

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XLII * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2021

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

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XLII * NUMERO 5/6 * SETTEMBRE/DICEMBRE 2021

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 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 n. 1000/989 presso Intesa Sanpaolo
di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 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, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 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 Ottobre 2021

SOMMARIO

| | |
|--|---------|
| Editoriale | IV |
| <i>Luigi Aronne, Matilde Boccia, Domenico Aronne</i> L'impiego dei corticosteroidi nelle patologie polmonari: molteplici formulazioni a disposizione del clinico | Pag. 33 |
| Libri ricevuti <i>AA.VV. a cura di CIMO LAB</i> Giuro di non dimenticare Storie di medici ai tempi del Covid | Pag. 38 |
| <i>Antonio Tagarelli, Daniel La Rosa, Anna Piro</i> I rimedi per l'epilessia in Naturalis Historia di Plinio Seconda Parte: Gli Animali. I Minerali | Pag. 39 |
| Convegni "The Milestones" in Oncologia 2021 | Pag. 45 |
| <i>Giuseppe Battimelli</i> Il suicidio medicalmente assistito. Una riflessione su alcune questioni che rimangono aperte dopo la sentenza della Consulta e in attesa di una legge | Pag. 47 |
| Indici | Pag. 53 |
| Indice dei Contenuti | Pag. 54 |
| Indice degli autori | Pag. 55 |
| Parole Chiave | Pag. 56 |

Editoriale

Leggo dal sito della FNOMCeO che, a seguito delle segnalazioni di 62 Ordini provinciali su 106, ben 1.264 medici sono stati sospesi in tutta Italia perché non vaccinati contro il Covid-19.

Si rimane perplessi di fronte all'atteggiamento di medici che, nonostante abbiano assistito alle sofferenze provocate dal virus, si ostinano a rifiutare il vaccino che dovrebbe salvaguardare non solo loro stessi ma anche le persone che venendo a contatto con loro potrebbero venire contagiati.

Nella formazione medica coesistono sia conoscenze scientifiche che etiche che dovrebbero essere prioritarie nelle scelte di vita di chi ha il compito di preservare e curare la salute di chi si ammala e soffre.

La storia della medicina ci ha insegnato quanto peso hanno avuto i vaccini nel debellare o quanto meno ridurre malattie che hanno provocato la morte di milioni di persone. Dovremmo mettere in discussione tutti i vaccini ?

La vaccinazione anti-Covid, come dichiarato dal Ministero della Salute, è un requisito imprescindibile per svolgere l'attività medica e la sospensione dall'esercizio professionale rimane tale nonostante gli eventuali ricorsi alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie.

La ricerca scientifica, in tempi abbastanza ridotti, è riuscita ad ottenere vaccini che hanno limitato gli esiti sanitari peggiori della malattia dovuta al Covid-19, ma è da immaginare che questo virus persisterà così come persistono i virus influenzali. Si presume che sarà necessario effettuare continui richiami del vaccino anti Covid-19 ?

Tuttora la ricerca di nuovi vaccini continua, mentre sono stati trovati nuovi farmaci antivirali che verranno utilizzati nella terapia di chi si infetta con questo virus.

In ogni caso l'attuazione di norme di prevenzione rimane sempre valida !

M.C.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa San Paolo di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989) intestato al Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica".

L'impiego dei corticosteroidi nelle patologie polmonari: molteplici formulazioni a disposizione del clinico

Luigi Aronne¹, Matilde Boccia², Domenico Aronne³

¹U.O.C. Clinica Pneumologica "L. Vanvitelli" - P.O. "V. Monaldi" - A.O. Specialistica dei Colli - Napoli

²U.O.C. Clinica Pneumologica "L. Vanvitelli" - P.O. S. Anna e SS. Maria della Neve - Boscoreca (NA)

³U.O.C. Pneumologia Interventistica - A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli

Ricevuto in Redazione il 14 luglio 2021

Parole chiave: Corticosteroidi, Pneumologia, Formulazioni Orali, Polmonite da SARS CoV-2, Desametasone.

Key Words: Corticosteroids, Pulmonology, Oral Formulations, SARS-CoV-2 Pneumonia, Dexamethasone.

RIASSUNTO

I corticosteroidi rappresentano un vasto ed eterogeneo gruppo di molecole ampiamente adoperate nella pratica clinica. Le patologie respiratorie, sia acute che croniche, costituiscono una delle principali indicazioni. Lo pneumologo si avvale delle vie di somministrazione parenterale, orale e inalatoria, consentendo quest'ultima di raggiungere alte concentrazioni del farmaco in loco minimizzando gli effetti avversi sistemici. Nella presente review esamineremo gli aspetti farmacodinamici e farmacocinetici dei corticosteroidi, oltre alle attuali indicazioni nel trattamento delle principali patologie polmonari, con particolare riguardo alle nuove formulazioni orali. In aggiunta, analizzeremo l'impatto dei corticosteroidi nella gestione terapeutica della polmonite da SARS-CoV-2.

SUMMARY

Corticosteroids form a large and heterogeneous group of drugs widely used in clinical practice. A common indication is represented by respiratory diseases, both acute and chronic. Lung specialists generally administer these drugs using different route: intravenous, oral or inhalatory. The last one allows high concentration of corticosteroids locally in the lungs, reducing their systemic adverse effects.

In our review, we analyze pharmacokinetics and pharmacodynamics aspects of corticosteroids, examining the current indications in the therapy of respiratory diseases, with particular regard to new oral formulations. Furthermore, we consider the role of corticosteroids in the management of SARS-CoV-2 pneumonia.

INTRODUZIONE

I corticosteroidi: aspetti farmacologici

I corticosteroidi (CCS) mimano i glucocorticoidi, sostanze endogene sintetizzate nella zona fasciolata della corticale del surrene, il cui composto di partenza è il colesterolo. Attraversata la membrana cellulare, i CCS legano il proprio recettore (CR) a livello citoplasmatico. Tale recettore appartiene alla famiglia dei recettori nucleari dei fattori di trascrizione, e risiede nel citoplasma in una forma inattiva. Il legame con il suo partner molecolare ne determina l'attivazione e la traslocazione a livello nucleare. In natura, si

riconoscono diverse isoforme del CR: CR α ne rappresenta il prototipo, ed è responsivo ai CCS. La variante β , troncata nel suo C-terminale, non lega lo steroide: come questo, molti altri polimorfismi possono influenzare la responsività ai corticosteroidi, determinando resistenza farmacologica. Il complesso steroide-CR migra nel nucleo e, legate specifiche sequenze geniche, modula la trascrizione di geni bersaglio capaci di condizionare più sistemi e con diversi meccanismi d'azione: i CCS rappresentano una classe farmacologica dagli effetti pleiotropici.

Nella pratica clinica pneumologica vengono principalmente utilizzati per le loro proprietà antinfiammatorie. Diversi i meccanismi molecolari attraverso cui si esplicano tali effetti, in particolare:

Inibizione COX-2 e PLA2 \rightarrow \downarrow Acido arachidonico, Prostaglandine, Leucotrieni

Inibizione citochine pro-infiammatorie (IL-1, IL-6, TNF α)

\downarrow ELAM-1 e ICAM-1 \rightarrow Inibizione dell'adesione leucocitaria

Riduzione dell'attività proliferativa dei fibroblasti

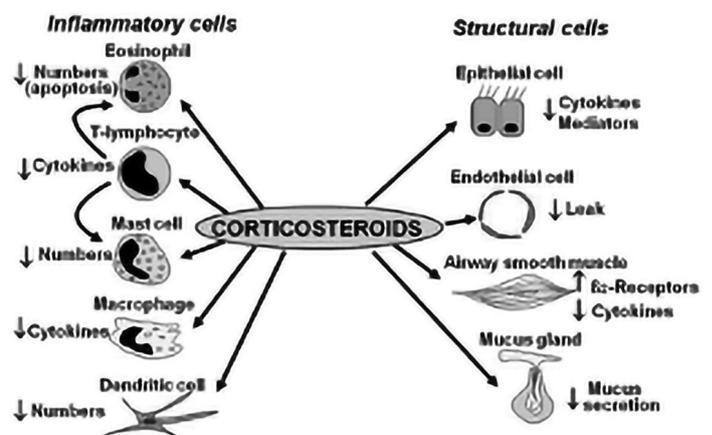


Figura 1

Oltre alla proprietà antinfiammatoria, i corticosteroidi esplicano effetto mineralcorticoidi (sodio-ritentivo), spesso indesiderato dal punto di vista terapeutico e da considerare

nella gestione clinica del paziente.

L'inibizione della trascrizione delle citochine, dell'adesione leucocitaria e il sequestro dei linfociti T CD4 nel sistema reticoloendoteliale sono i principali meccanismi alla base dell'azione di immunosoppressione che si esplica per dosaggi elevati e terapie prolungate di CCS.

Per ciò che concerne la farmacocinetica, i CCS dispongono di numerose vie di somministrazione. Oltre alla somministrazione parenterale, infatti, trova largo impiego la somministrazione orale e locale (cute, inalazione, spazio sinoviale, sacco congiuntivale).

Dopo l'assorbimento, la maggior parte del cortisolo risulta fisiologicamente trasportato da due proteine: albumina e CBG (transcortina), una alfa-globulina secreta dal fegato. Alte concentrazioni di steroidi possono superare la capacità legante della transcortina, aumentandone la quota libera.

La metabolizzazione di questi farmaci avviene a livello epatico, per riduzione e coniugazione con acido glucuronico. È importante ricordare che, sempre nel fegato, i composti non idrossilati in posizione 11, come cortisolo e prednisone, devono essere convertiti in molecole biologicamente attive, come cortisone e prednisolone, rispettivamente, attraverso il processo di idrossilazione. L'escrezione dei glucocorticoidi avviene per via renale.

I CCS si classificano in base alla loro durata d'azione:

- *breve, 8-12 h* (idrocortisone, cortisone),
- *intermedia, 12-36 h* (prednisone, prednisolone, metilprednisolone)
- *lunga, 36-72 h* (desametasone, betametasone).

Nella scelta terapeutica del CCS, la potenza antinfiammatoria come anche la capacità sodio-ritentiva, sono aspetti imprescindibili da considerare. L'idrocortisone giova di una capacità sodio-ritentiva e di una potenza antinfiammatoria pari a 1. Tra i CCS a maggiore potenza antinfiammatoria, pari a 25 volte quella dell'idrocortisone, con assenza di effetto sodio-ritentivo, si annoverano betametasone e desametasone. In riferimento agli steroidi ad intermedia emivita, metilprednisolone ha una potenza antinfiammatoria e una capacità sodio-ritentiva, rispettivamente pari a 5 e 0.5 volte rispetto a quella dell'idrocortisone mentre il prednisone ha una potenza antinfiammatoria e sodio-ritentiva rispettivamente pari 4 e 0.8 volte rispetto all'idrocortisone.

In generale, il dosaggio di glucocorticoidi dipende dalla gravità della condizione e della risposta del paziente. In determinate circostanze, ad esempio in caso di stress e di cambiamenti del quadro clinico, possono essere necessari aggiustamenti del dosaggio aggiuntivi. Se non viene rilevata alcuna risposta favorevole nelle 48-72 ore dall'inizio del trattamento con glucocorticoidi, esso deve essere interrotto.

Per ridurre al minimo gli effetti indesiderati, deve essere usato il dosaggio efficace più basso possibile. Per il desametasone, ad esempio, il dosaggio iniziale varia fra 0,5 – 10 mg al giorno a seconda della patologia da trattare. Nelle malattie più gravi, possono essere temporaneamente richieste dosi maggiori. Una volta raggiunto il controllo della malattia, la dose deve essere ridotta gradualmente fino alla dose più bassa necessaria per mantenere una risposta clinica adeguata, monitorando continuamente il paziente.

Data l'ubiquità dei recettori e degli effetti dei CCS, numerosi possono essere gli effetti avversi: ipertensione arteriosa sistemica; ritenzione idrica; iperglicemia; ipokaliemia; osteoporosi; ipotrofia muscolare; fragilità capillare; ritardata guarigione delle ferite; iperlipidemia; accumulo di tessuto adiposo a livello di viso, collo e addome; ulcera gastroduodenale; alterazioni ematologiche (es. leucocitosi neutrofila); euforia e insonnia. Nel trattamento prolungato, inoltre, questi farmaci tendono a inibire la produzione degli ormoni endogeni, provocando così un quadro di insufficienza surrenalica.

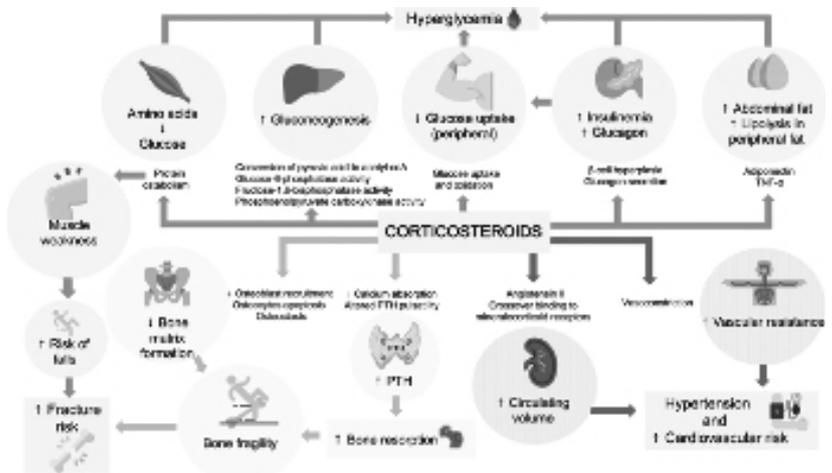


Figura 2

| Glucocorticoids | Glucocorticoid Potency* | Mineralocorticoid Effect | Equivalent Dose | Duration of Effect on HPA |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|
| Cortisol | 1 | 1 | 20 | 12 (S) |
| Cortisone | 0.8 | 0.8 | 25 | 12 (S) |
| Hydrocortisone | 1 | 0.8 | 20 | 12 (S) |
| Prednisone-Prednisolone | 3.5-4 | 0.8 | 6 | 12-36 (I) |
| Methylprednisolone | 5 | 0.5 | 4 | 12-36 (I) |
| Triamcinolone | 5 | 0 | 4 | 12-36 (I) |
| Betamethasone | 25 | 0 | 0.8 | >48 (L) |
| Dexamethasone | 30 | 0 | 0.7 | >48 (L) |

Tabella 1

Corticosteroidi orali nelle patologie polmonari: focus su BPCO, PID e Asma Bronchiale

Edema post-intubazione

L'intubazione tracheale, soprattutto se prolungata, è associata allo sviluppo di un potenziale edema delle strutture glottiche e sottoglottiche, tale da procurare una sintomatologia caratterizzata da stridore, tachipnea, incremento del lavoro respiratorio associato a occasionale necessità di reintubazione. L'utilizzo di cortisonici sembra ridurre tale complicanza. Il farmaco consigliato è il desametasone alla dose di 0,5-1 mg/kg/die.

Patologie infettive con ostruzione delle alte vie respiratorie

Recenti studi dimostrano l'efficacia dei cortisonici di fronte all'ostruzione delle alte vie respiratorie (epiglottite, laringite ipoglottica, laringo-tracheobronchite virale, croup). Il loro impiego riduce la flogosi, la permeabilità vascolare, l'edema della mucosa e sembra inoltre abbreviare la durata dei sintomi e limitare la necessità, i tempi di intubazione e la durata del ricovero complessivo in ospedale. Il desametasone trova classica indicazione nel croup moderato e severo e gli studi più recenti ne dimostrano l'efficacia anche in dose singola (0,6 mg/kg) nel croup di grado lieve. Di fronte a una sintomatologia severa, che richiede il ricovero in un setting intensivistico, la somministrazione di desametasone deve essere mantenuta per periodi più prolungati alla dose di 0,3-0,6 mg/kg/die.

BPCO

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una patologia prevenibile e trattabile, e rappresenta una delle maggiori cause di mortalità e morbidità cronica globalmente. Si caratterizza, clinicamente, per sintomi respiratori persistenti e ingravescenti e, funzionalmente, per un difetto ventilatorio di tipo ostruttivo non reversibile. Tale deficit ventilatorio può essere di grado lieve, moderato, severo o molto severo in accordo al grado di riduzione del VEMS₁ (Volume Espiratorio Massimo nel I secondo). La storia clinica del paziente affetto da BPCO è caratterizzata da riacutizzazioni durante il decorso naturale della patologia, intese come peggioramento sintomatologico tale da richiedere terapia aggiuntiva. Vari fattori concomitano alla genesi della riacutizzazione, in primis le infezioni del tratto respiratorio. Nell'armamentario terapeutico della riacutizzazione di BPCO, i corticosteroidi orali giocano un ruolo chiave. Essi, infatti, hanno dimostrato di migliorare la funzionalità polmonare (VEMS), ridurre il rischio di recidive precoci e nelle riacutizzazioni che richiedono ricovero ospedaliero, di ridurre la durata. Alcune domande sorgono spontanee. *Per quanto tempo i corticosteroidi orali devono essere somministrati? La somministrazione orale presenta vantaggi rispetto alla somministrazione parenterale?* In uno studio effettuato su una popolazione di 10152 pazienti, Sivapalan et al. hanno evidenziato come l'uso a lungo termine (dose totale \geq 250 mg) di OCS in ambiente extra-ospedaliero aumenta il rischio di ospedalizzazione per polmonite e la mortalità rispetto alla terapia a breve termine (dose totale \leq 250 mg). Per ciò che concerne la via di somministrazione, è stata dimostrata la non inferiorità, in termini di efficacia nella risoluzione delle esa-

cerbazioni severe in regime ospedaliero, dei corticosteroidi orali rispetto alla somministrazione parenterale. In aggiunta, è riportata la eguale efficacia del corticosteroide orale rispetto al parenterale anche in termini di miglioramento della qualità di vita e della funzionalità respiratoria (VEMS₁).

Asma bronchiale

L'asma bronchiale è una malattia cronica delle vie aeree, che colpisce all'incirca 300 milioni di persone in tutto il mondo, spontaneamente reversibile o in seguito a terapia. Come la BPCO, l'asma bronchiale è funzionalmente caratterizzata da un deficit ventilatorio di tipo ostruttivo. Tuttavia, tale deficit funzionale risulta variabile nel tempo in base alla fase di malattia, nonché reversibile a seguito di broncodilatazione farmacologica. Sintomatologicamente, l'asma si manifesta con dispnea, respiro sibilante, tosse e senso di costrizione toracica. Diversamente dalla BPCO, il corticosteroide inalatorio rappresenta la pietra miliare nel trattamento farmacologico dell'asma bronchiale. Il *device* inalatorio rappresenta, talvolta, il principale ostacolo soprattutto nel paziente anziano. Illustrare il corretto funzionamento del *device*, come anche "sartorializzarne" la scelta al tipo di paziente e alle sue caratteristiche spirometriche-funzionali potrebbe essere l'alternativa alla terapia con corticosteroidi orali, che ancora troppo spesso vengono impiegati come mantenimento e al bisogno senza uno schema ben definito.

TM1
Gli steroidi orali trovano impiego nelle esacerbazioni di malattia: in questi casi devono essere somministrati tempestivamente, all'insorgenza dei sintomi respiratori. L'azione antinfiammatoria e il possibile rafforzamento dei beta2-agonisti sui relativi recettori sono alla base di tale indicazione. La somministrazione preferibilmente mattutina dovrebbe seguire lo schema seguente:

- Adulti, prednisolone 40-50 mg, normalmente per 5-7 giorni.
- Bambini, 1-2 mg/kg/die fino a 40 mg, normalmente per 3-5 giorni.

La riduzione graduale non è necessaria se OCS ha una durata inferiore alle 2 settimane.

La necessità di impiegare corticosteroidi orali per il controllo della sintomatologia asmatica in aggiunta alla terapia inalatoria massimale di fondo è caratteristica dell'asma di difficile controllo; una volta verificata la tecnica inalatoria e l'aderenza alla terapia, ed esclusi o corretti i fattori modificabili che potrebbero peggiorare il controllo della malattia, si giunge alla diagnosi di asma grave. In tal caso, tutte le opzioni terapeutiche (inclusi i farmaci biologici) sono finalizzate alla riduzione/sospensione della terapia con OCS, al fine di minimizzare i potenziali effetti avversi legati a terapie di lungo termine che la natura cronica della patologia richiederebbe.

La collaborazione tra Medico di Medica Generale e lo specialista Pneumologo, in questi casi più di altri, risulta mandatoria.

PID

Con il termine PID (Pneumopatie Infiltrative Diffuse) si intende un gruppo eterogeneo di patologie polmonari caratterizzate, se pur da prognosi variabile, da un quadro clinico

e funzionale similare. Tali patologie si classificano in *idiopatiche, associate a connettivopatie, secondarie ad esposizione a sostanze organiche e inorganiche*. Vanno inoltre ricordate patologie come *sarcoidosi* o la *polmonite eosinofila cronica*, talvolta misconosciute e difficili da diagnosticare. L'astensione all'abitudine tabagica rappresenta l'approccio numero uno nel trattamento di numerosi interstiziopatie polmonari, sia esse fumo-correlate che non. Il razionale dell'utilizzo dello steroide nel trattamento delle interstiziopatie polmonari consiste nell'effetto antinfiammatorio e immunosoppressore. Tra le più frequenti interstiziopatie polmonari riscontrate nella pratica clinica, potenzialmente trattabili con OCS, si annoverano *Polmonite da ipersensibilità, Polmonite Interstiziale Non Specifica (NSIP), Polmonite Interstiziale Desquamativa (DIP), Polmonite Organizzante (OP), Sarcoidosi e Interstiziopatie Polmonari associate a connettivopatie*. Riguardo al prototipo delle patologie interstiziali polmonari, la *Fibrosi Polmonare Idiopatica*, l'impiego del corticosteroide è limitato alle fasi di riacutizzazione di malattia, considerato il basso tasso di infiammazione in contrasto alla vivace fibrogenesi. Il precoce riconoscimento di sintomi e segni ascrivibili ad interstiziopatie e/o ad esacerbazioni di malattia interstiziale risulta cruciale. Ancora una volta, un approccio multidisciplinare risulta vincente.

ALI-ARDS

L'impiego dei corticosteroidi nelle forme di Acute Lung Injury (ALI)-Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) è basato sul concetto che il polmone in questo contesto clinico è sede di importanti, continui e sregolati meccanismi che esaltano i processi infiammatori sotto l'aspetto sia umorale, sia tissutale. L'evidenza del forte effetto antinfiammatorio dei corticosteroidi, ottenuto a diversi livelli, li candida nel trattamento delle severe lesioni polmonari legate alle forme di ALI-ARDS.

Corticosteroidi Orali e Infezione da SARS-CoV-2

L'infezione da SARS-CoV-2, diffusasi rapidamente a livello pandemico, ha rappresentato una enorme sfida sanitaria ed economica a livello globale. La malattia correlata all'infezione è conosciuta come COVID-19. Se pur nella maggior parte dei casi evolve in maniera asintomatica o paucisintomatica, il COVID-19 talvolta si caratterizza clinicamente con polmonite interstiziale bilaterale con potenziale severa compromissione funzionale, insufficienza respiratoria acuta, fino allo sviluppo di una vera e propria Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS) ed exitus.

A causa del loro potente effetto antinfiammatorio, i corticosteroidi sono stati utilizzati, da soli o associati agli antibiotici o ad altri trattamenti in patologie strettamente correlate a COVID-19, tra cui SARS, MERS, influenza grave, polmonite acquisita in comunità, ARDS o sindrome da rilascio di citochine. Tuttavia, le prove a sostegno dell'uso di corticosteroidi in queste condizioni sono controverse: se da una parte essi inibiscono l'eccessiva produzione di citochine pro-infiammatorie, dall'altra alterano la funzione protettiva dei linfociti T e B, determinando, in ultimo, ritardo nella clearance virale anche dopo risoluzione clinica dell'infezione.

Sulla base del meccanismo d'azione e del decorso delle infezioni virali gravi (fase di replicazione virale seguita da

fase di risposta infiammatoria del sistema immunitario) è probabile inoltre che l'effetto benefico dei corticosteroidi in queste malattie dipenda dalla tempistica del trattamento, dalla gravità della condizione clinica e dallo stadio della malattia.

L'utilizzo dei corticosteroidi è stato ampiamente dibattuto: nelle fasi iniziali dell'epidemia, in assenza di prove affidabili da studi clinici randomizzati su larga scala, c'è stata una grande incertezza sull'efficacia dei corticosteroidi nel COVID-19 e molte linee guida sul trattamento COVID-19, tra cui quelle del WHO, dei National Institutes of Health (NIH, USA), dell'European Society of Intensive Care Medicine e Society of Critical Care Medicine (ESICM / SCCM), non ne hanno inizialmente raccomandato l'utilizzo di routine a meno che i pazienti non fossero in shock o fossero precedentemente in terapia con corticosteroidi cronici prima della diagnosi di COVID-19.

Per i pazienti ventilati meccanicamente con COVID-19 e ARDS, le linee guida ESICM/SCCM suggerivano tuttavia che potessero essere usati i corticosteroidi.

Lo studio RECOVERY ha dimostrato che il desametasone ha ridotto il tasso di mortalità a 28 giorni del 17%, con il massimo beneficio tra i pazienti che richiedono ventilazione. Nell'analisi per sottogruppi, infatti, la riduzione del tasso di mortalità nel braccio trattato con desametasone rispetto al controllo si osserva sia nel sottogruppo di soggetti con supplementazione di O₂ sia nel sottogruppo dei soggetti in ventilazione meccanica invasiva, mentre non si riscontra nel sottogruppo di soggetti che non ricevono alcuna supplementazione di ossigeno. Nel complesso, i risultati dello studio indicano un chiaro beneficio in termini di mortalità con l'utilizzo di desametasone al dosaggio di 6 mg/die per 10 giorni nei pazienti COVID-19 in supplementazione di ossigeno, inclusi i soggetti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva. Al contrario, l'aggiunta dei corticosteroidi orali non migliora gli outcome e può, altresì, risultare dannoso nei pazienti che non richiedono ossigenoterapia.

Sulla base della revisione dei dati disponibili, l'EMA ha approvato l'utilizzo del desametasone negli adulti e negli adolescenti (dai 12 anni di età e con un peso di almeno 40 kg) che necessitano di ossigenoterapia supplementare (sia ossigenoterapia classica sia in ventilazione meccanica). Il desametasone può essere assunto per via orale o somministrato tramite iniezione o infusione endovenosa. In tutti i casi, la dose raccomandata negli adulti e negli adolescenti è di 6 mg una volta al giorno per un massimo di 10 giorni.

Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti, in particolare, le linee-guida suggeriscono i seguenti dosaggi giornalieri:

- metilprednisolone 32 mg
- prednisone: 40 mg
- idrocortisone: 160 mg

Naturalmente, la decisione dell'inizio della terapia con corticosteroidi deve essere basata su un'attenta valutazione del profilo beneficio/rischio nei singoli soggetti, prevedendo un accurato monitoraggio degli eventuali eventi avversi.

CONCLUSIONI

I corticosteroidi orali rappresentano un assodato caposaldo nel trattamento di numerose patologie polmonari, sia esse acute che croniche. Il corretto *place in therapy*

dello steroide orale è di cruciale importanza per migliorare la sintomatologia del paziente, le alterazioni patologiche e funzionali minimizzando gli effetti avversi. Un'applicazione clinica importante si realizza soprattutto nelle fasi critiche e post-critiche, vale a dire nella prosecuzione delle terapie ospedaliere al domicilio del paziente, nel tentativo di evitare le difficoltà logistiche e gli importanti effetti avversi legati somministrazioni parenterali ed aumentare la compliance dei pazienti. In tale scenario, l'utilizzo di nuove formulazioni orali a base di desametasone con dosaggi da 2, 4 e 8 mg rappresentano un valido strumento terapeutico

La gestione olistica del paziente e l'approccio multidisciplinare rappresentano i principali fattori di una ottimale gestione del paziente pneumologico.

BIBLIOGRAFIA

1. CAZZOLA M, DE NOVELLIS V, BIANCO A, ROGLIANI P, MATERA MG: *Disputes over the production and dissemination of misinformation in the time of COVID-19*. Respir Med. 2021 Jun; 182: 106380. doi: 10.1016/j.rmed.2021.106380. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33930690; PMCID: PMC8006495
2. GOODMAN, L. S., BRUNTON, L. L., CHABNER, B., & KNOLLMANN, B. C.: *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics*. McGraw-Hill, New York 2011
3. KURACHEK SC, NEWTH CJ, QUASNEY MW et al.: *Extubation failure in pediatric intensive care: A multiple-center study of risk factors and outcomes*. Crit Care Med, 2003; 31: 2657-2664
4. MARKOVITZ BP, RANDOLPH AG: *Corticosteroid for the prevention of reintubation and postextubation stridor in pediatric patients: A meta-analysis*. Pediatr Crit Care Med, 2002; 3: 223-226
5. HORITA N, MIYAZAWA N, MORITA S, KOJIMA R, INOUE M, ISHIGATSUBO Y, KANEKO T: *Evidence suggesting that oral corticosteroids increase mortality in stable chronic obstructive pulmonary disease*. Respir Res, 2014 Apr 3; 15(1):37. doi: 10.1186/1465-9921-15-37. PMID: 24708443; PMCID: PMC3976535.
6. KALCHIEM-DEKEL O, GALVIN JR, BURKE AP, ATAMAS SP, TODD NW: *Interstitial Lung Disease and Pulmonary Fibrosis: A Practical Approach for General Medicine Physicians with Focus on the Medical History*. J Clin Med, 2018; 7(12): 476. Published 2018 Nov 24. doi:10.3390/jcm7120476
7. RAMAKRISHNAN S, NICOLAU DV JR, LANGFORD B, MAHDI M, JEFFERS H, MWASUKU C, KRASSOWSKA K, FOX R, BINNIAN I, GLOVER V, BRIGHT S, BUTLER C, CANE JL, HALNER A, MATTHEWS PC, DONNELLY LE, SIMPSON JL, BAKER JR, FADAI NT, PETERSON S, BENGTTSSON T, BARNES PJ, RUSSELL REK, BAFADHEL M: *Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): a phase 2, open-label, randomised controlled trial*. Lancet Respir Med, 2021 Apr; 9: S2213-2600(21)00160-0. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00160-0. Epub ahead of print. Erratum in: Lancet Respir Med, 2021 Apr 14; PMID: 33844996; PMCID: PMC8040526
8. Recovery Collaborative Group, HORBY P, LIM WS, EMBERSON JR, MAFHAM M, BELL JL, LINSSELL L, STAPLIN N, BRIGHTLING C, USTIANOWSKI A, ELMAHI E, PRUDON B, GREEN C, FELTON T, CHADWICK D, REGE K, FEGAN C, CHAPPELL LC, FAUST SN, JAKI T, JEFFERY K, MONTGOMERY A, ROWAN K, JUSZCZAK E, BAILLIE JK, HAYNES R, LANDRAY MJ: *Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19*. N Engl J Med, 2021 Feb 25; 384(8): 693-704. doi: 10.1056/NEJMoa2021436. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32678530; PMCID: PMC7383595
9. SIVAPALAN P, INGEBRIGTSEN TS, RASMUSSEN DB, SØRENSEN R, RASMUSSEN CM, JENSEN CB, ALLIN KH, EKLÖF J, SEERSHOLM N, VESTBO J, JENSEN JS: *COPD exacerbations: the impact of long versus short courses of oral corticosteroids on mortality and pneumonia: nationwide data on 67 000 patients with COPD followed for 12 months*. BMJ Open Respir Res, 2019 Mar 30; 6(1): e000407. doi: 10.1136/bmjresp-2019-000407. PMID: 31179005; PMCID: PMC6530506
10. TASHKIN D: *Oral vs IV corticosteroids for in-hospital treatment of COPD exacerbations*. Chest, 2007 Dec; 132(6): 1728-9. doi: 10.1378/chest.07-1622. PMID: 18079214
11. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/12/GINA-interim-guidance-on-COVID-19-and-asthma-20_12_20.pdf
12. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-Pocket-Guide-2020-final-wms.pdf>
13. <https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Matilde Boccia

e-mail: bocciamatilde@gmail.com

Libri ricevuti

AA.VV. a cura di CIMO LAB

Giuro di non dimenticare

Storie di medici ai tempi del Covid

Ed. elemento 115, Roma, 2021, pagg. 148, € 8,00

Questo volumetto, realizzato dal team CIMO LAB, raccoglie le riflessioni di ventotto medici di varie regioni d'Italia che hanno svolto il proprio lavoro nelle corsie ospedaliere durante la prima e la seconda ondata dell'infezione da Covid-19.

Lontani dai riflettori dei media, consci del Giuramento di Ippocrate da loro prestato, questi colleghi, che improvvisamente si sono trovati in prima linea contro la pandemia e per questo non si sentono e non vogliono essere considerati eroi, hanno avuto un'esperienza che li ha enormemente segnati.

Alla iniziale incredulità per la rapida comparsa di questa pandemia, che sembrava essere un problema solo della lontana Cina, è subentrato un sentimento di rabbia per l'impreparazione della struttura organizzativa sanitaria del nostro Paese, che dopo essere riuscita a controbattere l'aggressione di tale virus, finita la prima ondata, non è riuscita a meglio riorganizzarsi in attesa della seconda ondata.

Tuttavia la comparsa di una inesprimibile forza, al di là dell'impegno professionale, ha permesso loro di affrontare a testa alta la situazione che si andava creando, dimostrando una resilienza di tutto rispetto.

Leggendo queste storie si evince innanzitutto l'amore per il proprio lavoro, il riconoscimento delle proprie fragilità, gli stati d'animo, le emozioni che li hanno coinvolti nello svolgimento dei loro compiti e, in particolare, nel rapporto con i pazienti affetti da tale malattia.

Una malattia dura, che ha tenuto questi malati in isolamento, lontani dai propri cari e in molti casi li ha condotti alla morte distanti dalla famiglia.

Anche in questi casi i medici e gli infermieri, sia pure bardati come astronauti, sono stati vicini ai pazienti, sostituendosi ai loro parenti, cercando di rassicurarli con parole di incoraggiamento, con un sorriso, mostrando una profonda umanità e una grande empatia nel rapporto medico-paziente.

Va segnalato che il ricavato della vendita di questo libro, dedicato ai medici impegnati nella lotta, ai pazienti ed alle famiglie di quanti non ce l'hanno fatta, verrà devoluto alla Fondazione ONAOSI per le opere di assistenza dedicate agli orfani dei medici deceduti a causa del Covid-19.



MC

Storia della Medicina

I rimedi per l'epilessia in Naturalis Historia di Plinio Seconda Parte: Gli Animali. I Minerali

Antonio Tagarelli, Daniel La Rosa*, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare

*Università “Magna Graecia” – A.O. Mater Domini – U.O. Neuroradiologia

Germaneto (Catanzaro)

Parole chiave: La Naturalis Historia di Plinio, Rimedi Popolari per l'Epilessia, Zoologia Medica, Mineralogia Medica.

Key Words: Naturalis Historia by Plinio, Popular treatments, Epilepsy, Zoology, Mineralogy.

Ricevuto in Redazione il 5 maggio 2021

RIASSUNTO

L'opera enciclopedica di Gaio Plinio Secondo (23-79), la “Naturalis Historia”, costituita da 37 libri, contribuisce anche e consistentemente alla conoscenza dei rimedi di natura vegetale ed animale per curare e prevenire le malattie.

Il regno animale esaminato da Plinio, che va dal 28° al 32° libro, descrive i rimedi per la cura e la prevenzione delle malattie ed in particolare l'epilessia. Plinio distingue questo regno in animali terrestri, con all'apice l'uomo, animali acquatici, uccelli ed insetti.

Dal regno dei minerali (dal 33° al 37° libro) Plinio ricava un solo rimedio.

Le notizie fornite da Plinio per la cura dell'epilessia sono migliorate dalla sua attenta ed ampia catena di riferimenti.

SUMMARY

The most important work by Gaio Plinio Secondo (23-79), known as Pliny the Elder, is “Naturalis Historia”. It is made by 37 books, and it gave a great contribute on the knowledge on both the vegetal and animal treatments treating many diseases.

The mineral kingdom examined by Pliny, from 28° to 32° book, shows the treatments to treat and prevent the disease and the epilepsy, particularly. Pliny subdivide this kingdom into the terrestrial animals, aquatic animals, birds and insects.

Moreover, Pliny find an only one treatment from the animal kingdom (from 33° to 37° book).

All the notices given us from Pliny on the epilepsy are improved by his large and variable references.

INTRODUZIONE

Dopo aver esaminato i rimedi tratti dalle piante, Plinio passa in rassegna, dal 28° al 32° libro, quelli offerti dal regno animale segnandone una suddivisione convenzionale propria di tipo antropo-zoologica: uomo; animali terrestre, prima selvaggi ed esotici, poi domestici e delle regioni occidentali; animali acquatici; uccelli; insetti. Quanto al libro 28, dopo

aver motivato la propria ricerca nel mondo animale, Plinio prosegue con una rappresentazione di macabri rimedi e di pratiche raccapriccianti col fine di svolgere funzione terapeutica. In quest'ambito, Plinio coglie l'occasione per polemizzare con i maghi, da cui gran parte di quel materiale proviene attraverso la mediazione di Anassilào (I-II sec. a.C.) e Senòfonte (m. 315-14 a.C.), per le loro imposture e le loro nefandezze. Nonostante il suo scetticismo verso la magia, Plinio si impegna con interesse a raccogliere dati e notizie destinati a fare luce su convenzioni popolari e antiche credenze. Pertanto è indotto ad occuparsi del potere che hanno le formule magiche, gli incantesimi, i rituali, i presagi e le predizioni, quindi ad esaminare una serie di abitudini e superstizioni. Una importante fonte conoscitiva è, per Plinio, Senocrate (I sec. d.C.) dal quale raccoglie alcuni rimedi. Questo interesse è indispensabile per l'Autore specialmente quando tratta l'azione medicamentosa di secrezioni o appendici del corpo umano. In questa sezione, che sembra di non poter fare a meno della magia, trova il meritato spazio la Medicina empirica e quella popolare. A tal proposito e più precisamente Plinio discute, all'inizio del 30° libro, sulle falsità delle imposture magiche e promette di svelarne i segreti ricordando che la magia è [...] la più fraudolenta delle arti, essa ha ottenuto un potere grandissimo in tutto il mondo e per moltissimi secoli. Nessuno si meraviglierà della sua grandissima autorità dal momento che [...] abbracciò ed unificò in se tre grandi arti [Religione, Astronomia, Medicina] dotate di un fortissimo dominio sulla mente umana. Nessuno potrà avere dubbi sul fatto che essa, la magia, è nata originariamente dalla medicina e, sotto la parvenza di apportare salvezza, s'è insinuata come medicina più alta e più sicura. [...] Senza dubbio essa è nata in Persia, da Zoroastro¹. La sua diffusione in Grecia risale al 480 a.C. da Ostane, ricordato come teologo, demonologo e mago. Riguardo a questo personaggio, Plinio scrive: Certo è che questo Ostane portò soprattutto i popoli greci alla frenesia di magia, non solo alla voglia di magia. [...] La cosa più straordinaria, [continua Plinio], è che le due arti, la medicina e la magia, sono sbocciate assieme: nella stessa epoca Ippocrate (470 a.C.-377 a.C.) dava lustro

alla medicina e Democrito (470/457-360/350 a.C.) alla magia². Relativamente alla sua Patria, Plinio ricorda: [...] soltanto nell'anno 657 di Roma [97 a.C.] il senato emette un provvedimento che proibiva di immolare un uomo; è palese che fino a quel tempo si celebravano sacrifici mostruosi. Pertanto, Plinio ricorda che i Romani [...] hanno eliminato mostruosità religiose come quelle di uccidere un uomo e, ancora meglio, mangiarne le carni³. E così conclude il suo pensiero sull'arte della magia: *Convinciamoci dunque che la magia è abominevole, inefficace, vana, se pure con qualche parvenza di verità, parvenza in cui contano le arti d'avvelenare, non quelle magiche*⁴.

- ¹ - Gaio Plinio Secondo, "Storia Naturale", volume IV Medicina e Farmacologia, Libri 28-32, Umberto Capitani, Ivan Garofalo (traduzione e note di), Giulio Einaudi editore, Torino 1986. Libro XXX, cap. 1, 2, paragrafi 1-3 pagina 400.
- ² - Gaio Plinio Secondo, "Storia Naturale", volume IV Medicina e Farmacologia, Libri 28-32, Umberto Capitani, Ivan Garofalo (traduzione e note di), Giulio Einaudi editore, Torino 1986. Libro XXX, cap. 1, 2, paragrafo 11 pagina 405.
- ³ - Gaio Plinio Secondo, "Storia Naturale", volume IV Medicina e Farmacologia, Libri 28-32, Umberto Capitani, Ivan Garofalo (traduzione e note di), Giulio Einaudi editore, Torino 1986. Libro XXX, cap. 4, paragrafo 13 pagina 407.
- ⁴ - Gaio Plinio Secondo, "Storia Naturale", volume IV Medicina e Farmacologia, Libri 28-32, Umberto Capitani, Ivan Garofalo (traduzione e note di), Giulio Einaudi editore, Torino 1986. Libro XXX, cap. 6, paragrafo 18 pagina 409.

ESAME DEI LIBRI

I rimedi ottenuti dagli animali, uomo compreso, Plinio li presenta senza seguire un filo logico.

La raccolta qui riportata, ricavata dal 28° al 32° libro, segue l'ordine progressivo dei libri (*Libro*) e, nell'ambito di questo, l'ordine dei capitoli (*cap.*) e di conseguenza quello dei paragrafi (*par.*); la pagina (*pag.*), scritta in tondo, rimanda all'opera riportata in bibliografia.

Relativamente ai minerali, Plinio utilizza solo il capitolo 51, par. 181 del 33° libro.

Libro XXVIII, cap. 2, par. 4-9, pp. 15-9

Gli epilettici, durante l'attacco¹ bevono il sangue dei gladiatori come da coppe viventi²; eppure, quando lo vediamo fare anche dalle belve in quella stessa arena³, si resta inorriditi. Ma, è per quei malati un toccasana succhiare proprio dall'uomo il sangue caldo e vivo, assorbire il principio vitale dalle labbra delle ferite⁴ [...]. [C'è anche] chi cerca il midollo osseo delle gambe e il cervello dei fanciulli. Tra i Greci non pochi hanno descritto perfino il sapore delle viscere e delle membra una per una, esplorando tutto il corpo fino alla punta delle unghie, [...]. Si considera sacrilegio guardare le viscere dell'uomo: mangiarle allora? Chi, o Ostanè⁵ ha inventato codeste atrocità. [...]. Da dove può aver tratto

origine simile medicina? Ma ammettiamo pure che queste usanze risalgono a barbari stranieri⁶: non si sono anche i Greci appropriati di queste arti? Circolano alcuni trattati di Democrito ove si legge che per un certo tipo di malattia giovane di più le ossa del corpo di un delinquente, per altri quelli di un amico o di un ospite. Secondo poi quanto ha scritto Apollonio⁷ è indicatissimo nel dolore di denti scalfire le gengive con un dente d'uomo perito di morte violenta⁸; per Mileto la bile umana guarisce la cataratta. [...]. Artemone⁹ fa bere agli epilettici, al momento della crisi, l'acqua raccolta di notte da una fonte, usando come recipiente il cranio di un uomo ucciso e non cremato¹⁰. Con le ossa, sempre di cranio, di un impiccato, Anteo¹¹ preparava pillole contro il morso di cane idrofobo [...]. Via dai nostri libri codeste pratiche! Noi parleremo di rimedi non di sacrilegi [...].

- ¹ - L'epilettico e l'epilessia derivano dal greco *epileptikòs, epilepsia*. I Romani la chiamano *morbus comitialis* che trova la sua ragione nell'usanza del popolo di sospendere i comizi quando uno dei presenti è colto da un attacco epilettico, evento inteso come infausto. Sulla terminologia greco-latina indicante l'affezione, vedi l'opera U. Capitani, "A.C. Celso e terminologia tecnica greca". In: <<Annali della Scuola Normale di Pisa>>, serie III, V, pp. 470 sg. (e nota 75). Carlo Annaratone, nel suo libro "In Abissinia" del 1914, scrive che in quella parte d'Africa sono frequenti [...] *nelle donne e negli uomini forme isteriche e parecchi sono i casi di epilessia. Tali affezioni sono soventi attribuite agli spiriti maligni. E, quasi sempre, durante l'accesso colpiscono il malato con numerose nerbate, colla precisa intenzione di scacciare dal suo corpo il demonio.* (Opera edita da Enrico Voghera, Roma, pp. 497-507). Celio Aureliano (V sec. d.C.) ritiene l'epilessia un morbo inviato da "un potere divino". Cfr J. Pigeaud, "La follia nell'antichità classica. Le manie e i suoi rimedi", Venezia, Marsilio 1995, p. 58. Si narra che Cristo guarì l'epilettico con un esorcismo: [...] *il malato fu risanato solo quando, alle "parole minacciose" del Messia il demonio uscì da lui.* Nel suo "Timeo", Platone così spiega la causa della malattia chiamata *sacra*: *Questa si presenta in forma ... mite, se viene nel sonno, ma più difficile ad essere cacciata, se assale nella veglia. E questa malattia, essendo di natura sacra, molto giustamente è chiamata "sacra".* Da: Platone, "Platone. Opere complete" (Timeo, 58 a-b), traduzione di F. Sartori e C. Giarratano, vol. VI, Bari, Laterza 1985, p. 437. E' interessante ciò che scrive Teofrasto (371-287 a.C.) ne "I caratteri", esaminando i comportamenti del superstizioso ricorda che se questi [...] *vede un pazzo o un epilettico, rabbrivendo si sputa in grembo.* Per Plinio sputare sugli epilettici è un gesto apotropico, e allontana il demone della malattia in questo modo: [...] *sputiamo sugli epilettici durante gli attacchi, così facendo rigettiamo il contagio.* Tale usanza autorizza a nominare l'epilessia: "*morbus insputatus*". Da: Teofrasto, "I caratteri", traduzione di G. Pasquali. Milano, Rizzoli 2000, p. 29. Da: Plinio, "Storia Naturale", traduzione e note di U. Capitani, I. Garofalo. Torino, Einaudi 1986, libro XXVIII, par. 35-36, Volume IV, p. 47.

- ² - Scribonio Largo, "Compositiones" 17; Tertulliano, "Apologeticum" 9. 10.
- ³ - Allusioni agli spettacoli cruenti del Circo Massimo, di gran moda all'epoca di Plinio.
- ⁴ - Discusso nell'opera: E. Stemplinger "Antike un moderne volksmedizin", Leipzig 1925, pp. 61 sg. Non si tratta tanto della sopravvivenza del significato di antichi sacrifici umani né di portamento analogico (nesso tra la morte del gladiatore e la fine della malattia), quanto della credenza in una trasmissione di elisir di vita: d'altronde il sangue umano in genere, non necessariamente quello di una persona trucidata, ha, secondo gli antichi, potere curativo nell'epilessia, come si evince da ciò che scrive Celio Aureliano nel "De chronicis passionibus", IV, 118. Rimedi magici e superstizioni trovano largo campo d'impiego nell'epilessia, considerata per secoli di origine demoniaca (da *daimon* = <<divinità>>) nonostante la lucida critica ippocratica contro questo assunto. Per tutto questo vedi il lavoro di Alberto Capitani e Ivan Garofalo, "Celso, Scribonio Largo, Plinio il vecchio e il loro atteggiamento nei confronti della medicina popolare", in <<Maia>> XXIV, 1972, p. 123 sg.
- ⁵ - Plinio sembra conoscere due maghi persiani con questo nome, uno accompagnò Serse nella sua spedizione contro la Grecia (XXX, 8), e l'altro seguì Alessandro Magno (XXX, 11). L'Ostane (XXVIII, 2), è quello più vecchio e più famoso; Cfr J. Bidez e F. Cumont, "Les menages hellenisés", Parigi 1938 (ristampa 1973) I, pp. 167, 212; II, pp. 267, 326.
- ⁶ - Allusione ai Persiani (Ostane era uno di loro) e ai popoli orientali.
- ⁷ - Apollonio Mis (il Topo), medico e allievo di Criserno condiscipolo di Eraclide, attivo nel I secolo a.C.
- ⁸ - Forma particolare di trasplantazione: passaggio (per contatto diretto) del male, inteso come entità demoniaca, dal paziente ad una parte (o organo) che proviene da un morto.
- ⁹ - Medico della prima metà del I secolo a.C.
- ¹⁰ - Rimedio riscontrato in Scribonio Largo, "Compositiones" 17.
- ¹¹ - Medico della prima metà del I secolo d.C. (anteriore a Scribonio Largo).

Libro XXVIII, cap. 7, par. 35, p. 47

La saliva¹ di ognuno di noi se digiuno, è un rimedio contro i serpenti; ma è bene che la gente conosca anche altri impieghi salutari di essa². Sputiamo sugli epilettici durante gli attacchi: così facendo rigettiamo il contagio³. In modo analogo ci difendiamo dal malocchio e dagli incontri con gli zoppi da piede destro.

- ¹ - Per l'impiego della saliva nella medicina antica e in quella popolare moderna, vedi R. Muth "Träger der Lebenskraft", Wien 1954, pp. 82-117.
- ² - Questa usanza - un gesto apotropaico mirante a scacciare il demone della malattia - è documentata da Plauto, "Captivi": 550-555, ove l'epilessia è addirittura chiamata <<qui putatur morbus>>.

- ³ - Secondo Plauto, "Asinaria" 39 e sg, e secondo Seneca, "Consolatio ad Marciam" 9, si sputa per rigettare una parola di cattivo augurio.

Libro XXVIII, cap. 10, par. 43-44, pp. 55-57

Orfeo e Archelao [vedi XXVIII 6. 34] affermano che il sangue umano, uscito da qualsiasi parte del corpo, è efficacissimo come linimento nell'angina e viene spalmato con ottimi risultati sulla bocca di coloro che stramazzano per un attacco epilettico¹, i quali si rialzerebbero all'istante; secondo alcuni, si ottiene lo stesso effetto se si pungono gli alluci e si portano le gocce di quel sangue sulla faccia degli epilettici², oppure se una vergine tocca il paziente col pollice destro³. Ne deducono che in questa malattia si devono mangiare le carni di animali vergini. Eschine d'Atene⁴ cura le angine, le tonsilliti, gli abbassamenti di ugola e le ulcere cancerose con la cenere di escrementi; a questo medicamento dà il nome di <<botrion>>. Molte forme morbose [...], tra queste soprattutto l'epilessia, scompaiono al primo coito e, nelle donne, alla prima mestruazione⁵; diversamente la malattia, principalmente l'epilessia, diventa cronica.

- ¹ - Cfr Dioscoride, "De natura medica" I 22.
- ² - Prisciano, "Phisica" 6, prescrive nell'epilessia spalmature sulla fronte e sulle labbra col sangue estratto dalle dita dei piedi.
- ³ - E' l'effetto della cosiddetta <<mano magnetica>>; il demone della malattia (e l'epilessia, chiamata <<morbus sacer>> è considerata malattia divina per eccellenza) soccombe al contatto di una persona dotata di poteri speciali o avente prerogative particolari.
- ⁴ - Discepolo di Socrate.
- ⁵ - Scribonio Largo, "Compositiones" 18, si limita ad osservare che l'epilessia suole scomparire nelle ragazze con le prime mestruazioni o con la deflorazione, nei ragazzi ai primi coiti. Celio Aurelio, "De chronicis passionibus" I 4-71, aggiunge che, se ciò non si verifica la malattia diviene cronica.

Libro XXVIII, cap. 17, par. 63, pp. 71-73

Piantare un chiodo di ferro nel punto preciso in cui ha sbattuto per la prima volta la testa una persona stramazzata per un attacco epilettico; è un sistema usato per liberarsi da quel male in forma definitiva¹.

- ¹ - Si può considerare una forma <<sui generis>> di trasplantazione: con quel gesto si intende inchiodare al suolo il demone della malattia.

Libro XXVIII, cap. 23, par. 83, pp. 89-91

L'ostetrica Sotira ha dichiarato efficacissima per le febbri terzane e quartane spalmare di sangue mestruale la pianta dei piedi del malato; l'azione, a suo dire, sarebbe molto potente se chi spalma è proprio la donna indisposta e se lo fa all'insaputa del paziente, Questo rimedio farebbe tornare in sé gli epilettici colpiti dall'attacco.

Libro XXVIII, cap. 24, par. 88, pp. 93-95

Il fegato d'elefante è un rimedio per l'epilessia.

Libro XXVIII, cap. 25, par. 90, p. 95

Il fiele di leone allungato con l'acqua e spalmato sugli occhi rischiarerà la vista; se impastato con grasso, sempre, di leone debella l'epilessia, a condizione che il paziente dopo aver inghiottito l'impasto faccia subito una corsa per digerirlo.

Libro XXVIII, cap. 26, par. 91, pp. 95-97

A quanto si dice, il cervello di cammello seccato e bevuto con l'aceto guarisce gli attacchi epilettici¹, come pure il fiele misto al miele; [...] la cenere di sterco di cammello mescolata con l'olio e presa in bevanda è un rimedio per l'epilessia.

¹ - Celio Aureliano, "De cronicis passionibus", IV 119.

Libro XXVIII, cap. 27, par. 100, p. 101

La prima vertebra cervicale di iena è messa anche tra i rimedi dell'epilessia.

Libro XXVIII, cap. 28, par. 109, p. 109

Il contenuto intestinale della crocodilea¹ [...], sciolta in ossimele² alla dose di due oboli³, è un rimedio contro l'epilessia.

¹ - Dal greco <<krokodiléa>>. In effetti la sostanza qui menzionata non è il contenuto intestinale del varano ma quello di certe specie di gechi anch'essi chiamati <<coccodrilli terrestri>>; l'errata identificazione è già in Aristotele, "Historia Animalium" V 13. Questa, la crocodilea, si depositava e veniva raccolta tra gli interstizi delle piramidi su cui i gechi si arrampicavano.

² - Ossimele, dal greco <<oxmeli>> bevanda costituita da aceto, miele, sale e acqua. Per la preparazione vedi Plinio, libro XXIII, cap. 60.

³ - obolo = 0.75 grammi.

Libro XXVIII, cap. 63, par. 224-5-6, pp. 215-219

Per l'epilessia fa bene mangiare i testicoli d'orso o bere quelli [tritati] di cinghiale con il latte di giumenta o con l'acqua¹, come pure giova bere l'urina di cinghiale con l'ossimele² ancor più quella che si sia seccata dentro la sua vescica. [...] Si somministrano anche i testicoli di porco stagionati e pestati nel latte di scrofa (prima e dopo il malato si asterrà dal bere vino per diversi giorni di seguito³). Si danno anche i polmoni di lepre conservati sotto sale con un terzo di incenso nel vino bianco per trenta giorni⁴, come pure il presame sempre di lepre⁵; il cervello d'asino con l'idromele⁶ dopo averlo fatto in precedenza affumicare dentro le foglie per sette giorni; la cenere di zoccolo d'asino, alla dose di due cucchiaini, in bevanda per un mese intero⁷, parimenti i testicoli d'asino conservati sotto sale e sparsi in polvere su una bevanda, soprattutto latte d'asina, oppure con l'acqua. La placenta d'asina, particolarmente se abbia partorito un maschio, se annusata quando sta per aver luogo l'attacco epilettico, lo

arresta. Vi sono autori che suggeriscono di mangiare il cuore di asino maschio nero col pane, all'aperto, durante la prima o la seconda fase lunare⁸, altri [ne consigliano] la carne, e alcuni di bere il suo sangue diluito con l'aceto per quaranta giorni⁹. C'è poi chi mescola l'urina d'asino¹⁰ con l'acqua ferrosa proveniente dalle fucine e con la stessa pozione cura anche chi è in preda al delirio¹¹. [Ancora], agli epilettici si dà anche a bere il latte di giumenta¹² o il lichene di cavallo da sorbire nell'ossimele¹³; si somministrano pure la carne di capra arrostita su un rogo umano¹⁴, come vogliono i Magi, e il sego di capra cotto col fiele di toro in pari dose, nell'involucro della vescichetta biliare, senza che abbia a toccare terra¹⁵, [poi] bevuto con l'acqua, stando in piedi. L'odore di corno bruciato di capra o di cervo rivela la crisi epilettica¹⁶. [Infine] a chi è vittima di un attacco apoplettico¹⁷ si dice sia salutare l'urina d'asinello in impasto col nardo¹⁸ e in unzione.

¹ - Sesto Placito in "Liber medicinae ex animalibus" prescrive: il fiele d'orso somministrato a cucchiainate (13.2); il latte di giumenta da solo (16.7).

² - Vedi Sesto Placito (7.13). Per <<acetum mulsum>> (<<oxymeli>>), vedi Plinio XXVIII 28 109. Bevanda costituita da aceto, miele, sale, acqua. Per indicarla oltre alla perifrasi <<acetum mulsum>>, Plinio ricorre anche al prestito greco <<oxymeli>> (cfr XIV 114; XXIII 60 dove si dà la formula della preparazione e nota relativa; XXVIII 132).

³ - Per l'astinenza dal vino nell'epilessia, vedi Celso, III 23.3.

⁴ - Sesto Placito, 3a5, b6, indica invece un terzo di cuore di lepre secco con un granello d'incenso nel vino bianco per sette giorni se l'attacco è leggero, per trenta se è serio.

⁵ - Di questo presame, Prisciano, "Logicus" 7, prescrive quanto un chicco di grano, da prendere al mattino per tre giorni.

⁶ - Prisciano. Nello stesso si prescrive anche la cenere di cervello d'asino nel vino melato. L'asino è un animale magico: di qui il suo impiego in tutto questo paragrafo, in una malattia considerata di origine divina, <<morbus sacer>>.

⁷ - Dioscoride, "De natura medica" II 42.

⁸ - Plinio porge l'attenzione sull'asino in sintonia con la malattia di cui qui si occupa.

⁹ - Altri rimedi antiepilettici tratti dall'asino si riscontrano in Prisciano, "Physica" 6.

¹⁰ - Prisciano, "Physica" 7, prescrive l'urina da sola in bevanda.

¹¹ - Ma il valore originario era quello di <<idrofobo>>.

¹² - Cfr Sesto Placito, 16.7.

¹³ - Dioscoride, II 43, indica nell'epilessia il lichene di cavallo (escrescenza carnosa presente sotto il ginocchio delle zampe anteriori e sopra il garretto di quelle posteriori).

¹⁴ - Non sfugge il significato magico dell'operazione e la sua connessione con la supposta origine demoniaca dell'epilessia.

¹⁵ - Altro dettaglio magico, già più volte notato, come la successiva raccomandazione di stare in piedi (Cfr Catone, "De agricultura" 70.2).

¹⁶ - Dioscoride, I 23, indica come rivelatore il fegato di becco preso per cibo e l'odore di corno di becco o di capra

bruciato. Sesto Placito, 5b3, parla solo di corno di capra arso, e in che cosa consiste l'esperimento: se chi inala è un epilettico stramazza a terra.

- ¹⁷ - I siderati sembrano da identificarsi con gli <<attonici>> (ex) morbo di cui parla Celso, "De medicina" III 26 (apoplettici, cioè soggetti colpiti da ictus cerebrale).
- ¹⁸ - Nardo, probabilmente <<Nardostachys jatamansi>>, correttivo di odori o di sapori ripugnanti di certi rimedi. Plinio tratta questa erba nel libro XII, paragrafo 42, mentre l'olio di nardo è trattato nel libro XV, paragrafo 30 e il profumo (unguento) nel libro XII, paragrafo 42.

Libro XXVIII, cap. 78, par. 258, p. 245

Il fegato d'asino in impasto con un po' di panacea¹ e versato a gocce in bocca protegge i fanciulli dall'epilessia² e da altre malattie; il trattamento è prescritto per quaranta giorni.

- ¹ - <<Panax/panaces riproduce in Greco <<pànax/pànakes>> da <<pas>> = <<tutto>> e <<àkos>> = <<rimedio>>, quindi <<rimedio universale>>.
- ² - Dioscoride, "Euporista" I 19.1, indica il fegato d'asino mangiato arrostito come rimedio contro l'epilessia e da altre malattie.

Libro XXX, cap. 12, par. 34, p. 417

La cenere di rondine mischiata in dose uguale con quella di donnola è data da bere in acqua, ogni giorno, ai malati di scrofola ed agli epilettici.

Libro XXX, cap. 27, par. 87-92, pp. 441-443

[In questo capitolo Plinio riporta alcuni rimedi utili per la sola epilessia]. *L'esipo¹ con un po' di mirra e diluito in due ciati² di vino, bevuto nella misura di una nocciola dopo il bagno; i testicoli³ di ariete conservati in dose di mezzo denario⁴ dentro un'emina⁵ d'acqua o di latte d'asina, [...] con l'attenzione di non bere vino per cinque giorni prima e dopo. È straordinariamente apprezzato anche il sangue d'ovini, bevuto; il fiele, con miele, specialmente quello d'agnello⁶; un cagnolino lattante, preso dopo tolte via testa e zampe, in vino e mirra; il lichene⁷ di mula bevuto in ossimele [...]; la cenere di geco d'oltremare sorbita in aceto; la pelle del geco di cui esso si sveste, allo stesso modo del serpente, in bevanda. Taluni hanno dato da bere l'animale per intero, sventrato con una canna e conservato, altri hanno dato il geco come cibo, arrostito con spiedo di legno. [Sempre su questo animale], il suo covo di questo animale si trova nei rivestimenti degli usci e delle finestre o nelle volte o nei sepolcri. Qui all'inizio della primavera gli si costruiscono d'avanti delle specie di nasse intrecciate con canne spaccate, la cui strettezza gli piace perché così il geco si spoglia più facilmente della vecchia pelle che ha addosso, ma dopo esserla tolta non può più uscire. Nell'epilessia non c'è rimedio preferibile a questo. Giova anche il cervello di donnola⁸, conservato e sorbito, e il fegato, oppure i testicoli o la vulva⁹, o lo stomaco conservato col coriandolo¹⁰ [ed infine] la donnola selvatica presa intera*

come cibo. Tutto questo vale anche per il furetto. Il ramarro, preso con condimenti che tolgono il disgusto, senza zampe e testa; e la cenere di chioccioline, con aggiunta di semi di lino e ortica con miele, come unguento, guariscono l'epilessia. I Magi raccomandano di legarsi addosso come amuleto una coda di pitone in pelle di gazzella con tendini di cervo, o le pietruzze prese dal ventre di pulcini di rondine e legate al braccio sinistro; si dice appunto che le rondini diano da mangiare una pietruzza al piccolo appena uscito dal guscio. Se al primo attacco si dà da mangiare al malato il pulcino deposto per primo, l'epilettico si libera dalla malattia; un rimedio è anche il sangue di rondine con incenso¹¹ o il cuore mangiato di fresco. Si dice addirittura che una pietruzza presa dal loro nido e applicata addosso fa subito riprendere il malato e, come amuleto, lo protegge per sempre. Si raccomanda anche il fegato del nibbio, come cibo; la spoglia dei serpenti, il fegato dell'avvoltoio pestato e preso col suo sangue tre volte al giorno per sette giorni e, [tenere come amuleto] il cuore di pulcino d'avvoltoio. Consigliano anche di dare come cibo l'avvoltoio stesso, e più precisamente quando sia ben pasciuto dun cadavere umano. [...] Taluni ritengono che si debba sorbire il petto [dell'avvoltoio] in un calice di cerro¹²; [oppure] i testicoli di un pollo in acqua e latte, previa astinenza di cinque giorni dal vino. [...] Alcuni hanno utilizzato ventuno mosche rosse, prese da un cadavere, in bevanda.

- ¹ - L'esipo è il grasso di lana greggio, usato un tempo come medicamento esterno e come cosmetico.
- ² - Ciato = 0.045 litro.
- ³ - I testicoli di vari animali sono prescritti da Plinio, XXVIII 63 224.
- ⁴ - Denario = 055 grammo.
- ⁵ - Emina = 0.27 litro.
- ⁶ - Rimedio in Sereno, "De constantia sapientis" 1012 sg.
- ⁷ - La callosità cornea della parte interna delle zampe degli equini; vedi Plinio, XXVIII 49 180.
- ⁸ - Il cervello di donnola è anche raccomandato da Dioscoride, "De natura medica" II 25.
- ⁹ - Vedi Plinio, XXIX 60.
- ¹⁰ - Sereno, "De constantia sapientis" 1014.
- ¹¹ - Vedi Plinio, XXIV 13.
- ¹³ - Vedi Plinio, XVI 17.

Libro XXXII, cap. 14, par. 33, pp. 561-563

Le tartarughe terrestri africane, a quanto si dice, vengono date come antidoto dopo che sono stati amputati loro il capo e le zampe; prese come cibo nel brodo [...] sgonfiano la milza e guariscono l'epilessia¹.

- ¹ - Dioscoride, "De natura medica" II 79 2 <<Si dice che il sangue della tartaruga terrestre giova se bevuto dagli epilettici>>.

Libro XXXII, cap. 14, par. 35, p. 563

La carne di tartaruga marina si mangia confior di farina di frumento per curare l'epilessia.

Libro XXXII, cap. 14, par. 37, p. 563

Il fiele di tartaruga marina applicato nel naso fa rialzare in piedi gli epilettici.

Libro XXXII, cap. 37, par. 112, p. 597

Gli epilettici [...] bevono presame di vitello marino con latte di cavalla o di asina o con succo di melagrana, certuni lo prendono in ossimele, alcuni poi lo inghiottiscono allo stato puro, in pillole.

Libro XXXIII, cap. 51, par. 181, p. 499

Una dracma¹ di bitume insieme ad un pari peso e poi impastato con un obolo² di mirra, se bruciato consente di riconoscere i casi di epilessia³. La stessa possibilità si ottiene con il gagate⁴, la cui fumigazione dà la possibilità di riconoscere anche la verginità⁵. A Samo c'è una pietra, utile per la pulitura dell'oro e, in medicina, per le ulcere degli occhi; se mescolata con latte si presta bene per la lacrimazione cronica. [...]. In pozione giova anche [...] secondo certuni [...] nei casi di epilessia e di stranguria⁶.

¹ - Dracma = 4.5 grammi.

² - Obolo = 0.75 grammi.

³ - Vedi Plinio XXXV 51.

⁴ - Il gagate, detto <<gialletto>>, è una varietà di lignite picca, di consistenza compatta, omogenea, di bel colore nero vellutato con lucentezza vivace.

⁵ - Vedi Plinio libro XXXVI 36. L'uso del gialletto per l'epilessia è ribadito da Apuleo, "Apologia" 45 4.

⁶ - Vedi Plinio XXXVI 40.

CONCLUSIONI

Come nella sezione medico-farmacologica sui rimedi di origine vegetale, anche in quelli di provenienza animale, Plinio fornisce altre numerose pagine per la cura dell'epilessia ricche di conoscenza e di forte interesse scientifico.

BIBLIOGRAFIA

1. GAIO PLINIO SECONDO: *Storia Naturale*. Volume IV, Medicina e Farmacologia, Libri XXVIII-XXXII. Traduzione e note di Umberto Capitani, Ivan Garofalo. Giulio Einaudi editore, Torino 1985
2. GAIO PLINIO SECONDO: *Storia Naturale*. Volume V, Mineralogia e Storia dell'Arte, libri XXXIII-XXXVII. Traduzione e note di Antonio Corso, Rosanna Margellesi, Gianpiero Rosati. Giulio Einaudi editore, Torino 1988
3. TAGARELLI A., LA ROSA D., PIRO A.: *I rimedi per l'epilessia in Naturalis Historia di Plinio. Prima parte: I Vegetali*. Civitas Hippocratica, 2021; 3/4: 20-24

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Antonio Tagarelli

e-mail: antotagarelli@gmail.com

Convegni

“The Milestones” in Oncologia 2021

CORSO DI FORMAZIONE IN ONCOLOGIA

Ercolano (NA), Hotel Villa Signorini

26 Novembre 2021

Responsabile Scientifico: dott. Salvatore Strazzullo

PROGRAMMA

- 8.00 Iscrizione e registrazione dei partecipanti.
8.30 Presentazione del Corso
Salvatore STRAZZULLO - Giuseppe AIROMA
9.00 **SARS COVID2: “Diagnostica molecolare e immunizzazione”**
Michele CARAGLIA

I SESSIONE

Neoplasie dell’apparato Uro-Genitale: “The Milestones” 2021

Moderatore: *Bruno DANIELE*

- 9.30 **Il carcinoma della prostata resistente alla castrazione**
Gaetano FACCHINI
10.00 **Neoplasie del rene**
Roberto MABILIA
10.15 **Discussione sui temi trattati**

II SESSIONE

Carcinoma polmonare: “The Milestones” 2021

Moderatore: *Giuseppe AIROMA*

- 10.45 **NSCLC III stadio: La chirurgia**
Alfonso FIORELLI
11.00 **NSCLC: l’immunoterapia della malattia metastatica e nel III stadio**
Floriana MORGILLO
11.15 **NSCLC: terapia target nella malattia metastatica e nel III stadio**
Antonio Rossi
11.30 **Discussione sui temi trattati**

III SESSIONE

Carcinoma della Mammella: “The Milestones” 2021

Moderatore: *Rosario PEPE*

- 12.00 **Terapia ormonale e inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti**
Ferdinando RICCARDI
12.15 **Malattia HER2 positiva: novità in tema di terapia adiuvante**
Pasquale INCORONATO
12.30 **Discussione sui temi trattati**

IV SESSIONE**Terapia di supporto e tossicità**Moderatore: *Carmine PIZZA*

- 13.00 **Dolore cronico, breakthroughpain e stipsi da oppiacei**
Maddalena ZAMPI
- 13.15 **Terapia ormonale ed osteoporosi iatrogena in oncologia**
Ombretta MARANO
- 13.30 **Discussione sui temi trattati**
- 14.00 **Conclusioni**
Salvatore STRAZZULLO
- 14.30 **Questionario di verifica**
- 15.00 **Fine lavori**

Razionale

Il Corso di aggiornamento che presentiamo quest'anno, forte anche del successo di qualità didattica ed utilità sul campo che abbiamo registrato nelle precedenti edizioni, concentrate sull'appropriatezza in oncologia e sull'integrazione multidisciplinare, prenderà in esame il trattamento combinato delle principali neoplasie solide.

Uno sguardo particolare verrà dato alla multidisciplinarietà come metodologia imprescindibile in oncologia, soprattutto nella strategia terapeutica, mantenendo come prerogativa la centralità del paziente.

Quest'anno, l'apertura del Corso, visto lo straordinario periodo storico/sanitario che stiamo vivendo, sarà dedicata alle problematiche diagnostiche e cliniche del COVID nei pazienti oncologici.

Quindi si affronterà la discussione sull'approccio terapeutico, allo stato delle conoscenze attuali, ritenuto ormai consolidato, in alcune delle più frequenti neoplasie solide e con particolare riguardo al carcinoma mammario, polmonare, prostatico e renale.

La struttura formativa è orientata al confronto con tutti i partecipanti ed il ruolo dei mediatori sarà quello di mettere in risalto il valore dei diversi specialisti nella medicina oncologica.

L'approccio multidisciplinare al cancro oramai costituisce un aspetto preminente della moderna medicina oncologica, con l'intento di sviluppare piani di trattamento individuali basati sulla "best clinical practice" e si prefigge lo scopo di considerare il trattamento come una decisione collegiale, nell'ambito dei cosiddetti GOM, per fornire le migliori "chance" terapeutiche al paziente con diagnosi di cancro.

Il corso si concluderà con una sessione in cui verranno affrontate le problematiche relative al controllo del dolore neoplastico e di alcune frequenti tossicità iatrogene.

Ciò con la certezza che, se le terapie oncologiche standard hanno lo scopo importantissimo di eliminare le cellule tumorali, quelle complementari hanno il compito altrettanto importante di affiancarsi alle cure oncologiche convenzionali senza interferire con esse, con lo scopo di sostenere la qualità di vita dei pazienti sia sotto l'aspetto fisico che mentale.

SEGRETERIA SCIENTIFICACoordinatore: *Giuseppe AIROMA*

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Salvatore Strazzullo
e-mail: strazzullodoc@inwind.it

Il suicidio medicalmente assistito

Una riflessione su alcune questioni che rimangono aperte dopo la sentenza della Consulta e in attesa di una legge

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)

Ricevuto in Redazione il 15 settembre 2021

Parole chiave: Suicidio medicalmente assistito, sentenza della Corte Costituzionale, codice deontologico dei medici, scopi e natura della medicina.

Key Words: Medically assisted suicide, Constitutional Court ruling, code of ethics of doctors, purposes and nature of medicine.

RIASSUNTO

L'Autore riflette criticamente sui vari aspetti della sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi in merito al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che contempla il reato di istigazione o aiuto al suicidio, nella quale si stabilisce che non è punibile l'agevolazione da parte del medico al suicidio del paziente, che trovasi in determinate condizioni.

In attesa di un intervento del legislatore, l'A. individua alcune questioni che rimangono aperte.

SUMMARY

The Author critically reflects on the various aspects of the sentence n. 242/2019 of the Constitutional Court, called to express its opinion on the judgment of constitutional legitimacy of the art. 580 of the penal code which contemplates the crime of instigation or aid to suicide. In this sentence is established that the facilitation by the physician of the patient's suicide, that finds himself/herself in certain conditions, is not punishable. Waiting for an intervention by the legislator the Author identifies some issues that remain open.

INTRODUZIONE

Con l'approvazione il 6 luglio 2021 del testo unificato adottato come testo base di una proposta di legge sul suicidio medicalmente assistito, intitolato "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita" da parte delle Commissioni riunite Giustizia ed Affari Sociali della Camera dei Deputati, viene posta di nuovo all'attenzione generale la delicata questione del fine vita, dopo che la Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi in merito al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., ha stabilito con la sentenza N. 242/2019 (preceduta dall'ordinanza N. 207 del 2018) che non è punibile l'aiuto da parte del medico al

suicidio dell'ammalato che trovasi in determinate condizioni.

Oggetto della presente riflessione è porre l'accento su alcune questioni che, a nostro giudizio, rimangono aperte dopo la sentenza e in attesa di una legge e che in sintesi sono le seguenti: 1) il ruolo del Parlamento e il suo potere discrezionale nel recepire la sentenza e legiferare sull'argomento; 2) le condizioni previste dalla sentenza e le verifiche di esse; 3) la rivendicazione della dignità del morire attraverso un procedimento rapido che conduce alla morte; 4) l'esistenza o meno di un diritto soggettivo del paziente a richiedere l'aiuto al suicidio; 5) l'obiezione di coscienza del medico nella specifica evenienza; 6) la modifica del codice deontologico dei medici; 7) il rapporto tra la legge 219/2017 (consenso informato e DAT) e le indicazioni della sentenza.

La sentenza 242/2019

1. Il ruolo del Parlamento.

Il problema preliminare che si pone è se il Parlamento si deve attenere alle indicazioni della Corte nel predisporre un testo legislativo o se, nella sua autonomia e discrezionalità, possa e debba legiferare diversamente. Cioè a dire, il caso limite paradigmatico per accedere al suicidio medicalmente assistito, come prospettato dalla sentenza, è vincolante per il legislatore o questi potrebbe ampliare, ridurre o diversificare le condizioni così come stabilite, che per quanto riguarda l'ammalato sono: che deve trattarsi di persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli»¹

Secondo una corrente di pensiero, il Parlamento non può operare in modo difforme rispetto a quanto delineato dalla

1 Corte Costituzionale. Sentenza N. 242/2019

sentenza per ragionevoli motivi di correttezza istituzionale e costituzionale e anche, a nostro parere, per prevenire abusi o errori a fronte di situazioni cliniche altamente complesse; altri invece ritengono che il legislatore potrebbe decidere diversamente con interpretazioni di più ampia riconsiderazione dei limiti posti o addirittura con aperture in senso eutanascio^{2,3,4}.

2. *Le condizioni e la verifica di esse.*

In attesa di un indispensabile intervento del legislatore, la sentenza fissa come detto alcune condizioni, che di fatto sono delle limitazioni, osservate le quali, l'agevolazione al suicidio medicalizzato non è perseguibile penalmente.

Esaminando i singoli requisiti, possiamo dire che quello preliminare è che il paziente sia affetto da una patologia "irreversibile", che significa nel linguaggio medico non guaribile, senza possibilità di "restitutio ad integrum". A tal fine possiamo osservare però che ciò si verifica nel maggior numero delle patologie che spesso sono croniche e invalidanti e quindi non ci sarebbe nella indicazione il riferimento al criterio della terminalità della stessa, ma solo alla prognosi.

Inoltre, la patologia deve essere "fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che il paziente reputa intollerabili".

Se sulla problematica della "intollerabilità" del sintomo da parte del paziente molto verosimilmente possiamo porre all'attenzione il concetto, che è ad un tempo bioetico e giuridico, della ordinarità (e quindi della straordinarietà) delle terapie o della condizione anche esistenziale che attiene alla soggettività del paziente, "perché ciò che risulta ordinario (o straordinario) per una data persona, in una data situazione clinica, potrebbe non esserlo per la stessa persona in una situazione differente, oppure per altre persone nella stessa situazione" (Sgreccia), l'equiparazione delle sofferenze fisiche a quelle psicologiche rimane però un aspetto molto delicato e di alta criticità etico-deontologica.

Sulla questione possiamo osservare che dal punto di vista clinico vi è un'attinenza con quanto le linee guida delle principali società scientifiche di cure palliative (Società Italiana di Cure Palliative, European Association for Palliative Care)^{5,6} affermano riguardo alla sedazione palliativa profonda al termine della vita e cioè che la "sofferenza esistenziale" (denominata anche "distress psicologico" o "mental anguish"), che certamente rientra nel cosiddetto "dolore globale", deve essere tenuta in considerazione, e quindi trattata parimenti rispetto ai sintomi fisici.

Ciò detto permangono in ogni caso gravi interrogativi e dubbi procedurali da parte dei medici palliativisti in simili casi quando, nel paziente lucido e determinato e soprattutto non in fase terminale, vi sono difficoltà valutative della sua sofferenza esistenziale, perché forte è la componente soggettiva, e anche quando, grazie alla terapia palliativa, si possono dominare le sofferenze fisiche, ma persistono tuttavia quelle gravemente psicologiche e pertanto è fatta richiesta di suicidio assistito o di eutanasia.

Sulla quarta condizione indicata dalla Consulta e cioè che deve trattarsi di paziente "pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli" è da dire che, se con tale affermazione appare evidente l'esclusione dei malati psichici (e anche dei minori), è da domandarsi però quanto la decisione del paziente è veramente "libera e consapevole", tenendo conto che trattandosi di pazienti affetti da gravi patologie, "fonte di sofferenze fisiche o psicologiche", sono persone afflitte certamente anche da ansia, angoscia, disperazione, dolore, ecc., condizioni che possono incidere nel maturare il convincimento di richiedere l'aiuto al suicidio. Così come fattori personali o esterni (senso di colpa per la dipendenza da altri, gravoso onere finanziario per le cure, assistenza di particolare impegno medico ed emotivo per la famiglia ecc.) possono rappresentare, come opportunamente sottolinea la sentenza, "situazioni gravide di pericoli di abuso nei confronti di soggetti in condizioni di vulnerabilità".

Il ragionamento della Corte in proposito è che, se la persona che chiede la sospensione di trattamenti vitali è considerata libera e consapevole di prendere quella decisione (vedi legge 219/2017), allo stesso modo è da ritenersi tale qualora decida "di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri"; ma osserviamo da parte nostra che l'incidenza di condizioni esterne nel determinare le gravi decisioni da prendere, possono essere presenti sia nell'uno che nell'altro caso.

Ma il problema principale, il vero punctum dolens, è certamente il terzo criterio indicato, cioè quello riguardante i "trattamenti di sostegno vitale", per i quali in genere s'intendono quei trattamenti attuati per gravi patologie e che, pur non attendendo alla guarigione della malattia, risultano indispensabili nel prolungare la vita, che diversamente è in pericolo.

Di solito si fa riferimento alla ventilazione meccanica, alla rianimazione cardiopolmonare, alla dialisi o anche alla nutrizione e idratazione artificiale (quest'ultima per esempio specificamente citata nella sentenza), cioè a quei trattamenti

2 iusinitinere.it/caso-cappato-la-sentenza-corte-costituzionale-242-del-2019-sulla-punibilita-dellaiuto-al-suicidio-ed-il-diritto-allautodeterminazione-terapeutica-25136 redazione January 17, 2020 A cura di Flaviana Cerquozzi, accesso 12.8.2021

3 Romano L., "Corte Costituzionale: sì al suicidio assistito ma a determinate condizioni. Nessun obbligo per i medici". <https://www.huffingtonpost.it/entry/>. 9.2.2020

4 Razzano G., Sulla relazione fra l'ordinanza 207/2018 della Corte costituzionale e il Parlamento. Dirittifondamentali.it Fascicolo 2/2019. Data di pubblicazione. 1 luglio 2019

5 Raccomandazioni della SICP ottobre 2007 sulla Sedazione terminale/sedazione Palliativa http://www.sicp.it/documenti_publici/documenti_sicp/Sedazione.pdf visitato il 25 agosto 2021. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa. Rivista Italiana di Cure Palliative 2008; n.1.

6 [European+Association+for+Palliative+Care+\(EAPC&rlz=1C1EODB_enIT592IT593&oq=European+Association+for+Palliative+Care+\(EAPC&aqs=chrome..69i57j014.4827j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://European+Association+for+Palliative+Care+(EAPC&rlz=1C1EODB_enIT592IT593&oq=European+Association+for+Palliative+Care+(EAPC&aqs=chrome..69i57j014.4827j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

che sostengono funzioni vitali dell'organismo che non è possibile espletare autonomamente. Ma il concetto in modo estensivo potrebbe includere anche il defibrillatore e pacemaker biventricolare in caso di disturbi del ritmo cardiaco, le trasfusioni di sangue, l'insulina, gli antibiotici in caso di infezioni gravissime, ecc.

A tal fine è interessante riportare quanto stabilito nel luglio 2020 dalla Corte d'Assise di Massa⁷, che in un caso simile a quello da cui è scaturita la sentenza della Consulta, ha assolto in primo grado gli imputati dal reato di agevolazione al suicidio di un paziente la cui vita non dipendeva da una "macchina" e pertanto per quanto riguarda i trattamenti di sostegno vitale ha sancito, come si legge nel dispositivo, che per essi "non significa necessariamente ed esclusivamente essere dipendenti da una macchina, ma deve intendersi anche qualsiasi tipo di trattamento sanitario, indipendentemente dal fatto che venga realizzato con terapie farmaceutiche o con l'ausilio di strumentazioni mediche. Compresi anche la nutrizione e l'idratazione artificiale".

Cioè a dire che anche i farmaci e finanche l'"assistenza" generica al malato da parte del caregiver e dei familiari, cioè anche il solo dipendere da un'altra persona per le necessità quotidiane, sono considerati equivalenti ai trattamenti di sostegno vitale.

Questa sentenza, tra l'altro confermata dalla corte d'Assise di Appello di Genova⁸ nell'aprile 2021, nella quale i giudici intervengono scrivendo che "legittima era l'aspirazione alla conclusione della vita, lecito dunque era il suicidio assistito", è di particolare importanza sia perché è la prima in ordine temporale dopo la sentenza della Consulta, e quindi certamente crea un precedente, sia perché ha un significato interpretativo dei trattamenti sanitari riconoscendo per via "analogica" che anche i farmaci e l'assistenza al malato hanno "significato vitale".

Pertanto riteniamo che, tra i tanti aspetti, sarà delicato il compito del legislatore nel definire e/o delimitare i trattamenti di "sostegno vitale" perché, se considerati astrattamente o in modo genericamente estensivo, sarebbe in effetti svuotato il criterio della dipendenza da essi e in definitiva insussistente.

Interessante appare inoltre il rimando della Consulta al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua, giusto gli artt. 1 e 2 della legge 219/2017.

Il richiamo al consenso potrebbe riferirsi alla revoca da parte del paziente ai sostegni vitali che precede l'aiuto materiale al suicidio; mentre il rimando alle cure palliative significa, cosa molto importante e positiva, che esse innanzitutto diventano con questa sentenza un diritto del paziente a riceverle e un dovere dello SSN, e quindi un impegno dello Stato, a darne concreta attuazione e imprescindibili in un percorso di cure e soprattutto propedeutiche rispetto alla richiesta suicidaria.

Se ciò non fosse, i giudici evidenziano che "si cadrebbe, altrimenti, nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative"⁹.

3. La verifica delle condizioni richieste.

La sentenza subordina la non punibilità "alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente".

Evidente è la preoccupazione della Corte, continuamente espressa nella sentenza, della tutela delle persone fragili attraverso interventi ex ante del medico "tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze", demandando la "medicalizzazione" della procedura alle strutture pubbliche del SSN; e ciò farebbe ritenere che non è prevista la partecipazione di organizzazioni o servizi privati all'uopo deputati.

Rimane invece a nostro parere al legislatore il compito, non certo semplice, di determinare da chi, dove e come possono essere espletate non solo le verifiche delle condizioni dell'ammalato ma soprattutto le modalità di esecuzione: da parte del medico o di una equipe medica, di una commissione, ecc.? Dove si debba svolgere la procedura? A domicilio del paziente? In ospedale? In hospice? In altre strutture pubbliche da individuare? (tenuto conto che ciascuna di queste sedi solleva problematiche, logistiche, organizzative e di opportunità, molto diverse).

Appare anche problematico il riferimento al parere del comitato etico territorialmente competente per dar corso alla volontà del paziente.

Se da un lato si plaude all'affermazione di un ruolo importante e di una valorizzazione (finalmente) dell'attività e delle prerogative dei Comitati etici territoriali, "investiti di funzioni consultive" come riconosce la Corte, nel fornire il parere alla richiesta del paziente al suicidio assistito, dall'altro si deve notare che allo stato la precipua competenza di questi organismi si esplica in particolare riguardo alle "sperimentazioni cliniche dei medicinali e ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo"¹⁰. Nonostante essi "possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona"¹¹, è da sottolineare che l'etica clinica al letto dell'ammalato e di consulenza nella prassi assistenziale non è stata promossa adeguatamente, come da anni auspicato a livello internazionale (American Society for Bioethics and Humanities) e in Italia dal "Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario" come rappresentato nel "Documento di Trento" del 2013.

7 Corte d'Assise di Massa. Sentenza N. 994/17 del 27/7/2020

8 Corte di Assise di Appello di Genova. Sentenza n. 1/2021 del 28/4/2021

9 Corte Costituzionale. Sentenza N. 242/2019

10 Legge 8 novembre 2012 n. 189 art. 12, comma 10, lettera c

11 Decreto Ministero della Salute 8 febbraio 2013 art. 1

4. *Dignità del vivere e del morire.*

In alcuni specifici passaggi della sentenza, anche confrontati con l'ordinanza 207/2018, sembra di notare un'attenuazione della supposta relazione tra personale visione di dignità del morire e rapidità dell'atto stesso che conduce alla morte, come si evidenziava nel caso giudiziario da cui è nata la sentenza.

Sembrerebbe che non venga richiamata più con evidenza tale coincidenza, peraltro indebita, e pertanto rimane che la dignità della morte, da assicurare a tutti, ha una sua valenza oggettiva che prescinde dalla modalità (rapida) richiesta dal paziente nel processo del morire.

È comunque da dire che le due recenti sentenze della magistratura ordinaria sopra citate fanno riferimento comunque al fatto che “la vita intesa come bene sociale, va coniugato col diritto ad una vita dignitosa”, che evidentemente si ritiene non essere più tale “a fronte di una malattia che abbia esito certamente infausto, a conclusione di un percorso altrettanto certo di dolore acutissimo e senza fine”¹².

5. *Nuovo “diritto” soggettivo? Obiezione di coscienza del medico? Modifica del codice deontologico?*

Una questione di estrema rilevanza che si rinviene nella sentenza, anche con una certa equivocità come si dirà in appresso e sulla quale dovrà decidere il legislatore, è come il suicidio medicalmente assistito deve essere inteso come nuovo “diritto” soggettivo, mettendo mano ad una legge in proposito. Questo perché, scrivono i giudici, “la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati *senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici* (il corsivo è nostro). Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”; cioè a dire che il reato viene depenalizzato in quella specifica parte dell'art. 580 ma il medico non ha il dovere di acconsentire alla richiesta del paziente.

Interessante a tale proposito riportare una recente sentenza del Tribunale di Ancona¹³ del 9 giugno 2021 che, applicando i principi della sentenza della Consulta, ha riconosciuto per la prima volta ad un paziente tetraplegico, il “diritto all'accertamento” delle condizioni previste da parte dell'ASL di appartenenza, la quale è stata anche obbligata a verificare se le modalità, la metodica e il farmaco prescelto dal paziente stesso (tiopentone sodico nella quantità di 20 mg) siano idonei per pervenire a “una morte più rapida, indolore e dignitosa possibile”, senza che venga poi incriminato chi presti l'aiuto al suicidio.

Sottile appare la specificazione dell'ordinanza sopra ricordata che, proprio alla luce della sentenza 249/2019, ammette che non c'è, in assenza di una legge, un diritto soggettivo al suicidio medicalizzato e il corrispondente ob-

bligo del medico alla somministrazione del farmaco letale; tuttavia riconosce al paziente il diritto alla verifica della sua condizione e se conforme alle prescrizioni della Consulta, di procedere al suicidio.

Altro tema di estrema importanza, collegato a quanto appena detto, è l'obiezione di coscienza e il suo riconoscimento in un legge.

A tale riguardo sembra non esplicativo e chiarificatore quanto si rileva nella sentenza laddove non crea alcun obbligo di procedere in capo ai medici, essendo affidata alla “coscienza” del singolo medico se prestarsi o no alla volontà suicidaria del paziente.

Quindi, se una legge non obbliga il medico (tra l'altro l'unica figura che la Consulta individua non perseguibile penalmente nell'aiuto) come potrebbe “in coscienza” esimersi se non sollevando obiezione? Come allora potrebbe il paziente esercitare il suo diritto o quanto meno la sua facoltà o la sua opzione?

Ma se invero non c'è obbligo in capo al medico, allora chi è obbligato a dar corso alla procedura? Verosimilmente il SSN attraverso l'ASL di appartenenza, con specifica organizzazione a tal fine, ma in ogni caso con personale medico e di assistenza evidentemente non obiettore.

Differentemente per esempio dalla legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate”, nella quale peraltro non è prevista l'obiezione di coscienza, almeno in modo esplicito, laddove all'art. 1, comma 6, è prescritto che “*il medico è tenuto a rispettare* (il corsivo è nostro) la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale”.

Nell'ambiguità dell'indicazione della Consulta e considerato la delicatezza del tema e per evitare interpretazioni variegata sulla questione e possibili futuri contenziosi, è lecito prevedere nella futura legge specifica obiezione di coscienza del medico e del personale di assistenza e legittimarla giuridicamente in modo che essi non siano sottoposti a sanzione.

Come già evidenziammo in un'altra riflessione, sosteniamo che il codice deontologico ed in particolare l'art. 17¹⁴ non debba essere modificato, pur dopo la sentenza e in presenza di una legge che ammetta il suicidio medicalmente assistito.

In questa direzione è quanto il Consiglio nazionale della FNOMCeO il 6 febbraio 2020 ha approvato all'unanimità negli indirizzi applicativi dell'art. 17, adeguandosi alla sentenza, per cui “non sarà punibile dal punto di vista disciplinare, dopo attenta valutazione del singolo caso, il medico che liberamente sceglie di agevolare il suicidio, ove ricorrano le condizioni poste dalla Corte Costituzionale”.

In tal modo, immutato il Codice Deontologico dei Medici, nel quale rimarrebbe il divieto di procurare o favorire la morte come sancito dall'art. 17, norma di carattere generale

12 Corte d'Assise di Massa. Sentenza N. 994/17 del 27/7/2020

13 Tribunale di Ancona - Ordinanza 9 giugno 2021: imposta all'azienda sanitaria la verifica dei presupposti per l'aiuto al suicidio

14 Codice Deontologico dei Medici, 2014. Art. 17 – Atti finalizzati a provocare la morte. Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

e universale che non prevede, né può prevedere eccezioni, si avrebbe che il medico che sceglie di prestarsi a “esaudire la richiesta del malato”¹⁵ all’aiuto al suicidio non sarebbe perseguibile dalla legge nel caso specifico.

Potrebbe crearsi allora un conflitto tra il codice deontologico che vieta e una legge che permette l’aiuto al suicidio da parte del medico? Pensiamo di no. La non punibilità dal punto di vista penale del medico può comunque comportare per questi l’apertura di un procedimento disciplinare? Certamente sì.

Premesso che tutti i cittadini e quindi anche i medici, sono soggetti alle leggi e al potere giudiziario, anch’essi, però, oltre a dover rispondere delle loro azioni sia in sede penale che civile, sono anche tenuti a rispondere dei loro comportamenti davanti all’Ordine di appartenenza.

Nel caso del suicidio medicalizzato, dopo l’intervento della FNOMCeO si prospetta quindi la non sanzionabilità del medico “che liberamente sceglie di agevolare il suicidio”, con archiviazione del caso da parte dell’Ordine, ma “dopo attenta valutazione del singolo caso... ove ricorrano le condizioni poste dalla Corte Costituzionale”.

Ciò detto, alla luce di questa problematica si potrebbe invece aprire un dibattito sulla reale autonomia della professione medica, sul rapporto e le dinamiche tra codice deontologico, diritto e legislazione statale, sull’incidenza e l’efficacia giuridica del codice con la normativa statale, sull’inserimento del codice nella pluralità degli ordinamenti giuridici, ecc.

6. *Modificare la legge 219/2017?*

A nostro giudizio, come del resto pure enunciato dal parere del CNB del 18 luglio 2019 sull’argomento, non sembra condivisibile l’indicazione dei giudici della Consulta che ritengono che il suicidio medicalizzato dovrebbe far parte della legge 219/2017.

La filosofia di quella legge non prevede l’aiuto al suicidio né tantomeno l’eutanasia come già dicemmo in altra riflessione “il diritto di morire” non si esplicita nella presente legge come non c’è nel nostro ordinamento ma piuttosto c’è un ‘diritto di lasciarsi morire’, diritto molto più limitato e già previsto dal secondo comma dell’art. 32 della Costituzione. In altre parole dalla libertà di rifiutare le cure e dalla libertà di morire con dignità (ammesse dal diritto e dalla deontologia) non ne consegue un diritto di morire, soprattutto se per mano altrui o per dirla in termini giuridici “*manu alius*” – segnatamente il medico – (non consentito dal codice deontologico oltre che dalla morale e finora anche dalla legislazione”).

CONCLUSIONI

Certamente la sentenza 242/2019 può essere considerata inedita e addirittura, secondo molti giuristi, storica per il contenuto (non si è pervenuti soltanto ad una mera valutazione interpretativa dell’aiuto al suicidio come stabilito dall’art. 580 c.p.) e per le modalità del pronunciamento, la cui analisi attiene agli studiosi del diritto e ai costituzionalisti e che certamente non ci compete.

Dal punto di vista bioetico invece possiamo osservare che tutto l’impianto e la filosofia della sentenza in certi passaggi, per la verità contraddittori (da un lato “l’incriminazione dell’aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione: essa si giustifica, infatti, in un’ottica di tutela del diritto alla vita”, dall’altro “la legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte”), poggia in estrema sintesi su una questione di grande rilevanza, che è la seguente: la sentenza sancendo il diritto all’autodeterminazione considera, solo le conseguenze delle scelte del fine vita, a nostro giudizio impropriamente, che non sembrerebbero presentare differenze, quando invece il rifiuto/rinuncia da parte del paziente a una terapia anche salva-vita è altra cosa rispetto all’agire diretto del medico.

E così anche la responsabilità morale di quest’ultimo è diversa: un conto è permettere che una condizione di malattia già in atto vada verso il suo epilogo, altra cosa è intervenire creando di fatto l’evento morte o detta in altro modo tra “il lasciarsi morire” da parte del paziente e “l’uccidere” da parte del medico.

Da una considerazione oggettiva e fattuale e soprattutto dalla prospettiva del medico siamo del parere che trattasi di atti del fine vita eticamente e deontologicamente diversi. È un errore di prospettiva non riconoscere questa differenza.

Tra l’altro pur riconoscendo che la sentenza della Corte non legittima una generalizzata richiesta di aiuto al suicidio, ma essa è limitata a determinati casi con una verifica ed un controllo delle modalità *ex ante*, bisogna anche ammettere che comunque s’è determinata la possibilità di un’apertura futura ad un atto eutanasi vero e proprio, giacché l’intenzione, cioè lo scopo perseguito nell’azione, peculiarità giuridica e morale di ogni atto nei due procedimenti (aiuto al suicidio/eutanasia), anche se diversificati nelle modalità attuative, è però la stessa, cioè portare a morte il paziente.

Risulta indispensabile l’intervento del legislatore sia per ottemperare a quanto previsto dalla sentenza dalla Corte Costituzionale, sia per evitare che intervenga la magistratura ordinaria su ogni singolo caso, con sentenze definite “creative”, cioè con interpretazioni magari diversificate su principi costituzionali, fino a determinare decisioni giuridiche discrezionali, al fine di evitare la deriva della giurisdizione verso l’instabilità del diritto cosiddetto ‘liquido’¹⁶ soprattutto in un’epoca contrassegnata da grandi questioni etiche, bioetiche e biopolitiche.

Pertanto se da un lato al legislatore e alla classe politica, in un compito non certo facile, tocca legiferare in una materia e in un ambito così delicato, auspicando che ciò avvenga con massima saggezza ed equilibrio, dall’altra riteniamo che l’intera problematica del fine vita con tutti i suoi aspetti deontologici, giuridici e ed etici possa rappresentare certamente un’opportunità, forse una sfida per la classe medica

15 Corte Costituzionale. Sentenza N. 242/2019

16 Quiroz Vitale M. A. Il diritto liquido. Decisioni giuridiche tra regole e discrezionalità. Giuffrè Editore, 2012

italiana per un rinnovato e mirabile impegno professionale, scientifico ed umano nella lotta quotidiana contro la malattia e la sofferenza e per la difesa della vita.

BIBLIOGRAFIA

1. American Society for Bioethics and Humanities: Core competencies for Healthcare Ethics Consultation. 2a ed., 2011
2. BATTIMELLI G.: L'obiezione di coscienza e il nuovo Codice deontologico dei medici. *Medicina e Morale*, 2014; 6: 1047-1055
3. BATTIMELLI G.: Suicidio assistito. Il codice deontologico dei medici non dovrebbe essere modificato. in studi e analisi-quotidiano online di informazione sanitaria. *Quotidianosanità.it*, 5 dicembre 2019
4. BATTIMELLI G.: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (Legge n. 219 del 22 dicembre 2017). Un commento critico. *Orizzonte Medico*, 2018; 4: 16
5. CORTE COSTITUZIONALE. Sentenza N. 242/2019 <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242> del 25 settembre 2019. Depositata Il 22 novembre 2019 (relatore Franco Modugno). Accesso 1.9.2021
6. CORTE COSTITUZIONALE. Ordinanza N. 297/2018 <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=207>. Accesso 1.9.2021
7. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB): Parere Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito. 18 luglio 2019
8. DEFANTI C.A.: I trattamenti di sostegno vitale. In *Trattato di Biodiritto*, diretto da Stefano Rodotà e Paolo Zatti - I diritti in medicina. A cura di Leonardo Lenti, Elisabetta Palermo Fabris, Paolo Zatti. Giuffrè Editore, 2011
9. DOCUMENTO di TRENTO: La consulenza etica in ambito sanitario in Italia. Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario (Approvato dal gruppo il 10 ottobre 2013). http://www.dbsm.uninsubria.it/dbsv/wp-content/uploads/2016/07/CREC_TrentoDocIT.pdf. Accesso 2.9.2021
10. FNOMCeO: Codice Deontologia Medica. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/2014.pdf>. Accesso del 7.8.2021
11. LEGGE 22 dicembre 2017 n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.
12. MARIN F.: Bioetica di fine vita. La distinzione tra uccidere e lasciar morire. *Orthotes*, 2017
13. MINISTERO DELLA SALUTE: Decreto 8 febbraio 2013. Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* 24 aprile 2013, n. 96
14. MUZZETTO P.: Report Parere della Consulta Deontologica Nazionale sul suicidio assistito. FNOMCeO, Decisioni del Comitato Centrale, Roma 14 marzo 2019
15. NICOLUSSI A.: Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito. *Giurisprudenza italiana. Corti supreme e salute* 2019; 2
16. SGRECCIA E.: Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica. Volume 1. Vita & Pensiero, Milano, 2007
17. SPAGNOLO A.G.: Decisione Fnomceo non altera spirito Codice deontologico. SIR Agenzia d'Informazione, 11 febbraio 2020

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Giuseppe Battimelli
 e-mail: battimelligiuseppe@libero.it



Vol. XLII

Anno 2021

INDICI

Rivista bimestrale del
Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica" - Salerno

Indice dei Contenuti

| | | |
|---|----------------------------------|---------------|
| Volume XLII | Gennaio - Aprile 2021 | n. 1/2 |
| L'importanza della nutrizione nel paziente oncologico | | |
| <i>Turrà Valeria, Scavo Alessandra, Piccirillo Ariana</i> | | pag. 1 |
| La donazione di organi e le diverse condizioni di fine vita: un problema aperto | | |
| <i>Battimelli Giuseppe</i> | | pag. 5 |
| Il Covid-19 ha modificato le strategie terapeutiche? Aggiornamenti Terapeutici in Oncologia | | |
| <i>Savastano Clementina</i> | | pag. 11 |
| Trattamento antalgico di elettromodulazione transcutanea. Sistema AVATAR®: esperienza osservazionale | | |
| <i>Rispoli Anna Iolanda, De Divitiis Chiara, D'Amato Sabina, Fusciello Celeste, Gammaldi Renato, Lombardi Fortuna, Vicinanza Veronica, Savastano Clementina</i> | | pag. 13 |
| Volume XLII | Maggio - Agosto 2021 | n. 3/4 |
| Nuove formulazioni di corticosteroidi orali: un aggiornamento dell'esperienza nei tumori del tratto gastro-enterico all'Istituto Tumori di Napoli | | |
| <i>Ottiano Alessandro, Santorsola Mariachiara</i> | | pag. 13 |
| Introduzione all'arte di viaggiare in salute. 101 perché ai quali saper rispondere (prima di partite) | | |
| <i>Tomasi Alberto</i> | | pag. 16 |
| Use of Varcodes® as supportive therapy in adjuvant stereotactic radiation therapy: institutional experience | | |
| <i>Giugliano Francesca Maria, Nardone Valerio, Gaetano Marcella, Calvanese Maria Grazia, D'Onofrio Ida, Di Biase Angela, Di Stasio Fabio, Giordano Carolina, Mormile Maria, Cozzolino Mariella, Frallicciardi Paola, Guida Cesare</i> | | pag. 17 |
| I rimedi per l'epilessia in Naturali Historia di Plinio | | |
| Prima parte: I Vegetali | | |
| <i>Tagarelli Antonio, La Rosa Daniel, Piro Anna</i> | | pag. 20 |
| Linee guida e responsabilità medica nell'emergenza da Covid-19 | | |
| <i>Battimelli Giuseppe</i> | | pag. 25 |
| Federazione CIMO-FESMED | | |
| Lettera al Ministro per il Sud e la Coesione Territoriale | | |
| <i>Quici Guido</i> | | pag. 31 |
| Volume XLII | Settembre - Dicembre 2021 | n. 5/6 |
| L'impiego dei corticosteroidi nelle patologie polmonari: molteplici formulazioni a disposizione del clinico | | |
| <i>Aronne Luigi, Boccia Matilde, Aronne Domenico</i> | | pag. 33 |
| Giuro di non dimenticare | | |
| Storie di medici ai tempi del Covid | | |
| <i>AA.VV. a cura di CIMO LAB</i> | | pag. 38 |
| I rimedi per l'epilessia in Naturalis Historia di Plinio | | |
| Seconda parte: Gli Animali. I Minerali | | |
| <i>Tagarelli Antonio, La Rosa Daniel, Piro Anna</i> | | pag. 39 |
| "The Milestones" in Oncologia 2021 | | |
| <i>Strazzullo Salvatore</i> | | pag. 43 |
| Il suicidio medicalmente assistito. | | |
| Una riflessione su alcune questioni che rimangono aperte dopo la sentenza della Consulta e in attesa di una legge | | |
| <i>Battimelli Giuseppe</i> | | pag. 47 |

Indice degli Autori

| A | | M | |
|---------------------------|-----------|------------------------|--------|
| Aronne Domenico | 33 | Mormile Maria | 17 |
| Aronne Luigi | 33 | | |
| B | | N | |
| Battimelli Giuseppe | 5, 25, 47 | Nardone Valerio | 17 |
| Boccia Matilde | 33 | | |
| C | | O | |
| Calvanese Maria Grazia | 17 | Ottaiano Alessandro | 13 |
| CIMO Lab | 38 | | |
| Cozzolino Mariella | 17 | | |
| D | | P | |
| D'Amato Sabina | 13 | Piccirillo Arianna | 1 |
| D'Onofrio Ida | 17 | Piro Anna | 20, 39 |
| De Divitiis Chiara | 13 | | |
| Di Biase Angela | 17 | | |
| Di Stasio Fabio | 17 | | |
| F | | Q | |
| Fralicciardi Paola | 17 | Quici Guido | 31 |
| Fusciello Celeste | 13 | | |
| G | | R | |
| Gaetano Marcella | 17 | Rispoli Anna Iolanda | 13 |
| Gammaldi Renato | 13 | | |
| Giordano Carolina | 17 | | |
| Giugliano Francesca Maria | 17 | | |
| Guida Cesare | 17 | | |
| L | | S | |
| La Rosa Daniel | 20, 39 | Santorsola Mariachiara | 13 |
| Lombardi Fortuna | 13 | Savastano Clementina | 11, 13 |
| | | Scavo Alessandra | 1 |
| | | Strazzulo Salvatore | 45 |
| | | | |
| | | T | |
| | | Tagarelli Antonio | 20, 39 |
| | | Tomasi Alberto | 16 |
| | | Turrà Valeria | 1 |
| | | V | |
| | | Vicinanza Veronica | 13 |

Parole Chiave

| | | | |
|--|------------|---------------------------------------|--------|
| A | | Metastasi cerebrali | 17 |
| Avatar | 13 | -- ossee e viscerali, dolore da | 13 |
| Metastasi ossee | | Mineralogia medica | 39 |
| B | | N | |
| Botanica | 20 | Naturalis Historia di Plinio | 20, 39 |
| Buone pratiche | 25 | Neoplase dell'apparato uro-genitale | 45 |
| C | | O | |
| Cancro | 1, 13 | Oncologia | 11 |
| Carcinoma della mammella | 45 | -- The Milestones | 45 |
| Carcinoma polmonare | 45 | Organi, donazioni di | 5 |
| Codice Deontologico dei Medici | 47 | P | |
| Corte Costituzionale, sentenza | 47 | Plinio, Naturalis Historia | 20, 39 |
| Corticosteriodi | 33 | Pneumologia | 33 |
| Covid-19, emergenza | 25 | Polmonare, carcinoma | 45 |
| -- , storie di medici ai tempi del | 38 | Polmonite da SARS CoV-2 | 33 |
| Cuore battente, donazione a | 5 | Prevenzione | 16 |
| Cuore in asistolia, donazione a | 5 | Progetti per ripartire | 31 |
| D | | Q | |
| Desametasone | 13, 17, 33 | Qualità di vita | 17 |
| Disposizioni anticipate di trattamento | 5 | R | |
| Dolore da metastasi ossee e viscerali | 13 | Raccomandazioni | 25 |
| Dolore neuropatico cronico | 13 | Responsabilità medica | 25 |
| Donazione a cuore battente | 5 | Radioterapia stereotassica frazionata | 17 |
| -- a cuore in asistolia | 5 | Rimedi popolari per l'Epilessia | 20, 39 |
| -- di organi | 5 | S | |
| E | | SAES CoV-2, polmonite da | 33 |
| Elettroanalgesia | 13 | Salute | 31 |
| Elettromodulazione transcutanea | 13 | Scopo e natura della Medicina | 47 |
| Emergenza da Covid-19 | 25 | Sentenza della Corte Costituzionale | 47 |
| Epilessia, rimedi popolari | 20, 39 | Stato nutrizionale | 1 |
| Eutanasia | 5 | Storie di medici ai tempi del Covid | 38 |
| F | | Sud | 31 |
| Filiera strategica | 31 | Suicidio assistito | 5 |
| Formulazioni orali | 33 | -- medicalmente assistito | 47 |
| G | | T | |
| Glucocorticoidi | 13 | Terapia antalgica | 13 |
| I | | Terapia di supporto | 13 |
| Imperizia | 25 | -- e tossicità | 45 |
| L | | The Milestones in Oncologia | 45 |
| Linee guida | 25 | Tossicità, terapia di supporto e | 45 |
| M | | Trapianto di organi | 5 |
| Malnutrizione | 1 | Trattamento, disposizioni anticipate | 5 |
| Mammella, carcinoma della | 45 | U | |
| Medicina preventiva | 16 | Uro-genitale, neoplasie | 45 |
| | | Z | |
| | | Zoologia medica | 39 |

NOVITÀ



Epionpharma informa che è già in commercio

VARCODES - Desametasone

compresse effervescenti

VARCODES®

VARCODES 2mg

30 compresse - € 11,22

VARCODES 4mg

30 compresse - € 22,45

VARCODES 8mg

30 compresse - € 44,89

SSN - CLASSE A - RR

 **EpiOnpharma**
Impegnata per una ricerca sostenibile

Epionpharma srl
Via A. Doria 36,
95025 Aci Sant'Antonio
(Catania)

www.epionpharma.com
info@epionpharma.com