

# CIVITAS

## HIPPOCRATICA

ANNO XXXVI \* NUMERO I \* GENNAIO/FEBBRAIO 2015

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

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale  
del Centro Studi  
di Medicina



HIPPOCRATICA  
CIVITAS  
SALERNO

# CIVITAS



## HIPPOCRATICA

---

ANNO XXXVI \* NUMERO I \* GENNAIO/FEBBRAIO 2015

Rivista bimestrale  
del Centro Studi  
di Medicina



**HIPPOCRATICA  
CIVITAS  
SALERNO**

**Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"**

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 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 / Salerno, 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 Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO**

**e-mail: civitashippocratica@yahoo.it**

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

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

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

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

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all'Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l'importo 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 Marzo 2015.



## SOMMARIO

<b>Editoriale</b>		IV
<i>Luigi Capuano</i>		
<b>La vertigine parossistica posizionale benigna</b>	Pag.	1
<i>Raffaele Natella, Vincenzo Ciccone, Roberta Buonocore, Mattia Carbone, Eugenio Rossi</i>		
<b>Diagnosi e follow-up delle tendinopatie del tendine di Achille: ruolo della diagnostica per immagini</b>	Pag.	5
<i>Aldo Diavoletto, Donatella Palma, Domenico Bove, Mirella Galeota, Rosario Savino, Chiarina Scarpa</i>		
<b>Interventi precoci e buone prassi in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</b>	Pag.	9
<i>Ferdinando Pellegrino, Gianfranco Del Buono</i>		
<b>Le Benzodiazepine nella pratica clinica: uso e abuso</b>	Pag.	15
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i>		
<b>Sulla malattia e sulla morte di Poliziano: una rivisitazione medica di due manoscritti nel quadro clinico della sifilide al suo esordio in Europa</b>	Pag.	17



## *Editoriale*

*Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2015.*

**Socio Ordinario: € 30,00**

**Socio Sostenitore: € 60,00**

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci  
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 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".

# La vertigine parossistica posizionale benigna

Luigi Capuano

**Parole chiave:** Vertigine parossistica posizionale benigna, VPPB, otoliti, canali semicircolari, manovre liberatorie.

**Key Words:** Benign paroxysmal positional vertigo, BPPV, otoliths, semicircular canal, redeeming manouvres.

## RIASSUNTO

*Nel febbraio u.s. la Corte Costituzionale, con sentenza n° 32 dLa Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (VPPB) è una malattia del labirinto ad elevata prevalenza ed è la più frequente causa di vertigine nell'uomo. Essa si manifesta con brevi e ripetute crisi vertiginose causate dai cambiamenti di posizione della testa.*

*L'eziologia è sconosciuta, salvo i casi in cui la vertigine insorga dopo eventi traumatici anche di modesta entità.*

*La patogenesi della VPPB è identificabile nel distacco di ammassi otoconici dalla macula otolitica che imboccano uno o più canali semicircolari diventando corpi estranei che fluttuano nell'endolinfa.*

*Il segno clinico patognomonico è il nistagmo parossistico posizionale, che compare con adeguate manovre diagnostiche. I caratteri clinici del nistagmo consentono di individuare il lato (destro, sinistro o bilaterale) ed il canale (posteriore, laterale o verticale) interessati dalla vertigine.*

*La terapia della vertigine posizionale parossistica si basa su specifiche manovre fisiche attraverso cui gli ammassi otoconici fuoriescono dal canale responsabile dei sintomi.*

*Esistono diverse opzioni terapeutiche efficaci nel trattamento della VPPB dei canali posteriore e laterale. Il trattamento fisico è in grado di liberare dai sintomi la maggior parte dei pazienti anche in una sola seduta terapeutica.*

## SUMMARY

*Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is one of the most common causes of vertigo. It is characterized by brief episodes of mild to intense vertigo. Symptoms of benign paroxysmal positional vertigo are triggered by specific changes in the position of your head.*

*The etiology is unknown and doctors can't find a specific cause for BPPV, except in cases of traumatic events.*

*BPPV is caused by one or more tiny solid fragments (otoconia) that float about in the fluid of the labyrinth. These crystals, become dislodged, can move into one of the semicircular canals. This causes the semicircular canal to become sensitive to head position changes.*

*The clinical sign is nystagmus, abnormal rhythmic eye movements, which accompany the symptoms of benign paroxysmal positional vertigo. It appears with suitable diagnostic manouvres.*

*The treatment of BPPV consists of specific physical manouvres which allow the discharge of otoconia from the semicircular canal.*

S.S.D. AUDIOVESTIBOLOGIA  
A.O.U. "SAN GIOVANNI DI DIO  
E RUGGI D'ARAGONA"  
SALERNO

Ricevuto in Redazione il 21 febbraio 2015

## INTRODUZIONE

La vertigine parossistica posizionale benigna (VPPB) è la forma più frequente di vertigine e va ricercata sempre in ogni paziente vertiginoso.

La sintomatologia è caratterizzata da brevi e violente crisi vertiginose, ossia da una sensazione di rotazione dell'ambiente, talora come un vortice, determinata da taluni movimenti della testa. Tali crisi si verificano principalmente al momento di alzarsi dal letto e al momento di coricarsi e si presentano tutte le volte che si alza e si abbassa la testa. La vertigine può manifestarsi anche quando ci si gira nel letto e talvolta è così violenta da impedire il minimo movimento obbligando il paziente a giacere immobile in posizione supina. La vertigine è spesso accompagnata da nausea, raramente da vomito, e spesso viene riferita dai pazienti anche una sensazione di incertezza nella deambulazione, come se si camminasse sui cuscini.

Questi sintomi si manifestano generalmente con una certa intensità all'inizio della sindrome. Le crisi di VPPB si manifestano in un periodo di tempo limitato che si protrae per pochi giorni o settimane, raramente per mesi. Il periodo sintomatico viene definito: fase attiva.

La guarigione può avvenire sia per intervento terapeutico che spontaneamente. È difficile dire se e quando si ripresenteranno i sintomi, le recidive sono comunque abbastanza frequenti.

## EZIOLOGIA

Spesso è impossibile individuare una causa certa della sindrome.

Nel 15% dei casi la vertigine insorge dopo un trauma cranico, mentre nel restante 85% si parla di forme idiopatiche, anche se sono state chiamate in causa numerose affezioni in grado di determinare una disfunzione labirintica senza però che si possa avere una conferma anatomo-patologica.

## PATOGENESI

Il labirinto contiene anche due organi otolitici: l'utricolo e il sacco. Le cellule sensoriali dell'utricolo e del sacco sono sormontate da cristalli di carbonato di calcio, gli otoconi, che possedendo una massa maggiore della membrana che li sostiene e dell'endolinfa in cui sono immersi, rendono tali sensori sensibili alla gravità.

Attualmente la teoria più accreditata in grado di giustificare il quadro clinico della vertigine parossistica è quella della canalolitiasi, basata sull'ipotesi del distacco otoconico. Secondo questa ipotesi, per ragioni spesso sconosciute, si verificherebbe il distacco di una certa quantità di otoconi, probabilmente tenuti insieme da un gel mucopolisaccaridico. La teoria della canalolitiasi prevede che la massa otoconica entri attraverso gli orifici non ampollari, all'interno dei canali semicircolari orizzontale e posteriore. Da notare che molto raramente la massa otoconica entra nel canale semicircolare anteriore in quanto l'orificio non ampollare di questo canale è rivolto verso l'alto. Nei canali orizzontale e posteriore, invece, se la massa otoconica ha un volume sufficiente, muovendosi sotto l'effetto della gravità, provoca un movimento endolinfatico tramite un effetto a pompa o a suzione.

Nella vertigine parossistica da canale posteriore, quando il paziente si corica, passando dalla posizione eretta a quella supina, si verifica all'interno del canale un movimento di detriti lontano dall'ampolla; tale movimento provoca, con un meccanismo di suzione, una deflessione della cupola in senso ampullifugo, con conseguente eccitazione del nervo vestibolare e comparsa di nistagmo torsionale. Al ritorno in posizione seduta gli otoconi ritornano in posizione iniziale, generando con un meccanismo a pompa, una deflessione della cupola in senso ampullipeto, con inibizione del nervo e nistagmo con senso di rotazione opposto al precedente.

Nella vertigine parossistica da canale orizzontale, la rotazione della testa sul lato patologico, con il paziente in posizione supina, provoca invece un movimento dei detriti in direzione dell'ampolla. Questo movimento determina, con un meccanismo a pompa, una deflessione della cupola in senso ampullipeto, eccitazione del nervo vestibolare e nistagmo orizzontale diretto verso l'orecchio patologico. La rotazione della testa sul lato sano provoca l'allontanamento degli otoconi dall'ampolla e, con meccanismo a suzione, una inibizione del nervo e la comparsa di un nistagmo sempre orizzontale ma meno intenso e che batte verso l'orecchio sano.

## DIAGNOSI – QUADRO CLINICO

La diagnosi di vertigine parossistica posizionale si basa essenzialmente sull'osservazione del nistagmo parossistico posizionale benigno con l'ausilio degli occhiali di Frenzel o della videonistagmografia che consentono di apprezzarne meglio i caratteri. Il nistagmo si presenta con caratteristiche diverse a seconda che la patologia riguardi il canale posteriore o il canale orizzontale. La diagnosi viene effettuata utilizzando due diversi tipi di manovra consistenti nel far ruotare la testa al paziente in modo tale da agire sui piani dei canali corrispondenti.

### Patologia dei canali semicircolari posteriori – Manovra di Dix-Hallpike

La manovra di Dix-Hallpike è utilizzata per la diagnosi di vertigine parossistica da canale posteriore e consiste nel portare il paziente con la testa ruotata di 45° in direzione del lato del canale che si suppone patologico rapidamente dalla

posizione seduta a quella supina con testa iperestesa, ci si può aiutare ponendo un cuscino sotto le spalle del paziente. Questa posizione deve essere mantenuta per almeno 30 secondi. Il nistagmo così evocato è definito dalle seguenti caratteristiche:

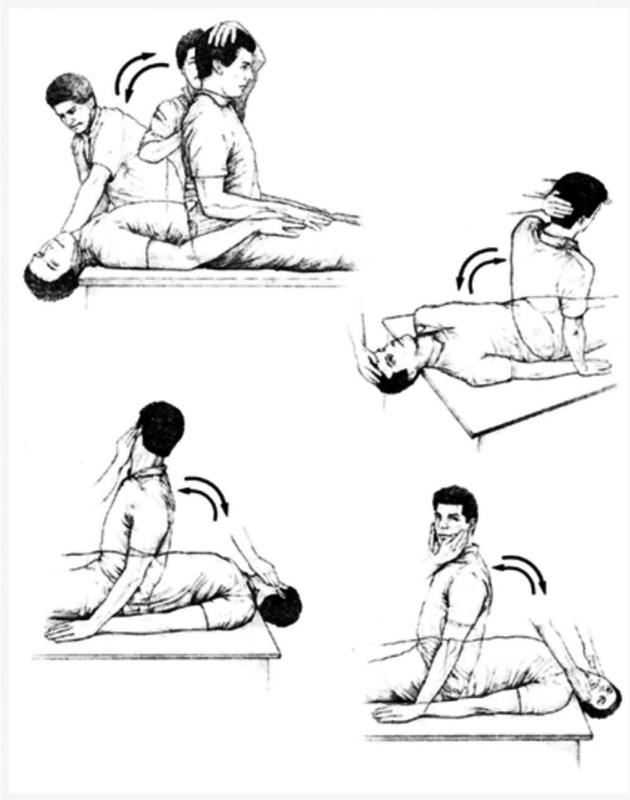
- **Piano:** Questo tipo di nistagmo è prevalentemente torsionale. Nella patologia da canale posteriore sinistro, il senso di rotazione della fase rapida del nistagmo è orario, mentre nella patologia da canale posteriore destro il senso di rotazione è antiorario.
- **Latenza:** È il periodo che intercorre tra il momento in cui il paziente raggiunge la posizione sdraiata e la comparsa del nistagmo; è considerata tipica una latenza tra 2 e 15-20 secondi.
- **Durata:** Il nistagmo dura in genere da 10 a 20 secondi e non supera i 30 – 40.
- **Parossismo:** Il nistagmo incrementa rapidamente in frequenza ed ampiezza fino a raggiungere un culmine e poi decresce più lentamente fino ad esaurirsi.
- **Affaticabilità:** Quando è possibile ripetere le manovre tende a ridursi progressivamente in intensità fino a scomparire.
- **Inversione:** Al ritorno in posizione seduta, si ha quasi sempre un nistagmo a direzione inversa dal precedente. Tale nistagmo ha una latenza leggermente maggiore ed è meno intenso e più breve.
- **Vertigine:** Generalmente la vertigine associata è proporzionata all'intensità del nistagmo.

### Patologia dei canali semicircolari laterali

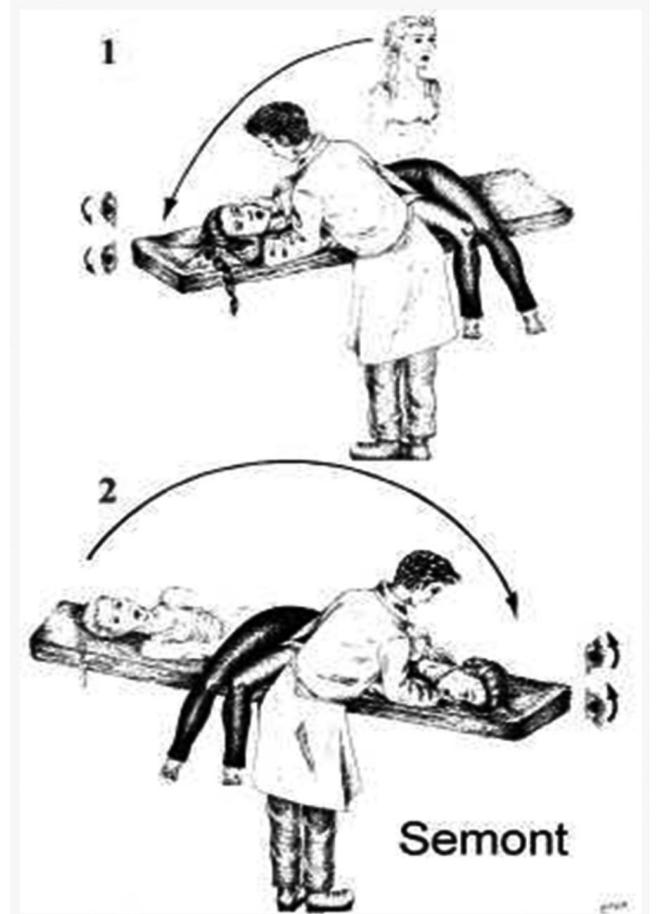
La vertigine parossistica da canale laterale viene invece diagnosticata semplicemente ruotando la testa del paziente, già in posizione supina prima su un lato e poi sull'altro. Ruotando la testa sul lato patologico, compare un nistagmo che batte verso il basso, ossia un nistagmo la cui fase rapida è diretta in questo senso. La rotazione sul lato opposto determina un nistagmo che batte sempre verso il basso, ma meno intenso del precedente. Il nistagmo da canale orizzontale si differenzia dal precedente per le seguenti caratteristiche:

- **Piano:** È il carattere più discriminante e più importante. Questo tipo di nistagmo è orizzontale e nella maggior parte dei casi batte verso l'orecchio patologico quando questo viene posizionato in basso, per tale motivo viene definito geotropo.
- **Latenza:** Il nistagmo compare sempre dopo pochissimi secondi dalla rotazione della testa del paziente nella posizione scatenante.
- **Durata:** Il nistagmo si protrae più a lungo di quello da canale posteriore, in genere per oltre 40 secondi.
- **Inversione:** La rotazione della testa sul lato opposto a quello che determina il nistagmo più intenso provoca un nistagmo che batte verso l'orecchio opposto.
- **Affaticabilità:** Al contrario del nistagmo del canale posteriore, questo tipo di nistagmo non tende a sparire con il ripetersi delle manovre e sembra semmai subire un incremento.
- **Vertigine:** La vertigine provocata dalle manovre è spesso molto violenta e si accompagna quasi sempre a nausea o a vomito.

**MANOVRE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE  
PER IL CANALE SEMICIRCOLARE POSTERIORE**

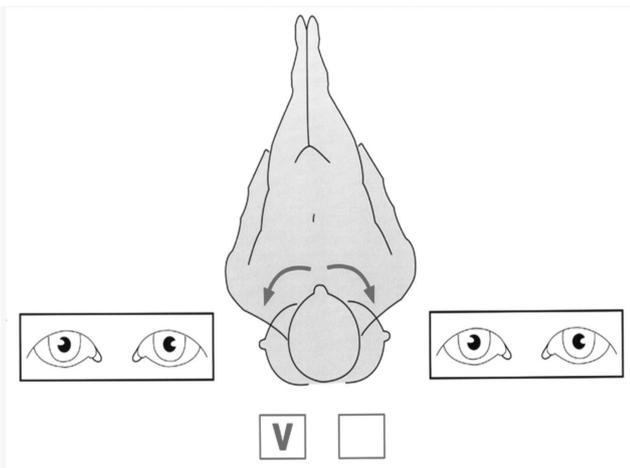


Manovra di Dix Hallpike.jpg



Manovra di Semont.jpg

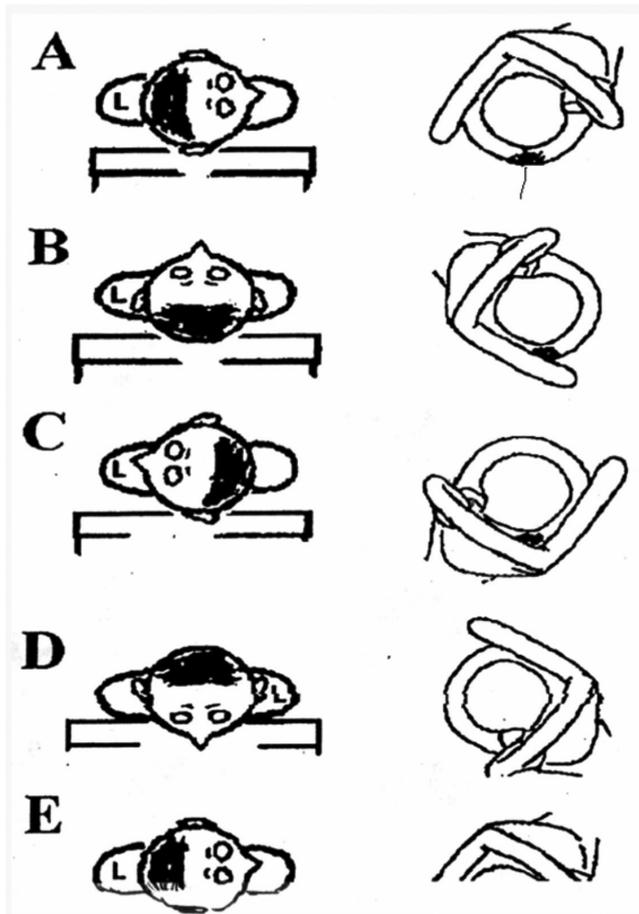
**MANOVRE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE  
PER IL CANALE SEMICIRCOLARE LATERALE**



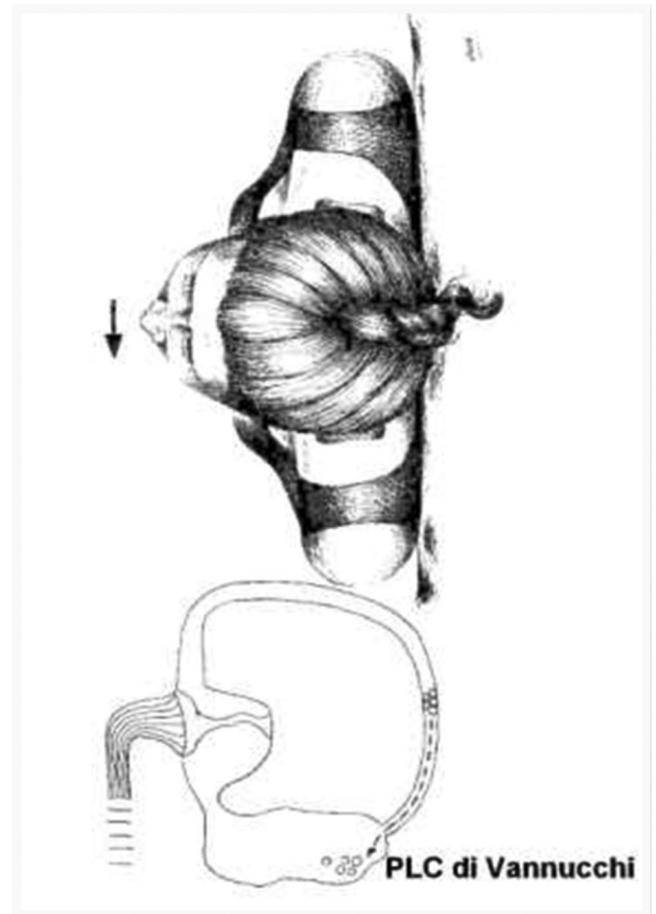
Manovra di Mc Clure-Pagnini



Manovra di Gufoni



Manovra a Barbecue



Posizione liberatoria coatta di Vannucchi

## BIBLIOGRAFIA

- SCHUKNECHT H.F.: *Cupulolithiasis*. Arch Otolaryngol 1969; 90: 765-8
- BRANDT T., DAROFF R.B.: *Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo*. Arch Otolaryngol 1980; 106: 484-5
- SEMONT T., FREYSS G., VITTE E.: *Curing the BPPV with a liberatory maneuver*. Adv Otorhinolaryngol 1988; 42: 290-93
- GUIDETTI G., BARBIERI L.: *La manovra di Semont nelle vertigini parossistiche posizionali*. Acta Otorhinolaryngol Ital 1985; 5: 631-41
- NUTI D., PAGNINI P.: *Definizione e classificazione della vertigine parossistica posizionale*. In Nuti D., Pagnini F., Vicini C., eds *Revisione critica di 20 anni di vertigine parossistica posizionale benigna*. Milan: CSS Formenti, 1999; 13-20
- PAGNINI F., NUTI D., VANNUCCHI P.: *Benign paroxysmal vertigo of the horizontal canal*. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 1989; 51: 161-70
- NUTI D., VANNUCCHI P., PAGNINI F.: *Benign paroxysmal vertigo of the horizontal canal: a form of canalolithiasis with variable clinical features*. J Vestib Res 1996; 6:173-84

Indirizzo per corrispondenza:

**Dott. Luigi Capuano**

e-mail: luigicapuano2002@yahoo.it

# Diagnosi e follow-up delle tendinopatie del tendine di Achille: ruolo della diagnostica per immagini

UOC RADIOLOGIA  
A.O.U. "SAN GIOVANNI DI DIO  
E RUGGI D'ARAGONA"  
SALERNO

Raffaele Natella, Vincenzo Ciccone, Roberta Buonocore, Mattia Carbone, Eugenio Rossi

**Parole chiave:** Tendine di Achille, tendinopatie, ecografia muscolo-tendinea, RM tendine di Achille, Elastosonografia tendine di Achille.

**Key Words:** Achilles tendon, achilles tendon tendinopathy, muscle-tendon ultrasound, MRI Achilles tendon, Elastosonography Achilles tendon.

Ricevuto in Redazione il 28 febbraio 2015

## RIASSUNTO

Il tendine di Achille, tendine più voluminoso del nostro organismo, è costituito dall'unione delle aponeurosi dei muscoli gastrocnemio e soleo. I fattori determinanti l'insorgenza delle tendinopatie sono i microtraumi ripetuti, le ipersollecitazioni funzionali e gli squilibri muscolari. La tecnica di imaging di primo livello è l'esame ecografico, quella di secondo livello è la RM poiché ottimizza la valutazione delle alterazioni strutturali del tendine, la distanza tra i capi tendinei lesionati, influenza la scelta di una terapia di tipo conservativo nonché la possibilità di successo e permette di fare il follow-up dei pazienti operati. In caso di un trauma mio-tendineo l'esame ecografico deve essere eseguito mediante l'utilizzo di sonde lineari elettroniche ad elevata frequenza (da 7.5 a 14 MHz), utilizzando scansioni longitudinali e trasversali e completando lo studio con esame color-power-Doppler. L'esame ecografico si avvale inoltre dell'elastosonografia, tecnica di imaging non invasiva, in grado di caratterizzare i tessuti valutandone le caratteristiche di deformazione meccanica. Le principali patologie che interessano il tendine di Achille sono: la tendinopatia nodulare e/o fusiforme, la rottura completa o parziale, la peritendinite, l'entesopatia e la Malattia di Haglund.

## SUMMARY

The Achilles tendon, tendon more massive body, is formed by the union of the gastrocnemius and soleus muscle aponeurosis. The factors determining the onset of tendinopathy are repetitive microtrauma, the tension, torsion, whiplash and muscle imbalances. The imaging technique of the first level is the ultrasound examination, the second level is the RM since optimizes the evaluation of structural alterations of the tendon, the distance between the heads damaged tendon, influence the choice of therapy, conservative as well as the possibility successful and puts to do the follow-up of patients operated. In case of a trauma the ultrasound examination must be performed through the use of linear probes, electronic high frequency (from 7.5 to 14 MHz), using the longitudinal and transverse scans and completing the study with examination color-power-Doppler. Ultrasound examination also uses dell'elastosonografia, non-invasive imaging technique capable of characterizing

tissue evaluating the characteristics of mechanical deformation. The main diseases affecting the Achilles tendon are: tendinopathy nodular and / or fusiform, complete or partial rupture, the peritendinitis, the enthesopathy and Haglund's disease.

## INTRODUZIONE

Il tendine di Achille, tendine più voluminoso del nostro organismo, è costituito dall'unione delle aponeurosi dei muscoli gastrocnemio e soleo. La sua inserzione è sulla porzione posteriore della tuberosità calcaneare e la sua vascolarizzazione è 2-6 cm al di sopra del calcagno. I fattori determinanti l'insorgenza delle tendinopatie sono i microtraumi ripetuti, le ipersollecitazioni funzionali (tension-torsioni-colpo di frusta) e gli squilibri muscolari. I fattori favorevoli l'insorgenza delle tendinopatie sono gli allenamenti non adeguati, l'imperfezione della tecnica di esecuzione degli specifici gesti sportivi, gli accessori di abbigliamento (calzature), le caratteristiche del terreno di gioco e l'imprecisata predisposizione individuale all'infortunio.

## TECNICHE DI IMAGING

La tecnica di imaging di primo livello è l'esame ecografico, quella di secondo livello è la RM poiché ottimizza la valutazione delle alterazioni strutturali del tendine, la distanza tra i capi tendinei lesionati, influenza la scelta di una terapia di tipo conservativo nonché la possibilità di successo e per mette di fare il follow-up dei pazienti operati. In caso di un trauma mio-tendineo l'esame ecografico deve essere eseguito mediante l'utilizzo di sonde lineari elettroniche ad elevata frequenza (da 7.5 a 14 MHz), utilizzando scansioni longitudinali e trasversali e completando lo studio con esame color-power-Doppler. L'esame ecografico deve essere eseguito in fase statica e dinamica, ossia in contrazione muscolare attiva e passiva, l'indagine deve essere estesa a monte e a valle della lesione ed utilizzando, qualora necessario, comparazione con il lato sano. Di una lesione è importante individuare e descrivere la sede della lesione (ventre muscolare, giunzione mio-tendinea, tendine, entesi), l'orientamento spaziale della lesione (longitudinale, trasversale, obliquo), la diastasi dei monconi, la sede, l'entità e l'evoluzione dell'ematoma, gli eventuali danni vascolari associati, la fase temporale della lesione, le eventuali deformità muscolari croniche, tutte le eventuali complicanze (fibrosi, calcificazioni, formazioni

pseudocistiche, falde fluide interfasciali, ecc.) e se e quando effettuare controlli nel tempo.

Le scansioni ecografiche per studiare il tendine di Achille sono due: scansione longitudinale (Fig. 1 a,b) e trasversale (Fig. 2 a,b).

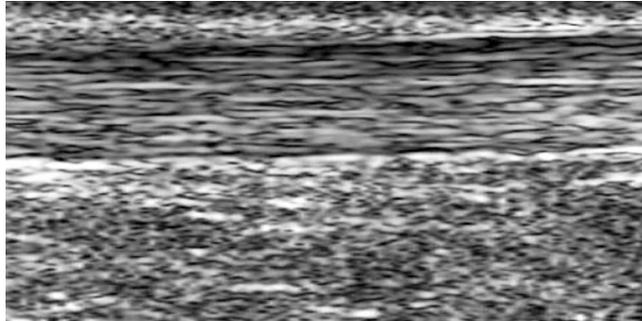


Fig. 1a: Nelle scansioni longitudinali le limitanti superficiale e profonda, rappresentate dal peritenonio, appaiono tra loro parallele.

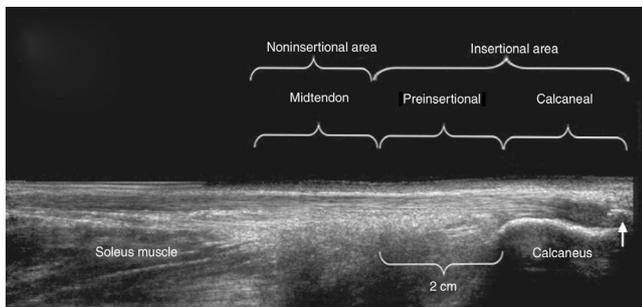


Fig. 1b: Tendine di Achille scansione longitudinale: le due limitanti, tra loro parallele, delimitano il corpo del tendine caratterizzato da sottili filamenti ad aspetto lievemente ondulato. La parte più distale della giunzione osteo-tendinea può apparire normalmente ipoecogena a causa della deflessione delle fibre in tale sede.

La tecnica di imaging di secondo livello è la RM. Nello studio del tendine di Achille il paziente è in decubito dorsale, tenuto fermo da apposite spugne e supporti che garantiscono l'immobilità. Il piede è posizionato in flessione dorsale a 90° (se la patologia interessa la caviglia), con la pianta sul lettino e con le ginocchia flesse (se si tratta di una patologia dell'avampiede o del tarso). I piani di scansione che si utilizzano in RM per lo studio del tendine di Achille sono:

- **CORONALI:** studiano le aponeurosi plantare, i muscoli plantari, il fascio peroneo-calcaneare del legamento laterale esterno, il legamento deltoideo le interlinee tibio-tarsica e sotto-astragalica;
- **ASSIALI:** sono parallele alla pianta del piede. Permettono di dare una analisi dei tessuti periarticolari quali muscoli, tendini, nervi e vasi. Studiano bene la fascia anteriore e posteriore ed il legamento laterale esterno. Quando si esegue uno studio bilaterale, permettono un confronto con il lato sano;
- **SAGITTALI:** studiano l'aponeurosi plantare, il tendine di Achille, il muscolo flessore proprio dell'alluce, i tendini peronieri laterali, l'articolazioni tibio-astragallica e i suoi recessi anteriori e posteriori e le interlinee del tarso. In assenza di patologie, il tendine di Achille è liscio, ha segnale omogeneo ed anteriormente è concavo o rettilineo. Esso è circondato da grasso sia anteriormente che posteriormente (Fig. 3).

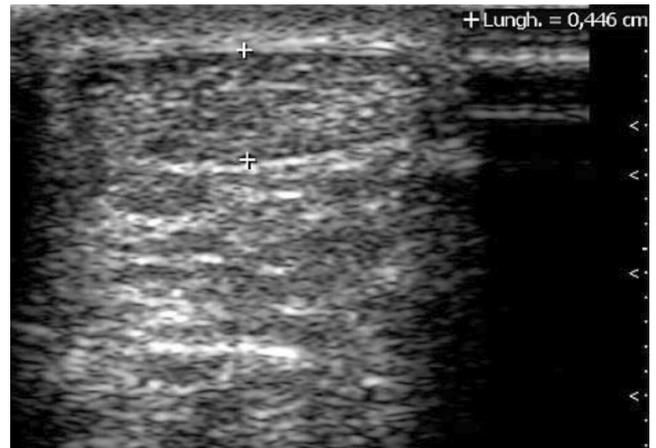


Fig. 2a: Nella scansione ecografica trasversale, il tendine assume una forma ellittica con aspetto piatto del versante profondo.

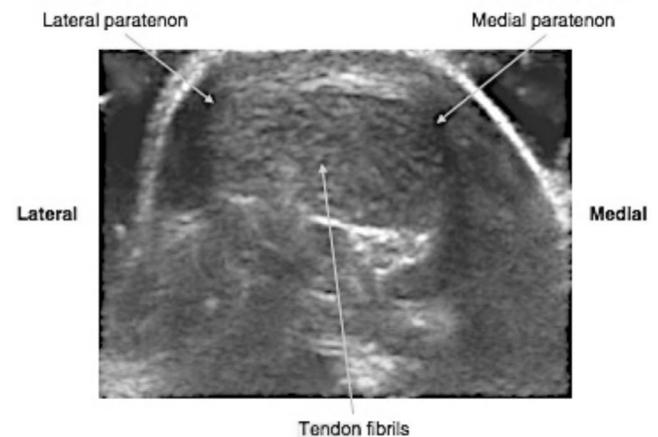


Fig. 2b: Ventralmente al tendine è possibile riconoscere l'area ipoecogena del triangolo cellulo-adiposo di Kager, al disotto del quale è presente il muscolo flessore lungo dell'alluce.

## RUOLO DELL'ELASTOSONOGRAFIA

L'elastasonografia è una tecnica di imaging non invasiva in grado di caratterizzare i tessuti valutandone le caratteristiche di deformazione meccanica. L'immagine elastasonografica è ottenuta dall'analisi del segnale US nativo (RF). Questo segnale varia in base alle differenti caratteristiche meccaniche dei tessuti. Questo segnale è chiamato "nativo" in quanto non filtrato. L'immagine ecografica tradizionale, infatti, è ottenuta utilizzando meno del 15% delle informazioni contenute nel segnale RF nativo. L'imaging elastasonografico utilizza una scala cromatica che varia dal rosso, per i tessuti elastici, al blu per i tessuti anelastici ed al verde per i gradi intermedi di elasticità. L'apparecchiatura fornisce contemporaneamente immagini b mode ed elasto (Fig. 4).

## PRINCIPALI PATOLOGIE

Le principali patologie che interessano il tendine di Achille sono: la tendinopatia nodulare e/o fusiforme, la rottura completa o parziale, la peritendinite, l'entesopatia e la Malattia di Haglund.

### La tendinopatia

Può essere di tre tipi:

- **TIPO I:** lesione parziale con ipertrofia. Nella tendinopatia di tipo I s'instaura un'alterazione degenerativa delle fibre collagene associata a dei fenomeni di cicatrizzazione che



Fig. 3: T1 sagittale: regolare l'inserzione tendinea e omogeneo il segnale del tendine di Achille che appare ben visualizzabile in tutto il suo decorso.

testimoniano probabilmente le sequele di micro-rotture intratendinee (Fig. 5).

In RM sono ben visibili le alterazioni degenerative, infiammatorie e le lesioni parziali dei tendini. La disposizione di lipidi, dovuta a fenomeni emorragici o degenerativi danno aumento di segnale all'interno del tendine in T1p mentre le lesioni tendinee o alterazioni infiammatorie determinano un'elevata intensità di segnale in T2p (Fig. 6).

- TIPO II: lesione parziale con assottigliamento. Le lesioni parziali si differenziano dalle lesioni complete in base all'evidenza di una continuità "residua". Il tendine mostra una focale area di iperintensità che corrisponde ad accumulo di versamento o a stravasamento ematico evidente in T1 e T2p (Fig. 7).

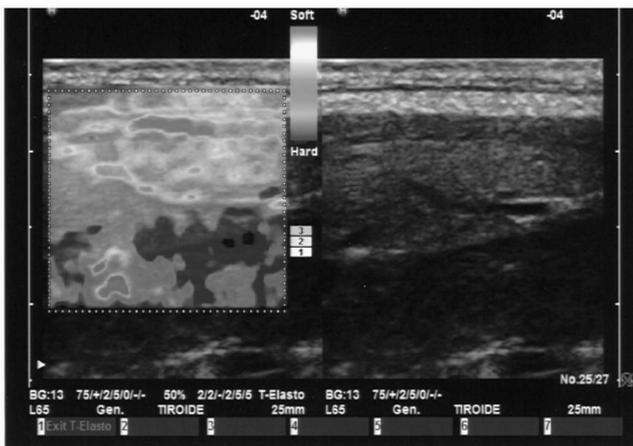


Fig. 4: Questo accorgimento permette di controllare costantemente che il nodo in esame sia correttamente compreso nel piano di scansione durante la compressione.

- TIPO III: lesione completa. In caso di rottura completa del tendine di Achille la triade sintomatologica classica si manifesta con l'impossibilità d'appoggio monopodalico sulla punta del piede, l'assenza di flessione plantare del piede alla compressione del polpaccio (S. Thompson) e

la perdita dell'equinismo fisiologico del piede (S. Brunet-Guedj). In questo tipo di lesione il ruolo dell'imaging è quello di definire la distanza tra i frammenti e di valutare l'aspetto delle estremità tendinee (Fig. 8).

In RM, nelle lesioni complete si osserva l'interruzione del tendine nelle sequenze in sagittale e lesioni del tessuto peritendineo nelle sezioni assiali. La retrazione del moncone tendineo rimanente, conferisce al moncone prossimale un aspetto a cavatappi che induce un aumento del buckling nel segmento distale. Il sangue derivante da un'emorragia subacuta ha elevata intensità di segnale in T1p. L'edema e le alterazioni flogistiche mostrano un'iperintensità di segnale in T2p (Fig. 9).

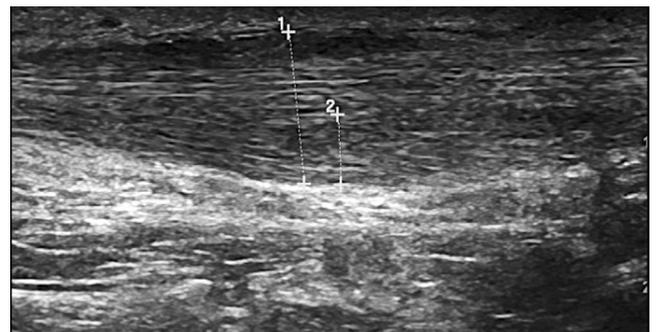


Fig. 5: Fusiforme rigonfiamento all'interno del tendine prossimale.



Fig. 6: T1 sagittale: aspetto rigonfio del tendine di Achille.

### Malattia di Haglund

Conflitto tra l'angolo postero-superiore del calcagno, sporgente in maniera anomala, e la calzatura. Può essere secondario ad una ipertrofia dell'angolo calcaneare postero-superiore (Fig. 10 a,b) (perdita del parallelismo tra la faccia superiore ed inferiore del calcagno) o ad una verticalizzazione del calcagno in caso di piede cavo. Ne deriva una tendinosi del Tendine calcaneare e soprattutto una infiammazione delle borse pre-e retro-calcaneari.

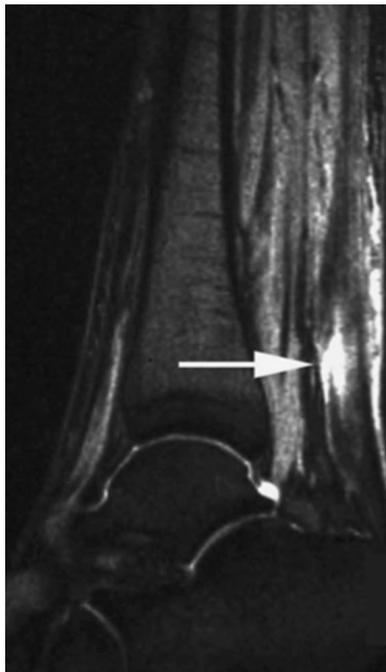


Fig. 7: Sagittale STIR MRI: iperintensità di segnale all'interno del tendine di Achille secondaria ad una rottura parziale.

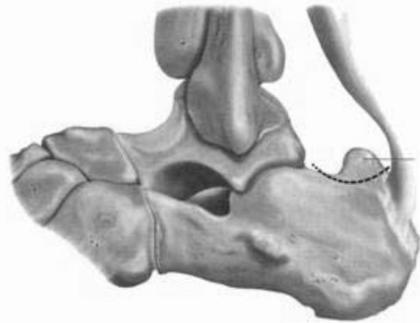


Fig. 10 Prominenza del profilo superiore della tuberosità posteriore del calcagno, che genera attrito meccanico sul tendine d'Achille e sulla borsa retrostante, generando un processo infiammatorio di tali strutture (a). RX: caratteristica prominente ossea del calcagno (b).

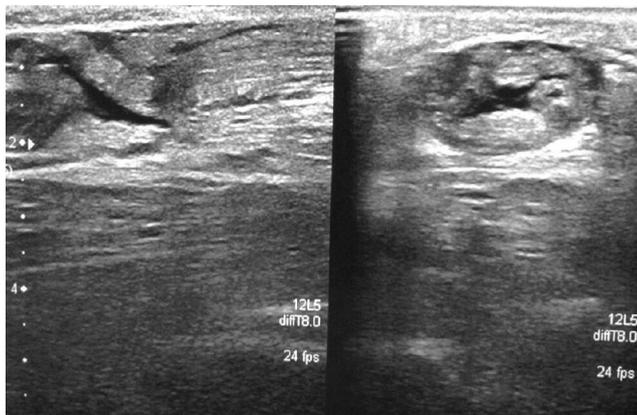


Fig. 8: US scansione sagittale e assiale: interruzione delle fibre tendinee con falda liquida contestuale come da lesione tendinea.



Fig. 9: In sagittale e assiale T2p si osservano le terminazioni sfrangiate del tendine d'Achille con interposizione di liquido ed intensità di segnale che corrisponde all'ematoma.

#### BIBLIOGRAFIA

1. FERNANDES EA, SANTOS EH, TUCUNDUVA TC, et al.: *Achilles tendon xanthoma imaging on ultrasound and magnetic resonance imaging*. Rev Bras Reumatol. 2014 Nov 1
2. SUDOŁ-SZOPIŃSKA I, ZANIEWICZ-KANIEWSKA K, KWIATKOWSKA B: *Spectrum of ultrasound pathologies of achilles tendon, plantar aponeurosis and flexor digiti brevis tendon heel entheses in patients with clinically suspected enthesitis*. Pol J Radiol. 2014 Nov 9; 79: 402-8. doi: 10.12659/PJR.890803. eCollection 2014
3. SYHA R, SPRINGER F, WÜRSLIN C, IPACH I, et al.: *Tendinopathy of the Achilles Tendon: Volume Assessed by Automated Contour Detection in Submillimeter Isotropic 3-Dimensional Magnetic Resonance Imaging Data Sets Recorded at a Field Strength of 3 T*. J Comput Assist Tomogr. 2015 Jan 15
4. OOI CC, SCHNEIDER ME, MALLIARAS P, et al.: *Diagnostic performance of axial-strain sonoelastography in confirming clinically diagnosed Achilles tendinopathy: comparison with B-mode ultrasound and color Doppler imaging*. Ultrasound Med Biol. 2015 Jan; 41(1): 15-25. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2014.08.019. Epub 2014 Nov 14
5. STECCOA, BUSONIF, STECCOC, et al.: *Comparative ultrasonographic evaluation of the Achilles paratenon in symptomatic and asymptomatic subjects: an imaging study*. Surg Radiol Anat. 2014 Jul 22
6. BARFOD KW, RIECKEAF, BOESENA, et al.: *Validation of a novel ultrasound measurement of Achilles tendon length*. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2014 Jul 20
7. GERVASIO A, BOLLANI P, BIASIO A: *US in mid-portion Achilles tendon injury*. J Ultrasound. 2013 Jun 21; 17(2):135-9. doi: 10.1007/s40477-013-0023-z. eCollection 2014 Jun.

Indirizzo per corrispondenza:

**Dott. Raffaele Natella**

e-mail: raffaele.natella@gmail.com

# Interventi precoci e buone prassi in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

*Non c'è a questo mondo grande scoperta o progresso che tenga, fintanto che ci sarà anche un solo bambino triste.*  
(Albert Einstein)

*Il senso morale di una società si misura su ciò che fa per i suoi bambini.*  
(Dietrich Bonhoeffer)

Aldo Diavoletto, Donatella Palma\*, Domenico Bove<sup>^</sup>, Mirella Galeota\*\*, Rosario Savino<sup>o</sup>, Chiarina Scarpa<sup>o</sup>

**Parole chiave:** Neuropsichiatria infanzia e adolescenza, presa in carico, interventi precoci, buone prassi.

**Key Words:** Neuropsychiatry childhood and adolescence, taking charge, early intervention, good practice.

## RIASSUNTO

*Il lavoro definisce le attuali caratteristiche cliniche e sociali dell'utenza della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e definisce anche l'articolazione delle competenze che gli specialisti in questa branca devono attivare per fornire una risposta assistenziale congrua ed efficace. Inoltre, propone spunti di riflessione dal punto di vista metodologico ed epistemologico per una corretta interpretazione del ruolo clinico in questa specialità, polarizzando l'attenzione sulla necessità di interventi precoci e di prassi che abbiano una solida base scientifica e siano adeguatamente condivise in rete con tutti gli altri attori del processo di presa in carico.*

## SUMMARY

*The work defines the current social and clinical characteristics of users of neuropsychiatry of childhood and adolescence, and also defines the structure of responsibilities that the specialists in this branch must be activated to provide a fair and effective response care. Also offers food for thought in terms of methodological and epistemological for a correct interpretation of the clinical role in this specialty, polarizing the attention on the need for early interventions and practices that have a sound scientific basis and are properly shared network with all other actors in the process of taking charge.*

Fra tutti i cittadini esiste una "categoria" speciale, quella dei bambini e dei minori in genere, cui, almeno nei paesi occidentali, viene riconosciuto il diritto alla tutela della vita ed al conseguimento e mantenimento dello stato di salute. Non si tratta per fortuna di semplici dichiarazioni (per quanto significative) ma di attività complesse tendenti a agire nell'interesse primario del minore.

Nel concetto di salute entra di diritto non solo l'integrità fisica, ma anche e soprattutto quella psichica.

Per la tutela di questa i principali organismi internazionali e i Governi hanno prodotto nel tempo importanti provvedimenti che sono destinati ad ispirare costantemente le attività ed

NEUROPSICHIATRA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA  
ASL SALERNO

\*NEUROPSICHIATRA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA  
ASL NA2 NORD

<sup>^</sup>NEUROPSICHIATRA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA  
ASL NA 3 SUD

\*\*NEUROPSICHIATRA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA  
AO "MOSCATI" AVELLINO

<sup>o</sup>NEUROPSICHIATRA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA  
ASL NA1 CENTRO

*Ricevuto in Redazione il 6 marzo 2015*

i progetti della comunità internazionale. La particolare vulnerabilità psicologica e sociale dei minori, nell'ambito delle attuali concezioni dell'individuo e della famiglia, strutturate dalla rivoluzione francese in poi, rendono il lavoro psico-sociale con i minori un nodo estremamente cruciale nella tessitura della storia e della cultura di un territorio e di un popolo.

Nel 1989 la Convenzione dell'Onu sui diritti del fanciullo, a cui ha fatto seguito la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, votata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006, hanno sancito il principio di "superiore interesse del minore", specie del minore con disabilità al quale lo Stato deve fornire un'assistenza adeguata a garantire il diritto di uguaglianza con gli altri minori.

Vedremo più oltre come i numeri di tale universo sono giganteschi, e per certi versi preoccupanti. Ma prima dei numeri pare opportuno svolgere delle considerazioni sul ruolo di una branca della medicina, la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, che è chiamata in prima istanza a confrontarsi con la realtà del disagio dei minori.

L'universo del disagio psichico dei minori presenta connotazioni variegata sia per quanto concerne la popolazione di interesse, che spazia dall'infanzia all'adolescenza, sia per la diversità delle patologie da affrontare che offrono un ventaglio indubbiamente molto ampio di complessità e di gravità.

Il Neuropsichiatra Infantile rappresenta, nella realtà delle Istituzioni Pubbliche italiane, il perno intorno a cui ruota la presa in carico del disagio minorile. Per lungo tempo tale figura ha avuto i connotati di un esperto che, all'interno di una realtà ristretta, si cimentava a delineare una diagnosi ed a proporre un trattamento volto a superare il "caso clinico" che gli veniva presentato. Una visione questa che era fatalmente destinata a rivelarsi insufficiente, perché carente dal punto di vista del confronto tra pari, di condivisione di protocolli (sia per diagnosi che per terapia), della collaborazione con altre figure professionali coinvolte, come vedremo, a pieno titolo nel processo di reinserimento del giovane con patologia.

Sono stati proprio i Neuropsichiatri ad evidenziare per primi le carenze prima citate che sono oltremodo significative in una Regione disagiata come la Campania e con elevata prevalenza di disagio psichico. L'unica possibile strategia per uscire dal potenziale isolamento e per offrire all'utenza un efficace progresso nell'offerta di qualità e quantità dei servizi consiste nel fare "gruppo", nel creare una rete di relazioni tra gli appartenenti alla categoria, nell'attivare un livello di comunicazione e scambio prima inesistenti. Per realizzare tale strategia è nata "NPIA IN RETE CAMPANIA", una Associazione tra Neuropsichiatri Infantili, il cui Statuto pone come obiettivo primario la creazione di interscambio efficace tra pari, la condivisione di notizie e proposte, l'alleanza tra professionisti che vivono realtà tra loro anche molto diverse.

Nell'ambito poi dei bisogni di cura psicologica e psichiatrica degli adolescenti, l'accoglienza rappresenta tuttora un significativo banco di prova 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. Tali connotazioni si declinano soprattutto sia nella fatica di costruire un setting adatto e contenente, sia nella difficoltà a orientarsi in senso diagnostico secondo le categorie solitamente condivise dai clinici, sia nella difficoltà a strutturare e mantenere una relazione terapeutica stabile.

I molteplici riferimenti normativi e 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 minorili, e soprattutto per quelli adolescenziali. In particolar modo per questi ultimi 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. È emersa la necessità, per l'utenza adolescente, di creare un incontro "generativo" e capace, in quanto tale, di contrapporsi agli inevitabili elementi di frammentazione che contrastano il mantenimento di un adeguato rapporto terapeutico.

Gli operatori si trovano di fronte una utenza che sta mutando velocemente di anno in anno, un'utenza sempre più complessa, ampia e variegata, con una committenza sovente altrettanto complessa, sia a seguito di 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 di solidarietà e condivisione, vi è la scomparsa delle ideologie 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 o l'abdicazione degli adulti (genitori, insegnanti) rispetto al proprio mandato educativo, come specchio del malessere di tutta la società.

Invece sappiamo che fattori di resilienza sono le agenzie portatrici di valori pro sociali, che favoriscono l'autodeterminazione e in un certo senso la speranza, quindi le aggregazioni di tipo sportivo, religioso e culturale, anche a fronte di gravi deprivazioni socio-ambientali.

I lavori di Zygmunt Bauman, ad esempio, sottolineano la "liquidità" del mondo contemporaneo e dei vissuti relativi, e se il contrasto intergenerazionale padre-figlio perde di significato, se non vi sono regole a cui trasgredire come segnale di svincolo, dal complesso di Edipo si passa a quello che Recalcati definisce "complesso di Telemaco" (Recalcati, 2013), vale a dire l'attesa del padre, di una regola che torni a orientare l'esistenza.

Nel contempo, comportamenti sovente insensati e devianti ad età sempre più precoci, aggregazioni delinquenziali organizzate o anche estemporanee, che danno luogo ad agiti con conseguenze gravi e a volte mortali, fanno crescere l'allarme sociale rispetto alla necessità di possibili interventi di prevenzione e cura a diversi livelli, a fronte di una scarsa consapevolezza delle norme sociali e della legge sia da parte delle famiglie (collusive, deleganti, frammentate) che dei ragazzi.

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.

Anche i servizi per i minori hanno attraversato e vissuto un processo di sconfitta delle logiche asilari e manicomiali. Per l'età evolutiva le normative che hanno avuto in Italia un impatto sociale paragonabile alla Legge 180 si possono considerare quelle relative alla chiusura delle scuole speciali e degli istituti per minori che hanno fatto partire il processo di integrazione scolastica del minore con disabilità. È stata centrale, su tale versante, 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*).

La Legge 8 ottobre 2010, n° 170, che riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, denominati "DSA" garantisce il diritto allo studio degli alunni con DSA mediante molteplici iniziative promosse dal MIUR e attraverso la realizzazione di percorsi individualizzati nell'ambito scolastico. La Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 "*Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*", regola la gestione didattica dei BES (Bisogni Educativi Speciali), che interessa una vasta area di alunni per i quali il principio della personalizzazione dell'insegnamento, sancito dalla Legge 53/2003, va applicato con particolari accentuazioni in quanto a peculiarità, intensività e durata delle modificazioni.



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. Un ulteriore, ma non meno importante, passo si è realizzato con il 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 intendendo evitare l'entrata dei minori nel circuito giudiziario, ad eccezione che nei casi di reato grave e reiterato.

Quindi, nel cammino contro le diseguaglianze, la 104, la succitata legge 170 del 2010 sui DSA e la legge sui BES (Bisogni Educativi Speciali) completano un quadro normativo che è tra i più tutelanti e articolati a favore dei minori, ma in una realtà sociale e operativa estremamente fragile e povera, con l'accesso di nuove utenze che propongono continuamente appunto bisogni complessi ad agenzie sovente prive di qualsivoglia *base sicura* in termini di risorse.

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.

Cruciale il concetto di presa in carico, che rappresenta un processo di assunzione di responsabilità a favore di bisogni di solito complessi, in uno specifico ambito di popolazione, con connotazioni di coerenza e continuità.

In sintesi, le caratteristiche della presa in carico in età evolutiva sono: la natura prevalentemente pubblica e la dimensione territoriale; la cultura multiprofessionale e di integrazione di competenze e la centralità del lavoro di équipe; lo sforzo teso all'inclusione sociale e alla lotta alla discriminazione dei soggetti portatori di fragilità; il rilievo del lavoro socio-educativo e di training a favore dei familiari; la continuità e la stabilità dei percorsi di cura nei tempi e luoghi

adatti e con modalità relazionali idonee; la forte integrazione in una rete sociale che comprenda risorse e professionalità diversificate.

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%. I dati nazionali ed internazionali ci dicono che i disturbi dello sviluppo, che comprendono il 60% della domanda (il ritardo mentale, lo spettro autistico, i disturbi dell'attenzione con iperattività, i disturbi specifici del linguaggio, della coordinazione motoria e dell'apprendimento) complessivamente riguardano l'8% dei bambini e dei ragazzi, si manifestano tra i 2 e i 18 anni, con una presa in carico da parte delle strutture preposte che spesso supera i dieci anni.

Il sempre più diffuso disagio giovanile e la psicopatologia dell'adolescenza (i suicidi e i comportamenti a rischio sono la principale causa di morte in questa età), che, dai dati, riguarda almeno 2 ragazzi su 100 tra 13 e i 18 anni, richiedono interventi tempestivi e coordinati tra servizi dedicati esclusivamente alla cura e alla prevenzione degli stessi, sottolineando la debolezza dei collegamenti tra le offerte assistenziali delle varie fasce di età.

Famiglia, scuola e pediatri sono le sentinelle che per prime possono percepire i segnali di disagio, pertanto occorre favorire le sinergie e *il lavoro di squadra*. Grande importanza devono assumere le pratiche di prevenzione e promozione alla salute con particolare riferimento alle collaborazioni dei Neuropsichiatri Infantili con le Famiglie i Pediatri, le Istituzioni Scolastiche e gli Psichiatri dell'età Adulta.

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 considerata da più autori una delle fasi più critiche e di maggiore suscettibilità allo scompenso.

E' accertato che il binomio geni-ambiente (vulnerabilità-stress) rappresenta il binario lungo cui si sviluppano i percorsi di salute e/o di malattia di ciascun individuo e ciascuna famiglia.

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.

Percorrendo sia pure rapidamente le tappe attraverso cui si è andata dimostrando l'embricazione tra biologico e psichico (e citando anche solo la scoperta e lo studio dei neuroni specchio di Rizzolatti e Gallese) si può facilmente evincere che patologie della relazione e patologie del neurosviluppo non sembrano più procedere su strade diverse e inavvicinabili, ma possono richiamarsi finalmente a approcci teorici e interpretazioni eziopatogenetiche coerenti e unitarie. I disturbi dello spettro autistico, "contesi" da sempre tra psicologia e genetica, possono rappresentare da questo punto di vista un caso emblematico.

L'autismo, che compromette le funzioni cognitive e relazionali globalmente e cronicamente, è una patologia la cui incidenza è in crescita esponenziale: si può dire che siamo di fronte a una vera e propria epidemia, per cui non può che crescere l'allarme sia dell'opinione pubblica sia dei familiari, che devono affrontare un disturbo gravemente invalidante per i propri figli senza alcuna certezza in termini di eziopatogenesi e terapia.

Nell'autismo e in molti altri quadri patologici la famiglia vive un carico soggettivo ed oggettivo terribile: essere genitori di un minore disabile si può considerare in molti casi un lavoro a tempo pieno, per cui uno dei genitori, di solito la madre, il caregiver principale, deve semplicemente stravolgere le proprie abitudini di vita.

Le famiglie sono disorientate rispetto allo shock di una diagnosi che può essere precoce o tardiva, ma che sempre comporta un lutto grave e la sua necessaria elaborazione. In questo processo chimere e false illusioni proposte da approcci non validati e a volte francamente pseudo-scientifici riscuotono attenzione perché bypassano i tempi lenti e sovente frustranti delle pratiche tradizionali e validate. Genitori disperati si affidano a teorie a volte anche bizzarre senza che la comunità scientifica possa o voglia definire alcune semplici verità, che molte ipotesi, se non dimostrate, non possono essere la base per una scelta terapeutica.

Allora, la certezza dei dati epidemiologici, delle teorie riconosciute a livello internazionale 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.

Sicuramente, nei percorsi di salute in età evolutiva, l'attesa non è una strategia condivisibile: sia nel passaggio dalla preadolescenza all'adolescenza nel caso di sintomi di appiattimento pre-psicotici, sia nel bambino di 2 anni con ritardo del linguaggio, un sintomo o un segnale deve allertare subito lo specialista o il MMG e orientare verso un'ipotesi di presa in carico che, ancorché stigmatizzare, evita all'individuo un prezzo altissimo in termini di disabilità per tutta la vita. Per questo l'etica della precocità degli interventi e delle buone prassi sembra al nostro gruppo l'unico

riferimento deontologico certo nella confusione delle teorie e degli approcci terapeutici. Allora una forte presenza della neuropsichiatria sul territorio a fianco delle altre antenne sociali e sanitarie deve promuovere l'intervento precoce come scelta fondamentale e irrinunciabile.

La disamina dei presupposti teorici, nonché del percorso giuridico che ha prodotto una sostanziale rivoluzione del concetto di assistenza al minore, specie se con disagio, si mostra utile per comprendere quale funzione centrale svolga la figura del Neuropsichiatra infantile nel complesso delle attività che hanno per scopo la tutela della popolazione minorile.

Le attività del Neuropsichiatra Infantile comprendono: interventi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e riabilitazione dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva della fascia di età 0-18 anni;

- attività di prevenzione del rischio psicopatologico sugli stili educativi ed emozionali del bambino e dell'adolescente nel proprio ambiente naturale di vita;
- attività di integrazione operativa con il dipartimento di Salute mentale e il servizio di riabilitazione dell'età adulta al fine della continuità dei percorsi assistenziali, per i disturbi psichiatrici e delle disabilità neuropsichiatriche al compimento del 18° anno di età;
- attività di integrazione con i centri accreditati ex articolo 26 della legge 833 del 1978, per la programmazione, realizzazione e verifica degli interventi riabilitativi;
- attività di integrazione operativa con gli Enti locali, in particolare Ufficio di Piano sociale, il Sistema scolastico, il sistema giudiziario e le organizzazioni del Terzo settore per gli interventi di tutela della salute mentale e per gli interventi socio-assistenziali e socio-educativi;
- applicazione protocolli di valutazione multidimensionale, che consentano di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni del bambino-adolescente nel suo ambiente naturale di vita;
- coordinamento delle équipes multidisciplinari composte da neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, fisioterapisti, educatori professionali, terapisti occupazionali, assistenti sociali, infermieri e tecnici.

Pertanto le attività ambulatoriali dello specialista in neuropsichiatria infantile raramente si esauriscono con una visita ambulatoriale e quasi sempre richiedono un approfondimento ed accertamenti al fine di dare risposta al quesito diagnostico e di una presa in carico del paziente sia in ambito riabilitativo che per l'integrazione scolastica.

Inoltre, le competenze richiedono una visione equilibrata e in un certo modo fortemente integrata delle funzioni mente-corpo, tenendo conto della vasta problematica della disabilità da un lato e della sofferenza psichica dall'altra, non raramente coesistenti nello stesso quadro.

Gli obiettivi cui deve necessariamente far riferimento la Neuropsichiatria Infantile sono:

- promuovere e potenziare una rete di ricerca clinica dedicata, con particolare attenzione ai modelli di cura e presa in carico efficace, efficiente ed economica;

- prevedere, nell'ambito delle strutture presenti all'interno del SSN, un sistema di Unità Operative Autonome Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (centro unico) a direzione centralizzata che sia pure nelle diverse articolazioni territoriali assicuri l'unitarietà degli interventi e che, nell'ottica di coordinare in maniera continuativa e per progetti di prevenzione i principi ispiratori della psichiatria infantile, persegua le seguenti priorità:

- 1) la centralità dei diritti del minore affetto da disturbi neuropsichiatrici;
- 2) lo sviluppo di sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti;
- 3) la definizione precisa dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativa alla Salute Mentale in Età Evolutiva in modo da rendere effettivi e certi i percorsi di cura;
- 4) La valorizzazione del lavoro di equipe al fine di pervenire alla specializzazione dei trattamenti e alla soluzione di eventuali problemi multipli;
- 5) Lo sviluppo di percorsi di formazione, ricerca ed intervento al fine di conseguire un miglior utilizzo delle conoscenze della ricerca scientifica;

- istituire presso il Ministero della Salute, ISS, MIUR un tavolo permanente con rappresentanti della Regione, esperti riconosciuti di Neuropsichiatria Infantile, in collaborazione con rappresentanti della Psichiatria, della Pediatria e dell'Associazione Familiare per elaborare linee guida del "Programma Nazionale per la ricerca sulla Salute Mentale nell'Infanzia e Adolescenza e i trattamenti riabilitativi, psicoterapeutici, farmacologici, pedagogici e sociali dei disturbi ad essa collegati, gli interventi di prevenzione e le modalità di fornitura dei servizi".

La dimensione della popolazione in carico alla Neuropsichiatria Infantile in Italia è davvero impressionante. Si tratta di quasi 400.000 minori in difficoltà accolti dal Servizio Pubblico. Ne consegue che è possibile usare l'esperienza acquisita per diversi obiettivi:

- costruire un modello di psicopatologia dello sviluppo sul rilievo sistematico di casistiche specifiche, seguito per oltre 10 anni (da prima della scuola dell'infanzia sin dopo la scuola media inferiore);
- unire ed integrare i dati di follow up con quelli delle storie naturali delle malattie, per individuare gli errori di percorso e per migliorare la presa in carico, utilizzando la banca dati disponibile, per perfezionare la diagnosi di sviluppo come diagnosi prognostiche;
- affrontare la questione della popolazione sommersa; riconoscere i percorsi che portano alle patologie di personalità...per ogni singolo adulto che presenta problemi psichiatrici sindromici esistono 4 adulti che presentano disturbi della personalità;
- battersi per un riconoscimento della psicoterapia dei bambini nel SSN e per il potenziamento degli Ospedali Diurni rispetto alle Degenze Ordinarie;
- introdurre negli standard di presa in carico, l'utilizzazione di modalità oggettive e quantitative di valutazione dell'efficacia del trattamento utilizzabili a cadenza regolare e ravvicinata durante il trattamento stesso.

Questo per evitare il perdurare inutile di pratiche cliniche di trattamento che non risultino efficaci nell'evoluzione clinica dei disturbi trattati, con grave danno per i minori che non ricevono trattamenti fruttuosi, e per il SSN che non produce benefici a fronte di una spesa spesso ingente.

Perché in definitiva, non sono solo le famiglie, ma anche gli operatori della salute, e nello specifico i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, a esigere come valore irrinunciabile una qualità delle cure che sia in linea con il bisogno espresso dalla popolazione e con le conoscenze scientificamente validate.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANAGNOSTOU, E., ZWAIGENBAUM, L., SZATMARI, P., FOMBONNE, E., FERNANDEZ, B. A., WOODBURY-SMITH, M., BRIAN, J., BRYSON, S., SMITH, I. M., DRMIC, I., BUCHANAN, J. A., ROBERTS, W., & SCHERER, S. W.: *Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice*. Canadian Medical Association Journal, 2014; 186: 509–519
2. ANDERSON, S. R., & ROMANCZYCK, R. G.: *Early intervention for young children with autism: continuum-based behavioral models*. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 1999; 24: 162–173
3. BUESCHER, A.V.S., CIDAV, Z., KNAPP, M., & MANDELL, D.S.: *Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States*. Jama Pediatrics, online, 2014 ISSN 2168–6203
4. CASSIDY, A., MCCONKEY, R., TRUESDALE-KENNEDY, M., & SLEVIN, E.: *Preschoolers with autism spectrum disorders: the impact on families and the supports available to them*. Early Child Development and Care, 2007; 178: 115–128
5. BAUMAN, Z.: *Modernità liquida*. Laterza, Roma – Bari, 2011.
6. BENASAYANG M., SMITH G.: *L'epoca delle passioni tristi*. ed. Feltrinelli, 2004
7. BOWLBY J.: *Una base sicura*. Cortina Ed, Milano, 1988
8. CHARMET G.P.: *Fragile e spavaldo - Ritratto dell'adolescente di oggi*. Ed. Laterza, 2009
9. 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
10. COSTELLO E.J., EGGER H., ANGOLD A.: *A 10-year update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology*. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 2005; 45(1): 8-25
11. CAMAIONI L. (a cura di): *La teoria della mente*. Università Laterza – Psicologia, Bari, 1995
12. Circolare prot. n. 3377/C Giunta Regione Campania del 25/07/2014: Indirizzi per le attività territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

13. Circolare prot. n. 0551882 Dipartimento della Salute - Regione Campania del 07/08/2014: Attuazione del percorso di diagnosi e di certificazione dei disturbi specifici di apprendimento
14. DGRC n. 2132/03: Tutela della salute mentale nell'età evolutiva ed adolescenziale
15. DGRC n. 254/05: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza provvedimenti ed indirizzi organizzativi
16. DGRC n. 43/2014: Individuazione, diagnosi e certificazione dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)
17. 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
18. GALLESE V.: *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*. Phenomenology and the Cognitive Sciences, 2005; 4: 23-48
19. GREENBERG L.S.: *Emotion, psychotherapy and change*. Guilford, New York, 1991
20. DIAVOLETTA A.: *La presa in carico del disabile in età evolutiva. Aspetti psico-sociali*. Aracne, Roma, 2001
21. DIAVOLETTA A.: *Traiettorie evolutive. L'adolescenza tra deriva sociale, bisogni di cura e significati personali*. Edisud, Salerno, 2013
22. FRIGERIO A., RUCCIP., 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
23. GIORDANO G.G.: *Per un'antropologia dell'adolescenza*. XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Perugia, 1997
24. GIORDANO G.G.: *L'adolescenza prolungata*. Psichiatria Infanzia e adolescenza, 1995; 62: 506
25. GUIDANO V.F.: *Il sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992
26. GUIDETTI E. (a cura di): *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza*. Il Mulino, 2005
27. KANDELE R.: *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
28. L. 170/2010: *Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*
29. L. 328/00: Legge - quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi socio-sanitari. (art. 19, 22)
30. L. R. C. 10/02: Piano sanitario regionale
31. LAMBRUSCHI F.: *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri. Torino, 2004
32. 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; 261-294
33. 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
34. MOLTENI M.: *Epidemiologia dell'età evolutiva: una review*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2011; 78: 249-265
35. "Progetto Obiettivo per la tutela della Salute Mentale 1998/2000, 2001-3 e 2003-5" e Progetto Obiettivo Materno Infantile
36. RECALCATIM.: *Il complesso di Telemaco*. Feltrinelli, 2013
37. Regione Campania: proposta di legge: Istituzione del Dipartimento e delle Unità Operative di Neuro-psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. 2012
38. 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.
39. 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".
40. 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.
41. RIGON G.: *Presa in carico terapeutica e riabilitazione psichiatrica in età evolutiva*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 2011; 78: 303-313
42. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA 2007): proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Indirizzo per corrispondenza:  
**Dott. Aldo Diavolletto**  
 e-mail: aldiavolletto@libero.it

# Le Benzodiazepine nella pratica clinica: uso e abuso

Ferdinando Pellegrino\*, Gianfranco Del Buono\*\*

\*CENTRO STUDI PSICOSOMA

SALERNO

\*\*A.O.U. "SAN GIOVANNI DI DIO

E RUGGI D'ARAGONA"

SALERNO

**Parole chiave:** Benzodiazepine, dipendenza, ansiolitici.

**Key Words:** Benzodiazepine, dependency, anxiolytics.

Ricevuto in Redazione il 7 aprile 2015

## RIASSUNTO

Le benzodiazepine (BDZ) sono la classe di farmaci più comunemente prescritta per i loro effetti ansiolitici, ipnotici, miorilassanti e anticonvulsivi, nonostante il loro utilizzo cronico sia associato con tolleranza, dipendenza e sintomi di astinenza.

In questi ultimi anni, sono stati pubblicati vari studi sulla efficacia e la tollerabilità delle benzodiazepine, che ne hanno rivalutato l'importanza nella pratica clinica.

Nell'articolo vengono delineate le problematiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine e definite le linee di indirizzo per prescriverle in modo appropriato.

## SUMMARY

### The benzodiazepine in the clinical practice: use and abuse

Benzodiazepines (BDZ) are the most commonly-prescribed class of drugs due to their anxiolytic, hypnotic, sedative, muscle relaxant and anticonvulsant effects, despite the fact that their chronic use is associated with tolerance, dependence and symptoms of abstinence.

In these last years, several studies have been published about the efficacy and tolerability of benzodiazepines, with a reassessment of their importance in the clinical practice.

The article outlines the issues related to the use of benzodiazepines and the guidelines for an appropriate prescription defined.

Le benzodiazepine (BDZ) sono entrate nella farmacopea negli anni 60 (il clordiazepossido nel 1959, il diazepam nel 1960) e da allora hanno conosciuto un successo crescente fino a diventare una delle classi farmacologiche più prescritte. Ma dagli anni 90 in poi c'è stato un calo delle prescrizioni e gli stessi psichiatri hanno mostrato più di una esitazione nell'utilizzo di tali farmaci, segnalando più volte che le BDZ potevano sviluppare condotte di abuso e dipendenza. Nel 1990, la Task Force dell'APA guidata da Carl Salzman, pubblicava una breve monografia sulla dipendenza da BDZ in cui si focalizzava l'attenzione sullo sviluppo della dipendenza fisiologica specialmente a dosi terapeutiche, sulla tossicità in acuto e cronico e sul possibile uso a scopo ricreativo delle BDZ. A quel tempo, invero, non c'era nessun dato che poteva far pensare che l'uso a lungo termine delle BDZ poteva portare ad un aumento incontrollato delle dosi o ad un uso a scopi ricreativi. Anzi lo sviluppo dell'abuso di BDZ avveniva in concomitanza dell'abuso di altre sostanze stupefacenti (alcool, oppiacei, etc.).

La conclusione della Task Force era di una prescrizione cauta di tale classe farmacologica: le BDZ sono efficaci, clinicamente utili, ma devono essere prescritte, come tutti i farmaci, in modo appropriato.

Una recente analisi retrospettiva condotta dalla Columbia University ha messo infatti in evidenza un frequente uso inappropriato delle benzodiazepine riproponendo l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva di tali molecole.

Ciò premesso ci si propone adesso di fare alcune riflessioni sull'utilizzo clinico delle benzodiazepine, ritenendo presenti molte aree di criticità; l'inappropriatezza prescrittiva riguardante le BDZ può infatti essere rapportata all'utilizzo di dosaggi non terapeutici, alla prescrizione per tempi inappropriati, all'utilizzo spesso auto terapeutico, all'assenza di monitoraggio, alla frequente associazione di diverse BDZ, alla scarsa valutazione da parte del medico dei rischi connessi alla loro prescrizione.

Le BDZ sono note per la vasta estensione delle aree cliniche di utilizzo poiché si tratta di farmaci utilizzati per il trattamento di malattie o di quadri clinici di quasi tutte le branche mediche e chirurgiche; trovano infatti indicazione – tra l'altro - nel trattamento dell'agitazione psicomotoria, in anestesia generale, nell'astinenza da oppiacei o etilica, negli attacchi di panico, nell'ansia generalizzata, nei disturbi comportamentali degli anziani, nella fibromialgia, nel trattamento dell'insonnia o della sindrome serotoninergica; ricordiamo inoltre che le benzodiazepine costituiscono il trattamento di prima scelta nelle sindromi catatoniche, insieme alla terapia elettroconvulsivante (TEC).

I benefici legati all'utilizzo delle BDZ sono evidenti poiché si tratta di molecole caratterizzate da un *alto indice terapeutico*: dal punto di vista clinico, tuttavia, il loro utilizzo deve rientrare nell'ambito delle indicazioni previste, così come rimodulato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che nel 2011, attivando l'adeguamento degli stampati di specialità medicinali contenenti principi attivi rientranti nella categoria delle "benzodiazepine e degli agenti benzodiazepino-simili", ha rivisto tutte le indicazioni terapeutiche della classe delle BDZ.

In particolare, nell'ambito dei disturbi per i quali la singola molecola trova indicazione nella scheda tecnica viene chiaramente specificato che le *BDZ sono indicate soltanto quando il disturbo è grave, disabilitante e sottopone il soggetto a grave disagio*; ne consegue che ciascuna prescrizione necessita di una valutazione clinica che deve considerare due livelli di cui il primo mirato ad identificare la centralità e la struttura del disturbo (*nucleo psicopatologico*) e il secondo centrato a valutare la *significatività* clinica dei sintomi per poter stabilire la soglia per la diagnosi.

In pratica occorre stabilire quanto la sintomatologia (ad esempio un attacco di panico) compromette il funzionamento globale del soggetto; si tratta in ogni caso di una valutazione clinica attenta innanzitutto alla diagnostica differenziale e all'identificazione di patologie sia fisiche che psichiche in comorbidità; per i disturbi dello spettro ansioso-depressivo molte patologie fisiche o anche l'uso di sostanze medicamentose possono estrinsecarsi con una sintomatologia ansiosa o depressiva che richiede una specifica attenzione.

Nel formulare il piano terapeutico la scelta della BDZ deve basarsi sulle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche della molecola; poiché tutte le BDZ hanno proprietà ansiolitiche, miorilassanti, ipnoinducenti e anticonvulsivanti la scelta del farmaco deve richiedere la conoscenza della molecola che si utilizza, in particolare dell'emivita, del dosaggio, delle modalità di somministrazione.

Nel valutare la presenza di controindicazioni o di pazienti particolarmente a rischio che richiedono adeguamenti posologici o controlli clinici più ravvicinati occorre considerare che alcune patologie per le quali le BDZ sono controindicate si manifestano sintomi che possono mimare un disturbo psichico, ponendo importanti problemi di diagnostica differenziale.

La *miastenia grave* può infatti manifestarsi con debolezza muscolare, ansia e sintomi cognitivi minori e l'*insufficienza epatica* con irritabilità, depressione, delirium, debolezza, stanchezza e anoressia; altre controindicazioni alle BDZ sono la *grave insufficienza respiratoria* e la *sindrome apnea notturna* ed il *glaucoma ad angolo chiuso* che solitamente si manifesta con un dolore in regione orbitaria, spesso associato a nausea; esso può essere confuso con un attacco di emicrania o con una cefalea orbitaria e colpisce generalmente gli anziani ipermetropi e di sesso femminile. Le BDZ non sono indicate in gravidanza; il loro utilizzo nei primi tre mesi di gravidanza è associato al labbro leporino e alla palatoschisi, negli ultimi mesi all'ipotonìa muscolare del neonato, mentre è noto che nel corso dell'allattamento vengono escrete dal latte materno.

In alcune schede tecniche l'utilizzo delle BDZ in gravidanza è controindicato, ma allo stesso tempo viene considerato praticabile in particolari circostanze che devono essere attentamente valutate e monitorate.

Un altro aspetto da considerare è la comorbidità con la depressione; le BDZ possono essere utilizzate in associazione con gli antidepressivi nelle forme depressive con una forte componente ansiose.

In ogni caso nella depressione le BDZ non solo non sono indicate ma viene segnalato tra gli eventi avversi l'insorgenza stessa di depressione e di ideazione suicidaria.

Non vi è alcuna razionalità nell'utilizzare in associazione due o più BDZ, neanche laddove si vogliono utilizzare BDZ o altre molecole specificamente indicate come ipnoinducenti.

Nella maggior parte dei casi la determinazione progressiva della posologia, iniziando con dosaggi bassi, consente un adeguato controllo della sintomatologia; deve però essere chiaro fin dall'inizio che la terapia deve avere un limite temporale ben definito, nel range di due-tre settimane.

A tal fine è fondamentale l'associazione di un programma psicologico volto a definire le migliori strategie di coping ovvero a valutare gli aspetti personologici che possono aiutare a meglio gestire la sintomatologia; in alcuni casi è indicata una psicoterapia ben strutturata e di sufficiente durata.

Evidentemente esistono però quadri clinici che richiedono trattamenti protratti nel tempo; se per definizioni alcuni disturbi sono cronici ed invalidanti – come l'ansia generalizzata di entità grave – non ci si deve meravigliare sull'opportunità di optare per trattamenti protratti o cronici, anche laddove vengono utilizzati farmaci come gli antidepressivi.

Appare quindi evidente l'importanza di monitorare il quadro clinico nel tempo, con controlli periodici, valutando

periodicamente l'efficacia, la sicurezza e la necessità stessa del trattamento; la persistenza di una sintomatologia cronica ed invalidante – com'è noto e come risulta evidente nella pratica clinica – non sempre consente la sospensione del trattamento ovvero rende necessari trattamenti a lungo termine; si ravvisa così la necessità di operare studi longitudinali per valutare l'appropriatezza dei trattamenti a lungo termine fino a poter definire delle linee guida in tal senso.

Tra le reazioni avverse da BDZ si segnala la sedazione eccessiva, la diminuzione della performance psicomotoria e cognitiva, alcune forme di atassia e amnesia, la presenza di effetti residui (*hangover*) e paradossi, come irritabilità, ostilità e aggressività; evidenza che il trattamento con BDZ deve essere attentamente monitorato.

Per ciò che concerne l'utilizzo a dosi non terapeutiche delle BDZ o a scopo suicidario l'overdose letale da BDZ è rara, particolarmente tossiche e letali risultano invece l'associazione con alcol, metadone ed altre sostanze medicamentose o droghe.

In caso di assunzione a dosi non terapeutiche viene utilizzato il *flumazenil*, antagonista competitivo dei recettori delle BDZ; il suo utilizzo richiede un accurato monitoraggio delle funzioni vitali in ambiente protetto e per il tempo necessario.

Molto controverso è il tema che riguarda le modalità patologiche d'uso delle BDZ, laddove si instaura una vera dipendenza (F13.2, dipendenza da Sedativi, Ipnotici o Ansiolitici); il problema è sottostimato e scarsamente valutato fin dalla prima prescrizione delle BDZ; vi sono indubbiamente delle limitazioni d'uso di tali molecole in soggetti particolarmente vulnerabili all'adozione di comportamenti d'abuso (*tossicofili*), ma una maggiore sensibilizzazione del medico in tal senso può prevenire l'insorgenza di quadri d'abuso.

Nel complesso quindi occorre riflettere sull'appropriatezza delle prescrizioni delle BDZ nella pratica clinica, consapevoli che un uso non monitorato, al di fuori di un programma terapeutico ben definito, non può essere condiviso né considerato in linea con le evidenze scientifiche; considerato inoltre l'ambito di utilizzo della BDZ è sempre consigliabile una valutazione psicologica del paziente in modo da attivare e potenziare le sue difese psichiche.

Il rispetto, infatti, di alcune indicazioni generali, quali ad esempio l'uso della dose minima efficace, l'individualizzazione del trattamento in relazione a peculiari caratteristiche del quadro psicopatologico di base (come ad esempio un trattamento intermittente nelle forme di ansia e insonnia resistenti) e alle proprietà farmacologiche della molecola assunta, così come la graduale sospensione del trattamento, determinano certamente la possibilità di riaffermare l'utilizzo di questa classe di farmaci, che per efficacia risulta ancora centrale, e in taluni casi probabilmente insostituibile, per quanto concerne il trattamento di diverse condizioni morbose, tra cui certamente il disturbo d'ansia e l'insonnia, sia primaria che primaria che associata ad altri disturbi psichiatrici.

## BIBLIOGRAFIA

1. OLFSON M, KING M, SCHOENBAUN M: *Benzodiazepine use in the United States*. JAMA Psychiatry 2015; doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1763
2. PELLEGRINO F, COMITE P: *Rischio Clinico*. Mediserve, Napoli, 2013
3. PELLEGRINO F, DEL BUONO G, COMITE P: *Appropriatezza degli interventi*. Mediserve, Napoli, 2013

Indirizzo per corrispondenza:

**Ferdinando Pellegrino**

e-mail: info@ferdinandopellegrino.com

## Storia della Medicina

# Sulla malattia e sulla morte di Poliziano: una rivisitazione medica di due manoscritti nel quadro clinico della sifilide al suo esordio in Europa

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare - CNR  
Unità Organizzativa di Supporto  
Germaneto - Catanzaro

**Parole chiave:** Malattia e morte di Poliziano, “Sylva in scabiem”, “De scabie”, scabbia, sifilide, gravità della sifilide nel Cinquecento.

**Key Words:** Life and death of Poliziano, “Sylva in scabiem”, “De scabie”, scabies, syphilis, syphilis' greatness in XVI century.

Ricevuto in Redazione il 28 dicembre 2013

### RIASSUNTO

Si è indagato su la vita, le opere, la malattia e la morte dell'umanista e poeta Agnolo Ambrogini (1454-1494) conosciuto come Poliziano e si è fatta anche chiarezza sull'ambiguo significato del termine “scabies” presente in due suoi scritti, “Sylva in scabiem” e “De scabie”, che raccontano della malattia che gli provoca la morte. A supporto di quanto ottenuto si è effettuata la comparazione fra la particolareggiata descrizione che Poliziano fa della malattia in queste opere e l'espressione clinica di una nuova malattia, chiamata poi sifilide, descritta in alcune importanti opere mediche tra la fine del Quattrocento e l'inizio del Cinquecento. Gli Autori del presente lavoro sostengono l'ipotesi che Poliziano si sia ammalato di sifilide e, data l'alta virulenza di questa nei primi decenni della sua comparsa in Europa, ne sia morto dopo circa un anno. Poliziano si porrebbe così al primo posto tra gli illustri personaggi europei che hanno scritto della propria sifilide in alcune opere.

### SUMMARY

The Authors searched into the life, the works, the disease and the death of Agnolo Ambrogini (1454-1494), better known as Poliziano, a great humanist and poet. We cleared up the ambiguous mean of the term “scabies” in two works, “Sylva in scabiem”, and “De scabie”. These works mention the illness that causes his death. In support of the above argument, we compared Politiano's detailed description of his illness with that clinical description regarding the disease that will be named “syphilis” into some medical works at the end of XV century and the beginning of XVI century. The Author of the present work believe Politian was diseased in syphilis; then, he died of syphilis, a disease showing a great virulence during its first decennials from its beginning in Europe, too. So, Politian can be considered the first literate man writing on his syphilis in some works.

Nell'ultimo lustro del Quattrocento la sifilide si diffonde in Europa rapidamente ed intensamente colpendo ogni strato sociale. Tra gli uomini illustri che si ammalano in questi anni e nella prima metà del secolo successivo, emergono quelli che raccontano nelle proprie opere la sifilide che li affligge come Antonio Cammelli (poeta, 1436-1502), Niccolò Campana (poeta, 1478-1523), Ulrich Von Hutten (letterato ed umanista, 1488-1523), Joseph Grünpeck (umanista, 1473-1532) e Benvenuto Cellini (scultore, 1500-1571). Dai loro scritti<sup>1</sup> si percepisce e l'impotenza del medico e la gravità della malattia. Nell'ambito di questa ricerca letteraria e d'archivio ci si è imbattuti in due opere manoscritte, “Sylva in scabiem” e “De scabie” attribuite cinque secoli dopo ad Agnolo Ambrogini conosciuto come Poliziano.

1 RENIER RODOLFO (a cura di). “I sonetti del Pistoia. Giusta l'apografo trivulziano”. Torino, Firenze: E. Loescher, 1888; CAMPANA NICCOLÒ. “Lamento di quel tribulato di Strascino Campana Senese sopra el male incognito el quale tratta de la pazienza et impazienza, che avviene a quelli che hanno il mal Francese”, Venezia: N. d'Aristotele detto Zoppino, 1529; VON HUTTEN ULRICH. “De guaiaci medicina et morbo gallico liber unus”. Magonza: Scheffer, 1519; GRÜNPECK JOSEPH. “Tractatus de pestilentiali scorra sive mala de Franzos. Originem. Remediaque ejusdem continens, cōpilatus a venerabili viro magistro Joseph Grunpeck de Burckausen sub carmina quedam Sebastiani Brant utriusque juris professoris”. Norimberga: K. Hochfeder, 1496; CELLINI BENVENUTO. “Vita di Benvenuto Cellini orefice e scultore fiorentino, da lui medesimo scritta: nella quale molte curiose particolarità si toccano appartenenti alle arti ed all'istoria del suo tempo, tratta da un ottimo manoscritto”. Colonia: P. Martello, 1728.

## La vita e le opere

Agnolo Ambrogini nasce nel 1454 a Montepulciano dal cui nome latino *Mons Politianus* deriva Poliziano, il nome con cui è conosciuto. Cinque anni dopo la morte del padre, si trasferisce a Firenze (1469) dove continua gli studi e, ancora giovanissimo, lavora come segretario personale di Sigismondo della Stufa fino al 1473. Frequenta anche i corsi dello Studium di Firenze entrando nelle grazie dei maestri Marsilio Ficino (1433-1499), Cristoforo Landino (1424-1498), Callisto Andronico (XV secolo) e Lorenzo de' Medici (1449-1492), conosciuto come il Magnifico. A quest'ultimo non sfugge la sua precoce eleganza nel comporre versi greci e latini e, apprezzandone anche le qualità umane, lo protegge e lo favorisce fino ad ospitarlo (1473) offrendogli l'incarico di segretario personale e affidandogli poi (1475) l'educazione del figlio Piero (1472-1503). Nel 1477 è nominato priore della chiesa di San Paolo Apostolo, subito dopo è ordinato sacerdote e successivamente canonico della cattedrale di Santa Maria del Fiore<sup>2</sup>. Poliziano diviene un personaggio di rilievo tanto da essere immortalato dal Botticelli<sup>3</sup> e dal Ghirlandaio<sup>4</sup>.

Lorenzo de' Medici, al quale Poliziano dedica molte opere<sup>5</sup>, lo sollecita a scrivere, in lingua "volgare", rispetti<sup>6</sup>, canzonette<sup>7</sup> e ballate<sup>8</sup>. Anche in "volgare" è l'epistola<sup>9</sup> che funge da premessa alla "Raccolta Aragonese" (c.1476), come lo sono le "Stanze per la giostra di Giuliano de' Medici". Quest'opera è interrotta tre anni dopo il suo inizio (1475), alla 46<sup>a</sup> stanza<sup>10</sup> del secondo libro, per la morte di Giuliano de' Medici (1453-1478) a seguito della congiura della famiglia Pazzi il cui evento è narrato in un'altra opera di Poliziano, "Practianae cuniorationis commentarium" (1478). Nel 1479 è ospite dei Gonzaga a Mantova dove scrive una breve opera teatrale, anche questa in "volgare", "Fabula d'Orfeo" (1480), per poi ritornare a Firenze l'anno successivo ed occupare la cattedra di Eloquenza Greca e Latina nello Studium di Firenze. Questo incarico che ricopre per tutta la vita, lo porta a dedicarsi quasi esclusivamente alla Filologia classica i cui frutti sono le prolusioni accademiche in prosa e in poesia. Di quest'ultima si ricordano le silve<sup>11</sup>: "Mantho" (1482), "Rusticus" (1483), "Ambra" (1485), "Nutricia" (1486 o 1491). Altre opere che riguardano la Filologia sono la "Miscellaneorum centuria prima" (1489) e il "Libro delle epistole" (1494).

La Medicina deve interessare Poliziano già da giovanissimo, lo dimostrano i libri in suo possesso<sup>12</sup> e la sua elegia<sup>13</sup> (1472) al famoso medico Antonio Benivieni (1443-1502) che diventerà suo amico. Inoltre, come fa il medico Niccolò Leonicensi<sup>14</sup> (1428-1524) nella sua opera "De Plinii aliorumque in medicina erroribus" (Venezia, 1628; postumo), anche Poliziano tratta degli errori del grande naturalista Gaio Plinio Secondo conosciuto come Plinio il Vecchio (23-79) attraverso una epistola. Ancora, è in contrasto con la astrologia medica ippocratica e galenica seguita da diversi medici ed intellettuali del Rinascimento come il suo amico Giovanni Pico della Mirandola (1463-1494), perché crede in una Medicina più vicina all'uomo<sup>15</sup> in accordo con Antonio Benivieni<sup>16</sup> e Niccolò Leonicensi<sup>17</sup>.

- 2 BARBERI SQUAROTTI GIORGIO. "Storia e antologia della letteratura - Dall'Umanesimo alla Controriforma -". Bergamo: Atlas; 2005; ASOR ROSA ALBERTO. "Storia europea della letteratura italiana - Le origini e il Rinascimento -". Torino: Einaudi; 2009.
- 3 FILIPEPI ALESSANDRO (SANDRO BOTTICELLI). "Adorazione dei Magi" 1476-77. Galleria degli Uffizi, Firenze.
- 4 BIGORDI DOMENICO (DOMENICO GHIRLANDAIO), "Apparizione dell'Angelo a Zaccaria" 1485-1490. Chiesa Santa Maria Novella, Cappella Tornabuoni, Firenze; BIGORDI DOMENICO (DOMENICO GHIRLANDAIO) "Conferma della regola. Storie di San Francesco" 1480-1485. Chiesa Santa Trinita, Cappella Sassetti, Firenze.
- 5 Venti "epigrammi" su centoundici (compreso le "epigrafi"); due "elegie" su tredici; una "ode" su undici.
- 6 "Rispetto", nato in Toscana, componimento popolare per canto, di carattere amoroso.
- 7 "Canzonetta", componimento poetico per canto, di carattere erotico, conviviale e descrittivo.
- 8 "Ballata", componimento poetico popolare per canto e danza.
- 9 "Epistola", componimento poetico in versi, affine alla satira, che nella forma e nel tono familiare si avvicina alla lettera, ma tratta anche argomenti elevati.
- 10 "Stanza", nella metrica italiana, altro nome della strofa, in ottava, d'una "canzone" o di una "ballata".
- 11 "Silva", componimento poetico scritto in esametri, endecasillabi e metrica lirica.
- 12 CAMPANA AUGUSTO. "Contributi alla biblioteca del Poliziano". In: "Il Poliziano e il suo tempo". Istituto Nazionale di Studi sul Rinascimento (a cura di). Firenze: Sansoni; 1957, pp. 173-229; Atti del IV Convegno Internazionale di Studi sul Rinascimento, Firenze e Montepulciano, 23-26 settembre 1954.
- 13 "Elegia", componimento poetico di tono mesto e sognante, esprime il dolore per eventi funesti, per non felici passioni, per lontananze nostalgiche e simili.
- 14 NARDI MICHELE GIUSEPPE. "N. Leonicensi e A. Poliziano". In: "Poliziano e il suo tempo". Istituto Nazionale di Studi sul Rinascimento (a cura di). Firenze: Sansoni; 1957, pp. 247-251. Atti del IV Convegno Internazionale di Studi sul Rinascimento, Firenze e Montepulciano, 23-26 settembre 1954.
- 15 COTTON HILL JULIANA. "Materia medica del Poliziano". In: "Poliziano e il suo tempo". Istituto Nazionale di Studi sul Rinascimento (a cura di). Firenze: Sansoni; 1957, pp. 237-245. Atti del IV Convegno Internazionale di Studi sul Rinascimento, Firenze e Montepulciano, 23-26 settembre 1954.
- 16 DE RENZI SALVATORE. "Storia della Medicina in Italia". Sala Bolognese: A. Forni; 1988, p. 333.
- 17 NARDI MICHELE GIUSEPPE. "N. Leonicensi e A. Poliziano". In: "Poliziano e il suo tempo". Istituto Nazionale di Studi sul Rinascimento (a cura di). Firenze: Sansoni; 1957, pp. 247-251. Atti del IV Convegno Internazionale di Studi sul Rinascimento, Firenze e Montepulciano, 23-26 settembre 1954.

Il poeta e umanista Poliziano, considerato insieme a Lorenzo Valla (1407-1457) iniziatore della Filologia moderna, muore a Firenze tra il 28 ed il 29 settembre del 1494 e viene sepolto nel cimitero del convento dei Domenicani di San Marco in Firenze. Il suo discepolo Pietro Crinito, al secolo Pietro Baldi del Riccio (1475-1507), affigge sul tumulo della sua fossa questo carme<sup>18</sup>: *Qui, qui, vicino è collocato il viaggiatore. / Lo spirito del potente vide il chiaro vate: / Colui che è con la mente pronta ed ardimentoso spira / e avvezzo a seguire cose alte e somme. / È colui che disse io sono Angelo Poliziano. / Il piacere è cresciuto nel mio seno benigno / e quello stesso è cessato secondo gli oracoli, Re Partenopei / con armi francesi minacciose penetrarono. / Che tu trionfa e che questo sia a memoria dei nostri meriti*<sup>19</sup>. Oggi riposa in una tomba muraria, sotto quella di Giovanni Pico della Mirandola, sul lato sinistro della navata della chiesa di San Marco in Firenze. Recita così il suo epitaffio: *Son qui le ritrovate ossa di Agnolo Ambrogini detto il Poliziano MCCCCLIV MCCCCLXXXIV che nei tre più divini linguaggi d'Europa fu maestro e poeta e volle risorta l'Atene di Pericle nella Firenze del suo Magnifico*.

### L'omosessualità: dalle opere e dalla vita

Nonostante il severo divieto in tutti i Paesi d'Europa, l'intensificazione della sodomia omosessuale, tra la fine del Quattrocento e l'inizio del secolo successivo<sup>20</sup>, è da attribuire al diffuso terrore della sifilide che si crede essere maggiormente diffusa dall'amplesso con meretrici<sup>21</sup>.

Si vuole qui riportare la presenza dell'omosessualità in alcune opere del Poliziano e accennare ad alcuni episodi che lo vedono protagonista nella sodomia. Nella "Fabula d'Orfeo" cita gli amori omosessuali di Giove e Ganimede, di Apollo e Giacinto, di Ercole e Ila. E fa dire allo stesso Orfeo, afflitto dal dolore per non poter più amare Euridice, di non voler ... *amar più donna alcuna /; preferendo ... / la primavera del sesso migliore, / quando son tutti leggiadretti e snelli: /...*<sup>22</sup>. Ancora, da alcuni epigrammi<sup>23</sup> si ha: ... *Non ardermi, ragazzo, / tu, che m'hai ridotto a vivere in rogo totale, ormai ...* [Epigramma XXIX]<sup>24</sup>. E ... *Guardami dal cielo, mentre ho fra le braccia il bello mio, / e non invidiarmi, Giove: non ho invidie, io. / Goditi Ganimede, Giove, goditelo, ma il luminoso / Crisocomo devi lasciarlo mio, dolce più del miele. / ... Ma ti ho davvero, cucciolo d'amore? Quanti sospiri, / e patimenti, e mosse fatte, per averti in premio! / ...* [Epigramma XXVI]<sup>25</sup>. E verso il suo Crisocomo ("capelli d'oro"), così si esprime: *Mi attiri, mi respingi; insegui, fuggi; sei pietoso, sei crudele; / mi vuoi, non mi vuoi; mi tormenti e mi ami; / prometti, poi neghi; mi dai speranza e me la toglie. / Preferirei piuttosto la tua sorte, o Tantalò: / è duro patire la sete mentre attorno a te zampillano le onde, / ma è ancora più duro patire la sete in mezzo al nettare* [Epigramma LXIV]<sup>26</sup>. In Firenze la sodomia omosessuale è molto diffusa ed altrettanto punita<sup>27</sup>; Poliziano ne è accusato due volte. In una lettera del 7 aprile 1492, il cronista Niccolò Guicciardini (1467-XVI sec.), racconta che un garzone di nome Duccio Mancino, il 3 aprile 1492 denuncia agli Otto di Balìa, antica Magistratura fiorentina, le molte persone che l'hanno sodomizzato, tra queste c'è ... *Messer Agnolo da Montepulciano*<sup>28</sup>. Ancora, da un verbale di interrogatorio, datato 23 luglio 1496, redatto dall'autorità dell'Ufficio del Gonfaloniere di Giustizia si apprende: ... *Angelo da Montepulciano ... una volta solamente, prima che morisse, sodomizzò dalla parte posteriore il detto Giovanni* [diciassettenne, di Bernardo Bellacci]<sup>29</sup>. A quanto detto si aggiunge ciò che scrive il Segretario della Repubblica Fiorentina Bartolommeo Scala (1430-1497): [Poliziano ama la] ... *coda degli adolescenti*<sup>30</sup>; dello stesso tono è il poeta Andrea Dazzi (1473-1548) nel lungo

18 "Carme", componimento poetico, canto, poesia, versi. Anche titolo di opere poetiche, particolarmente di componimenti lirici.

19 MEREGAZZI RENZO. "Pauli Iovii Opera. Elogia Virorum Illustrium". Roma: Istituto Poligrafico dello Stato. Libreria dello Stato; 1972, pp. 69-70. *Hic hic viator paululum gradum siste. / Vatem potentis spiritus vides clarum: / Qui mente promptus acri et arduum spirans / ac summa quaeque et alta consequi suetus. / Is ille ego sum Angelus Politianus. / Fovit benigno me sinu flora et illic in fata cessi, Parthenopeos Reges / cum gallica arma irruerent minabunda. / Tu vale et hoc sis meriti memor nostri.*

20 ARRIZABALAGA JON. "Medicina univeristaria y morbus gallicus en la Italia de finales del siglo XV: el arquiatra pontificio Gaspar Torrella (c1452-c1520)". ASCLEPIO-Rivista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, XL (1988): 1.

21 GRAF ARTURO. "Attraverso il Cinquecento". Torino: E. Loescher; 1888, p. 130.

22 PUCCINI DAVIDE (a cura di). "Angelo Poliziano. Stanze, Orfeo, Rime". Milano: Garzanti; 1992.

23 "Epigramma", componimento poetico breve di vario argomento, specialmente satirico ma anche amoroso.

24 ARDIZZONI ANTHOS (a cura di). "Angelo Poliziano. Epigrammi greci (1471-1494)". Firenze: La Nuova Italia; 1951.

25 Ibidem.

26 DEL LUNGO ISIDORO. "Prose volgari inedite e poesie latine e greche edite e inedite di Angelo Ambrogini Poliziano". Torino: Bottega d'Erasmus; 1970, p. 144.

27 CANOSA ROMANO. "Storia di una grande paura. La sodomia a Firenze e a Venezia nel Quattrocento". Milano: Feltrinelli; 1991; ROCKE MICHAEL. "Forbidden friendships. Homosexuality and male culture in Renaissance Florence". Oxford e New York: Oxford University Press; 1996.

28 Archivio Guicciardini, Firenze, *Legazioni e Commissarie I, III* (aprile 7, 1492).

29 ROCKE MICHAEL. "Forbidden friendships. Homosexuality and male culture in Renaissance Florence". Oxford e New York: Oxford University Press; 1996.

30 POLIZIANO ANGELO. "Opera". Lione: S. Gripphus; 1546.

preambolo di una sua opera<sup>31</sup>. Infine, il letterato Antonio Spannocchi (XV sec.-1503) in un suo scritto<sup>32</sup>, subito dopo la morte di Poliziano, pone in relazione la malattia e la morte del Poeta con la sua omosessualità; così fanno anche Altri<sup>33</sup>. Comunque, alcuni studi<sup>34</sup> dimostrano che Poliziano è vittima di molti pettegolezzi da parte soprattutto di quei Fiorentini oppositori alla famiglia Medici; a tal proposito scrive il letterato Isidoro Del Lungo (1841-1927): ... *le dicerie ... cominciarono, si può dire, sul cadavere, e continuarono in prosa e in versi, con poco decoro e meno pietà ...*<sup>35</sup>.

### La malattia e la morte: dagli scritti di alcuni intellettuali del tempo

Gli scritti di alcuni uomini di cultura del Quattrocento e del Cinquecento forniscono aspetti molto interessanti sia sulla malattia che sulla morte del Poliziano. Dal “*Cantarenius sive de litteratorum infelicitate*” (Venezia, 1620; postumo) del filologo Pierio Valeriano, al secolo Giovan Pietro Bolzani dalle Fosse (1477-1558), si evince: ... *cadde in quella malattia, con così molte ma varie molestie e con pensieri che nessuna consolazione avrebbe voluto ammettere e così appunto con dolore e mestizia morì confessato*<sup>36</sup>. Mentre, il medico e letterato Giulio Cesare della Scala (Scaligero) (1484-1558) scrive nella sua opera “*Viri clarissimi, Poetices libri septem*” (Lione, 1561; postumo): *Poliziano ... è morto con osceno ... furore*<sup>37</sup>. Parole, come dice lo storico della Medicina Giorgio del Guerra (1905-1979)<sup>38</sup>, che fanno pensare al *furor paralyticus* dei sifilografi del primo Novecento<sup>39</sup>. A tal proposito, sui disturbi neurologici che precedono la morte di Poliziano, lo storico Sigismondo Tizio (1458-1528) nella sua opera “*Historia e senenses*” (Hannover, 1897; postuma)<sup>40</sup> aggiunge: *Angelo Poliziano infatti ... verso il principio dell'autunno, in amenza*<sup>41</sup> *cambiato a causa dell'abietta colpa, non senza infamia finì il suo ultimo giorno ...*<sup>42</sup>. Anche il medico e storico Paolo Giovio (1483-1552) fa cenno al delirio oltre che alla febbre nella sua “*Elogia doctorum virorum ab avorum memoria publicatis ingenii monumentis illustrium*” (Basilea, 1571; postuma), con queste parole: *In modo furtivo con la cetra, mentre era divorato da quell'incendio e dalla rapida febbre, decantava poesie con supremo furore; così a poco a poco con delirio, la sua stessa voce e i nervi nelle dita e lo spirito di dieci vite, a causa della invereconda urgente morte, lo abbandonarono*<sup>43</sup>. Le ultime ore di vita di Poliziano sono descritte anche dall'umanista Pietro Bembo (1470-1547) nel “*Carminum libellus*” (Venezia, 1552; postumo), eccone uno stralcio: *Toccava col pollice malato le corde, / con singulti agitati della carena, l'uomo come una fiera. / È sorpreso, e tiene il peso con pazienza. / Con preghiere si rivolge a tutti gli dei Laurentini. / Le preghiere si mescolano alle lacrime e alle lacrime si mescola il dolore, / le parole servono a liberare il dolore / ... . Subito sibili percuotono il poeta. / Irrompono ed in mezzo al petto risuonano*<sup>44</sup>. Infine, un importante contributo alla comprensione della causa della morte di Poliziano è dato dal poeta Panfilo Sasso de' Sassi (c1455-1527) nel sonetto “*De morte Angeli Politiani*”; le sue parole: ... *di un morbo itterico non differente da una malattia bruttissima, / non umore di petto, non bile orrida, nessuna pestifera peste infine lue*<sup>45</sup>. Quest'ultima testimonianza esclude le malattie più comuni di

31 DAZZI ANDREA. “*Poemata*”. Firenze: Torrentino; 1459, pp. 36-37.

32 DEL LUNGO ISIDORO. “*Florentia. Uomini e cose del Quattrocento*”. Firenze: Barbera; 1897, pp. 265-266.

33 DIONISOTTI CARLO. “*Considerazioni sulla morte del Poliziano. in Culture et société en Italie: du Moyen âge à la Rénaissance*”. AA. VV. (a cura di). Parigi: Université de la Sorbonne Nouvelle; 1985, pp. 145-156.

34 DEL LUNGO ISIDORO. “*Florentia. Uomini e cose del Quattrocento*”. Firenze: Barbera; 1897, pp. 232-233; UZIELLI GUSTAVO. “*La vita e i tempi di Paolo Dal Pozzo Toscanelli*”. Roma: Tipografia Forzani; 1894, pp. 232-233.

35 DEL LUNGO ISIDORO. “*Prose volgari inedite e poesie latine e greche edite e inedite di Angelo Ambrogini Poliziano*”. Torino: Bottega d'Erasmus; 1970, p. 255.

36 MENCKE FRIEDRICH OTTO. “*Historia vitae et in literas meritorum Angeli Politiani ortu Ambrogini. Italarum sec. XV nobilissimi, philosophiae, iurisprudentiae, grammatices et omnis doctrinae elegantioris instauratoris felicissimi, atque omni laude maioris ...*”. Lipsia: Officina Gleditschiana; 1736. ... *in eam incidit aegritudinem, ut in multi sed variis molestiis cogitationibusque consolationem nullam admittere voluerit, atque ita demum dolore moestitiaque confectus expiravit.*

37 Ibidem. *obscoeno moreris ... Politiane, furore.*

38 DEL GUERRA GIORGIO. “*Uno sconosciuto carne sulla lue di Angelo Poliziano*”. In: “*Scientia Veterum. Collana di Studi di Storia della Medicina*”. Pisa: U. Giardini; 1960, p. 22.

39 JEANSELME EDOUARD. “*Traité de la syphilis*”. Parigi: G. Doin; 1931.

40 DONI GARFAGNINI MANUELA. “*Historiae senenses*”. Roma: Istituto Storico Italiano per l'Età Moderna e Contemporanea; 1992.

41 “*Amenza*”, psicosi caratterizzata da compromissioni della coscienza, delirio, disturbi percettivi e motori.

42 DONI GARFAGNINI MANUELA. “*Historiae senenses*”. Roma: Istituto Storico Italiano per l'età moderna e contemporanea; 1992. *Angelus enim Politianus ... circa autumnus principium, in amentiam ex reatu obiecto conversus, non absque dedecore extremum clauserat diem ...*

43 MENCKE FRIEDRICH OTTO. “*Historia vitae et in literas meritorum Angeli Politiani ortu Ambrogini. Italarum sec. XV nobilissimi, philosophiae, iurisprudentiae, grammatices et omnis doctrinae elegantioris instauratoris felicissimi, atque omni laude maioris ...*”. Lipsia: Officina Gleditschiana; 1736. *Correpta enim cithara, quam eo incendio et rapida febre torreretur, supremi furoris carmina decantavit: ita ut mox delirantem vox ipsa et digitorum nervi et vitalis denique spiritus, invereconda urgente morte, desererent.*

44 Ibidem. *Respicit insano ferientem pollice chordas, / viscera singultu concutiente, virum. / Mirata est, tenuitque iugum: furit ipse, pioque. / Laurentem cunctos flagitat ore deos. / Miscebat precibus lachrymas lachrymisque dolorem, / verba ministrabat liberiora dolor / ... . Protinus et flentem percussit dura poetam: / rupit et in medio pectora docta sono.*

45 SASSI PANFILO. “*Opera del praeclarissimo poeta meser Panfilo Sasso modenese. Sonetti CCCCVII. Capituli XXXVIII. Egloge V*”. Venezia:

quel secolo: *dura febbre, umori di petto, bile nera, peste mortale*. Ciò che accade dopo la morte di Poliziano è raccontato dal frate domenicano di San Marco in Firenze, Roberto degli Ubaldini (XV-XVI sec.) che nella sua opera "Index sepulchrorum ecclesiae Sancti Marci" (Firenze, 1496), scrive: ... *dopo la morte ... [di Poliziano] il reverendo padre della commissione frate Girolamo Savonarola ferrarese, Vicario generale ... della nostra Congregazione di San Marco, gli diede l'abito del Nostro Ordine e coprirono quel corpo coll'abito, che prima in vita desiderava e pietiva, e venne sepolto presso di noi ... il corpo del chiarissimo e dottissimo ed eloquentissimo signore Angelo Poliziano. (... post mortem ipsius ... ex commissione reverendi patris fratris Hieronymi Savonarolae ferrariensis, generalis Vicarii tunc Congregationis nostrae Sancti Marci, dedi eidem habitum Ordinis nostri et indui corpus eiusdem habitu illo, quem antea in vita optaverat et petierat, et sepulchrum apud nos nequiserat ... corpus clarissimi ac doctissimi et eloquentissimi viri domini Angeli Politiani).*

### La malattia: da due manoscritti

Un inedito e importantissimo contributo alla comprensione della malattia di Poliziano si ha quando il filosofo Paul Oskar Kristeller (1905-1999) comunica all'umanista e letterato Alessandro Perosa (1910-1998) di aver trovato, scorrendo le pagine di un codice miscelaneo della Biblioteca Palatina di Parma, una silva in lingua latina (di 360 versi) che con molta cautela attribuisce a Poliziano. Il Perosa studiando il testo conferma che si tratta di un inedito del Poliziano di notevole ampiezza ed importanza. Il manoscritto, contrassegnato col codice 555, ha come titolo "Sylva in scabiem", scritto con matita rossa non dall'anonimo autore ma da uno scrivano e fa parte di una raccolta di poesie latine già appartenute al mecenate monsignor Lodovico Beccadelli (1501-1572) di Bologna. La "Sylva in scabiem" viene poi pubblicata dal Perosa<sup>46</sup> il quale inserisce in appendice una elegia in lingua latina (di 60 versi) di un Anonimo, anch'essa inedita, trovata dallo stesso Perosa nella Biblioteca Medicea Laurenziana di Firenze (Ashb. 1703, ff. 105r-106r) e controindicata con lo scritto "De scabie". Relativamente al suo contenuto medico, il Perosa fa sempre riferimento, anche nelle note, sia per la "Sylva in scabiem" che per la "De scabie", alla scabbia dando a questa malattia il significato clinico contemporaneo, anche se nella "Sylva in scabiem" non viene mai citata e nella "De scabie" è citata una sola volta nel nono verso: *Che i giovani ed i vecchi del volgo chiamano scabbia ... (Quam vulgo appellant scabiem iuvenesque senesque ...)*. Sia il primo che il secondo manoscritto, pubblicati dal Perosa, sono poi elegantemente tradotti dall'umanista Aldo Marsili (XX secolo) per Giorgio Del Guerra. Il dotto Marsili, noto conoscitore delle opere di Poliziano, allega alla traduzione un importante commento in cui tende ad individuare l'Autore dei due manoscritti; ecco il suo integrale giudizio: *A me sembra che si tratti proprio di Poliziano, sia per la lingua, sia per il verso, e soprattutto per l'animus, di cui è permeata la "elegia" ["De scabie"]. In questa vi risento metafore, parole e frasi della "Sylva in scabiem" e quella dolorosa ed acuta tristezza ... [che costringe il Poliziano] ad interrompere l'attività poetica [vv. 265 e segg. della "Sylva in scabiem" e vv. 41 e segg. della "De scabie"]. A meno che non si possa ammettere che un altro umanista abbia saputo rendere così fedelmente toni ed espressioni del Poliziano sullo stesso argomento, propendo per l'ipotesi già espressa: la "sylva" ["Sylva in scabiem"] è del Poliziano. Pure la variazione metrica (la "Sylva in scabiem" in esametri e la "De scabie" in distici elegiaci) mi spinge a confermare che anche la seconda ["De scabie"] sia del Poliziano che, da esperto umanista, varia i toni metrici sullo stesso argomento. Gli umanisti ci tenevano a mostrare questa loro abilità tecnica. Anche la "elegia" ["De scabie"], pur trattando dello stesso argomento della "sylva" ["Sylva in scabiem"], sa variare le stesse immagini con spostamenti, intrecci, sequenze e ricami diversi, indice chiaro della versatilità del Poliziano, poeta in lingua greca, latina ed italiana<sup>47</sup>. Un altro importante parere sull'Autore della "Sylva in scabiem" è fornito dall'umanista Juliana Hill Cotton (XX secolo), nota studiosa del Poliziano<sup>48</sup> che, in una lettera inviata a Giorgio Del Guerra, così scrive: ... [sono parole] di un maturo e non più un giovane [Poliziano], ... opera peraltro di persona afflitta da malattia sofferta e non semplicemente letteraria<sup>49</sup>.*

"Sylva in scabiem" - La "Sylva in scabiem"<sup>50</sup> di cui si riportano gli elementi più significativi, inizia con versi pervasi di tormento: *Quale lue così schifosa, percorrendo le gracili membra dilania i nervi bruciati? Quale violenza così ampia e così funesta del male distrugge le viscere con le sue nocive fiamme e penetra nelle vene ammarcite, e assorbe con impeto le midolla rammollite con il suo avido fuoco? [vv. 1-11] ... . Il cuore sobbalza, ardenti stridono nel petto le fibre, arida è l'ardente sete, la folle malattia consuma il marcio sangue ... e la pelle illanguidita cresce e si riempie di marciume ... . O dolore crudele e malattia terribile, o aspetto indicibile del male! ... . Un'unica lue si è impadronita ...[dell'] intero corpo, ... [che] denso stilla dovunque*

---

Bernardini Vercellese; 1501. ... *icterici non hunc labes tristissima morbi, / non inflans humor pectus, non horrida bilis, / mortiferae pestis denique nulla lues.*

46 PEROSA ALESSANDRO. "Sylva in scabiem". In: "Note e Discussioni Erudite". CAMPANA AUGUSTO (a cura di). Roma: Edizioni di Storia e Letteratura; 1954.

47 DEL GUERRA GIORGIO. "Uno sconosciuto carne sulla lue di Angelo Poliziano". In: "Scientia Veterum. Collana di Studi di Storia della Medicina". Pisa: U. Giardini; 1960, p. 19.

48 HILL COTTON JULIANA. "Death and Politian". Durham University Journal, 46 (1954): 96-105.

49 DEL GUERRA GIORGIO. "Uno sconosciuto carne sulla lue di Angelo Poliziano". In: "Scientia Veterum. Collana di Studi di Storia della Medicina". Pisa: U. Giardini; 1960, p. 12.

50 PEROSA ALESSANDRO. "Sylva in scabiem". In: "Note e Discussioni Erudite". CAMPANA AUGUSTO (a cura di). Roma: Edizioni di Storia e Letteratura; 1954.

il sangue: non vi è tregua per il male [vv. 12-26]. Dopo una breve descrizione della malattia, l'Autore si chiede: *Allora che farci quando risuona dentro il fuoco divoratore?* [v. 53]. Così risponde: *Sarebbe una pazzia lacerare a sangue con le unghie le membra, o rivolgere rabbiosi morsi sulle viscere: l'adunca mano strappa dal corpo marcio croste sanguinee e penetra profondamente nelle membra aperte e porta via resti di nervi e denuda le ossa. Allora si vede il liquido schifoso della marcia ... [che] bagna le umide membra* [vv. 54-61]. La consapevolezza della malvagità della malattia appare nella sua multiformità sempre più evidente, così: *Se tuttavia la ferita avrà contratto gli aridi orli e avrà dato all'animo speranza di superare quel maledetto torpore, non dobbiamo crederci, perché nel nostro corpo bruciato si formano all'improvviso delle pustole ardenti e recidivo rispunta il male e la cicatrice, che sta per scomparire, ne crea un'altra, erede di se stessa, e nascono schifose bolle per le membra ammarcite, gonfie di putrida sporcizia e ripiene in se stesse di sangue denso, quasi flusso del ventre; perisce l'empia madre feconda dei miei supplizi e sempre si rinnova l'acerbo male.* [vv. 79-88]. Nei prossimi versi l'Autore sembra mostrare una inaspettata conoscenza del "parassita" che lo invade: *... la pelle ... genera un fatto mostruoso, orribile e sorprendente a vedersi: l'uomo è colpito profondamente da un parassita nascosto che nuota nel tiepido sangue e si compiace di pascerci nell'ospite vivo. Lo chiamano "pelligeno": esso ha sottili le membra, né è feroce di aspetto, né ha il ventre ampio, ma è piccolo e corto; ci è permesso di toccarlo con un ago, mentre sta nascosto a fior di pelle ...* [vv. 118-122]. Nel seguire a parlare della malattia che lo affligge e richiamando in alcuni versi la mitologia greca, l'Autore esprime qui il suo massimo dolore che diventa così forte da invocare gli amici affinché lo liberino dal tormento; questi, temendo il contagio della malattia, lo sfuggono. Ecco le sue parole: *Io porto fissi nel mio corpo tutti questi portenti sorti dal baratro infernale e, non ancora privo dell'aria pura, consegno a dilaniare le mie viscere a feroci mostri, per eccitare le lacrime del nemico, ecco che con il petto ricoperto di macchie, semilacero, con tutte le membra aperte, con infinite piaghe, trascino le membra esposte a tutti i mali, percuotendo l'aria con tristi lamenti, odiato dagli dei, odiando io la luce della vita, e tuttavia vivo ancora, né, o empia Morte, hai alcuna pietà di noi e non vuoi ascoltare affatto le nostre preghiere. ... Voi, voi, o amici un giorno a me fidi e compagnia una volta a me unita, venite, venite qui, liberatemi da questi dolori. Andate e cacciate l'anima odiosa nelle ombre del Tartaro e restituite all'Erebo questo mostro. Ohimè: gli egregii amici sfuggono al contagio di questa terribile malattia ... hanno paura ... e guardando[mi] tristemente scorgono un cadavere vivo con fronte oltremodo stravolta* [vv. 226-244]. In alcuni versi si rivolge alle Muse ormai assenti che così giustifica: *Perché ... dovrebbero creare poesie per orecchie sorde e per un freddo cuore?* [vv. 285-286]. L'Autore, vedendo vicina la sua morte, divinizza Lorenzo il Magnifico e gli chiede di guarirlo dalla malattia: *... se tu sei vicino a me con il tuo volto stellato raggianti, ecco che si allontana ogni tristezza e placida quiete addolcisce la mente offuscata* [vv. 322-324] *... in qualunque luogo tu risplendi ... e se tu hai ancora un po' di cura per me, se è rimasto un barlume dell'antico affetto ... ti prego per le stelle del cielo, per gli dei propizi ...; abbi pietà di sì grandi mali, scaccia da questo petto la terribile malattia e, con il tuo aiuto, restituisci a me stesso e solleva la mia vita vacillante e col tuo santo volto ridonami la salute perduta* [vv. 340-347].

"De scabie"<sup>51</sup> - Nella "De scabie"<sup>51</sup>, l'Autore invoca un non identificato Giovanni, molto probabilmente Giovanni da Vigo (1450-1525), medico del cardinale Giuliano della Rovere (1443-1513), futuro papa Giulio II (1503-1513) e lo informa attraverso interessanti similitudini sulla malattia che lo affligge: *Questa malattia è molto simile per unghie ai grifoni, nei denti e nel volto ad un leone, e nel ventre e nelle altre membra è un lupo, più sozza delle Arpie e più crudele delle stesse tigri e più astuta della volpe: striscia così silenziosa!* [vv. 11-16]. Poi rivolgendosi a Giove, continua: *Questa fiera, o caro padre, ... tormenta le mie membra e strappa la mia pelle, né a me infelice è concesso alcun riposo, nessuna pausa, ma mi tormenta sempre e sempre più parimenti di notte e di giorno, né provo alcun piacere nel mangiare e nel bere, perché questa ... [malattia] crudele non mi lascia prendere alcun sollievo; ché anzi, essa mi impedisce di coltivare le Muse ... e di creare alcun verso. O maledetta lue, più crudele persino delle Furie, perché, perché si è concesso logorare a tal punto la vita umana?* [vv. 35-44]. Sempre rivolgendosi a Giove, così conclude: *Ma tu, se qualche disgrazia ti commuove il pio petto ... avvicina ... te ne prego, le mani risanatrici ... su me ... e aiutami con la tua parola ... e col ridarmi fiducia!* [vv. 57-60].

### Sifilide come scabbia tra Quattrocento e Cinquecento

Tra i diversissimi modi di nominare la sifilide<sup>52</sup> che invade l'Europa tra il Quattrocento e il Cinquecento, c'è un consistente gruppo di sinonimi riguardanti le antiche malattie della pelle, tra queste emerge la scabbia. Il termine "scabies", scabbia o rogna, sia come sostantivo che aggettivo forma differenti locuzioni che intendono significare la sifilide e si ritrovano sia in opere mediche e non mediche che nel parlare comune, in Italia ed in Europa dal Quattrocento al Settecento. Interessanti sono le locuzioni riportate in una ricetta per la cura della sifilide dal medico Hartmann Schedels (1440-1514) nel 1503 che in parte, così scrive: *... Una nuova scabbia avvelenava quasi tutta Europa ... : scabbia grossa, cattiva scabbia, cattiva scabbia franzosa, scabbia indica, scabbia epidemica (e epidemica scabbia), scabbia glutinosa*<sup>53</sup>. Ancora, è altrettanto interessante ciò che dice nel 1498 Francisco Lopez de

51 Ibidem.

52 TAGARELLI ANTONIO. "La sifilide attraverso i suoi sinonimi. 439 differenti modi di nominare la più importante malattia nella Storia, nella Letteratura, nella Medicina dal 1494 al 1949." Torino: Edizioni Minerva Medica, 2015

53 Manoscritto (cin 963) del dottore Hartmann Schedels, Biblioteca Statale di Monaco; 1503, fogli 1-170. ... *Nova scabies quasi totam Europam inficiens ... : scabies grossa, scabies mala, scabies mala franzosa, scabies indica, scabies epidemica (e epidemica scabies), glutinosa scabies.*

Villalobos (1474-1549), medico di Ferdinando il Cattolico (1479-1516) e poi di Carlo V (1500-1558), che chiama la sifilide *scabbia d'Egitto* o *rogna egizia* perché ... *malvagia come la scabbia* [mandatami da Dio] ... *per penitenza e castigo*<sup>54</sup>. Inoltre, qualche anno prima, il re Giovanni di Danimarca (1481-1513) segnala che ... *nell'estate* [1495 (o 1496)] *un grandissimo contagio detto comunemente scabbia gallica, non solo sconosciuto prima d'allora a germani e danesi, ma di cui non si era mai sentito parlare, uccise molte migliaia di persone; esso si infiltrò inosservato in tutte le nazioni a causa dei nostri peccati, con il risultato che oggi non c'è altra malattia più frequente*<sup>55</sup>. Infine, Antonio Benivieni scrive, come anche fa più tardi il medico Gabriele Falloppio (1523-1562) nella sua opera sul *morbo gallico*<sup>56</sup> (sifilide): ... [In] *America erano pustule simili alla scabbia gallica* ...<sup>57</sup>. Invece, Pietro Parenti (1450-1519), sul finire del Quattrocento, segnala la presenza della nuova malattia in Firenze con queste parole: *Non sarà inconveniente far memoria della nuova malattia venuta in Italia in questi tempi, chiamata rogna franciosa la quale in quasi tutte le parti del mondo si distese*<sup>58</sup>. Questo modo di chiamare la sifilide ha lunga vita; infatti, nella Venezia del 1789 viene somministrata una nuova terapia antisifilitica ... *a 47 soggetti, di ambo i sessi, con un'ostinata scabbia gallica*<sup>59</sup>.

### La gravità della sifilide al suo esordio in Europa

Gli aspetti clinici della malattia descritta nella "Sylva in scabiem" e nella "De scabie" vengono comparati con ciò che scrivono sulla sifilide al suo esordio in Europa alcuni famosi medici di cui si riportano stralci di scritti datati tra il Quattrocento ed il Cinquecento. Il valenciano Pedro Pintor (1423-1503), archiatra di papa Alessandro VI (1494-1503), al secolo Rodrigo Borgia (1431-1503), in un suo trattato<sup>60</sup> scrive: ... *una certa malattia sconosciuta, caratterizzata da diversi tipi di dolori in diverse parti del corpo e da diverse varietà di pustole che nascono nella pelle ... ha orribilmente torturato il genere umano ... . Questo male dall'aspetto spaventoso produce ... nella maggior parte dei casi ... dolori acerbi e acuti; ... di rado si sviluppa un episodio febbrile. ... La malattia non si sviluppa nell'infanzia e raramente nella vecchiaia*. Ancora, Francisco Lopez de Villalobos descrive la gravità della malattia, così: ... *l'eruzione di croste sul viso e su tutto il corpo ... accompagnate da violenti dolori alle articolazioni; ... le tibie ... diventa[no] sede di ... tumori turgidi; ... anche la fronte e la testa si riempiono di nodosità e di gangli che provengono da questo tumore denso*. Evidenza, poi, il polimorfismo delle pustole: ... *vescicole di fuoco che provocano un bruciore terribile, al viso, ai polsi, alle mani; ... croste bollenti [e] molti piccoli foruncoli gialli, a volte rossi e pruriginosi, ... croste larghe, rugose, screpolate e color di piombo, [o ancora] ... biancastre e molto umide*<sup>61</sup>. Una osservazione diretta delle manifestazioni dermatologiche della sifilide è descritta da Niccolò Squillace (XV-XVI sec.) in una lettera del giugno 1495 al medico ed astrologo Ambrogio Varese da Rosate (XV-XVI sec.); così dice: *Delle pustole purulente della grandezza di un lupino si estendono in cerchio. I segni della malattia sono i seguenti: prurito negli arti e forti dolori, febbre alquanto alta; la pelle piena di disgustose croste, incute paura per i tubercoli che si formano in ogni parte; in questi tubercoli si vede dapprima un rossore livido, poi un colore alquanto nereggiante. Alquanto giorni dopo la loro nascita vien fuori un umore mescolato a sangue; ... la malattia non passa l'anno. ... [E] incomincia più spesso nelle parti oscure, poi si diffonde all'intero corpo ... [e] si attacca soprattutto alle donne e agli uomini*<sup>62</sup>. Un altro testimone diretto dei primi segni clinici della malattia è il chirurgo militare Marcello Cumano (XV-XVI sec.) incaricato dalla Repubblica Veneta a curare gli uomini dell'esercito della Serenissima nella battaglia di Fornovo (5-6 luglio 1495) contro Carlo VIII (1470-1498); eccone uno stralcio: *Pustule o vesciche epidemiche. Il 1495 sotto un influsso celeste, dunque io ricevetti nell'accampamento di Navarra [Novara] dell'esercito del Signore veneziano, dei Signori Milanesi, molti guerrieri e fanti a causa dell'ebollizione degli umori per molte pustole nella faccia e per tutto il corpo, e cominciavano sotto il prepuzio o extra prepuzio, come grano di miglio, o sopra la castagna [glande]. Con prurito del paziente ovunque. Quando la pustula cominciava era come una vescica senza dolore piccola, ma con prurito, era strofinata, e quindi ulcerava, ... poi cominciavano molte angustie propriamente dolorose nelle braccia, gambe e piedi, con grandi pustule. Tutti i medici le curavano con grande difficoltà. Io con la flebotomia nella safena, a volte nella basilica, procedevo con digerenti, purganti, unzioni ai luoghi*

54 LOPEZ DE VILLALOBOS FRANCISCO. "Sumario de la medicina en romance trovado con un tratado sobre las pestiferas bubas por el licenciado Francisco Lopez de Villalobos". Salamanca: A. de Barreda; 1498.

55 QUÉTEL CLAUDE. "Il mal francese". Milano: Il Saggiatore; 1993, pp. 23, 40.

56 FALLOPPIO GABRIELE. "De morbo gallico liber absolutissimus a Petro Angelo Agatho materate, (eo legente) scriptus, iam in gratiam hominum editus, & schlijs marginalibus illustratus. A quo etiam additae sunt exercitationes quaedam nobilis passim insertae. Additus etiam est in calce De Morbo Gallico tractatus". Venezia: F. Laurentini di Torino; 1565.

57 BENIVIENI ANTONIO. "De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis". Firenze: Olschki; 1994. ... [In] *America erant pustulae simillamae Scabiei Gallicae* ...

58 PARENTI PIERO. "Storia fiorentina". Firenze: Olschki; 1993.

59 VANZAN MARCHINI NELLI-ELENA. "I mali e i rimedi della Serenissima". Venezia: N. Pozza; 1995.

60 PINTOR PIETRO. "Agregator sententiarum doctorum omnium de preservatione et curatione pestilentiae". Roma: E. Silber; 1499.

61 LOPEZ DE VILLALOBOS FRANCISCO. "Sumario de la medicina en romance trovado con un tratado sobre las pestiferas bubas por el licenciado Francisco Lopez de Villalobos". Salamanca: A. de Barreda; 1498.

62 MONDANI PIER LUIGI, DEL GUERRA GIORGIO. "Primi documenti quattrocenteschi sulla sifilide e le lezioni pisane di Luca Ghini, secolo XVI". In: "Scienza Veterum. Collana di Studi di Storia della Medicina". Pisa: Giardini; 1970.

quando era necessario, e le pustole duravano sulla persona come nella lebbra, il vaiolo, per un anno e più, senza medicine<sup>63</sup>. Infine, Nicola Massa (1489-1569) scrive: ... *ulcere insensibili come serpenti profondamente, sordide, virulente, con labbra dure, e sordide, ribelli ad ogni rimedio, persistenti e progressive*<sup>64</sup>.

### Conclusione

Dagli epigrammi XXVI, XXIX e LXIV si coglie una struggente passione di Poliziano per il suo Crisocomo, mentre da documenti della Magistratura fiorentina emerge l'accusa di sodomia, pratica sessuale che compare anche su quanto scrivono alcuni suoi contemporanei e concittadini. Ancora, se si accetta l'immediata diffusione della sifilide dopo l'arrivo di Cristoforo Colombo (1451-1506) dal Nuovo Mondo e se si considera Firenze come città europea di forte rilievo commerciale e perciò frequentata da stranieri, è possibile l'evenienza di infezione sifilitica in soggetti di questa città che praticano la sodomia. La possibilità che Poliziano si sia infettato è timidamente sostenuta da ciò che scrivono sulla sua malattia e la sua morte alcuni importanti personaggi di quel periodo. Inoltre, dall'aver preso coscienza del significato del termine "scabies", dalla consapevolezza della gravità clinica della sifilide nei primi decenni del suo esordio in Europa e dall'attenta lettura della "Sylva in scabiem" e della "De scabie", emerge una malattia dolorosa e grave che non interessa solo la cute ma l'intero organismo; una malattia, dunque, molto lontana dalla pruriginosa ed antica scabbia. Sembra essere, invece, paragonabile, sia per aggressività che per decorso clinico, a quella sifilide che i medici della fine del Quattrocento e dell'intero Cinquecento conoscono e descrivono. Infine, se a questa evidenza si aggiunge la paternità dei due manoscritti i cui contenuti esprimono una malattia veramente sofferta, si può accettare l'ipotesi che il grande umanista toscano sia morto per una meningo-encefalite sifilitica, accompagnata da febbre elevata e da delirio nel decorso della fase tarda di una sifilide particolarmente grave e virulenta. Pertanto, Poliziano sembra essere il primo a descrivere in una propria opera la sifilide che gli provoca la morte.

Indirizzo per corrispondenza:  
**Dott. Antonio Tagarelli**  
 e-mail: antonio.tagarelli@cnr.it

63 GRUNER CHRISTIAN GOTTFRIED. "Aphrodisiacus sive de lue Venerea. [T. 3. ] In duas partes divisus quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentes obvia altera quos A. Luisinus temere omisit scriptores et medicos et historicos ordine chronologico digestos. Collegit notulis instruxit glossarium indicemque rerum memorabilium subject" C. G. Gruner. Jena: Cuno; 1789. *Pustulae sive vesicae epidemiae. 1495 in Italia ex uno influxu celesti, dum me recepi in castris Navarrae (Novarae) cum armigeris Dominorum Venetorum, Dominorum Mediolanensis, plures armigeri et pedestres ex ebullitione humorum me ridisse attestor pati plures pustulas in facie et per totum corpus, et incipientes communiter sub praeputio vel extra praeputium, sicut granum milii, aut super castaneam (glandem), cum aliquali pruritu patientjs. Aliquando incipiebat pustula una in modum vesiculae parve sine dolore, sed cum prurito, fricabant, et inde ulcerabatur, tamquam formica corrosiva (serpigo exedens), et post aliquot dies incurrebant in angustiis propter dolores in brachiis, cruribus pedibus, cum pustulis magnis. Omnes medici periti cum difficultate curabant. Ego cum flebotomia in saphena, aliquando in basilica, precedebam cum digerentibus, purgantibus, tandem unctionibus in locis necessariis, et durabant pustulae super personam, tamquam leprosam, variolosam, per annum et plus, sine medicinis.*

64 MASSA NICOLA. "Liber de morbo Gallico moviter editus, in quo omnes modi possibili sanandi ipsum, mira quidam et artificiosa doctrina continentur. Addita est epistola ad eximium Thoman Cademultum in qua quam plurima ad perfectionem operis totius & multarum aliarum efritudinem leguntur". Venezia: F. Bindoni & M. Pasini; 1536. ... *ulcera sensim profunde serpentina, sordida, virulenta, cum labiis duris, ac sordidis, rebellia ad omnia rimedia, persistentia et progredientia.*