

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIX * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2018

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 XXXIX * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2018

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

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

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

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

(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

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

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

intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Norme per i collaboratori

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

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

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

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

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

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

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

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

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

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Settembre 2018



Associato alla Unione
Stampa Periodica Italiana

ISSN 1124 - 5301



SOMMARIO

Editoriale

IV

Alice Canale, Filippo Giardi, Lara Lucchesi, Alberto Tomasi

Impatto della legge 119/2017 sull'attività dei servizi vaccinali dell'Asl Nord-Ovest della Toscana

Pag. 17

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Sulla sifilide di Benvenuto Cellini

Pag. 20

Clelia Marano, Gianluca Barbagallo, Carmelo Leocata, Giuseppe Riccardo Spampinato

L'odontofobia infantile: studio osservazionale

Pag. 23

Giuseppe Grimaldi, Giuseppina Busto

Convegni

Pag. 28

Giuseppe Battimelli

Il principio di vulnerabilità e la posizione di garanzia del medico

Pag. 30

Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2018.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

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

Impatto della legge 119/2017 sull'attività dei servizi vaccinali dell'Asl Nord-Ovest della Toscana

Alice Canale¹, Filippo Giardi¹, Lara Lucchesi², Alberto Tomasi²

¹ DIPARTIMENTO DI RICERCA
TRASLAZIONALE E DELLE NUOVE
TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA

² AREA IGIENE PUBBLICA
ASL NORD-OVEST TOSCANA

Parole chiave: Legge 119/2017, obbligo vaccinale, servizi vaccinali.

Key Words: Law 119/2017, mandatory vaccinations, vaccination services.

Ricevuto in Redazione il 25 luglio 2018

RIASSUNTO

Negli ultimi anni in Toscana, come nel resto d'Italia, si è assistito ad un preoccupante calo delle coperture vaccinali al di sotto della soglia del 95%. Questo ha contribuito al riemergere di malattie infettive, come il morbillo che a partire dai primi mesi del 2017 ha colpito neonati e giovani adulti non vaccinati. Per questo motivo il Ministero della Salute è intervenuto emettendo un decreto legge, il 73/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", in seguito approvato dal Parlamento e trasformato nella legge 119 il 31 luglio 2017. Tale legge, nota anche come "Legge dell'obbligo vaccinale" prevede l'effettuazione di 10 vaccini obbligatori per poter accedere ai servizi scolastici.

Il nostro studio ha valutato l'incremento di attività dei servizi vaccinali dell'Asl Nord-Ovest della Toscana, conseguente all'entrata in vigore della legge.

SUMMARY

During the last years in Tuscany, as well as in the rest of Italy, vaccination coverage worryingly dropped under the threshold of 95%. This has contributed to a re-emergence of infectious diseases, like measles that occurred mainly in newborns and non-vaccinated young people. For this reason, the Ministry of Health issued a decree law, 73/2017 "Urgent provisions on vaccination prevention" as amended by the conversion 119 law July 31, 2017. This law, known as "Mandatory vaccination law", provides for the execution of 10 compulsory vaccines to have access to school services.

The aim of our study is to assess the activity increase of the vaccination services in the Tuscany Asl Nord-Ovest (local health authority) as a result of law application.

INTRODUZIONE

I programmi di immunizzazione sono il più efficace e costo-efficace strumento di sanità pubblica per ridurre la morbosità e la mortalità delle malattie infettive a livello globale^[1]. Si stima che i vaccini possano evitare globalmente circa 6 milioni di morti all'anno^[2]. Inoltre i vaccini possono limitare la diffusione dell'antibiotico-resistenza, ad oggi uno dei maggiori problemi che la sanità pubblica si trova ad affrontare^[3]. In Italia fino al 2017 solo quattro vaccini erano obbligatori per i nuovi nati (anti-tetano, anti-polio, anti-difterite e anti-epatite B), mentre gli altri indicati nel calendario

vaccinale erano solamente raccomandati. Nel Veneto, tale obbligo è stato sospeso, tramite una legge regionale nel 2007, rendendo raccomandate e non più obbligatorie tutte le vaccinazioni^[4]. Tuttavia a partire dal 2013 in tutto il paese, compreso il Veneto, si è registrata una costante diminuzione nelle coperture sia dei vaccini obbligatori sia di quelli raccomandati. La copertura a 24 mesi del vaccino contro la poliomielite, usato come proxy del vaccino esavalente, è passata dal 95,7% nel 2013 al 93,3% nel 2016, mentre la copertura del vaccino contro il morbillo, usato come proxy del vaccino trivalente contro morbillo-parotite-rosolia, è scesa dal 90,4% al 87,3%^[5]. Questo ha portato come conseguenza ad una copertura vaccinale inferiore al 95%, soglia raccomandata per l'anti-polio e gli altri vaccini dalla World Health Organization (WHO) e dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale italiano (PNPV) 2017/2019^[6,7]. Il drammatico calo della copertura vaccinale ha contribuito nei primi mesi del 2017 a far riemergere il morbillo, con un evento epidemico che a fine 2017 ha fatto registrare circa 5000 casi nel Paese^[8]. Per arginare questa emergenza, il Ministero della Salute nel giugno 2017 ha emesso un decreto (73/2017 - "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale"), in seguito approvato dal Parlamento e trasformato nella legge 119 il 31 luglio 2017^[9]. Tale legge incrementa, per i minori di 16 anni, i vaccini obbligatori da 4 a 10. Ai già obbligatori vaccini contro poliomielite, tetano, difterite ed epatite B sono aggiunti i vaccini contro pertosse, morbillo, parotite, rosolia, varicella ed *Haemophilus influenzae* tipo b. Il rispetto degli obblighi vaccinali diventa un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni), mentre dalla scuola primaria in poi i bambini e i ragazzi possono comunque accedere, ma, in caso non siano stati rispettati gli obblighi, viene attivato un percorso di recupero della vaccinazione ed è possibile incorrere in sanzioni amministrative^[10].

Lo scopo del nostro studio è di valutare l'impatto di tale legge sull'attività degli ambulatori vaccinali dell'Asl Nord-Ovest della Toscana.

MATERIALI E METODI

La regione Toscana ha un'anagrafe vaccinale informatizzata rappresentata dal Sistema Informativo di Prevenzione Collettiva (SISPC) in cui vengono registrate tutte le vaccina-

zioni effettuate dai Dipartimenti di Prevenzione, dai Pediatri di libera scelta e dai Medici di Medicina generale. Il territorio dell'Asl Nord-Ovest è suddiviso per comodità nelle aree delle ex-Asl di Lucca, Pisa, Viareggio, Livorno e Massa. Mediante questo sistema abbiamo analizzato il numero di somministrazioni, rapportandole alla popolazione residente nell'area presa in considerazione, del vaccino anti-polio (proxy dell'esavalente) e del vaccino anti-morbillo (proxy del MPR), nelle seguenti corti: 0-6 anni, 7-16 anni e 17-100 anni. Sono stati confrontati i primi mesi dall'entrata in vigore della legge, fino alla scadenza per la presentazione della documentazione alle scuole del 10 marzo 2017, con i rispettivi mesi dell'anno precedente (agosto, settembre, ottobre, novembre, dicembre 2017, gennaio e febbraio 2018 *versus* agosto, settembre, ottobre, novembre, dicembre 2016, gennaio e febbraio 2017). Inoltre sono state analizzate le somministrazioni di due vaccini raccomandati: l'anti-pneumococco per la coorte 0-6 anni e l'anti-HPV per la coorte 7-16 anni.

RISULTATI

Nei mesi analizzati del 2017/2018 nella coorte 0-6 anni, le somministrazioni, rapportate alla popolazione residente, del vaccino anti-polio sono aumentate del 15,5% per l'intera area dell'Asl Nord-Ovest (Lucca +0,7%, Pisa +38,2%, Viareggio +21,7%, Livorno +23,5%, Massa -18,1%) mentre quelle dell'anti-morbillo del 30% (Lucca +18,3%, Pisa +46,8%, Viareggio +56,6%, Livorno +24,6%, Massa +13,8%); nella coorte 7-16 anni si è registrato un aumento delle vaccinazioni anti-polio, nell'area di tutta l'Asl Nord-Ovest del 412% (Lucca +867%, Pisa +665,2%, Viareggio +175,9%, Livorno +724,2%, Massa +185,1%) e del 252% per quanto riguarda l'anti-morbillo (Lucca +437,2%, Pisa +157%, Viareggio +489,2%, Livorno +365,4%, Massa +350,5%). Nella coorte di controllo 17-100 anni si è registrata una diminuzione del 38,2% nell'Asl Nord-Ovest per l'anti-polio (Lucca -28,8%, Pisa +129,4%, Viareggio -35,9%, Livorno +68,2%, Massa -59,5%) e un aumento del 178,5% per l'anti-morbillo (Lucca +164%, Pisa +313,4%, Viareggio +257,5%, Livorno +183,4%, Massa +271,1%) [Figura 1 e Figura 2].

Per quanto riguarda le vaccinazioni non obbligatorie ma raccomandate, nella coorte 0-6 anni le somministrazioni del vaccino contro lo pneumococco sono aumentate del 14,7%, (Lucca +7,4%, Pisa +40,4%, Viareggio +14,3%, Livorno

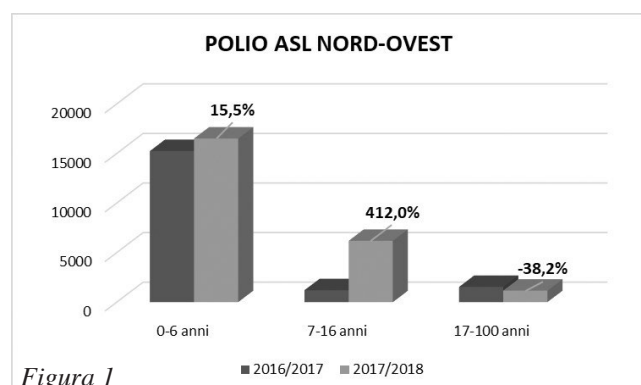


Figura 1

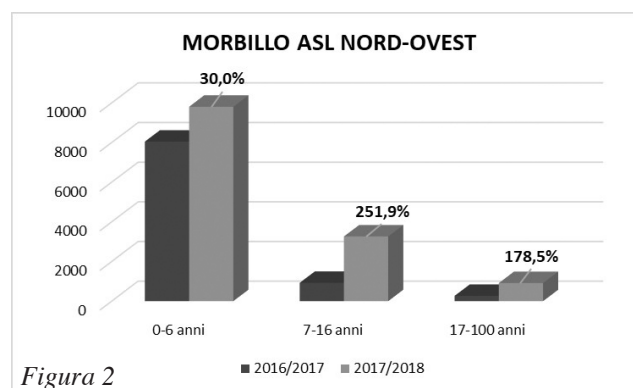


Figura 2

+25,2%, Massa -30,6%) mentre nella coorte 7-16 anni le vaccinazioni contro l'HPV nelle femmine (la coorte dei maschi dodicenni è stata introdotta nella pratica vaccinale a partire da gennaio 2018) sono aumentate del 26,9% (Lucca +33%, Pisa +37,6%, Viareggio +8,7%, Livorno +37,7%, Massa +5,1%) [Figura 3].

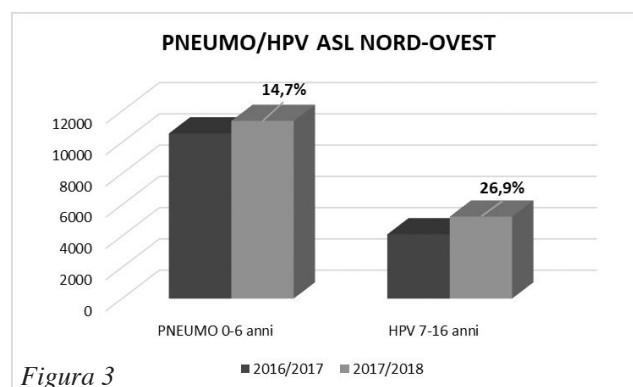


Figura 3

DISCUSSIONE

A partire dal 2013, la diminuzione delle coperture vaccinali a 24 mesi (indicatore standard per i confronti a livello internazionale) ha portato in meno di 2 anni al raggiungimento di valori ben al di sotto del 95%, soglia stabilita sia dalla WHO che dal PNPV 2017/2019 per il raggiungimento dell'eradicazione delle malattie in questione. Per questo motivo e per arginare il riemergere di malattie infettive, quali il morbillo, il Ministero della Salute è intervenuto varando il decreto 73/2017, "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", in seguito modificato e approvato dal Parlamento come legge 119 del 31 luglio 2017. L'obbligo vaccinale che ne è derivato ha avuto effetti sui servizi vaccinali, in quanto hanno dovuto affrontare, con isorisorse, un notevole e inatteso aumento di domanda.

Nell'area dell'Asl Toscana Nord-Ovest ci sono 66 centri vaccinali, distribuiti tra Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Socio-sanitari e Case della Salute (10 nella ex-Asl di Lucca, 17 in quella di Pisa, 7 in quella di Viareggio, 20 in quella di Livorno e 12 in quella di Massa). I Pediatri di libera scelta presenti nell'intero territorio della Asl sono 140 e circa il 75% ha aderito alla proposta di svolgere le vaccinazioni presso il proprio ambulatorio.

Dai dati analizzati è emerso che le vaccinazioni nella coorte 0-6 anni sono aumentate in tutta la Asl Nord-Ovest: per l'anti-polio si è registrato un aumento del 15,5%, mentre per l'anti-morbillo del 30%. Il carico di lavoro per le vaccinazioni pediatriche risulta quindi aumentato, ma in misura molto minore rispetto a quello per le vaccinazioni adolescenziali, in quanto nella coorte 7-16 anni le somministrazioni di anti-polio sono aumentate del 412% e quelle di anti-morbillo del 252%. Per quanto riguarda la coorte di controllo 17-100 anni, si è registrata una diminuzione delle somministrazioni del vaccino anti-polio del 38,2%, invece per le somministrazioni di anti-morbillo si è registrato un aumento del 178,5%, da attribuirsi molto probabilmente, al timore innescato dai crescenti casi di morbillo soprattutto in età adulta [Figura 1 e Figura 2]. Anche questo aumento di somministrazioni si è tradotto in un incrementato carico di lavoro per i servizi vaccinali.

L'analisi delle somministrazioni delle vaccinazioni non obbligatorie ma raccomandate, ha evidenziato nella coorte 0-6 anni un aumento del 14,7% per l'anti-pneumococco, mentre nella coorte 7-16 anni ha evidenziato un aumento del 26,9% delle somministrazioni di anti-HPV nelle femmine (la coorte dei maschi dodicenni è stata introdotta nella pratica vaccinale a partire da gennaio 2018) [Figura 3]. Questi dati ci suggeriscono come la legge sull'obbligo, oltre ad incrementare le somministrazioni dei vaccini obbligatori, abbia avuto un effetto "trascinante" anche per i vaccini solamente raccomandati, andando ad aumentare ulteriormente il carico di lavoro degli ambulatori vaccinali.

La legge 119/2017 ha inoltre introdotto una nuova attività presso i centri vaccinali, i cosiddetti "colloqui pre-vaccinali" con i genitori dubbiosi o contrari, andando ad aumentare ulteriormente il carico di lavoro, soprattutto se quantificato a livello temporale.

In ultima analisi, da prendere in considerazione anche il lavoro effettuato per consentire lo scambio di dati tra l'azienda sanitaria e gli istituti scolastici, al fine di creare elenchi di alunni adempienti o meno al nuovo obbligo vaccinale.

CONCLUSIONI

La legge 119/2017 sull'obbligo vaccinale ha sicuramente impattato notevolmente sul carico di lavoro dei centri vaccinali in quanto:

- Sono aumentate le somministrazioni di anti-polio e anti-morbillo nella coorte 0-6 anni;
- Sono aumentate, in maggior misura, le somministrazioni di anti-polio e anti-morbillo nella coorte 7-16 anni;
- Sono aumentate le somministrazioni di anti-morbillo nella coorte 17-100 anni;
- Sono aumentate anche le somministrazioni dei vaccini raccomandati come l'anti-pneumococco

nella coorte 0-6 anni e l'anti-HPV nella coorte delle ragazze di 7-16 anni;

- Si sono svolti numerosi colloqui pre-vaccinali con i genitori;
- Sono state create e valutate liste di alunni adempienti o meno all'obbligo vaccinale da condividere con gli istituti scolastici.

Questo incremento di lavoro è stato eseguito in modalità isorisorse e mantenendo gli stessi giorni e orari di attività degli ambulatori vaccinali. Questo ha portato in qualche caso alla creazione di liste di attesa, che comunque si sono ridotte ed infine annullate nell'arco di qualche mese consentendo così di poter adempiere al nuovo obbligo vaccinale.

BIBLIOGRAFIA

1. PLOTKIN S.: *History of vaccination*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2014 Aug 26; 111(34): 12283-7
2. EHRETH J.: *The global value of vaccination*. Vaccine, 2003 Jan 30; 21(7-8): 596-600
3. GINSBURG AS, KLUGMAN KP.: *Vaccination to reduce antimicrobial resistance*. Lancet Glob Health, 2017 Dec; 5(12): e1176-e1177
4. Consiglio Regionale del Veneto: Legge regionale 23 marzo 2007, n°7 (BUR n. 30/2007) <http://consiglio-veneto.it/crvportal/leggi/2007/07lr0007.html>
5. Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
6. The World Health Organization: *Immunization coverage* http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/
7. Ministero della Salute: *Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019* http://salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
8. Epicentro: *Measles weekly report W21* http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino/Measles_WeeklyReport_N10.pdf
9. Ministero della Salute: *Decreto legge 7 giugno 2017, n°73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017 n. 119* <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=60201>
10. Gazzetta Ufficiale: *Legge 31 luglio 2017, n°119* <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/08/05/17G00132/sg>

Ringraziamenti

Si ringrazia il Professore Pier Luigi Lopalco per i preziosi consigli e per la revisione del testo.

Indirizzo per corrispondenza:
Dott.ssa Alice Canale
e-mail: alice.canale@med.unipi.it

Storia della Medicina

Sulla sifilide di Benvenuto Cellini

Antonio Tagarelli, Anna Piro

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

Parole chiave: Neurosifilide, gastroenterite da mercurio, sublimato, legno santo.

Key Words: Neurosyphilis, mercury gastroenteritis, sublimate, holy wood.

Ricevuto in Redazione il 10 luglio 2018

RIASSUNTO

La nuova malattia infettiva che colpisce l'Europa rinascimentale alla quale Girolamo Fracastoro dà il nome di sifilide, miete diverse vittime illustri. Benvenuto Cellini è una di queste vittime che raccontano nelle loro opere della malattia che le ha colpite. Noto per le sue opere scultoree e di oreficeria, è ricordato per la autobiografia che, per l'attenta descrizione dell'ambiente e degli eventi politico-sociali del suo tempo, è molto consultata.

La sifilide che colpisce Cellini si presenta sotto il profilo clinico molto interessante perché è ben descritta e perché presenta anche una gastroenterite acuta da intossicazione da mercurio, metallo molto utilizzato e diversamente somministrato per la cura della sifilide per tutto il Cinquecento e, in parte, nei due secoli successivi.

Cellini descrive con meticolosa attenzione i propri sintomi manifestando anche le proprie paure e le proprie angosce. Si riesce, dalle parole, a cogliere l'andamento della malattia, specialmente quando questa inganna il paziente facendo finta di essere scomparsa oppure quando peggiora esternando, inaspettatamente, i primi segni della paralisi progressiva. Un dramma, insomma, che Benvenuto Cellini, ne "La Vita", trasmette con la stessa eccellenza delle sue opere visive.

SUMMARY

The new disease spreading across Europe in the Renaissance was called "syphilis" by Girolamo Fracastoro, and claimed numerous famous victims. Among these, many victims write about the syphilis which affected them in own works; Benvenuto Cellini was one of these Authors. He was famous due his sculptures, and jewellery works, and due his biography wrote by him which was very consulted because it was a real description of the political-social events in his time.

Cellini's syphilis was very important from the clinical point of view because it was described very well and because it shows very likely first description of an acute gastroenteritis by the mercury poisoning; mercury was the elective treatment for syphilis in all XVI century and during the next centuries.

Cellini showed a very precise description of own syphilis highlighting own fears and own distresses. Syphilis was a very deceitful disease; often, the patient become recovered, but often the progressive palsy was present suddenly. All this tragic picture was described very well by Cellini in his own biography "The life" other than by his excellent sculptures.

Di natura inquieta e violenta, Benvenuto Cellini (1500-1571) vive una vita avventurosa segnata da contrasti, passioni e delitti per i quali è spesso costretto all'esilio o alla fuga. La precoce abilità di orafo lo rende presto famoso e, trasferitosi a Roma, lavora per papa Clemente VII che lo stima e lo protegge. Rimane in questa città per vent'anni (1519-1540) intramezzati da brevi trasferimenti in altre città: Firenze, Mantova, Ferrara, Venezia. Scampato all'epidemia di peste che infuria nella popolazione romana nel 1523, Cellini, insieme ad altri personaggi come Giulio Romano (1499-1546) e Gianfranco Penni (1488/1496-1528), vive un periodo da "scapestrato"; altro scopo non ha se non quello di gozzovigliare tra cene, donne e scherzi sagaci. Questa sua felice stagione romana viene bruscamente interrotta nel 1527 da quell'evento tragico ed inaudito qual è il Sacco di Roma.

Invitato dal re di Francia, Francesco I, lavora per questa corte (1540-1545) su oggetti di raffinata ricercatezza, la *Saliera* d'oro (1543) n'è un esempio, ma anche su opere di bronzo di grande formato, come la *Ninfa* di Fontainebleau (1543-1544). Altrettanta accoglienza riceve a Firenze da Cosimo I de' Medici che gli commissiona due sculture bronzee, il *Perseo* (1545-1554) e il busto dello stesso *Cosimo* (1545-1547). Altri committenti di rilievo della stessa città gli commissionano tre sculture marmoree: *Apollo e Giacinto* (1545), *Narciso* (1547-1548), *Crocifisso* (1556-1562); opere che manifestano un'attenta adesione al gusto manierista.

Nell'ultima decade della sua vita, non priva di amarezza e di solitudine, Cellini trova un piacevole impegno intellettuale nella stesura della autobiografia (1558-1566), pubblicata per la prima volta nel 1728 col titolo *La vita*. Il libro è subito considerato un

capolavoro del Rinascimento, per limpidezza e sincerità della narrazione che, in uno stile liberissimo e vivace, ritrae l'appassionata, prepotente e bizzarra personalità dell'artista nel suo percorso di vita nell'Italia del Cinquecento. Altre opere letterarie sono le *Rime*⁽¹⁾, il trattato sull'Oreficeria e sull'Architettura⁽²⁾, le *Lettere*, i *Discorsi*, i *Ricordi* e le *Poesie*⁽³⁾.

Cellini racconta che nel 1524 un amico lo invita a far visita ad una bellissima meretrice [...] *che aveva una servicella di tredici in quattordici [anni]; [...] poi che a letto furno, io rubai quella servicina [...]. Così godetti piacevolmente quella notte con molta mia soddisfazione*⁽⁴⁾. A conseguenza di questo incontro Cellini contrae la sifilide; ecco le sue parole: *La infermità [...] credo che io l'avessi guadagnata mediante quella bella giovane serva [...]. Soprastette quel morbo gallico a scoprirsi più di quattro mesi, di poi [...] pareva che io fossi coperto di certe vescichette rosse, grandi come quattrini. I medici non mel volson mai battezzare mal francese: ed io pure dicevo le cause che io credevo che fossi. Continuavo a medicarmi a loro modo, e nulla mi giovava; pur poi all'ultimo risoltomi a pigliare il legno [guaiaco] contra la voglia di quelli primi medici di Roma, questo legno io lo pigliavo con tutta la disciplina ed astinenza che immaginarsi possa, ed in brevi giorni sentì grandissimo miglioramento; a tale che in capo di cinquanta giorni io fui guarito e sano come un pesce*. Per dare ristoro alla sua convalescenza, Cellini oltre a riprendere il lavoro si diletta ad andare a caccia con lo "scoppietto". Ma la malattia non tarda a ricomparire. *Saltatomi la febbre addosso, io mi disposi di ripigliare il legno: li medici non volevano, dicendomi che, se io vi entravo con la febbre, in otto dì morrei. Io mi disposi di far contro la voglia loro; [...] bevuto che io ebbi quattro giornate di questa santa acqua del legno, la febbre se ne andò affatto. Cominciai a pigliare grandissimo miglioramento, ed in questo [periodo] che io pigliavo il detto legno, [...] io feci le più belle cose e le più rare invenzioni che mai io facessi alla vita mia. In capo di cinquanta giorni io fui benissimo guarito, e di poi con grandissima diligenza io mi attesi a assicurare la sanità addosso*⁽⁵⁾. Cellini, bisognoso di un medico, dopo averne incontrati non pochi, ha l'occasione di essere seguito dal famoso Francesco da Norcia (al secolo Francesco Fusconi) eruditissimo medico di tre papi (Adriano VI, Clemente VII e Paolo III). E a tal proposito scrive: *Contai [...] quale io pensavo che fossi stata la causa del mio gran male. [...] Così mettono mano a medicarmi con quanta diligenza e 'potevono e sapevano al mondo; ed io ogni di peggioravo a furia, in modo che in capo di otto giorni il male crebbe tanto, che li medici disperati della impresa detton commessione che io fossi contento, e mi fossi dato tutto quello che io domandavo. Maestro Francesco disse: Insiachè v'è fiato, chiamatemi a tutte l'ore, perché non si può immaginare che quel che la natura sa fare in un giovane di questa sorte; però avvenga ch'è lui svenissi, fategli questi cinque rimedi l'un dietro all'altro, e mandate per me, io verrò a ogni ora della notte; ch'è più grato mi sarebbe di campar costui, che qualsivoglia cardinal di Roma. In un'altra descrizione appaiono i segni della neuro-sifilide: *La natura era debilitata e avvilita, [...] sì bene la salvezza del cervello istava forte [...] mi veniva a trovare a letto un vecchio terribile, il quale mi voleva trascinare per forza dentro in una barca grandissima; per la qual cosa io chiamavo quel mio Felice [un caro amico di Cellini], che si accostassi a me e che cacciassi via quel vecchio ribaldo. Quel Felice, che mi era amorevolissimo, correva piangendo e diceva: tira via, vecchio traditore che mi vuoi rubare ogni mio bene. Messer Giovanni Gaddi allora, ch'era quivi alla presenza, diceva: il poverino farnetica, e ce n'è per poche ore. Cellini, rivolgendosi al Gaddi e ad un altro amico presente nella stanza così risponde: [...] sappiate che io non farnetico, e che gli è vero di questo vecchio che mi dà questa gran noia. E Cellini, per essere più chiaro, va oltre con queste parole: [...] questo vecchio mi pigliava per un braccio, e per forza mi tirava a se; per la qual cosa io gridavo che mi aiutassino perché mi voleva gittare sotto coverta in quella sua spaventosa barca. Ditto quest'ultima parola mi venne uno sfinimento grandissimo [...]. Dicono che allora in questo svenire io mi scagliavo con [...] male parole a messer Giovanni Gaddi. Cellini continua a descrivere le sue sensazioni irrazionali, dovute allo stadio avanzato della malattia, mentre nei momenti di normale comportamento intellettuale si compiace dell'attenzione prestatagli da Francesco da Norcia: [...] *mi fece profumi, lavande, unzioni, impiastri e molte cose inistimabile. Dopo essere stato afflito da "quel vecchio", Cellini si riprende, tanto da far dire al medico di Norcia: Oh potenza della natura! Lei sa e 'bisogni suoi, e i medici non sanno nulla*⁽⁶⁾.**

Si apprende che nel 1566 Cellini viene colpito da un grave disturbo gastroenterico che i suoi medici attribuiscono al "sili-mato" (sublimato), un sale di mercurio molto usato, in quegli anni, nella cura della sifilide. Questa esperienza, ben descritta nei particolari, prende origine da una cena in casa di un certo Sbietta, amico del Cellini. Dopo il convivio, lungo la strada del ritorno a casa, Cellini avverte i primi sintomi del malessere: [...] *mi sentivo travagliato di sorte [...] e mi pareva mill'anni di arrivare al mio podere. Come Dio piacque, arrivai, di notte, con gran fatica, e subito detti ordine d'andarmene a riposare. La notte io non mi potetti mai riposare, e di più mi mosse il corpo, il quale mi sforzò parecchie volte andare al destro (luogo comodo), tanto che essendosi fatto di chiaro, io sentendomi ardere il sesso (il sedere, l'ano), volsi vedere che cosa la fossi: trovai la pezza molto sanguinosa: subito io mi immaginai di avere mangiato qualche cosa velenosa, e più e più volte mi andavo esaminando da me stesso che cosa la potessi essere stata [...]. Così malcontento mi stavo in letto, e mi facevo medicare da quello eccellentissimo uomo di maestro Francesco da Monte Varchi, fisico, e insieme seco mi medicava di cerusia (per chirurgia) maestro Raffaello de' Pili; perché quel silimato mi aveva di sorte arso il budello del sesso, che io non ritenevo punto lo sterco. [...] Benvenuto, ringrazia Dio, dice il medico Francesco, perché tu hai vinto; e non dubitare, che io ti voglio guarire, per far dispetto ai ribaldi che t'hanno voluto far male. Allora maestro Raffaello disse: questa sarà una delle più belle e delle più difficil cure, che mai ci sia stato notizia: sappi Benvenuto, che tu hai mangiato un boccone di silimato. [...] Eglino mi attesono a medicare più di sei mesi interi; e più di un anno stetti, innanzi che io mi potessi prevalere della vita mia*⁽⁷⁾.

Glenn W. Geelhoed sostiene che l'artista toscano sia stato colpito anche dalla malaria e che questa abbia agito positivamente sulla sua sifilide⁽⁸⁾. Questo beneficio, individuato da Rodrigo Diaz de Isla⁽⁹⁾, diviene oggetto di terapia antisifilitica per alcuni decenni del Novecento, dopo gli studi di Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) che gli valsero il Premio Nobel per la Medicina⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. *Le Rime di Benvenuto Cellini*. Firenze: Ditta Paravia e Comp.; 1890
2. MILANESI CARLO. *Trattati dell'oreficeria e della scultura di Benvenuto Cellini. Si aggiungono: I Discorsi e i Ricordi intorno all'arte. Le Lettere e Suppliche. Le Poesie*. Firenze: Felice Le Monnier; 1857
3. *Le opere di Benvenuto Cellini. (Arricchite di note ed illustrazioni)*. Volume unico. Firenze: Società Editrice Fiorentina; 1843
4. BIANCHI BRUNONE. *La vita di Benvenuto Cellini scritta da lui medesimo. Restituita esattamente alla lezione originale. Con osservazioni filologiche e brevi note dichiaratamente ad uso dei non toscani*. Firenze: Felice Le Monnier; 1852, (libro I, paragrafo XXIX), p. 56.
5. Ibidem, libro I, paragrafo LIX, pp. 126-127
6. Ibidem, libro I, paragrafi LXXXIV, V, pp. 177-184
7. Ibidem, libro II, paragrafi CIV, CV, pp. 483-486
8. GEELHOED GLENN W. *The record of an early mercurial cure in the history of syphilis, with a case history of a 29-year-old white male renaissance genius*. The Australian and New Zealand Journal of Surgery; 1978, vol. 48, n. 5, pp. 589-594
9. DIAZ DE ISLA RODRIGO. *Tractado llamado fructo de todos los santos contra el mal serpentine venido de la isla Espanola hector y ordenado en el grande y famoso hospital de todos los santos*. Siviglia: A. Burgos; 1539
10. BRASLOW JOEL T. *The influence of a biological therapy on physician's narratives and interrogations: the case of general paralysis of the insane of malaria fever therapy, 1910-1950*. Bull. Hist. Med.; 1966, 70: 577-608

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Antonio Tagarelli

e-mail: antotagarelli@gmail.com

L'odontofobia infantile: studio osservazionale

Clelia Marano, Gianluca Barbagallo, Carmelo Leocata,
Giuseppe Riccardo Spampinato

Parole chiave: Collaboratività, compliance, fobia, bambini,
cure odontoiatriche.

Key Words: Collaborativity, compliance, phobia,
children, dental care.

RIASSUNTO

L'odontoiatria pediatrica dipende da una buona relazione tra il dentista e il bambino; tale relazione è possibile solo attraverso una comunicazione efficace.

Questo articolo mette in luce le capacità comunicative necessarie per essere un buon dentista pediatrico.

Necessario per il dentista pediatrico è la comunicazione individualizzata basata sullo sviluppo proattivo tra il dentista pediatrico e il bambino che aiuta a costruire fiducia, placare la paura e trattare il bambino in modo efficace ed efficiente. Il successo di una cura dentale dipende dalla qualità del trattamento fornito ma anche dall'instillare un atteggiamento positivo nei confronti delle cure dentistiche, e questo è fortemente influenzato dalla comunicazione del dentista con il paziente. Lamb ha riferito che il 25% dei pazienti è stato perso a causa della scarsa comunicazione tra dentista e paziente per un periodo di 5 anni.

La ricerca è diretta a rendere l'odontoiatria indolore e facile per i bambini. Tuttavia, un atteggiamento positivo è determinato dalle impressioni fatte dai professionisti della cura dentale durante la loro prima visita dentale. I dentisti pediatrici dovrebbero essere addestrati a leggere la mente del bambino e raccogliere immediatamente le sfumature evidenti e sottili nel loro comportamento.

SUMMARY

During the last years in Tuscany, as well as in the rest of Italy, successful practice of pediatric dentistry depends on the establishment of a good relationship between the dentist and the child. Such a relationship is possible only through effective communication. Pediatric dentistry includes both an art and a science component.

The focus has been mostly on the technical aspects of our science, and the soft skills we need to develop are often forgotten or neglected. This paper throws light on the communication skills we need to imbibe to be a successful pediatric dentist. A new terminology "Pediatric Dentistese" has been coined similar to motherese, parentese, or baby talk. Since baby talk cannot be applied to all age groups of children, pediatric dentistese has been defined as "the proactive development-based individualized communication between the pediatric dentist and the child which helps to build trust, allay fear, and treat the child effectively and efficiently."

The success of a dental care depends not only on the quality of treatment provided but also in instilling a positive

UOC ODONTOIATRIA SPECIALE
RIABILITATIVA NEL PAZIENTE DISABILE
PO FERRAROTTO ALESSI
AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE
CATANIA
(Direttore Dott. G.R. Spampinato)

Ricevuto in Redazione il 20 luglio 2018

attitude toward dental care, and this is strongly influenced by the dentist's communication with the patient. Lamb reported that 25% of patients were lost due to poor dentist-patient communication over a period of 5 years. Establishing communication with children in the dental operator is an art.

Research is headed toward making dentistry painless and easy for children. However, a positive attitude is brought about by the impressions made by the dental care professionals during their first dental visit. Pediatric dentists should be trained to read the child's mind and instantly pick up both the overt and subtle nuances in their behavior.

INTRODUZIONE

La paura del dentista e del trattamento dentale è un problema comune.

Può causare difficoltà di trattamento per il medico e gravi conseguenze per il paziente. I pazienti timorosi potrebbero trascurare i loro denti e l'igiene orale ed evitare il trattamento. I pazienti con alti livelli di ansia dentale riportano in genere anche conseguenze psicologiche, inclusa disabilità psicologica e sociale e ridotta qualità della vita. Lo stato dentale alterato è una grande fonte di vergogna tra i pazienti con ansia dentale. L'imbarazzo associato a sorridere, parlare e mangiare può influire sulle interazioni e il deterioramento della vita sociale può essere una conseguenza.

Le esperienze negative durante il trattamento dentale sono possibili fattori che promuovono l'ansia dentale, e diversi studi supportano questo. Inoltre, de Jongh e altri hanno dimostrato che esperienze dolorose nel contesto dentistico rappresentano l'esperienza negativa più frequentemente segnalata tra le persone con ansia dentale. Queste esperienze dolorose sembrano caratterizzate da sentimenti di estrema impotenza durante il trattamento, una mancanza di comprensione da parte del dentista e un estremo imbarazzo durante il trattamento.

Inoltre, ci sono alcune prove che l'ansia dentale è correlata a un trattamento invasivo o doloroso. Tuttavia, molte procedure di trattamento dentale comuni causano una certa quantità di dolore, ma non tutti i pazienti che avvertono dolore svilupperanno ansia dentale. Questo supporta l'idea che la relazione tra dolore e ansia sia più complessa.

A causa delle grandi potenziali conseguenze per i singoli pazienti, così come per le sfide terapeutiche che questo problema comporta, l'educazione e la formazione dei dentisti è sempre più focalizzata sugli aspetti interpersonali nel trattamento dentale.

MATERIALI E METODI

Approccio psicologico e psicosociale al paziente odontofobico infantile

L'approccio al paziente pediatrico fobico è multiprospettico: biologico, personale, sociale, in quanto si associano termini di: Strutture Corporee, Attività e Partecipazione. Di fatto lo standard diventa più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali, e non più solo quelli organici.

Il sostegno psicologico è volto:

- ▶ alla soluzione di problematiche di ordine psicologico e sociale dovute alla presenza del figlio con fobia infantile,
- ▶ a migliorare le capacità di comprensione e empatia dei genitori al fine di intervenire adeguatamente con il figlio,
- ▶ a creare una rete sul territorio,
- ▶ a dare una visione realistica della situazione,
- ▶ a valutare il clima psicologico familiare.

Obiettivi lavoro con le famiglie:

- ▶ favorire la collaborazione dei genitori,
- ▶ responsabilizzarli nel loro ruolo educativo,
- ▶ aiutarli nel loro ruolo genitoriale,
- ▶ informare loro sulle caratteristiche del loro figlio,
- ▶ educarli alla comunicazione alternativa.

La gestione dell'ansia pre-operatoria si basa sulla ridefinizione dell'intrusività della pratica odontoiatrica:

- ▶ il paziente non sa a cosa andrà incontro,
- ▶ immobile,
- ▶ impotente.

L'ansia per l'anestesia viene compresa ma spaventa maggiormente i familiari i quali per tutta la dura dell'intervento odontoiatrico si porranno determinate domande: Si addormenterà bene mio figlio? Si risveglierà?

È proprio in questa fase che lo psicologo media l'ansia che questo contesto crea, creando una comunicazione empatica con il paziente e/o familiare riguardo l'intervento odontoiatrico che si dovrà fare.

Di primaria importanza l'empatia, avvicinamento e accoglienza emotiva da parte dello psicologo comprendendo lo stato d'animo attuale del paziente e del familiare per:

- ▶ una pratica ignota,
- ▶ il dolore,
- ▶ il disagio dovuto alla patologia odontoiatrica,
- ▶ l'anestesia.

La fobia infantile per le cure odontoiatriche

Comunicazione verbale e non verbale

Il termine "Pediatric Dentistese" si riferisce alle capacità di comunicazione che aiutano il dentista pediatrico ad essere un dentista, uno psicologo e un terapeuta comportamento che guida il bambino nello studio dentistico utilizzando appropriate capacità di comunicazione verbale, paralinguistiche, e non verbali. Una comunicazione sana costruisce in tal modo la fiducia del bambino, infonde un atteggiamento positivo, e lascia un'impressione durevole.

Le espressioni facciali costituiscono la maggior parte

della comunicazione non verbale. Le informazioni possono essere trasmesse solo con un sorriso o un cipiglio. Il successo della tecnica di controllo vocale dipende dall'uso appropriato di espressioni facciali.

I gesti sono movimenti intenzionali e segnali di comunicare senza parole.

La paralinguistica si riferisce alla comunicazione vocale. Questo include il tono della voce, volume, inflessione, e il passo. Quando le parole sono dette con un tono forte e sicuro di sé i bambini mostrano l'approvazione e l'entusiasmo. Se le stesse parole sono dette con un tono esitante, potrebbero trasmettere disapprovazione e mancanza di interesse. Il tono di voce svolge un ruolo fondamentale nella tecnica del controllo vocale.

Il linguaggio del corpo e la postura: una postura accosciata indica spiriti bassi o la natura affaticata. Una postura eretta mostra buon umore e fiducia. Una postura in avanti implica atteggiamento aperto, dinamico, interessato, e amichevole. Postura in avanti e verso il basso indica l'atteggiamento decisivo e potente; indietro raffigura un atteggiamento riflessivo e percettiva. Indietro e la postura giù mostra un atteggiamento attento e solidale.

La Prossemica è lo studio delle distanze spaziali tra gli individui. Spesso le persone hanno bisogno di un loro "spazio personale", che è anche un aspetto importante della comunicazione non verbale. Essere dentista significa lavorare sul paziente intimamente e personalmente. La paura di intrusione è uno dei fattori importanti della paura dentale nei bambini.

E' importante per rendere il bambino fobico a proprio agio nello studio dentistico:

- ▶ **il contatto visivo:** è importante mantenere il contatto visivo con i bambini. Stare seduti e parlare ad altezza d'uomo mostra un carattere più amichevole e meno autorevole del dentista.
- ▶ **Il tatto:** comunicare attraverso il tatto è un altro importante comportamento non verbale. Il tatto può essere utilizzato per comunicare affetto, familiarità e simpatia/empatia.
- ▶ **L'aspetto:** i colori utilizzati nello studio dentistico, l'abbigliamento del team odontoiatrico, acconciature, e l'aspetto del dentista possono influenzare le emozioni del bambino. La ricerca sulla psicologia del colore ha dimostrato che diversi colori possono evocare stati d'animo diversi. Umamaheshwari et al. hanno dimostrato che l'uso di colori adatti ai bambini come il giallo e il blu nello studio dentistico può migliorare un atteggiamento positivo nella mente del bambino.

Comunicazione comprende un trasmettitore (dentista pediatrico), un mezzo (parola/lingua), e un ricevitore (bambino). Il messaggio deve essere chiaro in modo che sia inteso nello stesso modo dal dentista e paziente. Il messaggio deve essere trasmesso in modo diverso per le diverse fasce di età dei bambini, e questo dipende dalla loro maturità nel linguaggio.

LA COMUNICAZIONE EFFICACE CON IL PAZIENTE ODONTOIATRICO SPECIALE PEDIATRICO



Figura 1

Come comportarsi quindi?

- ▶ Parlare con il paziente di ciò che già si conosce ma anche di qualcosa di nuovo, non necessariamente legato ai motivi della sua visita. Spesso l'atteggiamento informale del curante ha l'effetto di calmare il paziente.
- ▶ Non deludere mai la fiducia che il paziente è disposto ad accordare, concedergli del tempo, senza premura.
- ▶ Fare diagnosi con chiarezza e spiegarla con termini accessibili.
- ▶ Rassicurarlo sul trattamento al quale dovrà sottoporsi e mostrarsi sempre disponibile.

L'ansia è un problema significativo nella cura dentale di adulti e bambini, porta spesso ad evitare la cura dentale che può provocare un deterioramento significativo della salute orale e dentale.

La creazione di buone relazioni tra il dentista e il bambino ha dimostrato di aumentare il successo del trattamento in termini di cooperazione del bambino durante il trattamento e la consulenza psicologica rivolta ai caregivers esercita un'influenza significativa sul comportamento del loro bambino, soprattutto se hanno avuto precedenti esperienze odontoiatriche negative.

Educare il genitore prima del primo appuntamento del bambino è importante e una comunicazione efficace con i genitori più esigenti rappresenta un'opportunità per l'odontoiatra di leggere attentamente le opzioni di comportamento e di trattamento e insieme decidere la migliore strategia per il paziente.

Una buona comunicazione è importante tra il dentista, paziente e genitore nella costruzione di fiducia e confidenza.

La capacità di comunicazione degli odontoiatri svolge un ruolo importante nella guida del comportamento.

I bambini che hanno interazioni positive con il loro dentista saranno più propensi a farsi visitare dal dentista e avranno una migliore compliance.

La gestione del dolore durante le procedure dentistiche è essenziale per la guida di un comportamento di successo e migliorare gli atteggiamenti dentali positivi per gli appuntamenti futuri. Ascoltare il bambino e osservare il loro

comportamento al primo segno di disagio aiuta nella diagnosi della situazione e facilita l'orientamento corretto.

DISCUSSIONE

Per alcuni soggetti come bambini, l'esperienza del dentista si rivela traumatica.

Le principali sensazioni provate sono: paura, timore di sentirsi male, paura dell'anestesia, paura per l'intervento odontoiatrico, pallore, sudorazione.

Molti pazienti provano nervosismo e disagio durante la seduta odontoiatrica soprattutto quando viene riferito di aver avuto esperienze negative precedentemente.

Il bambino con fobia infantile mostra la sua ansia e paura attraverso pianti e rifiuto nel momento in cui deve sdraiarsi sul lettino: serra i denti, copre la bocca. Le principali paure presenti nel bambino riguardano: la siringa, sentire dolore o sapori non gradevoli.

Tali sensazioni sono presenti già prima di iniziare la cura odontoiatrica; già nella sala d'attesa i livelli di ansia sono molto elevati traducendosi in "ODONTOFOBIA" nonostante l'odontoiatria moderna utilizzi sistemi avanzati per il controllo del dolore quali anestetici molto efficaci e migliori strategie di intervento e di relazione nei confronti dei pazienti.

La paura del dentista inizia molto precocemente già da bambini a causa di esperienze dirette non piacevoli, attraverso il racconto di amici che spiegano la cura odontoiatrica come qualcosa di molto dolorosa e traumatica o attraverso video.

Spesso l'odontofobia viene associata a condizioni psicologiche molto complesse quale la sensazione di forte ansia e angoscia nel sentirsi prigioniero del dentista senza alcuna via di fuga, scatenando così un attacco di panico.

In tali casi è fondamentale un approccio psicologico e riabilitativo con le diverse figure odontoiatriche già nella fase pre-operatoria con adeguate strategie che permettano un maggiore livello di collaboratività nei pazienti odontofobici.

È necessario che il paziente con fobia infantile trovi nell'equipe e nel contesto odontoiatrico un clima che riesca a trasmettere fiducia e instaurare un rapporto di vera empatia.

Con tali soggetti odontofobici è necessario utilizzare specifiche tecniche psicologiche di distrazione, tecniche comunicative verbali e non verbali, tecniche di rilassamento pre-operatorio con l'obiettivo di abituare il paziente a reagire emotivamente in maniera più adeguata gestendo in maniera migliore i propri livelli di ansia.

Nei confronti del bambino sottoposto a cure odontoiatriche tutto deve sembrare un gioco divertente, molto colorato e ricco di fantasia.

In questo caso il contesto e il sostegno psicologico giocano un ruolo fondamentale per un maggiore adattamento del paziente al contesto odontoiatrico.

Per tale motivo, si rivela importante l'utilizzo di alcuni specifici ausili quali: cornici fotografiche digitali situate in ogni stanza per la degenza dove far vedere immagini odontoiatriche in maniera divertente, tablet per la visione di video odontoiatrici sotto forma di gioco.

Si associa a tali strategie l'importante ausilio di auricolari collegati ad mp3 permettendo l'ascolto di musica durante la fase di preparazione all'anestesia favorendo un maggiore rilassamento e collaborazione nel paziente.

Tale organizzazione del contesto viene supportata quotidianamente da alcune strategie comunicative permettendo una maggiore consapevolezza emotiva:

- ✓ programmare sedute brevi in presenza di un supporto e strategie di intervento psicologico volte alla riduzione dei livelli di ansia;
- ✓ fornire spiegazioni (anche se più volte) di tutto l'iter odontoiatrico ed eventuali rassicurazioni per alleviare la propria tensione emotiva;
- ✓ favorire una seduta odontoiatrica "di collaborazione" tra equipe medica e paziente.

Con il bambino fobico il contesto sopra descritto viene associato a colloqui con i caregivers e la prescrizione di strategie comportamentali da effettuare con il proprio figlio/a nella fase pre-operatoria, permettendo un maggior livello di collaborazione quali:

- ✓ non associare il dentista ad una figura negativa o esperienze negative derivate dallo stesso;
- ✓ rivolgersi ad un dentista che utilizzi un approccio adeguato nei confronti del bambino spiegando l'iter in maniera divertente e sotto forma di gioco;
- ✓ far frequentare il contesto odontoiatrico al bambino almeno ogni 6 mesi in modo che lo stesso familiarizzi senza mostrare eccessiva paura.

Al tecnico della riabilitazione viene affidato il compito di preparazione del paziente all'intervento odontoiatrico e riabilitarlo nella fase post operatoria.

Tale figura è sempre presente durante l'intervento odontoiatrico e successivi follow up.

La presa in carico è globale comprendendo anche i caregivers presenti con livelli di ansia disfunzionali per la collaboratività del paziente e lo svolgimento dell'intervento odontoiatrico.

L'intervento attraverso tecniche di rilassamento si basa su:

- ▶ respirazione addominale,
- ▶ rilassamento muscolare.

L'intervento psicologico si basa su:

- ▶ somministrazione di scale per la misurazione dell'ansia,
- ▶ colloqui individuali di sostegno psicologico ai degenti,
- ▶ colloqui individuali ai caregivers,
- ▶ intervento psicologico individuale rivolto al personale medico e infermieristico sulla motivazione e soddisfazione lavorativa, sui livelli di ansia nell'accogliere e curare pazienti Special Needs,
- ▶ somministrazione alle famiglie di scale per valutare la soddisfazione nei confronti delle cure e accoglienza nel reparto.

Le tecniche cognitivo-comportamentali adottate sono:

Tell Show Do

Mostrare al paziente gli strumenti che verranno utilizzati e in che modo, per far acquisire una maggiore consapevolezza e confidenza con l'ambiente.

Modeling

Tecnica cognitivo-comportamentale di distrazione dall'evento stressogeno.

Rinforzi positivi

- ▶ 1° approccio con il bambino,
- ▶ Elogi per un buon trattamento.

Obiettivi tecniche cognitivo comportamentali

I risultati che ci si prefigge con tale intervento nella presa in carico globale psico-riabilitativa odontoiatrica sono:

- riduzione dei livelli di ansia nei pazienti e familiari,
- risultati positivi ai test per l'ansia,
- miglioramento della qualità della vita del paziente pediatrico fobico in ospedale,
- miglioramento nella comunicazione e negli stili relazionali adottati dai familiari nei confronti del personale medico e del proprio familiare sottoposto ad intervento odontoiatrico,
- miglioramento della propria emotività nel suddetto contesto,
- maggiore collaborazione da parte del paziente odontoiatrico.

Tali risultati vengono ottenuti attraverso:

- ▶ un'adeguata accoglienza del paziente pediatrico odontofobico,
- ▶ un rapporto empatico con il paziente fobico,
- ▶ una completa fiducia del piccolo paziente per un'ottimale collaboratività del bambino e genitori,
- ▶ un'educazione alla salute orale per una buona crescita psicofisica del paziente odontofobico.

CONCLUSIONI

Semplici consigli di sostegno aiuto per i pazienti che "facilitano" il nostro lavoro:

- ▶ non dipingere il dentista come il lupo cattivo delle fiabe: non dire: "se non lavi i denti ti porto dal dentista!"; meglio: "lavati bene i denti così saranno forti come quelli di un leone";
- ▶ sminuire o sdrammatizzare eventuali esperienze negative odontoiatriche;
- ▶ evitare di trasmettere la vostra ansia ai bambini;
- ▶ affidare vostro figlio alle cure di un odontoiatra che abbia esperienza con i bambini in grado di risolvere ogni problema con l'approccio psicologico corretto e con il gioco; ci vorrà più tempo, ma vostro figlio sarà felice di farsi curare i denti:

- sensibilizzare vostro figlio alla prevenzione, con controlli semestrali iniziando dall'eruzione dei denti decidui, anche se non ha problemi, in modo tale che il primo approccio risulti il meno traumatico possibile. Il bambino familiarizza con lo studio e al momento del bisogno non sarà spaventato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARMFIELD JM, SLADE GD, SPENCER AJ: *Dental fear and adult oral health in Australia*. Community Dent Oral Epidemiol., 2009; 37(3): 220–230
- 2) DE DONNO MA: *Dental anxiety, dental visits and oral hygiene practices*. Oral Health Prev Dent., 2012; 10 (2): 129–133
- 3) KESIM S, UNALAN D, ESEN C, OZTURK A: *The relationship between periodontal disease severity and state-trait anxiety level*. J Pak Med Assoc., 2012; 62(12): 1304–1308
- 4) MEHRSTEDT M, JOHN MT, TÖNNIES S, MICHEELIS W: *Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety*. Community Dent Oral Epidemiol., 2007; 35(5): 357–363
- 5) POHJOLA V, MATTILA AK, JOUKAMAA M, LAHTI S: *Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland*. Eur J Oral Sci., 2011; 119(1): 55–60
- 6) de JONGH A, ter HORST G: *Dutch students' dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment*. Community Dent Oral Epidemiol., 1995; 23(3): 170–172
- 7) de JONGH A, FRANSEN J, OOSTERINK-WUBBE F, AARTMAN I: *Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety*. Eur J Oral Sci., 2006; 114(4): 286–292
- 8) HUMPHRIS G, KING K: *The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences*. J Anxiety Disord., 2011; 25(2): 232–236
- 9) LOCKER D, SHAPIRO D, LIDDELL A: *Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety*. Community Dent Health., 1996; 13(2): 86–92
- 10) HALONEN H, SALO T, HAKKO H, RÄSÄNEN P: *Association of dental anxiety to personality traits in a general population sample of Finnish University students*. Acta Odontol Scand., 2012; 70(2): 96–100
- 11) KAMAL S, VAIBHAV A: *Patient-dentist communication: An adjunct to successful complete denture treatment*. J Prosthodont., 2010; 19: 491-3
- 12) FREEMAN R: *The psychology of dental patient care 9. Communicating effectively: Some practical suggestions*. Br Dent J, 1999; 187: 240-4
- 13) MEHRABIAN A: *Nonverbal Communication*. New York: Aldine-Atherton, 1972; pp. 1-2
- 14) DAWSON T: *The role of communication and ego states in patient compliance*. Dent Nurs., 2013; 9: 654-7
- 15) VERSLOOT J, VEERKAMP JS, HOOIGSTRATEN J: *Children's self-reported pain at the dentist*. Pain, 2008 Jul; 137(2): 389–394
- 16) NUTTER DP: *Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: iatrogenic considerations*. J Calif Dent Assoc., 2009; 37(10): 713–718
- 17) NUTTER DP: *Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: target considerations*. J Calif Dent Assoc., 2009; 37(10): 719–722
- 18) NAKAI Y, MILGROM P, MANCL L, COLDWELL SE, DOMOTO PK, RAMSAY DS: *Effectiveness of local anesthesia in pediatric dental practice*. J Am Dent Assoc., 2000 Dec; 131(12): 1699–1705

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Clelia Marano

e-mail: clelia.marano@libero.it

Convegni

“NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI NEI BIG KILLER” PERCORSI IN ONCOLOGIA 2018

5 - 12 Ottobre - 30 Novembre - 3 Dicembre 2018

Aula “B. D’Arezzo” – P.O. “A. Tortora” - Pagani (SA)

Presidente: Giuseppe Grimaldi

Responsabile Scientifico: Giuseppina Busto

Carcinoma del Colon – Carcinoma dello Stomaco

5 Ottobre 2018

PROGRAMMA:

13.30 Registrazione partecipanti

Moderatori: **A. Avallone, M. Biglietto, C. Carlomagno**

14.00 Algoritmi terapeutici nel carcinoma colo-rettale **A. Avallone**

14.30 Implicazioni genetiche e biomolecolari **U. Malapelle**

15.00 Tumore colon destro **V. Montesarchio**

15.30 Immunoterapia e terapie emergenti **E. Martinelli**

16.00 Paziente mutato **G. Rosati**

16.30 Algoritmo terapeutico nel carcinoma gastrico **D. Germano**

17.00 La chirurgia laparoscopica nel carcinoma del colon **M. Fabozzi**

17.30 **Esperienze a confronto, dalla evidenza scientifica alla pratica clinica: Tavola Rotonda**

M. Addesso, F. Amodio, G. Busto, G. Cacace, F. De Falco, C. Dello Ioio, A. Fabbrocini, R. Fristachi, A. Gragnaniello, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, R. Mari, A. Mirabella, D. Napoli, A. Nasto, M. Pagano, L. Pesce, P. Riccio, G. Ritomarcione, A. Roscigno, F. Salzano, A. Sellitti, L. Sparano, L. Tarantino.

17.30 Take on message **C. Carlomagno**

18.00 Chiusura lavori

Carcinoma mammario

12 Ottobre 2018

Programma:

Moderatori: **S. De Placido, F. Riccardi, R. Lauria**

14.00 Malattia Her 2 + **M. De Laurentis**

14.30 Implicazioni genetiche e biomolecolari (gene-segnaure) **U. Malapelle**

15.00 Malattia ormono positivo **G. Arpino**

15.30 Osteo-oncologia nel Breast Cancer **A. Febbraro**

16.00 Malattia triplo negativa **M. Oditura**

16.30 Terapia neoadiuvante nel Carcinoma Mammario **R. Lauria**

17.00 La diagnostica dallo screening alla malattia avanzata **M. Talamo**

17.30 Elettro chemio terapia nel carcinoma mammario **A. Santoriello**

Esperienze a confronto, dalla evidenza scientifica alla pratica clinica: Tavola Rotonda

M. Addesso, G. Busto, G. Cacace, A. Cicalese, L. Cremonese, E. D’Arco, C. Dello Ioio, P. Di Marzo, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, A. Mirabella, A. Nasto, L. Pesce, P. Pisani, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, L. Sparano, L. Tarantino

17.30 Take on message **S. De Placido**

18.00 Chiusura lavori

Nuove prospettive terapeutiche nelle neoplasie genito-urinarie e nell’ovaio

30 Novembre 2018

Programma:

Moderatori: **G. Carteni, R. Sanseverino**

14.00 Carcinoma Renale **G. Di Lorenzo**

14.30 Algoritmi terapeutici nel Ca Prostate **G. Facchini**

15.00 Implicazioni genetiche e biomolecolari **U. Malapelle**

15.30 Tossicità e Terapie di supporto **E. Rossi**

16.00 Ca ovarico **A. Vernaglia**

16.30 **Esperienze a confronto, dalla evidenza scientifica alla pratica clinica: Tavola Rotonda**

M. Addesso, G. Busto, G. Cacace, A. Campitelli, F. De Falco, C. Dello Ioio, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, G. Grimaldi, V. Iovino, A. Libroia, R. Mari, A. Mirabella, G. Napodano, A. Nasto, M. Pagano, L. Pesce, P. Riccio, A. Roscigno, F. Salzano, A. Sellitti, L. Sparano, L. Tarantino

17.30 Take on message **G. Carteni**

18.00 Chiusura lavori

Carcinoma polmonare 3 Dicembre 2018

Presidente: **S. Pepe, M. Polverino**

Moderatori: **F.V. Piantedosi, A. Morabito**

14.00 Nodulo polmonare solitario **S. Bortone**

14.30 Diagnostica anatomo-patologica **L. Cacace**

14.45 Diagnostica genetica e biomolecolare **U. Malapelle**

15.15 Terapia chirurgica: dalle tecniche tradizionali alle nuove opzioni terapeutiche **M. Cicalese**

15.30 Algoritmi terapeutici del carcinoma polmonare senza mutazioni **A. Morabito**

16.00 Algoritmi terapeutici del carcinoma polmonare con mutazioni **D. Rocco**

17.30 Tossicità e terapie di supporto **F. Vitiello**

17.00 BPCO: diagnosi, terapia e correlazioni con il cancro del polmone **M. Polverino**

17.30 Take home message **D. Rocco, A. Morabito**

Esperienze a confronto, dalla evidenza scientifica alla pratica clinica: Tavola Rotonda

M. Adesso, A. Alfieri, G. Busto, G. Cacace, A. Capuozzo, A. Ceglie, G. Cicchitto, F. De Falco,

C. Dello Iorio, A. Fabbrocini, M. Fabozzi, R. Fristachi, E. Genovese, D. Giannattasio, G. Grimaldi, A. Insera,

V. Iovino, A. Libroia, M. Mansi, R. Mari, I. Mauro, A. Mirabella, A. Nasto, M. Pagano, L. Pesce, P. Riccio,

A. Roscigno, F. Salzano, P. Scarpato, A. Sellitti, L. Sparano, L. Tarantino

18.00 Test ECM

18.30 Chiusura dei lavori

Razionale

Negli ultimi anni il mondo dell'Oncologia sta attraversando un periodo di conoscenza scientifica e di progressi terapeutici che hanno rivoluzionato l'approccio ai tumori di più alto impatto sulla popolazione, i cosiddetti "Big Killer".

Questi incontri vogliono essere, infatti, un momento di aggiornamento e di confronto sulle conoscenze biologiche, le applicazioni cliniche e gli sviluppi terapeutici dei nuovi farmaci.

Studi clinici dimostrano, inoltre, che l'adozione di un approccio multidisciplinare aumenta il tasso di sopravvivenza dei pazienti oncologici, offrendo a chi si ammala la possibilità di essere curato in maniera integrata nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici predefiniti, ma anche e soprattutto personalizzati.

Il paziente diventa così fulcro di un percorso condiviso dai curanti e non più spettatore ma protagonista del proprio benessere. Per i medici, invece, lo scambio di pareri tra specialisti rappresenta uno stimolo ad aggiornarsi e un passaggio continuo di informazioni che aumentano la capacità di valutare ogni problema da più punti di vista.

La patologia neoplastica, quindi, non può più essere considerata come qualcosa a se stante, ma deve essere valutata invece nella sua globalità; vanno comprese e valutate le interferenze negative a carico di altri organi e apparati, i disordini della sfera psico-emotiva, l'impatto sulla qualità di vita dell'ammalato.

In quest'ottica l'immunoterapia può considerarsi la nuova frontiera della cura dei tumori, poiché permette di ottenere risultati insperati in molte patologie per le quali in passato non esistevano alternative terapeutiche valide, mentre in altre neoplasie, in pazienti selezionati, si è dimostrata addirittura superiore alla classica chemioterapia. Generalmente è ben tollerata, anche se non è esente da tossicità e danni d'organo immunomediati.

Anche le terapie "target" fanno parte già da molti anni dell'armamentario degli oncologi ma le recenti acquisizioni scientifiche hanno portato ad una maggiore comprensione dei meccanismi molecolari che sono alla base della proliferazione delle cellule maligne e della loro resistenza a trattamenti di prima generazione. Pure nel campo dei farmaci a bersaglio molecolare però non è possibile evitare effetti collaterali in quanto non esiste ancora un farmaco intelligente capace di risparmiare bersagli "innocenti" nell'ospite.

I risultati terapeutici dei moderni trattamenti antineoplastici permettono quindi di poter offrire prospettive di sopravvivenza molto lunghe ai pazienti, ed in alcuni casi addirittura di cronicizzare la malattia, ma al tempo stesso è richiesto un enorme sforzo sia per il monitoraggio, che per il precoce trattamento di segni e sintomi di tossicità, fondamentale per il mantenimento del beneficio terapeutico.

E' indubbio che la gestione di vecchie e nuove terapie richieda un grande impegno assistenziale, sempre più "trasversale".

Il lavoro in rete, ed il confronto degli oncologi con gli altri specialisti, è, pertanto, indispensabile soprattutto nell'approccio terapeutico ai Big Killer, ed è oltremodo ineludibile nella presa in carico di qualsivoglia patologia oncologica.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Grimaldi

e-mail: peppe_grimaldi@yahoo.it

Dott.ssa Giuseppina Busto

e-mail: pina_busto@yahoo.it

Bioetica

Il principio di vulnerabilità e la posizione di garanzia del medico

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: Vulnerabilità, posizione di garanzia del medico, codice deontologico, etica della cura, prendersi cura di, autodeterminazione.

Ricevuto in Redazione il 17 luglio 2018

Key Words: Vulnerability, position of doctor's guarantee, ethics of care, take care of, self-determination.

RIASSUNTO

Il principio di vulnerabilità, affermato con la Dichiarazione di Barcellona del 1998 (assieme al principio di autonomia, integrità e dignità, in alternativa ai principi della bioetica nord-americana), è il nuovo principio della bioetica e del biodiritto, centrale e fondamentale per la tutela, il rispetto e la promozione della vita umana (e non umana) e dell'ambiente, a cui devono ispirarsi gli Stati, la società civile, le organizzazioni di volontariato, le agenzie culturali, ecc. nella varie forme di concreta realizzazione.

L'Autore riflette su tale principio, concepito sulla fragilità e la finitudine dell'esistenza dell'uomo, richiamando l'obbligatorietà deontologica, giuridica e morale del "prendersi cura di", soprattutto da parte del medico nella sua attività professionale, quale espressione della posizione di garanzia.

È certamente un'idea innovativa, che ha stretto collegamento con i principi di solidarietà e di giustizia e per quanto riguarda l'arte medica, con "l'etica della cura".

SUMMARY

The principle of vulnerability, affirmed with the Barcelona Declaration of 1998 (together with the principle of autonomy, integrity and dignity, as an alternative to the principles of the North American bioethics), is the new principle of bioethics and biolaw, central and fundamental for the protection, respect and promotion of human (and non-human) life and the environment, which must inspire states, civil society, voluntary organizations, cultural agencies, etc. in the various forms of concrete realization.

The Author reflects on this principle, conceived on the fragility and finitude of human existence, recalling the ethical, juridical and moral obligation of "taking care of", especially on the part of the doctor in his professional activity, as an expression of the guarantee position. It is certainly an innovative idea, which has a close connection with the principles of solidarity and justice and as regards the medical art, with "the ethics of care".

INTRODUZIONE

Dopo uno studio triennale, promosso dalla Commissione Europea e sottoscritto da ventidue studiosi di diverse discipline e orientamento culturale e coordinati dal Center for Ethics and Law di Copenhagen, la «Dichiarazione di Barcellona» nel 1998 approva in bioetica e biodiritto quattro nuovi principi: autonomia, dignità, integrità, vulnerabilità, di cui quest'ultimo viene indicato come il principio primo e ispiratore.

Dopo circa 25 anni dalla formulazione dei noti principi bioetici derivanti dalla filosofia nord-americana (autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia) a sua volta notevolmente influenzata dal pensiero illuministico-liberale, con la «Dichiarazione di Barcellona» viene affermato quindi un nuovo principio, che permette di mettere in discussione le problematiche sollevate dai progressi nella moderna biomedicina e biotecnologia, alla luce e a fondamento di una nuova prospettiva basata sul principio di "vulnerabilità".

In tal senso, Peter Kemp e Jacob Rendtorff, che hanno curato la pubblicazione in 2 volumi dei testi dei tre anni di lavoro, hanno asserito che "il principio di vulnerabilità è ontologicamente prioritario rispetto agli altri principi, esprime meglio di tutti gli altri principi etici la finitudine della condizione umana e perciò potrebbe essere la vera idea che collega gli stranieri morali in una società pluralista".

Ma cosa s'intende, dal punto di vista filosofico e bioetico, per "vulnerabilità"? Nella "Barcelona Declaration" si afferma che essa "esprime due idee di base: (a) esprime la finitudine e la fragilità della vita che, in coloro che sono capaci di autonomia, fonda la possibilità e la necessità di tutta la moralità; (b) la vulnerabilità è l'oggetto di un principio morale che richiede assistenza per i vulnerabili. I vulnerabili sono quelli la cui autonomia o dignità o integrità è minacciata. Tutti gli esseri che hanno dignità sono protetti da questo principio".

Il termine vulnerabilità (dal latino *vulnus*, ferita, lesione, ecc.), con la suddetta dichiarazione, è riferito oltre al campo corporeo, psicologico, spirituale anche a quello del diritto e finanche in senso globale pure alla biosfera, all'ambiente, al mondo animale, all'equità sociale, alle minoranze etniche, ecc.

Vulnerabilità intesa quindi come fragilità individuale e collettiva in senso lato secondo criteri sociali, relazionali, politici, morali che richiedono dipendenza e riparazione.

In questo contributo in particolare si vuole riflettere sul principio di vulnerabilità sotto l'aspetto del corpo e dello stato di salute della persona, riguardo all'attività medica e sanitaria, soprattutto in relazione alla cosiddetta "posizione di garanzia del medico", che assume rilievo nella malattia dei soggetti vulnerabili.

Premesso che la dimensione della vulnerabilità è costitutiva e insita nella esistenza umana, si vuole sottolineare la necessità e la universalità del bisogno di cura, che sta a fondamento delle scelte responsabili.

Se alcune fasi e condizioni della vita dell'essere umano, indipendentemente dallo stato di salute-benessere, rappresentano già aspetti di vulnerabilità (l'embrione, il bambino, la donna gravida, l'anziano, ecc.), indubitabilmente la malattia rappresenta una manifestazione più evidente di vulnerabilità dell'essere umano soprattutto quando colpisce particolarmente pazienti fragili quali gli allettati, i malati psichici, quelli affetti da malattie neurodegenerative, i tossicodipendenti, i disabili, ecc.

Principio di vulnerabilità e posizione di garanzia del medico

Interconnessa al principio di vulnerabilità è certamente, *"l'etica della cura"*, a fondamento della salvaguardia della relazione medico-paziente e nella quale si manifesta l'attitudine (che è ad un tempo capacità, abilità, vocazione, ecc.) di chi per professione (a differenza di altri, ad esempio familiare caregiver-mossi da rapporto affettivo) «presta cura» alla persona vulnerabile.

Difatti alcuni Autori, ben distinguono che di fronte al bisogno (di qualsiasi genere) vi è un preoccuparsi, un "prendersi cura di" (taking care of) mentre il momento operativo è "un prestare cura a" (care-giving).

Nel primo caso c'è un interesse pubblico e sociale dell'istituzione o della struttura, mentre il secondo aspetto riguarda più privatamente e personalmente qualsiasi operatore (e per la nostra riflessione, in specie il medico). Ma ciò che si vuole evidenziare è che l'attitudine alla cura rappresenta una esigenza morale, prima che giuridica e/o deontologica.

Per ogni operatore sanitario *"l'etica della cura"*, deve far riferimento alla responsabilità, nell'accezione etimologica (una tra le tante) del termine, nel significato cioè di rispondere di qualcuno (o di qualcosa) davanti a qualcuno, non in senso legalistico ma appunto in senso morale; responsabilità quindi personale, sociale e/o della struttura sanitaria, fondata sui diritti e la giustizia, che nel vasto campo delle vulnerabilità, permettono di affrontare le disuguaglianze, perché *"l'etica della cura"* e *"l'etica della giustizia"*, sono due diverse modalità di riflessione morale che devono coesistere.

E nell'etica della cura riteniamo abbia pieno riscontro e attuazione *"la posizione di garanzia del medico"*, istituto mirato a tutelare il paziente, ancorché persona fragile, nella sua condizione di sofferenza e di dipendenza.

I compiti assistenziali e di tutela che sono propri della professione medica, trovano la massima esplicitazione nella posizione di garanzia del medico e, anche se il codice deontologico dei medici non prevede un articolo specifico della stessa, appare evidente il suo riferimento in alcuni articoli che rimandano agli obblighi professionali del medico.

In esso se è vero che all'art. 3 è scritto che *"doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona..."*, all'art. 32 molto più precisamente si sottolinea che *"il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizione di vulnerabilità o fragilità psico-fisica sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale"*.

E se il medico è obbligato da prescrizioni deontologiche alla tutela della persona fragile e vulnerabile, si deve riconoscere che anche giuridicamente egli è assoggettato ad una specifica responsabilità, rinvenibile nell'ex all'art. 40 del c.p.¹ per azioni e/o comportamenti attivi o omissivi, che certamente si può far risalire come fonte giuridica alla stessa Carta Costituzionale, come accadrà da numerosissime sentenze in proposito.²

È fuor di dubbio anche che ci possano essere casi in cui possa verificarsi un conflitto tra i diritti della persona vulnerabile (quale principalmente quello di autodeterminazione) e l'operatore sanitario, soprattutto in merito per esempio alla rinuncia e/o al rifiuto delle cure (specie salvavita), come evidenziamo in altra riflessione su questa stessa rivista a cui si rimanda⁽³⁾, dove però sottolineiamo anche che per il paziente incompetente, e quindi tra le persone la più vulnerabile, che *"non può a causa del suo stato assumere decisioni e autodeterminarsi..."* In tal caso la sua tutela è in capo ad un fiduciario ma, a parer nostro, è rilevante la figura del medico nella sua specifica *"posizione di garanzia"*, espressione della tutela della persona fragile riguardo alla sua vita e alla sua salute, sempre nel rispetto della dignità della persona, contro ogni intento eutanasico da un lato e contro ogni procedura di accanimento o di abbandono terapeutico dall'altro.

In questa prospettiva è rimarchevole che a livello professionale, etico e bioetico si darà prevalenza e centralità alla persona nei suoi bisogni assistenziali.

1 L'art. 40 del Codice Penale: "Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

2 Cassazione, sez. IV penale, sentenza 1 dicembre 2004-11 marzo 2005, n. 9739. "Gli operatori sanitari di una struttura sanitaria sono tutti portatori ex lege di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. della 2 e 32 della Costituzione fondamentale nei confronti dei pazienti la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità".

CONCLUSIONI

Il principio di vulnerabilità, affermato con la Dichiarazione di Barcellona del 1998 (assieme al principio di autonomia, integrità e dignità), è il nuovo principio della bioetica e del biodiritto, centrale e fondamentale per la tutela, il rispetto e la promozione della vita umana (e non umana e dell'ambiente), a cui devono ispirarsi gli Stati, la società civile, le organizzazioni di volontariato, le agenzie culturali, ecc. nelle varie forme di concreta realizzazione.

Tale principio in senso stretto, concepito sulla fragilità e la finitudine dell'esistenza dell'uomo richiama l'obbligatorietà deontologica, giuridica e morale del "prendersi cura di", soprattutto da parte del medico nella sua attività professionale, quale espressione della posizione di garanzia.

È certamente un'idea innovativa, che ha stretto collegamento con i principi di solidarietà e di giustizia e per quanto riguarda l'arte medica, con "l'etica della cura".

I quattro principi della Dichiarazione di Barcellona, nella prospettiva bioetica, costituiscono un'alternativa ai principi della bioetica nord-americana (autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia) e rappresentano indubbiamente una critica al "principialismo", come, per esempio, l'enfasi sui principi astratti per un'un'etica universale che però non tiene conto dell'esperienza morale dei soggetti coinvolti⁽⁴⁾.

In particolare nel "principialismo" e quindi nella bioetica anglosassone prevale ed è basilare il principio di autonomia o quantomeno "ciascun principio basilare ha un certo peso senza però avere una priorità (è esclusa dunque ogni gerarchia oggettiva dei principi)".

Ciò è stato criticato dai bioeticisti di matrice personalista⁽⁵⁾ sostenitori "*che sia stabilita una gerarchia soprattutto tra il principio di autonomia ed il principio di beneficenza. Occorre che il primo sia subordinato al secondo, altrimenti non è garantita la stessa autonomia dei soggetti, specialmente quando il malato non è in grado di esercitare l'autodeterminazione o quando l'autonomia del medico e del paziente fossero tra loro in contrasto. Per una conciliazione del principio di autonomia con quello di beneficenza, occorre trovare un punto d'incontro reale nella ricerca del vero bene della persona*".

Con il prevalere del principio di vulnerabilità rispetto a quello dell'autonomia, grazie alla Dichiarazione di Barcellona, viene privilegiata l'attenzione alla persona, nella unicità e specificità concreta della situazione, superando anche la complessità della relazione che si viene a determinare soprattutto con i pazienti non competenti, incapaci di autodeterminarsi.

In questo contesto la posizione di garanzia del medico (non rivendicata certo per anacronistiche tutele di una obsoleta medicina paternalistica) è volta a proteggere l'ammalato quale istituto riconosciuto e fondato sul disposto del capoverso dell'ex art. 40 c. p. ("*...non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*"), laddove vi è una tutela da parte di un garante (il medico) di particolari beni (in tal caso la salute e la vita), che, chi ne ha la titolarità, non è in grado di salvaguardarli compiutamente.

Il principio di vulnerabilità, secondo quanto è auspicato dalla Dichiarazione di Barcellona, è un principio che deve ispirare le legislazioni degli Stati, dei poteri pubblici e sociali e, inteso come oggetto di un principio morale, orientare l'etica della cura, e rappresenta un utile, innovativo paradigma per una reinterpretazione delle questioni sollevate dalla biomedicina e le biotecnologie e soprattutto di alcuni temi del dibattito bioetico contemporaneo: l'etica della responsabilità, il rapporto medico-paziente, le scelte inerenti il nascere e il morire, l'autodeterminazione della persona, la rinuncia alle cure, la tutela della vita.

BIBLIOGRAFIA

1. BELLINO F.: *La bioetica ed il principio di vulnerabilità*. Atti IX Congresso Nazionale Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE), Bari, 28-29 aprile 2010
2. BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F.: *Principles of Biomedical Ethics*. 1994. Trad. It. Buonazia S. Firenze: Le Lettere, 1999
3. BATTIMELLI G.: *È sempre lecito il rifiuto delle cure?* Civitas Hippocratica, 2016 - Anno XXXVII; 5-6: 61
4. SPAGNOLO A.G.: *I principi della bioetica Nord Americana e la critica del Principialismo*. Camillianum, 20, Torino 1993
5. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, Vol. 1
6. REICH WARREN T.: *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan Pub. Co. New York. Simon & Schuster Macmillan; London: Prentice Hall International, ©1995
7. BARCELONA DECLARATION: *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw* (1995–1998) connected to a research project of the Danish Research Councils: *Bioethics and Law* (1993–1998)
8. BARCELONA DECLARATION, in Rendtorff J.D. - Kemp P.: *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw, I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project, «Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998», Copenhagen 2000, pag. 274
9. TRONTO, Joan C. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge
10. GILLIGAN C.: *In a Different Voice*. Cambridge Mass-London, 1982
11. BROTTI S.: *Etica della cura. Una introduzione*. Orthotes, Napoli 2013, pp. 208
12. SALA R.: *Filosofia per i professionisti della cura*. Carocci Faber, Roma 2014
13. FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI (FNOMCEO): *Codice di Deontologia Medica 2014*. (accesso del 11.5.2018, a: <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica+2014.html?t=a&id=115184>)

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

