



Rapporto del Censis sulla domanda di cura e assistenza per sclerosi multipla e autismo

Disabilità, il deserto dei servizi

Peso eccessivo sui familiari, diagnosi in ritardo e informazioni carenti

DI ROSANNA MAGNANO

Sclerosi multipla e autismo, due patologie profondamente diverse, che hanno in comune più che altro il peso che grava sulle famiglie, in termini di tempo dedicato all'assistenza e di conseguenze drammatiche sulla qualità della vita.

Una dimensione ancora «nascosta» della disabilità, che si traduce in una domanda di aiuto forte alle istituzioni e al Ssn. Sono queste le problematiche al centro del secondo step di un progetto pluriennale «Centralità della persona e della famiglia: realtà od obiettivo da raggiungere?», realizzato dal Censis per la Fondazione Cesare Serono. Le ultime due indagini, presentate la scorsa settimana a Roma, coinvolgendo direttamente le persone con disabilità e le loro famiglie, hanno approfondito il loro vissuto.

Un primo aspetto analizzato è la tempestività della diagnosi nella Sclerosi multipla (Sm) - una patologia a volte sfuggente nelle sue fasi iniziali - che nonostante i progressi tecnologici resta ancora un punto debole, tra ritardi e veri e propri errori. Complessivamente, il tempo intercorso tra l'insorgere dei primi sintomi e la diagnosi è pari a 2,7 anni.

Per quanto riguarda il trattamento terapeutico, il 78,1% ha indicato di frequentare un ambulatorio neurologico o un Centro pubblico per la Sm. La grande maggioranza (61,6%) ha dichiarato di rivolgersi a questo tipo di strutture per gestire il proprio intero percorso terapeutico con diversi professionisti, il 4% ha indicato di frequentarlo per ricevere la terapia quando ha un attacco (o

Sclerosi multipla: i servizi più utili e quelli da potenziare (valori %)		
	Più utili	Da potenziare
Servizi sanitari		
Centri clinici per la sclerosi multipla	52,7	30,4
Visite specialistiche ambulatoriali	29,4	27,1
Farmaci gratuiti per il trattamento della Sm	31,1	14,6
Visite mediche e/o specialistiche domiciliari	10,8	25,1
Ausili san. e presidi ortopedici gratuiti	12,8	6,5
Ricovero ospedaliero o day hospital	13,5	22,3
Visite mediche ambulatoriali del medico di famiglia	13,9	15,8
Servizio di consegna a domicilio dei farmaci	9,5	13,8
Farmaci gratuiti per il trattamento dei sintomi	6,1	10,5
Totale	100,0	100,0
Servizi socio-assistenziali		
Servizi di assistenza domiciliare	77,5	72,4

	Più utili	Da potenziare
Centri diurni	37,2	38,4
Assistenza residenziale	30,3	34,0
Totale	100,0	100,0
Servizi di supporto e di informazione		
Aiuto economico e/o sgravi fiscali	52,6	47,7
Servizi di supporto psicologico	37,0	25,8
Occasioni di incontro e confronto con altri pazienti	24,2	25,8
Consulenza legale e fiscale	12,8	18,9
Pubblicazioni informative/scientifiche	12,8	14,4
Linee telefoniche di informazioni e sostegno (numero verde)	10,0	13,3
Servizi di supporto e orientamento professionale	12,8	11,7
Community e forum sul web, con moderatori spec.	13,5	10,6
Altro	0,7	1,5
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, Aism e Fondazione Cesare Serono 2011

recidiva), ed eventualmente per una terapia a lungo termine, mentre il 12,5% vi si rivolge esclusivamente per la terapia a lungo termine.

La terapia farmacologica rappresenta un elemento centrale nel trattamento della Sm. Ad aver ricevuto nell'ultimo anno la terapia per un attacco (antinfiammatori cortisonici) è il 16,9%, mentre la terapia specifica a lungo termine è stata ricevuta dal 62,5% del campione, cui va aggiunto il 7% che ha indicato di aver seguito un protocollo terapeutico sperimentale.

Se i trattamenti farmacologici rappresentano la principale strategia di contrasto alla Sm, un ruolo comunque importante è ricoperto dalle terapie non farmacologiche. Con l'eccezione della fisioterapia (indicata dal 51,5%) e la par-

ziale eccezione della terapia psicologica (18,0% più frequente tra i più giovani), però, va rilevato il fatto che in generale le quote di rispondenti che vi si sono sottoposti nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista sono contenute. Il fabbisogno di cure è elevato. Il 48,5% del campione ha bisogno di aiuto nella sua vita quotidiana, contro il 44,1% che ha dichiarato di non averne bisogno e il 7,4% che ha indicato di vivere questo tipo di necessità solo nei momenti in cui è colpito da un attacco.

Una domanda di assistenza che ottiene risposte soprattutto in ambito familiare. Il 38,1% ha ricevuto aiuto tutti i giorni da familiari conviventi. Un aiuto più modulato sulle esigenze del momento, e dunque con ogni probabilità legato alla presenza di un attacco, è

stato indicato dal 20,1%. Mentre è il 41,8% degli intervistati a non aver ricevuto questo tipo di aiuto, valore che per quanto tenda a diminuire all'aumentare della disabilità, rimane comunque pari al 21,3% anche tra questi rispondenti. «I dati confermano dunque - spiega il Censis - la assoluta, e per molti versi eccessiva, centralità della famiglia nell'assetto dell'assistenza, che si adatta a fornire aiuto (per quanto possibile, più che quello che effettivamente sarebbe necessario) al familiare in difficoltà, a fronte di un sistema di servizi formali evidentemente inadeguato». Solo il 15,3% si è avvalso dell'aiuto di personale pubblico e solo il 3,3% tutti i giorni. L'aiuto quotidiano fornito da personale privato è più frequente (ma evidentemente comporta un onere non

irrelevante per le famiglie), e si tratta dell'8,1 per cento.

In questo quadro i servizi sanitari considerati più utili sono i Centri clinici per la Sm (52,7%), i farmaci gratuiti (31,1%) e le visite specialistiche ambulatoriali (29,4%). Da potenziare, secondo il campione intervistato, gli stessi centri clinici indicati dal 30,4%, seguiti dalla specialistica ambulatoriale (27,1%) e anche dalle visite mediche domiciliari (25,1%), che rappresentano una prassi ancora poco diffusa, così come i ricoveri in day hospital, indicati dal 22,3 per cento. Ma è soprattutto a proposito dei servizi socio-assistenziali che il bisogno di un miglioramento deciso dell'offerta emerge in modo chiaro, laddove è il 72,4% a fare riferimento all'assistenza domiciliare come un

LE "OMBRE" DELLA RELAZIONE DELLA COMMISSIONE ERRORI SECONDO IL NEONATOLOGO ACP

Punti nascita: non è solo questione di dimensioni

DI CARLO CORCHIA *

Irisultati della relazione sui punti nascita della commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, presentati nel dicembre scorso e ripresi negli articoli del Sole-24 Ore Sanità del 10-16 gennaio 2012, rispecchiano una realtà drammatica e in buona parte già nota agli addetti ai lavori.

Sulla base del numero dei parti/mese, del numero di posti letto accreditati, dei medici e delle ostetriche in organico, i punti nascita sono stati classificati in tre categorie: A, B e C. La categoria A comprende le unità relativamente più piccole, quella B le unità di dimensioni medio-grandi, e la C i presidi maggiori. La relazione, tuttavia, pur contenendo una mole ragguardevole di dati, non focalizza esaurientemente aspetti importanti dell'assistenza al neonato, dando adito a interpretazioni potenzialmente errate.

È stato segnalato, infatti, che su 92 punti nascita forniti di terapia intensiva neonatale (Tin), ben 74 (l'80%) sono ubicati in centri classificati nelle categorie A e B; nel testo questo dato è stato definito solo «strano». Pur tenendo conto che in parte il risultato si spiega col fatto che la metà delle strutture accreditate come III livello (un criterio ado-



perato per definire i centri dove è possibile praticare cure intensive neonatali) appartiene alla categoria B, ciò che non viene sottolineato adeguatamente è che i reparti di Tin non devono essere allocati negli ospedali piccoli e inadeguati per disponibilità di personale e risorse.

Analogamente ai risultati della relazione riguardanti dimensioni e distribuzione dei punti nascita, una recente indagine cui ha aderito l'85% dei centri di

neonatologia italiani ha dimostrato che anche di reparti Tin ce ne sono, mediamente e rapportati ai volumi di attività, più al Sud che al Nord. Ma, a parità di volume di attività, nelle Tin del Sud la mortalità dei neonati altamente pretermine (cioè nati prima di 32 settimane compiute di gestazione) è circa 1,7 volte più alta di quella del Nord. Ne deriva che l'attenzione non va focalizzata solo sulle dimensioni dei centri, in quanto la soppressione

Dove esiste la terapia intensiva neonatale							
Cluster	N.d.		Sì		No		Tot. N.
	N.	%	N.	%	N.	%	
A1	2	2,3	8	9,3	76	88,4	86
A2	5	4,1	15	12,3	102	83,6	122
A3	-	-	11	26,8	30	73,2	41
B	2	2,7	40	54,1	32	43,2	74
C	-	-	18	100,0	-	-	18
Outliers	-	-	3	100,0	-	-	3
Totale	9	2,6	95	27,6	240	69,8	344

Legenda: **A1** - fino a 500 parti l'anno; **A2** - tra 500 e 1.000 parti l'anno; **A3** - oltre 1.000 parti l'anno; **B** - strutture medio-grandi che effettuano in media 136 parti/mese e hanno 39 posti letto accreditati, 18 ginecologi e 23 ostetriche in organico; **C** - strutture grandi che effettuano in media 288 parti per mese e hanno 65 posti letto, 23 medici e 52 ostetriche in organico; **Outliers** - S. Anna di Torino, Fatebenefratelli di Milano e Spedali Civili di Brescia

Fonte: Relazione conclusiva sui punti nascita della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario

e l'accorpamento di quelli piccoli potrebbe portare a un risparmio di spesa, senza però migliorare l'efficacia e la qualità dell'assistenza. La dimensione dei servizi è in buona parte una variabile confondente della relazione tra esiti (come la mortalità) e area geografica, in quanto i centri piccoli sono prevalentemente presenti al Sud. Ciò ovviamente rimanda alle competenze dei medici e all'organizzazione dei servizi, i cui aspetti qualitativi sono

di difficile valutazione, a differenza di quelli quantitativi presi in considerazione dalla commissione. Se non migliorano la competenza degli operatori e l'organizzazione territoriale dei servizi, si corre il rischio che, pur chiudendo e accorpando, le cose si modifichino solo di poco.

Infine, una nota sul servizio di trasporto neonatale (Sten), perché la sua semplice presenza non può essere considerata un elemento di qualità se non si

indaga anche su cosa fa e come funziona nel contesto in cui è collocato. Prendiamo il caso del Lazio. In questa regione lo Sten esiste da tantissimi anni, ma viene effettuato un numero quasi doppio di trasporti rispetto ai valori attesi.

Come si rileva dai rapporti pubblicati sul sito web dell'Agenzia di Sanità pubblica del Lazio (www.asplazio.it), oltre il 90% dei neonati altamente pretermine (gli stessi cui si è accennato in precedenza) nasce in centri di III livello con Tin ma di questi il 25% viene comunque trasferito per mancanza di posti letto nella terapia intensiva neonatale. Questa carenza è in parte assoluta (cioè ci vorrebbe qualche posto letto in più) ma in parte anche dovuta alla dispersione dei posti letto in un numero eccessivo di reparti. Tutto ciò avrebbe poca importanza se non fosse che, a parità di altre condizioni, i trasferiti hanno un rischio di morire 1,5 volte superiore rispetto a quelli che vengono assistiti nel reparto Tin dell'ospedale di nascita!

* Neonatologo
 Responsabile del gruppo
 di lavoro di neonatologia e
 membro del Comitato dir. naz.
 dell'Associazione
 culturale pediatri (Acp)

Autismo: trattamenti ricevuti nell'ultimo anno (valori %)

	Fra 3 e 7 anni	Tra 8 e 13 anni	Tra 14 e 20 anni	Oltre 20 anni	Totale
Interventi cognitivo-comportamentali e psicoeducativi	58,8	57,9	40,5	36,7	49,3
• di cui strategia <i>Aba</i>	38,2	32,6	21,5	16,7	27,8
• di cui strategia <i>Teacch</i>	22,1	27,3	24,0	21,7	24,2
• di cui altro tipo	4,4	3,2	2,5	3,4	3,3
Logopedia	63,3	41,0	16,5	6,7	32,8
Psicomotricità	61,8	35,8	16,5	6,7	30,8
Psicoterapia	17,6	18,9	11,4	5,0	13,9
• Fanno psicoterapia e/o logopedia e/o psicomotricità ma nessun intervento cognitivo-comportamentale	30,9	23,2	16,5	10,0	20,5
Tecniche di comunicazione alternativa o aumentativa (Aac)	17,6	11,6	10,1	5,0	11,3
Voce e Cf	3,0	9,5	10,1	5,0	7,3
Terapia psicologica di sostegno alla famiglia	8,9	5,3	5,1	1,7	5,3
Fisioterapia	3,0	3,2	1,3	6,7	3,3
Altri trattamenti	26,5	21,1	26,6	26,7	24,9
Nessuno	1,5	9,5	27,8	30,0	16,6

Fonte: indagine Censis, Angsa e Fondazione Cesare Serono 2011

servizio da potenziare.

Per quanto riguarda l'autismo, la quasi totalità delle persone che ne sono colpite vive in casa con la propria famiglia (96%), anche se non è del tutto trascurabile la quota relativa a quanti vivono in una istituzione residenziale (4%). Tra i problemi ritenuti più gravi dai familiari, i comportamenti aggressivi e autolesionisti, che riguardano una quota abbastanza contenuta di casi (il 36,1% del campione), ma si concentrano tra quelli più grandi d'età e complessivamente più gravi, e che soprattutto, quando si presentano, rappresentano una fonte di enorme difficoltà per le famiglie.

Il percorso che ha portato le persone con autismo incluse nello studio alla diagnosi è stato spesso piuttosto lungo

e complesso. Nella maggior parte dei casi i primi sospetti sono stati formulati dalle famiglie (nell'80% dei casi circa dalle madri) nel corso del secondo anno di vita (41,2%). Di fatto, la quota più ampia del campione (il 45,9%) ha dovuto attendere tra 1 e 3 anni per avere la diagnosi, mentre il 13,5% ha atteso addirittura più di 3 anni. Sulle responsabilità di questa «lentezza», il 40,4% fa riferimento alla scarsa competenza del pediatra di libera scelta o del medico di famiglia.

La tipologia di trattamento che, anche secondo le recenti Linee guida pubblicate dall'Iss, rappresenta l'approccio terapeutico più efficace all'autismo, ossia gli interventi cognitivo-comportamentali, viene indicata da quote ampie del campione: complessivamente si trat-

ta del 49,3%, e in particolare il 27,8%, soprattutto tra i casi di bambini più piccoli, ha fatto riferimento alla strategia *Aba*, il 24,2% al *Teacch* e il 13,9% ad altre tecniche. Estremamente diffuse, anche queste soprattutto tra i bambini più piccoli, la logopedia e la psicomotricità, indicate rispettivamente dal 32,8% e dal 30,8% del campione. La psicoterapia, seppure complessivamente meno diffusa, è comunque più frequente tra i più piccoli e viene indicata dal 13,9 per cento. A seguire una terapia farmacologica è meno di un terzo delle persone con autismo incluse nello studio.

Il «tempo» dell'autismo e l'assistenza che richiede copre oltre 17 ore al giorno. Le conseguenze sono evidenti. Il 65,9% delle famiglie ha infatti riferito una modifica in negativo del lavoro di almeno uno dei genitori. A essere penalizzate sono soprattutto le madri. Un'altra criticità che emerge è quella dell'assenza di informazioni e riferimenti. Per una famiglia che riceve una diagnosi grave come quella di autismo il bisogno di informazioni attendibili rappresenta una priorità assoluta, ma riuscire a trovare gli interlocutori adeguati, soprattutto con il carico emotivo che la diagnosi può generare, non è mai semplice. In questo senso, è macroscopico il dato rilevato a proposito dell'aiuto ricevuto dall'associazione cui le famiglie sono iscritte; nell'84,3% si è trattato di informazioni e orientamento, e nel 69,3% di formazione. Il 44,5% ha fatto riferimento alla rappresentanza presso le istituzioni sanitarie e sociali, mentre il 40% circa alle strategie di auto mutuo aiuto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONFRONTO APERTO SULLE LINEE GUIDA

Sindrome autistica: lo «spartiacque» Iss

DI BARBARA GOBBI

Il polverone sollevato dalla presentazione delle Linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico che l'Iss ha divulgato a fine gennaio si sarebbe ridotto forse a un granello di sabbia, se solo si fosse guardato a quello che è il criterio elettivo di una qualunque guideline. A smontare gli attacchi di cui il documento è stato fatto segno è il responsabile del programma Linee guida dell'Istituto superiore di Sanità, **Alfonso Mele**. Tranchant: «Il fatto è che ormai da decenni la medicina non è più basata sulle opinioni ma su prove d'efficacia e dunque di queste si va alla ricerca, nella letteratura scientifica. Da qui la scelta del panel multidisciplinare di lavoro di indagare tutti gli approcci all'autismo per cui esistano prove in letteratura. Poi, è chiaro che ogni linea guida è un "work in progress" e che ci manterremo assolutamente aperti a ogni approccio per cui, in futuro, emergessero prove d'efficacia».

Il messaggio va al gruppo di parlamentari, guidati da **Maria Paola Binetti** (Udc), che già alla vigilia della presentazione all'Iss del 25 gennaio, durante una conferenza stampa organizzata a Montecitorio criticavano il testo non per «quello che contiene, ma per quello che non contiene». Tradotto: indice puntato contro la scelta di validare il metodo cognitivo-comportamentale, escludendo con un atteggiamento «quasi discriminatorio» (**Donato Mosella**, Api), «tutta una serie di altri modelli terapeutici che vanterebbero invece risultati interessanti».

Le linee guida bollano come «non raccomandati» trattamenti farmacologici (chelazione, secretina) e non (auditory integration training, comunicazione facilitata, terapia con ossigeno iperbarico). Ma il grande escluso, e qui la parola è passata ai professionisti dell'Istituto di Ortofonia di Roma capitanati dal direttore **Federico Bianchi di Castelbianco**, è l'approccio psicomotricità. «Ci lascia perplessi la mancanza di confronto con quella parte del mondo scientifico che valorizza approcci terapeutici differenti», ha spiegato Bianchi.

Il problema sta anche nella «imprevedibilità» di una sindrome per sua natura complessa, «costituita da una famiglia di disturbi con caratteristiche simili ma che si esprimono in modi e livelli di gravità molto variabili tra loro», come si legge nella sintesi preparata dall'Iss per le famiglie. «Non sono le linee guida a essere un "piano", come qualcuno le ha definite», argomenta **Carlo Hanau**, docente di Statistica medica e di Programmazione e organizzazione dei servizi sociali e sanitari a Scienze della Formazione, Università di Modena e Reggio Emilia. Un «piano» è piuttosto la confusione che regna in un ambito in cui sono in molti a speculare e a parlare, dando false illusioni alle famiglie. Gli approcci comportamentali come il metodo *Aba* (Applied behaviour analysis) sono gli unici su cui si è seriamente sperimentato. Dall'altra parte, c'è tutto un florilegio di sciocchezze, spazzate via dalla linea guida. Certo, dopo questa prima pubblicazione - che ha come base le linee guida scozzese-

si del 2007, scelte per l'approccio rigoroso e per l'attualità della letteratura che passano in rassegna - ora non resta che rimboccarsi le maniche. L'indagine va estesa al trattamento del paziente adulto (l'attuale documento considera bambini e ragazzi fino a 18 anni, ndr), così come alla diagnostica, alla genetica e alla biochimica.

Hanau, membro del gruppo di esperti che per un anno e mezzo ha lavorato alla stesura delle linee guida, è consigliere di Fantasia, la Federazione delle Associazioni nazionali a tutela delle persone con autismo e sindrome di Asperger. Un pool di esperti e familiari che plaude all'approccio Iss e deplorea ogni tentativo di reintrodurre nel campo dell'autismo teorie e terapie ritenute errate dalla comunità scientifica internazionale». Il presidente di Fantasia **Giovanni Marino** spara a zero contro «le lobbies, parlamentari e non, interessate a divulgare approcci, metodi e diete alimentari non validati e latori di false speranze per le famiglie, già provate dall'assenza eclatante di servizi e di sostegno finanziario e operativo. È cruciale che neuropsichiatri, famiglie e operatori considerino e trattino l'autismo non già come una malattia psicologica ma come un fatto neurologico a origine organica».

Poi Marino, fondatore in Provincia di Reggio Calabria di una struttura residenziale per persone con autismo grave, passa alle proposte operative. A partire dalla richiesta forte di una effettiva applicazio-

ne della legge quadro 104/1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. «Come membro dell'Osservatorio permanente per l'integrazione degli alunni con disabilità, istituito dal ministro dell'Istruzione **Francesco Profumo**, mi batterò perché sia condotta una verifica approfondita delle dichiarazioni di handicap e perché si traduca finalmente in realtà quel progetto di dialogo continuo tra operatori scolastici, famiglie e centri di terapia sul territorio che è oggi è lettera morta». Ma le associazioni dei genitori chiedono a gran voce anche una formazione specifica per gli insegnanti di sostegno, con l'istituzione di una classe di concorso apposita. «Oggi soltanto la metà dei 90mila docenti di sostegno è di ruolo; l'altra viene nominata dai presidi: un esercito di precari che aspettano soltanto di passare ad altro incarico e che vanno ad alimentare il "mercato" legato alle assegnazioni da parte dei dirigenti scolastici. Tutto questo ha ben poco a che fare con la tutela e l'integrazione dei ragazzi autistici».

C'è infine il silenzio assordante dell'industria farmaceutica. «Premesso che il ricorso alla terapia farmacologica è sempre un ripiego davanti alla carenza di servizi e di operatori esperti, ancora oggi tutti i farmaci sono "in prestito". Anche per questo motivo trattamenti indicati come efficaci dalle stesse Linee guida Iss, come il risperidone, possono avere effetti "paradosso" su pazienti diversi, che associano mix patologici e comportamentali anche estremamente differenziati», conclude Marino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EVIDENCE BASED HISTORY OF MEDICINE

Quelle eterne fortune dei ciarlatani in camice

DI DONATELLA LIPPI *

«L'umanità ha sempre avuto la smania dei miracoli...» così scriveva Maria Teresa d'Austria il 5 Agosto 1765 al figlio Leopoldo, prima della sua partenza per Firenze, dettandogli i precetti a cui uniformare il suo comportamento di Granduca di Toscana.

Consapevole del ruolo fondamentale del medico nella vita privata e pubblica del sovrano, l'imperatrice invitava il figlio a non seguire «empirici e ciarlatani», ma a riconoscere l'autorità del protomedico, depositario del sapere accademico ufficiale. Uno degli aspetti su cui si esercitò lo spirito riformatore di Maria Teresa aveva riguardato in particolare, infatti, la ristrutturazione degli studi universitari, con la conseguente revisione dei curricula e la creazione di nuove figure professionali.

In questo panorama più articolato, rimanevano, però, zone d'ombra, saperi non accreditati, attività illecite, che sfuggivano al controllo dello Stato, empirici e ciarlatani, appunto, forti di un successo basato sulla dabbenaggine. Da Claudio di Ancona, che Cicerone chiamava *pharmacopola circumforaneus*, a Cristoforo Contugi, l'Orvietano, ai medici alla moda, come Leonardo Fioravanti, tutta la storia della professione medica è attraversata dalla tensione alla creazione di una figura di professionista autorizzata e dai tentativi di eversione. Matricole, licenze, lauree non riuscivano ad arginare il dilagare degli impostori, che, come le meretrici, a quanto scrive Guido Aretino, nel suo «Liber mitis», «non solo peccano per sé, ma fanno cadere anche gli altri nell'errore». E l'abilità nel coinvolgere il pubblico si giocava tra le pieghe della spettacolarità: il Tabarin, locale nato in Francia per le rappresentazioni teatrali di arte varia, deriva, infatti, dal nome d'arte di Anthoine Girard (1584 ca-1633), artista di strada e comico, che supportava il ciarlatano Mondor nel vendere i suoi presunti medicinali. E così, il francese Cabotin, tra uno spettacolo e l'altro, smerciava polveri miracolose e toglieva denti... Nonostante l'im-

pegno medico-legale di Paolo Zacchia che, tra Cinque- e Seicento, enumerò gli sbagli degli empirici, sostenendo come, prima di somministrare un rimedio, sia necessario conoscere la malattia, ancora per Molière, fare il medico «è il miglior mestiere del mondo; perché, sia che si faccia bene sia che si faccia male, si è sempre pagati in modo uguale. L'affare cattivo non ricade mai sulle nostre spalle, e tagliamo, a piacer nostro, nella stoffa che lavoriamo».

Il colorato mondo dei ciarlatani ha continuato a camuffare le proprie sembianze sotto parrucche ricciolute, giacchette a campana con arzigogoli di passamanerie, calzoni di seta al ginocchio e scarpette con fibbia e gale, soggetto amato da Jan Steen e protagonista de «Il Malato immaginario», metafora della condizione umana, vittima dell'eterna paura della morte, che altro non è che paura della vita.

È questo il quack doctor della satira di Hogarth, ma sono questi anche i Tofani e i Bennati, che vivono nelle pagine di Fucini, forniti di diplomi di laurea «ottenuti in tutte le Università del globo terraqueo e gli attestati di benemerita rilasciatigli da tutti i potentati e da tutte le celebrità dell'Europa, dell'Asia, dell'Africa, dell'Oceania e di qualche altra parte del mondo non da tutti conosciuta».

Ormai, però, come sa bene Fucini, questi variopinti impostori hanno lasciato il posto a imbonitori «più nobili e dignitosi che tendono il loro salutare paretaio nelle grosse città», promettendo salute e salvezza, come il dr. Siegfried Iseman, uno dei medici che dormono nel cimitero di Spoon River: aveva iniziato la professione convinto di portare «il credo cristiano nella pratica della medicina», ma finì per inventare quell'Elisir di Giovinezza, che lo «spedì nella prigione di Peoria, bollato come imbroglione e truffatore dall'integerrimo Giudice Federale!».

* Storia della Medicina - Facoltà di Medicina, Firenze

