

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XLI * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2020

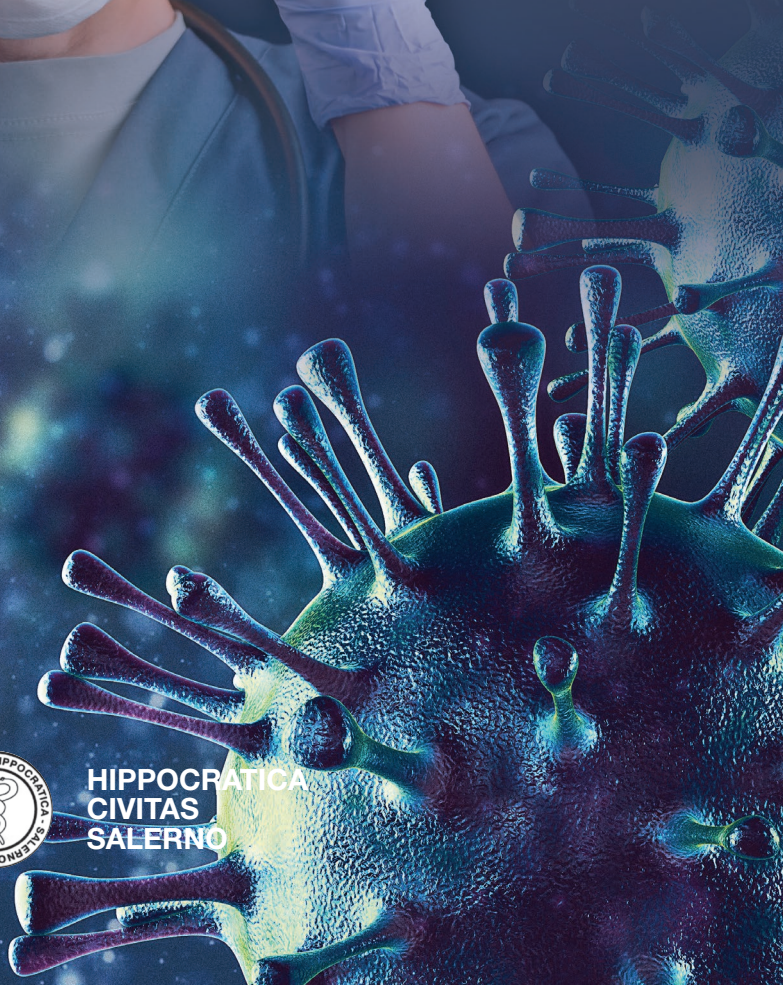
Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO



CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XLI * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2020

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

Versamento sul c/c n. 1000/989 presso Intesa Sanpaolo

di Salerno (IBAN: IT25 T030 6915 2181 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via degli Etruschi, 13 - 84135 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

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

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

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni.

La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

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

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Giugno 2020

SOMMARIO

Editoriale

IV

Giuseppe Battimelli

**Chi ammettere alle cure? Chi curare per primo?
Il triage estremo in corso di disastro pandemico:
una riflessione bioetica**

Pag. 1

Antonio Tagarelli, Anna Piro

**Cento anni di studi sull'anemia emolitica acuta da fave: il favismo
Il ruolo della ricerca italiana**

Pag. 6

Giuseppe Lauriello

Morte nella camera del malato

Pag. 11

Editoriale

Questo numero della rivista esce con ritardo per il lockdown dovuto alla pandemia del Covid-19.

Nel confermare la nostra vicinanza a coloro che sono stati colpiti dal virus, non si può dimenticare, oltre che ammirare, quei colleghi che, ligi al giuramento dato e dimostrando la propria professionalità, si sono prodigati, e tanti hanno anche sacrificato la loro vita, nel curare questi ammalati.

Nonostante gli allarmi che già da tempo erano stati dati sulla possibilità che un'epidemia simile, o peggiore, ad altre avutesi nel passato potesse ripresentarsi, nulla si è fatto per prevenirla o, comunque, per essere pronti a combatterla. Ci siamo fatti trovare impreparati!

Purtroppo i politici, e chi da loro nominati a sovrintendere le varie istituzioni, si preoccupano solo di ciò che avviene al momento e solo nel periodo del loro mandato elettorale.

A questo sono da aggiungere i ritardi determinati dagli iter burocratici e amministrativi che rallentano tutti i procedimenti.

Nel frattempo il virus è ancora tra noi e l'augurio che possiamo farci è che un vaccino specifico venga trovato al più presto. Ma, a parte il tempo necessario per la ricerca e, poi, per la sua produzione (saranno necessarie miliardi di dosi!), c'è sempre da considerare che, comunque, la sua efficacia è legata alla risposta immunitaria di ogni singolo soggetto.

Con la premessa che la prevenzione rappresenta anche un risparmio economico per lo Stato e nella speranza che tale evento possa essere di monito per il futuro, ci si augura che, una volta passato il pericolo, non si torni all'indifferenza precedente e ci si fermi a riflettere sulle contraddizioni del nostro vivere quotidiano.

Abbiamo sopravvalutato le nostre possibilità tecnico/scientifiche assumendo così un senso di invincibilità, anche contro la morte (non siamo più capaci di un equilibrato, sano rapporto con la morte), dimenticando che siamo noi a compromettere la Natura, sconvolgendo il suo equilibrio, per cui questa da Madre diventa Matrigna.

M.C.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

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

Chi ammettere alle cure? Chi curare per primo? Il triage estremo in corso di disastro pandemico: una riflessione bioetica

Giuseppe Battimelli

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

Parole chiave: Pandemia, Terapia intensiva, Criterio clinico, Età.

Key Words: Pandemic, Triage, Intensive care, Clinical criterion, Age.

Ricevuto in Redazione il 2 giugno 2020

RIASSUNTO

La pandemia del 2020 da coronavirus emergente, SARS-CoV-2, la cui malattia è un'infezione del tratto respiratorio (COroNaVIrusDisease-19) ha determinato una grave emergenza sanitaria assimilabile alla "medicina delle catastrofi" soprattutto per i pazienti che richiedevano il ricovero in un'unità di terapia intensiva, ponendo interrogativi e gravi dilemmi alla coscienza del medico e dell'operatore sanitario. L'A. riflette su alcune problematiche bioetiche inerenti i criteri di ammissione/esclusione a terapie salvavita quando i mezzi e le apparecchiature tecnologiche disponibili diventano repentinamente esigue nella urgenza per eccesso di richieste di prestazione/utilizzo e/o contemporaneità di accesso alle stesse, anche esaminando due importanti documenti sull'argomento della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). L'A., ammette al pari di altri, che il criterio più adeguato è quello clinico mentre il fattore età in sé non è un criterio da riconoscere acriticamente a priori o che determina pregiudizio alla terapia e ancor più se da ciò ne deriva un giudizio di valore sul paziente anziano, ma può rientrare in una valutazione clinica complessiva.

SUMMARY

The 2020 pandemic from emerging coronavirus, SARS-CoV-2, whose disease is a respiratory tract infection (COroNaVIrusDisease-19), has led to a serious health emergency similar to "disaster medicine" especially for patients requiring hospitalization in an intensive care unit, posing questions and serious dilemmas to the conscience of the doctor and the health worker. The A. reflects on some bioethical issues regarding the criteria for admission/exclusion to life-saving therapies when the available means and technological equipment become suddenly small in the urgency due to excess of service requests/ use and / or simultaneous access to them. He also analyses two important documents on the subject of the Italian Society of Anesthesia,

Analgesia, Intensive Care and Intensive Care (SIAARTI) and of the National Bioethics Committee (NBC). The A. admits, like others, that the most appropriate criterion is the clinical one while the age factor itself is not a criterion to be recognized critically a priori or detrimental to therapy and even more if from this derives a value judgment on the elderly patient, but it can be part of an overall clinical evaluation.

INTRODUZIONE

Uno degli argomenti, ad un tempo specificamente medico, sanitario e bioetico, certamente altamente drammatico, di cui s'è dibattuto tra gli altri durante la pandemia del 2020 da coronavirus emergente, SARS-CoV-2, che determina un'infezione del tratto respiratorio (COroNaVIrusDisease-19)¹, quando le terapie intensive degli ospedali erano al collasso nella emergenza più acuta, è stato il seguente: chi ammettere alle cure e chi no? chi curare e/o chi curare per primo a fronte di risorse strumentali, tecniche ed assistenziali divenute criticamente scarse?

Di grande importanza sulla questione, sia per l'autorevolezza della società scientifica che ha prodotto il documento, sia per le diverse valutazioni da più parti, altrettanto autorevoli, espresse sullo stesso e la vasta eco avuta nell'opinione pubblica, è stato un testo redatto dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), in data 6 marzo 2020 dal titolo: "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"; cui ha fatto riscontro possiamo dire, un altrettanto importante documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)

1 L'80 % dei pazienti affetti da COVID-19 ha una malattia lieve, il 14% invece sviluppa una malattia grave che richiede l'ospedalizzazione e il supporto dell'ossigeno, mentre il 5% richiede il ricovero in un'unità di terapia intensiva (Fonte: OMS).

dell'8 aprile 2020, dal titolo «Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del 'triage in emergenza pandemica'».

Nella presente riflessione, anche alla luce dei citati documenti, si vogliono evidenziare alcune problematiche bioetiche inerenti i criteri di ammissione/esclusione a terapie salvavita quando i mezzi e le apparecchiature tecnologiche disponibili diventano repentinamente esigue nella urgenza per eccesso di richieste di prestazione/utilizzo e/o contemporaneità di accesso alle stesse.

Chi ammettere alle cure in condizioni di criticità assistenziale?

Il problema che si pone nelle condizioni sopradette di estrema e drammatica criticità assistenziale è l'individuazione di criteri di accesso alla terapia intensiva. Cercheremo pertanto di analizzare alcuni di questi criteri a partire da quelli individuati nei due importanti documenti di cui sopra.

La SIAARTI indica oltre l'appropriatezza clinica e la proporzionalità delle cure anche quelli di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate.

Inoltre, importanti indicazioni sono quelle di *«garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la 'maggior speranza di vita'»* e che tenuto conto della gravità della patologia e delle comorbidità non necessariamente si può seguire *«un criterio di accesso alle cure intensive di tipo 'first come, first served'»*.

Ma ciò che ha sollevato perplessità in alcuni e contrarietà in altri, è l'affermazione che *«può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI, senza però compiere scelte meramente di valore ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata...»*.

Il CNB a sua volta nel citato documento facendo riferimento che *«nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà»*, riconosce *«il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile»* e ritiene che il triage in emergenza pandemica, si debba basare su la preparedness,² l'appropriatezza clinica e l'attualità *«che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della 'comunità dei pazienti', con una revisione periodica delle liste di attesa»*.

Una riflessione critica

Innanzitutto il criterio preliminare indicato è

2 "Disaster Preparedness", definita dall'ONU come "prevedere e adottare misure precauzionali prima di un'imminente minaccia quando avvertenze anticipate sono possibili".

indubbiamente l'appropriatezza della cura.

Nel caso specifico quindi certamente la ventilazione assistita nella grave insufficienza respiratoria è una terapia appropriata, secondo una valutazione e una decisione clinica, che in termini generali possiamo dire risponde alla massimizzazione del beneficio e a minimizzare il rischio.

È giusto ricordare, per un'ulteriore chiarificazione della nostra riflessione, che la definizione di "appropriatezza" più seguita a livello internazionale è quella dell'organizzazione americana RAND (Research AND Development), che negli anni '80 e '90, ha introdotto i concetti di "rischi" e "benefici", ed è la seguente: *«una procedura è appropriata se il beneficio atteso (ad es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell'ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla»*.³

Qual è allora una prima possibile osservazione sotto l'aspetto bioetico che possiamo rilevare?

È utile premettere che la "proporzionalità" può essere intesa in senso clinico ma anche in senso etico.

In senso clinico si caratterizza innanzitutto sul tipo/oggetto/dispositivo della terapia stessa da effettuare. Quindi è una valutazione di natura medica e sanitaria, per la quale si decide se è bene iniziare, continuare o sospendere quella terapia in base a considerazioni prettamente cliniche che riguardano il beneficio/rischio atteso in quella situazione patologica.

Quindi si valuterà caso per caso se la cura è proporzionata/ sproporzionata clinicamente, oltre se è come detto appropriata.

Come questione preliminare ci si deve porre la seguente domanda: un trattamento è dovuto sempre e in ogni caso? E in tutti i soggetti? In qualunque condizione clinica si trovino? Naturalmente no. Si attua in questo modo una discriminazione? No.

Il trattamento può essere dovuto e giusto per tutti, ma non è identico per tutti, perché non tutti possono rispondere alla terapia allo stesso modo e quindi non si attua nessuna discriminazione sulle persone/pazienti.

Le persone sono tutte uguali e i pazienti godono di pari uguaglianza nel diritto alle cure.

La prospettiva è diversa se si ammette una disuguaglianza a priori delle persone, determinata dal valore da attribuire alla loro esistenza (dato biografico) in base alla qualità della loro vita (dato biologico) e magari alla loro età; in questo caso non si esprime un giudizio clinico-terapeutico

3 Ministero della Salute. Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio sanitario nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ex Ufficio III. Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza. 10 ottobre 2012.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il termine "appropriatezza" ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99)

ma un pre-giudizio sulla persona stessa e sulla sua vita in funzione della situazione in cui si trova e per la quale si decide se quel trattamento è proporzionato o meno.

Anche i richiamati criteri della giustizia distributiva (SIAARTI) e i principi di giustizia, equità e solidarietà (CNB) possono intendersi secondo la definizione di equità del Ministero della Salute: *«l'equità è la capacità del sistema di rispondere ai bisogni di gruppi e singole persone, sulla base dei possibili benefici, indipendentemente da fattori quali l'età, l'etnia, il genere, la disabilità, il livello socioeconomico e la scolarità»*.⁴

Ciò ci introduce nella fondamentale affermazione del CNB, che condividiamo, nel ritenere precipuo e dirimente il criterio clinico, magari insieme ad altri, nelle risorse sanitarie limitate, e inaccettabile qualsiasi altro, incominciando dall'età.

Cosicché anche "Il *“first come, first served”*", che potrebbe sembrare ad una prima valutazione il meno discriminatorio, diventa invece di fatto selettivo per non dire ingiusto, perché anonimo ed indifferente e non distingue caso per caso, rispetto al citato criterio clinico e al paziente stesso.

Allora, nella pari condizione d'urgenza e nella carenza di risorse, chi scegliere di curare? *«A chi riservare risorse che potrebbero essere scarsissime?»*

La risposta della SIAARTI è *«a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone»*.

In questa affermazione possiamo osservare innanzitutto che la distinzione *“probabilità di sopravvivenza”* e *“più anni di vita salvata”*, deriva dal fatto sono concetti diversi: il primo, nell'evento acuto (gravissima insufficienza respiratoria) è la possibilità di evitare la morte che riguarda indistintamente tutti nelle condizioni acute suddette ed è certamente correlata anche al dato clinico preesistente e incidentalmente all'età, (è intuitivo che un paziente anziano abbia una probabilità più alta di comorbidità - il così detto "malato complesso" - rispetto ad uno giovane); mentre il secondo concetto è naturalmente correlato alla probabilità di guarigione del paziente e riguarda la speranza di vita residua (a partire da una certa età) e che naturalmente sarà statisticamente più alta per i pazienti più giovani.

Inoltre, gli intensivisti della SIAARTI affermando che in primis, prioritariamente, il paziente da soccorrere è chi ha più *“probabilità di sopravvivenza”*, sembra chiaro che il criterio età, astrattamente considerato viene meno se non si considera anche lo stato clinico complessivo correlato alle patologie di cui si soffre, perché una persona giovane potrebbe essere affetto da patologie più gravi rispetto ad un anziano.

CONCLUSIONI

Indubbiamente l'emergenza pandemica da coronavirus, assimilabile alla "medicina delle catastrofi", ha reso drammatiche alcune scelte operative terapeutiche e

valutazioni etiche, ponendo interrogativi e gravi dilemmi alla coscienza del medico e dell'operatore sanitario.

Il problema di assegnare una priorità in caso di emergenza, cioè quando e come decidere ha un valore critico, fa parte dell'etica medica e non è certamente nuovo, come dimostra la vasta letteratura internazionale, che peraltro lascia aperti i dilemmi etici sull'argomento.

La World Medical Association nella "Dichiarazione sull'etica medica in caso di catastrofe", rivista dalla 68esima assemblea generale dell'ottobre 2017, nelle raccomandazioni al punto 8.2.2 afferma che *«il medico deve agire in base alle esigenze dei pazienti e alle risorse disponibili. Dovrebbe tentare di stabilire un ordine di priorità per il trattamento che salverà il maggior numero di vite e ridurrà al minimo la morbidità»*.

E precedentemente nella stessa Dichiarazione, riguardo ai drammatici interrogativi che possono presentarsi, al punto 8.2.1 asserisce che *«è etico che un medico non persista, a tutti i costi, nel trattare le persone 'al di là delle cure di emergenza', sprestando così le scarse risorse necessarie altrove. La decisione di non curare una persona lesa a causa delle priorità dettate dalla situazione di catastrofe non può essere considerata un fallimento etico o medico di venire in aiuto di una persona in pericolo mortale. È giustificato quando si intende salvare il numero massimo di individui»*.

Il documento della SIAARTI (pubblicato il 6 marzo 2020) ha dato degli orientamenti quando la situazione di emergenza era gravissima ed evolveva in modo drammatico e sebbene fosse riservato ai medici e agli intensivisti è stato pubblicizzato, dando segno all'opinione pubblica di trasparenza su una materia molto delicata.

Inoltre, ha rappresentato comunque una riflessione offerta ai medici rianimatori in un momento critico per diversi motivi, di ordine etico, laddove si richiedono decisioni rapide a fronte di elevate richieste e in casi di particolare complessità clinica; e di ordine tecnico-comportamentale su linee guida condivise anche rispetto a eventuali contenziosi sulla responsabilità medica immediati (possibilità di contestazioni-aggressioni con i familiari dei pazienti) e futuri (di tipo giudiziario).

Detto ciò è da dire che il documento della SIAARTI ha dato luogo a diverse interpretazioni e sollevato perplessità, soprattutto riguardo al punto 3 in cui è detto *«può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in Tl»*, anche se subito dopo veniva aggiunto, *«non si tratta di compiere scelte meramente di valore»*, essendo tale criterio ritenuto da alcuni di selezione discriminatoria.

Altrettanto importante è il documento del CNB, che a nostro giudizio, ha integrato quello della SIAARTI, con un'articolata riflessione nel merito, laddove è stato bene indicato che è *«il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile»*.

Su questo osserviamo che ben riconoscendo che il

4 Ibidem.

criterio clinico è il più adeguato, ne deriva che il fattore “età” non è un criterio da riconoscere a priori o pregiudizievole, ma può rientrare in una valutazione clinica complessiva, ed è di fatto ben diverso nella considerazione, rispetto agli altri elencati nel documento del CNB (sesso, etnia, censo...) e che tutti certamente non possono essere assunti a motivo di qualsiasi discriminazione, così come previsto tra l'altro dal codice deontologico dei medici.

Inoltre, nel considerare complessivamente i vari criteri (l'appropriatezza clinica, la proporzionalità, la giustizia distributiva, l'equità, l'appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate, ecc.) in riferimento all'età, potremmo considerare quanto rilevato nella medicina dei trapianti e cioè che: *«il criterio dell'età non rappresenta un criterio assoluto di esclusione dall'inserimento in lista, ma uno dei parametri da valutare nel giudizio clinico sulla proporzionalità dell'intervento. L'età entra nei criteri di assegnazione dell'organo, tenendo conto della diversa aspettativa di vita di coloro che sono in lista d'attesa...»*.⁵

Un criterio ben messo in evidenza dal documento del CNB è il criterio dell'attualità, condizione che tra le altre differenzia il triage come avviene di norma nei pronto soccorsi (si decide chi curare per primo in base alla patologia più grave e più acuta al momento dell'arrivo) rispetto a quello che si verifica in caso di pandemia, laddove si deve tenere conto complessivamente della *“comunità dei pazienti, con una revisione periodica delle liste di attesa”* (come del resto si attua nella medicina dei trapianti), cioè dei pazienti contagiati che in una prima fase non richiedono l'ammissione in terapia intensiva ma che successivamente e all'improvviso debbano usufruirne.

Come anche è da sottolineare, tra le 15 raccomandazioni della SIAARTI, che sono duttili e adattabili, vi è quella importante che si chiede di arrivare a triage estremi di drammatiche scelte, che devono essere operate collettivamente dell'equipe medica, solo dopo avere esperito tutte le altre possibilità (inserimento nella struttura di altri posti letto, trasferimento dei pazienti in altri ospedali, anche in altre regioni, ecc.); come anche rilevante è che per le decisioni in casi di difficoltà ed incertezza, sia sentito una *“second opinion”*; ed ancora a garanzia di uguaglianza di trattamento, nel caso di un giudizio di non appropriatezza e quindi di limitazione/esclusione alla terapia intensiva tale decisione *«dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata»* ed in tal caso certamente non vanno negate le cure palliative.

Mente appare certamente problematico, per non dire estremamente difficile l'acquisizione del consenso informato in caso di urgenza-emergenza, laddove il medico è tenuto comunque ad intervenire (art.54 c.p.), più verosimilmente si possono presentare casi in cui il paziente ha espresso disposizioni anticipate di trattamento, secondo la legislazione vigente (legge 219/2017), oppure anche una pianificazione condivisa delle cure, di cui bisogna tenere conto, come

previsto dal punto 5 delle raccomandazioni della SIAARTI.

In ogni caso in ciò può essere di ausilio l'art. 36 del codice deontologico che afferma che *«Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate»*.

Appare interessante notare che il problema posto dalla SIAARTI sia stato avvertito dalla comunità scientifica internazionale, come si può evidenziare da un documento approvato dalla Società Svizzera di Medicina Intensiva (SSMI) nel mese di marzo 2020, dal titolo *“Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse”* abbastanza simile a quello della società dei rianimatori italiani nel quale viene affermato che *«se a causa di un totale sovraccarico del reparto specializzato si rende necessario respingere pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, il criterio determinante a livello di triage è la prognosi a breve termine: vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, ma la cui prognosi sarebbe sfavorevole se non ricevessero il trattamento in questione; in altri termini, la precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva»*. E per quanto riguarda l'età, il citato documento afferma che *«l'età in sé e per sé non è un criterio decisionale applicabile, in quanto attribuisce agli anziani un valore inferiore rispetto ai giovani e viola in tal modo il principio costituzionale del divieto di discriminazione...»*.⁶

In definitiva nella problematica esposta l'aspetto cruciale e critico è se intraprendere o continuare o sospendere una terapia salvavita, nella contingenza dell'emergenza-urgenza-limitatezza dei mezzi quando diventa impossibile dare una terapia a chi ne ha bisogno, cioè nel triage estremo che lo differenzia dal triage che si utilizza di norma, perché decidendo a chi assegnare quell'unica terapia/tecnologia disponibile salvavita si è costretti a decidere sulla vita stessa del paziente.

Il criterio clinico è quello prioritario, e ciò che è eticamente e deontologicamente da proscrivere rifuggendo da logiche utilitaristiche, è una valutazione assiologica e di dignità in base alla “qualità” della esistenza della persona ammalata o disabile, da cui possa discendere un pre-giudizio su interventi o omissioni terapeutiche.

In casi di triage estremi, qualsiasi decisione operativa rimane per il medico altamente drammatica e per quanto incompleta, dubitativa e problematica è un atto altamente etico, perché l'etica vuol dire responsabilità e decisione che si giustifica e si applica nel caso concreto qui ed ora;

5 La Carta dei Principi Nord Italia Transplant program. Milano 2006. Mario Picozzi in *“Il trapianto di organi. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche...”* Franco Angeli srl, Milano 2010

6 Società Svizzera di Medicina Intensiva (ASSM). Accademia Svizzera delle Scienze Mediche. Le direttive sono approvate dalla Commissione centrale di etica, dal comitato direttivo dell'ASSM e dal Consiglio direttivo della Società svizzera di medicina intensiva ed entrano in vigore il 20 marzo 2020. file:///C:/Users/dmc/Downloads/direttive_assm_medicina_intensiva_triage_scarcita_di_risorse_2020320%20(1).pdf. Accesso del 3.5.2020

essa valuta non su principi astratti o in modo teorico ma concretamente, tenendo conto delle circostanze, dei luoghi, dei tempi, delle risorse, ecc.

Il metro di giudizio del medico rimane la scienza e la coscienza, giacché né l'utilitarismo o il consequenzialismo, né il proceduralismo o il comunitarismo, né il principialismo⁷ i cui principi possono cambiare nelle circostanze dell'emergenza, riescono ad risolvere tutti i problemi affrontati nella medicina delle catastrofi.

Pertanto possiamo infine affermare che nelle gravi difficoltà di valutazione delle condizioni cliniche e delle possibilità prognostiche il medico può fare ricorso all'equità, criterio che si colloca nell'area della giustizia distributiva ma è ad un tempo virtù morale (epicheia), che interpreta il fatto concreto, orientando la scelta ed evitando in radice qualcosa di moralmente negativo. Ciò può contribuire a fronte di difficoltà insuperabili di carattere morale a fornire un punto di riferimento quando i termini della questione sembrano drammaticamente alternativi.

Alla luce di queste gravi esperienze inedite ed impreviste, è compito della bioetica affrontare problematiche così complesse e drammatiche ed è auspicabile che vengano sollecitati e sostenuti studi e ricerche nel campo della medicina dei disastri e delle gravi emergenze sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

1. COZZOLI M.: *A chi dare la precedenza? Riflessioni etiche sulle Raccomandazioni della SIAARTI*. Quotidiano Sanità.it 19 marzo 2020
2. COZZOLI M.: *La ragionevolezza bioetica nelle scelte del medico*. Quotidiano Sanità.it 25 marzo 2020.
3. Dichiarazione World Medical Association WMA sull'etica medica in caso di catastrofe. *Adottato dalla 46 a Assemblea Generale delle WMA, Stoccolma, Svezia, settembre 1994 (e rivisto dalla 57 a Assemblea Generale delle WMA, Pilanesberg, Sudafrica, ottobre 2006 e rivisto dalla 68 a Assemblea generale della WMA, Chicago, Stati Uniti, ottobre 2017)* <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-ethics-in-the-event-of-disasters/>
4. KARADAG, C. OZGE, AND A. KERIM HAKAN.: *Ethical dilemmas in disaster medicine*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2012; 14 (10): 602-612.
5. World Health Organization (WHO). *Ethics in epidemics emergencies and disasters research surveillance and patient care training manual*. 2015. <http://www.who.int/ethics/publications/epidemicsemergencies-research/en/>. Accesso 3.5.2020.
6. HICK JL1, HANFLING D, CANTRILL SV.: *Allocating scarce resources in disasters: emergency department principles*. Ann Emerg Med., 2012; Mar 59(3): 177-87.
7. PIFFER GAMBERONI I. NICOLI F., PICOZZI M.: *Which core skills for Healthcare Ethics Consultations in Disaster Medicine?*. EACME 2017. Conference Book: 82-83.
8. CHRISTIAN MD, HAWRYLUK L, WAX RS, et al.: *Sviluppo di un protocollo di triage per terapia intensiva durante una pandemia di influenza*. CMAJ, 2006; 175: 1377-81.
9. Insufficienza respiratoria acuta: dalla CPAP alla NIV [Print Replica] Formato Kindle di Gruppo NIV SIMEU (Autore), NIV SIMEU (a cura di). C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2015.
10. SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza - Ferrari – Barlett. *Medicina di emergenza urgenza - Il sapere e il saper fare del medico di emergenza tra linee - guida, percorsi clinico assistenziali e rete dell' emergenza - Sezione 28 Bioterrorismo, epidemie e pandemie* Elsevier - Masson Editore. Volume Unico Edizione 2011.
11. Handbook of Disaster Medicine. *Emergency medicine in mass casualty situations*. Jan de Boer (Editor), Marcel Dubouloz (Editor). Publisher: CRC Press; 1 edition (January 1, 2000)
12. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). *"Orientamenti bioetici per l'equità nella salute"*. 25 maggio 2001.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

⁷ Si basa su i noti principi di beneficenza, non maleficenza, rispetto dell'autonomia e giustizia.

Storia della Medicina

Cento anni di studi sull'anemia emolitica acuta da fave: il favismo Il ruolo della ricerca italiana

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare - Germaneto (Catanzaro)

Parole chiave: Favismo, Deficit di Glucosio-6-Fosfato Deidrogenasi (G6PD), Anemia Emolitica Acuta, Eritroenzimopenia.

Key Words: Favism, Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency, Hemolytic anemia, Erythroenzymopathy.

Ricevuto in Redazione il 4 giugno 2020

RIASSUNTO

Nella metà dell'Ottocento inizia la divulgazione della conoscenza clinica di una grave anemia emolitica acuta: il favismo. I protagonisti di questa storia, costellata di piccoli e grandi traguardi, sono solo medici italiani, più precisamente siciliani, lucani e calabresi; nei successivi cinquant'anni del Novecento, fra gli italiani sempre molto presenti e qualche straniero, prevalgono i medici sardi i quali per i risultati ottenuti entrano di diritto nell'Ematologia internazionale.

SUMMARY

In the half of XIX century the spread of the studies on the clinic scientific knowledge on Favism, the great acute hemolytic anemia, begin. This long time from first half of the nineteenth century to the half of the next century is studded with both their small, and great goals. The great many protagonists in its first fifty years of the history are Italian physicians; more precisely, Sicilian, Lucan and Calabrian physicians. In the second fifty years of XX century, we again find that Italian physicians and a great many Sardinians authored the international literature.

Si avverte la necessità di conoscere i primi cento anni di interesse clinico e scientifico su una grave anemia emolitica acuta, sconosciuta nell'Antichità: il favismo.

La volontà di questo studio nasce dalla constatazione del quasi esclusivo interesse di medici e di ricercatori del Mezzogiorno d'Italia. E ciò non deve meravigliare se si considera che il favismo, come la talassemia, è una anomalia genetica presente nelle popolazioni delle aree ad elevata endemia malarica con le quali presenta elevata dipendenza biologica e di origine magno-greca⁽¹⁾. Perciò i protagonisti di questa storia che prende inizio negli anni Cinquanta dell'Ottocento vede per il resto del secolo impegnati esclusivamente medici siciliani, lucani e calabresi; nei restanti successivi cinquant'anni del Novecento, fra gli italiani sempre molto presenti, prevalgono i medici e ricercatori sardi. Pertanto, lo scopo di questo lavoro è di dare il meritato lustro a quegli sconosciuti medici di "trincea" che molto hanno fatto consapevoli di non aver fatto tutto.

Il primo approccio all'anemia emolitica acuta da fave si ha con un evento, non del tutto medico-scientifico, che porta la data del 3 maggio 1843, quando il periodico portoghese "Revista Universal Lisbonense" pubblica una lettera aperta del medico Manuel Pereira de Mira Franco dal titolo "Favas verdes produzindo ictericia". Questa porta a conoscenza di un giovane colpito da itterizia dopo aver mangiato fave verdi. L'evento è considerato dall'Autore una mera curiosità adatta, evidentemente, al grande pubblico e non a quello medico e tanto meno a quello scientifico. Ciò premesso, si può ritenere il medico siciliano Pietro Messina di Catania il primo ad aver constatato, commentato e pubblicato nel 1851, il rapporto fava-malattia. Il suo lavoro⁽²⁾ mette in luce anche la conoscenza che hanno i medici siciliani sull'azione delle fave nel provocare l'ittero emolitico acuto in alcuni soggetti, segno clinico misdiagnosticato fino a quegli anni (ma anche dopo) con l'ittero da *recrudescenza primaverile della malaria*, come afferma il medico siciliano Francesco Scriffignano di Argia (attuale provincia di Enna)⁽³⁾. Il merito di aver per primo descritto questo tipo di ittero va ad un altro medico siciliano, Antonio Minà La Grua di Castelbuono (attuale provincia di Palermo) il quale nel 1856 pubblica la propria esperienza e chiama questo evento clinico *itterizia endemica*, descritta in una memoria⁽⁴⁾ e più precisamente nel capitolo "Dei danni che per l'influenza dei fiori della fava risentono in primavera i contadini dei monti Nebrodi"; le sue parole: [...] *la malattia [...] è endemica nel [...] vasto gruppo delle Madonie [la cui] [...] intensità e [...] gravità sono più pronunciate che altrove tale che sembrano esserne la culla*. Afferma, inoltre, che l'*itterizia endemica*, chiamata anche dall'Autore *malattia vegetale nebrodese*, quando compare in primavera, colpisce solo gli individui predisposti. Ancora, ricorda la pericolosità dell'inalazione del polline dei fiori di fava e dell'ingestione dei semi del suo frutto, oltre alla diretta familiarità dell'idiosincrasia alle fave. Minà La Grua, pertanto, è il primo che vede la familiarità in questa malattia differenziandone tre gradi clinici di gravità:

- *Malessere generale, spossamento ed abbattimento muscolare, cammino dell'egroto tardo e lento per lo appesantimento delle membra, bocca amara, e marcato colore subterico [...]:*

- *Intensa cefalgia frontale, lingua gialla ed asciutta, dolore acuto alla regione epatica, vago all'addome ed alle membra, costipazione, [...] talvolta evacuazioni semi-fluide e scolorate, urine nerastre e la cute [...] di un giallo [...] più cupo [...] [di] tutti gli altri attaccati da itterizia, febbre gagliarda, polso celere, calore cutaneo urente. Questo stato sempre febbrile continua per due o tre giorni, allora i sintomi cominciano a diminuire e subentra la convalescenza;*
- *Acuto dolore al fegato più permanente [...] con infiammazione allo stomaco, febbre continua senza remissione, urine di un giallo più scuro, prostrazione, morale eminentemente abbattuto.*

Inoltre, l'ittero emolitico acuto da fave è, per questo Autore, differente da quello [...] *idiopatic[o] e sintomatic[o] ordinari[o]*; consiglia, poi, [...] *di fuggire quei campi addetti alla coltivazione di [fave] e sottolinea che [...] i pazienti, [...] lungi di chiedere i soccorsi della Scienza, si sono abituati a prendere i sughi di cicoria, e qualche analogo decotto [...] [per guarire dall'ittero].* Identiche considerazioni cliniche si riscontrano nel lavoro del medico siciliano Enrico de Pietra Leone di Piazza Armerina (attuale provincia di Enna) pubblicato nel 1858⁽³⁾. In un'altra area della Sicilia, nel 1873, il medico Stefano Mulé Bertòlo di Villalba (attuale provincia di Caltanissetta) così scrive su un giornale non medico del luogo, "Il Messaggiere"⁽⁵⁾: [...] *a cominciare dal 1866 io conobbi [...] [l'ittero emolitico acuto da fave] che non riscontrai affatto in nessuna opera di patologia interna e che [...] [chiamai] [...] Zàfara [dall'arabo zafra, giallo] o itterizia particolare prodotta dalle particelle odorifere del fiore della pianta-fava.* Dopo circa trent'anni, Mulé Bertòlo, senza aggiunte importanti, consegna alla letteratura medica le sue osservazioni cliniche con un nuovo lavoro⁽⁶⁾. L'Autore vede nella [...] *Zàfara [alcune] [...] sofferenze nervee [che attribuisce alla sua] [...] istantanea [...] comparsa, [oltre al] prolasso delle forze, la paralisi vescicale, le convulsioni [...]. Ed ancora [...] il morbo svanisce, volgendo in bene e non lascia in appresso ombre di conseguenze patologiche [...] e, per curarlo, giova [...] l'uso dei tonici [e] degli eccitanti [...]. Infine conclude: [Con] [...] soddisfazione [...] vedo confermate le [mie] osservazioni [...] dal dottor Belisario Liborio da Bernalda [attuale provincia di Matera], il quale m'indirizzava una sua lettera gentile insieme ad una memoria dal titolo "Avvelenamento d[a] fave" (Tipografia Santanello, Potenza, 1867)[...].* A Belisario Liborio, primo medico non siciliano che scrive sull'ittero acuto da fave, va il merito di aver dato inizio a comprendere e diffondere l'importanza socio-sanitaria della malattia; infatti, invia la propria memoria al sindaco del suo comune e subito dopo al Prefetto-Presidente del Consiglio Sanitario della provincia di Potenza. Le sue osservazioni cliniche sono condivise, in buona parte, da Mulé Bertòlo. In un'altra area della Sicilia, a Melilli (attuale provincia di Siracusa), il medico Salvatore Rizzo-Matera, nel 1878, pubblica, attraverso lettera aperta al Direttore de "L'Osservatore Medico. Giornale Siciliano"⁽⁷⁾, due casi di ittero emolitico acuto da fave. L'Autore confronta le proprie esperienze con quelle di Mulé Bertòlo e, indipendentemente, conferma la familiarità di questa malattia. Nel 1879, ancora, un altro medico siciliano,

Domenico Morici di Palermo pubblica le sue osservazioni attraverso lettera aperta al Direttore de "L'Osservatore Medico. Giornale Siciliano"⁽⁸⁾; ecco, in parte, ciò che scrive: [...] *si credeva che questa malattia fosse esclusivamente ed essenzialmente dei paesi [delle Madonie] per determinate condizioni telluriche e non solo per gli effluvi odorosi dei fiori; ma già sappiamo essersi osservata [in] molte province siciliane.* Il Morici, poi, esalta il lavoro inviatogli dal medico siciliano Giovanni Bruno che così informa il collega: [...] *oltre a due casi di ittero leggero [...] mi do pure la premura di comunicarle due casi d'itterizia di forma grave con fenomeni atassici, seguiti da morte, da confrontarli nel decorso fenomenologico alla febbre gialla [...]. Mi è stato [inoltre] rapportato, che due uomini sono morti traversando un campo di fave fiorite [...]. [Questi stessi] individui [...] venivano disturbati [con] vomito e [con] giallezza dalla fioritura, ma an[che] dalle stesse fave verdi [e] cotte [...]. Nulla d'innormale in essi avveniva, quando [...] mangiavano [...] fave secche e indurite. Lascio a lei l'illustrazione di questi fatti. Vedrà se possano riferirsi ai casi d'itterizia della primavera, anche citati dagli antichi. Con itterizia della primavera, il Bruno intende la recrudescenza primaverile della malaria.* A questo medico si attribuisce il merito di aver per primo citato l'azione lesiva delle fave verdi cotte e l'azione non lesiva di quelle secche e cotte. Il Morici riporta, ancora, l'esperienza di Filippo Redano di Palermo e di altri medici siciliani che riferiscono casi [...] *molto gravi d'itterizia da fave e di forme fulminanti [...]* e conclude la sua lettera all'Osservatore Medico con queste parole: *Gran parte di questi fatti aveva io messo insieme sin dal 1854 per [...] darli fuori perché davvero meritevoli di studio.*

L'ittero emolitico acuto da fave, nel 1894, fa' ufficialmente il suo ingresso nella Patologia Clinica con un nuovo nome, *Favismo*, destinato a divenire definitivo. Si deve questo storico contributo al medico lucano, Giovanni Montano di Lavello (attuale provincia di Potenza) quando presenta la sua relazione "Emoglobinemia ed emoglobinuria da fave" all'XI Congresso Medico Internazionale tenutosi a Roma⁽⁹⁾, poi ufficializzata negli Atti congressuali col titolo "Favismo o intossicazione fabacea". Montano giustifica così il termine *favismo* da lui coniato, in un libretto dal titolo "Favismo"⁽¹⁰⁾, pubblicato nello stesso anno; le sue parole: [...] *nome che, nella sua brevità, mentre richiama alla mente l'origine del morbo, ne lascia imprigionata la natura e la patogenesi.* Dal lavoro di Montano emergono cinque originali aspetti:

- Parla esplicitamente di emoglobinemia ed emoglobinuria da fave;
- Sottolinea l'importanza del binomio *causa determinante* (fave) e *causa predisponente* (particolare idiosincrasia individuale);
- Mette in evidenza la diversità del potere patogeno dei semi freschi di fava e di quelli secchi;
- Sostiene l'importanza causale di un principio *chimico tossico e non batterico*;
- Raccomanda l'astensione dai salassi nei periodi di *crisi favica*.

Ancora, l'Autore presenta il quadro emocitometrico ed ematologico del soggetto sotto crisi fabica; le sue parole: [...] *l'esame del sangue periferico manifesta diminuit[o] [numero*

di] globuli rossi [e] un discreto numero dei poichilociti [...]; l'emoglobina [è] sciolta nel siero [e si ha] lieve aumento dei leucociti [...]. Inoltre, [l']idiosincrasia [alle fave] è una predisposizione particolare che hanno taluni individui [che Montano chiama favofobi], dipendente probabilmente da permanente discrasia, alterata nutrizione dello stroma dei globuli rossi, [del loro] discoplasma e degli organi emopoietici suscettibilissimi a risentire l'azione speciale [delle fave]. L'Autore intravede ciò che sette decenni dopo viene descritta e dimostrata: nella crisi emolitica le emazie del soggetto fabico presentano scarso funzionamento metabolico dei pentosi. Inoltre afferma e spiega che il favismo si distingue [...] dalla "emoglobinuria parossistica", dalla febbre "biliosa-ematurica" dei paesi caldi, dalla febbre "ittero-ematurica palustre" e da "chinina"; non che da varie altre malattie [...] [del] fegato e [delle] vie biliari, con cui ha molti punti di rassomiglianza. Dal paragrafo riguardante la terapia emerge: [...] le persone predisposte al "favismo", e specialmente quelle con predisposizione ereditaria debbono evitare di passare vicino ai campi seminati a fave all'epoca della fioritura ed astenersi di mangiarne i semi, specialmente, teneri. Ai bambini poppanti di queste famiglie, la nutrice non deve dare il latte, quando abbia mangiato questo legume [fave]. In quest'ultima parte l'Autore anticipa quella medicina preventiva che si vedrà applicata nel baliatico negli anni futuri. E, sorprendentemente scrive *predisposizione ereditaria* invece di *familiare* come è scritto in precedenti lavori e non utilizza il termine *congenito*, chiarito nel 1909 da Archibald Edward Garrod, iniziatore della Genetica Medica, quando pubblica l'opera dal titolo "The inborn errors of metabolism" (intendendo con *inborn*, innato o ereditario) e chiarisce che il termine *congenito* è da riferire ad un difetto che si sviluppa in utero. Alla vigilia della rivalutazione degli studi mendeliani fatta da Carl Correns nel 1900 ed allo studio innovativo di Walter Stanborough Sutton nel 1902, Montano si presenta, evidentemente, aggiornato con i progressi biomedici della seconda metà del XIX secolo. Sempre Montano, nel 1899, pubblica un nuovo lavoro⁽¹¹⁾ in cui esclude come causa di favismo il fungo *Uromyces appendiculatus*, agente eziologico della ruggine dei semi di fave e di fagioli e qualsiasi tipo di batterio; con quest'ultima ricerca si oppone a quegli Autori che vedono nella teoria batterica la causa del favismo, iniziata nel 1898 da Antonio Cipriani, citato da Antonio Gasbarrini^(12,13). Montano, infine, migliora la teoria tossica, anticipata nel 1898⁽¹⁴⁾ e poi sostenuta da altri^(15,16); così scrive: *Persistiamo a ritenere che la causa [del favismo] sia una intossicazione di natura chimica*. E, nell'evidenziare le sostanze [...] vicina, convicina, colina, betaina e [...] guanidina [...] [rinvenute nelle diverse specie di fave, l'Autore conclude]: *Noi non sappiamo se nelle [fave], oltre a queste sostanze delle quali non è perfettamente nota la loro speciale azione fisiopatologica, [vi è] qualche altro elemento, ancora sconosciuto nella sua essenza, [...] [a provocare il] morbo [...]. Finché non sarà nota l'intima costituzione dell'agente causale e tossico delle fave non si può parlare di una cura diretta o antitossica della malattia stessa. Accanto quindi alla cura igienico-profilattica resta quella puramente sintomatica*.

Tra i molti medici italiani che continuano a contribuire alla letteratura medica del favismo ne emergono alcuni

con osservazioni cliniche di rilievo^(17,18). Un riferimento particolare lo merita il medico calabrese Pietro Pucci di Roccabernarda (attuale provincia di Crotone) per il suo lavoro dal titolo "Febbre ittero-ematurica da chinino e favismo"⁽¹⁹⁾ del 1896. Nell'introduzione, l'Autore ricorda che il medico siciliano Salvatore Tomaselli è il primo a rilevare la *febbre ittero-ematurica da chinino* considerandola una *idiosincrasia speciale congenita spesso ereditaria*. Più precisamente, Tomaselli nell'introdurre il chinino in Sicilia come antimalarico, nota che alcuni soggetti vanno incontro a *febbre ittero-ematurica* che viene denominata "malattia del Tomaselli" nel 1874 dall'Accademia Gioenia in Catania. Dopo questo chiarimento, il Pucci, scrive: *Io ho avuto occasione di conoscere alcuni [soggetti] che hanno presentato, prima l'intolleranza alle fave verdi, poi [...] ai [s]ali di chinina [...]. [Ho] potuto anche notare che la somministrazione di [chinino] riesce nociva [in soggetti con] favismo [...] come rilevasi dalla sommaria narrazione [...] [di sette casi] che in Roccabernarda ho raccolto negli anni 1893-1894*. Poi l'Autore precisa, dei sette soggetti affetti da favismo, quattro presentano intolleranza al chinino e nei restanti tre l'antimalarico esaspera i sintomi della crisi fabica. Il merito di Pucci è quello di aver messo in relazione il chinino con il favismo anticipando di trent'anni lo studio del medico sardo Andrea Manai su un altro antimalarico, la plasmachina⁽²⁰⁾ e, di cinquant'anni quello importantissimo sulla primachina, ben descritto da Ernest Beutler nel 1959⁽²¹⁾.

Vincenzo Piga, medico sardo, è il primo a diffondere, nel 1899, la conoscenza del favismo nella popolazione della Sardegna⁽²²⁾ aprendo la strada, nel primo decennio, 1900-1909, del XX secolo, agli studi epidemiologici sul favismo. Tra i tanti Autori di questo periodo, si vuole ricordare il medico sardo Claudio Fermi che nel 1905 scrive l'inedito lavoro sull'epidemiologia del favismo in Sardegna ed in Italia⁽²³⁾. Più precisamente, studia la popolazione di 72 comuni sardi ottenendo una [...] *morbilità media annua del 5,2‰ ed una mortalità dell'8%*. Da questa indagine risulta una [...] *ereditarietà del 20% su 1.211 casi studiati 752 sono da ingestione e i restanti 459 da inalazione*. Il sesso più colpito, scrive Fermi, è decisamente quello maschile. Fermi, ancora, dalla letteratura raccolta, traccia il cartogramma del favismo in Italia sul quale fa una considerazione molto interessante, oltre che originale: *Il favismo pare predominante in genere nelle [aree] più colpite dalla malaria*. Questa brillante osservazione viene confermata da Marcello Siniscalco nel 1961 con lo studio di correlazione tra la malaria e due anomalie genetiche, favismo e talassemia, tipiche del Mediterraneo; successivamente spiegata da Lucio Luzzatto nel 1969 in un eccellente lavoro sull'eritrocita del soggetto fabico infettato dal *Plasmodium falciparum*, agente eziologico della malaria.

Nel secondo decennio, 1910-1919, le Università sarde contribuiscono alla letteratura con altri importanti lavori: nel 1910 si delinea in maniera magistrale il quadro sintomatologico del favismo nelle sue varianti cliniche⁽²⁴⁾; nel 1912, per la prima volta, si lavora, in modo sperimentale, sui reperti ematologici⁽²⁵⁾. In questo periodo emerge la figura del medico abruzzese Antonio Gasbarrini che ha il merito di aver pubblicato nel 1915 un lavoro^(12,13) in cui il favismo è visto sotto ogni aspetto clinico. Relativamente all'*Influenze cosmiche e del terreno*, così scrive: [...] *i medici pratici e*

[la] popolazione [...] riten[gono] che le piogge prolungate, determinano un ostacolo allo sviluppo del favismo; del [...] rapporto fra favismo e malaria [...] mette in luce il periodo comune (aprile-giugno) in cui si può verificare la presenza di entrambe le malattie, quando il soggetto è predisposto al favismo; riguardo il paragrafo *Predisposizione individuale* ricorda che il favismo può “tacere” per brevi o lunghi periodi di vita aprendo per la prima volta un problema ancora oggi non completamente risolto. Del paragrafo *Reperto ematologico* è interessante riportare quanto segue: [...] *l'anisocitosi più o meno marcata con presenza di numerosi eritrociti giovani e cellule immature che ne giustificano l'attiva reazione del midollo osseo; l'aumento delle piastrine; la formula leucocitaria priva di eosinofilia*. Infine, l'emoglobinuria, per Gasbarrini, [...] dà l'impronta al quadro clinico del favismo [...] anche se quest'ultimo può essere misdiagnosticato con [...] *febbre ittero-emoglobinurica (secondo Plehn); emoglobinuria malarica spontanea; emoglobinuria da chinino; emoglobinuria parossistica; emoglobinuria da freddo; catarro acuto gastro-duodenale; echinococco epatico*. L'emoglobinuria, già trattata da Montano⁽⁹⁾ (1894) e Andrea Conti⁽²⁴⁾ (1910) viene, sulla traccia di Gasbarrini^(11,12), accuratamente descritta da Italo Civalleri nel 1916 in una monografia dal titolo *Le emoglobinurie* (Siena, Tipografia San Bernardino), indagata e migliorata, molto tempo dopo da Paolo Larizza^(26,27) (1965). Nel 1915 il medico sardo Amerigo Filia ha il merito di avere per primo studiato il favismo in età pediatrica⁽²⁸⁾; e l'anno successivo un altro medico sardo, Ernesto Pesci ha il merito di essere l'iniziatore della teoria allergica del favismo⁽²⁹⁾ sostenuta, nel 1922⁽³⁰⁾, da un altro autore italiano, Marcello Lusena, che considera il favismo una anafilassi da fave alterate da parassiti. Nel 1925, il medico fiorentino Carlo Lotti dimostra sperimentalmente su fave secche, fresche e sui fiori della pianta, la genesi anafilattica del favismo⁽³¹⁾, sostenuta nel 1928 dal medico lombardo Luigi Preti⁽³²⁾.

Nel decennio 1920-1929, i medici italiani continuano a dare il proprio contributo con studi sperimentali, al fine di chiarire l'eziologia del favismo. Tra questi si distingue Andrea Manai⁽³³⁾ i cui studi sono esempio di qualità scientifica.

Altri autori italiani e pochissimi stranieri, apportano nel terzo decennio, 1930-1939, il loro contributo. Si distingue, nel 1930, il medico cagliaritano Igino Biddau insieme ad un suo contemporaneo (L. Ferrantini), quando trattano, separatamente, la patogenesi della malattia; mentre un altro autore (R. Binaghi), nello stesso anno, si occupa dell'aspetto chimico-tossicologico. Nel 1933 Thomas McCrae, è qui citato perché, per la prima volta, un medico non italiano utilizza il termine “favism”: lo fa nel titolo⁽³⁴⁾ del proprio lavoro in cui descrive un caso clinico di anemia emolitica acuta da ingestione di fave riportando inoltre l'esperienza di Gasbarrini^(12,13) e di Preti⁽³²⁾.

Nel quarto decennio, 1940-1949, si apportano chiarimenti e miglioramenti di alto valore scientifico sia sul piano clinico che patogenetico. Un lavoro importante è quello di Aldo Turchetti⁽³⁵⁾ che nel 1948 attribuisce l'anemia emolitica da primachina al favismo. Questa idea, undici anni dopo, è molto apprezzata da Ernest Beutler il quale, nel suo lavoro sull'anemia da primachina⁽²¹⁾ lo definisce *precursore*. Ancora, Turchetti fa da ponte tra Paul Carson⁽³⁶⁾ che, nel 1956, dimostra la carenza

di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD) eritrocitaria come causa dell'anemia da primachina e Gennarino Sansone che, nel 1958, vede in questa carenza la causa del favismo⁽³⁷⁾, quest'ultima confermata nello stesso anno da Paolo Larizza il quale discute la similitudine del quadro clinico del favismo con quello dell'anemia da primachina⁽³⁸⁾. Inoltre, il Larizza, sette anni dopo, pubblica un lungo ed importante lavoro, diviso in due parti, in cui dimostra che altre sostanze di sintesi chimica (sulfamidici, acido para-aminosalicilico, nitrofurantoina, acetanilide, naftalina, tritolo, chinidina, cloramfenicolo) e naturali (pisello, anagride) che provocano la stessa crisi emolitica da fave in soggetti fabici^(26,27).

Nel quinto decennio, 1950-1959, Ferdinando Marcolongo nei suoi studi del 1953⁽³⁹⁾ ipotizza l'origine autoimmune del favismo basandosi sulla documentata presenza di anticorpi incompleti di tipo caldo e, più raramente, di quelli completi di tipo freddo e caldo in soggetti affetti da crisi fabica. Tale ipotesi è sostenuta e migliorata nel 1954 (T.G. Formaggio). Tra i pochi stranieri di questi anni, numerosi sono gli Italiani che con i loro studi di tipo biochimico-metabolico e genetico arricchiscono, con lavori di rilievo, la letteratura sul favismo. Lo studio del 1956 di Sansone sulla marcata diminuzione di glutatione ridotto (GSH) nei soggetti fabici⁽⁴⁰⁾, è uno di questi importanti contributi. Nel 1957, Franco Panizon documenta l'estrema suscettibilità degli eritrociti fabici a formare nel loro stroma i corpi di Heinz che si presentano con peculiari caratteristiche di numero e di morfologia sotto l'azione denaturante delle stesse sostanze capaci di svelare la instabilità del GSH⁽⁴¹⁾; e l'anno successivo, si dimostra la presenza dei corpi di Heinz dopo crisi fabica, previa incubazione con acetilfenilidrazina (G. Aresu). E, a chiusura di questa estrema sintesi sugli studi biochimico-metabolici si vuole ricordare il lavoro del 1957 di Ernesto Sartori il quale interpreta la genetica del favismo, così: [...] *il substrato costituzionale indispensabile del favismo si trasmette ereditariamente come semplice fattore mendeliano recessivo ad espressione sensibilmente più spiccata nel sesso maschile. Sono fenotipi fabici soltanto i genotipi omozigoti per un allele patologico recessivo di un gene Fa [favismo], il cui allele fisiologico è invece dominante [...] la prevalenza del sesso maschile va di pari passo con la gravità della forma morbosa [...]*⁽⁴²⁾, un lavoro che anticipa l'esatta distinzione tra le femmine eterozigoti dai maschi emizigoti, individuati successivamente. Nel 1958, infine, Sandro Ventura stabilisce che la carenza eritrocitaria di G6PD può essere presente anche in forma attenuata ossia “intermedia” in soggetti indenni da episodi emolitici, ma appartenenti a ceppi familiari in cui altri membri presentano il difetto enzimatico nella sua forma “completa”^(43,44).

In conclusione, si può oggi affermare che il favismo, anemia emolitica acuta da fave dovuta ad eritroenzimopenia ereditaria legata al cromosoma X, è stato per lunghi anni il più studiato perché fonte di elementi di riflessione sulla genetica classica, sull'azione gene-ambiente e sulla genetica molecolare.

Nell'arco di questi cento anni si è cercato di presentare gli elementi essenziali di una storia fatta di interpretazioni giuste ed anche, raramente, di ipotesi legittime, ma tutti certamente ricchi di scientificità, di idee e di studi i cui risultati sono da considerare vero basamento per una verità genetico-ematologica proiettata nell'attualità.

BIBLIOGRAFIA

1. TAGARELLI A., PIRO A., TAGARELLI G.: *Due antiche malattie del Mediterraneo: la talassemia e il favismo*. In "Salute e Malattie fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa mediterranea". Pozzi L., Tognotti E. (a cura di). Ed. Democratica Sarda, Sassari, 2000, pp. 457-472.
2. MESSINA P.: *Mediche osservazioni sopra alcune non ovvie infermità*. Catania: Felice Sciuto, 1851.
3. DE PIETRA LEONE E. I.: *Della itterizia endemica; II, Alle osservazioni sull'itterizia endemica ecc., del dottor Francesco Scriffignano. Esame critico*. Palermo: Stamperia G. Meli, 1858.
4. MINA LA GRUA A.: *Sopra l'itterizia endemica e su le malattie ordinarie dei contadini di Castelbuono*. Palermo: Bernardo Virzì, 1856.
5. MULÈ BERTOLO S.: *Zàfara o itterizia particolare prodotta dalle particelle odorifere del fiore della pianta-fava*. Il Messaggiere, 1873; 125: 3.
6. MULÈ BERTOLO S.: *Della zàfara o itterizia particolare prodotta dalle particelle odorifere del fiore della pianta-fava*. La Pratica del Medico, 1901; 1: 354.
7. RIZZO-MATERA S.: *Storie cliniche di rari casi d'ittero*. L'Osservatore Medico Giornale Siciliano, 1878; 8: 302.
8. MORICI D.: *Lettera del dottor Domenico Morici all'illustre professore S. Cacopardo*. L'Osservatore Medico Giornale Siciliano, 1879; 9: 12.
9. MONTANO G.: *Emoglobinemia ed emoglobinuria da fave*. XI Congresso Medico Internazionale. Comunicazione, Sezione "Medicina Interna". Roma, 4 aprile 1894.
10. MONTANO G.: *Favismo*. Stabilimento Tipografico Grieco e Ercolani, Melfi 1894.
11. MONTANO G.: *Favismo. Nuovo contributo clinico-sperimentale*. Tipografia Giuseppe Grieco, Melfi 1899.
12. GASBARRINI A.: *Il favismo*. Il Policlinico (Sezione Pratica), 1915; 22 (45): 1505-1512.
13. GASBARRINI A.: *Il favismo*. Il Policlinico (Sezione Pratica), 1915, 22 (46): 1537-1541.
14. BERNABEI C.: *Sull'intossicazione fabacea*. Accademia dei Fisiocritici. Comunicazione. "Comunicazioni Scientifiche". Siena, 4 Luglio 1898.
15. FERRANNINI L.: *La patogenesi del favismo*. Tipografia dell'Istituto Biochimico Italiano, Milano 1930.
16. MAMELI CALVINO E.: *Sulla probabile tossicità transitoria di Vicia faba*. Gazzetta Sanitaria, 1929; 2: 3.
17. GRANDE E.: *Su di un caso di favismo*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1898; 19: 720.
18. GIROTTI GB.: *Di alcuni casi di favismo con successiva alterazione funzionale del cuore*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1899; 20: 45.
19. PUCCI P.: *Febbre ittero-ematurica da chinina e favismo*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1896; 40: 421.
20. MANAI A.: *Ittero da plasmochina*. Il Policlinico (Sezione Pratica), 1929; 36: 1215-1217.
21. BEUTLER E.: *The hemolytic effect of primaquine and related compound: a review*. Blood, 1959; 14: 103-139.
22. PIGA V.: *Il favismo. Storia-Sintomatologia-Etiologia*. La Clinica Medica Italiana, 1899; 6: 357-363.
23. FERMI C., MARTINETTI P.: *Studio sul Favismo*. Annali di Igiene Sperimentale, 1905; 15: 76-112.
24. CONTI A.: *La malaria con rilievi fatti in Sardegna*. Tipografia G. Gallizzi & C., Sassari 1910.
25. ZOJA L.: *Su di una forma ancora insufficientemente conosciuta di anemia acuta febbrile con itterizia ed emoglobinuria (favismo)*. Malaria e Malattie dei Paesi Caldi, 1912; 4: 374-389.
26. LARIZZA P., BRUNETTI P., GRIGNANI F.: *Anemie emolitiche enzimopeniche*. Haematologica, 1965; 45: 1-90.
27. LARIZZA P., BRUNETTI P., GRIGNANI F.: *Anemie emolitiche enzimopeniche*. Haematologica, 1965; 45: 129-211.
28. FILIA A.: *Contributo allo studio del favismo*. Rivista Ospedaliera, 1915; 5: 691.
29. PESCI E.: *Forme anafilattiche: eziologia, sintomatologia e cura*. Tipografia Merlo & Parigi, Torino 1916.
30. LUSENA M.: *Sul favismo (Nota preventiva)*. Lo Sperimentale, 1922; 76: 276.
31. LOTTI C.: *Su l'eziologia del favismo*. Studium, 1927; 17: 376-377.
32. PRETI L.: *Il favismo: patologia e clinica*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1928; 49: 25-49.
33. MANAI A.: *Il favismo*. Stamperia della Libreria Italiana e Straniera, Sassari 1929.
34. MCCRAE T., ULLERY J.C.: *Favism*. The Journal of the American Medical Association, 1933; 101: 1389.
35. TURCHETTIA.: *Forme poco frequenti di emoglobinuria da farmaci in corso di infezione malarica*. Riforma Medica, 1948; 62: 325-328.
36. CARSON P.E., FLANAGAN C.L., ICKES C.E., ALVING A.S.: *Enzymatic deficiency in primaquine sensitive erythrocytes*. Science, 1956; 124: 484-485.
37. SANSONE G., SEGNI G.: *Nuovi aspetti dell'alterato biochimismo degli eritrociti da favici: assenza pressoché completa della glucosio-6-P-deidrogenasi*. Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale, 1958; 34: 327-329.
38. LARIZZA P., BRUNETTI P., GRIGNANI F., VENTURA S.: *I fabici sono sensibili alla primachina (Possibilità di provocare nei fabici l'insorgenza di episodi emolitici con la somministrazione di primachina)*. Minerva Medica, 1958; 49: 3769.
39. MARCOLONGO F.: *Anemie emolitiche acquisite da autoimmunizzazione*. Recenti Progressi in Medicina, 1953; 15: 1.
40. SANSONE G., SEGNI G.: *Prime determinazioni sul glutatione (GSH) ematico del favismo*. Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale, 1956; 32: 456-458.
41. PANIZON F., PUJATTI G.: *Primi rilievi sulla presenza di corpi di Heinz durante la crisi emolitica da favismo*. Studi Sassaresi, 1957; 35: 105.
42. SARTORI E.: *Elementi per una teoria genetica del favismo*. Acta Paediatrica Latina, 1957; 10: 505-517.
43. VENTURA S., BRUNETTI P., GRIGNANI F.: *Ricerche bio-enzimatiche sui familiari dei fabici*. Rassegna Medica Sarda, 1958; 60: 449.
44. VENTURA S., GRIGNANI F., BRUNETTI P.: *Premesse per una interpretazione genetica del favismo*. Rassegna Medica Sarda, 1958; 60: 459.

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Antonio Tagarelli

e-mail: antotagarelli@gmail.com

Medicina nell'Arte

Morte nella camera del malato

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica
Salerno

Parole chiave: Munch, Morte, Colori della medicina.

Key Words: Munch, Death, Medicina colours.

Ricevuto in Redazione l'1 giugno 2020

RIASSUNTO:

L'A. riporta un capitolo del suo libro: I colori della medicina, dove espone un personale commento critico al celebre dipinto del pittore norvegese Edward Munch

SUMMARY:

The A. reports a chapter of his book: The colors of medicine, where he exposes a personal critical comment to the famous painting of the Norwegian painter Edward Munch

E' il titolo di un dipinto di Edoardo Munch (1863-1944), celebre almeno quanto l'"Urlo", realizzato nel 1892 e conservato presso la Galleria Nazionale di Oslo. V'è ritratta una scena tra le più angoscianti delle sue creazioni: una scena di sgomento e di dolore, che solo un artista come il nostro norvegese avrebbe potuto eseguire con tanta veridicità ed ingegno.

Siamo in una camera da letto dove il letto è sul fondo, le medicine sul comodino, ma non c'è il malato, c'è la morte, immateriale, incorporea e pertanto fisicamente invisibile, ma pur tuttavia presente come un incubo negli atteggiamenti delle persone che vi si muovono. Le congetture sono lasciate all'osservatore, ma nella visione simbolica dell'artista non è la presenza fisica del malato-defunto che sconcerta e che turba; al contrario è l'idea dell'assenza, del distacco che sconvolge, del vuoto che l'improvvisa sua mancanza lascia al mondo dei vivi, degli affetti, di coloro che gli furono cari; è il pensiero metafisico della morte che inquieta, che preme l'animo. Non è sull'estinto che il pittore vuole incentrare l'idea della morte, ma è sulla sensazione penosa della scomparsa, sulla dipartita senza ritorno, sulla separazione definitiva che aleggia nella stanza il messaggio che l'artista vuole comunicare allo spettatore. E che l'idea della morte nella sua inquietante realtà sia un tema ricorrente della produzione artistica di Munch, lo costatiamo in molti dei suoi dipinti, così come l'amore: due valori estremi, ma gli unici a folgorarne la creatività.

Si è giustificata la reiterazione di tale modello ispirativo con le tormentate vicissitudini della sua esistenza, che non

fu né facile, né sempre appagante: più volte, infatti, ebbe a provare personalmente lo strazio della morte di un suo caro, come quello per la madre deceduta quando era ancora bambino e, quando adolescente, per la sorella Sofia consunta dalla tisi nell'età più deliziosa della vita. Sono esperienze traumatizzanti, che in una personalità fragile e insicura come la sua lasciano il segno, destabilizzano un equilibrio interiore già delicato.

In questa stanza, che già colpisce per la sua vastità e per il rosso acceso del pavimento, un colore caro all'artista, dove il letto sembra minuscolo e lontano, si agitano alcuni personaggi, nei cui atteggiamenti e sui cui volti si stagliano sentimenti e reazioni diversificate di fronte al mistero della morte. Possiamo analizzarne gli stati d'animo a cominciare dalle due figure femminili ritratte in primo piano. L'incredulità e lo sbigottimento sono impressi sul viso della donna in piedi, visibilmente emozionata, le cui mani congiunte sul grembo sembrano dare più forza ai sentimenti che le conturbano l'animo. Commozione e pianto per contro scuotono la fanciulla seduta, racchiusa nel suo intenso dolore, rivelato a tratti dai singhiozzi accorati, che non avvertiamo



Munch: *Morte nella camera del malato*, Oslo, National Gallery

con l'orecchio, ma percepiamo nella mente, in quel fazzoletto che ha tra le mani, certamente bagnato di lacrime. Muto accoramento invece è sui volti del giovane ritratto di spalle e del canuto signore accanto al letto, che stringendosi le mani sembra non darsi pace. Allo stesso tempo negli altri due, un uomo e una donna, rivelati dall'atteggiamento del braccio, dell'uno appoggiato allo stipite della porta, dell'altra alla poltrona, prevale la disperazione e il rifiuto, il rigetto psicologico dell'evento, che pur nella sua crudele manifestazione, anche se a volte inaspettata, è il più autentico e inevitabile in natura. Una settima persona infine, l'ultima, assisa su una sedia di fronte al letto e delineata di profilo, forse una suora, a giudicare dal velo bianco sulla testa, appare raccolta e in preghiera: è la più composta e in un certo senso la più serena figura del gruppo: un'immagine contraddittoria nella pesante atmosfera, ma è l'incarnazione della fede, della certezza di una sopravvivenza in un mondo migliore.

La scena è crudamente realistica e certamente vissuta dall'Autore: è il ripetersi di una situazione identica in ogni occasione luttuosa. Ma la tragicità del contesto testimonia qualcosa di più grave, che non può essere se non la scomparsa di una giovane vita strappata ai sogni di un cullato futuro, il ricordo della sorella eternato sulla tela, della fanciulla spenta nel fiore degli anni da un ingrato destino; una scena che dovette essere drammatica, da restare dolorosamente e indelebilmente impressa nel cuore dell'artista e che l'artista ora recupera dal remoto rimpianto, attualizzandola con rara efficacia e con magistrale valore, traducendo nelle emozioni dei personaggi il suo personale smarrimento, accentuato dagli ardui significati di cui incupisce l'ambiente, come l'assenza del protagonista, il malato, nel cui vuoto riversa la sua ansia di dissoluzione e di rifiuto del passato.

Munch è unanimemente riconosciuto come esponente di spicco dell'espressionismo, movimento artistico che vide la sua fioritura in Germania tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo e il cui intento era quello di anteporre alla nuda realtà dell'immagine il dato emotivo in essa contenuto, accentuandone i contorni e l'intensità, un intento perfettamente riuscito in questa composizione, dove non è tanto la scena in sé che colpisce l'osservatore, quanto gli atteggiamenti accorati dei personaggi, ognuno dei quali è rappresentato con la propria espressione, con la propria reazione emotiva di fronte alla morte.

Il dipinto di Munch è certamente opera di estrema suggestione, rivolta a un tema tra i più misteriosi ed ineffabili della vita spirituale dell'uomo. Per il clima e l'ambientazione che riproduce, pur nei suoi contorni torbidi e tormentosi, l'Autore sembra riproporci l'angoscioso problema già degli antichi pensatori e che è quello di un mondo ultrasensibile ignorato e misterioso, ma ce lo presenta nei suoi aspetti più ossessivi, più tragici e contorti, tratteggiandone lo sgomento per il mistero che lo avvolge attraverso simboli ed espressioni forti ed esacerbate. Ne consegue un pennello rivolto non tanto a rimarcare gli aspetti più concreti e nitidi di questo momento estremo della vita, quanto a perscrutarne le zone più insondabili e lo fa animando i tratti dei volti e la gestualità delle mani dei suoi personaggi, vivacizzandone in tal modo i sentimenti e le ansie. Risultato finale è lo sconcerto dell'osservatore di fronte al messaggio, pur nella consapevolezza di assistere a un momento creativo complesso e sfuggente, ma non per questo prepotentemente raffinato e sublime.

BIBLIOGRAFIA

1. LAURIELLO G.: *I colori della medicina*. Edizioni Noitrè, 2008

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giuseppelauriello@libero.it

