

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVI * NUMERO 3 * MAGGIO/GIUGNO 2015

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



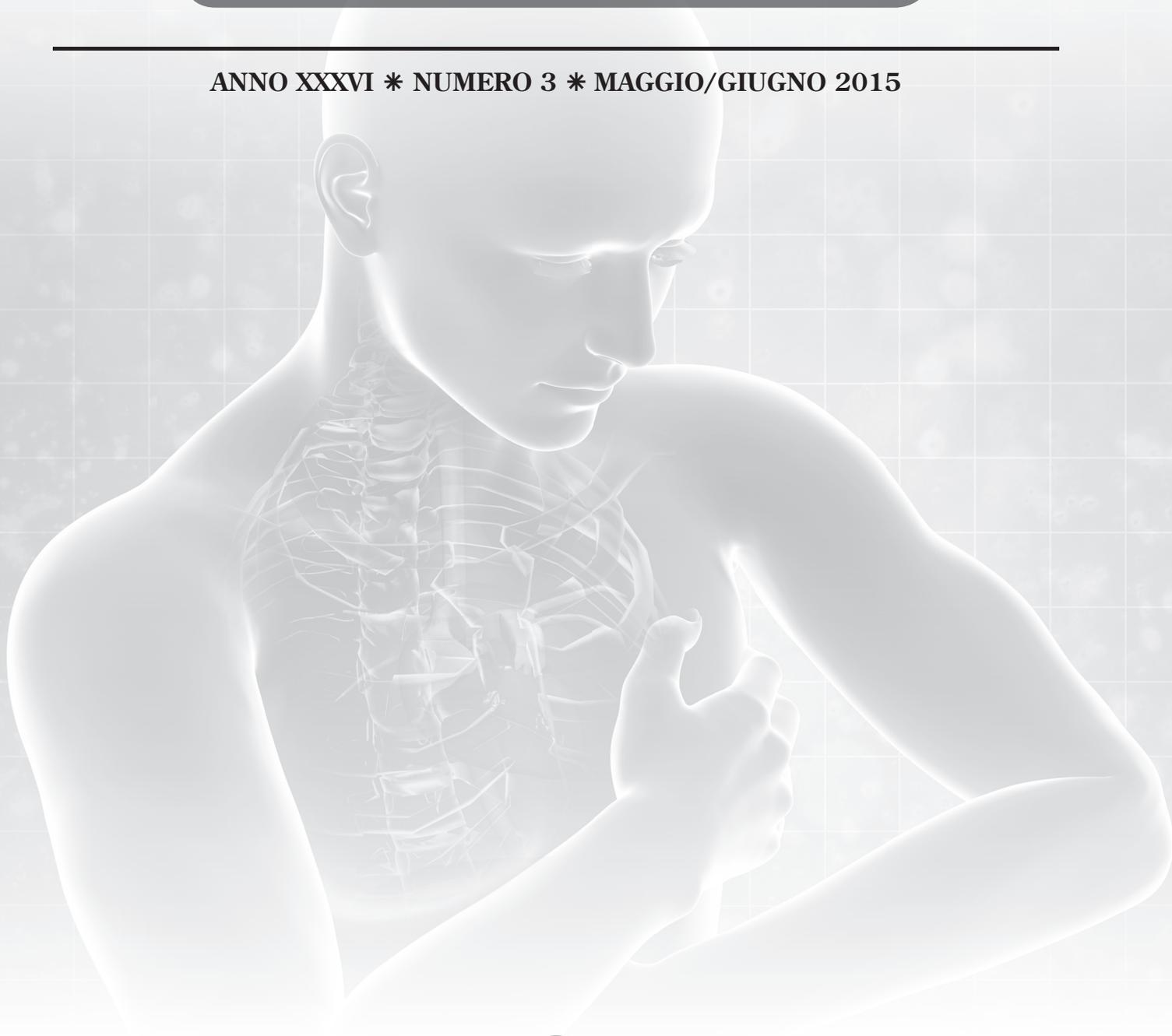
HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XXXVI * NUMERO 3 * MAGGIO/GIUGNO 2015



Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

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

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

intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D'Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

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

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

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

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

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

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

Finito di stampare nel mese di Novembre 2015.





SOMMARIO

Editoriale		IV
<i>Domenico Serino</i>		
Approccio clinico e terapeutico ai disturbi del sonno in età pediatrica	Pag.	41
Libri Ricevuti	pag.	44
<i>Giuseppe Battimelli</i>		
La cura del malato tra scienza, etica ed economia	Pag.	45
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i>		
La sifilide neurologica in alcune opere letterarie tra Ottocento e Novecento	pag.	47
<i>Nicola Provenza, Franca Grosso</i>		
Fare il medico: le ragioni di una scelta	pag.	50



Editoriale

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

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Approccio clinico e terapeutico ai disturbi del sonno in età pediatrica

Domenico Serino

Parole chiave: Disturbi del sonno, pediatria, parasonnie.

Key Words: Sleep disorders, paediatrician, parasomnias.

Ricevuto in Redazione il 4 settembre 2015

RIASSUNTO

I disturbi del sonno in età pediatrica rappresentano un'entità nosografica caratterizzata da un notevole peso in termini di morbilità e prevalenza. L'approccio clinico e terapeutico a questi disturbi è tuttavia spesso inficiato dalla scarsa conoscenza, nell'ambito del setting di cura primario, sia della loro presentazione clinica che delle possibilità di intervento. Questo lavoro si propone di illustrare in modo sintetico le caratteristiche cliniche salienti dei più frequenti disturbi del sonno in età pediatrica, nonché gli approcci terapeutici sinora contemplati dalla letteratura scientifica.

SUMMARY

Sleep disorders in childhood and adolescence represent a clinical entity with great significance in terms of both morbidity and prevalence. Nevertheless, the clinical and therapeutic approach towards such disorders in primary care settings, is often compromised by insufficient knowledge of their clinical presentation and possible intervention techniques. Aim of this work is to briefly characterize the most important clinical elements of the more frequent pediatric sleep disorders, also illustrating therapeutic approaches discussed in current literature.

INTRODUZIONE

Nonostante il notevole peso in termini di morbilità e prevalenza, i disturbi del sonno in età pediatrica rientrano in una categoria nosologica spesso poco conosciuta e gestita con difficoltà nel contesto di cura primaria. Scopo di questo lavoro è illustrare sinteticamente le principali cause di disturbo del sonno in età evolutiva e fornire alcuni elementi concernenti l'approccio terapeutico.

IL SONNO FISILOGICO IN ETÀ EVOLUTIVA

Il pattern del sonno si modifica in modo molto rilevante durante i primi anni di vita e si sviluppa parallelamente alla maturazione e allo sviluppo fisico. Il periodo neonatale è caratterizzato da un pattern di sonno frammentario che alterna momenti di sonno e di veglia della durata approssimativa di circa 3 ore. Il pattern circadiano caratterizzato da momenti di veglia di maggiore durata, periodi continuativi di sonno notturno e brevi pisolini mattutini e pomeridiani compare attorno ai 6-7 mesi di età. Il fabbisogno giornaliero di sonno diminuisce gradualmente passando dalle 18 ore

dei primi 2 mesi di vita alle 10-12 ore dei primi 5 anni, le 9-11 ore dell'età adolescenziale fino alle 8 ore dell'età adulta. Un'alterazione degli schemi descritti porta a una sintomatologia clinica diversa da quanto comunemente riscontrato nell'adulto, caratterizzata più che da sonnolenza diurna, da irritabilità, problemi comportamentali e difficoltà di apprendimento.

APNEA OSTRUTTIVA NEL SONNO (OSA)

L'OSA è caratterizzata dalla presenza di ostruzione cronica delle vie aeree superiori che interferisce con il normale pattern del sonno e del respiro¹. L'OSA può essere associato a obesità, ma in età pediatrica è più frequentemente da correlarsi a ipertrofia tonsillare e/o adenoidea². L'esordio in genere avviene fra i 2 e gli 8 anni di età, durante il picco di crescita tonsillare, ma può presentarsi in qualsiasi momento. La sintomatologia clinica più comune è rappresentata da russamento e apnee notturne. Altri sintomi frequenti includono l'assunzione di posizioni inabituale durante il sonno, respiro paradossale nel sonno, diaforesi o enuresi notturna, cefalea mattutina e sonnolenza diurna. L'obiettività clinica non è significativa e spesso non correla né qualitativamente né quantitativamente con il quadro clinico. Tuttavia è possibile riscontrare adenomegalia tonsillare, micrognatia e pectus excavatum. L'indagine diagnostica d'elezione in caso di sospetta OSA è la polisonnografia, mentre il trattamento di prima scelta consiste nell'adenotonsillectomia. La dietoterapia può essere di ulteriore beneficio nei bambini affetti da obesità.

PARASONNIE

Le parasonnie sono esperienze o attivazioni motorie indesiderate che possono avvenire sia in sonno che nelle fasi di addormentamento e risveglio e che coinvolgono il 50% dei bambini¹. Il meccanismo patogenetico è correlato ad un disturbato passaggio da una fase del sonno ad un'altra o dal sonno alla veglia e viceversa¹. Periodi intensi da un punto di vista fisico o emotivo, nonché l'insorgenza di sintomatologia febbrile, possono intensificare la comparsa di tali fenomeni. Le parasonnie sono caratterizzate da automatismi motori complessi che appaiono finalizzati ma che in realtà risultano decontestualizzati rispetto all'ambiente. Si associano a confusione, difficoltà di risveglio, amnesia e rapido

riaddormentamento al termine dell'evento. Con l'eccezione degli incubi notturni che avvengono durante il sonno REM, le parasonnie sono tipiche delle fasi NREM, in particolare la S3, e tendono quindi a comparire a circa 90 minuti dall'addormentamento.

Il *sonnambulismo* ha una prevalenza del 17% in età pediatrica ed un picco di incidenza fra gli 8 ed i 12 anni di età. La familiarità gioca un ruolo importante nella possibilità di insorgenza. E' caratterizzato da deambulazione durante il sonno, difficoltà di risveglio durante l'episodio, apertura degli occhi, agitazione psicomotoria, agiti inusuali o pericolosi e rapido riaddormentamento. I *risvegli confusionali* presentano anch'essi una importante familiarità ed una prevalenza che si aggira attorno al 17%. L'età di incidenza è fra i 3 ed i 13 anni (raramente oltre i 15 anni). La sintomatologia clinica è caratterizzata da comportamento inappropriato, risposta rallentata agli stimoli, eloquio impastato e confusione al risveglio.

Il *pavor nocturnus* è più tipico della prima infanzia, con una prevalenza che varia dall'1 al 6,5%. Durante l'episodio, il bambino prova una intensa sensazione di paura ed è difficilmente risvegliabile. Come tutte le parasonnie della fase NREM, al risveglio non ne rimane memoria. Spesso è caratterizzato da un *continuum* con gli altri tipi di parasonnia.

Gli *incubi notturni* invece, che come già detto sono tipici del sonno REM, esordiscono fra i 3 ed i 6 anni di età, con un picco di prevalenza fra i 6 ed i 10 anni. La presenza di sogni spiacevoli si accompagna ad una attivazione del sistema nervoso simpatico e conseguente riluttanza al riaddormentamento. Compaiono durante fasi più tardive del sonno, con chiaro ricordo dell'evento. Possono essere associati a disturbi dell'umore o a disturbo post-traumatico da stress.

TRATTAMENTO

Trattandosi di fenomeni benigni e transitori, rassicurare i genitori sulla natura degli eventi e consigliare di far dormire il bambino più a lungo, risulta in genere sufficiente³. E' bene, inoltre, esplicitare che l'interazione ed i tentativi di risveglio in corso di parasonnia delle fasi NREM, tendono spesso a prolungare l'evento invece di terminarlo. In caso di agiti pericolosi per il bambino, è bene predisporre in sicurezza l'ambiente in cui dorme. In caso di sonnambulismo, soprattutto in età adolescenziale, può talora essere utile valutare l'eventuale presenza di fattori scatenanti quali privazione ipnica, OSA, reflusso gastro-esofageo, stress acuto, assunzione di farmaci o abuso di sostanze stupefacenti. La terapia farmacologica, ad esempio con benzodiazepine, non è al momento supportata dalla letteratura scientifica³.

PARASONNIE E CRISI EPILETTICHE

La diagnosi differenziale fra parasonnie e crisi epilettiche è stata ampiamente discussa in letteratura, ma può risultare impegnativa anche per l'epilettologo esperto. Di seguito vengono elencati alcuni elementi anamnestici che possono orientare verso l'uno o l'altro disturbo:

- **Frequenza:** mentre le parasonnie compaiono in genere una volta per notte e non tutte le notti, le crisi epilettiche sono tendenzialmente pluriepisodiche.
- **Stereotipia:** le crisi epilettiche appaiono molto stereotipate. Le parasonnie al contrario, sono molto ricche ed articolate, caratterizzate da automatismi gestuali complessi o da comportamenti bizzarri con scarsa sovrapposibilità fra un episodio e l'altro.
- **Insorgenza:** molte delle crisi morfeiche più comuni si presentano al risveglio ed all'addormentamento, mentre le parasonnie (con l'eccezione degli incubi) si manifestano dopo circa 1-2 ore dall'addormentamento.

Questi elementi permettono una grossolana discriminazione fra i due fenomeni, tuttavia esistono numerose eccezioni a quanto elencato. Nei casi in cui il raccordo anamnestico lasci spazio a dei dubbi oppure in cui esistano fattori di rischio per epilessia (familiarità, sofferenza alla nascita, sindrome genetica, ecc...) è bene effettuare un approfondimento neurofisiologico con Video-EEG veglia/sonno. E' inoltre importante ricordare che molto spesso parasonnie e crisi epilettiche possono coesistere.

INSONNIA COMPORTAMENTALE DEL BAMBINO (ICB)

L'ICB è caratterizzata da una incapacità acquisita ad addormentarsi e/o continuare a dormire¹.

La prevalenza in età pediatrica è stimata fra il 10 ed il 30%. Se ne individuano due tipologie, che spesso si sovrappongono. La tipologia associata all'addormentamento è caratterizzata dall'incapacità o il rifiuto ad addormentarsi o tornare a dormire in mancanza di specifiche condizioni ambientali, quali ad esempio il cullamento. La tipologia associata al setting è invece dovuta all'incapacità da parte dei genitori di limitare il comportamento del bambino in caso di rifiuto nei confronti del sonno, permettendo, ad esempio, che dorma nel loro letto.

Il trattamento migliore per questo tipo di disturbo consiste nella prevenzione, con particolare attenzione all'igiene del sonno ed alla messa in atto di efficaci tecniche educative. Una tecnica, utilizzabile a partire dai 6 mesi di età e che ha dimostrato una buona efficacia negli studi sinora condotti è quella dell'estinzione graduale del pianto⁴⁻⁷. Consiste nell'ignorare comportamenti oppositivi quali pianto o capricci, manifestando la propria presenza al bambino nella sua stanza ad intervalli cadenzati in periodi di tempo gradatamente maggiori, sino all'addormentamento. Poiché la tecnica prevede che il bambino possa cimentarsi in pianti prolungati di diverse decine di minuti, può essere di difficile applicazione da parte dei genitori. Se applicata con costanza tuttavia, spesso porta ad una risoluzione del quadro in un arco di tempo che va dai 3 ai 7 giorni.

INSONNIA DA ALTERAZIONE DEL RITMO CIRCADIANO

Nei bambini e negli adolescenti con alterazione del ritmo circadiano, il ritmo sonno-veglia è sfalsato di almeno due ore rispetto ai ritmi circadiani socialmente accettati¹.

Questo disturbo è più comune durante l'adolescenza, quando il ritmo circadiano si allunga ed ha luogo una maggiore partecipazione alla vita sociale. La prevalenza fra gli adolescenti è del 7-16%.

Il trattamento consiste nell'allineare il ritmo circadiano a ritmi sonno-veglia accettabili tramite una buona igiene del sonno. Elemento fondamentale dell'intervento è la regolazione dell'esposizione alla luce, che rappresenta uno dei più importanti fattori di regolazione del ritmo circadiano. Va quindi eliminata l'esposizione a luci artificiali (cellulari, tablet, computer, ecc) in fase di pre-addormentamento, mentre deve essere favorita l'esposizione ad una forte luce al risveglio. Diversi studi, inoltre, dimostrano l'efficacia dell'assunzione di melatonina. Non esiste tuttavia un consenso preciso né sul dosaggio (da 0.3 a 5 mg) né sul periodo di assunzione (da 1.5 a 6.5 ore prima di addormentarsi)⁸⁻¹⁰.

SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO (RLS)

La RLS è caratterizzata da una pulsione a muovere le gambe, generalmente associata ad una sensazione di dolore agli arti inferiori¹.

La sintomatologia peggiora nei momenti di inattività ed è parzialmente o totalmente risolta con il movimento. Si manifesta esclusivamente o prevalentemente durante la sera o la notte. Fra i sintomi di accompagnamento è possibile riscontrare difficoltà all'addormentamento, oppositività ed irrequietezza e calo nelle capacità attentive. E' di più frequente riscontro nei bambini con deficit di attenzione con iperattività (ADHD)¹. Il meccanismo patogenetico sembra essere correlato a carenza di ferro, aspetti genetici e disfunzione del sistema dopaminergico. Inoltre, la sintomatologia può essere accentuata dall'attività fisica eccessiva, dall'uso di caffeina, nicotina, antistaminici, inibitori selettivi del reuptake della serotonina e dagli antidepressivi triciclici.

La diagnosi può essere effettuata se i dati anamnestici sono congrui con tale condizione e se vengono riscontrate almeno due delle seguenti condizioni:

- disturbo del sonno
- parente di primo grado affetto da RLS
- riscontro di 5 o più movimenti degli arti per ora alla polisonnografia.

Il trattamento consiste nell'eliminazione dei possibili fattori scatenanti discussi precedentemente e nella correzione di una eventuale carenza di ferro. Il trattamento farmacologico si basa su studi effettuati sulla popolazione adulta e prevede l'uso di dopaminomimetici o di alfa2-agonisti. I dopaminomimetici (levodopa, carbidopa), pur se rilevati efficaci, si associano ai ben noti effetti collaterali che ne rendono meno maneggevole l'uso, soprattutto nella popolazione pediatrica per la quale non esistono studi sufficienti a garantirne la sicurezza d'uso. Gli alfa2-agonisti (gabapentin e pregabalin) sono invece già utilizzati nell'ambito dell'epilessia pediatrica, nel contesto della quale hanno da tempo dimostrato sicurezza e maneggevolezza. Pertanto, pur richiedendo una prescrizione *off-label*, sono da preferirsi ai dopaminomimetici.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Sleep Medicine: *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. 2nd ed. Westchester, IL.: American Academy of Sleep Medicine; 2005
2. MARCUS CL, BROOKS LJ, DRAPER KA, et al.: American Academy of Pediatrics. *Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome*. Pediatrics, 2012; 130(3): e714-e755
3. WILLIS L, GARCIA J: *Parasomnias: epidemiology and management*. CNS Drugs, 2002; 16(12): 803-810
4. MINDELL JA: *Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children*. J Pediatr Psychol, 1999; 24(6): 465-481
5. KUHN BR, ELLIOTT AJ: *Treatment efficacy in behavioural pediatric sleep medicine*. J Psychosom Res, 2003; 54(6): 587-597
6. MINDELL JA, KUHN B, LEWIN DS, MELTZER LJ, SADEH A: American Academy of Sleep Medicine. *Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children*. Sleep, 2006; 29(10): 1277-1281
7. MORGENTHALER TI, OWENS J, ALESSI C, et al.; American Academy of Sleep Medicine. *Practice parameters for behavioural treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children*. Sleep, 2006; 29(10): 1277-1281
8. MUNDEY K, BENLOUCIF S, HARSANYI K, DUBOCOVICH ML, ZEE PC: *Phase-dependent treatment of delayed sleep phase syndrome with melatonin*. Sleep, 2005; 28(10): 1271-1278
9. KAYUMOV L, BROWN G, JINDAL R, et al.: *A randomized double-blind, placebo-controlled crossover study of the effect of exogenous melatonin on delayed sleep phase syndrome*. Psychosom Med, 2001; 63(1): 40-48
10. NAGTEGAAL JE, KERKHOF GA, SMITS MG, SWART AC, VAN DER MEER YG: *Delayed sleep phase syndrome: a placebo-controlled cross-over study on the effects of melatonin administered five hours before the individual dim light melatonin onset*. J sleep Res, 1998; 7(2): 135-143

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Domenico Serino
e-mail: domenico.serino@aslcn1.it

Libri ricevuti

Giovanni Gorga

Elogio della omeopatia

Ed. Cairo, 2015, pagg. 120

Nel nostro Paese ogni anno circa undici milioni di persone fanno ricorso a pratiche mediche non convenzionali, o complementari, quali omeopatia, osteopatia, chiropratica, fitoterapia e agopuntura, per citare le più diffuse. E proprio la prima registra un ulteriore dato significativo: un italiano su sei utilizza almeno una volta all'anno rimedi omeopatici.

Eppure, quando si parla di omeopatia, è facile notare una certa confusione in materia, se non vera e propria ignoranza. Ma anche chi ha scarsa cognizione, spesso sbandiera opinioni molto precise, il più delle volte liquidatorie. Al di là di sostenitori e detrattori (le controversie hanno accompagnato da sempre la diffusione dell'omeopatia), tutti prima o poi si trovano ad affrontare scelte terapeutiche, per sé o per i propri cari, e perciò meritano la possibilità di formarsi un giudizio autonomo. Per distinguere tra ciò che è provato e ciò che non lo è, tra falsi miti e una pratica medica consolidata da oltre due secoli.

Ecco il perché di questo pamphlet, che non nasconde la "partigianeria" del suo autore, proveniente da una delle aziende leader del settore. Un profondo conoscitore della disciplina e dei suoi prodotti che ha sentito il bisogno di portare chiarezza sullo stato dell'arte dell'omeopatia nel nostro Paese. In queste pagine il lettore troverà dunque la storia della medicina omeopatica, a partire dal suo fondatore Samuel Hahnemann che alla fine del Settecento fece una scoperta rivoluzionaria. L'incredibile diffondersi di questa medicina non convenzionale già nell'Italia borbonica. I principi costitutivi della disciplina, la distinzione tra unicisti e complessisti, la medicina antroposofica, l'omotossicologia. E ancora: un riepilogo delle principali dispute, una fotografia della situazione industriale italiana e i motivi del ritardo normativo rispetto al resto d'Europa.

Per poter finalmente guardare in un modo diverso alla nostra salute.



Bioetica

La cura del malato tra scienza, etica ed economia

Giuseppe Battimelli

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

Parole chiave: Malato, cura, scienza, etica, economia

Ricevuto in Redazione il 5 ottobre 2015

Key Words: Sick person/patient, treatment, science, ethics, economy

RIASSUNTO

Anche se imprescindibili sono le valutazioni e gli studi di costo/efficacia, costo/utilità, costo/beneficio e rischio/beneficio per una corretta programmazione sanitaria, si ritiene che dal punto di vista bioetico il rapporto tra scienza, etica ed economia vada affrontato a livello individuale, secondo il principio personalistico (centrato sull'alleanza medico paziente) e a livello sociale, alla luce dei principi di giustizia, (attenzione all'uso di mezzi e delle "macro - micro" allocazioni delle risorse, massimizzare i benefici e minimizzare i costi), di socialità (ricercare il bene comune) e di sussidiarietà (sostenere maggiormente la persona fragile, anche attraverso i corpi intermedi della società e il volontariato).

SUMMARY

Although the evaluations and studies of cost/effectiveness, cost/utility, cost/benefit and risk/benefit for proper health planning are unavoidable, it is believed that from the bioethical point of view the relationship between science, ethics and economics should be faced individually according to the personalistic principle (centered on the alliance physician patient) and socially, in the light of the principles of justice, (attention to the use of means and "macro - micro" allocations of resources, maximize the benefits and minimize the costs), of sociability (search for the common good) and of subsidiarity (greater support to the fragile person, even through the intermediate bodies of society and voluntary work).

Che cosa significa salute? Come definiamo la malattia? Quali fattori intervengono sulla nostra salute oltre lo stile di vita, l'ambiente, la predisposizione genetica? Che tipo di sanità vogliamo? Ma la domanda ineludibile che tutti si devono porre in un'epoca come quella che viviamo di "spending review" è la seguente: come è possibile garantire una "buona" sanità ed un'elevata assistenza, migliorando le condizioni di vita e di lavoro, pur in tempi di risorse economiche limitate e fronteggiando sprechi ed inefficienze?

Si andrà verso un sostanziale rimodellamento del SSN laddove dovessero essere introdotti criteri non giustificati di limitazione delle prestazioni, a fronte di una riallocazione delle risorse?

Se è doveroso che tutti nel mondo della salute (ciascuno per la sua parte) si adoperino per contrastare sprechi, inefficienze e corruzione appare oltremodo ingiusto un atteggiamento inquisitorio e prevaricatore sull'attività del medico, soprattutto se dovessero prevalere elementi di economicismo e contrattualismo nel sistema sanitario pubblico a discapito della cura dei malati.

E' indubitabile che oggi più che mai la politica, il mondo sanitario, la società civile, le istituzioni si trovano a fronteggiare sfide che spesso sono vere e proprie emergenze: il crescente invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie cronico-degenerative e delle disabilità (oramai gli ospedali e gli studi dei medici sono affollati da malati che si possono curare anche per lunghi anni ma non certo guarire), il cambiamento della percezione e della domanda di salute (i medici preparati nel corso di studi ad affrontare "bisogni" sanitari oggi sono spesso chiamati a soddisfare "desideri" di salute), l'aumento dei costi dovuto all'introduzione delle più innovative tecnologie biomediche, la complessità dell'organizzazione e del management sanitario e finanche i problemi legati alla riduzione del supporto familiare per l'assistenza (di qui la necessità di collaboratori delle più diverse nazionalità) e quelli dovuti all'immigrazione (emergenza di nuove patologie e/o di antiche patologie oramai debellate nel mondo occidentale), ecc.

Ancora fondamentale rimane la Legge n.833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto nei suoi aspetti peculiari e qualificanti di servizio pubblico, universale e solidale, che certamente richiede un aggiornamento alla luce delle criticità emerse negli anni quali ad esempio: l'aziendalizzazione, l'ingerenza della politica, il rapporto medico-paziente (con il prevalere della cosiddetta "medicina difensiva" – pare che costi 10/13 miliardi l'anno – segno della fine del paternalismo medico e del prevalere di una concezione contrattualistica del bene salute), la relazione mai risolta tra sanità pubblica e privata, il divario Nord-Sud (sia nella riallocazione delle risorse, sia nel riequilibrio della spesa pro-capite), i limiti di bilancio.

Tra l'altro non si dimentichi che la nostra Carta Costituzionale (Art.32) sancisce che la salute è un bene individuale e sociale da promuovere e tutelare ma è altresì interesse della collettività e la Repubblica *“garantisce cure gratuite agli indigenti”*. Pertanto ogni persona è titolare del diritto di accesso ai mezzi diagnostici, terapeutici, riabilitativi a cui deve corrispondere un dovere dello Stato e della società nella erogazione degli stessi.

Pur riconoscendo una grande valenza politica ma anche etica al dibattito in corso, che in estrema sintesi riguarda il *“welfare state”*, si paventa che possano prevalere criteri economicistici nella gestione sanitaria a cui faccia riscontro un orientamento etico utilitaristico della cura della persona ammalata in termini produttivistici o sociologici, tale da contraddire un modello di servizio sanitario di tipo universalistico e solidaristico.

La lotta agli sprechi (dai dati dell'Ispe pare ammontino alla enorme cifra di 23,6 miliardi all'anno) ineludibilmente e doverosamente da perseguire, può rappresentare surrettiziamente invece un taglio lineare alla spesa sanitaria e quindi all'assistenza?

Quali cure quindi, e per chi bisogna garantire? Naturalmente le cure stabilite dai livelli essenziali ed uniformi di assistenza (Lea), basate sulla efficacia (ebm-evidence base medicine), sulla efficienza (costo/beneficio) e sull'appropriatezza.

Su quest'ultimo punto, di cui tanto si dibatte oggi, è da ricordare che l'appropriatezza è dovere inderogabile della professione medica, così come sancito anche nel codice deontologico all'art. 6 *“il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza...”* ed anche all'art.13 *“la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse pubbliche e private e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza ed appropriatezza...”*.

Anche se imprescindibili sono le valutazioni e gli studi di costo/efficacia, costo/utilità, costo/beneficio e rischio/beneficio per una corretta programmazione sanitaria, si ritiene che dal punto di vista bioetico il rapporto tra scienza, etica ed economia vada affrontato a livello individuale e a livello sociale, secondo i seguenti principi: 1) il principio personalistico (centrato sull'alleanza medico paziente e mettendo la persona al centro di ogni cura ed interesse); 2) il principio di giustizia, (attenzione all'uso di mezzi e delle *“macro – micro”* allocazioni delle risorse, massimizzare i benefici e minimizzare i costi); 3) il principio di socialità (ricercare il bene comune, affrontare e risolvere i problemi socio-assistenziali soprattutto delle fasce deboli – anziani, bambini, disabili, malati psichici, ecc.); 4) il principio di sussidiarietà (sostenere maggiormente la persona fragile, anche attraverso i corpi intermedi della società e il volontariato).

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Storia della Medicina

La sifilide neurologica in alcune opere letterarie tra Ottocento e Novecento

Antonio Tagarelli, Anna Piro

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

Parole chiave: Sifilide neurologica; Letteratura.

Ricevuto in Redazione l'8 giugno 2015

Key Words: Neurologic syphilis; Literature.

RIASSUNTO

Una rappresentazione della sifilide neurologica nella Letteratura tra l'Ottocento e la metà del Novecento anche se pur sintetica si presenta esaustiva. Attraverso le opere scelte si apprezza per mezzo delle parole di alcuni Autori direttamente coinvolti nella malattia, la problematicità sociale della sifilide in questa sua fase evolutiva non tralasciando la consapevolezza della sua criticità clinica. Una neurosifilide dunque che, specchiandosi negli anni della Modernità, dà origini a nuove disquisizioni medico-scientifiche e quello che più conta, contribuisce a far nascere il concetto di malattia sociale.

SUMMARY

An even if brief representation of a neurologic syphilis within the Literature between XIX century and the half of XX, is exhaustive. Through the chosen works, and through the words of the Authors affected by the disease, we can appreciate the social trouble represented by syphilis during those years; moreover, we cannot omit its clinic complexity in this medical phase. So, we can show a neurological syphilis that arises to some new medical and scientific debates allowing the born of social disease's concept while everyone mirrors in Modernity age.

Tra l'Ottocento e il Novecento i medici dermosifilografhi sono impegnati a discutere sui danni neurologici della sifilide mentre gli scrittori e i poeti dello stesso periodo scrivono su questo argomento pagine di alto interesse letterario e scientifico. Da queste si scorge non solo il loro dandismo, la loro decadenza, la loro vita da bohémienne che porta ad essere sempre pronti a cercare oscure muse e bugiardi oracoli nell'alcol, nella droga, nella voluttà, ma anche la loro sensibilità culturale verso questa malattia mettendo in luce l'aberrazione dell'equilibrio biologico, morale e sociale del soggetto neurosifilitico riuscendo anche ad evidenziarne ipotetici momenti di fruttuosa "genialità".

Sono gli anni in cui, come scrive Charles Baudelaire, [...] *tutti hanno lo spirito repubblicano nelle vene e la sifilide nelle ossa* (1); una malattia così tanto diffusa da far dire ad un altro sifilitico eccellente, Gustave Flaubert, *Chi più chi meno ne sono affetti tutti* (2). Altri Autori che vivono personalmente il dramma della sifilide neurologica, la pongono al centro di alcune loro opere facendone conoscere gli angoli bui. Tra questi, un posto di rilievo spetta allo scrittore e medico psichiatra Hermann Oskar Panizza con l'opera "Das Liebes koncil" (1893) che dopo aver descritto la "nascita" della sifilide ne mette in luce l'atrocità e l'aggressivo avanzare fino a concludersi con la demenza e la paralisi generale. L'Autore pone tra i protagonisti la Madonna la quale, per volontà del Padreterno, consulta il demonio per commissionargli la creazione di una malattia destinata a punire la laidezza dell'umanità. Nasce la Sifilide che il demonio prevede di diffondere attraverso la Donna, frutto dell'unione tra Satana (il Male) e Salomè, la dualità tra Bene e Male; Bellezza e Inganno; Fascino e Pericolo; Lussuria e Crudeltà. Ad opera finita, Satana illustra alla Madonna l'azione della nuova malattia sull'uomo in tutta la sua cruenta verità; eccone una sintesi: *La forza del veleno chiuso nelle vene [della Donna] è tale che chi l'avrà toccata, quindici giorni dopo avrà gli occhi come palle di vetro! Gli si caglierà persino il pensiero. [...] Al termine di un anno il naso gli cadrà nella minestra [...] poi cambierà casa, mestiere; diventerà compassionevole e sentimentale [...]; diventerà moralista, giocherà al sole con gli insetti, invidiando le piante nuove di primavera. Se è protestante si farà cattolico, e viceversa. [...] In capo a cinque anni [...] il suo corpo si metterà a sbattere e a bruciare come un fuoco d'artificio; potrà ancora camminare, e con spavento guarderà in basso per vedere se in fondo ci sono ancora i piedi. [...] Un bel giorno si staccherà un osso dallo scheletro, lo fiuterà e con orrore lo butterà in un angolo. Allora diventerà pio, molto pio, sempre più pio [...]. Dopo dieci anni, resterà inchiodato al letto come uno scheletro marcio, boccheggiante, la gola spalancata verso il soffitto, interrogandosi sul perché delle cose e alla fine morirà.* Rivolgendosi alla

Madonna, Satana conclude: [...] *allora la sua anima sarà Vostra!* (3). Il Panizza scrittore non è meno interessante del Panizza psichiatra; infatti, nel suo testo teorico “Der Illusionismus ...” (1895) pone accanto ai suoi processi di demenza provocati dalla neurosifilide i sintomi psicotici che la potenza del cervello è in grado di aumentare attraverso la creazione di illusioni. Ecco le sue parole: [...] *l'illusione è un'attività del mio cervello [che] [...] si consuma, si scioglie nel suo rammollimento [...] in quelle parti che -secondo la nostra concezione empirica- sono la sede dei pensieri (illusori); la corteccia perde centinaia di grammi di sostanza mentre produce la più colossale megalomania, un fuoco d'artificio illusionistico [...]. Brilla sotto la distruzione [!]* (4). La demenza sifilitica è splendidamente rappresentata e vissuta da un altro scrittore afflitto da questa malattia, Guy de Maupassant, ne “Le Horla” (1887); termine di fantasia che in differenti passi dell'opera significa *Lui, l'Altro, la Voce e il Nuovo Signore* che ossessiona, che governa, che possiede, che domina la mente di Maupassant. Insomma, quell'*Inquilino Nero* che non si contenta di sostituirsi a Maupassant scrittore ma inizia a sostituirsi a Maupassant uomo. *Sono perduto!* Scrive l'Autore: *Qualcuno ordina tutti i miei atti, tutti i miei movimenti, tutti i miei pensieri. [...] Chi è questo invisibile [...] di razza soprannaturale? [...] La Horla farà dell'uomo quello che l'uomo ha fatto del cavallo e del bove: la sua cosa, il suo schiavo e il suo nutrimento, con la sola potenza della sua volontà. Guai a noi!* (5) Questa drammaticità neurologica, quando è frutto della sifilide trasmessa dai genitori al figlio, diventa un problema sociale di grande rilievo. E, a tal proposito, Henrik Ibsen fornisce un contributo consistente con “Et Dukkehjem” (1879, manoscritto) e con “Gengangere” (1881) in cui il disturbo neurologico della sifilide “ereditaria” è vista come una particolare punizione rivolta ai genitori. Mentre André Couvreur, ne “Les Mancenilles” (1900), porta a conoscenza l'evoluzione clinica e il disagio familiare e sociale di questo disordine; lo stesso fa Sarah Grand ne “The heavenly twins” (1894). Invece, Jean Moyë ne “La vie d'un hérèdo” (1939) mette in rilievo la sofferenza del malato che già nella seconda metà dell'Ottocento è chiamato molto significativamente “hérèdo”: soggetto affetto da sifilide “ereditaria”. Invece, Eugène Brioux ne “Les avaries” (1901) esalta la potenza della malattia che per l'Autore diventa: [...] *una padrona imperiosa che non tollera che si ignori il suo potere. È terribile per la persona che la ritiene insignificante. È benigna per chi sa quanto sia pericolosa. E, come alcune donne, diventa crudele solo quando la si ignora* (6).

Quando gli effetti neurologici della sifilide “ereditaria” sono vissuti dall'Autore dell'opera, allora si avverte una verità di sapore più amaro. È il caso di Louise Hervieu ne “Le crime” (1937), un'opera che denunciando il disagio del malato diffonde la conoscenza del problema sociale della sifilide “familiare”; eccone un passo: [la sifilide] *si concentra sulle parti vulnerabili, i centri nervosi stanchi e sfibrati. Produce uomini che sono matti, mezzi matti, matti per un quarto, squilibrati, ossessionati.* (7) Un'altra grande vittima della sifilide “familiare” è Léon Daudet, medico e come il padre, anch'egli malato, scrittore. Daudet ne “Les morticoles” (1894) e ne “Devant la douleur” (1915) descrive gli aspetti sociali e psicologici della sifilide “ereditaria” dando ampio spazio alla Medicina che giudica infruttuosa e generatrice di medici incompetenti; mentre ne “L'hérèdo essai sur le drame interieur” (1916) Daudet vede nella tossicità dell'agente eziologico della sifilide una “stimolazione positiva dei neuroni”: la spirocheta è promossa a rango di “eccitante”. Questa attribuzione è condivisa sia dall'ambiente medico che da quello letterario. E Daudet rappresenta entrambi magnificamente, ecco le sue parole: [...] *le funzioni psico intellettive sono interamente o parzialmente accresciute; il microbo del terribile male [...], è il pungolo sia del genio e del talento, dell'eroismo e dello spirito, sia della paralisi generale, della tabe e di quasi tutte le degenerazioni. A volte eccita e stimola, a volta intorpidisce e paralizza, il treponema ereditario trapassa e corrode le cellule del midollo e del cervello; porta con sé congestioni, manie, emorragie, grandi scoperte e sclerosi; rafforzato dall'incrocio tra famiglie sifilitiche, il treponema ereditario ha avuto, ha e avrà un ruolo paragonabile a quello del Fato dell'antichità. È lo spirito invisibile ma presente che muove i romantici e gli squilibrati, gli sbandati di aspetto sublime, i rivoluzionari pedanti e violenti. È il lievito che fa alzare la pasta un po' troppo densa del contadino e la sgrossa nella seconda generazione. Del figlio di una cameriera, esso fa un grande poeta, di un pacifico piccolo borghese un satiro, d'un commerciante un metafisico, d'un marinaio un astronomo o un conquistatore. La maggior parte delle degenerazioni, la maggior parte dei misfatti attribuiti all'alcolismo sono imputabili a questa spirale, la cui agilità, penetrazione, congenialità, se così si può dire, rimangono un mistero [...]. Il treponema favorisce contemporaneamente l'intensità drammatica della vita, la sterilità che è il suo contrario, e i più crudeli flagelli* (8).

Il dibattito sifilide-genio è così sentito che il medico e scrittore Marck la Marche elabora, ne “Tréponème” (1931), la possibilità di rivitalizzare i centri psichici e intellettivi che il *treponema pallidum* ha atrofizzato o reso latenti. L'Autore ritorna su questa idea con una poesia dal titolo “Syphilis” in cui, dopo le innumerevoli infermità causate dalla malattia, arriva a parlare di genio: *Non sei forse tu, sifilide, la grande mezzana, / che sospinge l'uomo verso il suo genio, / la fonte di pensieri ponderosi, / la trasmittitrice dei germi della scienza e delle arti, / l'ispiratrice di adorabili follie? [...] Schiaccia di singhiozzi il petto lirico / del sublime musicista, / ispira i forzati della metafisica, / educa l'occhio doloroso del pittore patetico / e la voce dell'attore tragico. / Il mondo attende ancora le fiaccole e i re, / ambasciatori della Chimera. / Tu puoi darceli. [...] Se dobbiamo innalzare le croci / per averli, noi accettiamo le tue leggi. / Oh, sifilide, sale della Terra* (9). Questa esaltazione è riportata anche da Thomas Mann ne “Doktor Faustus” (1947) il quale attribuisce alla sifilide la ripresa artistica del protagonista Adrian; ecco come l'Autore ne descrive il miglioramento: *Il veleno agisce come ispirazione, inebria e stimola; può creare, in uno splendido entusiasmo, opere geniali e meravigliose; il diavolo gli guida la mano ma alla fine lo prende: è la paralisi.* Mann fa del suo protagonista un modello letterario di genialità favorita dalla sifilide neurologica ma anche un modello sociale di autosacrificio attraverso quest'ultima; così scrive l'Autore riferendosi ad Adrian: [...] *sul tuo nome, i ragazzi giureranno che grazie alla tua pazzia non sarà più necessario essere pazzi. Per la tua pazzia vivranno in salute e in loro guarirai* (10).

Se la relazione sifilide-genio fa fatica ad imporsi, non è così per il danno neuropsichiatrico della sifilide che acquista sempre più consenso. Nell'opera "Vénus ou les deux risques" (1901), di Michel Corday, si acquisisce questa verità; ecco ciò che l'Autore fa dire a un medico, amico del protagonista: [La sifilide] *attacca il sistema nervoso. E' la sua leccornia, il suo dessert. Si sceglie un posto. Rompe la rete dei nervi a suo piacere. Può interrompere la comunicazione con l'esterno, sopprimere i cinque sensi. Ed è già un grazioso bouquet di infermità [...] prende il cervello, bocconcino regale. Ed è la paralisi generale, il rimbambimento in tutta la sua bellezza, in tutta la sua regolarità [...]* (11). Anche Émile Zola ne "Le docteur Pascal" (1893) si sofferma sui danni neuropsichiatrici della sifilide quando presenta un protagonista del romanzo, [...] *il sempre più impedito Maxime [...] colpito fino al midollo combatte contro la minaccia di paralisi [...]* (12). Zola, col termine "midollo" non intende solo la tabe dorsale ma fa riferimento a ciò che per antonomasia questa parola ispira: la vita. La sifilide terziaria appare ancora più chiara con James Joyce, ne "Ulysses" (1922), poichè Egli stesso affetto dalla malattia; ed ancora con il contributo di Joris-Karl Huysmans, ne "A Rebours" (1884), che apre la strada al disordine neuropsichiatrico del protagonista del romanzo, vittima di emicrania, depressione, nevrosi e psicosi; mentre Jules-Amédée Barbey d'Aurevilly, ne "A un dîner d'athées" (1874), sposta l'interesse verso la prevenzione e tende ad educare i giovani alla virtù facendo conoscere loro il cruento metodo curativo della tabe dorsale: un vero terrore!

Queste ed altre opere letterarie europee scritte tra Ottocento e Novecento in cui la Neurosifilide è elemento di rilievo, hanno consentito di cogliere importanti risvolti sia nell'ambito socio-culturale che medico-sanitario. Tra questi emerge il risalto che si dà all'autorità del medico; mentre appare marcata la sua assenza nei riguardi del paziente che diviene una figura sociale sempre più isolata perché non compresa dai soggetti sani. Non meno importante è la preoccupazione che il popolo avverte per la sifilide "ereditaria" considerata, insieme all'alcolismo ed alla tubercolosi, la terza degenerazione della società moderna. In questi decenni, il trattamento terapeutico della sifilide appare più che mai determinato ed accettato da un pubblico sempre più ampio e numeroso il quale, spesse volte, vede nel suo apparente risultato positivo il non dimenticato intervento di carattere religioso.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUDELAIRE CHARLES: *Amoenitates belgicae*. Parigi: G. Frères; 1961, p. 242
2. WILCOCK J. RODOLFO (traduzione e prefazione di): *Gustave Flaubert. Dizionario dei luoghi comuni. Album della Marchese. Catalogo delle idee chic*. Milano, Adelphi editori; 1980, p. 104
3. CHERSI ANDREA (traduzione di): *Oskar Panizza. Il Concilio d'Amore. Et coetera et coetera*. Salorino (Chieti), L'Affranchi; 1988, pp. 80-82
4. PANIZZA OSKAR: *Der Illusionismus und die rettung der persönlichkeit. Skizze einer weltanschauung*. In: Panizza Oskar. "Die kriminelle psychose, genannt psychopatia criminals - Hilfsbuch für ärzte, laien, juristen, vormünder, verwaltungsbeamte, minister etc zur diagnose devpolitischen gehirnerkrankung". Monaco, Matthes & Seitz; 1978, pp. 119-177
5. SAVINIO ALBERTO (a cura di): *Guy de Maupassant. Racconti bianchi, racconti neri, racconti della pazzia*. Milano, Adelphi; 2004, pp. 259-290, p. 279
6. BRIEUX EUGÈNE: *Die Schiffbrüchigen* [opera originale: *Les avaries*; 1901]. Berlino, Colonia, Lipsia: A. Ahn; 1903, p. 37
7. HERVIEU LOUISE: *Le crime*. Parigi: Denoel; 1937, p. 7
8. DAUDET LEON: *Devant le douleur. Souvenirs des milieux littéraires, politiques artistiques et médicaux: de 1880 a 1905*. Parigi, Nouvelle Librairie Nationale; 1915, pp. 69-71
9. LA MARCHE MARC: *Tréponème*. Parigi, La Jeune Academie; 1931
10. MANN THOMAS *Doktor Faustus. Das Leben des deutschen Tonsetzers Adrian Leverkühn erzählt von einem Freunde*. Francoforte, S. Fischer; 1997, pp. 310, 326
11. CORDAY MICHEL: *Vénus ou les deux risques*. Parigi, A. Fayard: 1901, pp. 118-119
12. ZOLA ÉMILE: *Le docteur Pascal*. Parigi, Bibliothèque Charpentier; 1893

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Antonio Tagarelli
e-mail: antotagarelli@gmail.com

Fare il medico: le ragioni di una scelta

ASSOCIAZIONE "PROGETTO 25"
SALERNO

Nicola Provenza*, Franca Grosso**

Parole chiave: Medico, Facoltà di Medicina, professione medica, rapporto medico-paziente.

Key Words: Physician, Department of Medicine, medical practice, doctor-patient relationship.

Ricevuto in Redazione il 16 marzo 2015

RIASSUNTO

Fare il medico, o una delle tante professioni sanitarie, è una scelta che riscontra ancora molto interesse tra i giovani. Prova ne sono le aule affollate ai test per l'ammissione alla Facoltà di Medicina e a tutti i corsi per le professioni sanitarie. Per tentare di capire meglio cosa spinge oggi alla scelta di un percorso di studio che mira alla cura delle persone (e non solo delle malattie) abbiamo voluto capire cosa ci fosse al di là delle prospettive di lavoro che queste professioni offrono. Abbiamo perciò avviato una ricerca sociologica con somministrazione di questionario agli alunni dell'ultimo anno di studio di alcuni istituti scolastici della città di Salerno. Il tema che ci interessava sondare erano le motivazioni che inducono i giovani a questa scelta e le loro opinioni, la loro percezione anche dei professionisti e dell'assistenza sanitaria nel suo complesso.

La ricerca ci conferma che questi ragazzi sono animati dalle migliori intenzioni di natura umanitaria, talvolta dopo aver sperimentata anche sulla propria pelle la sofferenza. E tutto ciò, ci dice ancora la ricerca, nonostante la percezione non certo positiva che loro hanno di chi oggi esercita questa professione. Ed il dato inquieta non solo per l'aspetto meramente di natura economica, ma soprattutto perché a questo si associa anche quello relativo agli aspetti relazionali e all'umanizzazione del rapporto medico-paziente. E quindi è doverosa la domanda relativa al ruolo che il percorso di studio esercita nella formazione non solo scientifica, ma anche umana di questi ragazzi. Domanda questa, al momento, ancora senza risposta.

SUMMARY

A lot of young people are very interested to practice of medicine, or in medical activities. It follows, therefore, that placement examinations to these courses are overflowing. In order to better understand the reason why they make this choice to take care of the people, we started with a assessment questionnaire in some high schools in Salerno.

The results show young people are very motivated and really understand the meaning of a pain, sometimes for personal experiences and despite they have a negative feeling towards medical professionals.... So, we need to understand the real value of the master's degree in medicine in order to avoid to transfer to the students just a scientific and academic training but to improve themselves both from of academic and human value.

INTRODUZIONE

Fare il medico è una professione che riscontra ancora molto interesse: questo è senza alcun dubbio un dato di fatto.

* Medico Gastroenterologo, ** Sociologa

E le motivazioni, le ragioni, appunto, trovano spesso una gran quantità di luoghi comuni o di sentito dire sulla strada dei vari tentativi di comprensione. Non è detto che tutti siano falsi o inventati, ma è senza dubbio meglio approfondire che restare sul vago o basarsi unicamente su percezioni o sul proprio vissuto.

Così, per tentare di capire meglio cosa spinge oggi alla scelta di un percorso di studio che mira alla cura delle persone (e non solo delle malattie) ci siamo chiesti: possiamo andare più a fondo? E ce lo siamo chiesti nel corso dei preparativi del Convegno "Ruolo e prospettive della figura professionale del medico" che ha previsto una intera mattinata dedicata all'incontro con gli studenti sul tema, appunto, della motivazioni che guidano questa scelta.

In questo tentativo di comprensione ci viene in aiuto il metodo dell'indagine sociologica. Come tutte le indagini ha i limiti classici del campione e della veridicità delle risposte date. Ma non ci sarebbe la ricerca stessa se non volessimo correre questi rischi.

MATERIALI E METODI

Abbiamo perciò predisposto un questionario che è poi stato somministrato agli alunni di alcuni istituti scolastici. Il tema prioritario che ci interessava sondare con il questionario erano le motivazioni che inducono i giovani a scegliere la facoltà di medicina (od anche altre facoltà attinente al mondo sanitario) e le opinioni che, a questo punto della crescita e della maturazione, i ragazzi si sono fatti sulla professione e sulla funzione che questa svolge (e/o dovrebbe svolgere) e quindi sulle prospettive del loro prossimo futuro.

Il contesto preso in considerazione è la città di Salerno e tre istituti scolastici superiori: un liceo classico (Torquato Tasso), un liceo scientifico (Giovanni da Procida) e uno psicopedagogico (Alfano I).

Le classi interessate all'indagine sono state solo le quinte, quelle cioè più prossime alla scelta della facoltà, anzi quasi nell'imminenza dato che la rilevazione è avvenuta tra fine marzo e metà aprile del 2012. Per un totale di 503 questionari validi.

La popolazione scolastica della città di Salerno, da dati reperiti in rete relativi all'anno precedente 2011, è riportata nella tabella 1.

Tabella 1 - Popolazione studenti Istituti superiori Salerno città - anno 2011

Età	Maschi	Femmine	M+F
15	667	646	1.313
16	741	645	1.386
17	722	738	1.460
18	809	783	1.592

La popolazione giovanile (uomini e donne) è costituita da 17enni, per un totale di 1460 ragazzi, e da 18enni, per un totale di 1592 ragazzi. Considerando che le ultime classi sono frequentate da ragazzi appartenenti a questa fascia d'età, possiamo affermare che il campione intervistato rappresenta circa un terzo della popolazione interessata, ragion per cui possiamo ritenerlo valido dal punto di vista statistico.

La ripartizione degli intervistati tra i diversi Istituti scolastici è riassunta nel grafico 1, con 139 all'Alfano I, 256 al da Procida, 108 al Tasso. La ripartizione per sesso, vede le femmine in vantaggio con 289 femmine su 210 maschi. La residenza (grafico 2) fa registrare una netta prevalenza di residenti in città, 75%, contro un 14% residenti nella provincia a sud ed un 8% a nord.

Grafico 1 – Scuole

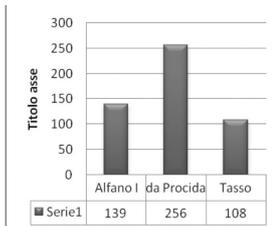
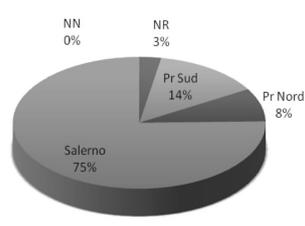


Grafico 2 – Residenza



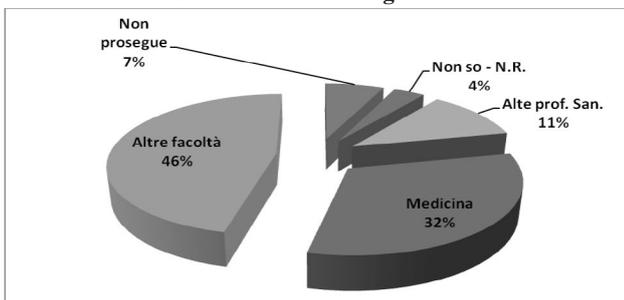
Abbiamo ritenuto interessante chiedere se in famiglia ci fossero medici, per capire se può esserci un eventuale condizionamento familiare. La ripartizione tra chi ha e chi non ha parenti medici è praticamente simmetrica: 47,71 di si contro un 50,30 di no.

RISULTATI

Il questionario prevedeva otto domande con più opzioni di risposta quasi tutte preordinate, con richiesta di sceglierne una soltanto anche per indurre la scelta più vicina al proprio sentire.

Alla domanda *se nella scelta prossima della facoltà avessero preso in considerazione l'eventualità di iscriversi a Medicina* il 32% ha detto sì, l'11% è orientato verso altre professioni sanitarie, il 46% verso altre facoltà, un 7% non prosegue gli studi, e un 4% ancora indeciso. Deduciamo che le professioni di interesse sanitario e/o d'aiuto alla persona sono un 43%, una bella fetta se la si confronta con le altre facoltà che tutte insieme raccolgono un 46% (grafico 3).

Grafico 3 – Scelta degli studi



A quelli che hanno dichiarato interesse per la prosecuzione degli studi in campo sanitario abbiamo posto la domanda *se ci fossero stati eventi che hanno inciso sulla decisione*. Anche qui il campione è equamente ripartito tra un 47,11% che dice di sì, ed un 49,5% che dichiara no.

Quando abbiamo chiesto di precisare *cosa avesse influenzato tale interesse*, un buon numero (dati assoluti e non percentuali) ha dichiarato che i media hanno suscitato tale interesse in 82 casi su 237 (molto citata la serie del dr.

House e Grey's anatomy). In 58 casi ciò che ha influito è stato qualche evento di malattia vissuto da persone care e in 24 casi una malattia o incidente accaduto a sé stessi; in 52 casi una persona in famiglia ha dato un input e in 21 casi l'input è venuto da persone esterne (grafico 4).

Veniamo ora al cuore del problema. La domanda è stata posta a tutti indipendentemente dalla loro scelta di studi futura,

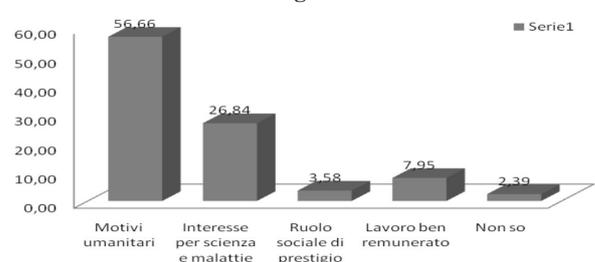
Grafico 4 – Influenza eventi reali o virtuali su interessi mondo medicina(f)



ed è stata la seguente: *“Quale di queste ragioni ti sembra la più appropriata per effettuare questa scelta?”*. E' stata data la possibilità di scelta unica tra le varie opzioni proposte per concentrare la scelta su una sola possibilità.

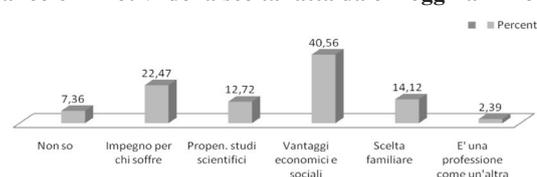
L'opzione più spesso selezionata, quasi il 57% dei casi, è stata quella relativa a motivi umanitari; il 27% ha indicato l'interesse scientifico per lo studio delle patologie; un 8% è più orientato ai benefici di tipo economico optando per un lavoro ben remunerato; ed un 3,58% ritiene che sia il ruolo sociale della figura sanitaria ad avere importanza per fare questa scelta (grafico5). Conforta questa dichiarazione così netta di una nobiltà di intenti ritenuta necessaria, imprescindibile per svolgere questa professione accompagnata dall'interesse per di studi che totalizza un 84%.

Grafico 5 – Ragioni della scelta



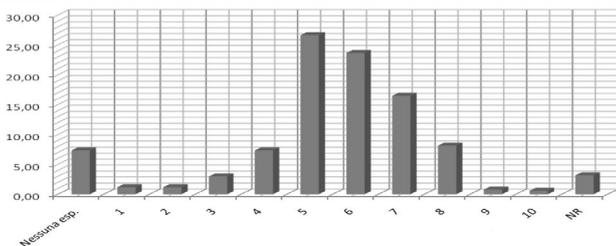
A fronte di questa dichiarazione così netta fanno da contraltare altre considerazioni per così dire “più pratiche” quando si passa all'attualità. Infatti, quando si chiede loro *“secondo te chi oggi fa il medico per quale motivo ha scelto questa professione?”* le risposte sono ben altre e quasi invertite (grafico 6). Oltre il 40% ritiene che le motivazioni siano dettate dai vantaggi economici e sociali, mentre l'impegno per chi soffre (i motivi umanitari) sono solo un 22,47%; un 14% la ritiene una scelta dettata dalla famiglia e solo il 12,7% lo fa perché ha una propensione per gli studi scientifici. Il quadro che emerge in relazione alla “percezione” della figura del medico ne esce alquanto “appannata”, connotata da questa lettura della realtà disincantata e non propriamente positiva.

Grafico 6 – Motivi della scelta fatta da chi oggi fa il medico



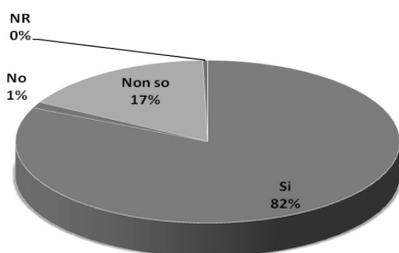
Per concludere l'indagine si è pensato che questa occasione potesse essere utile anche per una lettura della realtà organizzativa delle strutture sanitarie. Si è posta la domanda "Hai mai avuto esperienza diretta delle strutture sanitarie?", includendo anche solo l'eventualità di aver accompagnato un parente per una visita o un ricovero. La grande maggioranza di chi l'ha fatto ha espresso un giudizio tra 5 e 6, in una scala tra 1 e 10. Ma non sono mancati anche i 7 e gli 8 (grafico 7): nel complesso si potrebbe dire "promossi con qualche rimandato".

Grafico 7 – Valutazione esperienza strutture sanitarie (%)



L'ultima domanda del questionario semistrutturato mirava ad indagare la *consapevolezza della assistenza sanitaria come funzione sociale*, ed è stato quasi un plebiscito. Infatti, nell'82% dei casi hanno convenuto che certamente la sanità riveste uno dei ruoli più importanti per gli individui di una collettività. Un solo caso si è dissociato e un 17% ha dichiarato un imbarazzato "non so" (grafico 8).

Grafico 8 – Ass. sanitaria importante funzione sociale



CONCLUSIONI

Conforta che anche un buon numero di giovani si riconoscano in questo che è sì un diritto costituzionale (con o senza crisi) ma anche un vantaggio per la collettività, dato che i costi per la "non salute", oppure per una assistenza lacunosa o comunque ridotta ai minimi termini sono elevatissimi in termini di salute e di vite umane. Ma non solo, infatti se lo valutiamo anche sotto il profilo dei costi (dato che ci vogliono tutti convertiti alla religione dell'economicismo) non sono certo da trascurare i costi sanitari e sociali nel medio-lungo periodo.

Dopo questa indagine ci è un po' più chiaro il fenomeno delle aule affollate per i test di ingresso alla Facoltà di Medicina, con tutti i suoi corsi, nonché alle altre professioni sanitarie che sembrano dare ancora una prospettiva di lavoro futuro. Ci sono chiari gli intenti di quella folla di ragazzi che si sottopongono anche a trasferte e trasferimenti in varie regioni pur di tentare di raggiungere lo scopo. Uno scopo, ci conferma questa ricerca, animato in larga parte dalle migliori intenzioni umanitarie.

Tutto questo, ci dice ancora la ricerca, nonostante la percezione non certo positiva, tutt'altro, di chi oggi esercita questa professione. Ed anzi questo dato inquieta perché non è solo l'aspetto di natura economica che imbarazza ma, come

spesso accade, a questo lato se ne associa un altro, anch'esso molto problematico, quello cioè relativo agli aspetti relazionali e all'umanizzazione del rapporto medico-paziente. Ma perché questo accade? Se, com'è molto probabile, anche costoro nello scegliere il loro percorso di studi erano partiti con le stesse nobili intenzioni, cos'è accaduto nel frattempo? E quando è accaduto? E' ipotizzabile che ciò si sia prodotto agli apici della professione? O i primi "sintomi" si sono manifestati prima o addirittura già durante il corso di studi?

L'antropologo americano J. Good Byron dedica un capitolo del suo saggio "Narrare la malattia" proprio alla ricerca di quali condizioni e condizionamenti vigono nelle scuole di medicina in cui regna indiscussa la biomedicina e come si "impara" un modo diverso di "vedere" il mondo e i corpi soprattutto: "Nel mondo della vita della medicina il corpo si costituisce ex novo come "corpo medico" che è altra cosa dai corpi con cui interagiamo ogni giorno. ... L'educazione medica ammantata di autorità le pratiche cliniche e i loro oggetti; al contempo queste pratiche costruiscono gli oggetti dell'attenzione medica e riproducono le relazioni di potere in cui sono inseriti"⁽¹⁾. Illuminanti i racconti che riporta da parte di studenti sulle esperienze vissute in sala settoria o nei laboratori di anatomia. E' lì che avviene la reificazione del corpo, è lì che si forma lo "sguardo medico" e la "medicalizzazione" (M. Foucault)⁽²⁾.

Il tema caldo è quello della conoscenza della materia medica come faccenda che riguarda solo quel corpo deformato appreso nelle sale settorie e quindi scisso del tutto dalla soggettività dell'individuo e della necessaria relazione che intercorre tra i due individui in campo: il paziente e il medico. Chiare e nette sono le parole che dedica Gerardantonio Coppola a questo tema: "Pretendere di scindere il corpo dalla mente, così come viene insegnato ai nostri medici e infermieri nelle Università occidentali, ormai da duecento anni, significa prendere atto del fallimento della medicina anche come scienza. ... Questa professione non è per tutti, ma non solo perché è difficile ed impegnativo studiare il corpo umano e il suo funzionamento; no, non è per tutti soprattutto perché il medico (e naturalmente tutti i sanitari) deve possedere una serie di qualità e capacità che gli consentono di entrare in empatia con il paziente; qualità e capacità che possono anche essere innate ma che possono anche essere acquisite nel corso degli studi. Purtroppo, ed è qui la carenza del nostro sistema formativo, queste capacità non solo non vengono insegnate ma sono addirittura ritenute dannose o nella migliore delle ipotesi una perdita di tempo. Per cui se uno studente in medicina o in scienze infermieristiche, ad esempio, possedesse di suo queste sensibilità, invece che confermarle e svilupparle, il sistema, ovvero l'Università prima e l'organizzazione dopo, tende a spegnerle, a sterilizzarle"^(3,4).

Queste riflessioni lungi dal soddisfare del tutto le molteplici domande che sorgono, in realtà ne inducono altre e alcune destinate forse a restare senza risposta. Ma finché si continuerà ad interrogarsi su questa materia delicata e complessa, magari con il supporto di ulteriori ricerche, potremmo continuare a sperare di aggiungere piccoli tasselli di conoscenza.

BIBLIOGRAFIA

1. BYRON J. GOOD: *Narrare la malattia*. Einaudi, 2006
2. FOUCAULT M.: *Nascita della clinica*. Einaudi, 1998
3. COPPOLA G.: *Sanità senz'anima*. Ananke, 2014
4. COPPOLAG.: *Nelle fauci della burocrazia*. Ananke, 2015

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Nicola Provenza
 e-mail: nicola.provenza@alice.it