree donatrici di innesti cutanei dermo-epidermici, nelle ustioni a spessore parziale, nelle ferite (ulcere), nelle lacerazioni cutanee e nelle lesioni cutanee (dermoabrasioni, abrasioni). Inoltre, la cellulosa microbica crea un ambiente umido e la forte adesione alla ferita impedisce la contaminazione batterica e protegge dagli sbalzi termici. In aggiunta, l'applicazione della cellulosa microbica, proteggendo le terminazioni nervose, allevia prontamente il dolore. Nello specifico è indicato nei siti donatori di innesti cutanei dermo-epidermici, nelle ustioni superficiali di secondo grado (a spessore parziale) e nelle lesioni cutanee (abrasioni, lacerazioni minori e ferite chirurgiche). Per evitare poi la formazione di raccolte sieromematiche nell'interfaccia tra il Cuticell-Epigraft e la superficie della ferita si suole praticare alcuni fori sulla medicazione con una lama Nro. 11 o con agocannula 14G. Le raccolte sieromematiche sono infatti la causa più frequente del fallimento di questa metodica. In merito alle sue controindicazioni, a causa delle sue caratteristiche non può essere applicato nelle ustioni di secondo grado profondo e di terzo grado, nelle ferite infette e nelle ulcere croniche essudanti.

SPERIMENTAZIONE

Nelle ustioni di secondo grado superficiale e nei siti donatori di innesti cutanei dermo-epiteliali l'obiettivo del trattamento è di conseguire la completa riepitelizzazione. Lo scopo di questo studio è di valutare l'efficacia di un film

di cellulosa (Cuticell) nella guarigione di siti donatori di innesti cutanei dermo-epiteliali e nelle ustioni superficiali di pazienti pediatriche. Uno studio clinico randomizzato prospettico è stato eseguito su 27 pazienti ustionati pediatriche per analizzare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Cuticell. Il Cuticell è stato applicato su ustioni di secondo grado superficiale e sulle aree donatrici di innesti cutanei dermo-epidermici in pazienti di età compresa tra i 15 giorni e i 17 anni, con un'età media di 8,6 anni. I siti donatori e le ustioni superficiali di secondo grado sono stati valutati nei gironi post-operatori 1, 4, 7, 14, 21, e a lungo termine, in termini di infezione, iperemia, prurito, dolore, livello di essudato e aderenza del prodotto alla ferita. I siti donatori e le ustioni superficiali di secondo grado sono stati valutati nei gironi post-operatori 1, 4, 7, 14, 21, e a lungo termine, in termini di infezione, iperemia, prurito, dolore, livello di essudato e aderenza del prodotto alla ferita. In questo studio abbiamo valutato 27 pazienti pediatriche ustionati di età compresa tra i 15 giorni e i 17 anni, con età media di 8,6: La medicazione in cellulosa microbica è stata applicata su ustioni di secondo grado superficiale e sui siti donatori. Sono stati trattati 16 casi di ustioni di secondo grado superficiale tra i 2 e i 7 giorni dall'ustione e 11 casi di siti donatori di innesti cutanei dermo-epidermico trattati a seguito dell'escarectomia. Abbiamo trattato lesioni di diverse dimensioni, dai 2 x 6 cm ai 40 x 30 cm, con una dimensione media della ferita di 21 x 18 cm. E' stata inoltre praticata terapia aggiuntiva somministrando antidolorifico in 23 pazienti, antibiotico in 14 e clorexedina in 15. Al controllo della ferita a 24 ore la medicazione è stata sostituita in 5 pazienti a causa della presenza di abbondante essudato. Nei restanti casi la medicazione non è stata rimossa e l'eccesso di essudato è stato assorbito dalla medicazione secondaria. Al controllo della ferita a 4-5 giorni la medicazione è stata sostituita in un solo paziente a causa della presenza di essudato. Nei successivi controlli giornalieri la ferita è rimasta coperta dal film adesivo, che ha contribuito ad asciugarla favorendo la riepitelizzazione dei margini. A 7 giorni dall'applicazione del riepitelizzante il cambio è stato attuato in 3 pazienti; nello specifico a due pazienti è stata applicata una nuova medicazione mentre uno di essi guarì. Ecco che per quanto concerne il controllo della ferita dopo 7 giorni, va detto che il cambio della medicazione non risulta necessario. Non si sono riscontrati fenomeni di ipergranulazione. Il tempo medio per completare la riepitelizzazione è stato di 15 giorni (range 11-21 giorni). Il profilo cosmetico è stato valutato come molto buono dal personale sanitario e dai pazienti. La medicazione è facile da applicare quindi confortevole per il paziente. E' stata realizzata una scala di convenienza

in merito all'applicazione e alla gestione del prodotto dopo la prima applicazione, dopo 24 ore, dopo 4-5 giorni e dopo 7 giorni. Il punteggio medio è 8,7. Nel controllo finale i siti donatori e le ustioni superficiali di secondo grado sono stati nuovamente valutati in termini di prurito, dolore, comfort per il paziente e utilità per il medico. Test di sensibilità touch-pressure, termici e dolorifici sono stati eseguiti nel pre e nel post-operatorio nonché la valutazione del colore e della consistenza delle aree riepitelizzate. Ecco che per quanto concerne il punto di vista del medico il prodotto è stato valutato come facilmente removibile, con un punteggio medio di 9,1. Il profilo cosmetico è stato inoltre valutato come molto buono dal personale sanitario. Per quanto concerne invece il punto di vista dei pazienti, va detto che i pazienti negano dolore o riferiscono un dolore molto lieve nella fase in cui il prodotto viene applicato e nella successiva fase in cui viene indossato. La valutazione del comfort da parte dei pazienti mostra livelli molto elevati di soddisfazione. Nel follow-up non sono state registrate inoltre reazioni avverse.

RISULTATI

In tutti i pazienti, la riepitelizzazione è stata completata tra i 14 e 21 giorni dall'applicazione di Cuticell. Non sono state registrate sostanziali differenze tra le aree donatrici di innesti cutanei dermo-epidermici e le ustioni di secondo grado superficiali in termini di dolore, iperemia, prurito, essudato e aspetto finale (colore e spessore).

DISCUSSIONE

In alternativa al Cuticell annoveriamo il Graftygen epidermis, meglio conosciuto come Veloderm. Il Graftygen epidermis è una medicazione oclusiva costituita da un biomateriale formato da miofibrille di emicellulosa impermeabile ai liquidi. Aderisce perfettamente al letto della ferita, scongiurando la contaminazione batterica e riducendo le perdite idro-elettrolitiche. Il Graftygen epidermis è un sostituto temporaneo della pelle con caratteristiche simili alla pelle umana, che crea un ambiente ideale per il tessuto di granulazione e per l'epitelizzazione. Dopo una corretta applicazione diviene trasparente, permettendo quindi di verificare l'avanzamento del processo di guarigione, senza rimuovere la medicazione. E' indicato in abrasioni, ustioni, ulcere, ferite e nella copertura di aree di siti donatori di innesti. La sua impermeabilità ai liquidi favorisce la formazione di un ambiente ideale per i processi di granulazione ed epitelizzazione. Valutando gli svantaggi va ricordata la sensazione di bruciore di breve durata al momento dell'applicazione e che in caso di lesioni molto recenti le secrezioni siero-fibrinose che si raccolgono sotto

la medicazione possono comportare la rottura del Graftygen epidermis, con la conseguenziale necessità di sostituirlo. Oltre al Graftygen va ricordato lo Jaloskin, pellicola trasparente bioattiva composta da Hyaff, estere benzilico dell'acido ialuronico. L'acido ialuronico è un GAG, un componente naturale del tessuto umano, presente in particolare nel derma e nel tessuto connettivo. Esso ha un ruolo fondamentale nel processo di riparazione tissutale in quanto favorisce la migrazione cellulare. Lo Jaloskin è indicato nel trattamento di perdite di sostanze superficiali lievemente essudanti: ulcere da decubito, ulcere venose, ulcere diabetiche, ulcere vascolari croniche, perdite di sostanza post-traumatiche, ustioni di primo grado e di secondo grado superficiale e in siti donatori di innesti cutanei dermo-epidermici. Lo Jaloskin è facilmente applicato sotto forma di pellicola trasparente e mantiene l'ambiente umido favorendo la ripitelizzazione. Essendo trasparente è sempre possibile monitorare la perdita di sostanza. Lo Jaloskin non aderisce alla ferita e può quindi essere rimosso senza traumatizzare il tessuto neoformato.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAVANTE G. ET AL.: *Hyalomatrix PA in burn care practice: results from a national prospective survey, 2005 to 2006*. Ann Chir Plast Esthet. 2011 Apr; 56(2): 107-11. Epub 2010 Nov 23. French
2. MELANDRI D. et al.: *Use of a new hemicellulose dressing (Veloderm) for the treatment of split-thickness skin graft donor sites A within-patient controlled study*. Burns. 2006 Dec; 32(8): 964-72. Epub 2006 Oct 10.

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Bruno Di Pace
e-mail: dottbrunodipace@gmail.com



Modelli teorici e operativi per una psichiatria dell'adolescenza

Aldo Diavoletto*^o, Marianna Abate**^o, Antonella Boccia^o, Daniela Caserta^o, Carmela Sapia^o, Anna Sorrentino***^o, Giuseppina Zottoli^o

Parole chiave: Psichiatria, Adolescenza, Modelli Teorici e Operativi

Key Words: Psychiatry, Adolescence, Theoretical and operational models.

RIASSUNTO

Questo lavoro riesamina i fondamenti teorici e le problematiche organizzative e operative per l'attuazione della presa in carico psichiatrica degli adolescenti, soprattutto nei servizi pubblici. Vengono riportate le linee di indirizzo generali del settore e vengono ripresi alcuni presupposti che l'epidemiologia, la ricerca psicologica e lo sviluppo delle neuroscienze hanno prodotto negli ultimi anni.

SUMMARY

This paper reviews the theoretical foundations and the organizational issues and operational standards for the implementation of the taking in charge of the psychiatric adolescents, especially in public services. Shows the general guidelines of the industry and certain assumptions that are taken as epidemiology, as well as psychological research and the development of neuroscience have produced in recent years.

“Adesso, che ho superato già tanti dolori e posso leggere il mio destino come una mappa piena di errori, quando non sento nessuna compassione di me stesso e posso passare in rassegna la mia esistenza senza sentimentalismi, perché ho trovato una relativa pace, lamento soltanto la perdita dell'innocenza. Mi manca l'idealismo della gioventù, del tempo in cui esisteva ancora per me una chiara linea divisoria tra il bene e il male e credevo che fosse possibile agire sempre in accordo con principi inamovibili.”

Isabel Allende, *Il piano Infinito*

“Più tardi si vedono le cose in modo più pratico, pienamente conforme con il resto della società, ma l'adolescenza è il solo tempo in cui si sia imparato qualcosa”.

Marcel Proust, *All'ombra delle fanciulle in fiore*

L'accoglienza rispetto ai bisogni di cura psicologica e psichiatrica degli adolescenti rappresenta tuttora una

UNIVERSITA' DEGLI STUDI "SUOR ORSOLA BENINCASA" - SALERNO
FACOLTA' SCIENZE DELLA FORMAZIONE

* INSEGNAMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA
E PSICHIATRIA SOCIALE
** TESISTA

ASL SALERNO

DSM AREA CENTRO

^o POLO PER L'ADOLESCENZA PROBLEMATICA E PATOLOGICA

ISTITUTO ACCADEMICO INTERNAZIONALE
SCIENZE UMANE E MATEMATICHE - NOLA (NA)
*** DISCIPLINE PSICOLOGICHE E FORENSI

Ricevuto in redazione il 13 giugno 2013

sfida per i servizi e per i professionisti, in quanto la presa in carico di questa tipologia di utenti viene attuata sovente in sedi diverse ma con alcune connotazioni di specificità e complessità, consistenti soprattutto nella difficoltà a costruire un setting adatto e contenente e “su misura” per le aspettative di questa fascia d'età; ulteriori e non trascurabili difficoltà sono da rintracciarsi, rispetto agli adolescenti, nella possibilità di orientarsi in senso diagnostico secondo le categorie abitualmente condivise dai clinici, e nella difficoltà a mantenere una relazione terapeutica stabile.

Le attuali linee di indirizzo a livello istituzionale hanno ampiamente recepito l'entità del problema e richiamano la necessità di una presa in carico orientata alla risposta globale e coerente alle complessità dei bisogni adolescenziali. Si è evidenziata la necessità di attività coordinate e integrate tra diverse realtà operative, di attività di prevenzione e promozione alla salute e la necessità di individuare idonei spazi per l'adolescente dove il contatto e la presa in carico possano avvenire secondo modalità più funzionali alle esigenze di siffatta utenza. E' emersa la necessità, per l'utenza adolescenziale, di creare un incontro “generativo” e capace, in quanto tale, di ovviare agli inevitabili elementi di frammentazione che contrastano il mantenimento di un adeguato rapporto terapeutico.

L'utenza che gli operatori si trovano di fronte è sempre più complessa, ampia e variegata, sia quando arriva con una domanda d'aiuto spontanea del ragazzo, sia quando vi è un mandato della famiglia, sia ancora quando vi è una domanda derivante da mandati istituzionali, soprattutto scuola, servizi sociali, autorità giudiziaria e/o comunità per minori.

Ogni volta che parliamo di adolescenza, e le cronache si soffermano sugli stili di vita dei ragazzi, vengono descritte frammentazioni e scollamenti tra gruppi e generazioni anche molto vicine; vi è un grave indebolimento dei valori condivisi e lo svuotamento di significato di quelli che per generazioni hanno rappresentato dei riti riconosciuti, come la festa dei 18 anni, il diploma di maturità, il “vetusto” servizio di leva. Ovunque si sottolineano senso di confusione e appiattimento delle differenze tra le generazioni, rapidità dei cambiamenti tra una generazione di adolescenti e un'altra, soprattutto

il tradimento degli adulti (genitori, insegnanti) rispetto al proprio mandato educativo, come specchio del malessere di tutta la società, ormai definita “liquida” per adoperare una termine caro a Z. Baumann. E’ l’attesa del “ritorno del padre”, la mancanza di un adulto significativo, che connota le fantasie attuali, più che il contrasto intergenerazionale padre-figlio: come dire, dal complesso di Edipo al “complesso di Telemaco” (Recalcati 2013).

Consentendoci una sintetica digressione teorica, se l’adolescenza secondo le teorie di Blos può essere riferita ad una seconda fase di separazione-individuazione, secondo i sistemici rappresenta una transizione dell’intera famiglia che deve consentire e contenere le tematiche di svincolo con la possibilità di allontanarsi restando nell’alveo di un porto sicuro. Secondo il post-razionalismo le principali tematiche adolescenziali sono rappresentate dalla costruzione dell’identità e dallo sviluppo del pensiero astratto e di un io narrante; nell’approccio diagnostico e terapeutico con l’adolescente vanno ricercate le modalità di attaccamento con le figure significative e la rispettiva organizzazione di significato, legata al significato intrinseco che ogni soggetto dà alle proprie esperienze. Nella formazione di ogni organizzazione di significato personale svolgono infatti, secondo il modello di Vittorio Guidano, un ruolo fondamentale, a partire dalla predisposizione genetica e dai sistemi motivazionali, le modalità di attaccamento attraverso cui il ragazzo costruisce una propria rappresentazione delle emozioni e un sistema rappresentativo di sé e delle altre figure significative nella sua vita.

Nell’ambito dei Servizi, rispetto alla presa in carico degli adolescenti, le esigenze di collegamento tra Psichiatria e Neuropsichiatria dell’età evolutiva sono ormai riconosciute fondamentali per tempestività, continuità e sinergia tecnico-professionale dei trattamenti.

Come è noto ai più, molto di quanto oggi conosciamo nel settore di quella che definiamo psichiatria di comunità o territoriale risale alla seconda Guerra Mondiale, alle prime terapie di gruppo e ai concetti di Maxwell Jones. In quel periodo nacquero esperienze di comunità terapeutiche che avrebbero molto influenzato la storia della Psichiatria. In Gran Bretagna l’impostazione della politica sanitaria venne condizionata dalla guerra e dall’isolamento, geografico e commerciale, di cui soffrì la popolazione, il che permise di rafforzare un approccio basato sulla solidarietà sociale e sull’uso adeguato delle risorse. Risalgono a quel periodo le prime esperienze di psicoterapie di gruppo applicate e sviluppate tra militari e reduci. Nasce infatti nel ‘46 il termine comunità terapeutica (Main) per descrivere l’esperienza di un gruppo di psicoanalisti e terapeuti di gruppo che lavoravano con reduci di guerra.

Non trascurabili fattori furono anche l’introduzione in terapia degli psicofarmaci e la loro evoluzione dal 1954 in

poi, la diffusione del modello psicoanalitico nella cultura e nella società, gli studi sociologici sulle “istituzioni totali”, e quindi le teorie dell’antipsichiatria che in Italia hanno condotto alla legge 180 del 1978.

Per l’età evolutiva le normative che hanno avuto in Italia un impatto sociale paragonabile alla 180 si possono considerare quelle relative alla chiusura delle scuole speciali e degli istituti per minori e il processo di integrazione scolastica del minore con disabilità. E’ stata centrale, in questo processo, la legge 104/92, che rappresenta una normativa ampia, completa e articolata a tutela della disabilità soprattutto dei minori (Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Altro evento cruciale nella storia della Psichiatria dell’Età Evolutiva è rappresentato dalla de-istituzionalizzazione dei minori a seguito della quale si è realizzata la chiusura degli istituti per bambini disagiati e/o abbandonati e la loro collocazione in comunità a carattere familiare. La Legge 184 del 1983 afferma il diritto del minore ad essere educato nella propria famiglia, riconoscendo il ruolo insostituibile degli affetti familiari come risorsa base per la maturazione del bambino e preannuncia la chiusura degli ex orfanotrofi individuando nuove forme di accoglienza. Successivamente la Legge 328 del 2000 definisce, all’articolo 11, i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale. Infine, la Legge 149 del 2001 sancisce una data certa per la chiusura degli istituti e, a parziale modifica della Legge 184, disciplina l’adozione e l’affidamento dei minori.

Ulteriori, ma non meno importanti, elementi sono costituiti dal rilievo riconosciuto dalle istituzioni all’integrazione socio-sanitaria, con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e dal riconoscimento della peculiarità del processo penale minorile che mira alla rieducazione anziché alla pena strictu sensu intendendo evitare l’entrata dei minori nel circuito giudiziario, ad eccezione che nei casi di reato grave e reiterato.

Nel nostro Paese, la tendenza dei Servizi per la Salute Mentale in età evolutiva, come indicato dalle linee guida contenute nel “Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1998/2000, e successivi, e nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, è quella di investire nel superamento dell’ospedalizzazione psichiatrica e nella integrazione dei Servizi, attraverso la creazione di Strutture autonome per l’età evolutiva con posti di Ospedale Diurno, Ambulatori e Centri Diurni terapeutico-riabilitativi. L’intento è quello di favorire cicli di intervento intensivo e specifici per fasce d’età, il tutto con strategie finalizzate all’integrazione nonché alla coerenza e continuità degli interventi.

Riassumendo, le caratteristiche della presa in carico in età evolutiva sono: la natura prevalentemente pubblica e

la dimensione territoriale; la cultura multiprofessionale e la centralità del lavoro di équipe; lo sforzo teso all'inclusione sociale e alla lotta alla discriminazione delle fasce deboli; il rilievo del lavoro educativo a favore dei familiari; la continuità e la stabilità della presa in carico nei tempi, luoghi e relazioni idonee; la forte integrazione in una rete sociale che comprenda diverse risorse e diverse professionalità.

I numeri ci dicono attualmente che i disturbi mentali in età evolutiva paiono attestarsi nelle varie statistiche su una prevalenza che va oltre il 10% della popolazione.

Lo studio italiano Prisma del 2009 riferisce un tasso complessivo di prevalenza di disturbi psicopatologici tra i preadolescenti di area urbana di circa 8,2%.

La schizofrenia, pur avendo un picco di esordio tra i 18 e i 21 anni, in età tardo-adolescenziale, secondo quanto detto, fa rilevare cambiamenti pre-morbosi nell'adattamento socio-affettivo almeno 2-3 anni prima, senza considerare le forme precoci (early onset syndrome) che iniziano verso i 14 anni.

In età evolutiva i disturbi psichiatrici sono sovente in comorbidità tra di loro ed esiste certamente una "continuità" tra età evolutiva e adulta, sia come possibilità di mantenimento dello stesso quadro, sia come possibilità di passaggio da un disturbo a un altro nel corso della crescita. La preadolescenza, per motivi legati al neurosviluppo, è senz'altro una delle fasi più critiche e di maggiore suscettibilità allo scempenso.

E' accertato che il binomio geni-ambiente costituisce la trama lungo cui si sviluppa il destino di salute e/o di malattia di ciascuno di noi.

Inoltre, i disturbi dell'età evolutiva rappresentano un rilevante fattore di rischio per la malattia mentale dell'adulto, per cui gli interventi in infanzia e adolescenza sono un crocevia fondamentale per la tutela della salute mentale; quindi l'adeguamento dell'organizzazione dei servizi in età evolutiva è un debito non più procrastinabile in un quadro globale di buone prassi e di politiche sanitarie di tutela della salute pubblica. Tuttavia elementi di frammentazione sociale e attuale debolezza economica dei servizi rischiano di apparire ancora un vincolo insuperabile rispetto alle attese di pazienti e operatori. La diversità e la distanza in quanto a stili teorici e organizzativi, impostazioni normative e metodologiche molto variegata assemblano una realtà con divari enormi da una regione all'altra e anche da una città all'altra, nonostante quanto esplicitato chiaramente a livello ministeriale. Se questi ritardi nello strutturare prassi condivise e rispettare cornici metodologiche certe in età evolutiva e adolescenza si manterranno, tutto il movimento della salute mentale porterà sulle proprie spalle il fardello delle conseguenze in termini di salute pubblica e quota di disabilità individuale.

Se volessimo sottolineare le peculiarità dell'adolescente rispetto alla psichiatria sociale, dovremmo ricordare, per

un adolescente che sviluppa sintomi, l'importanza della scuola come contesto di riferimento, in misura almeno sovrapponibile alla famiglia, pur considerando che nei ragazzi gli investimenti emotivo/relazionali tendono a trasferirsi naturalmente dalle figure parentali al gruppo dei pari. Si pensi, ad es., al gravissimo impatto psico-sociale che i sintomi di un esordio schizofrenico producono rispetto all'adattamento socio-scolastico e agli apprendimenti.

Per quanto attiene al problema della contiguità tra i comportamenti considerati normali e quelli considerati patologici, dobbiamo tener presente che si possono individuare una vastissima area di disagio e numerosi sintomi sub-clinici che richiedono una risposta di cura, non solo per intervenire su di una patologia franca, ma anche soltanto per superare un inciampo evolutivo momentaneo.

Ancora, se una presa in carico psicoterapica sembra auspicabile e tollerabile per molti ragazzi, ci si addentra in un territorio molto più pericoloso quando è necessario trattare precocemente i disturbi con farmaci, rispetto alle aspettative dell'adolescente e/o dei familiari, per ciò che concerne i vissuti di malattia, e gli esiti a breve e a lungo termine dei percorsi di cura.

Allora, se da una parte il problema del controllo sociale sembra meno rilevante rispetto alla storia della psichiatria dell'adulto, dall'altra è più critico il rapporto con il futuro e con gli esiti prognostici. Tuttavia, per esempio in tema di devianza minorile, l'allarme sociale in Italia e all'Estero si sta di nuovo amplificando, considerando sia i continui fatti di cronaca nera che hanno per protagonisti i giovani, sia l'evidente abdicazione del mondo adulto al proprio ruolo che sembra svuotare di contenuti la tradizionale dialettica tra genitori e figli.

Esiste indubbiamente una genesi dei disturbi legata all'interazione geni-ambiente che si attiva con modalità complesse e sulle quali la discussione è tutt'altro che sopita. Gli studi sull'attaccamento dimostrano come le relazioni precoci condizionino le vicende psicologiche dell'individuo e la sua traiettoria evolutiva. La Strange Situation secondo Ainsworth ci suggerisce che esistono strategie diverse per modulare la sicurezza personale, legate alle differenti esperienze relazionali soprattutto nei momenti in cui il bambino sente bisogno di protezione. I modelli descritti sono sicuro (B), evitante (A) e insicuro-resistente (C), oltre che attaccamento disorganizzato/disorientato individuato da Main e Salomon. Lo stile di attaccamento è a sua volta una condizione multifattoriale, che dipende da fattori biologici e genetici, qualità della Rete socio-familiare, fattori antropologici e culturali, esperienze di attaccamento del genitore, rapporto tra i coniugi ed età dei coniugi, ambiente fisico e socio-abitativo.

Nel contempo, la scoperta e lo studio dei neuroni specchio da parte di Rizzolatti e Gallese ha rappresentato un altro momento fondamentale di embricazione tra il biologico e lo psichico. La funzione dei neuroni-specchio

sembra essere cruciale nell'intelligenza sociale, in quanto, come è ormai noto, grazie ad essi nell'osservatore vengono generate delle rappresentazioni interne associate alle azioni osservate e alle emozioni e sensazioni esperite, come se egli stesse compiendo un'azione simile o provando una simile emozione o sensazione. Da tali elementi discende sviluppo della cosiddetta "teoria della mente", cioè la capacità di attribuire a sé e agli altri stati mentali indipendenti con i quali spiegarsi il comportamento proprio e altrui.

In questo modo, patologie della relazione e patologie del neurosviluppo non sembrano più procedere su strade diverse e inavvicinabili, ma possono richiamarsi finalmente ad approcci teorici e interpretazioni eziopatogenetiche coerenti tra loro ed unitarie. I disturbi dello spettro autistico, "contesi" da sempre tra psicologia e genetica, possono rappresentare da questo punto di vista un caso emblematico.

In questa disamina gli studi sui fattori di vulnerabilità e sui fattori protettivi e quindi sul concetto di resilienza vanno considerati altrettanto cruciali. Il termine "resilienza", mutuato dalla fisica, indica la capacità di attraversare esperienze traumatiche senza soccombere anzi sviluppando capacità riparative e maturative, quindi nuove e più articolate competenze.

Ancora, la certezza dei dati epidemiologici e la crescente coerenza dei rapporti tra psicologia e neuroscienze possono essere la base per confrontarsi sulle prassi operative necessarie ed efficaci e sul bisogno realmente espresso dalla popolazione rispetto alle progettualità a volte frammentate delle amministrazioni degli enti sanitari e locali in genere.

A tutt'oggi si registra carenza di luoghi di accoglienza in semiresidenzialità soprattutto per i casi gravi e le urgenze riguardanti ragazzi nella fascia d'età 14/18, che rischiano già il ricovero in SPDC e, di conseguenza, una deriva verso la cronicità dell'adulto e verso una carriera da "paziente difficile" favorita anche da "finte" o fallimentari prese in carico. E' soprattutto il servizio pubblico che può provare ad avere le spalle abbastanza solide per lavorare contemporaneamente sull'intersoggettività e sulle caratteristiche di personalità dell'individuo, con uno sguardo d'insieme che sappia tener conto del contributo e del punto di vista di altri interlocutori, soprattutto adulti significativi per il ragazzo, pur mantenendo saldi i riferimenti della relazione terapeutica e del setting individuale.

Allora, il "prendersi cura" delle fasce debolissime, che è la vera mission della neuropsichiatria dell'età evolutiva, va attuato in inevitabile sinergia con gli altri molteplici interlocutori (la famiglia, la scuola, i coetanei, altre istituzioni) in un quadro che è sempre molto complesso ed estremamente cangiante e che affonda profondamente le radici nel malessere della società. Tali obiettivi richiedono una responsabilizzazione totale e multiprofessionale, arricchita da flessibilità, tempestività e coerenza degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

- BALDASCINI L.: *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*. Franco Angeli, 1996
- BAUMAN Z.: *Modernità liquida*. Laterza, 2002
- BLOS P.: *The second individuation process of adolescence*, in *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967, pp 183-198
- BOWLBY J.: *Una base sicura*. Cortina Ed, Milano, 1988.
- CHARMET G.P.: *Fragile e spavaldo - Ritratto dell'adolescente di oggi*. Ed. Laterza, 2009.
- COPELAND W.E., SHANAHAN L., COSTELLO E.J., ANGOLD A.: *Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 2009; 66, 7: 764-772.
- COSTELLO E.J., EGGER H., ANGOLD A.: *A 10-year update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II*. *Developmental Epidemiology, J. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 2005; 45(1): 8-25.
- CAMAIONI L. (a cura di) *La teoria della mente*. Università Laterza – Psicologia, Bari, 1995.
- CRITTENDEN P.M.: *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Masson, Milano, 1997.
- CRITTENDEN P.M.: *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- FOX N. (ed.): *The Development of Emotion Regulation*. Monographs of the society for research in child development, 1994; n° 240 vol.59: nos.2-3.
- GALLESE V.: *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2005; 4: 23-48.
- GREENBERG L.S.: *Emotion, psychotherapy and change*. Guilford new York, 1991.
- DIAVOLETTO A.: *La presa in carico del disabile in età evolutiva*. Aspetti psico-sociali. Aracne Roma, 2011.
- FRIGERIO A., RUCCI P., GOODMAN R., AMMANITI M. et al: *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study*. *European child and adolescent psychiatry*, 2009; 18 4: 217-226.
- GIORDANO G.G.: *Per un'antropologia dell'adolescenza*. XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Perugia, 1997.
- GIORDANO G.G.: *L'adolescenza prolungata*. *Psichiatria Infanzia e adolescenza*, 1995; 62: 506.
- GUIDANO V.F.: *La complessità del sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- GUIDANO V.F.: *Il sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

20. KANDEL, E.R.: *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
21. LAMBRUSCHI F.: *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
22. MASTEN A.S.: *Resilience in development: implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology*. In D. Cicchetti (a cura di) Rochester Symposium on Developmental Psychopathology Hillsdale NJ, Erlbaum, 1989; pp 261-294
23. MAXWELL J.: *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica*. Franco Angeli, Milano, 1987.
24. MERIKANGAS K.R., NAKAMURA E.F., KESSLER R.C.: *Epidemiology of mental disorders in children and adolescents*. Dialogues Clin. Neurosc., 2009; 11 (1): 7-20.
25. MIGONE P.: *Introduzione alla psichiatria dell'età evolutiva*. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano, Masson, 1999; vol. 3 cap. 69: 2680-2691.
26. MINISTERO DELLA SALUTE: *Linee di indirizzo Nazionale per la Salute Mentale*.
27. MOLTENI M.: *Epidemiologia dell'età evolutiva: una review*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 2011; vol. 78: 249-265.
28. PALMONARI: *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, 1997
29. "Progetto Obiettivo per la tutela della Salute Mentale 1998/2000, 2001-3 e 2003-5", e Progetto Obiettivo Materno Infantile.
30. RECALCATI M.: *Il complesso di Telemaco*. Feltrinelli, 2013.
31. REGIONE CAMPANIA: *Proposta di legge: Istituzione del Dipartimento e delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 2012.
32. REGIONE EMILIA-ROMAGNA: DGR n. 911/07, *Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo generale dei processi clinico-assistenziali*. 2007.
33. REGIONE LAZIO: DGR 24 aprile 2009, n. 262, *Approvazione documento concernente: "Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la gestione delle emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio"*. 2009.
34. REGIONE VENETO: DGR n. 105/CR del 14-07-09, *Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute mentale 2010-2012-Allegato: salute mentale nell'Infanzia e Adolescenza*. 2009.
35. RIGON G.: *Presenza in carico terapeutica e riabilitazione psichiatrica in età evolutiva*. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 2011; vol. 78: 303-313.
36. SAFFORD P.L. & SAFFORD E.J.: *A History of Childhood & Disability*. Foreword by Seymour Sarason. New York: Teachers College Press, 1996.
37. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), *proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 2007.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Aldo Diavoletto

e-mail: aldodiavoletto@libero.it



Storia della Medicina

Il sifilitico nei suoi sinonimi tra malattia e letteratura

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Scienze Neurologiche
Mangone - Cosenza

Parole chiave: Sifilitico, sinonimi, sifilide.
Key Words: Syphilitic, synonyms, syphilis.

Ricevuto in Redazione il 29 maggio 2013

RIASSUNTO

Mentre la medicina, la letteratura ed il popolo contribuiscono ad assegnare alla sifilide un numero stragrande di sinonimi, per il malato, invece, l'apporto più consistente è dato dalla letteratura che trova la massima espressione in quella "burlesca" del Cinquecento toscano. Anche per gli appellativi che indicano il sifilitico, gli elementi basilari su cui questi nascono, sono di tipo politico-sociale (con il coinvolgimento della Francia e dei Francesi), clinico-dermatologico (con la perdita dei peli e presenza di piaghe), epidemico (con il ricordo della peste) e mitologico (con la dea Venere).

L'attenta indagine sulla letteratura del Cinquecento, ma anche dei secoli successivi, mette in luce un numero relativamente alto di modi di appellare il sifilitico. Ciò sembra essere dovuto inizialmente al coinvolgimento della malattia nella vita politica e sociale dell'Italia all'inizio dell'Era Moderna che coincide con la presenza e la diffusione in Europa di un nuovo morbo ad alta complessità clinica.

SUMMARY

Whereas the medicine, the literature and people show a leading part to confer an enormous number of synonyms to syphilis, the literature shows the leading part to confer the synonyms to the syphilitic patient, and, in special way, the florentine doggerel in XVI century. The postulates for the synonyms referred to the syphilitic patient are political and social (involving France and Frenches), clinical and dermatological (losing hair and showing sores), epidemic (remembering the plague), and mythological (involving Venus Goddess).

A detailed investigation on the literature characterizing the XVI century but also the next centuries, highlights numerous synonyms for the syphilitic patient because, very likely, the disease was involved into the social, and political aspects at the beginning of the modern Era. In Europe, this coincides with the presence, and the spread of a new disease showing a very great clinical intricacy.

Il più importante artista del Rinascimento tedesco, Albrecht Dürer (1471-1528), nel 1496 compone un'incisione per l'opera "Vaticinium in epidemicam scabiem" (Norimberga, 1496), di Frisian Dirk van Ulsen (1460 - 1508) detto Theodoricus Ulsenius. L'incisione, oggi convenzionalmente titolata "Il sifilitico", rappresenta un uomo che mostra i segni di una malattia nuova. E' sormontato dalla sfera celeste con le costellazioni zodiacali in cui Giove e Saturno sono nel segno dello Scorpione al centro l'anno 1484, detto "annus mirabilis" oppure "annus orribilis". Quest'anno è per l'artista una premonizione alla temibile e terribile malattia che colpirà la Germania dodici anni dopo: la sifilide, chiamata *morbo gallico* o, più popolarmente, *mal francese*.

Come per la sifilide¹ anche per il soggetto affetto non manca un numero relativamente alto di appellativi che lo

1 TAGARELLI A., LAGONIA P., TAGARELLI G., PIRO A. *The European misdiagnosis of syphilis*. Archives of Dermatology, 2011; vol. 147 (n. 4): p. 416; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Relationship between the etymology of the term syphilis, sexual transmission, and some clinical aspects of the eponymous disease*. Archives of Dermatology, 2011 ; vol. 147 (n. 9): p. 1096; TAGARELLI A., LAGONIA P., TAGARELLI G., PIRO A. *Intercessor saints protecting Europeans from syphilis*. Archives of Dermatology, 2011; vol. 147 (n. 10): p. 1202; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Greek and Roman myths recognized in naming syphilis*. Archives of Dermatology, 2011; vol. 147 (n. 11): p. 1316; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Imitator and Hérèdo: synonyms for syphilis' clinical symptoms*. Archives of Dermatology, 2011; vol. 147 (n. 12): p. 1442; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Dermatogeographical synonyms for syphilis*. Archives of Dermatology, 2012; vol. 148 (n. 4): p. 484; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Attribution of syphilis to the Celts, the Gauls, and the French*. Archives of Dermatology, 2012; vol. 148 (n. 6): p. 733; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Morbus europaes: Europeans naming syphilis for their enemies*. Archives of Dermatology, 2012; vol. 148 (n. 7): p. 831; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Italian Renaissance. France synonymous with syphilis*. Archives of Dermatology, 2011; vol. 148 (n. 8): p. 938; TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *Terms for syphilis between the 16th and the 20th centuries*. Archives of Dermatology, 2012; vol. 148 (n. 9): p. 1036. TAGARELLI A., LAGONIA P., TAGARELLI G., QUATTRONE A., PIRO A. *The relation between the names and designations of syphilis in the century and its clinical gravity*. Sex Transm Infect, 2011; vol. 87 (n. 3): p. 247. TAGARELLI A., TAGARELLI G., LAGONIA P., PIRO A. *A brief history of syphilis by its synonyms*. Acta Dermatovenereol Croat, 2011; vol. 19 (n. 4): pp. 228-236.



Fig. 1 - Il Sifilitico, Albrecht Dürer, 1496

identificano; tra questi, numerosi sono quelli che ricordano la Francia e i Francesi.

Nel meridione d'Italia, l'appellativo *infranciosato*, molto comune nel resto della Penisola, diventa *'nfranzisàtu* (singolare maschile) e *'nfranzisàta* (singolare femminile); lievi variazioni, "v" invece di "f" e/o "s" invece di "z", esistono a seconda i dialetti locali. L'appellativo *'nfranzisàtu* risale al 1496, come dimostra la filastrocca dal titolo "Li 'nfranzisati" che racconta delle genti di Montecalvo Irpino (provincia di Avellino) e della battaglia in quell'anno tra i Francesi e Ferdinando II d'Aragona (1469 - 1496) re di Napoli²; ecco i versi tradotti in italiano:

*Fu nel 1496 / che fecero la guerra, sotto Montecalvo, / il re di Francia e il re di Napoli.
Qualche donna che faceva la prostituta, / anche se non li capiva quei francesi
che si esprimevano <<Cicìp cicìòp e ccicèra>>, /
sapeva ciò che essi volevano, perché / ardevano dalla voglia, lontano dalle consorti.
Così lei si buscava il denaro / e una malattia sconosciuta che poi trasmise
ai giovani del paese, che non riuscivano / a venirne fuori, e da allora
li indicavano come li 'nfranzisati.
Di una ragazza che se ne partì con quei soldati, / la gente così ironizzava:
<<Agnese si reca in Francia / con un carico di stronzi.
È indaffarata Agnese tra le bilance, / li piazza a sei ducati l'oncia!>>³.*

Questo modo di denigrare è ancora oggi usato in Campania e nel resto del Meridione Continentale. In particolare, il termine *'nfranzisàta* da sostantivo diventa aggettivo in puttana *'nfranzisàta*, appellativo usato per offendere fortemente una donna o denigrare una prostituta. Nel resto d'Italia, oltre che *infranciosato*, si usa dire *francesato*⁴, *malfrancesato*⁵, *malfranciosato*⁶ e *affranciosato*. Quest'ultimo appellativo è utilizzato da Giovanni Battista Lalli (1572 - 1637) quando presenta, in versi, il canto II del suo poema "La Franceide":

*Mira Esculapio, con la Dea d'Amore, / gli affranciosati in general rassegna.
Vinto il Francese in pugna, il nome assegna / al morbo rio, ch'altrui consuma il core⁷.*

La letteratura burlesca toscana del XVI secolo fornisce alcuni interessanti appellativi. Il sostantivo *infranciosato* è trasformato in verbo da Pietro Aretino (1492 - 1556) nell'opera "Pronostico dello anno MDXXXIII..." dedicata a Francesco I (1494 - 1547) re di Francia quando, nel capitolo VIII dal titolo "Di Clemente VII", riferendosi al papa Clemente scrive: *Papa Chimento, [...] [nasconde] i guidareschi [le piaghe] delle quali ricopre la discrezione della coperta [...] poiché egli ha indugiato tanto a infranciosarsi [...]*⁸.

2 GUICCIARDINI F. *Storia d'Italia*. Volumi 4. Parigi: Baudry, 1832.

3 SICILIANO A. *Lo zio d'America*. Avellino: Menna; 1988. "Li 'nfranzisati." *Fu a lu Millecquattucientunvantasei / Ca facièrnu la uèrra, sòtta Munticàlvulu, / lu rré di Francia e lu rré di Nàbbuli. / Còcche ffémmina ca facéva la rascia, / puru s'nni li ccapév'a 'ddri franzisi / ca parlàvunu <<Cicìp cicìòp e ccicèra>>, / sapéva quédru ca vulévunu, picché / stévun'assiccitàti, luntànu da li mmuglièri. / Accussi éddra s'abbushcàva li soldi / e ppuru na bèlla pruvidènza ca po' passàvu / a li giùvini di lu paese, ca 'n zi putévunu / accòglie da 'ddrù male, e da 'ntànnu / li chjamàrnu li "'nfranzisàti' ". / Di na figliòla ca si ni jètt cu 'ddri suldàti, / li cristiàni accussi ssi la rirévunu: / <<Agnésa jètt 'n Francia / Cu na sàlima di strònza. / Còrr' Agnésa cu li bbilànzi, / li bbènn'a ssèji ducati l'onza!>>*

4 NASTO L. "Qui è di Franza il dilettevol male e di San Lazzaro la lebbra gioconda". *L'Arcispedale di San Giacomo degli Incurabili*. In: FEDELI BERNARDINI F. (a cura di), *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*. Bari: Dedalo; 1994, pp. 365-371, p. 371.

5 NASTO L. "Qui è di Franza il dilettevol male e di San Lazzaro la lebbra gioconda". *L'Arcispedale di San Giacomo degli Incurabili*. In: FEDELI BERNARDINI F. (a cura di), *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*. Bari: Dedalo; 1994, pp. 365-371, p. 370.

6 ARRIZABALAGA J., HENDERSON J., FRENCH R. *The great pox. The french disease in Renaissance Europe*. Londra: Yale University Press; 1997; pp. 36, 204, 208.

7 Lalli G.B. *La Franceide*. In: Raccolta dei più celebri poemi eroi-comici italiani. Con cenni biografici dei rispettivi autori. Firenze: Alcide Parenti; 1842, volume II, pp. 434-489, p. 458.

8 NOVATI F. (a cura di). *Biblioteca Storica della Letteratura Italiana*. – volume VI. *Pronostico dello anno MDXXXIII composto*

L'aretino usa, inoltre, l'appellativo *sfranciosato* nel V ed ultimo atto de "La Cortigiana" (scena XIV); fà dire al Rosso: [...] *la galanteria degli ufficiali [cortigiani], tutti sfranciosati e tignosi, e se il Tevere gli corresse dietro non sariano per lavarsi le mani [...]*⁹. Nella letteratura burlesca, ancora, è interessante il contributo ricavato dalle rime del poeta Antonio Cammelli (1436 - 1502) detto Pistoia che, rivolgendosi ad una gentildonna, così descrive in un sonetto la sua sifilide:

*Madonna, a la franciosa son vestito, / di novo, come un gotto imbullettato, / e sotto e sopra e dinnanzi e da lato
per tutte le mie carni io son ferito. / Forsi tu pensi che mi doglia un dito / ed io son sopra i triboli locato;
quando interciso son, quando squartato, / son come un porco ogni notte arrostito.
L'affanno di Perillo non fu tale: / non altrimenti è 'l mio dolor crudele / che d'un ch'è vivo scorticato in sale.
Ardo alle fiamme de mille candele, / son come chi a le vespe o a le cicale / sta al sol più caldo, unto tutto di mele.
Vanno le mie querele / fra' santi ognora in ciel per ciascun loco, / biastemiandoli tutti insino al coco.
Or attendete un poco / a quanto strazio si ritrova al mondo / chi toglie il quadro e lascia stare il tondo¹⁰.*

Nell'ultimo verso di questo sonetto, il poeta confessa anche di essersi ammalato per avere abbandonato la sodomia omosessuale (quadro) a favore della eterosessualità (tondo). Ancora, in un altro sonetto, il Cammelli si definisce *baron di Francia*. Il sarcasmo utilizzato in questo appellativo dal poeta fà immaginare sifilide non come quella facilmente riscontrabile in qualsiasi uomo di strada, ma blasonato, altolocato e pertanto adatto alla sua elevatura non tanto nobiliare quanto culturale. E continua a descrivere la sua afflizione. I versi:

*Madonna, ancor son vivo, e non è ciancia, / più sensitivo che l'usato assai, / con una dignità che tu non sai,
di novo eletto tra' baron di Francia. / Or ho un pugnai in spalla, or una lancia, / addoloro ogni notte, e non fo mai
un riso, ma coperto in mille guai / vo in contrappeso, come una bilancia. / Tre son meco nel regale officio,
Galasso, Giancristofaro e Diodato, / ch'al patibul andiam pel malefizio. / Da mille bolle è ognun di noi signato,
né mai ci donò il papa un benefizio, / sì che 'l nostro sperare è disperato.
Adonque, nello stato / che noi ci ritroviam, ti fo assapere, / perché amandoci so ne avrai piacere¹¹.*

L'appellativo *baron di Francia*, mutato in *baron di Franza*, è usato dal poeta Teofilo Folengo (1491 - 1544), detto fra l'altro Limerno Pitocco, nella sua opera "Orlandino" (capitolo II; III ottava). Affiancato a questo appellativo ne usa uno inaspettato ed anche originale, *Cavaliere de Rodos*; quest'ultimo, che ricorda i cavalieri di Rodi, diventa in questo caso una metafora: Rodi è l'isola di Venere, dea dell'amore.

*Gode 'l Spagnuolo, che sotto Pavia / fatt'ha prigion di Franza sì alto Roy, / ed io nel grembo a Caritunga mia
ho preso tutta Franza per ma foy. / A che voler Italia in sua ballia, / passando or Adda, or il Tesin, ed Oy?
Venite ad me, Signores; faciam todos / Baron di Franza, e Cavagliere di Rodos¹².*

Un altro poeta burlesco, Niccolò Campana (1478 - 1523), detto Strascino, descrive ne il "Lamento di quel tribulato di Strascino Campana senese sopra il male incognito, ..." la sua sifilide e, nella XCIV ottava, non si definisce "barone" come fanno Cammelli e Folengo, ma "paladino" o "conte":

*Quanto felici fur nostri anti nati / che per ogni postribul si sfamorno, / senza timor giammai d'esser vessati.
Da questo mal pien di danno, e di scorno / et noi col lume in man ci siam gabbati. / Come si vede ogn'hor giorno per giorno
che qualcun te ne mostra il segnio in fronte / desser di Francia paladino o conte¹³.*

Lo stesso fà in modo più esplicito Giovanni Francesco Bini (XV secolo - 1524) che, nel suo sonetto "Del mal francese" (III terzina), dice:

da Pietro Aretino flagello dei principi e quinto evangelista - Bergamo: Istituto Italiano d'Arti Grafiche; 1900, Capitolo VIII "Di Clemente VII", pp. 11-13.

9 ROMANO A. (a cura di). *Pietro Aretino. La Cortigiana ed altre opere*. Milano: Rizzoli; 2008, p. 149.

10 RENIER R. (a cura di). *I sonetti del Pistoia. Giusta l'apografo trivulziano*. Torino, Firenze: Loescher E.; 1888, p. 170.

11 RENIER R. (a cura di). *I sonetti del Pistoia. Giusta l'apografo trivulziano*. Torino, Firenze: Loescher E.; 1888, p. 168.

12 FOLENGO T. *Orlandino di Limerno Pitocco*. Londra, Parigi: Molini; 1773, p. 26.

Roy, Re. Intende Francesco I. Oy, sembra voler indicare il fiume Oglio che scorre nel Mantovano.

13 CAMPANA A. *Lamento di quel tribulato di Strascino Campana senese sopra il male incognito, il quale tratta della patientia & impatentia*. Venezia: Nicolo d'Aristotile detto Zoppino; 1529.

[...] *Quei, che son della tavola ritonda, / come voi altri Paladin di Francia, / non patiscono, ch' l' ver mai si nasconda*¹⁴.

Questo sarcasmo, tipico della poesia burlesca toscana, è utilizzato, senza fare riferimento alla Francia, da Pietro Aretino nella lettera dal titolo “Di Portogallo” in cui dice: [...] *il signor Camillo da Lamentana* [Camillo Orsini, condottiero] [...] *santibus suis et manu propria dà il legno* [guaiaco, legno per curare la sifilide] *ai cavalieri del male amoroso* [...] ¹⁵. Ancora, il poeta Anton Francesco Doni (1513-1574), in una sua lettera di tono satirico rivolta allo scrittore e politico Vincenzo Dini (XVI secolo) utilizzando uno dei principali e non equivocabili sintomi della malattia, la perdita dei peli, lo definisce *pelato*¹⁶ che in Sicilia gli abitanti di Noto (provincia di Siracusa) chiamano *spilatoriu*¹⁷.

Al di fuori della letteratura burlesca, gli appellativi per identificare il soggetto affetto da sifilide continuano ad essere numerosi. In Emilia Romagna, il diarista Bernardino Zambotti (1476 - 1504) scrivendo la storia di Ferrara, dice: *A di 3* [dicembre 1497], [...] *fu seppellita la illustrissima madona Anna* [Anna Maria Sforza] [...] *E lo signore don Alphonse suo marito non intervenne per essere* [...] *tanto impiagato de brozole* [bubboni venerei]¹⁸. Anche nel Lazio dove è comune il termine *piagosi*¹⁹, gli affetti sono detti *impiagati* come dimostra l' iscrizione, “Elemosina per li poveri impiagati dell' incurabili”, riportata nel bassorilievo dell' elemosiniere all' ingresso della Chiesa di Santa Maria Portae Paradisi di Roma; parte integrante, ancora oggi, del complesso ospedaliero San Giacomo degli Incurabili. Il termine “Incurabili” nasce il 19 luglio 1515 con la Bolla Pontificia “Salvatoris Nostri” di Leone X (1513 - 1521), al secolo Giovanni de' Medici (1475 - 1521), il quale stabilisce: *D' ora in poi l' Ospedale San Giacomo prende il nome dai poveri incurabili* [sifilitici] *e dia ricovero, nutrimento e cura ad uomini e donne affetti da qualunque male infettivo ed incurabile, compreso il morbo gallico, eccettuata la lebbra e la peste*. Con questo documento l' Ospedale prende il nome di Arcispedale degli Incurabili²⁰ o semplicemente “incurabili” come dimostra la pietra marmorea dell' elemosiniere. In questo ospedale e negli altri che nascono in Italia nel corso del Cinquecento²¹, i soggetti affetti dalla sifilide vengono condotti in cariola e spesse volte vi rimangono a causa del sovraffollamento. La necessità di ricoverare i soggetti affetti in particolari ospedali oppure in aree da questi separate si riscontra, nel Cinquecento, a Londra con le strutture appaiate all' ospedale San Bartolomeo ed in Germania con le Bletterhaus²².

Il popolo veneto chiama il soggetto affetto con l' appellativo di *impiagato*²³ che si trasforma nel dialetto *impiagao* come testimonia la “canzonaccia” cantata dalla emblematica maschera veneziana, Bernardon, la quale è rappresentata da un lurido vecchio ammalato, portato in cariola, e gli stracci che lo coprono ne lasciano intravedere le piaghe. Eccone i versi:

*Povero Bernardon tuto impiagao! / Col baston son redoto, e pien de fame, / a pianzar per la strada el mio pecao
che tuto intiero m' à imarzio el corbame;*²⁴ / *causa ste scarabazze*²⁵, *e la so scuola, / so sta butao ne la quinta cariola*^{26,27}.

14 IL PRIMO LIBRO DELL' OPERE BURLESCHES. Del Berni, del Casa, del Varchi, del Mauro, del Bino, del Molza, del Dolce, del Firenzuola. Usecht al Reno: Broedelet J.; 1760, p. 326.

15 ROMANO A. (a cura di). Pietro Aretino. *La cortigiana e altre opere*. Milano: Rizzoli; 2008, pp. 297-298, 334.

16 FANFANI P. (a cura di). *I Marmi di Antonfrancesco Doni*. Firenze: Barbera G.; 1863, p. 12.

17 PITRÈ G. (raccolta ed ordinata da). *Medicina popolare siciliana*. Torino-Palermo: Carlo Clausen; 1896, p. 460.

18 ZAMBOTTI B. *Diario ferrarese dall' anno 1476 al 1504*. In: ZAMBOTTI B. *Diario ferrarese dall' anno 1476 sino al 1504*. In: MURATORI L.A. *Rerum Italicarum Scriptores ab anno aere christianae quingentesimo ad millesimum quingentesimum quorum potissima pars nunc primum in lucem prodit ex Ambrosianae, Estensis, aliarumque insignium bibliothecarum codicibus*. Ludovicus Antonius Muratorius collegit, ordinavit, & praefationibus auxit Milano: Tipografia Società Palatina; 1723-51, pp. 276 – 277.

19 VANTI M. S. *Giacomo degli Incurabili di Roma nel '500*. Roma: Pustet; 1938.

20 FEDELE E. *L' Ospedale San Giacomo in Augusta tra storia, assistenza e cultura*. Annali Italiani di Chirurgia, 2003; vol. 74, n. 2: pp. 5-10.

21 FIORILLO C. *Gli Incurabili*. Udine: Camponotto Editore; 1991.

22 SIENA K. *The clean and the foul: paupers and the pox in London Hospitals, c.1550-c.1700*. In: SIENA K. (a cura di) “Sins of the flesh. Responding to sexual disease in early modern Europe”. Toronto: Centre for Reformation and Renaissance Studies; 2005, p. 264.

23 DI GIACOMO S. *La prostituzione in Napoli nei secoli XV, XVI e XVII*. Napoli: R. Marghieri; 1899.

24 *Imarzio el corbame*, avvelenato sino al midollo

25 *scarabazze*, prostitute

26 *quinta cariola*, uomo senza forze

27 Questa “canzonaccia”, secondo Giulio Pullé nelle sue note ai *Canti pel popolo veneziano, illustrati* (Venezia: Gaspari; 1844) di JACOPO VINCENZO FOSCARINI, è una ammonizione alla gioventù veneziana a non seguire le orme del ... *povero Bernardon, che, spossato dalla fame e dalla miseria, e tutto guasto la carne e le ossa da immedicabili piaghe, a cagion de' suoi vizi, è ridotto girar per le strade sostenendosi sulle zampelle, e piangendo il proprio peccato!*

Il dialetto veneto utilizza anche *impestà* (appestato o impestato) rendendolo verbo con *impestàr*²⁸, mentre nel resto dell'Italia, gli uomini colti preferiscono usare il termine *impestato*²⁹, a ricordo della *novella peste* (sifilide) caratterizzata dai bubboni linfonodali presenti specialmente nell'area inguinale.

Dal medico Giovanni Manardi (1462 - 1536) che sostiene la contagiosità della malattia attraverso il coito, il soggetto affetto è chiamato *elefantioso*, da "elefantiasi", antica e conosciuta malattia in parte dermatologica. Ecco un estratto del suo scritto: [...] secondo alcuni il male non poteva essere assolutamente nuovo perché già era comunissimo in una delle isole scoperte dagli Spagnoli nell'America, ed importato così in Europa dagli stessi Spagnoli, che l'avevano contratto nel suo luogo di origine. Altri dicono che cominciasse nel tempo in cui Carlo VIII preparava la sua spedizione in Italia, e che cominciasse appunto a Valenza da una nobile cortigiana i favori della quale per una notte furono comprati da un tale cavaliere elefantioso [affetto da sifilide] con cinquanta scudi di oro. E siccome la gioventù accorreva a quella cortigiana, così in pochi giorni ne furono infetti al di là di quattrocento. Di questi poi alcuni si andarono ad arruolare con re Carlo [VIII], quando doveva scendere in Italia, e vi aggiunsero agli altri mali anche questo, che non certo appartiene ai leggieri³⁰. Un altro medico, Jaques de Bèthencourt (XVI secolo) propone, in un periodo in cui è accettata la trasmissione sessuale della malattia, di chiamarla *mal vénèrienne*, da Venere, dea dell'amore nella mitologia romana; da ciò il soggetto affetto è chiamato *venereo*³¹. Inoltre, dal termine lue (dal latino lues, malattia, pestilenza, contagio, epidemia) che dal XVI al XIX secolo indica anche la sifilide, deriva *luetico*³² cioè soggetto affetto. Quest'ultimo appellativo ha maggiore diffusione nel XIX secolo e nei primi anni del secolo successivo in cui è anche interessante ricordare, nei primi anni, l'appellativo francese *avariè* (avariato) derivante dal titolo dell'opera teatrale "Les avariès" (Parigi, 1901) di Eugène Brieux (1858 - 1932). Con quest'opera, con quella coeva dal titolo "Venus" di Michel Corday (XIX-XX secolo) e con quella di dieci anni prima dal titolo "L'infamant" di Paul Vérola (1863 - 1931) e con altre, si tende a fare campagna antiluetica in Francia che, come in altri Paesi, non riscontra il successo atteso. Con "Les avariès" emerge fortemente una nozione medica per quegli anni assolutamente nuova: la malattia sociale. Questa è inserita dal famoso medico sifilografo Alfred Fournier (1832 - 1914) a cui l'opera è dedicata, nella triade delle pesti di quel tempo: sifilide, alcoolismo e tubercolosi.

Infine, al di là del continente europeo, Francisco Lopez de Gomara (1511 - 1566) che segue la spedizione di Hernán Cortés (1485 - 1547), come cappelano, nel 1516 per la conquista del Messico, riferendosi ai costumi degli abitanti dell'isola di Hispaniola (attuale Haiti e Repubblica Dominicana), riporta un nuovo modo di chiamare il soggetto affetto: *buboso*. Infatti, scrive nella sua opera "La Historia General de Las Indias ..." ³³: [...] *Coloro che provengono dall'isola Hispaniola sono tutti bubosos* [affetti da sifilide]; e come gli Spagnoli giacciono con le Indiane, si infettano di Bubas, malattia pericolosissima, e che li tormenta con violenti dolori [...] ³⁴. Il nobile spagnolo affetto, essendo egli di altolocata famiglia, non presenta le *bubas* bensì le *fine bubas* e pertanto non è un *buboso* ma un *fino buboso*³⁵ (*delicato buboso*).

Così, come per la sifilide, anche i soggetti affetti assumono nomi differenti tenendo fede che quest'ultimi sono sempre conseguenza degli eventi.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Antonio Tagarelli

e-mail: antonio.tagarelli@cnr.it

28 BOERIO G. *Dizionario del dialetto veneziano*. Venezia: Santini A. e Figlio; 1829.

29 DIANZANI M.U. *La medicina torinese fra vitalismo e positivismo. Un dramma in Accademia, 150 anni fa: Casimiro Sperino e la sifilizzazione*. Torino: Accademia di Medicina di Torino; 2001, p. 87.

30 MANARDI G. *Epistolarum medicinalium libri XX e quibus ultimi duo in hac edizione primum accesserunt, una cum epistola ... de morbis interioribus ... eiusdem in Joan. Mesue Simplicia et Composita annotationes e censure, omnibus practicae studiosis adeo necessariae ...*. Basilea: Michele Insingrino; 1535, p. 120.

31 CIPRIANI M. *I nomi di persona nella terminologia dermo- e venereo-patica. Sintomi, sindromi e malattie. Dizionario*. Ascoli Piceno: Società Tipo-Litografica; 1942, pp. 284-285.

32 CIPRIANI M. *I nomi di persona nella terminologia dermo- e venereo-patica. Sintomi, sindromi e malattie. Dizionario*. Ascoli Piceno: Società Tipo-Litografica; 1942, pp. 262-263.

33 LOPEZ DE GOMARA F. *La Historia general de Las Indias, con todo el descubrimiento y cosas notables que han acacido dende que se ganaron, ata el año de 1551*. Saragozza: Miguel Çapila; 1553.

34 GIRTANNER C. *Abhandlung über die venerische krankheit*. Göttingen: Johann Christian Dieterich; 1789. FRANCISCO LOPEZ DE GOMARA. *Primera y segunda parte de La Historia general de Las Indias, con todo el descubrimiento y cosas notables que han acacido dende que se ganaron, ata el año de 1551*, pp. 881-886, p. 882. [...] *Los de aquesta Isla Española son todos bubosos; y como los Españoles dormian con las Indias, hinchieronse luego de bubas, enfermedad pagajosissima, y que atormenta con recios dolores [...]*.

35 GASKOIN G. *The medical works of Francisco Lopez de Villalobos*. London: Churchill J and sons; 1870, pp. 76, 90.

The placebo and nocebo effect

ASL SALERNO
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
AREA TERRITORIALE-NOCERA INFERIORE

Emilio Leo

Parole chiave: Placebo, nocebo, serotonina, dopamina, oppioidi endogeni, giro cingolato anteriore, corteccia prefrontale, sostanza grigia periacqueduttale.

Key Words: Placebo, nocebo, serotonin, dopamine, endogenous opioids, anterior cingulate gyrus, prefrontal cortex, periaqueductal gray.

Ricevuto in redazione il 1 luglio 2013

SUMMARY

The placebo effect of an inert molecule, used in clinical trials of drugs, is recognized to be due not only to the positive psychological effects of the patient but also to the action that the positive attitude and confidence in the drug has on the brain; you modify million neurotransmitters with an increase of serotonin, dopamine and endogenous opioids and reduction of the mediators of anxiety. On the contrary the nocebo effect label negative or unwanted reactions that occur following the administration of an inert molecule; this effect in clinical practice determines with the occurrence of many side effects with drugs usually well tolerated. The attitude of the patient during a course of therapy with regard to the recruitment of drugs depends on the behavior and attitude of all health care workers who take care of the patient.

RIASSUNTO

L'effetto placebo di una molecola inerte, utilizzato nelle sperimentazioni cliniche dei farmaci, è riconosciuto essere dovuto non solo agli effetti psicologici positivi del paziente ma anche all'azione che l'atteggiamento positivo e la fiducia nel farmaco ha sul cervello; si modificano milioni di neurotrasmettitori con aumento di serotonina, dopamina ed oppioidi endogeni e riduzione dei mediatori dell'ansia. Al contrario l'effetto nocebo etichetta le reazioni negative o indesiderate che si manifestano a seguito della somministrazione di una molecola inerte; questo effetto nella pratica clinica determina con la comparsa di tanti effetti collaterali con farmaci usualmente ben tollerati. L'atteggiamento del paziente durante un ciclo terapeutico nei riguardi dell'assunzione dei farmaci dipende anche dal comportamento e dall'atteggiamento di tutti gli operatori sanitari che prendono in cura il paziente.

INTRODUCTION

The placebo is an inert substance, devoid of the specific biological activity, which, while devoid of therapeutic efficacy, is used to cause a positive effect on a symptom or a disease.

Nocebo is the term, unlike placebo, used to label a molecule that causes negative or undesired reactions. The nocebo effect occurs following the administration of a fake drug completely inert, but by the patient perceived as harmful.

DISCUSSION

Treatment with placebo is used in scientific research to verify the effective action of the active ingredients: a group of people is treated with the active drug and the control group (which must have strictly the same characteristics of the type of pathology, age, race, and clinical symptomatology) is treated each other with placebo. Comparison is important because it is well known that in diseases with a strong psychosomatic component, such as insomnia, headache or depression, the placebo effect may reach 35-40% of improvements, with peaks of 60-80% in the first three months of treatment. Afterwards the group treated with placebo returns to the intensity of usual symptoms, while the active treatment group shows that the improvement is not only more pronounced, but persists over time. The effectiveness of a drug is measured precisely by the difference in the results between the treated group and the placebo group, usually at three and six months after starting treatment. The effect of "placebo" (from the Latin placere, literally "to like") indicates the beneficial role of positive expectations supposing the drug is effective. Various factors affect the effectiveness of the placebo effect (Tab 1):

- behavior and attitude of health workers (doctors, pharmacists, nurses, family members). The attitude of health workers - doctors, pharmacists, nurses - is of vital importance as a placebo if they can listen, comfort have a positive and optimistic attitude and, while using the same drugs, you get much more significant improvements compared to cold and aloof approach.
- organoleptic characteristics and color of preparation: it is shown that, for example, an unpleasant taste improves the effectiveness of multivitamin; the red or yellow color of the tablets improves the effectiveness of antidepressants;



- route of administration: for example antibiotics administered intramuscularly or anxiolytics orally;
- formulation of the preparation: formulation in drops of anxiolytic effect has increased since it requires the patient to count them carefully, increasing its active participation in treatment.

Table 1 Placebo Effect and factors that influence its effectiveness	
DRUG	FORMULATION / WAY ADMINISTRATION / COLOR
ANXIOLYTICS	Formulation In Drops
ANTIBIOTICS	Intramuscular Administration
ANTIDEPRESSANTS	Color Red Or Yellow
LAXATIVES	Color Brown Or Dark Green
MULTIVITAMIN	Intramuscular Administration; Unpleasant Taste When Administered Orally
TRANQUILLIZERS	Color White, Light Green Or Blue

It is not correct to say that the placebo effect is only psychological. The expectation change the attitude of the patient towards the disease and the symptoms it brings. Everything in the brain leads to the modification of millions of neurotransmitters, if the expectation is positive:

1. serotonin, regulator of mood - the perception of the severity of a symptom increases if the mood is depressed and decrease if the mood is good -;
2. dopamine, which improves the vital energy, assertiveness, positive attitude and hope is the latter aspect difficult to quantify, but extremely powerful in influencing the activity of the immune system, through subtle interactions nervous, immune and hormonal.
3. endogenous opioids, endorphins, which are our natural painkillers. This also explains the improvement of pain, especially in its psychic components of resonance, related to anxiety, loneliness, depression.

On the other hand, the adrenaline and all the mediators of anxiety are reduced.

The data obtained from the literature show that the placebo effect active specific brain areas (Kong et al, 2007; Scott et al, 2008). These changes occurring in the brain are demonstrated using sophisticated techniques of investigation such as Positron Emission Tomography (PET) and functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI). These techniques have shown that the placebo effect active:

- the anterior cingulate gyrus, which is involved in emotional color of an experience, but also in the modulation of visceral pain (abdominal and pelvic);
- the prefrontal cortex, involved in emotion, the perception of time, in the mechanisms of reward,

discriminative learning and on the impulsiveness, aspects that may be involved in the processing of the meaning of pain;

- the periaqueductal gray, which is involved in anxiety and panic, which also increase in the pain.

So the placebo effect is “real” and it is based on significant changes in the neurobiological activity of the brain. Besides the placebo has a indirect biological effect, related not to the active substance but to the positive expectations that the same administration, and the way in which it was made, are activated in the patient so treated (Field and Swarm, 2008).

On the contrary, the nocebo effect, (from the Latin nocere literally “to damage”), identifies the situations in which the negative expectation can be so powerful that also affect the biological response. For example, in the case of nocebo effect the uptake of a “fake” drug that does not contain specific active ingredients, but only an inert substance, can give rise to side effects, as determined by single negative expectancy: the occurrence of side effects in the absence of active ingredients, or in clinical practice, the occurrence of many side effects with drugs usually well tolerated. In clinical trials, the nocebo effect occurs for two main reasons:

1. the patient (enrolled in the control group) attaches to the drug problems or symptoms that were already present but to which he previously paid little attention (eg autonomic symptoms “nonspecific” such as weakness, fatigue, irritability, difficulty in sleeping or digestion, or sexual symptoms, or minor skin symptoms, such as mild acne) and he now attaches them to the drug.
2. the patient is well documented on research in progress and receives a negative conditioning: the negative expectation acts on the neurobiological system, immune and hormonal systems in the opposite way if compared to the placebo.

The nocebo effect is not so all uncommon, it is found daily in many patients who complain of a list of side effects with a drug, generally well tolerated, because they have read the leaflet accompanying the package and they are frightened.

The factors that increase the nocebo effect are:

1. an anxious personality and hyperreactive, regulated by the autonomic nervous system, which is the great director of our primary reactions to a drug;
2. health care professionals - doctors, pharmacists, nurses - detached and hurried, that do not activate the confidence essential to understand why the drug is necessary to cure or at least to improve;
3. a context (media included) that demonize the drug used (eg terrorism against hormone replacement therapy for menopausal women).

These effects have solid neurobiological basis and are not an expression of psychic suggestion, which deserves to

be known, to enhance the favorable effect not only of our medicines but also of our behaviors, especially, but not only, in the treatment of pain, but also in limiting the negative effects (Walach and Jonas, 2004).

CONCLUSION

We can better use the role of the placebo effect in every path of healing - the “science of healing” - (Walach and Jonas, 2004) - first by encouraging the patient who is suffering to take the lead role in the healing journey, establishing a good doctor-patient relationship, to optimize the confidence and hope; and by evaluating clinically in an intelligent way the real side effects and distinguishing them from the symptoms deriving from the fear of disease. The role of the family is critical. Family members should support the patient that faces disease with the presence, affection and concern. All this can minimize the fear, especially in chronic pain, reducing the nocebo effect and, on the other hands, enhancing the hope and the ability to heal - the perfect placebo effect - thus utilizing active drugs more effectively.

BIBLIOGRAPHY

1. HÄUSER W, BARTRAM C, BARTRAM-WUNN E, TÖLLE T.: *Adverse events attributable to nocebo in randomized controlled drug trials in fibromyalgia syndrome and painful diabetic peripheral neuropathy: systematic review*. Clin J Pain, 2012 Jun;28(5):437-51.
2. HÄUSER W, HANSEN E, ENCK P.: *Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice*. Dtsch Arztebl Int., 2012 Jun;109(26):459-65. doi: 10.3238/arztebl.2012.0459. Epub 2012 Jun 29.
3. COLLOCA L, FINNISS D.: *Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes*. JAMA, 2012 Feb 8;307(6):567-8. doi: 10.1001/jama.2012.115.
4. LEMOINE P.: *The placebo mystery or neurobiology of the soul*. Bull Acad Natl Med., 2011 Oct;195(7):1465-76. French.
5. SCOTT D.J. STOHLER C.S. EGNATUK C.M. WANG H. KOEPPE R.A. ZUBIETA J.K.: *Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses*. Arch Gen Psychiatry, 2008; 65 (2): 220-31.
6. FIELD B.J. SWARM R.A.: *Chronic pain – advances in psychotherapy. Evidence based practice*. Hogrefe & Huber, Cambridge, MA, 2008
7. KONG J. KAPTCHUK T.J. POLICH G. KIRSCH I. GOLLUB R.L.: *Placebo analgesia: findings from brain imaging studies and emerging hypotheses*. Rev Neurosci, 2007; 18 (3-4): 173-90.
8. WALACH H. JONAS W.B.: *Placebo research: the evidence base for harnessing self-healing capacities*. J Altern Complement Med., 2004; 10 Suppl 1: S103-12.

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Emilio Leo

e-mail: emilioleo80@alice.it

Etica e Pratica Clinica

Mario Ascolese

Dottore di Ricerca in “Scienze Chirurgiche dell’Età Evolutiva”

Dirigente U.O.C. Chirurgia Pediatrica A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno

Presidente AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani) - Vicepresidente “Centro Studi Schola Medica Salernitana”

Parole chiave: Etica, deontologia, comitato etico

Ricevuto in Redazione il 10 luglio 2013

Key Words: Ethics, deontology, ethics committee

RIASSUNTO

La responsabilità del medico consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo.

Le mutate condizioni del contesto sanitario e socioculturale maturate negli ultimi anni, il progredire della scienza che ha introdotto nuove tecnologie e perfezionato quelle esistenti, hanno fatto emergere nuovi dilemmi, problemi e conflitti etici, in particolare sulla legittimità di alcuni interventi, che sollecitano tutti gli operatori sanitari a trovare nuove risposte concettuali e operative nella pratica clinica quotidiana e a ripensare in particolare il rapporto con la persona assistita.

Viviamo, inoltre, in società pluralistiche nelle quali coabitano molte visioni dell’uomo. Le scelte morali e le fedi religiose o laiche che sono diverse, e talora conflittuali o antagoniste tra loro, portano a considerare le diverse posizioni etiche al fine di valutare se e come sia possibile realizzare un livello di tolleranza attiva, ossia basata non sulla reciproca indifferenza, ma su un impegno al dialogo, a un confronto serio che metta in luce le verità e i limiti della propria posizione. L’obiettivo è di individuare, se possibile, un minimo comune denominatore etico.

Inoltre, la disomogeneità formativa degli operatori sanitari sotto il profilo etico e bioetico e gli sviluppi morali del singolo professionista, che discendono anche da percorsi di maturazione individuale, rilevano la difficoltà ad avvicinare visioni, approcci, modi di agire, valori nell’affrontare le problematiche assistenziali. L’individualismo, correlato, a volte, all’autonomia dei professionisti, può prevalere sulla condivisione in équipe da porre in essere per la persona assistita.

SUMMARY

The doctor’s responsibility is to assist in treating and caring of the person in respect of life, health, freedom and dignity of the individual.

The changed conditions of health and socio-cultural context matured in recent years, the progress of science that has introduced new technologies and improved existing ones, have raised new dilemmas, problems and ethical conflicts, in particular the legality of certain actions, urging all health care professionals to find new answers conceptual and operational in daily clinical practice and re-think in particular the relationship with the person being cared for.

We live, moreover, in the pluralistic societies in which they share many visions of man. The moral choices and religious faiths or secular that are different, and sometimes conflicting or antagonistic to each other, leading to consider the different ethical positions in order to assess if and how you can achieve a level of active tolerance, that is not based on mutual indifference but on a commitment to dialogue, to a serious confrontation that highlights the truth and limits of their position. The objective is to determine, if possible, a minimum common denominator of ethics.

In addition, the lack of homogeneity training of health professionals on ethical and bioethical and moral development of the individual practitioner, which also derive from paths of individual maturation, reveal the difficulty to bring visions, approaches, ways of acting, values in dealing with work issues. Individualism, related, sometimes, the autonomy of professionals, can prevail on sharing in a team be put in place for the person being cared for.

L’etica (dall’aggettivo greco *ethikós* = “consuetudine”, “costume”) è quella branca della filosofia che prende in esame le azioni umane, i valori ed i principi cui esse si ispirano o cui si dovrebbero conformare.

Parte dell’etica è l’etica professionale che ha come oggetto di studio i valori che caratterizzano il rapporto tra professionista e paziente. La deontologia (dal greco *déon* = dovere) è espressione dell’etica professionale e consiste in un insieme di regole di autodisciplina e di auto comportamento che valgono per i membri di una determinata professione su deliberazione di quest’ultima.

Le regole deontologiche hanno l'obiettivo di identificare il patrimonio di valori e le finalità di una data professione, di renderlo manifesto e di tutelare (fissandone i confini) la professione da interferenze esterne, oltre che l'obiettivo di regolamentare la professione alla luce di un'etica generalmente condivisa. Il codice deontologico non è altro che l'esposizione sotto forma di articoli dei contenuti della deontologia professionale.

Il codice deontologico possiede diverse funzioni, tra le quali quella di promuovere e mantenere gli standard etici di condotta professionale. Possiamo distinguere una funzione esterna alla professione, in quanto sostiene l'identità professionale in relazione ai medici stessi, agli altri professionisti e alla società, ed una funzione interna, in quanto si pone come guida per la pratica assistenziale di ogni medico. Il codice deontologico definisce il dominio medico e dichiara le responsabilità, identificando la missione della professione, i valori comuni ed i confini entro i quali operare. Fornisce supporto ai medici nel prendere decisioni, promuove la riflessione e regola i rapporti con i colleghi, con gli altri professionisti e con le istituzioni oltre ad essere garanzia per i fruitori del servizio.

La pratica clinica diventa lo spunto per le riflessioni etiche – deontologiche.

La responsabilità del medico consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Le mutate condizioni del contesto sanitario e socioculturale maturate negli ultimi anni, il progredire della scienza che ha introdotto nuove tecnologie e perfezionato quelle esistenti, hanno fatto emergere nuovi dilemmi, problemi e conflitti etici, in particolare sulla legittimità di alcuni interventi, che sollecitano tutti gli operatori sanitari a trovare nuove risposte concettuali e operative nella pratica clinica quotidiana e a ripensare in particolare il rapporto con la persona assistita. A titolo esemplificativo si può pensare agli aspetti legati al "dire o non dire la verità", al consenso informato, all'approccio alla cronicità e alla terminalità, al coinvolgimento dei familiari nel piano di cura, alla privacy, all'autodeterminazione della persona bisognosa di assistenza.

Nella nostra società, diventata multietnica, la riflessione sui significati e sulle forme del vivere e del morire assume un'importante dimensione culturale, dovendo abbracciare le differenze di valori, significati, sentimenti, riti che accompagnano i processi d'integrazione tra culture diverse che investono la realtà.

Viviamo, inoltre, in società pluralistiche nelle quali coabitano molte visioni dell'uomo. Le scelte morali e le fedi religiose o laiche che sono diverse, e talora conflittuali o antagoniste tra loro, portano a considerare le diverse posizioni etiche al fine di valutare se e come sia possibile realizzare un livello di tolleranza attiva, ossia basata non sulla reciproca indifferenza, ma su un impegno al dialogo, a un confronto serio che metta in luce le verità e i limiti della propria posizione. L'obiettivo è di individuare, se possibile, un minimo comune denominatore etico.

Un aspetto che contraddistingue la medicina moderna è quello di essere spesso praticata in una situazione che qualcuno ha definito quasi paradossale. Ogni giorno gli studi sulla genetica aumentano la nostra comprensione delle malattie e offrono la speranza per una possibile cura. Con lo sviluppo dei supporti medico-tecnici per molte delle funzioni organiche (respiratore artificiale, rene artificiale, fegato artificiale), sembra quasi che la morte possa essere postposta indefinitamente, facendo apparire la pratica medica senza limiti. La medicina sembra offrire infinite possibilità per sostenere e migliorare l'esistenza umana: malattie gravemente invalidanti possono essere identificate e curate, molti organi possono essere trapiantati, trasformando la vita dei riceventi.

L'evoluzione dei diritti dell'uomo, che si è resa concreta con precise norme a tutela degli assistiti, ha posto in luce il cittadino, la sua autonomia nelle scelte e nelle decisioni e l'inevitabile crisi dell'atteggiamento paternalistico che spesso ha accompagnato i professionisti sanitari nella relazione con l'assistito. Tutte le iniziative comunitarie in materia sanitaria che hanno portato all'emanazione delle Carte dei diritti, i richiami costituzionali prima e le norme di riorganizzazione dei servizi sanitari poi che hanno portato anche alla emanazione di Carte dei servizi pubblici sanitari, sottolineano la necessità di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, ponendo le basi per favorire l'incontro di diverse visioni etiche.

La cura della persona malata richiede complesse sinergie professionali e organizzative. Un elemento indispensabile per il raggiungimento di queste sinergie è l'elevato livello d'integrazione tra tutti i soggetti coinvolti nelle cure per una consapevole condivisione delle valutazioni diagnostiche, prognostiche, terapeutiche e assistenziali. Una buona integrazione tra operatori può determinare una condizione positiva nel migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione della persona assistita e della sua famiglia. La rapida evoluzione dell'assistenza, dei bisogni e delle aspettative in costante mutamento delle persone assistite e dei loro familiari richiedono flessibilità e riorganizzazione dell'assistenza e dei trattamenti. Questi includono l'aumento di competenze specialistiche, di capacità di comunicazione e una stretta collaborazione e integrazione tra medici, infermieri e gli altri operatori sociosanitari.

L'interdisciplinarietà dei professionisti, se da un lato è auspicabile, porta inevitabilmente a ragionare sulle specificità dei singoli, sui linguaggi e sulle visioni differenti sia per formazione sia per approcci mentali disomogenei: questo richiede forti doti di mediazione e di capacità relazionali intenzionali e non casuali.

Una professione non equivale all'altra e tutte le professionalità sono sollecitate ad affacciarsi, dal punto di prospettiva che è loro, sul nuovo panorama che offre quel fenomeno che chiamiamo "vita", in quanto sottoposto agli effetti delle azioni umane.

La disomogeneità formativa degli operatori sanitari sotto il profilo etico e bioetico e gli sviluppi morali del singolo professionista, che discendono anche da percorsi di maturazione individuale, rilevano la difficoltà ad avvicinare visioni, approcci, modi di agire, valori nell'affrontare le problematiche assistenziali. L'individualismo, correlato, a volte, all'autonomia dei professionisti, può prevalere sulla condivisione in équipe da porre in essere per la persona assistita.

Nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, spesso, risulta ancora difficoltosa la presa in carico collegiale dei problemi

dell'assistito, oltre che per cultura dei singoli professionisti anche per vincoli organizzativi: carenze di risorse umane temporali e materiali, mancanza di cultura e di abitudine e/o per modelli organizzativi a volte poco favorevoli.

La vicinanza continua con le persone assistite, il confronto inevitabile con i cambiamenti concettuali e operativi avvenuti nel panorama sanitario, le realtà vissute nel processo assistenziale obbligano i professionisti della salute ad un approccio che richiede sempre più una riflessione consapevole e responsabile.

I cambiamenti concettuali e organizzativi che hanno investito le strutture sociosanitarie hanno apportato profonde modificazioni nell'operatività del quotidiano, mettendo in risalto spesso l'attenzione all'efficienza e all'economicità del sistema e alla sua relativa burocratizzazione, a volte a scapito della personalizzazione e dell'attenzione al singolo.

Nessun codice deontologico può fissare norme di comportamento valide in tutte le situazioni, poiché ogni contesto è unico così come ogni persona.

Come allora colmare il gap tra codice deontologico e quotidianità?

- La persona come focus d'interesse.
- Condivisione degli obiettivi orientati alle migliori cure possibili.
- Scelte orientate alla volontà e al reale benessere dei pazienti.
- Formazione etica – deontologica.
- Sviluppo dei percorsi di ricerca e riflessioni mediate dall'esperienza.
- Valorizzazioni dei comitati etici.

Il Comitato Etico per la pratica clinica è un organismo di consulenza e formazione e risponde alla crescente domanda di etica in campo sanitario al fine di individuare, di fronte all'accresciuta potenzialità d'intervento sulla vita, gli ambiti e le modalità di una "misura umana" nei comportamenti dei professionisti e nell'uso degli strumenti che la scienza e la tecnologia bio-medica mettono a disposizione. Fornisce pareri e orientamenti a sostegno dei processi decisionali dei professionisti e ha parere consultivo e non vincolante.

Il Comitato Etico per la pratica clinica s'ispira, inoltre, al rispetto della vita umana secondo i principi della Convenzione di Oviedo, della Carta dei Diritti dell'Uomo, delle Raccomandazioni degli Organismi Internazionali, del Codice di Deontologia Professionale e in particolare della revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki (1964 e successive revisioni Tokyo 1975, Venezia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, JAMA 1997, Edimburgo 2000).

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Mario Ascolese

e-mail: ascomar@tiscali.it



