

# Editoriale

FERNANDO CRUDELE

In questi ultimi mesi sto ricevendo telefonate da tanti colleghi in cerca di un lavoro fisso. In una regione alle prese con il piano di rientro diventa difficile parlare di posto fisso: siamo in trincea per difendere reparti ospedalieri, stiamo cercando di riorganizzare tutta la medicina territoriale per dare risposte concrete alla popolazione; ma la risposta della controparte è sempre la stessa: non ci sono soldi e quindi bisogna chiudere.

A questo punto è riesplora la guerra tra settori, di nuovo i colleghi invece di compatirsi e rispondere unitariamente alle decisioni della politica pensano di difendere il proprio posto di lavoro "gettando a mare" altri colleghi; ed ecco che assistiamo a diverbi tra ospedalieri e territorio, tra reparti o tra settori, oppure – ed è l'azione più grave – alla delazione tra colleghi; ognuno, individualmente, chiede alla politica di risparmiare chiudendo questo o quello pur di salvaguardare il proprio orticello.

Non è la prima volta che capita, le nostre divisioni ci rendono deboli non solo con la controparte politica e amministrativa, ma anche con gli altri settori della società civile: è uno dei motivi per spiegare, per esempio, il continuo sbatterci in prima pagina per casi di malasanità. Deve essere chiaro che nessuno vuol difendere chi sbaglia ma voglio ricordare che il 97% delle denunce vengono respinte; è nata, addirittura, un'Associazione che tutela i medici ingiustamente accusati. In tutti i settori, dalla politica alla pubblica amministrazione, vi sono "mele marce" o errori di ogni tipo, ma l'aggres-

sione sistematica che viene riservata ai medici è unica. Come prima conseguenza si è verificato un aumento incredibile di richieste di analisi, di indagini strumentali e di consulenze con un aggravio della spesa sanitaria, si è instaurata la medicina difensiva; il rapporto medico-paziente si sta pian piano dissolvendo.

La mia non vuole essere una riflessione di casta, un discorso corporativista; vorrei, invece, chiedere a tutti voi colleghi uno scatto di orgoglio, di riprenderci la nostra professione con tutte le responsabilità annesse che da tempo abbiamo delegato alla politica e agli amministratori: siamo classe dirigente di questo Paese: dimostriamo che siamo in grado di svolgere un ruolo attivo in questa società malata.

Il primo passaggio è quello di bloccare il gossip e le calunnie, di far prevalere la verità, di pubblicizzare le tante azioni di "buona sanità", di ritrovare quello spirito solidaristico che è andato perso negli ultimi anni; dobbiamo essere consci che uniti siamo una forza e che, viceversa, andare a mendicare un nostro diritto indebolisce tutta la categoria e, quindi, anche chi lotta per il proprio orticello.

Sfruttiamo anche quei pochi momenti di incontro, tipo Corsi di Aggiornamento, per discutere dei grossi problemi della sanità e cerchiamo, tutti insieme, risposte adeguate perché questo è quello che ci chiedono i nostri pazienti che ancora una volta ci premiano con un'alta percentuale di gradimento.



*Un comportamento a rischio di obesità*

# MANGIARE DURANTE IL SONNO

SERGIO TARTAGLIONE

## Le sindromi da alimentazione notturna

1. **Sindrome di Kleine-Levin.** più frequente negli adolescenti di sesso maschile: ipersonnia che spinge il giovane a mettersi a letto a dormire per buona parte della giornata; durante la veglia è apatico o irrequieto e aggressivo, mangia in modo smodato, ha un'ipersensibilità sfrenata e indifferenziata (può effettuare proposte esplicite a persone di entrambi i sessi o masturbarsi in maniera incontrollata);
2. **Disturbi dissociativi con alimentazione notturna** (Amnesia Dissociativa, Fuga Dissociativa, D. Dissociativo dell'identità o da Personalità Multipla, D. di depersonalizzazione e NAS come gli stati di trance);
3. **DCA: Bulimia Nervosa con abbuffate notturne e Disturbo da Alimentazione Incontrollata con abbuffate notturne:** la NES è un'estensione dei DCA che si manifestano durante il giorno e lo stato di veglia o una condizione clinica autonoma?
4. **NOCTURNAL/NIGHT EATING SYNDROME** (Sindrome da Alimentazione Notturna o del mangiare di notte): DCA-NAS
5. **NOCTURNAL/NIGHT SLEEP-RELATED EATING DISORDER** (Disturbo da Alimentazione Notturna correlato a Disturbo del Sonno): PARASONNIA-NAS (disturbi del comportamento durante il sonno: Incubi, Pavor Nocturnus, Sonnambulismo).

Ci occuperemo in questo lavoro delle due ultime sindromi.

## Nocturnal/night eating syndrome o N.E.S.

Sindrome da Alimentazione Notturna o del mangiare di notte

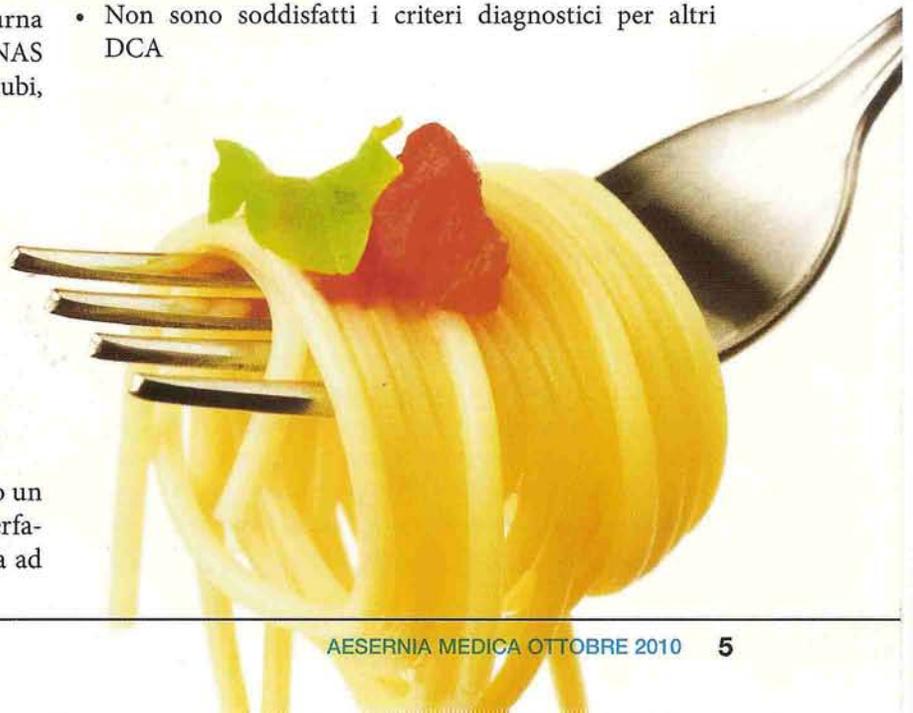
Stunkard e coll. nel 1955 per primi hanno descritto un gruppo di pazienti obesi con anoressia mattutina, iperfagia serale e risvegli notturni per mangiare. Da allora ad

oggi, c'è stato un ampio dibattito in letteratura, fino a due recenti lavori di questo anno, per determinare i criteri diagnostici necessari a rendere la NES un'entità clinica distinta rispetto ai DCA codificati (AN, BN, DAI).

### Criteri Diagnostici Provvisori

(Mühlhans B et al. *Night Eating Syndrome and nocturnal eating: what is it all about?*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2009)

- Alterazioni del ritmo biologico alimentare: **Anoressia mattutina** (saltare la colazione) o **Iporessia di giorno** (anche se il soggetto mangia a colazione) per 4 o più giorni a settimana
- **Iperfagia serale:** il 50% o più dell'introito calorico giornaliero è consumato tra la cena (19-21) e gli spuntini notturni (rispetto al 15% dei controlli).
- **Disturbi del sonno e risvegli coscienti,** specie nelle fasi iniziali del sonno (1-2 Non-REM), accompagnati dal bisogno di spuntini (in genere calorici) per riuscire a riprendere sonno, per almeno 4 notti a settimana
- **Problemi emotivi correlati** (ansia e depressione): gli spuntini notturni placano l'ansia e causano successivi sensi di colpa
- Durata dei sintomi da almeno tre mesi consecutivi
- Non sono soddisfatti i criteri diagnostici per altri DCA



**Strumenti diagnostici**

- La valutazione di queste due condizioni è fatta sulla base dell'anamnesi medica e psichiatrica, soprattutto nella storia dettagliata dell'insonnia e dei disturbi correlati: mediante domande dirette fatte ai pazienti, che non sempre riferiscono spontaneamente i loro disturbi notturni perché li ritengono irrilevanti.
- Studio polisonnografico con EEG, EOG, EMG
- Questionari specifici:  
 Night Eating Questionnaire (Allison KC et al. *The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome*. Eat Behav. 2008. Allison KC et al. *Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome using item response theory analysis*. Eat Behav. 2008)  
 Night Eating Syndrome Inventory (Adami GE et al. *Night Eating Syndrome in individuals with Mediterranean eating-style*. Eat Weight Disord. 1997.

**Quadro clinico della NES**

Il quadro clinico delle persone affette da NES è una combinazione di tre cluster sintomatologici principali:

- **Alterazione del ritmo biologico alimentare.** I NES si svegliano al mattino senza appetito, saltano la colazione e a volte anche il pranzo. A sera (dopo le 19 - 21) il loro interesse per il cibo ritorna e mangiano in eccesso a cena e dopo cena, assumendo quantità di cibo tre volte maggiori rispetto ai soggetti normali. Si risvegliano di notte, ovunque (anche in ospedale, in vacanza, in casa di amici) e si alzano per mangiare compulsivamente e con lucidità, anche senza aver fame; subito dopo gli spuntini, che li rilassa, riprendono il sonno. In genere, gli spuntini sono ad alto contenuto calorico (i carboidrati rappresentano il 70% delle calorie ingerite). Frequente è la comorbidità della NES con l'uso di sostanze, con l'assunzione di alcolici (Night Eating and Drinking Syndrome o NEDS, da non confondere con il Binge Drinking) o la comorbidità con gli antipsicotici atipici (non è chiara la direzione causa-effetto). (Vinai P. et al. *Psychopathology and treatment of Night Eating Syndrome: a review*. Eat Weight Disord, 2008)
- **Disturbo del sonno.** Il ciclo sonno-veglia è normale. I NES hanno l'inizio, la fine e la durata totale del sonno analoga ai soggetti normali, ma il sonno dei NES è disturbato: il primo risveglio avviene in media alle 1:30 (circa due ore dopo l'addormentamento) ed un secondo risveglio in media alle 3. Il NES aspetta sistematicamente il buio per liberarsi dai freni inibitori e prendere d'assalto il frigorifero, senza un ordine preciso: prima il budino e poi i sottaceti, quindi uno yogurt e infine un panino. Di nascosto e in perfetta solitudine, l'happening che non procura piacere al palato ma acquieta la mente. (O'Reardon JP et al. *Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome*. Obesity Research 2004; 12:1789-9).

- **Problemi emotivi correlati.** Tono dell'umore peggiore alla sera. Imbarazzo per qualche comportamento (furto di cibo altrui durante la notte), rabbia con se stesso per aver perso il controllo di quello che ha mangiato la notte precedente, vergogna del giudizio di familiari ed amici. Il 75% degli episodi di alimentazione notturna iniziano o peggiorano nei periodi di stress, come se nelle ore serali, distolti dai problemi quotidiani ma di fronte al mondo emotivo "rimosso" durante il giorno, l'assunzione di cibo placasse l'ansia favorendo l'addormentamento, per cui il mangiare di notte diventa tentazione irresistibile. Il mangiare notturno è un SOS lanciato per i propri disagi emotivi intollerabili: in assenza di gratificazioni esistenziali, il cibo colma il vuoto o ripaga aspettative deluse. Ma questa gestione delle emozioni distrae solo momentaneamente e non elimina i problemi, anzi ne crea di nuovi, in un circolo vizioso che porta ad altre mangiate notturne e ad altre sensazioni spiacevoli.

**Complicanze e comorbidità, che migliorano parallelamente alla risoluzione della NES**

- **Comorbidità psichiatrica.** Il 30% dei soggetti affetti da NES soffre di varie forme cliniche dello spettro depressivo. Il 45% ha almeno un episodio di Depressione Maggiore nel corso della sua vita.
- **Sintomi fisici.** Il NES lamenta torpore, dolori addominali, digestione difficile. Una complicanza specifica è il reflusso gastresofageo, dovuto all'assunzione rapida di cibo di notte ed il ritorno immediato a letto. (Striegel-Moore RH et al. *Exploring the typology of Night Eating Syndrome*. Int J Eat Disord. 2008).

**I soggetti con fame notturna sono sempre semplici golosi?**

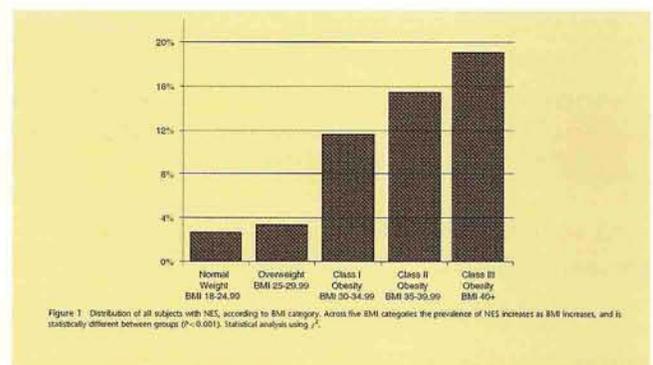


Figure 1. Distribution of all subjects with NES, according to BMI category. Across five BMI categories the prevalence of NES increases as BMI increases, and is statistically different between groups ( $P < 0.001$ ). Statistical analysis using  $\chi^2$ .

Come si vede dal grafico, la prevalenza della NES cresce, in maniera significativa, parallelamente all'aumento del BMI: più cresce il peso e più aumenta la prevalenza della NES.

Circa la metà dei pazienti in sovrappeso riferisce di aver iniziato a mangiare di notte prima di ingrassare.

I soggetti normopeso affetti da semplice fame notturna

na sono più giovani di 9 anni di quelli obesi che soffrono di NES e mangiano di notte da minor tempo (3-7 anni in meno). Sono però ancora nella fase del limbo: dopo qualche anno di spuntini notturni, diventano NES e si ritrovano obesi.

### NES e Obesità

La NES è dunque un DCA che può favorire l'obesità ed associarsi a tutte le sue complicazioni (diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari). Il 40-60% degli obesi candidati alla chirurgia bariatrica è affetto da NES. Il 10% degli obesi ed il 30% dei grandi obesi soffrono di NES: rispetto agli obesi di controllo non-NES, consumano in media 3000 kcal al giorno invece di 2400 kcal e perdono più difficilmente peso quando si sottopongono a programmi dietetici.

### Dati Epidemiologici della NES

3-4 persone su 100 mangiano di notte, ma solo saltuariamente. Il 2-4% della popolazione USA e l'1.5-2% di quella con dieta mediterranea è affetta da NES. Il 60-70% dei NES appartiene al sesso femminile (% aumenta tra le donne più giovani). In media, passano 10 anni tra l'inizio della sintomatologia in occasione di eventi stressanti e la manifestazione clinica vera e propria. Solitamente, la NES ha il suo esordio tra i 30-40 anni, anche se può iniziare anche tra i giovani di 18-30 anni, mentre è rara dai 65 anni in poi. La NES tende a cronicizzare e rimanere nel tempo. Chi ha già un DCA in atto ha maggiori probabilità di NES durante il percorso della malattia.

Nel 30% dei casi c'è una comorbilità psichiatrica. Esiste una forte aggregazione familiare di NES: il 17% dei parenti di primo grado dei pazienti con NES soffre della stessa condizione.

### Correlati biologici della NES

Varie alterazioni ormonali sembrano implicate nella NES:

- Valori più elevati di glicemia nel corso delle 24 ore ed iper-insulinemia durante la notte rispetto ai controlli.
- È stata ipotizzata una disfunzione dell'asse HPA (causa o conseguenza della NES?) per:
  - Elevati livelli di ACTH e cortisolo, con ritmo circadiano conservato come nello stress.
  - Bassi livelli di melatonina e di leptina durante la notte.

(Birketvedt G et al. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome*. Am J Physiol Endocrinol Metab. 2002. Rogers N et al., *Assessment of sleep in women with Night Eating Syndrome*. Sleep 2006).

### Alcuni stili cognitivi sembrano giocare un ruolo determinante nella NES

Allison e colleghi suddividono i NES in quattro gruppi, a secondo del loro stile cognitivo e dei pensieri disfunzionali:

- **Mangiatori notturni compulsivi.** Devo mangiare assolutamente un'altra fetta di torta, perché so che altrimenti non riuscirò mai a dormire.
- **Mangiatori notturni ansiosi/agitati.** Sono ansioso per i troppi pensieri nella mia mente: devo mangiare qualcosa per calmarmi e così riuscire a dormire.
- **Mangiatori notturni dipendenti.** Il cibo di notte per me è come una droga, non ne posso fare a meno.
- **Mangiatori notturni tutto o nulla.** Sono molto stanco, se non mangio non dormo.

Pensieri disfunzionali di tipo depressivo seguono gli spuntini notturni: «Sono un debole, è tutta colpa mia: non ho resistito, non ho forza di volontà, non valgo proprio niente.»



L'auto-attribuzione di mancanza di volontà o valore favorisce ulteriori pensieri disfunzionali depressivi e il mantenimento nel tempo della NES: «Io non ho capacità di controllo, quindi non riesco ad evitare di mangiare di notte.»

### Terapie della NES

**Farmaci:** In studi RCT, risultati incoraggianti con l'uso di SSRI e topiramato (che è efficace nel ridurre le abbuffate, migliorare il sonno e facilitare la perdita di peso negli obesi).

**Terapie non farmacologiche:** Light Therapy e Relaxation Training, per il ruolo dello stress nella NES.

(O'Reardon J et al. *A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of Night Eating Syndrome*. Am J Psychiatry 2006. Friedman S et al. *Light therapy, obesity, and Night Eating Syndrome*. Am J Psychiatry 2002).

### NS-RED. NOCTURNAL/NIGHT SLEEP-RELATED EATING DISORDER. DISTURBO DA ALIMENTAZIONE NOTTURNA (O DEL MANGIARE DI NOTTE) ASSOCIATO A D. DEL SONNO.

(Auger RR: *Sleep-Related Eating Disorders*. Psychiatry 2006)

Criteri diagnostici della SRED secondo l'ICSD-2. (International Classification of Sleep Disorders, Second Edition). American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual*, Second Edition. Westchester, 2005.

- A Episodi ricorrenti di mangiare e bere involontario durante il sonno.
- B Uno o più dei seguenti sintomi devono essere presenti durante gli episodi involontari di mangiare e bere:
- Consumo di particolari tipi o combinazioni di alimenti o sostanze disgustose o non commestibili (sigarette imburrate) o tossiche, in genere in assenza di fame o sete.
  - Interruzione ripetuta del sonno per mangiare, con lamentele di sonno non ristoratore, affaticamento o sonnolenza diurni.
  - Ferite e danni correlati a comportamenti pericolosi attuati mentre si è alla ricerca cibo o cucinano alimenti.
  - Amnesia diurna.
  - Conseguenze negative sulla salute per la ricorrente alimentazione incontrollata di cibo ad alto contenuto calorico.
- C I sintomi non sono giustificati da altri disturbi del sonno, disturbi medici o neurologici o mentali, abuso di sostanze o farmaci.

Descritto per la prima volta da Schenck nel 1991, il quadro clinico è molto simile a quello della NES da cui si distingue però principalmente per vari gradi di amnesia

(completa o parziale) degli episodi di alimentazione notturna, la stretta associazione con altri disturbi del sonno, un'alta frequenza di risvegli dal sonno ad onde lente che lo caratterizzano come una parasonnia NREM. La prevalenza SRED è di circa il 5% nella popolazione generale e del 9-17% di DCA. Il 65% dei pazienti sono donne ed il 40% obesi. L'età media di esordio è di 22-27 anni, con una media di 12-16 anni prima della presentazione clinica. C'è una tendenza all'aggregazione familiare che fa ipotizzare la compartecipazione di fattori genetici. L'esordio in genere segue periodi di stress (soprattutto correlato alla separazione dal partner), l'uso di psicofarmaci per l'insonnia e la depressione (amitriptilina, triazolam, olanzapina, risperidone, zolpidem), l'abuso di alcool o sostanze, le diete durante il giorno, epatiti, encefaliti. Sono stati descritti casi in cui la NSRED è insorta in seguito alla cessazione dal fumo, ma è temporanea e giustifica l'aumento di fame e peso. Frequente è la comorbilità con altri DCA, altre parasonnie (come sonnambulismo o sindrome delle gambe senza riposo), disturbi d'ansia e affettivi, alcolismo ed abuso di sostanze, sindrome delle apnee ostruttive notturne.

(Scheck C et al. *Sleep-related eating disorders: Polysomnographic correlates of a heterogeneous syndrome distinct from daytime eating disorders*. Sleep 1991. Schenck C et al. *Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment*. Sleep 1993. Fassino S et al. *Sonno e disturbi alimentari: una review*. Giorn Ital Psicopat 2005).

### Terapia SRED

**FARMACI:** la SRED non risponde ai farmaci o comunque, farmaci che inducono sonno profondo causano ulteriore confusione e quindi maggiore probabilità di ferirsi durante gli episodi di alimentazione inconscia). Qualche risultato con dopaminergici (se c'è la RLS), il topiramato, SSRI (se c'è depressione), clonazepam (se c'è sonnambulismo).

**INTERVENTI NON FARMACOLOGICI:** psicoterapia poco efficace.

La terapia è soprattutto eziologica, in quanto la SRED in genere segue periodi di stress, l'uso di psicofarmaci (amitriptilina, trazolam, olanzapina, risperidone, zolpidem), l'abuso di alcol o sostanze.

(Winkelman J. *Treatment of Nocturnal Eating Syndrome and Sleep-Related Eating Disorder with topiramate*. Sleep Med 2003. Schenck C, Mahowald M. *Topiramate therapy of sleep related eating disorder (SRED)*. Sleep 2006. Provini F et al. *A pilot double-blind placebo-controlled trial of low-dose pramipexole in sleep-related eating disorder*. Eur J Neurol 2005. Schenck C, Mahowald M. *Topiramate therapy of sleep related eating disorder (SRED)*. Sleep 2006. Miyaoka T et al. *Successful treatment of nocturnal eating/drinking syndrome with selective serotonin reuptake inhibitors*. Int Clin Psychopharmacol 2003. Schenck C, Mahowald M. *Combined bupropion-levodopa-trazodone therapy of sleep-related eating and sleep disruption in two adults with chemical dependency*. Sleep 2000).

## ALCUNE STRATEGIE COGNITIVE DI COUNSELING PER NES E SRED

(Dalle Grave R. *Perdere e mantenere il peso. Un nuovo manuale di terapia cognitivo comportamentale*. Positive Press Verona, 2004).

- Strutturare i pasti durante l'intero arco della giornata, adottando la tecnica dell'alimentazione meccanica.
- Cercare di ridurre lo stress.
- Avere aspettative realistiche sul sonno: accettare due o tre risvegli, non catastrofizzare se si è avuto una notte insonne.
- Migliorare l'igiene del sonno: eliminare caffè e alcool, fare esercizi di rilassamento prima di andare a dormire, non lavorare né usare il computer dopo cena, andare a letto solo quando si ha sonno.
- Non lasciare in giro cibi ipercalorici o che non richiedono una preparazione per essere consumati.
- Programmare serate in compagnia (cinema, chiacchiere con la famiglia) perché la noia o la televisione favoriscono l'alimentazione automatica.
- Ristrutturare i pensieri disfunzionali.

### NS-R ED (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder). Disturbo del mangiare notturno associato a Disturbo del sonno.

L'identificazione di questi due disturbi consente di fornire elementi utili per mettere a punto sia percorsi clinici che programmi terapeutici.

NS-RED: ricorrenti episodi di alimentazione notturna con amnesia; dunque, uno Sleep Eating Disorder-NOS o una Parasomnia-NAS. NES: alterazione del ritmo circadiano dell'alimentazione con insonnia; dunque un DCA-NAS.

NS-RED: episodi di alimentazione notturna durante il sonno profondo REM (fasi 3-4 del sonno). NES durante le fasi iniziali del sonno (1-2 Non-REM).

Stato di coscienza: NS-RED si risvegliano al mattino con scatole vuote di cibo, briciole o avanzi nel letto o nelle mani o tra i capelli, a volte si tagliano o si bruciano durante la preparazione del cibo o sbattono contro le pareti o i mobili e non ricordando nulla il giorno dopo. NES ricordano con esattezza quanto è successo la notte prima.

NS-RED: durante la notte possono avere altre parasomnie (Incubi, Pavor Nocturnus e soprattutto Sonnambulismo, Sindrome delle gambe senza riposo) che i NES non hanno.

NS-RED: a volte ingeriscono anche alimenti non commestibili. NES sono coscienti durante gli episodi di alimentazione notturna e scelgono il cibo da mangiare.

NS-RED: presentano meno disturbi dell'umore rispetto ai NES.

NS-RED: hanno un normale ritmo circadiano alimentare.

FARMACI: dannosi in NS-RED SSRI e farmaci che inducono sonno profondo (potrebbero causare ulteriore confusione nel soggetto) e ferirsi durante gli episodi di alimentazione inconscia). NES: SSRI, Bright Light Therapy, anticonvulsivanti.

## SONNO E DCA

Frequenti i disturbi del sonno in DCA e DCA in pazienti con disturbi del sonno, anche se raramente le pazienti riferiscono l'insonnia come problema:

- Le anoressiche utilizzano in modo attivo la loro insonnia iniziale e centrale che è tanto più grave quanto è più basso il peso corporeo, hanno un recupero del sonno dopo aumento ponderale e una normalizzazione in qualità e durata del sonno al raggiungimento dell'85% del peso ideale.
- Le bulimiche hanno sonnolenza per le abbuffate, spesso però soffrono di insonnia iniziale.
- Obesi con e senza BED hanno numerosi risvegli notturni, dovuti al malessere fisico peso-correlato e alla coesistenza di difficoltà respiratorie, durante i quali possono anche avvenire le abbuffate come nella NES e nella SRED.

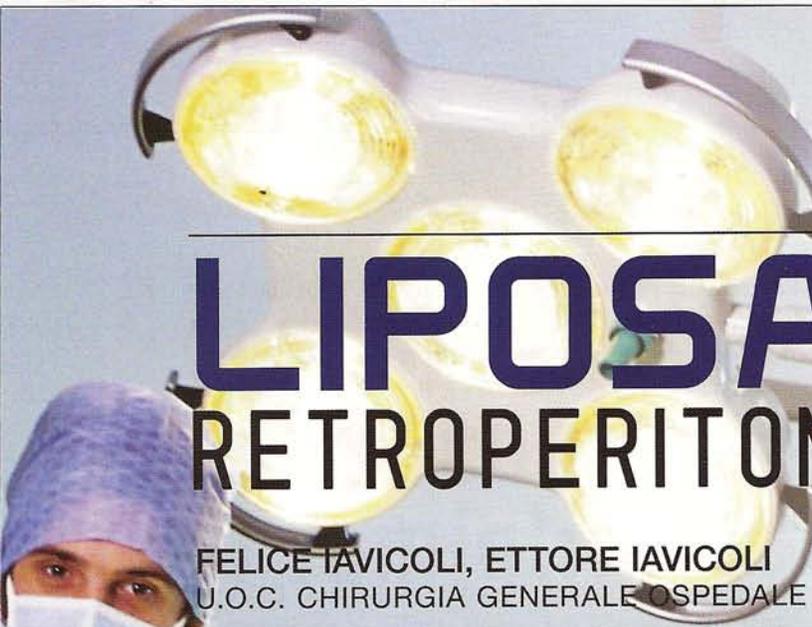
Molti dati suggeriscono una correlazione tra cibo e sonno (Fassino S et al. *Sonno e disturbi alimentari: una review*. Giorn Ital Psicopat 2005). Sembra che esistono meccanismi comuni di regolazione della fame-sazietà e del sonno. Alcuni esempi.

**SAZIETÀ:** Il cibo ha una funzione ansiolitica e ipnotica.

- Una dieta ricca di carboidrati o di grassi induce sonnolenza, una ridotta latenza nell'induzione del sonno, una minore durata del sonno REM e una maggiore percentuale di sonno a onde lente.
- Sazietà è indotta anche da Colecistochinina, Bombesina e Leptina con aumento della sonnolenza e maggiore profondità del sonno a onde lente ma diminuisce il sonno REM.

**DIGIUNO:** Il digiuno breve (4 giorni) porta ad aumento del sonno profondo ad onde lente. Il digiuno prolungato e l'Orexina provocano un aumento del tempo di veglia e sonno più leggero (diminuzione del sonno ad onde lente).





SU DI UN CASO DI

# LIPOSARCOMA RETROPERITONEALE GIGANTE

FELICE IAVICOLI, ETTORE IAVICOLI

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE OSPEDALE S. FRANCESCO CARACCILO DI AGNONE (IS)

## INTRODUZIONE

**I**l Liposarcoma è un tumore che si sviluppa nel tessuto adiposo; è la forma maligna del lipoma e può comparire in qualunque parte del corpo. Esso rappresenta 1% dei tumori maligni [1, 2].

I sottotipi più frequenti sono il liposarcoma (41%), il leiomiomasarcoma (28%), l'istocitoma maligno (7%), il fibrosarcoma (6%) ed i tumori della guaina dei nervi periferici (3%) [3, 7].

A differenza della sua forma benigna il liposarcoma compare più in profondità, al tatto figura essere duro ed elastico. Si manifesta più frequentemente in addome (in sede retroperitoneale), ma si può sviluppare anche nel collo, nel subendocardio o nel subpericardio e anche in altri parti del corpo. Spesso si trova anche nelle estremità, solitamente nella coscia o negli arti superiori.

Colpisce persone intorno alla quinta-settima decade di età.

La causa esatta dei sarcomi molli del tessuto non è ben chiara, tuttavia gli studi hanno indicato che le alterazioni genetiche possono svolgere un ruolo. Poiché il Liposarcoma interessa il tessuto adiposo è di consistenza elastica e può esistere a lungo prima della scoperta, cresce gradualmente spingendo i tessuti circostanti.

I seguenti sintomi sono i più comuni:

- rigonfiamento non doloroso della zona interessata;
- dolore causato dai nervi o dai muscoli;
- fastidio nei movimenti nella parte interessata.

Oltre ad un'anamnesi completa ed un esame fisico e strumentale, la procedura diagnostica più conclusiva per il Liposarcoma è una biopsia, un singolo campione prelevato dal tumore con una procedura chirurgica semplice.

Una volta diagnosticato il Liposarcoma è necessario valutare se esso sia o meno organizzato. Questo processo indica se il tumore si è sparso dalla relativa posizione originale e, in caso affermativo, quanto lontano si è sparso. Lo stadio del tumore e il grading suggeriscono quale forma di trattamento è più adatta e danno una certa indicazione della prognosi. Nella maggior parte dei casi, il Liposarcoma non si espande oltre la relativa posizione locale.

Il trattamento specifico per il Liposarcoma sarà determinato basandosi anche sui seguenti dati:

- Età del paziente;
- Limite e posizione della malattia;
- Presenza o assenza di metastasi;
- Tolleranza del paziente per farmaci, procedure e terapie specifiche;
- Progressione eventuale della malattia.

La chirurgia resta il *gold standard* per il suo trattamento. Il Liposarcoma retroperitoneale rappresenta un'entità clinica ben distinta che richiede un approccio chirurgico più aggressivo, che comprende resezioni multiple o resezioni multiorgano per metastasi. C'è una bassa incidenza di metastasi a distanza (7%) in confronto agli altri sottotipi.

## CASO CLINICO

**S**i ricovera presso il nostro Dipartimento Chirurgico una paziente di 81 anni che presenta notevole distensione addominale con alvo chiuso a feci ed a gas da qualche giorno; dall'anamnesi non riferisce interventi importanti o patologie degne di nota ad eccezione del fatto che negli ultimi 2 anni aveva notato un progressivo aumento di volume dell'addome senza peraltro sintomi degni di nota eccetto qualche episodio di stipsi sottovalutato dalla paziente.

All'esame obiettivo l'addome è notevolmente disteso, trattabile alla palpazione superficiale e dolente a quella profonda.

Una diretta addome mostra qualche livello intestinale ed una ridotta ampiezza dell'emigabbia toracica destra per netta risalita dell'emidiaframma. Una TC addome-pelvi con mdc mostra una voluminosa formazione espansiva che occupa pressoché interamente l'addome, ad aspetto disomogeneo ed a densità fluido densa sia prima che dopo mdc così da ipotizzare verosimilmente cistoadenocarcinoma ovario. Si decide di intervenire chirurgicamente, e previa laparotomia xifo-pubica si rimuove una grossa massa retroperitoneale inglobante il rene destro che viene sacrificato. Date le dimensioni della neoformazione e la massiva invasione retroperitoneale, nel corso della complessa manovra chirurgica per la sua asportazione si pratica una piccola lesione della vena renale di sinistra, nel punto in cui questa era tenacemente

adesa alla massa, che viene riparata nel corso dell'intervento.

L'istologico riporta di un Liposarcoma con ampie aree di necrosi, dedifferenziato, di 50 cm di diametro massimo e di circa 35 kg.

### CONCLUSIONI

**I**l Liposarcoma è il tipo istopatologico più frequente dei sarcomi retroperitoneali, corrispondente al 4% di questi tumori [4, 5].

Si riporta che circa il 20% sono > 10 cm al momento della diagnosi [3].

Comunque solo pochi casi possono considerarsi giganti [4, 6-9].

Il caso da noi riportato può essere compreso tra i tumori più grandi di questo tipo istopatologico. Clinicamente nei casi simili si presentano con sintomi di dolore addominale diffuso accompagnato ad anoressia, perdita di peso e progressiva distensione dell'addome stesso. Il sintomo più comune è l'evidenza di una massa addominale poco dolente nel 78% dei casi. Del resto la clinica è dovuta alla compressione degli organi, proprio come nel caso descritto [3, 4].

Dal caso preso in esame possiamo dire di essere in accordo con Patrik et al. [6] che hanno dimostrato che Liposarcomi > 10 cm possono essere completamente asportati in più del 70% dei casi, ma in più del 50% di questi è stata necessaria una resezione multiorgano e che l'organo interessato di più è il rene (30% dei casi).

Sebbene i tumori del mesoderma siano radioresistenti, il Liposarcoma è radiosensibile [6] ma alcuni autori riportano che non c'è alcun vantaggio in termini di sopravvivenza se la resezione macroscopica è stata completa [6, 8].

Nel nostro caso poiché si tratta di un Liposarcoma primario ben differenziato con una resezione completa sono stati descritti 5 anni di sopravvivenza per il 75-100% dei casi [9, 10].

Recidive locali possono presentarsi dopo 5-10 anni nel 90% dei casi in relazione alla grandezza del tumore, all'impossibilità di una resezione con margini liberi ed alla limitazione di un trattamento adiuvante come una chemio o una radio preoperatoria [3,4].



Liposarcoma asportato di circa 35 kg

### BIBLIOGRAFIA

1 Lilkenny JW, 3rd, Bkabd KI, Copeland EM, 3rd Retroperitoneal Sarcoma. The University of Lilkenny JW, 3rd, Bland KI, Copeland EM, 3rd Retroperitoneal Sarcoma. The University of Florida Experience. *J Am Coli Surg.* 1996; 182:329-39.  
Hassan I, Park SZ, Donohue JH, Nagorney Dm, Kay PA, Nasciemento AG, Schleck CD, Ilstrup DM. Operative management of primary retroperitoneal sarcomas. A reappraisal of an institute experience. *Ann Surg.* 2004; 239:244-50. doi: 10.1097/01sla.0000108670.31446.54.  
Lewis JJ, Leung D, Woodruff JM, Brennan MF. Retroperitoneal soft-tissue sarcoma: Analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. *Ann Surg.* 1998; 228:355-65. doi: 10.1097/00000658-199809000-00008.

Echenique-Elizondo M, Amodarain-Arratibel JA. Liposarcoma retroperitoneal gigante. *Cir Esp.* 2005; 77:293-5.

Jaques DP, Coit DG, Hajdu SI, Bennan MF. Management of primary and recurrent soft-tissue sarcoma of the retroperitoneum. *Ann Surg.* 1990; 212:51-9.

McGrath PC, Neifeld, Lawrence W, Jr, DeMay RM, Kay S, Horsley JS, Parker DA. Improved survival following complete excision of retroperitoneal sarcomas. *Ann Surg.* 1984; 200:200-4. doi: 10.1097/00000658-198408000-00014.

Azpiazua Arnaiz P, Muro Bidaurre I, De Frutos Gomero A, Castro Esnal E, Martin Lopez A, Asesnio Gallego JI, Rivera Garbayo JR. Tumores retroperitoneales. Liposarcoma mixoide retroperitoneal. Presentación de un

nuevo caso. *Arch Esp de Urol.* 2000; 43:170-3.

Romero Perez P, Rafie Mazketli W, Amat Cecilia M, Merenciano Cortina FJ, Gonzalez Devesi M. Tumores adiposos retroperitoneales. A propósito de un liposarcoma mixoide gigante. *Actas Urol Esp.* 1996; 20:79-84.

Guzman Martinez-Valls PI, Ferrerò Doria R, Lopez Alba J, Tomas Ros M, Rodenas Moncfada FJ, Rico Galiano JL, Rodriguez de Ledesma Vega JM, Fontana Compiano LO. Liposarcoma retroperitoneal. A proposito de tres casos. *Arch Esp de Urol.* 1997; 50:529-31.

Mehrotra PK, Ramachandran CS, Goel D, Arora V. Inflammatory variant of a well-differentiated retroperitoneal liposarcoma: case report of a rare giant variety. *Indian J Cancer.* 2006; 43:36-9.

FNOMCeO, Comunicato stampa

# L'Odontoiatria in Europa

## tra libera circolazione e garanzie per il paziente

A CURA DI MARIO TESTA

**L** auree conseguite in Sudamerica, *al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei*. Poi, grazie ad accordi bilaterali, riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate infine, secondo le procedure europee, a quelle italiane.

E non è l'unico stratagemma. Esiste un vero e proprio "turismo formativo", con titoli professionali acquisiti in Romania o Bulgaria senza aver dato un esame o frequentato una lezione, ma validi a tutti gli effetti anche nel nostro paese.

*La fabbrica dei dentisti abusivi*: così il presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, definisce il fenomeno. Dichiarò, infatti: «Siamo di fronte a una vera e propria organizzazione criminale, che si diffonde anche a livello europeo, e contro la quale il Ministero della salute, che è l'autorità competente a verificare la correttezza dei percorsi formativi, si trova con pochi appigli legali, nonostante il totale impegno e la grande professionalità di chi vi opera, mentre gli avvocati che difendono in maniera disinvolta i "laureati" hanno gioco facile. I titoli, infatti, sono corretti dal punto di vista formale, anche se non sono in grado, nella pratica, di garantire il corretto apprendimento e quindi un adeguato svolgimento della professione».

«Ultimamente – continua Renzo – si stanno sviluppando anche altri escamotage: quello, ad esempio, che con una forma di pubblicità aggressiva invita i nostri giovani a frequentare dei corsi di laurea non meglio specificati e inesistenti presso università spagnole – mediate da presunte succursali istituite in alcuni centri urbani del meridione d'Italia – con un breve periodo di preparazione e senza selezione, bypassando il numero chiuso e seguendo la stessa metodologia dei corsi di laurea triennali».

Ma questo è solo uno dei nuovi volti dell'abusivismo, piaga contro la quale la Cao è da sempre impegnata, in collaborazione con i Nas, il ministero della Salute, l'Università: 15.000 professionisti abusivi (contro quasi 57.000 iscritti all'Albo) operano in Italia, spesso in condizioni

igieniche precarie, con il rischio di diffusione di patologie come l'Aids o l'epatite, oltre agli ovvi danni per la salute della bocca dei pazienti.

Per denunciare il problema e portarlo all'attenzione delle istituzioni europee e italiane, la Cao nazionale organizza un doppio appuntamento: a Bruxelles il 15 settembre e a Taormina il 17 e 18.

Si comincia con Bruxelles: una *task force* italiana capitanata dal presidente Renzo, e composta da delegati della Cao, del ministero della Salute e dell'Università, incontrerà domani il Commissario europeo alla Salute e alle Politiche dei consumatori, John Dalli.

Ancora l'Europa, sospesa «tra scelte liberali e necessità di regolamentazione», sarà poi al centro dei lavori dell'ottavo Convegno nazionale di aggiornamento in Odontoiatria dal titolo *Odontoiatria e Società: Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute*, che si svolgerà all'Hotel Hilton di Giardini Naxos (Me) insieme all'Assemblea Nazionale Cao il 17 e il 18 settembre.

«La libera circolazione dei professionisti – afferma Renzo – non può prescindere dall'assoluta garanzia del corretto riconoscimento dei titoli professionali conseguiti sia negli altri paesi europei, sia in quelli extracomunitari. Ad oggi, invece, non si riesce ancora a garantire un sistema "ultrasicuro" per l'equiparazione di questi titoli. Con rischi anche gravi per la salute pubblica».

Questioni così complicate e complesse non possono, ovviamente, risolversi in un incontro *à tantum*.

«Per questo è intenzione della Cao – annuncia infine Renzo – aprire, proprio a Bruxelles, una "Casa europea dell'Odontoiatria", vale a dire una postazione fissa che permetta un dialogo costante e senza interruzioni con le istituzioni comunitarie, per la difesa della salute dei cittadini d'Europa».

# ECO-COLOR-DOPPLER E FLUSSI LENTI

PASQUALE BERARDI

Ricerca realizzata con la collaborazione ed il supporto tecnico-scientifico del dott. Libero Carmine Baranello, Responsabile del Poliambulatorio del Distretto Sanitario A.S.Re.M. di Campobasso sito in via Petrella n 1, del dott. Carlo Musenga, Direttore del Distretto, nonché, per la parte amministrativo-statistica, della dott.ssa Rosa Vergalito, Direttore Amministrativo del Distretto e con l'insostituibile apporto dello staff infermieristico ed ausiliario diretto dalla coordinatrice Assunta Silva.

Si presenta tale studio a completamento delle argomentazioni Ricerca eco-color-doppler dei neonati e degli adulti nel Molise pubblicate nel precedente Bollettino.

## PREMESSA

Acronimi:

- Df frequenza doppler;  
 F frequenza trasmessa;  
 V velocità;  
 q angolo sotteso tra la direzione del fascio ultrasonoro e la direzione del jet;  
 C velocità degli ultrasuoni nei tessuti;  
 PRF pulse repetition frequency;  
 RVU reflusso vescico-ureterale;  
 CUM cisto-ureterografia post-minzionale

Se la frequenza doppler è espressa dall'equazione

$$Df = \frac{2 F V \cos q}{C}$$

se la risoluzione di tale equazione in funzione del limite di Nyquist (le frequenze doppler devono essere non superiori alla metà del PRF) è

$$\frac{PRF}{2} = \frac{2 F V \cos q}{C}$$



I jets di destra e di sinistra diretti bene in alto

e se la risoluzione di questa ultima espressione in funzione della velocità è

$$V = \frac{PRFC}{4 F \cos q}$$

la massima sensibilità nel riscontrare le basse velocità si ha riducendo la PRF, aumentando la F ed incrementando l'ampiezza dell'angolo q (cos. 90° = 0; cos 0° = 1): le velocità determinate senza angolo o sono corrispondenti a quelle reali o rispetto alle stesse sono superiori.

### RVU E JET URETERO-VESCICALE

Selezione dei casi a cui per conferma diagnostica praticare anche la CUM

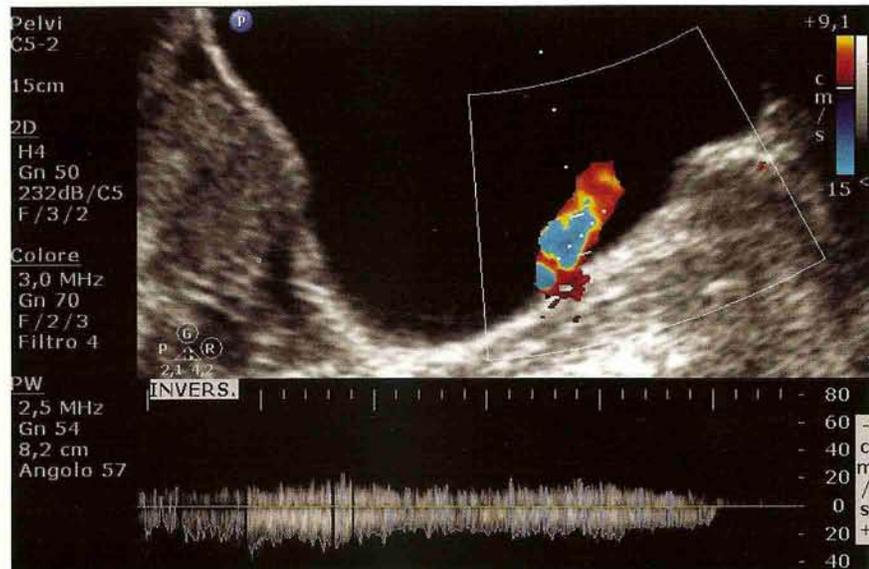
La direzione verso l'alto del jet uretero-vescicale, testimone di una corretta angolazione della porzione intra-murale dell'uretere, è garante di una efficace peristalsi ureterale, quindi anche di un valido meccanismo antireflusso.

La valutazione delle velocità di oltre 6.000 jets uretero-vescicali, definite inserendo sempre l'angolo per non incorrere in errori di valutazione in eccesso, ci permette di affermare che

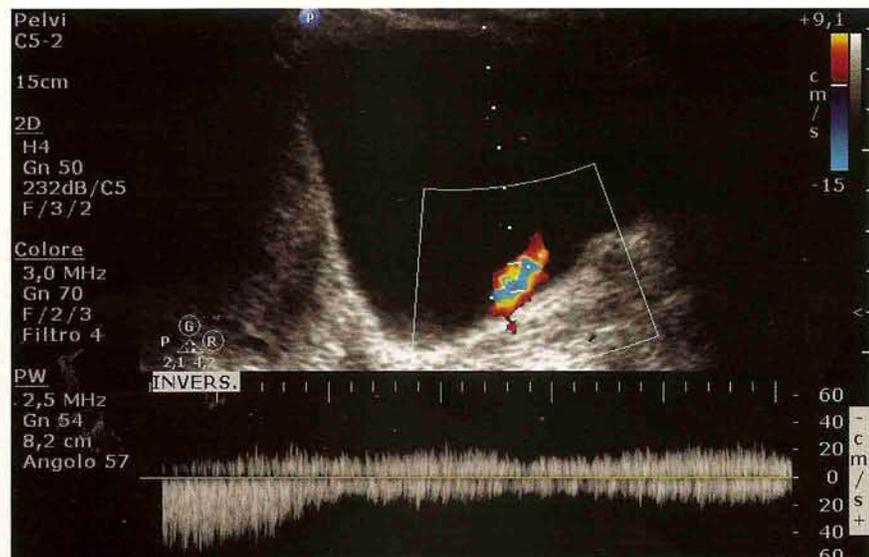
- velocità superiori a 10 cm/sec sono espressione di una efficace peristalsi ureterale, quindi di un valido meccanismo antireflusso vescico-ureterale;
- velocità inferiori a 10 cm/sec, espressione di una inefficace peristalsi ureterale, chiedono di proseguire nell'iter diagnostico con la CUM a conferma del RVU.



Il jet di sinistra diretto bene in alto



Jet ureterale di sinistra con velocità massima di 25 cm/s valutata con angolo di 57°



Jet ureterale di sinistra con velocità massima di 55 cm/s valutata con angolo di 57°

FNOMCeO, Comunicato stampa

# L'Odontoiatria in Europa

## tra libera circolazione e garanzie per il paziente

A CURA DI MARIO TESTA

**L** auree conseguite in Sudamerica, *al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei*. Poi, grazie ad accordi bilaterali, riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate infine, secondo le procedure europee, a quelle italiane.

E non è l'unico stratagemma. Esiste un vero e proprio "turismo formativo", con titoli professionali acquisiti in Romania o Bulgaria senza aver dato un esame o frequentato una lezione, ma validi a tutti gli effetti anche nel nostro paese.

*La fabbrica dei dentisti abusivi*: così il presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, definisce il fenomeno. Dichiarò, infatti: «Siamo di fronte a una vera e propria organizzazione criminale, che si diffonde anche a livello europeo, e contro la quale il Ministero della salute, che è l'autorità competente a verificare la correttezza dei percorsi formativi, si trova con pochi appigli legali, nonostante il totale impegno e la grande professionalità di chi vi opera, mentre gli avvocati che difendono in maniera disinvolta i "laureati" hanno gioco facile. I titoli, infatti, sono corretti dal punto di vista formale, anche se non sono in grado, nella pratica, di garantire il corretto apprendimento e quindi un adeguato svolgimento della professione».

«Ultimamente – continua Renzo – si stanno sviluppando anche altri escamotage: quello, ad esempio, che con una forma di pubblicità aggressiva invita i nostri giovani a frequentare dei corsi di laurea non meglio specificati e inesistenti presso università spagnole – mediate da presunte succursali istituite in alcuni centri urbani del meridione d'Italia – con un breve periodo di preparazione e senza selezione, bypassando il numero chiuso e seguendo la stessa metodologia dei corsi di laurea triennali».

Ma questo è solo uno dei nuovi volti dell'abusivismo, piaga contro la quale la Cao è da sempre impegnata, in collaborazione con i Nas, il ministero della Salute, l'Università: 15.000 professionisti abusivi (contro quasi 57.000 iscritti all'Albo) operano in Italia, spesso in condizioni

igieniche precarie, con il rischio di diffusione di patologie come l'Aids o l'epatite, oltre agli ovvi danni per la salute della bocca dei pazienti.

Per denunciare il problema e portarlo all'attenzione delle istituzioni europee e italiane, la Cao nazionale organizza un doppio appuntamento: a Bruxelles il 15 settembre e a Taormina il 17 e 18.

Si comincia con Bruxelles: una *task force* italiana capitanata dal presidente Renzo, e composta da delegati della Cao, del ministero della Salute e dell'Università, incontrerà domani il Commissario europeo alla Salute e alle Politiche dei consumatori, John Dalli.

Ancora l'Europa, sospesa «tra scelte liberali e necessità di regolamentazione», sarà poi al centro dei lavori dell'ottavo Convegno nazionale di aggiornamento in Odontoiatria dal titolo *Odontoiatria e Società: Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute*, che si svolgerà all'Hotel Hilton di Giardini Naxos (Me) insieme all'Assemblea Nazionale Cao il 17 e il 18 settembre.

«La libera circolazione dei professionisti – afferma Renzo – non può prescindere dall'assoluta garanzia del corretto riconoscimento dei titoli professionali conseguiti sia negli altri paesi europei, sia in quelli extracomunitari. Ad oggi, invece, non si riesce ancora a garantire un sistema "ultrasicuro" per l'equiparazione di questi titoli. Con rischi anche gravi per la salute pubblica».

Questioni così complicate e complesse non possono, ovviamente, risolversi in un incontro *à tantum*.

«Per questo è intenzione della Cao – annuncia infine Renzo – aprire, proprio a Bruxelles, una "Casa europea dell'Odontoiatria", vale a dire una postazione fissa che permetta un dialogo costante e senza interruzioni con le istituzioni comunitarie, per la difesa della salute dei cittadini d'Europa».

## Campagna di prevenzione nelle scuole italiane

# Postura corretta e prevenzione dentale

In riferimento alle numerose richieste di chiarimenti sulla valenza deontologica della "Campagna di prevenzione Postura Corretta e prevenzione dentale nelle scuole italiane" la Federazione, nell'ambito dei suoi compiti di indirizzo e coordinamento, ha inviato all'Associazione P.E.A.S. (Progetto Educazione Alla Salute) la nota che alleghiamo per conoscenza.

In primo luogo, è da osservare che l'iniziativa è limitata agli studi odontoiatrici, ai quali viene attribuita una competenza in materia di educazione sanitaria per la difesa della colonna vertebrale che non sembra rientrare tra quelle dell'odontoiatria, individuate dall'art. 2 della legge 409/1985, se non in rapporto ai casi di patologia dell'apparato stomatognatico. Al di là di questo aspetto, suscita perplessità l'utilizzo della figura dell'odontoiatra per promuovere un'operazione commerciale che appare in contrasto con la deontologia professionale.

Si fa riferimento, in tale contesto, alle norme del vigente Codice di Deontologia Medica. Più precisamente,

si evidenzia l'articolo 56, comma 4, nella parte in cui si pone il divieto di «qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri».

Va preso in considerazione anche l'articolo 57, laddove stabilisce che «il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali».

Si sottolinea, infine, la perplessità dell'iniziativa non soltanto per il tema della corretta pubblicità sanitaria ma anche in relazione all'articolo 65, comma 3, che testualmente prevede che «Il medico non deve partecipare in nessuna veste ad imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale».

Con la speranza di aver chiarito il punto di vista della Federazione sull'iniziativa di cui trattasi, porgiamo cordiali saluti.

Il presidente

Dot. Amedeo Bianco



## Il personale del poliambulatorio di Frosolone ricorda

Con la scomparsa del Dr. Mario Durante se ne va una parte di quel mondo legato alla medicina in cui la passione per il lavoro svolto, l'entusiasmo in esso riversato e la competenza tecnico-organizzativa costituivano le componenti essenziali per il raggiungimento dei risultati prefissati.

Mario Durante è esempio di più che valido professionista (specializzato in dermatologia e già medico condotto) e figura di amministratore di rare capacità.

La sua "creatura" (come a ragione usava definirla), il Poliambulatorio di Frosolone, fu da lui fortemente voluta e organizzata, giorno dopo giorno, dal 1984 al 2000, data del suo pensionamento, nel rispetto di una logica improntata alla massima funzionalità e pur nella ristrettezza economica dei

# Mario Durante

DURONIA 18/02/1930 - 07/08/2010

fondi ad essa destinati. Egli seppe concepirla e materializzarla con certissima pazienza, vedendo così nascere una struttura modello sia per i servizi offerti che per l'organizzazione interna del personale, sulla cui formazione non potevano non incidere - ed essere ad esso trasmessi - quei principi di lealtà, di onestà, rispetto, serietà e spirito di dedizione, che hanno caratterizzato la vita di Mario Durante come Uomo e come Medico.

In tempi come gli attuali in cui la Sanità conosce una profonda crisi, il lavoro da lui svolto negli anni meriterebbe di essere segnalato, soprattutto alle nuove generazioni di professionisti, come concreto esempio di managerialità intesa

nel senso di una progettazione, pianificazione e strutturazione di mezzi e servizi, avulsa da logiche estranee allo specifico settore, ma basata esclusivamente sull'idea di operatività e funzionalità.

Il nome di Mario Durante, cui necessariamente è legato quello del Poliambulatorio di Frosolone, resterà impresso in quanti continuano la sua opera, all'interno della struttura, ripercorrendone i tracciati e gli insegnamenti, e in quanti, utenti provenienti da un ampio bacino territoriale, usufruiscono del Centro Sanitario sapendo di trovare in questa "creatura" un sicuro e valido punto di riferimento assistenziale.

# qui *Enpam*

FERNANDO CRUDELE

## ELETTI NEI COMITATI CONSULTIVI ENPAM

Fondo B – Libera Professione: Libero professionista, CB

Fondo MMG: dott. Di Gregorio Giuseppe MMG, CB

Fondo Specialista Ambulatoriale: dott. Cuccia Leonardo S.A., CB

Fondo Specialisti Esterni: dott. Iuvaro Giuseppe, S.E., IS

Ringrazio ancora una volta il Presidente dell'Ordine ed il Direttore Editoriale che mi danno la possibilità di ringraziarvi tutti per la massa di voti che mi avete dato per l'elezione al Comitato Consultivo dell'ENPAM.

Purtroppo questa volta non abbiamo vinto, il nostro Ordine è troppo piccolo per contrastare candidati di altri Ordini, però mi ha molto colpito la presenza di tanti amici che sono venuti da tutta la provincia solo per votarmi.

La mancata conferma anche del collega Angelone nel Comitato della Libera Professione riduce notevolmente la nostra presenza in seno all'ENPAM, soprattutto nel momento in cui si stanno prendendo decisioni difficili sulla nostra futura pensione.

Sono un europeista convinto e quindi non faccio campanilismo, il nostro ruolo all'interno dell'ente era di portare dentro le richieste e le domande di tutti voi, e poi, di riportare



in periferia le decisioni dell'ente.

In questi anni abbiamo organizzato un incontro molto proficuo con i dirigenti dell'ENPAM che hanno risposto alle nostre domande e ai nostri dubbi soprattutto sulla nostra pensione futura e sulle eventuali modalità per accrescere la nostra pensione; abbiamo parlato dei mutui a tassi agevolati e sui prestiti; sui riscatti di laurea e su tanto altro ancora.

Questa nostra attività, comunque, non si arresterà: tramite l'Ordine continueremo ad interessarci dell'ENPAM; organizzeremo altri incontri e, grazie all'amicizia con alcuni dirigenti, cercheremo di dare risposte esaurienti ed in fretta alle vostre richieste.

Non staremo nei comitati ma continueremo a vigilare perché questo mi è stato chiesto da tutti quei colleghi che in una bella domenica di maggio sono venuti a votarmi.

A CURA DI ANTONIO TARTAGLIONE SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG ISERNIA

# Certificati per assenza dal lavoro: non è cosa riservata ai medici di famiglia



Pur non essendo chiaramente inserito negli accordi contrattuali dei medici dipendenti, tale compito di certificatore è previsto da più di un decreto legge nazionale e in quanto tale esso supera qualsiasi disposizione contrattuale. Qualunque medico, sia esso medico di famiglia, che ospedaliero in fase di dimissione, che medico di Pronto Soccorso o addirittura medico privato in visita urgente, deve, a norma della legge 33/80 e degli obblighi deontologici certificare l'eventuale incapacità lavorativa. Anche il Codice Deontologico, infatti, afferma che il medico non può rifiutare di certificare quanto sia necessario alla tutela della salute del cittadino, e la certificazione è una prerogativa essenziale di qualunque medico. Pertanto rifiutare al lavoratore una certificazione di malattia necessaria alla tutela della sua salute da parte di un medico della struttura pubblica, equivale ad omissione di atti d'ufficio.

È stato più volte sottolineato (INPS, circ. 13.5.1996, n. 99; circ. 25.7.2003, n. 136; msg.7.11.2003, n. 968) che il certificato di malattia debba essere compilato non solo dal Medico di famiglia ma più in generale dal «Medico curante», cioè colui che ha avuto in cura il cittadino in quel periodo e per quella data malattia, quindi il medico del reparto universitario od ospedaliero ove il lavoratore è stato ricoverato, o il medico specialista ambulatoriale della struttura, o ancora il convenzionato esterno o il medico libero professionista, ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza ovvero comunque per esigenze correlate alle specificità della patologia sofferta.

Sono valide anche le certificazioni rilasciate su modelli non «standard» (es. ricettario privato) o su quelli in uso presso i reparti ospedalieri o il pronto soccorso, a condizione però che dagli stessi risulti una prognosi non di natura strettamente «clinica» ma che, attraverso una precisa diagnosi, metta il medico INPS in condizione di valutare l'incapacità al lavoro; sono validi a condizione che contengano i seguenti dati: nominativo del lavoratore, diagnosi e prognosi, intestazione, data di rilascio, timbro e firma del medico, abituale domicilio del lavoratore ed eventualmente il diverso temporaneo recapito (INPS, circ. 13.5.1996, n. 99; circ. 25.7.2003, n.

136; msg.7.11.2003, n. 968). Nessuna norma prevede che il medico di famiglia certifichi quanto è stato visto da altri colleghi eppure per evitare disagi al cittadino e querelle legali ai colleghi strutturati i medici di medicina generale si sono assunti per anni l'onere di una certificazione che non competeva loro.

Infatti, grazie ai comportamenti concilianti dei medici di famiglia, che hanno sempre tenuto principalmente conto degli interessi del paziente, sono stati evitati, in nome di un diverso rapporto medico-paziente, innumerevoli contenziosi giudiziari. Al di là del sovraccarico burocratico per i medici di famiglia, rinviare la certificazione al medico di medicina generale comporta sempre un grave disagio per il cittadino costretto, una volta dimesso dalla struttura, a fare una fila in sala d'attesa dal suo medico, non per una visita o per un controllo, ma semplicemente per la compilazione di un certificato, il che è eticamente assolutamente inaccettabile e assolutamente non previsto dalla normativa.

Lo stesso problema si pone giornalmente con le prescrizioni di indagini di laboratorio e strumentali che innumerevoli pervengono quotidianamente sulle scrivanie dei medici di famiglia dagli specialisti delle strutture ospedaliere, universitarie o territoriali, che per obbligo dovrebbero avere i ricettari regionali, ma rifiutano di utilizzarli per prescrivere direttamente le indagini necessarie a rispondere al quesito diagnostico posto dal medico di famiglia che ha inviato l'assistito. Anche in questi casi si evince l'omissione di atti d'ufficio, oltre alla scorrettezza deontologica nei riguardi dei colleghi.

Alla luce di queste considerazioni è quanto mai necessario che la ASReM provveda con sollecitudine a distribuire a tutti i medici convenzionati e dipendenti le credenziali per poter effettuare le certificazioni di malattia on-line come previsto dalla nuova legge.

L'art. 69 del D.L. 27-10-2009 n. 150 introducendo quanto già precedentemente previsto dall'art 55-septies del D.L. 30-03-2001, prevede che: «il certificato medico attestante l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici deve essere inviato, per via telematica, direttamente all'INPS dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica

che lo rilascia, secondo le modalità già stabilite dalla normativa vigente per la trasmissione dei certificati medici del settore privato».

La stessa Circolare Brunetta del 19 marzo 2010 ribadisce al comma 1 che «sono tenuti alla trasmissione telematica i medici dipendenti del SSN e i medici in regime di convenzione». La stessa circolare ricorda che ai sensi del già citato D.L. n.165 del 2001 «l'inosservanza degli obblighi di trasmissione telematica come sopra descritti costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta il licenziamento per i dipendenti o, per i convenzionati, la decadenza della convenzione in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi».

In questi giorni si è diffusa la falsa notizia di una esenzione per gli ospedalieri dell'obbligo di compilare le certificazioni di malattia: alla luce di quanto detto sopra la notizia è evidentemente frutto di un equivoco.

Infatti per i sindacati della medicina generale non

c'è nessuna disparità di trattamento: «Lavoriamo con le sigle della dirigenza in stretto contatto» spiega Giacomo Milillo, segretario generale della Fimmg «e sarebbe sbagliato pensare che ciascuno lavora per scaricare all'altro ogni responsabilità. Le decisioni del Ministero, dunque, valgono per entrambe le categorie: chi è già in grado di certificare on line è tenuto a farlo, chi non può si affidi alla carta. È evidente che per un ospedaliero questo significa una cosa sola: se la struttura in cui lavora non gli fornisce gli strumenti necessari, la carta resta la sua unica risorsa». «Non ho mai visto un certificato di malattia che accompagnasse una dimissione ospedaliera» aggiunge Angelo Testa, presidente di Snam «già il fatto che adesso i colleghi del Ssn si mettano a farli è una bella notizia, carta o no. In ogni caso anche a me risulta che il Ministero non abbia autorizzato disparità di trattamento: chi può certificare on line lo fa, chi non può usa la carta».

# AVVISI & NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



La Commissione per il collaudo del sistema di invio dei certificati di malattia online, preso atto dei risultati delle verifiche del sistema, ha ritenuto concluso il collaudo in quanto è stata verificata la funzionalità delle piattaforme e dei sistemi pur evidenziando segnalazioni di difficoltà applicativa sotto il profilo organizzativo, sia in ambito ospedaliero che territoriale, per le quali vanno previste soluzioni da porre in atto in tempi brevi nella fase di compiuta ottimizzazione. La Commissione ha invitato l'amministrazione competente ad emanare apposita circolare con cui si chiarisca che, fermo restando l'obbligo di trasmissione online dei certificati di malattia, fino alla piena andata a regime del sistema e, in ogni caso non oltre il 31.1.2011, l'inosservanza di quanto previsto dalla normativa non costituisce, a tutti gli effetti, illecito disciplinare.

Il 13 Agosto è entrata in vigore la Legge N. 120, 29 Luglio 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29.07.10, Supplemento ordinario n. 171), in materia di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e di revisione della patente di guida. Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire

apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici. La stessa Legge dispone che la certificazione di cui sopra debba tener conto dei precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia. La Legge non identifica in maniera univoca nel Medico di Medicina Generale la figura professionale deputata al rilascio di tale certificazione, come invece avveniva un tempo, si parla infatti genericamente di "un medico di fiducia".

Si tratta ovviamente di una certificazione che rientra nell'attività libero professionale.

La legge prevede un Decreto Interministeriale che definisca le procedure nei dettagli e fino a quando questo decreto non sarà emanato tutto dovrà funzionare come prima. Nella stesura del Decreto è prevista anche la definizione dei contenuti del certificato del medico di fiducia e comunque l'obbligo delle procedure sarà vigente solo dopo almeno sei mesi dall'entrata in vigore del Decreto interministeriale.

Non essendo pertanto vigenti le nuove procedure previste dalla legge, i medici e le strutture deputate al rilascio delle patenti non sono ancora tenute a richiedere tale certificato al MMG, anche perché, pur disponendone non possono includerlo nella pratica. Tenuto conto delle richieste che comunque arrivano ai medici, si consiglia, qualora il paziente lo richiedesse e fermo restando che il cittadino stesso deve essere avvertito dell'inappropriatezza della richiesta e dell'inutilità del certificato richiesto di formulare un certificato semplice di stato di buona salute.



Il Ministero dell'Interno ha sollevato dubbi sulla certificazione online di malattia e con una propria circolare viene specificato che ai dipendenti della Polizia di Stato, in caso di assenza per malattia, sia rilasciato il tradizionale certificato cartaceo o, in alternativa, che l'attestato elettronico sia corredato delle generalità dell'assistito, diagnosi, prognosi, timbro e firma autografa del medico certificatore. Non solo ma il documento rimarca che la procedura in atto determina un flusso di dati sensibili, riguardanti il personale della Polizia di Stato, di cui, in assenza di idonea informativa, non si conosce il trattamento ai fini della tutela della privacy.

Sul sito <http://www.sistemats.it/> del Ministero delle Finanze, nell'area CERTIFICAZIONI DI MALATTIA è disponibile la documentazione riguardante la definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC (decreto 26 febbraio 2010 GU n. 65 del 19-3-2010) e la documentazione di tipo generale per l'utilizzo dei servizi web.



Il vicepresidente del Parlamento europeo, Gianni Pittella, ha incontrato il 16 settembre, a Bruxelles, insieme al Commissario alla Salute John Dalli, una delegazione della CAO (Commissione Albo Odontoiatri) nazionale, guidata dal presidente Giuseppe Renzo, per parlare di lauree false, abusivismo odontoiatrico, libera circolazione di pazienti e professionisti. Molto soddisfatto dell'incontro il presidente Renzo, che ha dichiarato che il Commissario

rio e il Vicepresidente condividono appieno la preoccupazione per questi fenomeni che mettono in pericolo la salute dei cittadini europei, prima ancora che i fondamenti del mercato unico. Entrambi hanno assicurato la loro piena collaborazione con la CAO nella lotta all'abusivismo e al traffico europeo di false lauree.



Sul sito del ministero della salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)) è disponibile la relazione annuale al Parlamento, predisposta dall'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale, che ricostruisce un quadro attuale ed aggiornato dello stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, secondo quanto disposto dalla legge n. 120 del 2007. Gli elementi raccolti sono stati elaborati, sottoposti ad analisi e successivamente rapportati con i dati emersi nel corso della rilevazione condotta nel 2008. Quale completamento descrittivo del fenomeno della libera professione intramuraria è stata condotta un'analisi sull'aspetto economico-strutturale e uno studio sui tempi di attesa. Le informazioni così ottenute sono riportate nella Relazione, che si articola in tre volumi (scaricabili dal sito).



Si stima che a partire dal 2014 il numero dei medici comincerà a decrescere. Nel 2018 avremo 22 mila professionisti in meno. Il ministero della Salute, in sinergia con quello dell'Istruzione, è impegnato a promuovere politiche attive per fronteggiare la carenza. Parola del ministro della Salute Ferruccio Fazio, rispondendo alla Camera sulla carenza di personale sanitario, medici e infermieri. Riguardo ai camici bianchi, «il ministero della Salute, le Regioni e la Federazione nazionale dei medici - ha detto Fazio - hanno chiesto l'aumento dell'offerta formativa, a cui l'università ha risposto progressivamente incrementando il numero da 7.366 nell'anno accademico 2007-2008 a 8.800 per il prossimo anno».



Una recente sentenza del Consiglio di Stato ha stabilito che i funzionari medici designati dall'Usl a rilasciare i certificati per il voto assistito non possono essere candidati né parenti fino al quarto grado di candidati. Ciò posto, l'illegittimità dei certificati volti ad accertare la sussistenza di una infermità tale da rendere necessario il voto assistito determina una illegittima modalità di espressione del voto dell'elettore che ne usufruisce e tale voto deve, necessariamente, essere annullato.



I datori di lavoro, pubblici e privati, possono richiedere all'Inps di inviare alla propria casella di posta elettronica certificata (Pec) le attestazioni di malattia dei dipendenti. L'Inps, infatti, ha definito la procedura e quindi i dipendenti in malattia, accertata l'attivazione da parte del proprio datore di lavoro, pubblico o privato che sia, della richiesta di avere direttamente i certificati dall'INPS tramite PEC, non avranno più l'obbligo di recapitare l'attestazione di invio loro rilasciata.



La Corte di Cassazione con la sentenza n. 5718 del 9 marzo 2010 ha stabilito che non sono solo le cause di forza maggiore a permettere al lavoratore, assente dal servizio per malattia, di allontanarsi da casa durante le fasce di reperibilità, ma esistono anche altri motivi, non inevitabili ma comunque necessari a tutelare interessi primari, che consentono di mancare l'appuntamento con la visita fiscale. In tali circostanze è necessario venga accertato che le predette esigenze non potevano essere soddisfatte in orari diversi da quelli in cui l'interessato avrebbe dovuto trovarsi in casa in attesa della visita di controllo. Si ricorda che le nuove fasce orarie, per i dipendenti pubblici, sono così articolate: dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 15.00 alle 18.00.

## ATTENTI ALLE TRUFFE

Facendo seguito alle precedenti comunicazioni in materia, invitiamo gli Ordini a vagliare e a dare idonea informazione agli iscritti per quanto concerne l'iniziativa del non meglio identificato "Registro Italiano dei Medici" che ha inviato a tutti i medici e gli odontoiatri una modulistica diretta a raccogliere dati per un aggiornamento del Registro stesso. Tale modulistica risulta ingannevole in quanto induce all'errore facendo credere ai destinatari di trovarsi di fronte a un obbligo di legge. Dal contesto assolutamente non trasparente del messaggio, inoltre, sembra emergere la gratuità dell'operazione mentre invece, da un'attenta lettura degli allegati, si evince l'elevata onerosità della stessa.

Molti medici e odontoiatri italiani che hanno incautamente sottoscritto la modulistica si vedono ora recapitare la richiesta di un esoso pagamento per una pubblicità non richiesta e artatamente camuffata da obbligo di leg-

ge. Si sottolinea a riguardo che la sottoscrizione di un tale modulo è palesemente in contrasto con la normativa civilistica sui vizi del consenso nel contratto di cui agli artt. 1427 e ss. cod. civ. Resta poi ferma la configurabilità del reato di truffa di cui all'art. 640 cod. pen. in merito al quale la Federazione ha già provveduto ad inviare l'allegata denuncia-istanza alla competente Procura della Repubblica e alla Polizia Postale. Si suggerisce agli Ordini, pertanto, di consigliare, agli iscritti che si vedessero recapitare richieste di pagamento in relazione alla sottoscrizione di tale modulistica, di provvedere a inviare una diffida, sottolineando la nullità della sottoscrizione dolosamente carpitata in danno della buona fede dei destinatari. La Federazione provvederà a pubblicare tempestivamente tale comunicazione sul suo portale e invita gli Ordini a fare lo stesso, pubblicando la stessa su rispettivi siti internet.



# Vita dell'Ordine

## Delibere del consiglio

### CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 20.05.2010

Presenti: Tartaglione, D'Apollonio, Berchicci, Testa, Sanità, Crudele, Trabassi.

- Concessione invio all'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Foggia dell'elenco egli iscritti al nostro Ordine degli Odontoiatri;
- Patrocinio congresso interregionale A.I.U.C. sezione Lazio, Puglia, Abruzzo e Molise;
- Istituzione registro Medicine non Convenzionali con quota da pagare per chi vuole iscriversi;
- Iscrizione all'Ordine dr.ssa Gabriella Testa.

### CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 30.07.2010

Presenti: Tartaglione, Crudele, Berchicci, Testa, Trabassi, Morcone.

- Iscrizione all'ordine dr. Andrea Marra e dr.ssa Nadia Castaldi;
- Iscrizione per trasferimento dr. Angela De Stefano e dr. D'Amelio.

### CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 09.09.2010

Presenti: Tartaglione, Trabassi, Morcone, Sanità, Berchicci, Testa, Attademo, D'Apollonio.

- Concessione sala dell'Ordine per il convegno su "cuore e polmone";
- Comunicazione tribunale;
- Iniziativa per razionalizzare l'invio dei certificati di malattia on-line;
- Trasferimento;
- Parere conformità alle norme di deontologia sul testo della pubblicità da inviare ai propri pazienti.

### AESERNIA MEDICA MAGGIO 2010

Aut. Trib. Isernia n. 39

### COMITATO DI REDAZIONE

**Direttore responsabile**

Natalino PAONE

**Coordinatore editoriale**

Angelo TRABASSI

**Comitato di redazione**

Giorgio BERCHICCI

Fernando CRUDELE

Alfredo VOLPACCHIO

**Segreteria di redazione**

Mara IONATA

**Impaginazione e grafica**

Sigmastudio, Isernia

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Sergio TARTAGLIONE

**Vice Presidente**

Angelo TRABASSI

**Segretario**

Giorgio BERCHICCI

**Tesoriere**

Anna MORCONE

**Consiglieri**

Giuseppe ATTADEMO

Alfredo De RENZIS

Antonio SANITÀ

Vilma ZULLO

Fernando CRUDELE

Angela GALARDI

### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

**Presidente**

Claudio D'APOLLONIO

Giuseppina ROCCHIO

Maria Teresa LA FORZA

Maria Grazia PIRRAGLIA

(membro supplente)

### COMMISSIONE ODONTOIATRI

**Presidente**

Mario TESTA

Giovanni ANGELONE

Danilo CANÈ

Laura PROCACCINI

Dott. Giorgio BERCHICCI



# Marcantonio Gualtieri

## FILOSOFO, RETTORE E PROTOMEDICO DEL REGNO DI NAPOLI NEL XVII SECOLO

FRANCO CARUGNO

I recenti lavori di edificazione del parcheggio degli orti in Isernia hanno permesso la fruizione di un'epigrafe del 1643 dedicata all'illustre giuriconsulto isernino Virgilio Chiacchieri autore di *Iuris civilis singolare responsum sive apologia Virgilij Chiacchieri iurisconsulti aesernini Marchionissae Zaenobiae testatricis fidelis testamentarij*. Tale scoperta costituisce lo spunto per il presente elaborato, il cui fine, seppur in carenza di fonti storiografiche, è di individuare e tratteggiare la biografia di un medico illustre del XVII secolo, epoca storica segnata nel Regno di Napoli dall'imperversare di due flagelli quali la peste e il brigantaggio. La scelta, ineludibilmente ricadente su Marcantonio Gualtieri, è il giusto riconoscimento per il filosofo, medico e scrittore, dal curriculum professionale ed accademico impareggiabile, è un omaggio ad Agnone, città natale del personaggio, una delle più importanti dell'Abruzzo Citra e non del Contado del Molise, come più facilmente supponibile.

La ricerca è il tentativo di individuare una singola tappa del lungo iter della storia medica locale, poco nota, ma ricca di spunti di riflessione.

L'affascinante viaggio nella storia della medicina individua in Marcantonio Gualtieri uno dei nostri più insigni esponenti dell'ars medica del Seicento.

Gualtieri nasce nel 1570 in Agnone, «utile signoria» dei Gonzaga, una delle città più popolose della provincia Citra<sup>1</sup>.

1 *Agnone nelle memorie*, vol I, - *Delle Istorie della Città d'Agnone doc. II* - pag. 46, Cristiano e Antonio Arduino, ed. Arduino, 2003: «...io impendo a parlare della città d'Agnone come quella che giace nell'antico Sannio edificata sulle rovine dell'antica

In adolescenza ebbe quali «amatissimi Precettori» il concittadino Francesco Blasio, «amore e splendore della Medicina», e suo padre Francesco Gualtieri, che in Agnone «gli impartirono le prime nozioni di Filosofia<sup>2</sup> e gli istillarono l'amore per i buoni studi».

Ha due fratelli, Ippolito, e Giovannantonio, destinati entrambi a divenire ricchi di dottrina<sup>3</sup>.

Non è noto se i Duchi di Mantova, o altri, si adoperarono per la sua carriera, così come

era avvenuto per il concittadino, Ascanio Mancinelli<sup>4</sup>, autore di *De morsu rabidi*.

La ricostruzione biografica è attualmente in gran parte possibile grazie alle notizie storiche affidateci dal Ciarlanti<sup>5</sup>.

Gualtieri, per i molti suoi meriti, in gioventù venne assunto, come docente di teorica medica, dal viceré conte di Benavento<sup>6</sup>.

Aquilonia... che oggi è compresa in una parte dell'Abruzzo Citra, confinante col Contado di Molise...»

La definizione è attribuita a Marcantonio Gualtieri. Dopo la peste del 1566 Agnone contava circa 9000 abitanti.

2 Ascenzo Marinelli, *Discorsi Accademici di Marcantonio Gualtieri di Agnone tradotti dal latino*, Colitti editore 1892.

3 Dalla famiglia Galtieri, scrive V. Ciarlanti, *sono usciti Hippolito eccellente filosofo, che scrisse sopra la Fen' d'Avicena, Giovanni Antonio fratello di Marco Antonio, e Domenico lor nipote c'hanno successivamente goduto del Rettorato delli pubblici Collegij di Napoli*.

4 Medico personale dei Duchi di Mantova.

5 *Memorie Storiche del Sannio* Libro V pag 526-527 Ed. Cavallo 1644 (I edizione) Ristampa Forni Editore 1977.

6 Giovanni Antonio Pimentel d'Errera viceré di Napoli dal 1603 al 1610.

...dalla fatica  
ha origine la virtù,  
dalla virtù la lode,  
dalla lode la gloria...



L. Tammara, La processione della peste



Ignoto, La peste a Firenze

All'età di 38 anni, il 14 ottobre 1608, successe a Baldassarre de Canizales anche nella cattedra di "Teoria delle feste e delle vacanze"<sup>7</sup>.

Intanto, l'Università partenopea partecipava alla condizione di declino in cui versavano anche le altre facoltà europee.

Per risollevare le sorti del Real Studio, il Conte di Lemos<sup>8</sup>, nuovo vicerè di Napoli, varò una «grande e savia riforma» sulla base dell'ordinamento di Salamanca.

De Castro pubblicò inoltre norme severe per il reclutamento dei docenti, e trasferì la sede universitaria, dal collegio dei padri gesuiti in S. Domenico Maggiore, al nuovo palazzo nei pressi di Porta di Costantinopoli.

Il 14 giugno 1615, data di apertura di quell'anno accademico, in occasione della traslazione del Real Studio, Gualtieri, in mozzetta color turchino e cappello con fiocco dello stesso colore, "alla presenza del conte di

7 *Storia dell'Università di Napoli*, Torraca, Monti, Cortese, Schipa, Zazo, Russo Ed R. Ricciardi 1924.

8 Pedro Fernandez de Castro vicerè di Napoli dal 1610 al 1616.



Vera effigie di

### San Rocco di Montpellier

Venerata nel Convento dei PP. Minimi sin dal XVI secolo  
Pizzo

Lemos, di ufficiali, cavalieri, dottori di tutti i Collegi<sup>9</sup> di Napoli" e di gran folto pubblico, "solo tra tanti dotti, fu eletto a recitare l'orazione (Prammatica in translatione studiorum) dal titolo *Horatio abita, noviter ac in eodem Regi Studio, cum illius primum adaperirentur fores* In laudem virtutis una cum explanatione primi textus. Primi

9 I Collegi (equivalenti agli attuali Ordini professionali) avevano funzione di selezione professionale, erano una sorta di completamento dello Studio perchè abilitavano all'esercizio delle civili professioni solo gli indottrinati dallo stesso Studio. Tali Corporazioni rilasciavano patenti dottorali previa presentazione di titoli relativi allo stato del candidato (fedi di battesimo e di matrimonio dei genitori) e al corso di studi. Per il dottorato in medicina si doveva studiare 7 anni (3 in filosofia e 4 in medicina, per i chirurghi erano previsti solo i 4 anni di medicina) durante i quali si conseguiva dapprima il titolo di baccelliere, quindi si superava l'esame di licenza e infine si conseguiva la laurea, esame pubblico al cospetto di una commissione, di nomina reale presieduta dal Cappellano Maggiore, quindi sostituita dal Collegio stesso (Luigi Russo, Cittadini di Capua nel collegio dei dottori di Napoli 1610-1811). I dottori iscritti ai Collegi erano persone "privilegiate", non soggette a tassazioni, e godevano di immunità (non erano sottoposti al giudizio della Magistratura).



Canaletto, La festa di San Rocco

aphorismorum Neapoli apud Iacobum Carlinum 1616 4° (Toppi pag. 203)<sup>10</sup>.”

Secondo quanto sostenuto da Cristiano e Antonio Arduino<sup>11</sup>, nel 1615 ricoprì il ruolo di “Magnifico Rettore dell’Università di Napoli”<sup>12</sup>.”

Successivamente tra il 1616 e il 1620, il viceré Pedro Giron, duca di Ossuna, lo elesse medico personale e Protomedico del Regno.

Gualtieri, in virtù dei regi servigi resi, dei personali successi intellettuali e professionali conseguiti, assurse alla carica e alla posizione più importante a cui un medico del regno di Napoli potesse ambire.

Marcantonio ricoprì infatti il ruolo di «capo della sanità del Regno con funzioni di vigilanza e di autorizzazione delle professioni sanitarie, di presidenza della commissione di abilitazione all’esercizio sanitario, di ispezione delle spezierie, e di valenza soprattutto fiscale (arrondissement)».

Mantenne sicuramente l’incarico di lettore<sup>13</sup> ordinario

di medicina fino al 1623<sup>14</sup>, e forse anche oltre, e fu medico del terzo viceré spagnolo.

Nel giugno del 1626 giunse in Palermo in qualità di medico personale del marchese di Tavora, viceré del regno di Sicilia, con il compito anche di porre argine al dilagare dell’epidemia di peste.

Il riconoscimento per la sua opera meritoria trovò menzione nelle “Decisioni” del Presidente di Palermo, Francesco De Pastiglia, che così sottolineava: «Spectabilis Prothomedicus Galterius Neapolitanus asportatus fuit ab Excellentissimo nostro Pro rege Marchione Tavera in hanc urbem, ut operam daret saevient contagio».

Per contenere l’insorgenza di nuovi focolai epidemici in Palermo, Gualtieri, d’accordo con altri professori di medicina, fece promulgare un bando contro gli untori<sup>15</sup> e dettò severe disposizioni in materia di igiene pubblica come bruciare indumenti e suppellettili, fonte di possibile ulteriore contagio, e sanare (spurgo) case e ospedali<sup>16</sup>.

per la prima cattedra una salario corrispondente a circa 400 ducati (quasi il costo di un appartamento) e 200 per la seconda.

10 Il latino costituiva la lingua accademica ufficiale. Ai professori era posto il divieto di leggere la propria lezione, che invece andava declamata. Le lezioni di norma venivano pubblicate o trascritte.

11 *Agnone nella memoria - Dalle radici al razionalismo* vol I, Editore Arduino, 2003, p 241.

12 *L’Istrice di Campobasso, Notizie bibliografiche di Marcantonio Gualtieri di Agnone* (V. fol. N 39-anno II - 15 ottobre 1891): «Marcantonio Gualtieri nato in Agnone nel 1570 il quale (essendo Rettore della Regia Università degli Studi in Napoli) scrisse in latino un discorso inaugurale...»

13 Per l’insegnamento di teorica medica il Real Studio riconosceva

14 Durante il regno di Filippo IV (1621-1665) «tutti li provveduti di cattedre furono in qualche modo di una dottrina molto più profonda» Marcantonio Gualtieri è citato nell’elenco dei professori provvisti di cattedra di medicina e filosofia (*Storia dello studio di Napoli* vol 2 pagina 92-93-95 - Giovanni Giuseppe Origlia nella stamperia di Giovanni di Simone 1754).

15 Sin dal XIII e XIV secolo costituirono capri espiatori gli ebrei, gli omosessuali, gli stranieri, i poveri, i vagabondi, ma anche chirurghi, monatti e barbieri.

16 *Storia Civile del Regno di Sicilia*, Di Giovanni, Evangelista, Di Blasi, Gambacorta, pag 20, Reale Stamperia 1818. *Storia del regno di Sicilia dell’epoca oscura e favolosa sino al*



Guido Reni, San Sebastiano

35  
31-A

**DISCORSI ACCADEMICI**

DI

MARCANTONIO GUALTIERI

di Agnone

TRADOTTI DAL LATINO

DAL

**Prof. Ascenso Marinelli**

di Agnone



BIBLIOTECA PROV. LA  
MOLISANA  
CAMP OBASSO

CAMP OBASSO  
STAR. TIP. DITTA G. & N. COLITHI  
1892

Demetrio<sup>17</sup>, valente medico greco, incarcerato perchè accusato, per fini di lucro, di diffondere il morbo con «suffumigi», effluvi prescritti come curativi, ma in realtà pestiferi, venne condannato alla forca, nel novembre del 1626, dal giudice Giovan Francesco Castiglia, coadiuvato nel giudizio dal Protomedico e da altri due medici, Marcantonio Gualtieri ed il collega Peres.

L'esperienza palermitana venne tradotta in due opere scientifiche *De peste Panormi* e *Militia medica* (1644)<sup>18</sup>, quest'ultima ricca di illustrazioni che raffigurano l'incessante lotta tra medico e malattia.

Gualtieri narrò anche delle origini della sua terra natia nel *Compendio Istorico dell'Antica Aquilonia* e fu "autore di una voluminosa addizione (appendice) dedicata al dott. Domenico Gigliani, di lui concittadino, avvocato del tribunale di Napoli "(a memoria di Cesare Orlandi<sup>19</sup>, conservati nel 1770 nell'archivio di città).

Ebbe menzione da parte di autori quali il Lumbisano,

17 *Storia cronologica dei viceré, luogotenenti, e presidenti del regno di Sicilia*, pg CV 1842

18 Opere non consultabili. Solo *De Peste*, per Cristiano e Antonio Arduino, sarebbe rinvenibile presso la Biblioteca Nazionale di Palermo.

19 Cesare Orlandi, *Delle città d'Italia e sue isole adiacenti*, 1770.

nel *De febribus*, e Marco Aurelio Severino, nel *De recondita excessuum natura*.

Tuttavia l'aleggiante rinnovamento del pensiero filosofico e del metodo scientifico, per opera di Galilei, Bacone e successivamente di Cartesio, interessò solo marginalmente Gualtieri<sup>20</sup>. Nel Real Studio di Napoli e nel Regno di Sicilia durante la prima metà del XVII secolo continuarono a perseguirsi i vecchi dettami: la medicina era generalmente professata da seguaci di Galeno.

Il persistere del Galenismo non risiedeva nel gradimento dei Padri della Chiesa per una disciplina che definiva il corpo strumento dell'anima, ma soprattutto nella politica di Spagna poco incline alle novità e per nulla esterofila.

«Tutti gli innovatori, seppur valenti, oltre che irrisi, venivano perseguitati.

Non vigea un ostracismo esclusivamente letterario e scientifico, ma un vero accanimento verso coloro che, esclusivamente per essersi allontanati dagli antichi sentieri, erano da considerare nemici di stato.»<sup>21</sup> I successi professionali di Gualtieri furono indubitabilmente legati ad una patocenosi contrassegnata da una taxa prevalente: la peste.

Nel periodo di circa un secolo a cavallo tra il 1566 e il 1656, peste e brigantaggio furono tra i mali peggiori che infierirono nel regno di Napoli.

Nel nostro Molise le epidemie di peste sono desu-mibili da tre markers di grande specificità, tuttora rinvenibili, come l'elevazione di Chiese<sup>22</sup> intitolate a patroni quali San Sebastiano, San Rocco e S. Michele Arcangelo, o come l'esiguità di professioni di pecore evidenziabili dallo squarciafogli della dogana delle pecore di Foggia, o come ancora l'enorme contrazione del numero dei fuochi<sup>23</sup> (*Liber Focorum*), data l'elevatissima mortalità epidemica.

In Agnone morirono circa 5000 abitanti a causa dell'epidemia del 1566 e 1377 nel 1656. Carovilli venne probabilmente abbandonato per l'infierire del morbo e si

20 Solo nella II metà del 1600, per opera di Tommaso Cornelio, cominciarono a filtrare e ad affermarsi nel Regno di Napoli le nuove idee, preludio dell'era medica moderna, come la galileiana matematizzazione dell'esperienza, l'empirismo baconiano, il razionalismo cartesiano.

21 *Annali Civili del Regno delle Due Sicilie*, tipografia del real ministero degli affari interni 1844, vol 36, pag 81.

22 *Agnone nelle Memorie*, Vol I, dalle radici al razionalismo, Ed Cristian Arduino, Agnone 2003.

«Nella gamba destra di pietra del portone d'accesso al chiostro del convento di S. Francesco si trova la seguente scritta "1656 PESTE"»

23 Fuochi o famiglie. Le unità abitative per fuoco corrispondono a 6-9 persone.

narra che i malati, isolati in gran numero nella chiesa di S. Domenico, venivano ivi seppelliti.

A Capracotta l'epidemia durò dal 4 agosto al 13 settembre 1656 mietendo 1126 vittime su circa duemila abitanti. Campobasso subì una prima ondata di contagi nel 1576 e una successiva nel 1656 con una contrazione da 826 a 199 fuochi pari a circa 6000 morti. In tale epoca (1656) Castelpetroso venne addirittura totalmente anientata dal morbo.

Il 4 di agosto dello stesso anno da Castelpetroso l'epidemia diffuse anche in Isernia provocando 2030 morti, circa la metà dell'intera popolazione, tanto che furono necessarie diverse fosse per contenere il gran numero di cadaveri<sup>24</sup>.

Il susseguirsi dei ripetuti focolai epidemici nel regno di Napoli, indipendentemente dalle fonti e dalle vie del contagio, correlò sempre con condizioni socio economiche poco floride delle popolazioni, perché la peste risultò essere effetto della carestia<sup>25</sup>, prima ancora che esserne la causa stessa.

Invece le modalità e l'intensità del morbo dipesero

24 Le deposizioni in fosse comuni vennero riscontrate in campagna, al castello della porta da capo della città, al codacchio e in località pisciariello (Antonio Maria Mattei, *Isernia una città ricca di storia*, Vol I, pag. 621-622).

25 La contrazione delle scorte alimentari, in particolare dei grani e dei rifiuti, comportando moria di topi domestici per carenza di risorse, portava le pulci, vettrici della pasteurella, a nutrirsi con maggior frequenza di sangue umano, con insorgenza di conseguenti focolai di epidemia di peste.

esclusivamente dalla diversa capacità, anche territoriale, di porre in atto misure preventive atte a contenere la diffusione dell'infezione.

È acclarato che l'epidemia del 1656 diffuse da Napoli<sup>26</sup> a tutto il regno perché vennero volutamente ignorati dalle autorità centrali gli ammonimenti, circa la pericolosità del morbo, del medico Giuseppe Gozzuto<sup>27</sup>.

Tuttavia, nonostante l'adozione di ogni rimedio, possibile per l'epoca, (limitazione delle movimentazioni di merci e persone, quarantene, miglioramenti dell'igiene urbana, isolamento dei malati in strutture con funzioni di lazzaretto<sup>28</sup>, effluvi odorosi, fuochi, vetuste terapie a base di teriaca, incisione dei bubboni, invocazione del soccorso divino con preghiere e processioni) le forti ripercussioni che le epidemie determinarono sul sistema economico furono legate soprattutto al crollo demografico e alla conseguente carenza di manodopera, a sua volta, responsabile di aumento incontrollato dei salari, nonché alla pressione fiscale del governo spagnolo, anche se meno intensa in fase epidemica.

Tali criticità sociali e sanitarie indussero in Gualtieri l'accrescimento delle doti e delle virtù professionali, ma soprattutto costituirono lo spunto per l'approfondimento dell'intima riflessione etico - epistemologica.

26 A Napoli l'epidemia provocò circa 250.000 morti.

27 Gozzuto pagò le proprie affermazioni con un'ingiusta carcerazione.

28 Funsero da lazzaretti a Carovilli la Chiesa di S. Domenico, in Agnone la Chiesa di Santa Maria a Maiella.



La complessità del suo pensiero traspare dal modo di intendere una medicina in linea con la tradizione, ma al tempo stesso che allude alla modernità.

Gualtieri, nei suoi scritti accademici, non esita a descrivere Ippocrate come divino, e Galeno quale sommo precettore e principe dei dottori, ma offre una definizione di medicina che prende le distanze dai canoni premoderni:

«...la medicina investiga la natura dell'uomo. Essa ricerca con diligenza le proprietà dell'anima, le facoltà, le forze, l'unione, il consenso, la causa, la proporzione, la diversità dei temperamenti; essa indaga il calore che si concentra e che diffonde, e persino contempla i diversi periodi del cielo per la salute degli uomini».

Concepisce pertanto una medicina moderna sostenitrice di un concetto di salute globale, dalle connotazioni bio-psico-sociali e ambientali ed è in assoluto uno dei primi medici a parlare di consenso.

Gualtieri supera ogni paternalismo tipico della medicina classica divenendo sostenitore che «il soggetto della medicina è l'uomo, il quale altro non è se non l'immagine di Dio» e non l'oggetto della stessa.

Siamo nel XVII secolo, e pur considerando la cultura e l'influenza della formazione religiosa dell'epoca, Gualtieri sembra essere



più modernamente uno dei sostenitori del personalismo ontologicamente fondato.

La sua visione panottica è sintetizzabile nelle riflessioni che, nel 1615, parafrasando Platone, rivolse agli studenti universitari, le quali da sole contribuiscono a riscattarlo dalla ingiusta attuale condizione di simbolica damnatio memoriae, e che soprattutto costituiscono un monito di grande interesse anche per noi medici del terzo millennio:

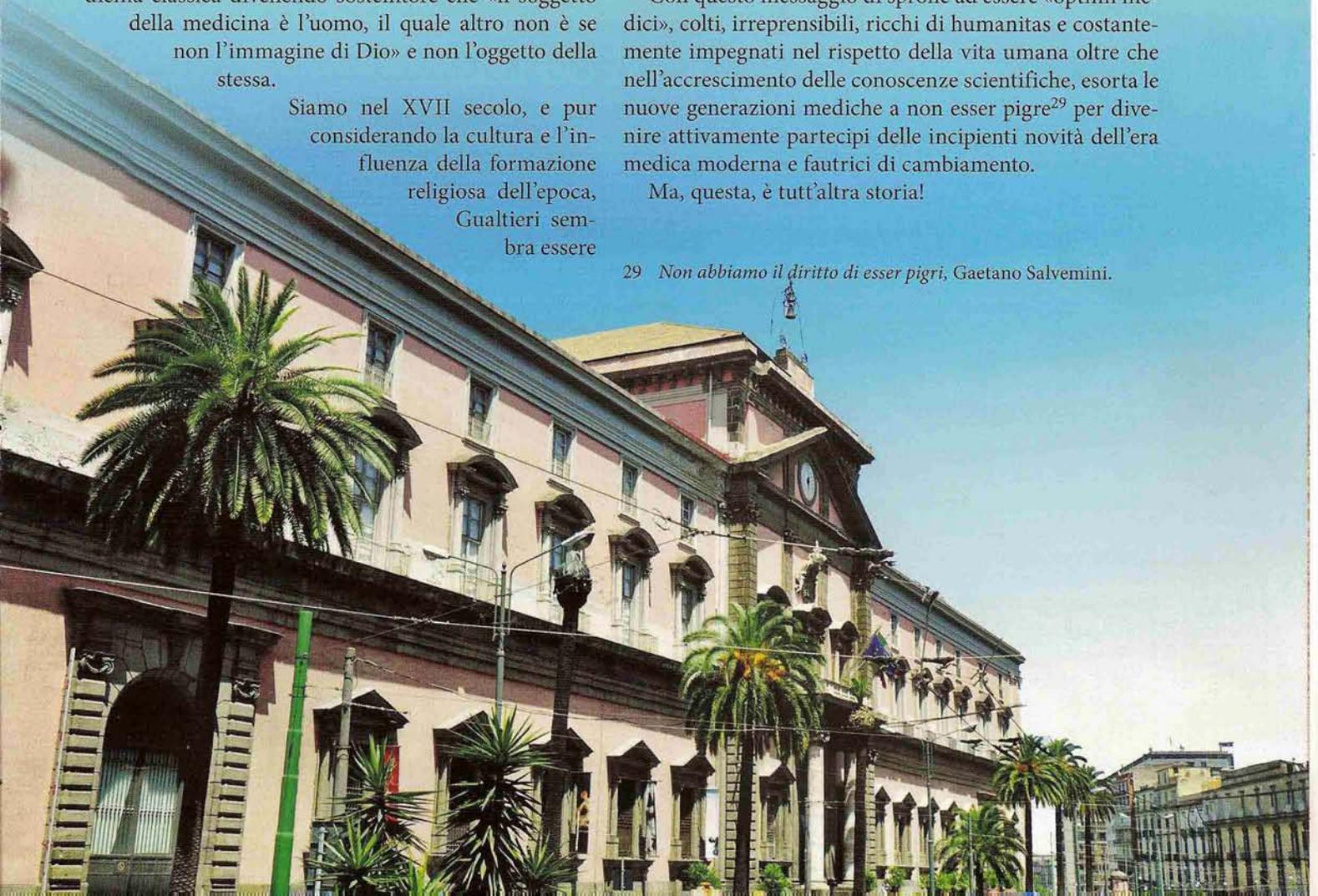
«...la gloria dei genitori essere un nobilissimo tesoro per i figli; perché nessun'altra eredità potrebbe esser maggiore della virtù e della lode, quanto le cose ben fatte dai genitori medesimi.

La qual sentenza non potendo qui svolger adeguatamente, dirò almeno in complesso, che (per gli antenati) noi, nella nostra vita, dobbiamo esser accrescimento di gloria, e (per i posterì) principio della maggior nobiltà; dappoiché l'eccellenza della virtù, e lo splendore della lode non possono mai illustrare chi si da buon tempo, e vive nell'ignavia.»

Con questo messaggio di sprone ad essere «ottimi medici», colti, irreprensibili, ricchi di humanitas e costantemente impegnati nel rispetto della vita umana oltre che nell'accrescimento delle conoscenze scientifiche, esorta le nuove generazioni mediche a non esser pigre<sup>29</sup> per divenire attivamente partecipi delle incipienti novità dell'era medica moderna e fautrici di cambiamento.

Ma, questa, è tutt'altra storia!

29 Non abbiamo il diritto di esser pigri, Gaetano Salvemini.



Che ruolo può avere la preghiera nelle terapie mediche?

# Preghiera e medicina

ANTONINO PICCIANO



In occasione del Giubileo del 2000, Papa Giovanni Paolo II, rivolgendosi ai medici partecipanti al Congresso Internazionale organizzato dalla AMCI, tese a valorizzare l'attività svolta come «nobile servizio alla vita». Una missione che «vi mette in quotidiano contatto con la misteriosa e stupenda realtà della vita umana, inducendovi a farvi carico delle sofferenze e delle speranze di tanti fratelli e sorelle». Il Santo Padre, tenne a rimarcare che «...non bastano, però, le cure mediche ed i servizi tecnici, occorre essere in grado di offrire al malato anche quella speciale medicina spirituale che è costituita dal calore di un autentico contatto umano». Il medico deve aiutare l'ammalato a ritrovare non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico e morale, con «un atteggiamento di amorevole sollecitudine, ispirata all'immagine evangelica del buon Samaritano».

Da alcuni anni, assistiamo al proliferare di corsi sulla salute, spiritualità e religione come sta avvenendo,

in modo più massiccio, negli USA dove ben 30 università, tra cui la Harvard Medical School, li hanno inseriti nei programmi della facoltà di medicina. Già dieci anni fa Richard Ostley, del Time Magazine, scriveva: «Forse la medicina sarà costretta ad avviare una partnership con la religione, per alleviare le sofferenze dei pazienti e aiutarli a guarire». Ciò che colpisce in un articolo apparso nel 2007 sul giornale *Avvenire*, è il risultato – riportato dal giornalista Luigi Dell'Aglio – di una ricerca condotta dall'American Academy of Family Physicians che ha rilevato come il 99% dei medici di famiglia statunitensi è pienamente convinto che la fede e la speranza che ne scaturisce possono favorire la guarigione; del resto anche l'80% degli americani attribuisce alla fede un forte potere terapeutico. L'Istituto americano della Sanità ritenendo la preghiera un potente strumento di aiuto per il paziente ha finanziato il National Center for Complementary and Alternative Medicine, intraprendendo studi dal 1998 per capire quanto la dimensione spirituale e la preghiera possano influire sul successo delle terapie. Secondo Felice Eugenio Agrò, ordinario di Anestesia e Rianimazione, dalla identificazione dei neurotrasmettitori, molecole incaricate di trasferire gli impulsi elettrici da un neurone all'altro, è stato possibile comprendere le relazioni tra biochimica, psiche ed emotività, chiudendo di fatto la vecchia polemica tra un'idea aristotelica del dolore come emozione e quella di Galeno che lo considerava pura sen-

sazione. «Il fisico sente dolore e male; la psiche sente strazio e sofferenza; l'anima prova tribolazione, spasimo, tormento, cruccio, supplizio, patimento, dispiacere», così si esprimeva Ibn Tufayl, nell'anno Mille. Si può ben dire che nella realtà l'emozione è inseparabile dalla sensazione, che varia da individuo a individuo. Chi ha una fede religiosa che lo sostiene, mostra più speranza e maggiore fiducia nel futuro. Per Herbert Benson dell'Università di Harvard, considerato l'antesignano delle cosiddette terapie «noetiche» (dal greco *noos*; che mobilitano la mente), sull'interazione fra corpo e mente, la sofferenza aggredisce la mente del paziente; per vincerla, Benson descrive una tecnica detta «breakout principle», intesa come il distacco da ogni pensiero. Egli ha verificato che per i suoi pazienti l'azione che meglio riesce a «staccare» la mente dal pessimismo e dal dolore è risultata la preghiera. Il «distacco» raccomandato da Benson agisce sull'organismo determinando abbassamento della pressione, rallentando il metabolismo e il respiro, con produzione di onde cerebrali che inducono i due emisferi del cervello a lavorare in maniera integrata. La rivista *Lancet* ha acceso discussioni e dispute, diversi scienziati hanno espresso tutta la loro diffidenza per le terapie noetiche, rendendo noto, a tal proposito, i risultati di una ricerca condotta in una unità coronarica in cui si sono analizzati gli effetti di orazioni recitate che pur non portando a un miglioramento immediato hanno indotto una diminuzione del 36% delle complicanze, riducendo

la mortalità a sei mesi dall'attacco. Meditare fa bene al cervello, aumenta le capacità intellettive, produce un senso di sollievo agendo sul sistema limbico fino a farci sentire meglio, sollevati, sereni, indipendentemente dallo stato del corpo. Sono tante le definizioni di meditazione, perché diverse sono le meditazioni, ma una cosa che le accomuna c'è, ed è arrivata dalla ricerca scientifica. L'ha scoperta un gruppo di ricercatori della Harvard Medical School di Yale e del Massachusetts Institute of Technology. La gente che medita vede crescere il proprio cervello, un fenomeno che non succede a chi non medita.

Scannerizzando il cervello i ricercatori hanno osservato che le parti che aumentano in spessore sono quelle addette all'attenzione e ai processi sensoriali che arrivano dall'esterno. All'interno della materia grigia poi, lo spessore aumenta maggiormente nelle persone adulte rispetto a quello dei più giovani. Questo è davvero interessante, sostengono i ricercatori, perché di solito questa sezione del cervello umano normalmente rimpicciolisce con l'età. In altre parole è come se nelle persone anziane la meditazione fosse in grado di far tornare attive quelle parti del cervello che lo sono soprattutto in tenera

età. Spiega Sara Lazar, responsabile della ricerca: «i nostri dati portano a sostenere che la pratica della meditazione, conferisce non solo l'aumento della materia grigia, ma anche elasticità alla corteccia cerebrale degli adulti in aree importanti per l'apprendimento, i processi emotivi e per lo star bene».

#### CONSULTATI

*Prega che ti passa*, Ignazio Marino "L'Espresso", 23 febbraio 2006.

*Pregheiera e meditazione agiscono sul sistema limbico del cervello e producono un senso di sollievo*, Dell'Aglio Luigi, "Avvenire", 15 aprile 2007.