

All'interno

• **pag. 4** La domanda di psicologia nelle problematiche maschili a carico della sfera sessuale

• **pag. 12** L'autonomia nell'alimentazione come fattore prognostico favorevole nei pazienti anziani

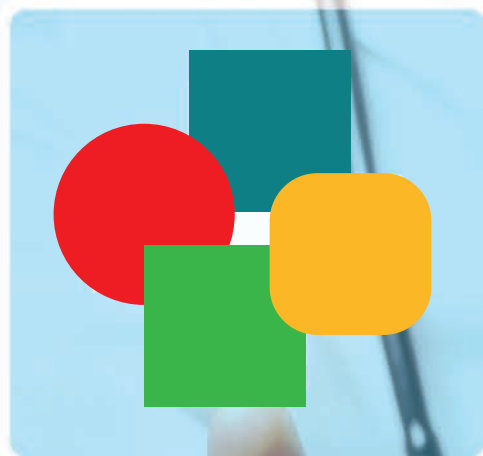
• **pag. 24** Rettifica dei dati anagrafici di un/una transessuale e riassegnazione chirurgica del sesso. Linee guida e il consenso informato

• **pag. 23** Miocarditi: il cuore in fiamme

Se sei un Professionista o una Struttura Sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE Magazine



MEDIC@LIVE
Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Per info contattaci
+39 095 7280511
pubblicita@medicalive.it
www.medicalive.it

PSICOLOGIA

pag. 4 La domanda di psicologia nelle problematiche maschili a carico della sfera sessuale

Dr. Marco Guidi

GERIATRIA

pag. 12 L'autonomia nell'alimentazione come fattore prognostico favorevole nei pazienti anziani

Dr. Gian Carlo Giuliani

CARDIOLOGIA

pag. 23 Miocarditi: il cuore in fiamme

Dr. Aniello Ascione

DIRITTO SANITARIO

pag. 24 Rettifica dei dati anagrafici di un/una transessuale e riassegnazione chirurgica del sesso.
Linee guida e il consenso informato

Avv. Angelo Russo

I prossimi eventi

095.7280511 info@av-eventieformazione.it

I° CORSO TEORICO - PRATICO - UTILIZZO DELLE ONDE D'URTO RADIALI NELLA PRATICA CLINICA

30 Aprile - Salerno
Fisioterapisti

DAL MIO AL TUO (paziente) - Progetto PRE.CO.CE (Prevenire le Complicanze della scala CEAP)

6-7 Maggio 2016 - Ragusa
Medici di Medicina Generale
ECM 11,7

PROFILASSI, VALUTAZIONE E INTERVENTO TERAPEUTICO NELLE ULCERE CUTANEE DA PRESSIONE

7 Maggio 2016 - Catania
Infermieri professionali, Medici e Farmacisti
ECM 5,5

LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

20-21 Maggio 2016 - Faenza
Fisioterapisti
ECM 21,5

ASMA BRONCHIALE E BPCO: I DUE VOLTI DELL'OSTRUZIONE BRONCHIALE

21 Maggio 2016 - Catania
MMG e Specialisti in: Allergologia e Immunologia
Clinica, Malattie dell'Apparato Respiratorio,
Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria
ECM 5,8

CORSO DI FORMAZIONE BASE TEORICO PRATICO DI LINFODRENAGGIO MANUALE

21-22 Maggio 2016 / 18-19 Giugno 2016
2-3 Luglio 2016 / 10-11 Settembre 2016
Catania
Fisioterapisti e Studenti del 3° anno del CdI in Fisioterapia
ECM 50

LA CARENZA DI VITAMINA D: QUANDO IL SOLE NON BASTA

28 Maggio 2016
MMG e Specialisti in Ortopedia e Traumatologia, Medicina Fisica Riabilitazione e
Reumatologia
ECM 6

I prossimi eventi

095.7280511 info@av-eventieformazione.it

ASMA BRONCHIALE E BPCO: I DUE VOLTI DELL'OSTRUZIONE BRONCHIALE

4 Giugno 2016 - Biancavilla (CT)

MMG e Specialisti in: Allergologia e Immunologia
Clinica, Malattie dell'Apparato Respiratorio,
Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria
ECM 5,8

TRE FREQUENTI PATOLOGIE VASCOLARI INCONTRO CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

11 Giugno 2016 - Vittoria

MMG e Specialisti in Angiologia Medica, Chirurgia Vascolare
ECM 17,6

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE DI GOMITO-MANO

11-12 Giugno 2016 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali
ECM 17,6

CORSO DI CRIMINOLOGIA E CRIMINALISTICA

24-25-26 Giugno 2016 - Catania

Operatori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate
(anche non in possesso di Laurea), Agenti di Polizia Penitenziaria,
Investigatori Privati, Consulenti Tecnici, Professionisti nei vari
settori della Sicurezza Privata, Laureati di primo e secondo livello
in Psicologia, Giurisprudenza, Sociologia e nelle aree sanitarie

CORSO DI CRIMINOLOGIA E CRIMINALISTICA

23-24-25 Settembre 2016 - Torino

Operatori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate
(anche non in possesso di Laurea), Agenti di Polizia Penitenziaria,
Investigatori Privati, Consulenti Tecnici, Professionisti nei vari
settori della Sicurezza Privata, Laureati di primo e secondo livello
in Psicologia, Giurisprudenza, Sociologia e nelle aree sanitarie

MUSICOTERAPIA E PSICODRAMMA con Joseph J. Moreno

14-15-16 Ottobre 2016 - Roma

Psicologi, Psicoterapeuti, laureati e laureandi in Psicologia, Medici Psichiatri e
Neuropsichiatri infantili, Educatori Professionali; Musicoterapeuti
ECM 24,2

La domanda di psicologia nelle problematiche maschili a carico della sfera sessuale



**Dr.ssa
Claudia Beccarini**
Psicologa,
psicoterapeuta,
formatrice.
Libera
professionista -
Roma



**Dr.
Marco Guidi**
Psicologo clinico,
formatore e
consulente
esperto
di ricerca-
intervento -
Roma

Bibliografia

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Giovagnoli, F. (2011). *A Cultural Approach to Clinical Psychology. Psychoanalysis and Analysis of the Demand*. In S. Salvatore, & T. Zittoun (Eds.), *Cultural Psychology and Psychoanalysis. Pathways to Synthesis* (pp. 117-150). Charlotte, NC: Info Age Publishing.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Salvatore, S. (2006). *Models of knowledge and psychological action*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1(2-3).

Salvatore, S. (2012). *Social Life of the Sign: Sensemaking in Society*. In J. Valsiner (Ed), *The Oxford Handbook of Culture and Psychology* (pp. 241-254). Oxford: Oxford Press.

Salvatore, S., & Freda, M. F. (2011). *Affect, Unconscious and Sensemaking*. *A Psychodynamic, Semiotic and*

Lo scopo del presente articolo è duplice: a) illustrare un metodo di intervento psicologico volto al trattamento dei disturbi riguardanti la sfera sessuale e b) sostenerne l'utilità nell'ambito della collaborazione interprofessionale fra medici e psicologi.

La riflessione che segue è il frutto di un progetto che gli autori hanno avviato a partire dal comune interesse a esplorare le richieste di consultazione psicologica concernenti la sessualità, in particolare ricevute da parte di uomini.

Nel corso della nostra attività clinica, non raramente ci capita di osservare come le richieste di consultazione riguardanti problematiche sessuali siano precedute da richieste rivolte a professionisti di altra natura (ad es., i medici di base, ma anche, naturalmente, urologi, andrologi, endocrinologi). E, molto spesso, appare chiaro come la richiesta di consultazione psicologica casi arrivi a esprimere non tanto e non solo perché le persone pensano alla psicologia come a uno strumento realmente efficace per risolvere il proprio problema.¹ Più sovente queste si sentono quasi costrette a farlo per via del fatto che non sono riuscite a risolvere il problema altrimenti o comunque a risolverlo in maniera pienamente soddisfacente rispetto alle proprie attese, oppure ancora perché il medico le ha esortate a consultare uno psicologo per trattare delle questioni palesatesi come di natura più squisitamente psicologica o relazionale. In tutti i casi, siamo di fronte alla situazione paradossale che una collega ironicamente sintetizzava come il "paradigma di Agatha Christie": la scrittrice, si sa, faceva spesso dire ai protagonisti dei suoi gialli come, una volta escluse tutte le altre possibili cause, per risolvere il mistero si dovesse per forza far riferimento a delle cause psicologiche.

Di fronte alla domanda di intervento sui disturbi sessuali si assiste, quindi, a una marginalizzazione della psicologia quale prassi di intervento, che la porta a collocarsi su un gradino subito prima del "se non funziona neanche questo, allora non resta che andare a Lourdes", come recitava il vecchio adagio. Rimaniamo peraltro convinti che la marginalità della psicologia non sia un evento sfortunato; semmai costituisce un'opportunità di sviluppo per la nostra professione, in quanto ci forza a concepire metodi opportuni per trattare le problematiche concernenti certe aree di domanda, e soprattutto ad analizzare i modi con cui tali aree di domanda si costruiscono. E la sfera della sessualità costituisce un'area di domande che ancora oggi faticano ad arrivare alla psicologia.

² La riflessione ora fatta ci ha portato, da due anni a questa parte, a implicarci nella

¹ È evidente che, sebbene solo in piccola parte, chi richiede un colloquio un po' deve pur "desiderarlo".

² Questo discorso, evidentemente, non vale tanto per la sessuologia clinica che, nel suo stesso definirsi, richiama l'area problematica di cui si occupa. E tuttavia, come avremo modo di vedere più avanti, il metodo di intervento da noi proposto vuole differenziarsi dalle pratiche abitualmente utilizzate dalla sessuologia clinica per superare le disfunzioni sessuali (in particolare ci riferiamo a quelle prassi che si ispirano ai principi della Terapia Sessuale – cf. Masters & Johnson, 1970 – ricorrendo alla prescrizione di pratiche di comportamento basate sui principi della terapia cognitivo-comportamentale), richiamandoci invece all'esigenza di analizzare la domanda di chi richiede l'intervento psicologico.

Dialogic Model. New Ideas in Psychology, 29, 119-135.

Simonelli, C. (2006). L'approccio integrato in sessuologia clinica. Milano: Franco Angeli.

costruzione di un progetto riguardante lo sviluppo di una rete di relazioni professionali con andrologi e urologi che si sono mostrati interessati a lavorare con noi in rapporto alle istanze problematiche concernenti la relazione coi loro pazienti (es. situazioni recidivanti, resistenze ai trattamenti proposti, problematiche sul piano delle relazioni ecc.).

L'idea progettuale in questione muove da due considerazioni di fondo.

1. Da un lato consideriamo che qualsiasi richiesta di intervento rivolta a un professionista non possa che prendere le mosse dal riconoscimento di una qualche esigenza da parte di colui che la rivolge o di altre persone che siano con lui in rapporto. La richiesta di consulenza è sempre, per definizione, mediata dai significati che le vengono attribuiti.

È chiaro che tale considerazione non si riflette allo stesso modo nella pratica di medici e psicologi.

Per il professionista di area medica, i significati proposti dal paziente sono da intendersi come il modo attraverso il quale egli viene informato sull'area problematica che più o meno esplicitamente gli viene segnalata. Mediante i suoi modelli di riferimento e un'opportuna anamnesi il medico definirà un piano di cura pertinente alla problematica presentata gli. Non è necessario che chi esplicita il problema coincida con chi vive il problema perché egli possa pensare un intervento.

Per esemplificare tale situazione, pensiamo a un uomo che si rivolga all'andrologo su insistenza della compagna, la quale lamenta insoddisfazione per rapporti sessuali che "si concludono troppo precocemente". Attraverso la consultazione l'uomo in questione cercherà di capire se effettivamente egli abbia un problema, oppure se sia la compagna ad essere troppo esigente nei suoi confronti.

Il medico, posto di fronte a questa situazione, potrà informarsi sulla durata dei loro rapporti e comprendere, sulla base delle conoscenze a sua disposizione, se sia il caso di intervenire in qualche modo, senza che necessariamente a porgli la richiesta sia la persona che "avverte il problema".

Per il professionista di area psicologica, invece, quei significati non hanno senso in sé, ma necessitano di essere interpretati alla luce della richiesta avanzata dal consultante. In altre parole, chi avanza la richiesta è, per lo psicologo, colui che in qualche modo sta significando come utile per sé l'intervento psicologico.

Pensando alla situazione clinica prima riferita, immaginiamo che la stessa sia adesso rivolta a uno psicologo. In questo caso, invece che ragionare sull'appropriatezza della durata dell'attività sessuale, il professionista potrà cominciare a pensare che l'uomo stia provando, mediante la sua richiesta di consultazione, a cercare in lui un alleato con il cui supporto mettere a tacere una compagna avvertita come persecutoria nel suo pretendere maggiore

prestanza nella relazione sessuale. E la richiesta di consultazione, in tal caso, assumerebbe per l'uomo la forma di una fantasia di potere (ad es., allersi con un professionista percepito competente) con cui indebolire le richieste della compagna, vissuta come colei che mette in discussione le sue capacità amatorie.

2. Nel campo dei disturbi a carico della sfera sessuale, la richiesta alla psicologia è spesso preceduta da tentate soluzioni di auto-guarigione e/o dalla richiesta di intervento rivolta ad altri professionisti nell'ambito della salute. La richiesta che lo psicologo riceve ha spesso a che fare con una situazione che non solo riguarda problemi a carico della sfera sessuale, ma anche l'inefficacia delle soluzioni finora tentate o l'insoddisfazione per le cure e i trattamenti ricevuti in precedenza per risolvere tali problemi. A fianco del vissuto di inadeguatezza o magari paura, sconforto e anche angoscia rispetto a un problema, si va ad aggiungere il senso di fallimento, di impotenza e forse anche di disperazione per quel trattamento risultato inefficace. Aiutare le persone a comprendere le emozioni vissute in relazione ai problemi di natura sessuale che lamentano è, dal nostro punto di vista, l'intervento più rilevante che uno psicologo può proporre a chi si rivolge a lui. Questa è un'operazione importante e complessa, che si fonda a partire dall'analisi della modalità con cui la persona organizza la sua stessa richiesta, che, nella nostra ipotesi di lavoro, assume un elevato valore pragmatico per lo sviluppo della consulenza.³

A nostro parere, la psicologia non è sempre capace di esplorare le richieste che riceve nei termini dei significati emozionali che tali richieste fanno emergere, ma anzi spesso si limita a riconoscere e trattare le stesse richieste in chiave tecnica... della serie: "a domanda risponde".⁴

Pensando, invece, dal vertice di un modello teorico di natura psicodinamica e semiotica insieme (Salvatore & Freda, 2011), che le richieste che lo psicologo riceve siano sempre definite e influenzate dalle interazioni che chi le esprime ha con altri per lui significativi (fra cui, non ultimi, i medici e gli specialisti che spesso ha incontrato prima di rivolgersi a uno psicologo e dai quali ha magari ricevuto indicazione di contattarci), riteniamo che nel caso dell'intervento psicologico si debba costruire un sistema di relazione e intervento che fa dell'analisi delle esigenze della persona il suo focus principale. Pensiamo, cioè, che sia pur in un processo di faticosa costruzione di modelli di lettura delle domande ricevute, la psicologia possa trovare la sua cifra nell'attivare una funzione riflessiva sulle narrazioni proposte dai propri clienti e sulle emozioni a esse connesse. E questo perché il suo scopo precipuo è in definitiva quello di promuovere e far attivare, presso gli stessi clienti, una specifica capacità di pensare su quelle che sono le criticità da loro vissute; capacità che possa a sua volta comportare uno sviluppo della problematica sperimentata e avviare un processo di trasformazione coerente con le loro attese. L'ipotesi di fondo, non certo esclusivo appannaggio della psicologia, ma diffusa in molte discipline scientifiche (sociologia, linguistica, management...), è evidentemente quella che sottolinea come sia il pensiero a orientare il comportamento umano.

Il nostro modello si propone, al ricevere di una richiesta di consultazione, di mettere in evidenza e sollecitare una funzione riflessiva non solo sull'oggetto sintomatico o problematico che la persona esprime nella consultazione, ma anche su quelle

³ La richiesta diventa il principale rivelatore di quel complesso emozionale e relazionale che egli sta vivendo e che si struttura come l'elemento fondamentale che viene agito entro la consultazione psicologica, sull'analisi del quale la stessa consulenza ha poi possibilità di svilupparsi. L'analisi della domanda in psicologia (inter alia Carli & Giovagnoli, 2011; Carli & Paniccia, 2003) è il metodo con cui comprendere e trattare il significato che un consultante associa alla sua richiesta di consultazione (ad esempio, per capire che tipo di problema propone allo psicologo, oltre al modo che sceglie per raccontarlo; ma anche per capire perché si sia scelto quel professionista e non un altro, se si sia optato per un professionista scelto casualmente o se ci si sia mossi dietro raccomandazione di qualcuno; ecc.).

⁴ Questo discorso richiederebbe un articolato approfondimento che, per ragione di spazi e opportunità, non verrà proposto in questa sede. Basti sottolineare come, per la linea logica del nostro ragionamento, riteniamo utile pensare ai sintomi in sé non come all'oggetto di interesse principale del nostro intervento (se fosse così, sarebbe come se interpretassimo il sintomo confondendolo per la causa, piuttosto che come l'esito di un evento problematico), ma come il rivelatore di una problematica che quel sintomo al contempo esprime e rende evidente.

che si evidenziano essere le fantasie di rapporto con lo psicologo e la psicologia, ossia le attese che quella persona ha maturato circa il modo con cui la psicologia può essergli utile per risolvere il problema concernente l'area sessuale.

Vediamo adesso di approfondire la questione ora posta a partire da una richiesta di consultazione ricevuta da uno di noi.

Il caso di Luigi

Luigi (40 anni) arriva in consultazione inviato da un andrologo che, per telefono, descrive il paziente come disturbato da frequenti “defaillance ed episodi di insuccesso sessuale”, con l'accento anche a una compagna descritta come “molto esuberante e invadente”.

Nel corso del primo colloquio, Luigi racconta del suo problema di perdita dell'erezione – che abitualmente si presenta subito dopo aver iniziato la penetrazione – e dell'impossibilità di recuperarla in seguito a successiva stimolazione. Il problema è dunque tale da impedire rapporti completi. Al momento, i casi di successo nel rapporto sessuale sono sporadici.

La principale promotrice della decisione di rivolgersi a uno psicologo sembra essere Cinzia, la fidanzata di Luigi, che vive con angoscia il protrarsi della situazione problematica, specialmente perché il suo desiderio esplicito sarebbe quello di fare famiglia.

A seguito del fallimento dell'ultima cura a base di testosterone, che ha portato Luigi a un peggioramento del sintomo, il paziente ha sviluppato una forte ansia da evitamento, che lo assale ogni volta che deve mettersi a letto e che sembra avere il potere di annullare persino l'effetto dei farmaci contro l'impotenza.

Luigi si rende conto che “un uomo non può sempre sottrarsi ai rapporti” e afferma di “aver ormai finito le scuse” con cui rispondere alle insistenze della compagna. La sua confusione appare evidente: un minuto prima funziona tutto, il minuto dopo niente, e Luigi, incredulo, sente di non avere alcun controllo sulla situazione.

Nel corso del suo discorso, Luigi afferma di aver chiarito alla fidanzata che da parte sua non c'è fretta di sposarsi, né tantomeno di avere figli. Aggiunge che, dopo tanti anni di rapporto, ancora non è riuscito a procedere a una convivenza con la donna: non si sente infatti pronto a rinunciare alla sua vita abituale, ai suoi interessi e ai suoi spazi. Afferma inoltre che il suo più grande timore nei confronti delle relazioni è la routine, ossia la paura di finire per annoiarsi. Vorrebbe sentirsi sempre come nella fase iniziale delle relazioni, fase in cui tutto appare eccitante e divertente, e il suo desiderio è che non ci fossero mai dei cambiamenti o delle evoluzioni.

Prima di proporre delle interpretazioni sul caso, esplicitiamo alcuni criteri con i quali riteniamo utile orientare la lettura.

Iniziamo col dire che il concetto stesso di sessualità si collega, pur senza esaurirsi in esso, al concetto di relazione sessuale, dunque rimanda in modo chiaro alla dimensione di contatto e scambio instaurata tra individui nel contesto della propria intimità ed entro specifiche e molteplici cornici di senso definite sempre sia soggettivamente che socio-culturalmente (es. ciò che in una cultura viene considerato detestabile o addirittura disgustoso, in un altro contesto culturale può essere benissimo vissuto come divertente o addirittura “normale”).

Può essere anche utile soffermarci a riflettere su come la sessualità sia, tutt'oggi, l'ambito più fortemente intriso di codici culturali che orientano ruoli e significati, fin quasi a dettare le tracce entro cui uomini e donne plasmano e interpretano le proprie aspettative e il proprio coinvolgimento nelle questioni di coppia, di intimità, di amore. Pensiamo ad es. a come in molte società il ruolo maschile sia, spessorigidamente, ancorato ad alcuni stereotipi oltre i quali poco spazio sembra restare all'individuo per proporsi – e pensarsi – in maniera differente: un'idea di uomo quale attore designato dell'iniziativa sessuale,

ossia naturale prodotto di una dimensione istintiva innata e di un ingaggio socio-culturale dalle precise determinanti. Un concetto di identità maschile fondata sulla potenza sessuale e quasi sempre giocata nella competizione con altri maschi (Simonelli, 2006).

Ricordiamo come il nostro Luigiespliciti (dunque per certi versi si renda conto) come a un certo punto egli abbia sentito di aver finito le scuse con cui sottrarsi alla relazione con la propria compagna. Le scuse sembrano avere per lui il significato di soluzioni di compromesso; costituiscono il modo per rappresentare e rappresentarsi, al contempo, il peso dell'intimità da lui vissuta e forse la difficoltà a esprimersi in tale sfera, ma anche il bisogno di mantenere sufficientemente intatta la propria immagine di maschio, oltre che legittimarla socialmente (vedi la frase "un uomo non può sempre sottrarsi al rapporto sessuale", dove per uomo diventa utile capire cosa il nostro Luigi voglia intendere).

Quest'ultimo punto ci sembra molto rilevante. L'impatto dei significati culturalmente condivisi non va sottovalutato. La dimensione di scarto da un'idea conclamata, socialmente istituita e condivisa, può facilmente tradursi, per la persona in cui viene messa in evidenza, nel crollo di un modo consolidato di intendere il proprio ruolo sessuale. Dal non essere sufficientemente intraprendente e/o prestante si può precipitare, in certi casi facilmente e velocemente, nel non essere sufficientemente uomo, o nel non sentirsi più tale.

Da questi primi elementi, possiamo cominciare a vedere come il sintomo sessuale, nella nostra ipotesi, venga a definirsi come intrinsecamente relazionale.

Esso è tale perché nel suo stesso esprimersi richiama la relazione simbolica con un altro, indipendentemente dal fatto che l'altrosia reale o fantasticato. Il sintomo sessuale, in altri termini, si colloca in un contesto simbolico che fa da cerniera fra la dimensione intrapsichica e le relazioni: da un lato esso richiama l'affettività della persona; dall'altro il suo sistema di rapporti con il mondo.

In questo senso, potremmo dire che i sintomi a carico della sfera sessuale siano per certi versi più evoluti di altre sintomatologie tipiche, come quelle di natura psicosomatica che invece si collocano su un versante più individualistico, al confine fra la dimensione intrapsichica e il corpo.

L'utilità di fare questa distinzione è per noi massima in rapporto alla riflessione che ci accingiamo a proporre. Facendo l'ipotesi che l'emergere di un sintomo a carico della sfera sessuale sia per sua natura fortemente connesso ai vissuti che la persona ha delle sue relazioni (banalizzando, potremmo dire che tali sintomi parlano delle relazioni che una persona vive), pensiamo anche che tali sintomi abbiano una buona possibilità di essere pensati e compresi se dispiegati all'interno di una relazione adeguata, come quella con lo psicologo, in cui è possibile trovare loro un significato nuovo, che non solo porti la persona a non sentirsi più imprigionata nella situazione problematica, ma anzi a sentire di poterla superare. E, per esperienza, va detto che spesso il superamento del sintomo avviene anche in tempi brevi (per quanto non immediati).

La nostra ipotesi di intervento è dunque quella di considerare il sintomo non come un elemento a sé, ma come un significato organizzato e complesso che aiuta a comprendere la domanda che, attraverso il sintomo stesso, è stato possibile esprimere. Il sintomo, in altre parole, parla di quello che la persona sta vivendo e facendo.

Già a una prima lettura del caso, a molti sarà balzato agli occhi come la descrizione del problema sessuale proposto da Luigi mantenesse forti analogie con il racconto del disagio da lui vissuto nella relazione con la fidanzata. Il sintomo sembra sottolineare la sua incapacità a mantenere una relazione; come se la modalità di funzionamento relazionale che Luigi sperimenta come non del tutto soddisfacente contenesse un nucleo problematico che viene appunto ricalcato nel sintomo.

Il sintomo, in altre parole, nella richiesta di consultazione allo psicologo, può essere visto operare come un significante

(Salvatore, 2006; 2012) che, nei termini del suo valore di indizio psichico, è atto a evidenziare uno specifico modello di funzionamento relazionale problematico. Possiamo allora dire che diventa utile “occuparsi del sintomo”, ma non per trattare il sintomo in quanto tale, quanto piuttosto per cogliere la dimensione emozionale che organizza la relazione con lo psicologo nel momento in cui la richiesta prende forma.

Tornando a riferirci al caso di Luigi, proviamo adesso a prendere in considerazione alcuni aspetti più ampi della sua storia. Scopriamo in questo modo che il problema sessuale era presente anche in alcune relazioni precedenti e che molte di esse sembrano riprodurre uno schema di rapporto del tutto analogo a quello che attualmente l'uomo vive con la fidanzata: a seguito di un forte investimento emotivo nella fase iniziale del rapporto, Luigi comincia ad avvertire un bisogno di distacco e allontanamento, che fino a oggi è sempre culminato con la chiusura del rapporto di coppia, dietro sua iniziativa. Potremmo anche cogliere, nella ricorsività di tale modo di funzionamento, un'apparente coincidenza: di volta in volta, la scelta di rottura si palesa a Luigi come un'urgenza che emerge in concomitanza con l'esprimersi di aspettative di impegno a lungo termine da parte della partner di turno.

A porsi come interessante è anche il racconto dei periodi “da single”, in cui Luigi si dedica alla conoscenza di donne attraverso l'utilizzo di siti, chat e annunci. A muoverlo in questo tipo di frequentazioni saltuarie e occasionali, si viene a sapere, è soprattutto la curiosità e la voglia di vivere incontri in modo libero, al di fuori di vincoli e preoccupazioni, senza il desiderio di instaurare relazioni serie, ma senza neanche essere dichiaratamente indirizzato a incontri sessuali.

Come riflessione, ci sembra di poter considerare come l'utilizzo abituale di siti internet e annunci per la conoscenza di donne, quale modalità preferenziale plausibilmente in grado di mediare e moderare il livello di implicazione, appaiato governato da una fantasia solipsistica dove, pur entro una dimensione di incontro fisico, l'altro non appare davvero sentito come altro reale, ma come una persona disegnata dal proprio immaginario, dalle proprie fantasie. In tal senso, Luigi sembra prediligere relazioni in cui la sessualità appare svincolata da dimensioni di legame, di implicazione, di coinvolgimento, quasi ad assumere le caratteristiche di una modalità “masturbatoria”, nella quale, di fatto, è possibile rintracciare il prototipo di un modo di stare in relazione che può riconoscersi come antitetico a un concetto di rapporto con l'altro fondato sullo scambio e la reciprocità.

Stiamo in tal modo affermando che Luigi è – ed è sempre stato – refrattario alle relazioni serie?

Per provare a rispondere a questa domanda, proviamo di nuovo a cogliere degli indizi utili a partire dal sintomo che Luigi ha esplicitato nella sua richiesta di consultazione.

A ben guardare, la perdita di erezione durante il rapporto non evidenzia l'incapacità di intraprendere una relazione sessuale, né la presenza di alcun problema nel raggiungere l'eccitazione e iniziare un rapporto coitale, bensì puramente di mantenerla, attraverso cioè una manifestazione che potremmo considerare metaforica della capacità di permanere in un rapporto con l'altro. Le relazioni “serie”, allora, sembrano farsi rappresentazione proprio di quello che pare avvenire nella sfera sessuale: Luigi inizia la relazione con l'altro e imposta il profilo di un rapporto che, sulla carta, avrebbe tutti i requisiti per essere portato fino in fondo; il rapporto sembra seguire tutte le “tipiche” fasi, che vanno dal primo innamoramento all'ipotesi della costruzione condivisa di un progetto di vita, ma, nel momento in cui la relazione arriva a crescere al punto tale da richiedere una concretizzazione di tali progetti, quando cioè si tratta di “concludere” e portare a compimento il rapporto stesso, Luigi comincia a sentire il bisogno di tirarsi indietro, di fallire. Particolarmente evocativa, a tal proposito, appare anche l'espressione con cui Luigi era stato presentato dall'andrologo inviante: un paziente disturbato da “defaillance”, dove tale parola indica letteralmente un venire meno, un momento di debolezza o di mancamento, una crisi.

E anche qui, pensiamo, abbiamo a disposizione un elemento che ci aiuta a comprendere come l'andrologo abbia potuto

cogliere un aspetto centrale della proposta problematica che Luigi gli ha presentato e che lui, pur non essendo chiamato a trattare tale aspetto, ha potuto trasmettere allo psicologo nei termini con cui lo aveva esperito nella relazione col paziente.

Che la manifestazione del sintomo si riveli nella sua somiglianza con le modalità di Luigi di rapportarsi all'altro (non solo nella relazione sessuale) apre nondimeno ad ulteriori considerazioni.

Da una parte, il funzionamento sessuale di Luigi sembra esprimere un limitato interesse nei confronti dell'altro, un non avere desideri verso l'altro in sé, che lo porta a vivere la sessualità entro una fantasia in cui l'altro è funzionale al perseguimento di un godimento individualistico e quindi come uno strumento o un oggetto più o meno soddisfacente (ricordiamo gli incontri saltuari, le relazioni occasionali di cui Luigi ha parlato negli incontri). Un aspetto, questo, ci interessa sottolinearlo, evidente anche nel modo che Luigi ha di porsi nell'interazione con lo psicologo: sin da subito egli risulta una persona che non lascia al professionista spazi per inserirsi, che non si attende vere interpretazioni, che interrompe ma non si lascia interrompere, che satura lo spazio dell'incontro coi suoi racconti, quasi come se non fosse lì anche per ascoltare e prendersi qualcosa dall'altro, ma solo per depositare qualcosa di proprio.

Dall'altra parte, pensiamo che questa modalità di stare in relazione appaia finalizzata prevalentemente all'espressione di un bisogno lamentatorio da parte di chi la propone, in nome del quale l'obiettivo della relazione non sembra quello di trovare possibili soluzioni al problema avanzato, ma unicamente di "evacuare" l'emozione che vi si accompagna, esaurendo, in questo modo, il senso della richiesta di intervento nella messa in atto della lamentela stessa. Non crediamo di avanzare un'ipotesi azzardata nel ritenere che con pazienti come Luigi la medesima modalità tenda a riprodursi in tutte le relazioni di cura e accudimento – pensiamo, oltre all'interazione con lo psicologo, anche a quella con il medico. In tal senso, l'esperienza che il professionista può fare del paziente si può sintetizzare con l'interrogativo: "ma cosa sta mai cercando da me questa persona"?

Proseguendo su questa linea, potremmo ancora aggiungere che Luigi non sembra farsi portavoce di uno scarso interesse solo verso l'altro, ma anche verso sé stesso, verso cioè la sua stessa possibilità di interrogarsi sui propri desideri nei confronti delle relazioni, o sulla loro assenza. È questo, a nostro avviso, un aspetto cruciale del lavoro di analisi della domanda connessa alla richiesta di intervento, se pensiamo a un'ottica di lavoro con una persona che pone un problema come quello proposto da Luigi. Il percorso compiuto da Luigi verso la progressiva esclusione di cause di natura organica del problema espresso a livello sessuale – percorso che lo ha portato ad approdare alla consulenza psicologica – ha progressivamente spogliato Luigi stesso della fantasia di un problema fisico connesso al suo disturbo, richiedendogli di prendere contatto, seppur per mero processo di esclusione, con la natura interna, affettiva, personale della situazione critica.

Possiamo pensare ragionevolmente che le persone che si trovano ad arrivare alla consulenza psicologica – e che più facilmente riescono a rimanere e trarre giovamento da un percorso di elaborazione e riflessione, come questo si caratterizza – siano appunto quelle che, per propria iniziativa o magari grazie all'aiuto del proprio medico curante, almeno in minima parte riescano a intuire che la questione problematica che li coinvolge ha (anche) a che fare con sé stessi e, di conseguenza, con le proprie relazioni.

Se senz'altro questa evidenza si pone come decisiva per la possibilità stessa di immaginare l'avvio di un lavoro psicologico, va anche riconosciuto che per molti individui proprio tale evidenza rappresenta il nucleo che più spaventa e che il maggiore livello di conflitto e difficoltà coincide con la necessità di riconoscere e venire a patti con quelle personali componenti affettive e relazionali che impediscono un "funzionamento" coerente coi propri desideri.

La stessa evidenza, dunque, se è vero che si pone quale premessa del lavoro, pensiamo ne rappresenti il tempo stesso la sfida

e, per certi versi, anche il possibile prodotto.

In fondo – l'abbiamo chiarito prima – parlando di problematiche sessuali parliamo di problematiche della relazione ed è esattamente questo il livello che siamo chiamati a trattare in quanto psicologi, soprattutto laddove ci siamo dichiarati legittimati ad aspettarci di venire coinvolti dal cliente in configurazioni di rapporto analoghe a quelle vissute nel suo contesto relazionale abituale.

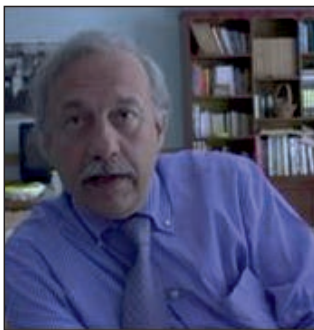
Questo livello della relazione si palesa anche al medico, che quasi sicuramente sarà in grado di osservarlo o riconoscerlo nel rapporto andrologico di cura – ricordiamoci come l'andrologo inavvedutamente percepito il contributo problematico della “fidanzata esuberante e invadente” rispetto al sintomo di Luigi, accennandolo già in fase di telefonata! La differenza, però, è che il medico non è chiamato, per mandato, ad occuparsene. Crediamo, allora, che proprio sulla possibilità di trattare tale livello della relazione possa inserirsi lo spazio della professionalità psicologica ed è su questo specifico segmento di intervento che ha preso avvio la nostra proposta di collaborazione con le figure mediche dell'andrologo e dell'urologo.

Dal canto nostro infatti, rispetto a Luigi (o chi come lui), come non chiedersi perché mai dovrebbe intraprendere una “relazione seria” con noi, lui che non ne ha mai intrapresa una? Perché dovrebbe “portare a termine” il rapporto, questa volta? Muovendoci da queste premesse la questione sembra allora rimandare innanzitutto alla possibilità di costruire spazi di intervento che mettano la persona in condizione, letteralmente, di coinvolgersi in una relazione terapeutica, che a sua volta possa divenire premessa di una rinnovata capacità della persona di pensare il proprio funzionamento nelle sue relazioni, sessuali e non.

Siamo alla conclusione di questo articolo. Come ampiamente sottolineato, nella nostra prospettiva la conoscenza del sintomo e la sua integrazione nei sistemi di relazione della persona fanno parte di uno stesso processo: la persona, il suo contesto di relazione e il sintomo sessuale non vanno guardate come entità a sé stanti. Il senso del progetto di rete fra andrologi/urologi e psicologi che siamo andati pensando nel corso del tempo risiede nella costruzione di un dispositivo in cui poter lavorare sulle istanze di desiderio della persona: dalla loro conoscenza al loro sviluppo in termini di relazione con il mondo. L'intervento psicologico a sostegno dell'intervento andrologico qui proposto è volto alla promozione di un sistema di significati che permettano alla persona che sperimenta un disagio nella sfera sessuale di costruire dei modelli per pensare a sé, al proprio problema e alle proprie relazioni, che siano più efficaci e che possano, in futuro, portarla alla riorganizzazione del sistema di relazioni stesso e al venire meno della sintomatologia evidenziata nella sfera sessuale.

⁵ Chiariamo che per occuparsene intendiamo il trattare la relazione quale significante della configurazione problematica espressa attraverso il sintomo. Affermiamo questo soprattutto per i medici che si propongano di trattare la problematica sessuale con soluzioni sessuologiche che il paziente è invitato ad applicare nel rapporto di coppia, in quanto pratiche riferite a un uso tecnico e pragmatico della relazione che bypassano il significato emozionale, senza elaborarlo.

L'Autonomia nell'alimentazione come fattore prognostico favorevole nei pazienti anziani.



Dr. Giuliani Gian Carlo
Medico, Specialista in Medicina Interna.
Responsabile Reparto di Medicina Lungo Degenza Casa di Cura "Villa Iris" – Pianezza (To)

Bibliografia

- 1) Giuliani G.C., Palazzi L., Maldini L.: *Come Antichi e Fragili Vasi Cinesi. Manuale di Nursing e Management per l'Operatore geriatrico* – M.S. Edizioni, 2010
- 2) Giuliani G.C., Palazzi L.: *La Medicina LungoDegenza: realtà assistenziale o reparto specialistico per le patologie del Paziente Fragile? I Luoghi della Cura 2012*, Settembre; X (3) 21-29
- 3) Giuliani G.C.: *Indicatori di Outcome – Analisi della Valutazione MultiDimensionale – Assistenza Anziani*, Maggio-Giugno 2010
- 4) Giuliani G.C.: *Scale di Valutazione del Rischio per Lesioni da Pressione: generalità ed uno studio personale*. *Medicalive Magazine Anno 1, N° 9, Ottobre 2015: 29-34*
- 5) Giuliani G.C.: *Valutazione MultiDimensionale (VMD) ed Indicatori di Outcome nel Paziente Anziano Fragile: considerazioni generali ed*

Considerazioni generali ed osservazioni personali relative a pazienti con demenza senile.

Nell'assessment globale dell'anziano, l'**alimentazione** assume un ruolo rilevante stante l'importanza della nutrizione per il mantenimento dello stato di salute e per il recupero da malattie o da interventi chirurgici, soprattutto nella popolazione anziana, in cui situazioni particolari come la depressione o le patologie croniche possono portare ad una diminuita introduzione di nutrienti. L'**invecchiamento** comporta diminuzione del metabolismo basale e del fabbisogno energetico giornaliero; modificazione dei compartimenti corporei, con riduzione della massa "magra" (e dell'acqua totale) e aumento della massa "grassa"; riduzione delle capacità di digestione e di assorbimento dei micro nutrienti e perdita di calcio nonché frequente perdita di autonomia negli atti di vita quotidiana compresa, nelle fasi avanzate, nell'alimentazione, cosa che complica e aggrava di per sé lo stesso stato nutrizionale.

Per "**malnutrizione**" l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce «lo squilibrio cellulare tra apporto di nutrienti e di energia e la quantità di questi necessaria al corpo per garantire la crescita, la manutenzione, e le funzioni specifiche dell'organismo». Essenzialmente, la malnutrizione si verifica quando il corpo non riceve abbastanza energia o nutrienti essenziali per mantenere i tessuti sani e la funzione d'organo.

Studi su **anziani ospedalizzati** in reparti medici, chirurgici e geriatrici, hanno mostrato che una percentuale dal 12 al 50% ha una malnutrizione calorico-proteica; secondo altre ricerche il 30% dei pazienti **psico-geriatrici istituzionalizzati** mostra segni di malnutrizione e solo il 4% di obesità. La malnutrizione è presente in circa il 50% dei dementi istituzionalizzati: essa è di tipo energetico, manifestata come perdita di peso e riduzione del tessuto adiposo. Tale stato carenziale è attribuibile in parte anche a ubiquitarie difficoltà tecniche da parte dello staff assistenziale ad alimentare il paziente e al breve lasso di tempo riservato ai pasti, soprattutto per quei soggetti con demenza severa che dipendono per la loro alimentazione dall'aiuto esterno, dovendo essere imboccati.

Scarsa è, invece, la **valutazione dello stato nutrizionale e dell'autonomia nell'alimentazione** nelle strutture sanitarie (talora anche in quelle di tipo geriatrico) mentre i **rischi nutrizionali** presentati dai pazienti geriatrici fragili possono essere influenzati da svariati fattori, che vanno dalla presenza di personale non preparato o abituato a gestire dal punto di vista nutrizionale tali pazienti al tempo dedicato all'imboccamento, dalla monotonia dei menù al successivo scarso controllo dei reali consumi e delle modificazioni del peso corporeo.

La correlazione diretta tra tale **malnutrizione e sopravvivenza**, tra malnutrizione e capacità di recupero da malattie croniche riacutizzate o interventi chirurgici è da tempo nota, potendo rapidamente cambiare il destino di un Paziente, esponendolo a gravi complicazioni

osservazioni personali.
Medicalive Magazine Anno 2, N° 3, Marzo 2015: 15-21

6) Giuliani G.C., Palazzi L., Longo M., Grasso A., Poy P., Bossi R., Brusa A.: Polmonite vs Bpco riacutizzata nell'anziano fragile: il ruolo predittivo della disfagia. Considerazioni generali ed osservazioni di una medicina post-acuzie Geriatria 2014 Vol. XXVI; n. 2 Aprile/Giugno: 103-112

7) Cester A., Piergentili P., Senin U. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica. Mareno di Piave (TV): Edizioni Vega; 2003

8) Fabris F., Macchione C., Molaschi M., Ferrario E., Pernigotti L., Visentin P.: La Cartella Clinica geriatrica. Una proposta di valutazione funzionale multidimensionale. Min. Med. 1989; 80, Suppl. 1/12.

9) Matthews D.E., Fawcett V.T.: Statistica Medica. Torino: Edizioni Minerva Medica; 1988

10) Regione Toscana – Sistema Nazionale Linee Guida: La Fragilità dell'Anziano. Aggiornamento del 2015

11) Riccelli I., Gatta N.: Valutazione dell'Assistenza Infermieristica. Firenze: Edizioni Rosini; 1990

12) Ricci E., Cassino R.: Piaghe da Decubito. Torino: Edizione Minerva Medica, 2002

13) Vailland D. et Coll.: La Cartella Infermieristica – traduzione a cura del Collegio IPASVI – Torino



14) Zanetti E., Trabucchi M.: Aspetti cruciali nel nursing geriatrico. Guido Gnocchi Editore, Napoli, 1995

15) Vellas B, Villars H, Abellan G, et al.: Overview of MNA® -

della cicatrizzazione delle ferite, la riduzione della massa muscolari, l'insufficienza multiorganica nonché gli effetti a livello psichico e la globale riduzione della Qualità di Vita.

Tra le principali problematiche relative all'alimentazione del Paziente Anziano che possono alterare lo stato nutrizionale vi sono 2 importanti fattori di rischio, spesso poco considerati: la **disfagia** e la **perdita di autonomia nell'alimentazione**. Mentre la prima, potendosi frequentemente manifestare con episodi di soffocamento o con infezioni respiratorie, viene prima o poi individuata, nei confronti della perdita di autonomia viene spesso dedicata poca attenzione, manifestandosi questa con sintomi e con complicazioni poco eclatanti, venendo frequentemente gestita con il drastico passaggio ad un più rapido ma potenzialmente pericoloso imboccamento del Paziente.

La **Figura seguente** ci segnala come la capacità di alimentarsi autonomamente sia la prima capacità che si acquisisca e l'ultima che si perda nell'arco della vita, sottolineando come tale perdita rappresenti l'ultimo stadio della Malattia di Alzheimer e delle Demenze in generale, ultimo baluardo ancora a difesa del Paziente.

STADIAZIONE NELL'AD:			
Acquisizione della capacità	Capacità	Perdita della capacità	Stadio dell'AD
	Mantenere un lavoro		3
	Gestire il denaro		4
	Scegliere i vestiti		5
	Indossare i vestiti		6
	Autonomia nell'igiene		
	Controllo delle urine		
	Controllo delle feci		
	Pronunciare 5-6 parole		
	Pronunciare 1 parola / camminare		
	Sedersi		7
	Sorridere		
	Sollevarre il capo		
	Alimentarsi		

[Scala funzionale nello sviluppo umano fisiologico e nell'AD, by Dr. B. Reisberg 1984, adattata]

Its History and Challenges. J NutrHealthAging 2006; 10: 456-465.

16) Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B.: Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol* 2001; 56A: M366-377.

17) Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature – What does it tell us? *J NutrHealthAging* 2006; 10: 466-487.

Venendo, in particolare, a trattare del ruolo svolto dall'**autonomia dell'alimentazione**, cominciamo col chiederci **come si possa valutare tale autonomia**.

In particolare possiamo ricorrere ad alcune **Scale di valutazione**, alcune che valutano la sola funzione "alimentazione" ed altre che la considerano all'interno dell'intero contesto dell'autonomia.

Scala A.D.L.: la Scala ADL (Atti della Vita Quotidiana), nota anche come Indice di Katz, è la più famosa scala di valutazione per l'autonomia funzionale. Vengono presi in considerazione 6 funzioni o abilità: fare il bagno, vestirsi, spostamenti, uso della toilette, continenza e alimentazione. Per ognuno di questi items esiste un punteggio di valutazione, compreso tra 1 e 3, ove il punteggio 1 indica totale autonomia nello svolgimento di tale funzione, il punteggio 2 indica lo svolgimento con aiuto e/o assistenza o supervisione, mentre il punteggio 3 indica la totale dipendenza nello svolgimento di tale funzione. Come intuitivo il punteggio totale è compreso tra 6 (massima autonomia globale) e 18 (totale dipendenza nelle ADL). Non esiste per questa scala un punteggio cut-off, ma il risultato può essere espresso in numero di Funzioni dipendenti o in gruppi di autonomia. **Nel caso dell'alimentazione** questo il significato dei singoli punteggi: punteggio 1, si alimenta da solo, senza assistenza; punteggio 2, si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza nel tagliare la carne o nello spalmare il burro sul pane; punteggio 3, riceve assistenza totale nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa.

Scala Barthel: anche la Scala Barthel investiga il livello di autonomia, prendendo in considerazione 10 items: alimentazione, abbigliamento, toilette personale, fare il bagno, controllo defecazione, controllo minzione, spostarsi dalla sedia al letto e ritornare, camminare in piano nonché salire o scendere le scale. Ad ognuno di essi viene attribuito un punteggio, a seconda del singolo item, compreso tra 0 (dipendente) e 10 o 15 (massima autonomia), ottenendosi un punteggio totale compreso tra 0 e 100. Nel caso dell'alimentazione, l'attribuzione del punteggio prevede 0 nel caso di totale dipendenza, 5 nel caso in cui la funzione avvenga con aiuto e 10 nel caso sia totalmente autonoma.

Scala E.B.S.: si tratta della Eating Behavioral Scale, il cui scopo è quello di misurare l'abilità dei pazienti geriatrici durante il pasto. La scala valuta sia gli aspetti cognitivi sia quelli motori e considera 6 differenti aspetti del pasto: 1) capacità di iniziare il pasto - 2) capacità di mantenere l'attenzione durante il pasto - 3) capacità di localizzare il cibo nei piatti - 4) uso appropriato delle posate - 5) masticazione e deglutizione senza disfagia - 6) capacità di terminare il pasto. La scala definisce vari livelli di autonomia del paziente e quindi risulta in grado di differenziare il livello di intervento assistenziale necessario. Ognuno dei 6 aspetti esaminati ha un punteggio da 0 (totalmente dipendente) a 3 (totalmente indipendente), per definire un totale compreso tra 0 (massimo livello di dipendenza) a 18 (massimo livello di

autonomia), considerando quindi una proporzione diretta tra punteggio e livello di autonomia. Il punteggio cut-off è quello uguale o minore di 12. Malnutrizione, disfagia nonché altri outcome negativi in termini di salute sono stati dimostrati essere associati a bassi punteggi a questa scala.

Scala Braden: la scala Braden è una tra le più utilizzate scale di valutazione del rischio per lesioni da pressione. Personali ricerche ne hanno sottolineato la maggiore appropriatezza per i pazienti anziani fragili rispetto ad altre scale del rischio. Tale scala presenta 6 items di rischio per le lesioni e uno di questi è proprio rappresentato dall'alimentazione, valutata in questo caso sul piano quantitativo. Per ulteriori dati relativi a tale scala vedere il numero di ottobre 2015 di questa rivista.

	Punteggio 4	Punteggio 3	Punteggio 2	Punteggio 1
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguata. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente Inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	Molto Povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.

Scala M.N.A.: si tratta del Mini Nutrition Assessment, il cui scopo è quello di individuare il rischio di malnutrizione. Tale scala è composta da 9 items di screening a cui se ne aggiungono altri 9 di approfondimento e completamento del test. Tra i primi 9 items ne individuiamo uno relativo all'autonomia motoria, mentre nei secondi 9 viene proprio valutata l'autonomia nell'alimentazione, con punteggio 0 se è totalmente dipendente, con punteggio 1 se avviene con aiuto e/o supervisione e infine con punteggio 2 se avviene autonomamente senza difficoltà. In tal modo anche la non autonomia nell'alimentazione concorre a definire lo stato di malnutrizione.

Altre Scale si occupano di valutare l'autonomia nell'alimentazione, ma queste appena descritte già da sole consentono di valutare tale autonomia e, soprattutto, di quantificare ruolo e gravità nell'ambito della malnutrizione e delle proprie complicazioni.

OSSERVAZIONI PERSONALI

Per tali osservazioni si è fatto ricorso ad un file di archivio dati del Reparto, contenente oltre 5000 pazienti e già utilizzato per ricerche precedenti (**Medic@live magazine, Marzo 2016**). In particolare sono stati arruolati, per questa valutazione, 4500 pazienti dei quali erano stati archiviati tutti i dati relativi a indicatori clinici.

Si tratta di una popolazione composta dal 61,8% da femmine e dal 38,2% da maschi e di età media di 80,93 anni. Sulla base dei dati registrati all'ingresso in reparto, si evidenzia come tale popolazione sia portatrice di 4,5 patologie mediche attive, di medio deterioramento cognitivo (4,6 errori su 10 all'SPMSQ), a rischio per lesioni da pressione (12,88 su 20 alla Scala Norton) e cadute (4,12 su 10 alla Scala Conley), allettata al 13,9%, incontinente al 35,8% e globalmente poco autonoma (13,57 alla Scala ADL), nonché provocante un discreto carico infermieristico. Sempre all'ingresso il 27,14% dei pazienti è portatore di catetere vescicale, il 22,72% di lesioni da pressione e il 33,30% assume farmaci del dolore. Il dosaggio delle proteine totali evidenzia una lieve ipoproteinemica media (6,05 grammi) associata ad una ipoalbuminemia (3,27 grammi),

mentre l'emoglobina risulta pari a 11,45. Dei dimessi il 62% dei pazienti farà rientro al domicilio e il 20% verrà inserito in RSA. Come si evince da questi dati si tratta di una popolazione di anziani fragili prevalentemente non autonomi nelle ADL. L'insieme delle valutazioni che seguiranno saranno finalizzate a evidenziare un possibile ruolo prognostico favorevole da parte della conservazione dell'autonomia nell'alimentazione nei pazienti affetti da demenza senile. In tale ottica, stante la tipologia dei pazienti, pur essendo il reparto una realtà sanitaria i risultati ottenuti potranno risultare validi anche per le realtà assistenziali (RSA).

Valutiamo (Tabella n°1) quindi il livello di autonomia di questi pazienti, sia globalmente che relativamente all'alimentazione, considerando dapprima la popolazione totale, quella dei vivi e quella dei deceduti, ricordando come per tale scala il punteggio più alto indichi maggiore dipendenza negli "Atti di Vita Quotidiana". Sarà indicata anche la % dei pazienti totalmente dipendenti (Punteggio 3) e di quelli non totalmente dipendenti (Punteggio 1 o 2).

Tabella n°1: Valutazione dei punteggi di autonomia nell'alimentazione (popolazione totale, vivi e deceduti)

Pazienti	ADL Tot	Fare il Bagno	Vestirsi	Uso Servizi	Spostarsi	Continenza	Alimentazione
Totale	13,57	2,67	2,57	2,23	2,02	2,29	1,78
Vivi	12,89	2,60	2,49	2,11	1,90	2,18	1,63
Deceduti	15,65	2,87	2,83	2,59	2,40	2,61	2,23
P	6,90E-68	3,41E-21	4,29E-44	1,02E-41	7,20E-65	1,20E-55	3,03E-121
% P.ti 3 Tot.		70,84%	68,64%	42,66%	26,93%	45,44%	21,66%
% P.ti 3 Viv.		65,02%	62,72%	34,74%	19,48%	37,86%	13,93%
% P.ti 3 Dec.		88,58%	86,69%	66,81%	59,35%	68,52%	45,23%
% P.ti 1-2 Tot.		29,16%	31,36%	57,34%	73,07%	54,56%	78,34%
% P.ti 1-2 Viv.		34,98%	37,28%	65,26%	80,52%	62,14%	86,07%
% P.ti 1-2 Dec.		11,42%	13,31%	33,19%	40,65%	31,48%	54,77%

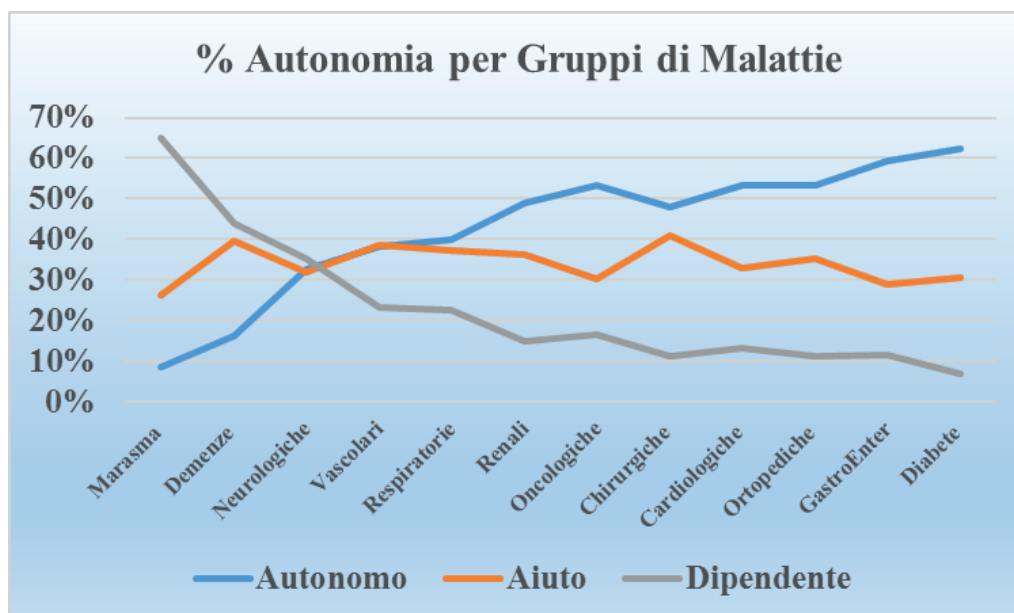
L'enorme numero di decimali di significatività dopo la virgola, ci sottolinea l'enorme significatività nella differenza tra pazienti che vivranno e pazienti che decederanno, relativamente all'alimentazione. Si tratta di un dato interessante e le % successive ci evidenziano come la non autonomia nell'alimentazione rappresenti un significativo fattore di rischio per la mortalità.

Ma quali sono le Patologie che presentano la maggiore e la minore autonomia nell'alimentazione? Suddividendo la nostra casistica clinica per gruppi di malattia e prendendo in considerazione i gruppi con almeno 70 Pazienti si ottengono i seguenti dati (Tabella n°2):

Tabella n°2: Punteggio autonomia nell'alimentazione per gruppi di patologie

Gruppi di Malattia	Pazienti	Punteggio Medio Item	Punti 1: % Autonomia	Punti 2: % con Aiuto	Punti 3: % Dipendente
Marasma Senile	195	2,56	8,72%	26,16%	65,12%
Demenze Senili	296	2,27	16,30%	39,40%	44,30%
Malattie Neurologiche	113	2,02	32,74%	31,86%	35,40%
Malattie Vascolari	623	1,89	38,20%	38,52%	23,27%
Malattie Respiratorie	808	1,83	39,97%	37,25%	22,77%
Insufficienza Renale Cronica	141	1,66	48,94%	36,17%	14,89%
Malattie Oncologiche	1102	1,64	53,17%	30,21%	16,51%
Malattie Chirurgiche	71	1,63	47,89%	40,84%	11,27%
Malattie Cardiologiche	567	1,60	53,44%	33,15%	13,41%
Malattie Ortopediche	268	1,57	53,35%	35,44%	11,20%
Malattie GastroEnterologiche	138	1,52	59,42%	28,98%	11,60%
Diabete e Complicazioni.	85	1,44	62,36%	30,58%	7,06%

La valutazione della Tabella evidenzia, su 4407 Pazienti, come al primo posto vi sia il Marasma senile, insieme di patologie varie i cui pazienti sono in condizioni cliniche particolarmente gravi e terminali. In questi casi l'alimentazione per via orale non è, nella quasi totalità dei casi, possibile e sostituita da quella enterale o parenterale. Tralasciando, quindi, questo complesso e compromesso gruppo, si segnalano i dati della **Demenza Senile**, che presenta il 44% dei pazienti totalmente dipendente e poco più del 16% totalmente autonomo nell'alimentazione. Più autonomi, in progressiva crescita, i pazienti con malattie neurologiche, vascolari (esiti di ictus, arteriopatia periferica ecc.), respiratorie non oncologiche, renali, oncologiche, chirurgiche, cardiologiche, ortopediche e gastroenterologiche non oncologiche. All'opposto, i pazienti con prevalente patologia diabetica sono autonomi nel 62% e totalmente dipendenti solo nel 7,06% dei casi.



Prendiamo, allora, in considerazione i soli pazienti con **Demenza Senile** e consideriamo le caratteristiche del livello di autonomia generali e delle 6 principali funzioni (Tabella n°3).

Tabella n°3: Percentuali di dipendenza nelle ADL e nelle singole funzioni nei pazienti con Demenza Senile

	A.D.L.	Bagno	Vestirsi	Toilette	Spostarsi	Continenza	Alimentazione
Demenza Senile	16,03	2,88	2,85	2,61	2,61	2,68	2,27
% Dipendenza		88,85%	88,51%	68,92%	48,58%	73,31%	44,30%

Tale valutazione evidenzia come nei pazienti dementi la dipendenza nell'alimentazione sia ancora la funzione meno compromessa, certamente meno dell'autonomia nell'igiene, nella vestizione ecc... Confrontando, allora, la correlazione tra livello di autonomia nell'alimentazione e il grado di deterioramento cognitivo (classificabile in 4 gruppi sulla base del numero di **errori al test S.P.M.S.Q.**, vale a dire: deterioramento severo (8-10 errori), moderato (6-7 errori), lieve (3-5 errori) e assente (0-2 errori), abbiamo i seguenti dati (Tabella n°4).

Tabella n°4: Correlazione tra livello di deterioramento cognitivo e dipendenza nell'alimentazione

	Severo (8-10) 141 casi	Moderato (6-7) 74 casi	Lieve (3-5) 81 casi	Assente (0-2) 0 casi
Demenza Senile	2,59	2,05	1,91	n.v.
% Dipendenza	66,66%	28,37%	18,51%	n.v.

Sulla base di tale Tabella si evince come:

- 1) Aumentando il deterioramento cognitivo aumenti la % di pazienti dipendenti nell'alimentazione
- 2) Ma anche come tale compromissione non sia totalizzante, vale a dire non si deve pensare che tutti i pazienti gravemente deteriorati siano anche totalmente dipendenti nell'Alimentazione, in quanto i nostri dati sottolineano come lo siano, in realtà, solo 2 pazienti su 3.
- 3) Questo permette di sottolineare come la dipendenza nell'alimentazione, essendo la funzione meno compromessa, possa rappresentare un elemento così importante da dover essere considerato una fondamentale linea di separazione (un cut-off) per differenziare i pazienti a rischio di mortalità ed evoluzione negativa degli outcome sanitari da quelli a minor rischio e con evoluzione positiva degli outcome stessi.

A questo punto suddividiamo i **pazienti con Demenza Senile in 3 gruppi**, sulla base del punteggio degli items relativi all'autonomia nell'alimentazione e valutiamo i risultati ottenuti dagli altri parametri clinici e dagli indicatori di outcome valutati per tutti i pazienti (Tabella n°5).

Tabella n°5: Livello di autonomia nell'alimentazione e indicatori di outcome

	Valori Normali	Punt. 1 (49 Paz.)	Punt. 2 (117 Paz.)	Punt. 3 (130 Paz.)	Punt. 1 o 2 (166 Paz.)	Punt. 1 o 2 vs Punt.3
Mortalità		8,16%	17,95%	46,15%	15,06%	1,69E-09
Giorni Degenza		63	60,21	53,60	61,4	p<0,005
Età Media		81,37	83,54	84,58	82,90	p<0,025
Sesso (% Maschi)		30,61%	27,35%	35,38%	28,31%	n.s.
N° Malattie Attive		3,69	4,26	4,94	4,09	3,49E09
Norton (Rischio Lesioni)	6>x<20°	14,18	10,59	8,82	11,65	1,06E-20
I Item: Cond. Generali	1>x<3°	2,83	2,43	2,13	2,55	8,25E-12
II Item: Cond. Psiciche	1>x<3°	2,57	2,17	1,89	2,28	5,01E-09
III Item	1>x<3°	3,18	2,16	1,76	2,46	2,44E-16
IV Item	1>x<3°	3,04	2,30	2,00	2,52	3,02E-14
V Item: Incontinenza	1>x<3°	2,81	1,57	1,11	1,93	1,00E-14
% Allettati		0%	7,70%	30%	5,42%	4,86E-09
% Incontinenti Doppi		16,32%	66,66%	92,30%	51,80%	3,12E-15
C.I.R.S.	>0°	9,80	11,63	12,67	11,08	0,00025
A.D.L.	6>x<18*	10,83	15,35	17,58	14,01	3,30E-33
Conley (rischio cadute)	0>x<10°	5,05	6,56	6,21	6,15	n.s.
Scala Infe	>0°	13,16	17,76	28,98	16,40	1,89E-17
% Decubitati Ingresso		10,21%	17,10%	47,70%	15,06%	3,02E-10
% Cateterizzati Ingresso		4,08%	23,07%	42,30%	17,47%	1,79E-06
% Nuovi Decubiti		0%	2,56%	7%	1,80%	0,050
% Nuove Cadute		18,36%	15,23%	4,61%	15,66%	0,001
% Infezioni Vie Urinarie		12,24%	27,35%	29,23%	22,89%	0,050
Creatinina (mg/dl)	0,6-1,1	1,02	1,05	1,68	1,04	n.s.
Proteine Totali (gr)	6,2-8,5	6,11	5,93	5,95	5,98	n.s.
% Albuminemia	55,8-66,1	57,45	54,98%	53,11%	55,69%	0,00025
Albuminemia	3,45-5,61	3,51	3,26	3,16	3,33	0,00010
Emoglobinemia	12-16	12,07	11,93	11,92	11,96	n.s.
Globuli Bianchi	4-9000	6,12	7,08	8,10	6,79	0,0005
B.L.B. (Test x Disfagia)	>20	20,29	19,75	16,62	20,01	0,00025

°: Dati Direttamente proporzionali

*: Dati Inversamente proporzionali

Tale Tabella mostra i principali parametri clinici e indicatori riconducibili alle scale di valutazione multi dimensionale, propri dei pazienti che sono totalmente autonomi (Punteggio 1) o autonomi con aiuto (Punteggio 2) o totalmente dipendenti (Punteggio 3). La popolazione con punteggio 3 è stata successivamente confrontata con quelli con punteggio 1 o 2, permettendo una valutazione statistica tra pazienti totalmente dipendenti e pazienti non dipendenti.

Tale confronto mostra come i pazienti dipendenti nell'alimentazione presentino dei risultati (outcome) a distanza particolarmente sfavorevoli, con maggiori mortalità, età media, numero di malattie attive, carico infermieristico, percentuali di allettati, incontinenti doppi, cateterizzati e decubitati all'ingresso, mostrando maggiori rischi per lesioni da pressione, cadute e comorbilità, presentando, inoltre, maggiori eventi avversi nel corso della degenza, vale a dire nuove lesioni da pressione, cadute e infezioni delle vie urinarie. Gli esami di laboratorio sottolineano come i pazienti dipendenti nell'alimentazione presentino minori tassi di emoglobina, proteinemia totale, % di albumina e albuminemia nonché maggiori tassi di creatininemia e globuli bianchi. I pazienti totalmente dipendenti nell'alimentazione risultano, infine, maggiormente disfagici rispetto a quelli non dipendenti. Tali dati (vedere tabella citata) risultano anche dotati di una particolare significatività statistica. In particolare colpiscono i dati relativi alle scale di valutazione e quelli relativi ai dati nutrizionali (specie l'albuminemia).

Rendiamo adesso ancora più sensibile la ricerca individuando **tutti quei Pazienti affetti principalmente da Demenza Senile e Dipendenti in tutte le altre 5 Funzioni, valutando il loro comportamento a seconda del Livello di Autonomia nell'Alimentazione**. In particolare saranno valutati quei pazienti con punteggio alla scala ADL 16, 17 e 18 per i quali 15 punti rappresentino la somma della dipendenza di quelle funzioni che non siano l'alimentazione.

Questi i risultati (Tabella n°6)

Tabella n°6: Indicatori di outcome a seconda del Livello di Autonomia nell'Alimentazione nei pazienti dementi con dipendenza in tutte le altre funzioni

	Valori Normali	Punt. 1 o 2 (24 Paz.)	Punt. 3 (94 Paz.)	Punt. 1 o 2 vs Punt.3
Mortalità		25%	51,06%	0,025
Giorni Degenza		75,45	49,99	0,005
Età Media		83,41	84,20	n.s.
Sesso (% Maschi)		25%	35,10%	n.s.
N° Malattie Attive		4,37	4,94%	0,050
Norton (Rischio Lesioni)	6>x<20°	9,25	8,5	0,050
I Item: Cond. Generali	1>x<3°	2,29	2,08	0,050
II Item: Cond. Psiciche	1>x<3°	2,04	1,83	n.s.
III Item	1>x<3°	1,83	1,63	n.s.
IV Item	1>x<3°	2,08	1,94	n.s.
V Item: Incontinenza	1>x<3°	1,08	1,03	n.s.
% Allettati		20,83%	39,36%	n.s.
% Incontinenti Doppi		91,67%	97,87%	n.s.
C.I.R.S.	>0°	10,68	12,39	0,050
Conley (rischio cadute)	0>x<10°	8,83	6,45	0,050
Scala Infe	>0	20,37	30,62	0,0025
% Decubitati Ingresso		25%	51,06%	0,025
% Cateterizzati Ingresso		20,83%	40,42%	0,050
% Nuovi Decubiti		4,16%	7,44%	n.s.
% Nuove Cadute		4,16	2,15%	n.s.
% Infezioni Vie Urinarie		25%	25,53%	n.s.
Creatinina		0,94	1,01	n.s.
Proteine Totali		6,26	5,96	0,050
% Albuminemia		55,27%	52,05%	0,050
Albuminemia		3,45	3,13	0,025
Emoglobinemia		12,13	11,81	n.s.
Globuli Bianchi		6,24	8,12	0,025
B.L.B. (Disfagia)		20,83	16,92	0,005

Pur essendo decisamente minore la casistica qui confrontata, sono ancora numerose e interessanti le significatività statistiche nel confronto tra i pazienti totalmente dipendenti in tutte e 6 le funzioni vs i pazienti non dipendenti nella sola alimentazione.

Il confronto evidenzia, infatti, come chi mantenga ancora almeno una certa autonomia alimentare presenti una minore mortalità, un minor numero di malattie attive, un minor rischio per lesioni da pressione (presentandone meno all'ingresso e sviluppandone meno in seguito), una minore cateterizzazione vescicale nonché migliori condizioni cliniche generali. In particolare colpiscono i risultati relativi alle proteine totali, alla percentuale di albuminemia e alla albuminemia, ad indicare come i pazienti dipendenti nell'alimentazione siano più malnutriti rispetto a chi non è dipendente, nonché al test per la disfagia, evidenziando una maggiore disfagia nei pazienti non autonomi.

Discussione e Conclusioni sui dati ottenuti dall'attuale casistica

- *La non autonomia nell'alimentazione ha rappresentato per tutti i pazienti arruolati (4.500) un significativo fattore di rischio per la mortalità.*
- *Il gruppo di patologie ove il Livello di Autonomia nell'Alimentazione è risultato essere il peggiore è quello delle demenze senili.*
- *Aumentando il deterioramento cognitivo aumenta la percentuale di pazienti dipendenti nell'alimentazione, ma non tutti i pazienti gravemente deteriorati sono anche totalmente dipendenti nell'alimentazione.*
- *La dipendenza nell'alimentazione, essendo la funzione meno compromessa, può rappresentare un elemento così importante da differenziare i pazienti a rischio di mortalità ed evoluzione negativa degli outcome sanitari da quelli a minor rischio e con evoluzione positiva degli outcome stessi.*
- *Tale confronto mostra come i pazienti dipendenti nell'alimentazione presentino dei risultati (outcome) a distanza particolarmente sfavorevoli, con maggiori mortalità, età media, numero di malattie attive, carico infermieristico, percentuali di allettati, incontinenti doppi, cateterizzati e decubitati all'ingresso, mostrando maggiori rischi per lesioni da pressione, cadute e comorbilità, presentando, inoltre, maggiori eventi avversi nel corso della degenza, vale a dire nuove lesioni da pressione, cadute ed infezioni delle vie urinarie.*
- *Gli esami di laboratorio sottolineano come i pazienti dipendenti nell'alimentazione presentino una maggiore malnutrizione, confermata dai tassi di proteine totali e albuminemia.*
- *Tali elementi vengono ulteriormente confermati allorché si considerano pazienti dementi totalmente dipendenti nelle altre 5 funzioni che non siano l'alimentazione.*

Se ne conclude come l'Autonomia nell'Alimentazione rappresenti un fattore prognostico favorevole nei confronti dei pazienti geriatrici, specie di quelli fragili e dementi e di come, risultando tale funzione un fattore di rischio (in parte modificabile, bisogna non solo condividere tale conclusione ma lavorare al fine di ridurre quella percentuale di pazienti assistiti come dipendenti nell'alimentazione (e quindi imboccati) ma che invece possono ancora essere, almeno parzialmente, autonomi. Sembrerà banale, ma la semplice riduzione di 1 punto allo specifico item della scala ADL permetterebbe di ridurre del 50% la mortalità.

Come fare operativamente? Tutti i manuali per Infermieri, Operatori Sanitari e Assistenziali che si occupano di anziani con demenza senile, nonché quelli rivolti a familiari e caregivers, le linee guida Nazionali e le D.G.R. Regionali in ambito sanitario e, in generale, la Letteratura scientifica, sottolineano i seguenti punti:

Nella fase iniziale della malattia è necessario consentire al paziente il massimo grado di autonomia, in quanto in questa fase di malattia il paziente conserva ancora delle abilità (anche manuali) che è in grado di usare e che deve poterlo continuare a fare, anche e soprattutto nel caso dell'alimentazione.

Nella fase intermedia di malattia, relativamente all'alimentazione, è importante essere presenti durante i pasti ma anche consentire che il paziente si alimenti in modo autonomo fino a quando possibile, valutando il sufficiente apporto idrico.

E' preferibile far utilizzare il solo cucchiaio, mostrando come fare per utilizzarlo nei casi di difficoltà, ma per permettere al

paziente di *mangiare liberamente e autonomamente* è possibile usare tovaglie di plastica, grembiule, posate con manici grossi, scodelle al posto di piatti fondi, bicchieri di plastica dura, tazze con beccuccio e manico. Con il cibo adatto può usare anche le mani.

Nelle fasi avanzate di malattia, allorquando il paziente è dipendente in tutti gli atti di vita quotidiana, si può ricorrere anche ad alcuni spuntini durante il giorno, consumabili anche con il semplice ricorso all'uso (autonomo) delle mani.

In generale, inoltre, visto che uno degli obiettivi principali della cura è quello di mantenere il più a lungo possibile le autonomie residue, quel che è importante per i Pazienti, non è il rispetto del galateo a tavola ma l'indipendenza: anche se il malato mangia con le mani o si sporca facilmente, non importa. Meglio che si sporchi un po', che mangi con le mani o che ci metta del tempo in più rispetto a quanto ci metterebbe se lo aiutassimo, piuttosto che perdere del tutto la capacità di alimentarsi autonomamente.

La perdita dell'autonomia alimentare rappresenta uno dei *principali fattori di rischio (modificabile) della malnutrizione* per i pazienti ospedalizzati o inseriti in RSA e *per la prevenzione della malnutrizione* occorre, oltre che effettuare una valutazione funzionale e fornire un'alimentazione che contenga giuste proporzioni di elementi essenziali, *stimolare il più possibile l'autonomia*.

Gli interventi di sostegno durante il pasto vanno attuati solo se realmente indispensabili; **fino a quando è in grado di farlo, bisogna dare al paziente la possibilità di alimentarsi da solo.**

Miocarditi: il cuore in fiamme



Dott. Aniello Ascione
Cardiologo, Ospedale Buon
Consiglio Fatebenefratelli -
Napoli

Bibliografia

1. Maestroni S, et al. Recurrent pericarditis: autoimmune or autoinflammatory? *Autoimmunity Reviews* 2012; 12:60-65.
2. Cantarini L, et al. Role of autoimmunity and autoinflammation in the pathogenesis of idiopathic recurrent pericarditis. *Clinic Rev Allerg Immunol* 2013; 44:6-13.
3. Viral Myocarditis : follow-up to long-term of patients submitted a myocardial biopsy
J Am Coll Cardiol 2012; 59:1604-1615.
4. Miocarditi e aritmie : quale ruolo per l' ICD? *GIAC-Vol 15-Suppl 1 al n.1* 2012.
5. Jaworski C, Mariani JA, Wheeler G, Kaye DM. Cardiac complications of thoracic irradiation. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Jun 11;61(23):2319-28
6. Chargari C, Riet F, Mazevet M, Morel E, Lepechoux C, Deutsch E. Complications of thoracic radiotherapy. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:2319-28)
7. Lee MS, Finch W, Mahmud E Cardiovascular complications of radiotherapy. *Am J Cardiol*. 2013 Nov 15;112(10):1688-96.

Da molti anni esperti ricercatori dibattono con punti di vista spesso divergenti quale possibile ruolo abbia il processo infiammatorio nella genesi delle patologie cardiache, da quelle più comuni e conosciute a quelle meno frequenti e di origine più incerta ma altrettanto pericolose.[1,2]

I recenti progressi dell'immunologia laboratoristica e clinica hanno consentito di svelare molti dei meccanismi patogenetici legati ai processi immunitari ed alla risposta flogistica che questi attivano nel cuore, dimostrando il loro ruolo attivo nello sviluppo del danno biologico che porta alla manifestazione della malattia cardiaca espressa dalle aritmie e/o dal danno funzionale della pompa.

Gli esempi sono molteplici ed eterogenei: essi vanno dalla risposta infiammatoria nella placca ateromasica ulcerata che attiva la formazione del trombo all'interno delle arterie coronarie (e quindi all'infarto) alla reazione flogistica presente nella parete vascolare arteriosa che, col tempo, ne compromette la proprietà elastica, portando alla rigidità di parete tipica del paziente iperteso anziano. Si tratta della frequente condizione che porta all'esordio dell' insufficienza cardiaca con funzione contrattile conservata. Tra le diverse tipologie di danno flogistico del miocardio va sottolineata la componente infiammatoria sviluppata nel muscolo cardiaco che, colpito da insulti di diverso tipo (frequentemente virus e batteri ma anche alcune malattie infiammatorie sistemiche) diviene il bersaglio diretto della risposta immunitaria che si origina ed autosostiene, sviluppando un danno prima della funzione e poi anatomico che può diventare irreversibile sino all'exitus in poco tempo.[3]. È il caso di morti improvvise da aritmie fatali di alcuni atleti professionisti [4], spiegate da un miocardite pregressa sottovalutata e trascurata, così come il recente caso di una giovane donna deceduta in pochissimi giorni per insufficienza cardiaca fulminante esordita con una apparente "banale influenza". Si tratta, quindi, del vasto ambito delle malattie infiammatorie del miocardio di cui sappiamo ancora poco per arrivare alla loro tempestiva diagnosi ed impostarne la terapia appropriata. Stiamo imparando che tra queste cause vi sono farmaci ed agenti fisici (come la radioterapia) che vengono somministrati per malattie temibili come i tumori.[5,7]

Queste terapie sono, a tutti gli effetti, agenti iatrogeni di cui spesso si sottostima la portata cardiotossica o, peggio se ne ignora l'azione cardiolesiva.[6]. In alcuni casi, pur sapendolo, il medico si è autoassolto postulando che l'effetto cardiotossico dovesse costituire un necessario corollario all'efficacia terapeutica sul bersaglio tumorale. L'esempio rappresenta un forte richiamo alla necessità che abbiamo d'imparare in questo settore della medicina cardiologica. Rimane la speranza che, grazie all'impegno che si sta infondendo nella ricerca in questa area, nuove conoscenze acquisite consentano alla medicina cardiovascolare di abbattere la morbilità e la mortalità .

Rettifica dei dati anagrafici di un/una transessuale e riassegnazione chirurgica del sesso. Linee guida e il consenso informato



Avv. Angelo Russo
Avvocato Cassazionista, Diritto Civile, Diritto Amministrativo, Diritto Sanitario, Catania

In un precedente scritto (pubblicato su questa Rivista, n. 7 di luglio/agosto 2015) ci siamo occupati della questione (ricca di problematiche non solo squisitamente giuridiche) della rettifica dei dati anagrafici di un transessuale e, specificamente, se la rettifica debba essere, necessariamente, preceduta dall'operazione chirurgica di cambio del sesso.

La Corte di Cassazione (sez. I Civile, sentenza 21 maggio – 20 luglio 2015, n. 15138), come si ricorderà, dopo avere proceduto ad un esame analitico delle norme di diritto positivo interno applicabili nella specie e fatto corretto riferimento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 161 del 1985 (con la quale il diritto al cambiamento di sesso viene ricondotto nell'area dei diritti inviolabili della persona) sancì che nel sistema creato con la Legge n. 162 del 1984, deve escludersi che l'esame integrato degli artt. 1 e 3 della Legge n. 162 del 1984 conduca, univocamente, a ritenere necessaria la preventiva demolizione (totale o parziale) dei caratteri sessuali anatomici primari.

Seguì, poi, la recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 221 del 5.11.2015) con la quale si precisò che *“Il ricorso alla modificazione chirurgica dei caratteri sessuali risulta, quindi, autorizzabile in funzione di garanzia del diritto alla salute, ossia laddove lo stesso sia volto a consentire alla persona di raggiungere uno stabile equilibrio psicofisico, in particolare in quei casi nei quali la divergenza tra il sesso anatomico e la psicosessualità sia tale da determinare un atteggiamento conflittuale e di rifiuto della propria morfologia anatomica”, sottolineandosi che “La prevalenza della tutela della salute dell'individuo sulla corrispondenza fra sesso anatomico e sesso anagrafico, porta a ritenere il trattamento chirurgico non quale prerequisito per accedere al procedimento di rettificazione – come prospettato dal rimettente –, ma come possibile mezzo, funzionale al conseguimento di un pieno benessere psicofisico”.*

Il Tribunale di Savona (sentenza n. 357 del 30.3.2016) ha, recentemente, confermato l'orientamento giurisprudenziale che esclude la necessità dell'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso per la declaratoria del diritto alla rettificazione dell'attribuzione di sesso. La fattispecie all'esame del Tribunale di Savoia, peraltro, si connota per la peculiarità che il richiedente il mutamento di sesso era (ed è) sposato e padre di tre figlie.

Esponne nell'atto di citazione che *“il matrimonio, la nascita delle tre figlie, le responsabilità familiari e le convenzioni sociali l'avevano portato inizialmente ad obliterare la propria vera essenza ed a celare la propria identità finchè tale costrizione non era diventata insopportabile con conseguente inevitabile crisi coniugale e separazione dalla moglie”.*

Proprio la moglie si opponeva all'accoglimento della domanda di mutamento dell'attribuzione di sesso.

Sull'opposizione della moglie, il Tribunale di Savona sottolinea che *“pur comprendendo le ragioni, anche umane, che ispirano tali considerazioni, è innegabile che la domanda*

riguardi la sfera di un diritto costituzionalmente tutelato, ossia il diritto indisponibile, e non suscettibile di contestazione da parte della moglie, al riconoscimento della vera identità di genere al soggetto che desidera rettificare il sesso che gli è stato attribuito alla nascita”.

La sentenza si segnala, peraltro, per alcuni passaggi fondamentali uno dei quali sottolinea che *“Il Legislatore non ha disciplinato tutti gli aspetti del transessualismo ma solo i profili attinenti alla rettificazione dell'attribuzione, trascurando tutti gli altri. Anzi sembra che la Legge non guardi immediatamente alla realtà del transessualismo ma si preoccupi della mancata corrispondenza tra il sesso attribuito ad una persona con l'atto di nascita a quello che, a causa di <<intervenute modificazioni>> possa essere stato riscontrato in una fase successiva”.*

Parole, senza dubbio, forti che non possono non sollecitare il ricordo alla recentissima vicenda del D.D.L. Cirinnà che, nato per regolamentare le così dette *“unioni civili”*, è stato stravolto a seguito di un dibattito parlamentare nel quale *“posizioni preconette e pregiudizi”* hanno, sovente, preso il sopravvento su un ragionamento *“laico”* in ordine alle delicatissime questioni all'attenzione del Legislatore.

Non v'è dubbio, quindi, che il Legislatore, ancora una volta in notevole ritardo, sarà chiamato a regolamentare non solo la fase della rettificazione dell'attribuzione di sesso ma, con una visione più generale, i molteplici aspetti del *transessualismo*, nel quale il disagio conseguente all'impossibilità di riconoscersi in un corpo che non corrisponde al proprio sentire è aggravato dagli stereotipi sociali che, nell'immaginario collettivo, assimilano la condizione delle persone con disturbi dell'identità di genere a realtà quali la prostituzione e la perversione.

Uno di questi aspetti riguarda, specificamente, la delicatissima questione del consenso informato che, *in subiecta materia*, non può non ricoprire una ruolo fondamentale attesa, fra l'altro, la sostanziale irreversibilità della scelta di modifica dell'attribuzione di sesso.

La particolarità del consenso informato è tale da avere, opportunamente, suggerito l'adozione, da parte delle Aziende Sanitarie, di un protocollo integrato del percorso di adeguamento che si fonda sugli *standards* adottati dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (O.N.I.G.).

I predetti *standards* muovono dalla premessa che il *transgenderismo* e la *transessualità* sono condizioni esistenziali per le quali le persone non si riconoscono nel proprio sesso biologico e vivono o desiderano vivere in conformità con la propria identità di genere, sottolineando che *“La ricchezza di una cultura si fonda sulle differenze individuali e sul principio di non discriminazione. Il benessere della comunità non può prescindere dal diritto della persona di vivere in relazione con il proprio contesto secondo la propria identità, ne' può prescindere dal bisogno di facilitare un'evoluzione culturale generalizzata e basata sulla conoscenza e il confronto. Le condizioni esistenziali, le modalità di vivere e di operare scelte individuali trovano il loro nucleo essenziale nel principio di autodeterminazione e nel rispetto dei diritti e della libertà altrui”.*

Sul presupposto, quindi, che *“vivere coerentemente all'identità di genere cui si sente di appartenere coinvolge sia la realtà intrapsichica che quella interpersonale e sociale”* le Linee Guida rilevano che *“i disagi che possono emergere nel processo psicofisiologico di costruzione dell'identità richiedono percorsi terapeutici differenziati, ma basati su criteri di intervento condivisi che consentano omogeneità di trattamento nei diversi Servizi specialistici del territorio nazionale, garantendo il rispetto e il benessere del cittadino e un terreno comune di confronto e ricerca tra professionisti che operano nel campo”.*

Tenuto conto, peraltro, che *“le terapie ormonali possono produrre effetti irreversibili e che i cambiamenti somatici ottenuti chirurgicamente sono definitivi, e' da ritenersi essenziale e prioritario un percorso psicologico mirato all'elaborazione e al sostegno delle varie fasi e dei diversi aspetti dell'iter di adeguamento”.*

I Servizi Sanitari, in quest'ottica, non potranno che *“basare la loro attività su un lavoro interdisciplinare di operatori con una competenza specifica e qualificata in collegamento e secondo procedure concordate con i servizi territoriali (ASL, Scuole,*

competenza specifica e qualificata in collegamento e secondo procedure concordate con i servizi territoriali (ASL, Scuole, ...), le agenzie sociali (Sindacati, Movimenti, Associazioni,...) e altre strutture (Tribunali, Pubblica Amministrazione, ...)" si da consentire che *"Ogni relazione tra gli operatori e gli utenti dei servizi sia caratterizzata da una corretta ed esauriente informazione reciproca, nel pieno rispetto dell'autodeterminazione della persona e della libertà professionale dell'operatore"*.

Muovendo dai predetti concetti, le Linee Guida precisano che:

- a) I percorsi di adeguamento medico-chirurgico e psico-sociale, nonché il percorso legale di riattribuzione di sesso secondo la legge n. 164 del 1982, devono iniziare con una approfondita analisi della domanda del cliente e con una indagine della personalità e dell'ambiente socio - familiare, al fine di evidenziare le motivazioni, le aspettative e il contesto che hanno portato la persona alla richiesta di riattribuzione di sesso, e verificare quanto questa possa inserirsi nel quadro di una problematica di genere.
- b) Ogni professionista (medico di base, endocrinologo, chirurgo, psichiatra, psicologo...) deve collegarsi con operatori specializzati o inviare il cliente a strutture specialistiche, per la valutazione della transessualità, al fine di concordare e pianificare con il cliente stesso e con gli altri professionisti un progetto complessivo, integrato e individualizzato.
- c) Ogni fase del progetto concordato deve ritenersi parte di un più ampio percorso psicofisiologico e pertanto prevedere un rapporto terapeutico costante sia sul piano medico-chirurgico che psico-sociale.
- d) In presenza di diagnosi di rilievo psichiatrico o di altre problematiche psicologiche o comportamentali (ad es. tossicodipendenze) la cui risoluzione viene ritenuta primaria rispetto alla richiesta di riattribuzione medico - chirurgica di sesso, va data precedenza alle procedure terapeutiche comunemente adottate per tali condizioni.

L'ingresso nel percorso di riattribuzione medico - chirurgica prevede *"in fase preliminare che la persona venga informata circa tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e la irreversibilità di alcune di esse, al fine di far esprimere all'utente un consenso informato scritto, inerente il progetto di riattribuzione concordato"*.

A partire dalla richiesta di riattribuzione *"il percorso psicologico, parallelo e integrato con tutto il percorso di adeguamento medico-chirurgico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere e di elaborare le modificazioni ormonali e somatiche, nonché le esperienze relazionali e sociali del cliente. L'iter psicoterapeutico mira più specificatamente all'elaborazione del conflitto di identità e dei conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante il percorso"*.

In considerazione di alcuni effetti irreversibili e delle implicazioni psicologiche legate all'assunzione di ormoni – avvertono le Linee Guida - *"l'inizio della terapia ormonale prevede che il cliente abbia instaurato e portato avanti, secondo modalità concordate, una relazione psicoterapeutica di almeno sei mesi. La somministrazione ormonale deve essere subordinata alla valutazione degli specialisti, sentito il parere dello psicologo o psicoterapeuta che ha in carico il cliente"*.

Particolare rilievo, infine, le Linee Guida ascrivono al follow – up sul con la finalità di verificare l'inserimento sociale e le condizioni psicofisiologiche connesse con gli adeguamenti effettuati.

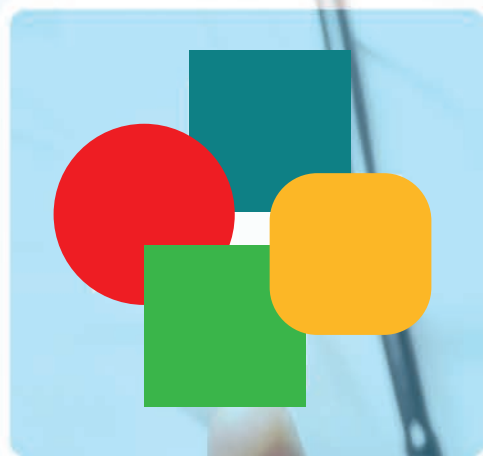
Le Linee Guida, molto opportunamente, non possono non dedicare particolare attenzione alla prevenzione, predicando l'istituzione di *"Servizi di osservazione per i comportamenti attinenti l'identità di genere in età evolutiva, nonché la diffusione di una adeguata formazione-informazione di genitori e insegnanti a partire dalle scuole materne"* ed ammonendo *"viste le implicazioni sociali relative alla condizione di transessualità"* sulla improrogabilità di una corretta e approfondita formazione - informazione delle figure professionali e sociali che svolgono funzioni attinenti questo campo (personale paramedico e della pubblica amministrazione).

L'auspicio, in conclusione, è che la materia, ricca di implicazioni di varia natura, sia affrontata con la massima attenzione e sensibilità da parte di tutti i soggetti protagonisti (strutture sanitarie, medici, psicologi, legali, pubblica amministrazione) con un atteggiamento quanto più possibile scervo da condizionamenti dichiaratamente ideologici ed improntato al rispetto di un diritto garantito e tutelato dalla Costituzione.

Se sei un Professionista o una Struttura Sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE Magazine



MEDIC@LIVE
Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Per info contattaci
+39 095 7280511
pubblicita@medicalive.it
www.medicalive.it

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamparella

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AEventieformazioneCatania>



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

millevoltisas.it

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.

Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 – Catania

E-mail: info@medicalive.it

P. Iva: 04660420870

ISSN 2421-2180