

# medici & medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei  
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona  
*Direttore Responsabile:* Fulvio Borromei  
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990  
*Stampa:* Tecnoprint srl Ancona  
N. 1 - Febbraio 2009  
Sped. Abb. Postale 70%  
Filiale di Ancona

n. **1**  
FEBBRAIO

Periodico di informazione Medico-Sanitaria  
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona





**FONDAZIONE IRCCS  
ISTITUTO NAZIONALE  
DEI TUMORI**



S.C. DI OTORINOLARINGOIATRIA

## **Corso Teorico Pratico di Chirurgia Oncologica della Tiroide e delle Paratiroidi**

**MILANO  
16/20 Febbraio 2009**

## **Corso Pratico di Dissezione Chirurgico Anatomica del Collo e della Cavità Orale**

**ALICANTE (Spagna)  
16/17 Aprile 2009**

### ***Per informazioni***

Segreteria Scientifica-Organizzativa

Dr. T Ibba

E-mail: [tullio.ibba@istitutotumori.mi.it](mailto:tullio.ibba@istitutotumori.mi.it) • Tel. 338-7405802

Dr. Letizia Ferraro

E-mail: [letizia.ferraro@istitutotumori.mi.it](mailto:letizia.ferraro@istitutotumori.mi.it) • Tel. 347-8902158

Dr. R. Bianchi

E-mail: [roberto.bianchi@istitutotumori.mi.it](mailto:roberto.bianchi@istitutotumori.mi.it) • Tel. 349-8343736

**Dr Walter Fontanella** *S.C. di Otorinolaringoiatria*  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano  
Via Venezian 1 Milano • Tel. 02 23902583  
Sito: [www.istitutotumori.mi.it](http://www.istitutotumori.mi.it) (Eventi Formativi)

**Direttore Responsabile**

Fulvio Borromei

**Vice Direttore**

Maria Beatrice Bilò

**Coordinatore di Redazione**

Marco Silvestrelli

**Vice Coordinatori**

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

**Redazione**

Maria Chiara Bugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

**Consiglio Direttivo**

*Presidente*

Fulvio Borromei

*Vice Presidente*

Maria Beatrice Bilò

*Segretario*

Arcangela Guerrieri

*Tesoriere*

Quirino Massimo Ricci

*Consiglieri*

Vincenzo Berdini

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Maria Giovanna Magiera

Giovanni Petruzzi

Stefano Polonara

Bice Privitera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Maria Chiara Bugnami (od.)

**Revisori dei conti effettivi**

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

**Revisore dei conti supplente**

Maddalena Vichi

**Commissione Odontoiatrica**

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Bugnami

Piero Amedeo Fedeli

Francesco Maria Montecchiani

*In copertina:*

**Piazza del Comune - Fabriano**

Questo numero è stato chiuso il

30 gennaio 2008

Non ci si assume la responsabilità

di eventuali errori di stampa

**EDITORIALE**

*Una nuova stagione* ..... 4

**INFORMAZIONI**

**di carattere culturale**

*La rocca dell'Albornoz di Ancona* ..... 7

**di carattere generale**

*Protocollo regionale. L'inee d'indirizzo sulla continuità assistenziale per le aziende ed enti del SSR delle Marche* ..... 9

*Ricordo del Prof. Carlo Rossano* ..... 12

*Ma si può ancora morire a casa?* ..... 13

**di carattere medico-scientifico**

*Ascesa, crisi e rinascita della medicina interna* ... 15

*Odierno concetto di Ossigeno-Ozono terapia negli USA per l'Odontoiatria* ..... 22

*Adolescenti difficili. Difficoltà maturative tra normalità e patologia* ..... 24

*Corso di "Innovazione tecnologica non invasiva applicata alla Cardiologia Nucleare"* ... 29

*Istituzione di servizio di capillaroscopia ambulatoriale* ..... 30

**DAL MINISTERO**

*Messaggio estratto dalla lettera del Dott. Bianco, Presidente FNOMCeO* ..... 31

*Messaggio del Dott. Eolo Parodi, Presidente ENPAM* ..... 32

**BUONA SANITA'**

*L'algologia: una nuova disciplina per vivere liberi dal dolore* ..... 33

*La valutazione del dolore: una ricerca nel reparto di Medicina del Dolore e Palliativa* ..... 36

*Prostata e attività sessuale* ..... 37

# Una nuova stagione

di Fulvio Borromei

Presidente OMCEO di Ancona

*Nei giorni 15, 16 e 17 novembre si sono svolte le elezioni ordinistiche per il rinnovo delle cariche istituzionali del nostro Ente.*

*Questa è la nuova squadra risultata eletta:*

*Borromei Fulvio PRESIDENTE*

*Dr.ssa Bilò Maria Beatrice ViCEPRESIDENTE*

*Dr.ssa Guerrieri Arcangela SEGRETARIO*

*Dr Ricci Quirino Massimo TESORIERE*

*CONSIGLIERI i dottori: Berdini Vincenzo, Capucci Ilaria, Cascia Sergio, D'Errico Marcello Mario, Giustini Sergio, Magiera Maria Giovanna, Petruzzi Giovanni, Polonara Stefano, Privitera Bice, Sestili Riccardo, Silvestrelli Marco, Bugnami Maria Chiara (odontoiatra) Fabbri Federico (odontoiatra).*

*COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI i dottori: Rocchetti Giuliano (Presidente), Cellesi Gerarda Lucia, Esposto Elisabetta (Revisori effettivi), Vichi Maddalena (supplente).*

*COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI i dottori: Fabbri Federico (Presidente) Tucci Stefano (Segretario) Brugnami Maria Chiara, Fedeli Piero Amedeo, Montecchiani Francesco Maria (componenti).*

*Credo di fare cosa utile far conoscere a tutto il corpo professionale della provincia su quale programma questo gruppo vuole muoversi. Sono linee di indirizzo che comunque possono essere implementate ed integrate da un confronto diretto con tutti i professionisti iscritti ai nostri albi e quindi vi stimolo a partecipare alla attività ordinistica.*

Ci si propone di migliorare la funzionalità dell'istituzione, di difendere il suo prestigio e la sua autonomia anche attuando con scrupolo ciò che il nostro regolamento interno ci impone e mettendo al centro la difesa della dignità professionale e la tutela della salute del cittadino.

Si vuole inoltre mettere a frutto le

esperienze maturate in precedenza per realizzare un programma che vede rilanciato e riconosciuto il RUOLO ORDINISTICO nella sua essenza e individuato uno spazio operativo nell'ottica di risolvere ed affrontare una serie di problematiche care alla professione.

INSISTEREMO NELLA COMUNICAZIONE CON I COLLEGHI, che ha comunque avuto un importante rilancio sia attraverso il bollettino, che con il nostro sito (visitato da numerosissimi colleghi) oggi anche aggiornato nella sua veste grafica e attraverso la MAILING LIST molto apprezzata per la rapidità con cui vengono divulgate le informazioni agli iscritti.

Abbiamo continuato a proporre agli iscritti la presentazione di pubblicazioni inerenti la professione: "Introduzione alla medicina narrativa" di Massimiliano Marinelli, (dopo aver presentato: Biotica e Filosofia della Medicina dello stesso autore), "La previdenza ENPAM del Medico e dell'Odontoiatra" di Alberto Oliveti, "Donne di Medicina" di Giovanna Vicarelli.

Anche la precedente presentazione del libro: STORIA DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ANCONA a cura del dr Sergio Giustini oltre che a rappresentare un momento culturale di rilevanza storiografica, ha avuto nel suo più intimo scopo quello di **COMUNICARE SIA CON I MEDICI CHE CON I CITTADINI.**

TUTELARE LA DIGNITÀ PROFESSIONALE NELLE SITUAZIONI LAVORATIVE PIÙ CRITICHE (disagi e precarietà) continuerà ad essere un obiettivo del nuovo CONSIGLIO. Anche in questo ultimo mandato abbiamo cercato di sostenere le giuste ragioni dei giovani medici sia attraverso l'interessamento personale del Presidente che in momenti isti-



tuzionali, incontrando alcune autorità sanitarie regionali. Ora la presenza in lista di colleghe che vivono questa situazione professionale è indice anche di grande attenzione verso la nuova generazione di medici. Per questo abbiamo messo a disposizione per i giovani medici dei **CONTRIBUTI DI STUDIO** che permettano loro di fare delle esperienze formative interessanti, come è già avvenuto per alcune colleghe che hanno usufruito del **CONTRIBUTO DI STUDIO DR GIORGIO FANESI**.

Vista l'efficacia e il gradimento di tale iniziativa, questa verrà riproposta stabilmente negli anni futuri.

**TUTELARE LA DIGNITA' PROFESSIONALE ANCHE DEI COLLEGHI PIU' AFFERMATI.** In quanto a volte un economicismo non appropriato e consono alla nostra professione può metterci in difficoltà nel perseguire i nostri obiettivi di salute.

**STILARE DOCUMENTI ETICI COMPORTAMENTALI TRA PROFESSIONISTI** per migliorarne la rapportualità, con il contributo dell'Ordine come garante dei ruoli di ogni soggetto interessato.

L'ORDINE continuerà a proporsi come garante in campo formativo, ma si attiverà per essere esso stesso PROVIDER per temi suoi propri (etica e deontologia) e per temi di rilevanza culturale-professionale e trasversali

a tutta la professione, promuovendo una politica ECM più etica e deontologica e continuando a proporre dei corsi in tali tematiche accreditati e gratuiti per gli iscritti. In tale direzione ci siamo mossi anche a livello della FEDERAZIONE ed oggi i colleghi che visitano il nostro sito possono già trovare corsi di formazione a distanza, come quello sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico SICURE.

**PROPORREMO AGLI ISCRITTI INCONTRI DI ETICA E DEONTOLOGIA E QUINDI SUL CODICE DEONTOLOGICO.** Potrebbe essere importante portare tali temi all'attenzione anche degli studenti universitari degli ultimi anni.

E' inoltre indispensabile analizzare, studiare e **RAPPORTARSI CON LE NUOVE PROFESSIONI SANITARIE**, sia per una proficua collaborazione ma anche per una seria definizione dei ruoli.

Vorremmo continuare a mettere in evidenza e **SOLLEVARE IL PROBLEMA ASSICURATIVO DEI MEDICI** che hanno sempre maggiori difficoltà a tutelarsi e questo cresce con il crescere del proprio rischio professionale. Riteniamo che ciò sia anche un problema politico perché mette a repentaglio l'intero sistema sanitario impedendo ai medici di operare con la dovuta serenità che la professione

richiede e minando anche la tutela della salute dei cittadini. Problema sentito anche in sede di FEDERAZIONE nella quale gli Ordini Provinciali possono unire le loro forze per un fronte comune. Noi stimoleremo questo percorso.

Ci si propone di attivare iniziative che possano promuovere una reale INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO, sviluppando una rapportualità tra medici ospedalieri, universitari e del territorio improntati sul rispetto, pari dignità e collaborazione.

Dobbiamo ricercare una collaborazione e un rapporto con LA STAMPA affinché possa emergere una informazione più puntuale e rispondente alla reale situazione della nostra sanità. In questo campo dovremmo proprio cimentarci cercando di costituire una COMMISSIONE GESTIONE INFORMAZIONE SANITARIA con il ruolo di ottimizzare l'informazione pubblica di eventi sanitari che accadono nella nostra provincia. In questo campo il Consiglio si impegna a deliberare un progetto efficace e rispondente alle esigenze professionali.

IMPLEMENTEREMO UN PRONTO SOCCORSO LEGALE per i colleghi con l'ausilio del nostro avvocato.

L'ORDINE in questi anni si è attivato affinché anche nelle Marche potesse realizzarsi l'ESAME DI STATO per i neolaureati come previsto dal decreto ministeriale, ma c'è la necessità, dopo un lungo impegno volontario dei medici, di riconoscere fattivamente il ruolo dei tutors sia ospedalieri che della medicina generale. Siamo riusciti come Ordine a far riconoscere dei crediti per il ruolo svolto ma certamente questo non è sufficiente. Inoltre vorremmo attivare un osservatorio permanente su questa procedura, anche confrontandoci con gli altri ordini sedi di facoltà medica, affinché questo possa essere meglio strutturato e rappresenti un ulteriore momento formativo.

Per ELEVARE ULTERIORMENTE IL

GRADO DI INCIDENZA PROPOSITIVA DEL NOSTRO ORDINE ANCHE A LIVELLO NAZIONALE, vorremmo individuare delle tematiche che analizzate, studiate in loco possano poi essere raccolte, implementate anche da altri ordini provinciali, determinando così una **LEADERSHIP DEL NOSTRO ORDINE DI ANCONA**.

Per realizzare questo programma c'è bisogno di consiglieri che credano nel loro ruolo e che si impegnino nel concretizzare e realizzare le linee progettuali che ci siamo date, proprio per questo in ambito del Consiglio (ma anche esternamente) si individueranno dei referenti di area, di problematica, di specialità che con la loro applicazione e consulenza porteranno a conoscenza del CONSIGLIO problematiche professionali meritevoli di posizioni politiche ordinistiche. Ci proponiamo infatti una maggiore attività deliberativa che possa incidere maggiormente in questioni concrete di tutti i colleghi.

Vogliamo investire sugli uomini-consiglieri che con le loro appartenenze associative, la loro esperienza, la loro professionalità, rappresentano un valore aggiunto per il CONSIGLIO. Ci auspichiamo quindi un ORDINE più professionalizzato, più concorde ed armonico per affrontare e risolvere i tanti problemi che affliggono la PROFESSIONE MEDICA e per rilanciarla sia a livello sociale che politico professionale.

Caro Collega ti chiediamo di partecipare alle imminenti elezioni ordinistiche e di esprimere con il voto la tua opinione e se sei concorde con il nostro progetto di sostenerci votando per intero tutta la squadra.

Grazie per l'attenzione. I Medici della lista.

*Questo era il messaggio che si proponeva al corpo elettorale, il quale ha espresso un parere favorevole. Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito e partecipato in questo non facile cammino.*

# La rocca dell'Albornoz di Ancona (già di S. Cataldo)

di Sergio Giustini  
*Medico chirurgo*



*Ricostruzione virtuale della rocca per come si presentava sul colle dei Cappuccini. Sotto: vista lato mare*

Nel centro storico di Ancona, nel rione di S. Pietro, vi sono due vie dedicate l'una a Oddo di Biagio e l'altra a S. Cataldo. La prima di esse va da Via Goito a Via Fanti, la seconda è una intersezione della precedente di più breve percorso.

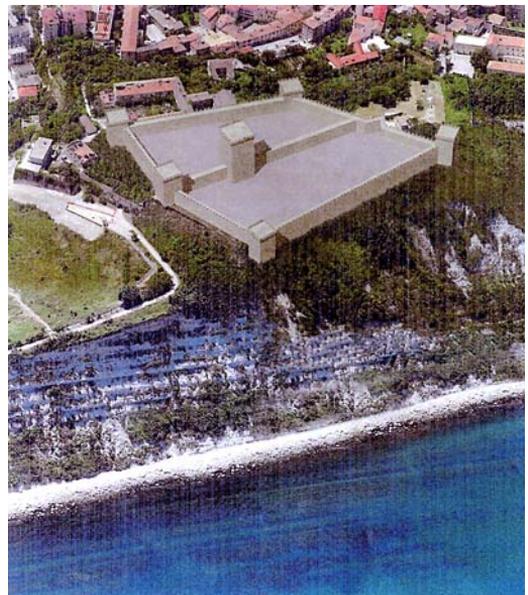
Oddo di Biagio, vissuto nel XIV secolo, della famiglia degli Antiqui, fu Podestà di Ancona, notaio ed autore dell'opera "Della destructione del cassero anconitano" ove ripercorre l'intera storia della costruzione ed abbattimento della rocca papale di S. Cataldo.

Un altro illustre storico della città, il compianto Mons. Mario Natalucci, nel suo fondamentale scritto "Ancona attraverso i secoli" pone, come dedica alla stessa, i seguenti pensieri: "niente è da temersi per l'amore della patria, niente è faticoso o incerto per l'ardente desiderio della libertà". Tali parole furono espresse alla municipalità di AN dal cancelliere di Firenze, Coluccio Salutati, il 19 Gennaio 1383. I suddetti riferimenti storici sono ampiamente sufficienti ad incuriosire il lettore per saperne "di più".

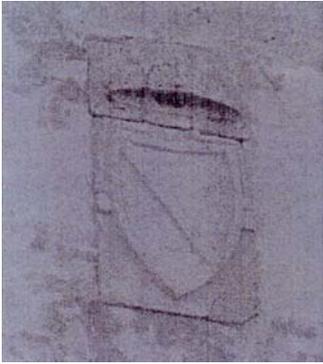
Il primo passo da compiere è quello di recarsi a visitare la nostra superba cattedrale, S. Ciriaco, e porre l'occhio sopra l'altare del coro: si scorge un grande stemma appartenuto al Cardinale Gil Alvarez Carrello Egidio Albornoz (1310-1367). Analogo stemma vi è, all'esterno, dietro l'abside. Il riferimento temporale

concerne la prima metà del XIV secolo allorché, per motivi che illustrerò tra poco, dal 1355 al 1360 un migliaio di operai attese alla costruzione di una imponente rocca che per 23 anni dall'alto del colle dei Cappuccini rappresentò un chiaro simbolo del ricostituito potere pontificio.

Il papato infatti in quegli anni si trovava ad Avignone e il francese Innocenzo VI, appena eletto, inviò in Italia, dalla Spagna, al fine di contrastare i numerosi signori e tiranni che



## INFORMAZIONI di carattere culturale



*Stemmi del Cardinale Alborno  
presenti nella Cattedrale  
di San Ciriaco (foto sotto)*

occupavano i territori della chiesa (i Chiavelli a Fabriano, gli Smeducci a S. Severino, i Simonetti a Jesi, i Da Varano a Camerino) un uomo di sua fiducia e notevole ingegno militare individuato nella figura del Cardinale Egidio Alborno.

La scelta cadde subito su Ancona essendo la città di caratura europea con rilevante presenza commerciale e militare; la città nelle intenzioni del pontefice doveva diventare la capitale di una nuova stagione del potere vaticano che peraltro si realizzò alcuni anni dopo con il ritorno a Roma di Papa Urbano V (1377).

Il cassero fu edificato sotto la guida dell'architetto Ugolino di Monte Marte, quasi a picco sul mare, sulla precedente ed incompiuta rocca Malatestiana di S. Cataldo voluta dalla signoria di Rimini allorché, nel 1348, a seguito di un tradimento, presero possesso della città.

La costruzione, situata all'incirca tra i due fari posti sul colle e di cui si riconoscono ancora parte delle fondazioni sul lato ovest del faro di Pio IX, possedeva dimensioni realmente ragguardevoli: solo le mura si sviluppavano per 1200 metri, aveva varie torri di cui una alta 35 metri, vi era il palazzo del Papa, una chiesa ed altre strutture. Era la prima sede apostolica in Italia fuori Roma. Espletava una duplice funzione: di difesa della città e di dimora estiva del pontefice. Il cardinale realizzò numerose altre costruzioni simili, basta ricordare la tuttora esistente rocca di Spoleto, o quella di Assisi, di Narni, di Orvieto.

La figura dell'Alborno va comunque ricordata per aver egli promulgato, a Fano, le note "constitutiones aegidianae" corpus legislativo rimasto in vigore fino al 1816 che elencava le

disposizioni emanate dai papi, chiariva i rapporti con i feudatari e fornì un nuovo assetto territoriale alla marca regolamentando questioni giurisdizionali interne e con l'estero. Ad Ancona inoltre egli istituì il consolato del mare, organo giuridico che trattava gli aspetti tra mercanti e marinai.

La costosa e rilevante opera edilizia durò però lo spazio di soli 23 anni poiché nel 1383, dopo tre mesi di assedio, i cittadini decisero che non doveva più esistere ed in ciò gli anconitani furono aiutati dai fermani e da altre truppe di Osimo, Cingoli e Rimini con Comandante Giacomo degli Ottoni da Norcia.

Essa rappresentava una minaccia troppo incombente all'interno delle mura, una sorta di cavallo di Troia; il pontefice alquanto turbato, lanciò l'interdetto contro la città (in diritto canonico è una pena spirituale con cui si vieta ai fedeli i divini uffici, i sacramenti e la sepoltura ecclesiale).

Alla fine di tutta la vicenda Ancona perse comunque una grande occasione: quella di essere la capitale di una nuova stagione papale.



## **Protocollo regionale**

### *L'inee d'indirizzo sulla continuità assistenziale per le aziende ed enti del SSR delle Marche*

Il giorno 18/11/08 presso la sede dell'Assessorato alla salute della Regione Marche si sono incontrati l'Assessore e le Segreterie regionali delle Organizzazioni Sindacali per la dirigenza medica e veterinaria, per la trattazione delle problematiche relative alla continuità assistenziale nelle Aziende ed Enti del SSR ed in particolare per definire linee d'indirizzo condivise per l'organizzazione dei servizi di Guardia e dei turni di continuità assistenziale negli ospedali di rete dell'ASUR e nelle Aziende Ospedaliere/INRCA.

#### **Premesso**

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTRATTUALI**

##### **CCNL 3.11.2005**

##### **Quadriennio Normativo 2002/05**

- Art 6- Comma 1- B (Concertazione):  
"Articolazione dell'Orario e dei Piani per assicurare le Emergenze"
- Art. 14: Orario di Lavoro dei Dirigenti
- Art. 16: Servizio di Guardia e Allegato n. 2 CCNL 3/11/2005
- Art. 17: Pronta Disponibilità
- Art. 18: Integrazione Art. 55 CCNL 8/6/2000 (tetto 12% guardie notturne aziendali)

##### **CCNL 3.11.2005**

##### **2° Biennio economico 2004/2005**

- Art. 8: Turni di Guardia Notturmi
- Art. 11 (c. 9): Fondi per il trattamento accessorio legato alle Condizioni di Lavoro

##### **Linee guida regionali ex art. 9 CCNL**

##### **Dirigenza medica veterinaria quadriennio 2002/2005**

- DGR n. 683 del 09/06/06 lettere f) e g)

#### **QUADRO GENERALE**

Si ritiene che i seguenti punti costituiscano il

quadro di riferimento entro cui va collocato l'accordo:

- a) il forte impatto che la regolamentazione della continuità assistenziale deve necessariamente avere sulle scelte programmatiche fondamentali;
- b) la necessità di adattare nel tempo la regolamentazione dei servizi di guardia all'evoluzione organizzativa degli Ospedali;
- c) una chiara definizione della continuità assistenziale, intesa come continuità della copertura assistenziale nelle 24 ore ai pazienti ricoverati, che richiede soluzioni organizzative che evitino l'interferenza con le attività programmate, che si svolgono in precisi orari prestabiliti da parte di personale dedicato. La continuità assistenziale richiede soluzioni organizzative che evitino l'interferenza tra le attività programmate, le attività di continuità assistenziale e le attività di emergenza urgenza.

Per quanto riguarda invece l'area dei servizi territoriali si sottolinea:

- d) l'esigenza di organizzare ogni Servizio Pubblico Essenziale in modo tale da garantire, specificatamente per disciplina, il servizio nell'arco delle dodici ore diurne ai sensi dell'art. 14 comma 7;
- e) la necessità di organizzare i Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne con la presenza del dirigente veterinario nei relativi servizi ai sensi dell'art. 14 comma 8;

**Tutto ciò premesso l'Assessore alla Salute e le OO. SS. della dirigenza medica e veterinaria concordano le seguenti linee d'indirizzo**



**ORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE  
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

Si sottolinea la necessità che la continuità assistenziale negli orari diurni feriali 8-20 venga garantita per tutte le Unità Operative Complesse con attività di degenza ordinaria con posti letto autonomi.

Vanno allo scopo utilizzati tutti gli istituti previsti dal contratto.

**TIPOLOGIE ASSISTENZIALI NELLE QUALI  
È PREVISTO IL SERVIZIO DI GUARDIA  
(NOTTURNO E FESTIVO, ART. 16  
CCNL 2002/2005)**

Si conviene di utilizzare come base quanto previsto dall'allegato 2 al CCNL della dirigenza medica veterinaria 2002/2005 e di prevedere il servizio di guardia con copertura delle 24 ore per le seguenti tipologie assistenziali specifiche:

- 1) attività ostetrica dei punti nascita (va avviato contestualmente un monitoraggio sperimentale di un anno per una diversa soluzione nei punti nascita con meno di 500 parti/anno);
- 2) pediatria con neonatologia di 2° livello formalmente istituite;

- 3) unità di terapia intensiva (rianimatoria e cardiologica);
- 4) unità di terapia semi-intensiva, intese come aree formalmente istituite dedicate a pazienti con monitoraggio continuo non invasivo, per le quali la guardia nelle 24 ore deve essere quella dell'unità operativa al cui interno è collocata l'attività semi-intensiva o in seconda istanza quella del dipartimento qualora costituito da specialità in discipline equipollenti;
- 5) nelle alte specialità che presentano i requisiti di cui al DM del 29.1.1992 ;
- 6) nei servizi di anestesia degli ospedali sedi di DEA di 1° e 2° livello;
- 7) nei servizi di laboratorio e di radiologia degli ospedali sedi di DEA di 1° e 2° livello (la disponibilità di particolari processi e tecnologie e lo sviluppo della telemedicina può consentire l'adozione di ulteriori e diverse soluzioni organizzative).

I servizi di guardia per le altre tipologie assistenziali possono essere organizzati in forma dipartimentale solo per aree funzionali omogenee che insistono sullo stesso stabilimento ospedaliero.

La scelta del numero di servizi di guardia da

## INFORMAZIONI di carattere generale

attivare all'interno di ciascuna struttura ospedaliera deve consentire una adeguata capacità di risposta alle problematiche assistenziali dei pazienti ricoverati e tenere dunque conto oltre che del loro numero anche della loro complessità assistenziale.

I servizi di guardia possono essere svolti coinvolgendo su base volontaria il personale dirigente delle altre strutture ospedaliere della stessa Zona con l'eventuale ricorso all'art. 55 del CCNL dirigenza medica veterinaria 98/2001 come integrato dall'art. 18 del CCNL 2002/2005.

### PRONTA DISPONIBILITÀ

In merito alla regolamentazione dell'istituto della pronta disponibilità si concorda sui seguenti punti:

- la pronta disponibilità deve essere limitata ai periodi notturni ed alle giornate festive;
- la pronta disponibilità può essere sostitutiva o integrativa del Servizio di Guardia;
- la pronta disponibilità integrativa dei servizi di guardia deve essere espletata per singola specialità, utilizzando Dirigenti appartenenti alla medesima disciplina;
- la pronta disponibilità nei servizi di Anestesia, Rianimazione e terapia intensiva può essere solamente integrativa della guardia;
- la pronta disponibilità deve essere attivata per singolo stabilimento ospedaliero e per i singoli Servizi territoriali individuati ai sensi dell' art 14 commi 7 e 8 del CCNL 2002/2005;
- il coinvolgimento di personale dirigente di

altre strutture, zonali e/o sovrazonali, ospedaliere e territoriali della stessa Zona o di altra Zona può avvenire su base volontaria; il servizio così prestato va remunerato con modalità definite in contrattazione aziendale /zonale.

### **L'Assessore alla Sanità**

Almerino Mezzolani

### **Le Direzioni generali:**

#### **ASUR**

Dott. Roberto Malucelli

#### **A.O. San Salvatore**

Dott. Gabriele Rinaldi

#### **A.O. Ospedali Riuniti**

Dott. Gino Tosolini

#### **INRCA**

Dott. Antonio Aprile

### **Le Organizzazioni Sindacali:**

ANAAO-ASSOMED

CIMO-ASMD

UMSPED

CGIL MEDICI

CISL MEDICI

FEDERAZIONE MEDICI

CIVEMP

FESMED

## **CERTIFICATI di ISCRIZIONE all'ALBO ON-LINE**

*Nell'ottica di creare minor disagio agli Iscritti, a breve sarà possibile stampare direttamente dal proprio PC i certificati di iscrizioni all'albo.*

*Pertanto, si suggerisce agli iscritti di iscriversi alla mailing list, sia per ricevere tutte le informazioni (concorsi, news, ecc.) che per essere informati quando il servizio per il rilascio dei certificati on-line sarà operativo. In contemporanea verrà inserita la ricerca degli iscritti con l'albo aggiornato alle 24 ore precedenti.*

*Vi ricordo che l'indirizzo del nostro sito è [www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)*

*Per eventuali esigenze potete contattare la nostra segreteria allo **071 200266***

## Ricordo del Prof. Carlo Rossano

di Claudio A. Caputi

*Medicina del Dolore e Palliativa  
Azienda Ospedali Riuniti di Ancona*

Recentemente è mancato il Prof. Carlo Rossano. Nato in provincia di Salerno, nel 1950 era arrivato ad Ancona da Torino dove aveva appena conseguito, nell'Istituto diretto dal Prof. Ciocatto, la specializzazione in Anestesia, nel primo corso istituito in Italia.

Pioniere per l'epoca della nuova disciplina, aveva trasferito tutto il suo bagaglio professionale d'avanguardia nell'Ospedale Umberto I di Ancona, realizzando da zero il servizio di Anestesia e successivamente di Anestesia e Rianimazione. Ma la sua vocazione di anestesiano si concretizzava ancora, nel 1980, con l'attivazione della Divisione di Analgesia; prima struttura ospedaliera autonoma in Italia in grado di assistere e curare, anche in regime di ricovero, pazienti affetti da dolori acuti persistenti e cronici di difficile trattamento. Attualmente tale struttura, diretta dal sottoscritto, ha assunto a partire dal 2000 la denominazione di Medicina del Dolore e Palliativa. Da ricordare inoltre il 1° Congresso Nazionale sulle Anestesi Spinali, dal Prof. Rossano fortemente voluto e, con gran successo, realizzato ad Ancona nel giugno 1977. Tale congresso è stato il primo in Italia che ha consacrato la valenza scientifica e clinica delle tecniche anestesiolgiche periferiche, attualmente patrimonio professionale indispensabile ed insostituibile di ogni anestesista-rianimatore e terapeuta del dolore. Tale congresso è sicuramente ancora nella memoria di tutti gli anestesisti italiani che numerosissimi avevano partecipato. Al Prof. Rossano il grande merito di aver contribuito all'evoluzione e, ancor di più, alla diffusione fra gli anestesisti italiani, negli anni '70 e '80, delle tecniche anestesiolgiche periferiche, all'epoca poco conosciute e praticate. Io stesso approdato ad Ancona nel 1975, nei miei primi periodi di attività professionale, ho potuto apprendere e praticare tali tecniche



ed ho potuto godere dell'entusiasmo che il Prof. Rossano profondeva e trasmetteva nell'esercizio della pratica professionale. Ricordo, inoltre, la sua grande disponibilità alla discussione di idee ed intuizioni innovative che, talora, si traducevano in efficaci trattamenti clinici. Mi sembra pertanto doveroso ed opportuno testimoniare ai numerosi giovani colleghi anestesisti dei nostri ospedali, che quotidianamente operano forse inconsapevoli di alcune "radici" della loro formazione professionale. A tutti i medici della nostra provincia il messaggio di essere fieri di aver annoverato nel nostro ordine professionale un pioniere dell'Algologia; una nuova disciplina che, attraverso servizi e strutture dedicate, ci permette di affrontare con la migliore professionalità un problema tanto rilevante e diffuso fra i nostri pazienti: il dolore.

## *Ma si può ancora morire a casa?*

di Claudio Ferroni

Cardiologo-Geriatra - Cardiologia INRCA

*ferroni\_claudio@libero.it*



Caro Sig. Presidente, la domanda che fa da titolo alla presente scaturisce dal fatto che in 27 anni di lavoro nella U.O. di Cardiologia-UTIC dell'INRCA di Ancona ho notato con rammarico un radicale cambiamento nell'atteggiamento di molti Colleghi e dell'Utenza nei riguardi dell'anziano cardiopatico giunto allo stato terminale.

All'inizio della mia carriera accadeva spesso che quando le cure mediche non erano più efficaci nel rallentare la progressione della malattia ed il malato si avviava verso l'exitus, il Medico convocava i parenti e diceva più o meno queste parole: "purtroppo non c'è più nulla da fare, potete riportarvi il vostro caro a casa". Questa frase, che in fin dei conti decretava un verdetto di morte più o meno imminente, non solo riconosceva l'inutilità di prolungarne la degenza (concetto di economia)

ma, pur essendo pesante come un macigno, se detta in modo dispiaciuto ed a capo chino, non ha mai suscitato reazioni abnormi (scatti d'ira, denunce, querele o cose simili) ma, al contrario, una triste gioia. La gioia di riappropriarsi del loro caro e di poterlo riportare nella sua casa per assisterlo ed accompagnarlo amorevolmente fino al decesso. Era in fin dei conti l'accettazione della morte. In qualche modo vinceva il concetto secondo cui si moriva semplicemente perché si era nati. Accadeva anche di frequente che erano gli stessi parenti del malato a chiedere al Medico: "Dottore, se lei pensa che non ci sia più nulla da fare, preferiremmo portarlo a casa".

Quella sì che era vera eutanasia (intesa come buona morte). Circondato dai propri cari, nella penombra e nel calore della propria stanza, senza il bip-bip del monitor, senza la giugulare

## INFORMAZIONI

### di carattere generale

incannulata, senza il catetere che ti strazia, senza l'elastico della mascherina dell'ossigeno che ti sega le orecchie, senza le braccia e la pancia pieni di ematomi per gli inutili prelievi e per le iniezioni di eparina: trasformato inutilmente in un Ecce Omo. Ma soprattutto, senza un cane che ti stia vicino, che ti accarezzi la mano, che ti faccia sentire il suo calore o che ti sussurri parole dolci. E tutto questo perché sei in una Terapia Intensiva, ed i parenti, giustamente, si devono adeguare all'orario di visita.

Caro Signor morente, qualcuno, che non sei tu, ha deciso che devi morire in UTIC e non a casa tua. Non trovi più un Medico che dice ai tuoi parenti "non c'è più nulla da fare, potete riportarlo a casa". Non trovi più un parente che dice al Medico "Dottore, vorrei riportarlo a casa". Questa, a mio avviso, non è eutanasia.

Da un pò di anni a questa parte tutte le volte che ho detto ai parenti "Non c'è più nulla da fare..." mi son sentito rispondere "ma Dottore, non pretenderà che lo portiamo a casa in questo stato?" oppure "Dottore noi durante la giornata lavoriamo, non possiamo mica lasciarlo da solo in casa" o addirittura "Ma Dottore, e se poi ci muore a casa? i nipotini, i vicini, ecc.". Come se fosse una vergogna!

Senza dubbio qualcosa è cambiato. Da un po' di anni a questa parte ho assistito a scene atroci. Ho visto ricoverare persone in stato

"terminale" provenienti dalla loro casa e portate a morire in ospedale (inversione del buon senso di marcia). Ho visto persone ricoverate, ormai giunte in stato terminale, che invece di essere mandate a casa, quando stavano per esalare l'ultimo respiro, venivano martoriate da flebo in vena, prelievi, bip bip, pompe e contropompe, buchi in giugulare, adrenalina, concitazione, corse per il corridoio, carrelli dell'urgenza. Ma quale urgenza? Solo una squallida messinscena fatta dal Medico per gettare fumo negli occhi dei parenti. Come per dire: "Signori, ho fatto tutto il possibile, ma se n'è andato lo stesso". E non sia mai che i parenti possano dire: "ma come, mio padre sta morendo e lei, Dottore, non fa niente per evitare che ciò avvenga?". E allora ok, ti buco, ti strizzo, ti spremo fino all'ultimo respiro. E' l'ultima tortura. Mi è anche successo di essere stato chiamato in consulenza perché il cuore era diventato bradicardico, in punto di morte! E sentire poi: "L'ha detto anche il cardiologo che non c'è più nulla da fare", come per discolparsi. Discolparsi di che?

Chiedo lumi a Lei, Signor Presidente: si può ancora morire a casa, in santa pace? E quanto ci costa questo squallido commiato che si sta divulgando e che nessuno di noi, in cuor proprio, vorrebbe per se? Cosa possiamo fare per tornare al passato?



# Ascesa, crisi e rinascita della medicina interna

di Vito Cagli

*Noi abbiamo qui un campo ben distinto, i cui confini s'intrecciano si confondono con quelli di altre scienze, come del resto è a tutte comune: ma in una grande estensione questo campo è affatto particolare, e chi crede di conoscerlo per averlo guardato dai confini è in abbaglio stranissimo: prima di considerarlo come proprio bisogna averlo percorso e coltivato da sé.*

Augusto Murri, *Scritti medici*, p. 400

E così, con le parole di Augusto Murri poste in esergo, è delineato quale fosse, all'inizio del secolo XX il ruolo del medico internista e quale dunque lo spazio della Medicina interna: al centro del campo internistico viene posta l'esperienza clinica.

Ma già a metà dell'Ottocento la Medicina interna aveva assunto la fisionomia che oggi le attribuiamo. Un secolo prima la chirurgia aveva ottenuto dignità scientifica distaccandosi dall'attività dei barbieri, ma restava pur sempre ancorata ad interventi che non osavano penetrare nelle cavità del corpo. Poi, con la Rivoluzione francese, medicina e chirurgia divennero una professione unica. Infine, con l'avvento della semeiotica, si indicarono le vie per una diagnosi di ciò che stava all'interno del corpo e si delineò in tal modo il campo della Medicina interna<sup>1</sup>. Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) che rilancia la percussione di Auenbrugger, ma soprattutto, René-Théophile-Hyacinthe Laennec (1781-1826) che scrive il suo *Traité de l'auscultation médiate, ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur* (1819), e poi Joseph Skoda (1805-1881) con il suo *Abhandlung über Perkussion und Auscultation* (1839), possono essere considerati i padri fondatori della medicina interna. Finalmente l'interno del corpo è esplorabile: esistono segni clinici che

le mani, l'orecchio – nudo o aiutato dallo stetoscopio – possono percepire e che guidano alla scoperta dell'organo colpito e della malattia che lo affligge.

Ma il riconoscimento "ufficiale" di un settore della medicina clinica denominato "Medicina interna" doveva venire dalla Germania, dove, al Congresso di Wiesbaden del 1882 i professori Ernst von Leyden, Adolf Kussmaul, Eugen Seitz e Friedrich Theodor von Frerichs (che ne divenne anche il primo presidente) dettero vita alla *Deutsch Verein für Innere Medizin*. Il dado era tratto: ora si poteva davvero parlare di Medicina interna e associazioni simili fiorirono rapidamente in molti paesi del mondo, compreso il nostro (1887). Dopo la separazione dalla medicina interna della pediatria e della neurologia nei primi anni del secolo XX (la dermatologia era divenuta autonoma già a metà dell'800), il medico internista assume una caratterizzazione che si rafforza con l'istituzione di specifiche scuole di perfezionamento e di specializzazione, a partire dal 1924 e che resterà piuttosto stabile fino alla "invasione tecnologica" che seguirà alla fine del secondo conflitto mondiale e alla conseguente egemonia della letteratura scientifica di lingua inglese e della tecnologia.

Dunque, una sorta di due periodi che coprono rispettivamente la prima e la seconda metà

del '900.

Per il primo periodo possiamo fare riferimento al pensiero di due grandi figure di medici che ne furono certamente tra gli interpreti più autentici.

Di Augusto Murri (1841-1932) abbiamo già citato in esergo una frase il cui contenuto è fondamentale per il nostro tema e che può essere completata con un'altra citazione:

*Dove la propria educazione tecnica è manchevole, il buon medico deve chiedere il soccorso di chi l'ha acquistata. Ciò di cui egli non potrà mai fare senza è la facoltà di saper riunire, ordinare e fondere in sintesi tutti i singoli fatti, che da sé o coll'aiuto altrui è pervenuto a scoprire nel suo malato*<sup>2</sup>

Questo è l'aspetto centrale del pensiero di Murri, che considerava l'ambito della Medicina Interna (la «Clinica medica») come la disciplina medica in cui: «il bisogno di acume critico è maggiore che altrove»<sup>3</sup>. E certamente questa necessità è una caratteristica fondamentale della Medicina interna.

Tra Murri e Cesare Frugoni (1881-1978) intercorrono quarant'anni; e i rispettivi anni del loro insegnamento (per Murri 1876-1916; per Frugoni 1922-1951) hanno come spartiacque la prima guerra mondiale. Ma la prima guerra mondiale non portò con sé, in medicina, mutamenti fondamentali come avvenne, invece dopo la seconda. E così, nella prolusione romana di Cesare Frugoni del 1932 la Medicina Interna, pur con qualche sfumatura diversa, viene dipinta sostanzialmente con caratteristiche analoghe a quelle che Murri le attribuiva. Scrive infatti Frugoni:

*E i reperti di laboratorio e le indagini complementari, per quanto moderni, analitici ed esatti, sono ben lungi dal fornire diagnosi obbligatorie e formule complete. Spesso anzi non fanno che moltiplicare i problemi e renderne più elevata la discussione e complessa l'interpretazione, finché in un lavoro diagnostico differenziale, che rappresenta pur sempre la forma finale di attività mentale del clinico, questo finisce*

*per trovarsi infine a dover scegliere fra poche ipotesi superstiti, diversamente possibili o probabili, mentre non sempre invece sarà in grado di pienamente giustificare e di logicamente documentare il perché della propria scelta definitiva; conclusione vera tanto quanto, è necessario convenirne, non scientifica.*<sup>4</sup>

Si ribadisce qui il primato del clinico rispetto al risultato degli esami di laboratorio e l'esigenza che egli possieda la capacità di ben ragionare, mentre sembra affacciarsi, usciti dall'atmosfera positivista dell'Ottocento, la consapevolezza di quel tanto di non scientifico di cui sono cariche talune decisioni diagnostiche, anche se in altre pagine della prolusione si rivendica alla clinica lo statuto della scienza.

Insomma, al tornante della seconda metà del Novecento si può dire ancora che la Medicina interna si basa su:

- tutto ciò che il medico può trarre dall'esame scrupoloso del malato (anamnesi, esame obiettivo e indagini mirate di laboratorio e strumentali);
- tutto ciò che il medico può ricavare dalla propria mente attraverso l'analisi razionale delle informazioni raccolte.

Si esce perciò dal metodo clinico, che della Medicina Interna costituisce il cuore<sup>5</sup>, quando, come avverrà diffusamente più tardi, si utilizzano esami "al buio" o esami "a tappeto" o quando ci si affida acriticamente al verdetto di un esame di laboratorio, o di una ricerca strumentale o di immagine. Ed è quanto accade, con velocità progressivamente crescente, nella seconda metà del XX secolo, quando intervengono una serie di circostanze, tutte con un pesante impatto sulla pratica della Medicina interna.

Anzitutto il primato della letteratura medica di lingua inglese: da quelle fonti vengono attinte non soltanto nuove nozioni, ma anche un diverso modo di pensare, più pragmatico, più pronto a dichiarare i propri limiti, più attento a corredare di numeri le proprie conclusioni e indicazioni, meno pronò a servirsi di catego-

## INFORMAZIONI di carattere medico-scientifico

rie incerte, come l'esperienza personale o di scuola non sostanziate da osservazioni pubblicate in modo scientificamente accettabile. Un secondo mutamento verrà dalla tecnologia, o, per meglio dire, dall'invasione tecnologica, in cui confluiscono l'enorme forza di suggestione soprattutto delle ricerche di immagine, e il potere di avere in tempi brevissimi 12, 20 o più dati di laboratorio grazie all'ausilio dei moderni autoanalizzatori; si giunge così a credere che la malattia si possa "vedere" con una TC, una RM, una PET, quando non addirittura con un ecografo portatile che si adopera in corsia o nello studio del medico, o che possa scoprirsi attraverso l'anormalità di uno più parametri ematochimici che allargano il raggio dell'esplorazione anche a territori clinicamente non sospettati. Un terzo aspetto è quello che può essere indicato come "velocizzazione della medicina": *time is money* e questo è vero per gli ospedali, per gli ambulatori del SSN, ma anche per i privati; è vero persino per i malati che vogliono diagnosi rapide e terapie di pronta efficacia; la malattia non va guarita: va cancellata; ma la Medicina interna, quella fondata sui presupposti di cui si è detto, ha tempi diversi: i suoi adepti sono quelli che altrove abbiamo identificato come «medici della lentezza».<sup>6</sup>

È accaduto così che la Medicina Interna sia stata messa in questione: un campo troppo esteso per essere dominato da una sola persona, un metodo troppo lungo, incerto e antiquato per arrivare alla diagnosi: aveva fatto il suo tempo. Una scappatoia sembrò aprirsi con la *Evidence-based Medicine*. La Medicina interna aveva i suoi protocolli da seguire e poteva diventare così più rapida, efficiente ed efficace. Ma si scoprì ben presto che la EBM non è la panacea: non ci sono "evidenze" per tutte le situazioni, né tutte le "evidenze" sono inoppugnabili. Per quanto si faccia, nella Medicina clinica, e nella Medicina Interna in particolare, resta sempre una zona d'ombra, dai confini sfumati, tutt'al più probabilistica, che le trattazioni di logica e di metodologia clinica hanno molto indagato e analizzato, ma scarsamente aiutato a superare.<sup>7</sup>

In un articolo del maggio 2002 un medico in-

glese, il dottor MC Petch, ha scritto:<sup>8</sup>

*La libertà clinica è morta nel 1983. Numerosi fattori hanno suonato la campana a morto. Tra i più importanti vi sono stati, anzitutto i risultati incontrovertibili degli studi randomizzati e controllati. [...]*

*In secondo luogo le costrizioni finanziarie hanno ucciso la libertà clinica. [...]*

*Un terzo fattore è stata la graduale presa di coscienza da parte del pubblico che i medici non sono sempre degni di fiducia. [...]*

Dunque una crisi della clinica, perché senza libertà qualsiasi branca del sapere non può che entrare in una situazione di crisi. Quale futuro si prospetta dunque per la Medicina interna?

Un *Report* della Society of General Internal Medicine degli USA giunge alle seguenti conclusioni:

*La Medicina dei nostri giorni è in uno stato di caos per i medici, per i pazienti e per i finanziatori. Noi raccomandiamo che la medicina interna generale proceda dalla confusione alla innovazione, fondata sul nostro costante obiettivo di migliorare la cura del paziente. Il domani dell'internista generale continuerà ad essere la cura primaria e principale degli adulti. Le abilità che possono distinguere l'internista generale e possono migliorare il benessere del paziente includono quelle di indurre un aumento della capacità di autogestione da parte del paziente, di fornire informazioni trasparenti e di aumentare la partecipazione del paziente. L'internista generale deve aspirare ad essere esperto e ben informato in modo che egli ed i suoi collaboratori possano fornire alla maggior parte dei loro pazienti le cure mediche correnti, incluse quelle per le più comuni malattie croniche.<sup>9</sup>*

L'aspetto più innovativo di queste "raccomandazioni" sta nel richiedere all'internista un maggiore coinvolgimento del malato nella cura. Attraverso una chiara informazione il medico dovrebbe mettere in grado il proprio pa-



ziente di assumere un ruolo di collaborazione attiva nell'iter diagnostico e terapeutico. Va tuttavia precisato che un tale orientamento, tipico della cultura anglo-americana, in Europa, e in particolare in Italia, è sempre stata accolto non senza quegli adattamenti tesi a non caricare troppo chi è già in difficoltà per la malattia dell'onere di scelte spesso molto difficili. È giusto però che si affidi ai pazienti, quelli consapevoli ed in grado di collaborare, l'auto-gestione di quei controlli che talune condizioni (p.es ipertensione arteriosa, diabete mellito, terapia con anticoagulanti orali) rendono necessari con frequenza. Va poi notato che la denominazione di *Society of General Internal Medicine*, nonostante la sua ambiguità (almeno per noi) sembra rivolgersi, almeno prevalentemente, al corrispettivo dei nostri medici di famiglia, la cui diversità di compiti rispetto agli internisti è invece nel nostro paese molto più netta.

Più stretta aderenza alla Medicina interna, intesa come branca specialistica, quale essa è, hanno gli indirizzi della *Association of Program Directors in Internal Medicine* (APDIM) tesi a ridisegnare la formazione dei *resident* (i nostri specializzandi) in Medicina interna.<sup>10</sup> Ma anche qui troviamo subito un'affermazione che non si discosta molto da quanto sopra abbiamo visto:

*I cambiamenti nella pratica della medicina interna hanno reso inadeguato il centena-*

*rio modello di educazione, basato sui pazienti ricoverati. Questo sistema fu sviluppato nell'assunto che l'internista dovesse prendersi cura dei pazienti con le malattie più gravi e difficili, spesso come consulente all'interno dell'ospedale. Oggi l'internista serve spesso come medico di base (primary care physician). [...]*

*Con il diminuire dei tempi di permanenza degli ammalati nell'ospedale e con lo spostamento verso i servizi extra-ricovero del luogo di cura di molti problemi clinici la diversità delle esperienze nella cura dei pazienti e il tempo per la riflessione sono diminuiti.*

Insomma, mentre l'ospedale è divenuto sempre più un luogo di ricovero per malati acuti e i tempi di degenza, anche per motivi economici, si sono notevolmente accorciati, la Medicina Interna è mutata, e così è mutato il ruolo dell'internista e dovrebbe mutare la sua formazione. E sembra di intendere che anche per gli esperti dell'APDIM Medicina interna e Medicina di base dovrebbero essere intese come due discipline che sfumano l'una nell'altra. D'altro lato sono altresì piuttosto stretti i rapporti tra Medicina Interna e subspecialità all'interno di essa, poiché un periodo di formazione come *resident* in Medicina Interna di 3 anni (che alcuni vorrebbero ridurre a 2), il cosiddetto "tronco comune", ne costituisce la porta d'ingresso obbligatoria.

## INFORMAZIONI

### di carattere medico-scientifico

Vi è poi il problema dei rapporti tra medicina interna e i così detti medici "hospitalists". Il termine è stato introdotto nel 1996 da Wachter e Goldman con un articolo sul *New England Journal of Medicine*<sup>11</sup>. Gli stessi autori, cinque anni più tardi, valutando l'espansione degli "hospitalists" scrivevano:

*Cinque anni fa abbiamo descritto un modello di cura in rapida espansione negli Stati Uniti, in cui una nuova specie di medici, che abbiamo ribattezzato "hospitalists", assume la cura dei ricoverati in luogo dei medici di base o dei docenti che svolgono questo compito 1 mese all'anno. [...] Per il 90% gli "hospitalists" sono internisti: per il 50% internisti generali e per il 40% internisti di sub-specialità. In quest'ultimo gruppo la metà sono pneumologi o specialisti di terapia intensiva.*<sup>12</sup>

Un recente articolo di Lindenauer et al ha valutato positivamente il lavoro svolto dagli "hospitalists" a confronto con gli internisti generali e con i medici di base in termini di riduzione, sia pure modesta, della durata dei ricoveri e dei tassi di letalità e di riammissione all'ospedale.<sup>13</sup>

Dall'insieme di questi contributi sugli "hospitalists" ci pare risulti chiara anzitutto che la qualifica di internista negli USA ha molto a che vedere con il medico di base quando si tratta di un "general internist", mentre il termine di "internista" (seguito da apposita specificazione) si applica anche a quanti si specializzano in ambiti che sono parte della medicina interna (p.es cardiologi, pneumologi, ematologi ecc). Inoltre l'attribuzione dei compiti di diagnosi e cura dei malati ospedalizzati negli USA è profondamente diversa dalla nostra, in quanto affidata ai curanti abituali dei pazienti che vengono ricoverati (medici di famiglia, o internisti generali), oppure al docente di turno con l'aiuto dei *residents* ed eventualmente dei *consultants* (consulenti specialisti) dell'ospedale. Noi abbiamo invece da tempo i nostri "hospitalists" in quanto i medici di servizio in ospedale, a tempo pieno o a tempo definito, passano comunque molte ore nell'i-

stituzione e offrono quindi quella pronta disponibilità e quell'accumulo di esperienza sulla medicina ospedaliera che negli USA si sono volute favorire con la creazione di questo nuovo tipo di medici.

La rappresentazione della Medicina Interna che traspare da quanto ci giunge dagli Stati Uniti d'America ce la mostra schiacciata da un lato sulla medicina generale e dall'altro dalle subspecialità ad essa afferenti di cui essa rappresenterebbe soltanto il prologo. Il nostro punto di vista è invece differente e può essere riassunto nelle proposizioni seguenti.

1. La Medicina Interna si fonda su una diretta, ampia, approfondita conoscenza del malato ed ha il suo fondamento nell'esperienza clinica maturata in continuo scambio con la guida di autorevoli fonti del sapere (la Scuola, i libri, le riviste scientifiche, l'aggiornamento *on line*), ricordando che, per citare ancora una volta Murri: «È in Clinica, solamente in Clinica che si forma la vera scienza clinica».<sup>14</sup>

2. La Medicina Interna è inscindibilmente legata al metodo clinico. Essa, infatti, si è costituita per giungere, attraverso la raccolta – comunque effettuata – di sintomi e segni, alla definizione di una diagnosi, premessa necessaria per una terapia razionale. Questo obiettivo consiste nell'identificazione, non di una "cosa" che si riesce a percepire direttamente, ma di un costrutto mentale che viene "raggiunto" sulla base di inferenze su elementi tratti dall'osservazione, aiutate dal "sapere di sfondo" del medico che consente la formulazione di ipotesi da confermare o da smentire. Si tratta dunque, almeno in larga misura, di un procedimento logico. Scrive Giovanni Federpispil a questo proposito:

*In medicina, come in ogni altra attività intellettuale, è necessario ragionare; tuttavia, più che in molti altri campi del pensiero, in medicina è indispensabile ragionare in modo corretto. Infatti, molti errori medici non sono frutto di osservazioni imprecise o di valutazioni sbagliate, ma rappresentano la conseguenza di ragionamenti scorretti.*

*Lo strumento del pensare corretto è la logica.*<sup>15</sup>

3. La Medicina Interna, in quanto mette al centro il contatto diretto col malato richiede la capacità del medico di stabilire un positiva relazione con i propri pazienti. Gli strumenti utili a questo fine sono numerosi (onestà, correttezza di comportamento, capacità di ascolto, formazione psicologica, interesse autentico per l'altro, ecc.), ma su di uno vogliamo richiamare in particolare l'attenzione: la capacità di comunicare. Lo faremo con le parole di Costantino Iandolo che ha tanto contribuito a valorizzare questo aspetto:

*L'internista, cultore della Medicina globale, della Medicina olistica deve, a differenza degli specialisti, occuparsi di tutta la persona del malato. Prima di chiedersi quale sia la sua malattia deve pertanto sforzarsi di comprendere chi sia quell'essere vulnerabile che viene a chiedere il suo aiuto, quali siano le sue preoccupazioni e le sue attese, quale sia la sua biografia, quale il suo livello culturale. Per raggiungere questo scopo l'internista ha a sua disposizione un'arma molto efficace, e cioè la comunicazione diadica col malato.*<sup>16</sup>

I tre aspetti che abbiamo succintamente illustrato configurano un compito molto pesante per chi si dedichi alla Medicina Interna: sapere, saper fare, saper ragionare, saper comunicare. Sono sufficienti le capacità di un medico a sobbarcarsi tutti questi compiti?

Più di trent'anni fa – eravamo nei primi anni '70 – il professor Frugoni, allora novantenne, invitò a cena nella sua casa la Redazione de «Il Policlinico». Nella conversazione del dopo-tavola mi azzardai a chiedergli:

«Ma Lei, Professore, la Medicina Interna la conosceva proprio tutta?»

«Sì – mi rispose – ma soltanto fino ad un certo punto della mia vita. Poi non fu più possibile». Ecco il problema vero che abbiamo di fronte: l'impossibilità di possedere una conoscenza completa e approfondita di tutte le branche della Medicina Interna. E allora per evitare

che l'internista sia quello che “sa niente di tutto” bisogna che la Medicina Interna resti fedele al metodo clinico, evitando *gli eccessi* di tecnicismo che lo insidiano; che sviluppi l'attitudine a ben ragionare; che aumenti la sua capacità di ascoltare i pazienti e di comunicare con loro. Tutto questo è possibile, anche se nella pratica applicazione richiede più tempo di quanto molti medici siano disposti a concedere - o possano concedere - ad ogni singolo malato.

La Medicina Interna, inoltre, trova la sua specificità nella soluzione dei problemi clinici complessi; dovrebbe essere il passo che precede l'avvio allo specialista in molte situazioni cliniche non ben definite; deve saper colloquiare con gli specialisti il cui intervento è spesso indispensabile; deve intervenire anche dopo che un paziente ha sentito il parere di specialisti di branche diverse per cercare di mettere insieme le diverse tessere del mosaico che intorno a quel determinato paziente si è venuto componendo. Deve considerare come suo patrimonio più prezioso il ragionamento clinico e la relazione medico-paziente.

Se volessi cercare una metafora del medico internista mi rifarei ad un direttore d'orchestra, capace di suonare uno o due strumenti soltanto, ma allo stesso tempo capace di giudicarli criticamente tutti, e di coordinarli in modo che il suono complessivo dell'orchestra sia quello che dà il risultato migliore. E ciò non perché la Medicina Interna debba sovrastare ogni altra specialità, ma perché possa, insieme ad esse, mettersi meglio al servizio del malato. Negli ospedali la struttura dipartimentale può riuscire a realizzare questo lavoro d'insieme; nella pratica extra-ospedaliera sarebbe utile la creazione di gruppi integrati di specialisti diversi, tra i quali l'internista potrebbe esercitare funzione di raccordo, ma anche coprire un settore in cui abbia acquisito una competenza più profonda. L'importante è di conservare alla Medicina Interna gli aspetti caratterizzanti del metodo e del rapporto con il malato e di adattare quello della conoscenza e dell'esperienza cliniche alla complessità della scienza e del mondo che abbiamo di fronte.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Premuda L *La costituzione delle specialità*. In Mirko D Grmek (a cura di) *Storia del pensiero medico occidentale: 3. dall'età romantica alla medicina moderna*. Laterza, Roma-Bari 1998, pp.389-416, in particolare p.390.

2. Murri A *Lezioni di clinica medica. Sulla tubercolosi polmonare* 26 Novembre 1905. Società Editrice Libreria, Milano, p. 143.

3. Murri A *Lezioni di Clinica Medica: Il pensiero scientifico e didattico della clinica medica bolognese*. 17 gennaio 1905. Società Editrice Libreria, Milano 1919, p. 15.

4. Frugoni C *L'essenza e gli obbiettivi dell'insegnamento clinico*. Prolusione tenuta a Roma il 12 gennaio 1932. Il Policlinico Sez Prat 1932;39:125-133.

5. Cagli V *È ancora attuale il metodo clinico?* In, *Medicina interna: da dove e verso dove*. Convegno a cura dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. (Roma, 21 settembre 1995) Il Policlinico Sez Prat. 1996;103: 115-118.

6. Cagli V *La crisi della diagnosi: cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*. Armando Editore, Roma 2007, p. 89.

7. Ivi, pp.63-82.

8. Petch MC *Heart disease, guidelines, regulation and the law*. Heart 2002;87:472-479.

9. Larson B, Fihn SD, Kirk LM et al *The future of general internal medicine*. J Gen Intern Med 2004;19:69-77.

10. Fitzgibbons JP, Bordley DR, Berkowitz LR et al *Redesigning residency education in internal medicine. A position paper from the Association of Program Directors in Internal Medicine*. Ann Intern Med 2006;144:920-926.

11. Wachter RM, Goldman L *The emerging role of "hospitalists" in the american health care system*. N Engl J Med 1996; 335; 514-517.

12. Wachter RM, Goldman L *The hospitalists movement 5 years later*. JAMA 2002; 287: 487-494.

13. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS et al *Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians*. N Engl J Med 2007;357: 2589-2600.

14. Murri A *Prolusione al corso di Clinica Medica*. Letta il 9 Gennaio 1876 nella R. Università di Bologna. Nicola Zanichelli, Bologna 1876, p.27.

15. Federspil G *Logica clinica*. McGraw-Hill, Milano 2004, p. 17.

16. Iandolo C *Parlare col malato*. In, *Medicina interna: da dove e verso dove*. Convegno a cura dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. (Roma, 21 settembre 1995) Il Policlinico Sez Prat. 1996;103:119-125.



# Odierno concetto di Ossigeno-Ozono terapia negli USA per l'Odontoiatria

di Federico Fabbri

Presidente Commissione Odontoiatri Ancona

Come è stato affermato con un articolo del Dott. Lamberto Re pubblicato nel bollettino dell'Ordine di Ancona recentemente, l'uso della terapia con ossigeno-ozono è andato crescendo negli ultimi anni in tutto il mondo per il trattamento di molte condizioni patologiche relazionate al dolore, per l'infiammazione, per le infezioni acute e croniche, per l'aterosclerosi, per il diabete, ecc. Anche l'Odontoiatria, se pur molto lentamente, sta tentando di abbracciare questa "nuova forma terapeutica". In America, come ci riferisce il Dott. John A. Rothchild, DS, FAGD, MAGD, DAAPM, Assistant Prof., Rush University Medical School, Chicago, Associate Prof. Emeritus, Capital University of Integrative Medicine, Washington, già nel 1998 la Capital University di Washington iniziava un programma di ricerca. Successivamente il Dott. Philip Mollica e il Dott. Robert Harris incominciarono a offrire una serie di seminari per insegnare agli Odontoiatri la teoria e la pratica dell'ossigeno-ozono terapia nell'ambito delle malattie del cavo orale, come per esempio la malattia parodontale, le infezioni endodontiche, le carie dentali, le osteomieliti, le lesioni erpetiche, le osteonecrosi da bifosfonati. I metodi terapeutici di somministrazione di ossigeno-ozono intraorale includono:

- 1) iniezioni di gas,
- 2) irrigazioni con acqua ozonata,
- 3) insufflazioni di tasche con gas,
- 4) applicazioni topiche di olio ozonato.

I traguardi terapeutici ottenuti sono stati:

- 1) eliminazione degli agenti patogeni,
- 2) reintegrazione del corretto metabolismo di ossigeno,
- 3) miglioramento circolatorio,
- 4) stimolazione di un sistema antiossidante,
- 5) stimolazione immunitaria.

## TRATTAMENTO DELLA LESIONE CARIOSA

Più di 30 studi sono stati presentati, mostrando che una bassa concentrazione di gas di ossigeno-ozono, applicato per poche decine di secondi, inibisce l'avanzamento di cavità cariose sia coronali che radicolari e diminuisce l'ipersensibilità dentinale. L'unico avvertimento richiesto è l'uso di un'appropriata tecnica di aspirazione per l'evacuazione del gas che può causare una lieve irritazione agli occhi e alle mucose del primo tratto dell'albero respiratorio.

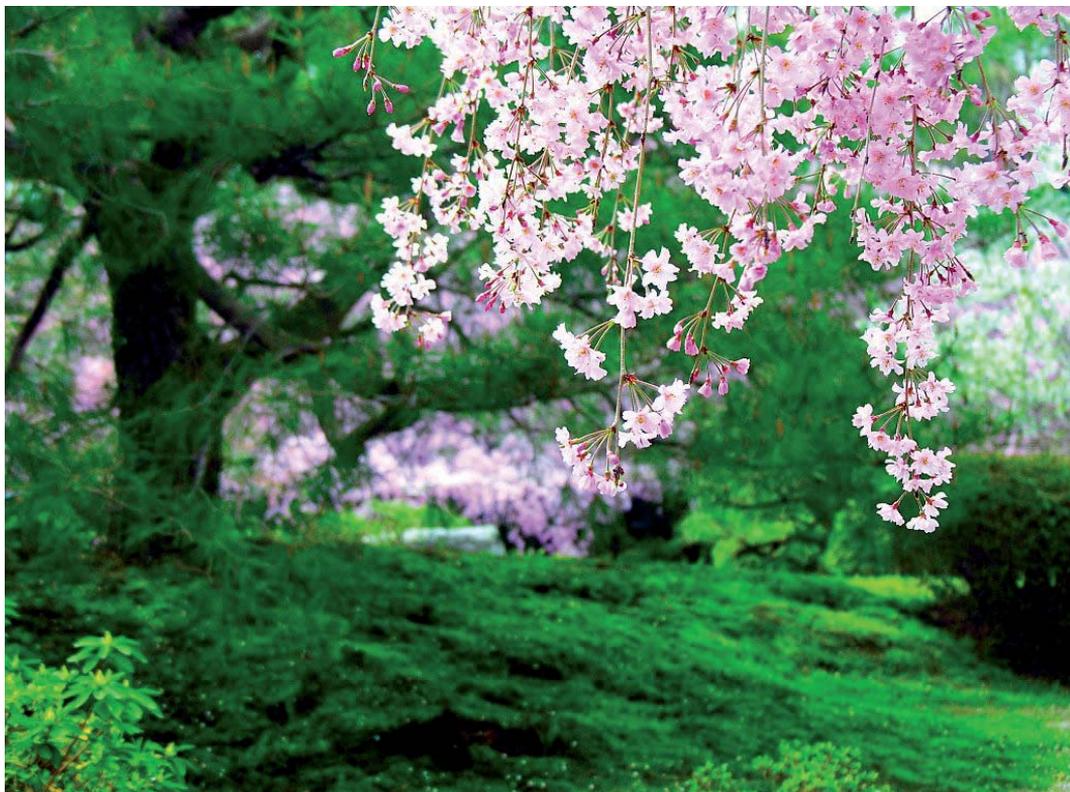
## TRATTAMENTO DEI CANALI RADICOLARI

Uno studio giapponese del 2004 ha dimostrato che l'acqua ozonata ha le stesse caratteristiche antimicrobiche dell'ipoclorito di sodio al 2,5% senza il minimo rischio di tossicità e favorisce i processi di cicatrizzazione. Un altro studio ha evidenziato che l'uso dell'olio ozonato si può equiparare, in meglio, all'uso dell'idrossido di calcio. La procedura usata è la seguente:

- 1) gli strumenti canalari sono cosparsi di olio di oliva ozonato per lubrificare e disinfettare;
- 2) i canali sono strumentati e poi irrigati con acqua ozonata, quindi asciugati;
- 3) prima della loro chiusura i canali vengono lentamente insufflati con una media-alta concentrazione di ossigeno-ozono per 45\60 secondi.

## TRATTAMENTO DELLA MALATTIA PARODONTALE

Prima di iniziare qualsiasi trattamento, le tasche vengono irrigate con acqua ozonata tramite una siringa e una cannula per ridurre il carico batterico iniziale, poi a trattamento specifico avvenuto viene insufflato gas ossigeno-ozono, che saturando il fluido crevicolare



provvede a sterilizzare la zona. Successivamente viene consigliato di fare applicazioni topiche con olio d'oliva ozonato per migliorare la guarigione della ferita e prevenire le recidive.

#### **TRATTAMENTO POST ESTRATTIVO E NECROSI DA BIFOSFONATI**

Dopo una terapia estrattiva è consigliato irrigare e insufflare l'area per ottenere una più rapida guarigione senza o con meno complicazioni. La necrosi da bifosfonati è ancora estremamente difficile da trattare sia medicalmente che chirurgicamente. C'è stato qualche successo con l'ossigeno-ozono terapia sia con iniezioni intraossee che con applicazioni tramite tray intraorali.

#### **CONCLUSIONI**

Sembra che l'ossigeno-ozono terapia abbia avuto parecchi riscontri positivi in odontoiatria, poiché disinfetta e non lascia residui tossici, elimina i microorganismi patogeni con pic-

colissime quantità di prodotto e più velocemente delle terapie comunemente in uso ed ha una incidenza quasi nulla di effetti collaterali. Un caloroso ringraziamento va al collega Dott. John A. Rothchild per questo aggiornamento sullo stato dell'arte in ossigeno-ozono terapia.

#### **BIBLIOGRAFIA**

Wentworth P.Jr et al. Proc. Natl. Acad. Science 2003;100:1490-3.

V. Bocci, Ozone, A New Medical Drug, Springer Publishing, 2005.

Mollica P., Harris R. Dental Economics, September 2007.

Hagayoshi M. et al. J. Endod. 2004;30:778-81.

Vierira A. Braz. Dent. J. 2007;18:299-304.

# Adolescenti difficili

## Difficoltà maturative tra normalità e patologia

di Ilaria Capecci - Psichiatra

Che cos'è l'adolescenza? Prima di entrare pienamente in un campo psico e socio-patologico e parlare di difficoltà maturative dell'individuo, è bene tentare di dare una definizione di adolescenza e, soprattutto, provare a capire chi è "l'adolescente difficile".

La risposta ad entrambe le domande è sicuramente diversa se a darla sono i ragazzi o i loro genitori, la società o i cosiddetti "esperti".

Questi ultimi, a cui appartengono varie categorie professionali mediche e paramediche (psichiatri, neuro-psichiatri, pediatri, psicologi, sociologi), potrebbero definire l'adolescenza, in modo sufficientemente univoco, come un lungo e faticoso tragitto dall'infanzia all'età adulta, durante il quale si tenta di costruire identità e progetto di vita.

E se l'adolescenza è per definizione un percorso irto di difficoltà, chi è l'adolescente difficile? O meglio, per chi l'adolescente è difficile?

Sicuramente i ragazzi, in quanto attori protagonisti della propria vita, sono i primi a fare le spese delle molteplici difficoltà maturative cui vanno incontro durante la loro crescita; tutti loro, infatti, in questa fase, subiscono repentini e continui cambiamenti fisici e psichici. Non più bambini ma non ancora adulti, non possono essere più come prima ma non sanno ancora chi diventeranno, impantanati in un limbo che, sempre più spesso, si rivela pericoloso o doloroso.

Contemporaneamente i genitori, come descriveremo meglio successivamente, a volte stentano a riconoscere i propri figli che vanno incontro a cambiamenti tanto rapidi, quasi giornalieri.

La società, invece, definisce difficili quegli individui che non sottostanno alle regole del vi-



vere comune o alla legge, quelli che creano problemi, "i piccoli delinquenti", senza pensare che alla base ci possa essere un disagio più o meno grave.

Infine gli "esperti", psicoterapeuti, medici, tutti gli operatori del settore, che trovano difficoltà nell'agganciare un adolescente che spesso viene trascinato dai genitori a fare colloqui di cui non sente il bisogno e con persone scelte per loro da altri; instaurare una relazione con loro è sicuramente difficile.

Vista la difficoltà di definire in modo univoco e condiviso quali siano effettivamente gli adolescenti difficili (tutti o pochissimi?) e come intervenire in casi che li coinvolgono, potrebbe essere utile valutare l'origine e le manifestazioni di quelle che sono state finora chiamate "difficoltà maturative".

Innanzitutto dobbiamo tenere a mente che l'uomo, tra tutti gli esseri viventi, è quello che presenta il più lungo percorso di crescita; essa, infatti, occupa oltre un quarto del nostro ciclo di vita. Tale durata è spiegabile sia attraverso lo studio delle caratteristiche genetiche di specie, orientate ad un'elevata plasticità che consente l'evoluzione di fenomeni culturali, sia alla complessità, molteplicità e mute-

## INFORMAZIONI di carattere medico-scientifico



volezza dei fenomeni esterni (Maturana, 1980).

Nelle culture più evolute possiamo vedere che tutti i mutamenti psico-comportamentali ed i fenomeni puberali (es. menarca) che li accompagnano tendono a manifestarsi in epoche precoci del ciclo di vita ma a sfumare lentamente e giungere sempre più tardi, in alcuni casi mai, al loro completamento che conosciamo come età adulta.

Un altro elemento importante che deve essere tenuto presente è l'irregolarità e la discontinuità con cui avviene la maturazione psico-fisica umana. Esistono, infatti, periodi di sviluppo lineari che si alternano a momenti critici sia dal punto di vista del cambiamento fisico che psico-comportamentale. Tale variabilità è evidente sia tra individuo ed individuo che all'interno del percorso maturativo in uno stesso soggetto.

Il fatto che la maturazione non sia uguale per tutti gli individui può avere conseguenze di tipo psicologico e comportamentale.

Solo recentemente si è giunti alla scoperta che sono due le fasi di maturazione cerebrale, che si conclude verso i venti anni di età, coincidenti con la pubertà (Medical Research Council, Institute of Psychiatry of London, 2005). Una fase è caratterizzata dall'incremento della mielina che circonda gli assoni e, in questo modo, accelera la conduzione degli impulsi. L'altro evento è la riduzione, di circa il 50%, dei collegamenti nervosi a livello della corteccia prefrontale, l'area cerebrale adibita alle

"funzioni direttive" quali la capacità di fissare obiettivi e priorità, senso dell'organizzazione ed inibizione degli impulsi; quelle stesse funzioni che sembrano mancare agli adolescenti.

Diversi studi eseguiti negli ultimi anni hanno dimostrato la capacità dell'uomo adulto di "mettersi nei panni dell'altro"; già la scoperta dei neuroni specchio (mirror neurons) ha consentito di mettere a fuoco come comprendere il comportamento degli altri comporti il tradurre le azioni che osserviamo nel linguaggio neurale delle nostre

azioni (Rizzolati). È stato dimostrato, inoltre, che l'essere umano adulto possiede sistemi specchio multipli (mirror systems), ad es. nella corteccia somatosensoriale per il tatto o per il dolore (Singer et al, Science, 2004); infatti è conosciuto che l'area cerebrale nota con il nome di insula anteriore si attiva sia quando si prova disgusto, sia quando si è testimoni del disgusto altrui (Keyers et al., Neuron, 2004). Da studi precedenti è emerso che le aree frontali destre della nostra corteccia cerebrale si attivano non solo quando sono interessate al movimento ma anche alla motivazione, cioè a decifrare le intenzioni e le azioni future degli altri; inoltre la loro attivazione è determinata sia dall'osservazione che dall'imitazione delle espressioni facciali (Iacoboni et al., Nature Neuroscience, 2003). E ancora, è stato osservato che chi ha una compromissione della propria esperienza emozionale, come nell'Autismo o nella Sindrome di Asperger, non riesce a riconoscere e a giudicare le emozioni altrui (Adolphs); analogamente l'empatia si realizza attraverso la simulazione dei presunti stati emozionali altrui dentro noi stessi.

Ma tali capacità, come precedentemente accennato, sono proprie dell'uomo adulto; un adolescente non ha, per definizione, ancora completato la maturazione di quelle aree cerebrali adibite all'interazione con l'altro.

Il rimodellamento corticale, dunque, spiega il livello sorprendentemente elevato di egocentrismo tipico degli adolescenti, e i cambiamenti cerebrali che si verificano nella pubertà

influenzano soprattutto, motivazioni ed emozioni e si manifestano con cambiamenti repentini di umore, contrasti con l'autorità, propensione al rischio, altre caratteristiche proprie dell'adolescenza. Per il periodo in cui avvengono le modificazioni cerebrali, infatti, i ragazzi hanno difficoltà a riconoscere le emozioni altrui. Questo potrebbe in parte spiegare la loro capacità a "mettersi nei guai", la difficoltà a cogliere i segnali di pericolo ed a valutare l'effetto delle loro azioni sugli altri; gli adolescenti si sentono al centro dell'universo. In generale, se ci riferiamo alla mente umana ed a tutte le sue possibili espressioni comportamentali, il patrimonio genetico svolge un ruolo indiretto; quello di una maggiore o minore predisposizione ad un determinato comportamento. D'altra parte anche l'ambiente svolge un ruolo indiretto in quanto ogni apprendimento o conoscenza sono il risultato di processi attivi attraverso cui una persona, nel corso della sua evoluzione durante il ciclo di vita, seleziona, riordina ed attribuisce un senso, in termini di coerenza interna, a tutto quello che percepisce con i suoi sensi. Non dobbiamo pensare, però, che l'ambiente agisca sul comportamento individuale in maniera meccanicistica; i vari stimoli esterni sono, infatti, raccolti tramite recettori siti in specifici organi di senso e di lì trasmessi, attraverso vie più o meno specifiche, al sistema nervoso centrale ed ivi elaborati da specifici centri corticali, mediante processi di selezione e rielaborazione. In questo modo l'esperienza può essere gestita in modo personale ai fini del proprio adattamento ed utilizzata nella costruzione di un determinato senso di sé e del mondo.

Quindi, se prendiamo in considerazione l'insieme delle caratteristiche dei sistemi evolutivi umani, dobbiamo sottolineare l'esclusività e l'unicità dell'esperienza soggettiva, derivante dalla costante interazione tra patrimonio genetico ed esperienze apprese, che interviene nella costruzione dell'identità. Nel lungo percorso per acquisire un senso maturo di identità, come sappiamo, intervengono attivamente sia le potenzialità genetiche, espresse dal patrimonio cromosomico, sia i fattori ambientali. Già Howe (1988) ed altri studiosi di gene-

tica molecolare, hanno affermato che non è possibile distinguere in modo netto, all'interno del nostro ciclo di vita, le influenze genetiche e quelle ambientali, se non soltanto in linea puramente teorica. Più recentemente, nei suoi studi di neurobiologia, Calissano (1992, 2000, 2001) ha affermato che i geni agiscono principalmente sullo sviluppo delle diverse strutture cerebrali e dei circuiti principali che consentono attività quali quella motoria, sensitivo-sensoriale, la funzione vegetativa, neuroimmunoendocrina, le attività emozionali e le funzioni simboliche. È chiaro che l'apporto genetico sullo sviluppo ideo-affettivo e sul comportamento è per lo più indiretto e contribuisce soprattutto alla formazione del temperamento, del senso di dipendenza/indipendenza, di introversione/estroversione etc.

La costante interazione tra fattori appresi e fattori costituzionali è evidente per i vari aspetti comportamentali: ad esempio la produzione ormonale gioca un ruolo determinante nella regolazione dell'aggressività (ormoni tiroidei), nella messa in atto di un comportamento esplorativo, nel corteggiamento e nell'accudimento della prole (ormoni sessuali). E proprio sul ruolo degli ormoni è importante fare un approfondimento; gli effetti di estrogeni e testosterone sul corpo rappresentano l'espressione più evidente dell'adolescenza. Gli estrogeni stimolano la crescita di utero e seno ma determinano anche la forma della silhouette femminile, ridistribuendo e ridepositando i grassi. Nei maschi il testosterone scolpisce il corpo e fa crescere i peli e la barba. Verrebbe da pensare, ed in effetti si è sempre pensato, che i comportamenti tipici degli adolescenti



## INFORMAZIONI

### di carattere medico-scientifico

siano causati esclusivamente dagli ormoni. In realtà le connessioni tra le concentrazioni ormonali ed i comportamenti poco equilibrati sono deboli o inesistenti (The Guardian, 2005). Non vi è alcun legame consolidato, infatti, tra le concentrazioni di testosterone in circolo e la violenza negli adolescenti. Anzi, esiste un legame ben più chiaro tra le concentrazioni di questo ormone e i livelli di simpatia e di rispetto ottenuti dai coetanei. Un'ipotesi è che i maschi adolescenti utilizzino i segnali ambientali per determinare la "normalità" del comportamento; infatti non sarebbero le concentrazioni di testosterone a rendere ribelli gli adolescenti, ma le persone che li circondano (Medical Research Council, Institute of Psychiatry of London, 2005). Quello che definiamo "comportamento adolescenziale" non è dunque unicamente dovuto agli ormoni. Non è solo il testosterone ad incentivare comportamenti a rischio: è l'incapacità del cervello immaturo di valutarli adeguatamente che porta gli adolescenti ad invischiarsi in situazioni difficili. Ulteriori implicazioni le troviamo a livello sessuale; le ragazze, attraverso gli ormoni, prendono le fattezze di donna ed i ragazzi, attraverso l'azione del testosterone, pensano al sesso ogni sei secondi. Intanto le funzioni razionali sono temporaneamente interrotte ed il cervello è momentaneamente "chiuso per rinnovo locali"!

Durante la pubertà, quando si scatenano quotidiane tempeste ormonali, avviene qualcosa di strano, ragazzi che prima erano dolci ed accondiscendenti diventano brontoloni, si vestono solo di nero, restano a letto fino a mezzogiorno e mangiano merendine da 5000 calorie ciascuno, sono pieni di acne e nel giro di pochi mesi non entrano più negli stessi vestiti; inoltre si annoiano a velocità supersonica e non sembrano in grado di concentrarsi su nulla per più di cinque minuti. Tanto che viene da chiedersi se il proprio figlio non sia stato scambiato da un alieno del pianeta Mtv in un momento di distrazione.

Gli adolescenti sono intrappolati in un limbo, non sono né bambini né adulti, non più e non ancora. Riuniscono in sé vulnerabilità e potenzialità, un micidiale combinazione che in-

curiosisce, ma al tempo stesso allontana, gli adulti; tutto quello che fanno è caratterizzato da una forte intensità emotiva.

Tutte le caratteristiche finora descritte però, se da un lato li rende affascinanti, dall'altro lato fa di loro individui perennemente a rischio: dati preoccupanti, infatti, parlano di crescita esponenziale degli incidenti gravi, uso di droghe ed alcol, comportamenti sessuali a rischio ed i primi segni di disturbi emotivi che potrebbero durare tutta la vita se non si intervenisse in tempo.

Un altro aspetto importante della maturazione adolescenziale è quella che chiameremo "depressione fisiologica"; infatti, i processi di maturazione, che hanno il loro fulcro nella costruzione dell'identità, si articolano attraverso momenti fisiologici di instabilità che comportano bruschi e transitori abbassamenti del tono dell'umore, espressione dei riasseti critici dell'equilibrio interno, in rapporto alle capacità soggettive di assimilare e di riferire a sé l'esperienza vissuta. Studi condotti all'inizio degli anni '80 da numerosi studiosi hanno dimostrato che gli scompensi depressivi adolescenziali conseguono ad eventi vissuti come perdita; separazioni o divorzi, perdita di persone care, gravi malattie, sradicamenti sociali o fallimenti scolastici ecc...(Brown e Harris, 1978; Diener e Dweck, 1980).

Il senso di svalutazione e di disperazione appreso in questo modo, comporta la sotto stima dei successi ottenuti contemporaneamente alla sopravvalutazione dei fallimenti, fino all'attivazione di scompensi nevrotici o, nel peggiore dei casi, psicotici. Il controllo inadeguato della rabbia, che caratterizza questi scompensi, fa oscillare l'adolescente tra autoimpuntazioni ed autocommiserazioni e può condurlo a mettere in atto comportamenti autodistruttivi (omicidi, suicidi) o far uso di sostanze anestetizzanti (alcol, droghe).

L'esistenza individuale, dunque, durante tutto il ciclo di vita, è costellata da periodiche perturbazioni critiche più o meno intense e persistenti. Quando tali oscillazioni superano la soglia di stabilità individuale, come accade con relativa frequenza in una fase delicata come l'età adolescenziale, innescano cambiamenti

profondi con modificazioni del senso di identità personale. La "crisi" è un'esperienza soggettiva di discontinuità per la quale "non ci si sente più se stessi". A questo punto si apre la strada ad una ristrutturazione profonda che può essere progressiva o regressiva che si accompagna a manifestazioni cliniche più o meno gravi. Come già accennato, l'adolescenza coincide con un periodo ricco di fasi critiche di cambiamento e di evoluzione; in questa fase i giovani si trovano ad affrontare due problemi: il passaggio dal controllo parentale all'autonomia e la consapevolezza della maturazione sessuale. L'adolescente deve scegliere quale persona intende diventare e cerca di aderire o si crea dei valori e degli ideali in cui credere. La situazione personale e sociale è cambiata rispetto alla generazione precedente e i principi ed i comportamenti accolti dai genitori devono essere confrontati con una nuova realtà e subire una rielaborazione autonoma.



langolo, 2001.

Diener C.I., Dweck C.S.: *Un'analisi di happiness istruito: l'elaborazione del successo*. Giornale di personalità e psicologia sociale, 1980.

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987.

Guidano V.F.: *A systems, processed-oriented approach to cognitive therapy*. In: Dobson K.S. (Ed.): *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*. Guildford, New York, 1988.

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guildford, New York, 1991.

Guidano V.F.: *Affective change and in a cognitive therapy system approach*. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.): *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guildford, New York, 1991.

Howe M.L., Brainerd C.J. (Eds.): *Cognitive development in adulthood: progress in cognitive development research*. New York, Berlin, Springer-Verlag, 1988.

Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980.

Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987.

Nardi B.: *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B.: *La depressione adolescenziale*. In: Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Terapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Nardi B., Bandoni M., Santone G. (Eds.): *Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M.*, Quaderni della ASL 7, Ancona, 2004.

## BIBLIOGRAFIA

Brown G.W., Harris T.: *The social origins of depression*. Tavistock, London, 1978.

Calissano P.: *Neuroni. Mente ed Evoluzione*. Garzanti libri, 1992.

Calissano P.: *Il clamore intorno a una scoperta scientifica. Non esiste un gene per l'intelligenza*. Corriere della Sera, 2000.

Calissano P., Mancina M., Parisi D.: *Mente e cervello: un falso dilemma?*. Il Nuovo Me-

# Corso di "Innovazione tecnologica non invasiva applicata alla Cardiologia Nucleare"

di Giorgio Ascoli\* e Marco Mazzanti\*\*



Con gli esami di profitto finali svolti il giorno 14 luglio, alla presenza della Commissione nominata dalla Regione Marche, si è concluso il Corso di "Innovazione tecnologica non invasiva applicata alla Cardiologia Nucleare" di 800 ore iniziato il 20/12/2007. Eseguito sotto l'egida del Fondo Sociale Europeo, autorizzato dalla Regione Marche, è stato il primo corso di alta specializzazione a livello nazionale autorizzato in Italia. Questo Corso ha consentito di creare figure professionali, high skill, ovvero Dirigenti Medici con elevata specializzazione per l'applicazione di algoritmi decisionali, meno costosi, ma estremamente efficaci nell'ambito dell'imaging non invasivo in Cardiologia.

Vi hanno partecipato 15 Medici provenienti da diverse regioni italiane, di cui sette marchigiani. Questo corso, ideato dai progettisti

Dott. Giorgio Ascoli\*, Direttore della SOD di Medicina Nucleare e Dott. Marco Mazzanti\*\*, Responsabile dell'Imaging integrato del Presidio Lancisi, e gestito per la parte organizzativa dalla PROMISE GROUP s.r.l. di Ancona, ha fatto seguito all'analogo corso conclusosi il 22 maggio u.s., che ha formato 12 tra TSRM e Infermieri in "Tecniche di Imaging nucleare in Cardiologia" della durata di 500 ore.

Visto l'alto gradimento e apprezzamento mostrato sia da parte degli organismi regionali, Assessorato alla Formazione, che dei partecipanti, a tale Progetto probabilmente potrebbero fare seguito analoghi Corsi di Formazione, con lo stesso criterio formativo e organizzativo. Si ringrazia l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, che ha fornito il supporto organizzativo e strumentale per l'ottima riuscita di entrambi i Corsi.

## ***Istituzione di servizio di capillaroscopia ambulatoriale***

di Annamaria Offidani - *Clinica Dermatologica*

Si informano i signori medici che presso la SOD di Clinica Dermatologica dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona è stato recentemente istituito il Servizio di VIDEOCAPILLAROSCOPIA DIGITALE, una moderna 'tecnica non invasiva' (non dannosa e non dolorosa) che permette lo studio del microcircolo capillare in vivo. Il suo impiego in campo clinico risale sperimentalmente all'inizio del secolo ma dagli anni '80 le applicazioni cliniche si sono progressivamente estese, specie in campo reumatologico, tanto che oggi risulta essere un esame che consente di effettuare diagnosi precoce di malattie immunoreumatologiche quali la malattia di Raynaud, la sclerodermia, il Lupus, le connettiviti miste, le vasculiti, ecc...

Uno studio capillaroscopico trova indicazione in tutte quelle affezioni nelle quali sia concretamente prospettabile un coinvolgimento della microcircolazione (diabete mellito, ipertensione arteriosa); inoltre i rilievi capillaroscopici possono fornire informazioni utili in ambito di fisiopatologia, diagnosi differenziale e valutazione della risposta al trattamento di diverse affezioni dermatologiche (psoriasi, acne rosacea, alopecia areata, tessuto cicatriziale).

La videocapillaroscopia in uso presso la nostra Unità Operativa si basa sull'impiego di videomicroscopi con sonde ottiche a contatto, che rispetto al tradizionale stereomicroscopio o al microscopio a luce trasmessa presenta diversi vantaggi:

1. Consentono un'agevole esplorazione dell'intera superficie cutanea, e della mucosa labiale.
2. Permettono uno studio del microcircolo con possibilità di modificare la distanza tra sonda ottica e cute, permettendo una messa a fuoco ottimale del microcircolo.
3. Garantiscono una notevole semplicità d'impiego delle sonde a contatto ed un controllo diretto della qualità delle immagini acquisite.
4. E' inoltre possibile effettuare un'archiviazione delle immagini in formato digitale con conseguente possibilità di stampa immediata e disponibilità di materiale fotografico per successivi confronti seriali nel tempo.

Lo studio "in vivo" del microcircolo avviene prevalentemente a livello periungueale, ma può essere effettuato anche a livello cutaneo e mucoso.

L'esame capillaroscopico deve essere effettuato a livello di tutte le dita anche se le condizioni di migliore visibilità si rivelano generalmente a livello del quarto e quinto dito della mano non dominante, dove la cute presenta una trasparenza nettamente superiore.

E' necessario che il paziente non abbia eseguito una manicure almeno 15 giorni prima dell'esame e che si presenti senza smalto ungueale.

L'esame trova scarso riscontro nei soggetti di razza nera.

Durante l'esecuzione dell'esame, il paziente si siede e appoggia la mano su un tavolo, il medico ricopre il vallo periungueale con un olio minerale e posiziona una sonda ottica, contenente una telecamera e un microscopio, per osservare il microcircolo. Telecamera e microscopio sono collegati ad un computer. Sul monitor compaiono i capillari del vallo periungueale. Il medico valuta la disposizione, la densità per millimetro, la morfologia ed il flusso sanguigno. Le immagini più significative vengono memorizzate per poter eseguire confronti con esami successivi. Al termine dell'esame il medico consegna al paziente il referto contenente la diagnosi descrittiva dell'esame eseguito ed eventualmente fornisce consigli per approfondimenti diagnostici.

**Gli esami vengono eseguiti ogni Lunedì dalle ore 11.00 alle 13.00, presso l'Ambulatorio di videocapillaroscopia della Clinica Dermatologica (B9), sito al piano 0, Ospedale Regionale di Torrette, Via Conca 71. E' possibile prenotare l'esame contattando direttamente il C.U.P. al numero 071 5964051.**

**L'esame viene eseguito previa presentazione di impegnativa recante la dicitura: "esame videocapillaroscopico digitale".**

**Riteniamo che questa nota informativa possa essere utile per semplificare al paziente il percorso da seguire nel caso in cui si renda necessario un approfondimento diagnostico di tipo capillaroscopico.**

*Nel ricordare a tutti i colleghi di rivisitare gli articoli 3 e 4 del Codice Deontologico che ci ricordano che uno dei doveri del medico è quello di tutelare la vita, la salute fisica e psichica dell'uomo senza distinzioni di età, sesso ed etnia, di religione e nazionalità, esercitando la professione in piena libertà ed indipendenza, pubblichiamo una parte di una lettera del Presidente FNOMCeO Dr Bianco Amedeo, indicativa della indiscussa universalità della nostra professione. I nostri pazienti sono i cittadini del mondo.*

Dott. Fulvio Borromei

## **Messaggio estratto dalla lettera del Dott. Bianco, Presidente FNOMCeO, inviata il 28 gennaio 2009 ad alcune Associazioni Professionali**

Cari amici,

in più occasioni e in più sedi la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha avuto modo di evidenziare, negli ultimi mesi, il totale dissenso sulla abolizione del comma 5 dell'art. 35 del D.lgs. 286/98.

Vale la pena ribadire le motivazioni di tale dissenso, motivazioni che direttamente attengono alla matrice etico-deontologica dell'esercizio professionale medico e ai suoi delicati risvolti civili e sociali.

Come medici siamo convinti di avere gli stessi diritti e gli stessi doveri di tutti i cittadini, sebbene i nostri doveri si sostanzino nel garantire diritti universali della persona prima ancora che dei cittadini, e cioè quelli che concernono la tutela della salute nel rispetto della dignità di ogni individuo.

Come in guerra, anche in quella più sanguinosa, un briciolo di ragione si traduce in "corridoi umanitari" per consentire l'elementare esercizio della solidarietà e della vicinanza ai più fragili, allo stesso modo riteniamo che in una comunità moderna e civile (e in pace) l'accesso alle cure debba costituire ovunque e sempre una "area protetta" di solidarietà e umanità.

Inutile ricordare che uno dei principi fondamentali che riguardano la salute come bene collettivo è fondato sul libero accesso alle cure e quindi ogni misura o provvedimento che possa limitare tale libertà rischia di tradursi in un boomerang per la tutela della salute collettiva.

Queste considerazioni non fanno gli uni diversi dagli altri, ma abbracciano tutti in modo indistinto e profondamente intercettano i profili e l'esercizio della nostra libertà di scienza e coscienza, che siamo pronti a rivendicare in ogni circostanza.

Auguro a tutti un sentito buon lavoro e invio i miei saluti più cordiali.

Amedeo Bianco

***Messaggio del Dott. Eolo Parodi, Presidente ENPAM,  
a tutti i Presidenti degli Ordini Provinciali  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri***

Caro Presidente,

Desidero con questa nota metterTi al corrente di una situazione che si sta delineando in ordine all'applicazione dell'art. 1, comma 39, della Legge n. 243/2004, il quale - come ben sai - ha istituito in capo alle società professionali mediche e odontoiatriche in qualunque forma costituite e delle società capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM un contributo nella misura del 2% del fatturato annuo attinenti alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa.

Ebbene, mi è giunta notizia che alcune delle predette società, visti rigettati tutti i ricorsi presentati in opposizione a tale obbligo dinanzi a svariati Tribunali e constatato altresì che la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai Professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse, con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

Tale iniziativa è da considerarsi del tutto illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dovere di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggiosità previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già dal 2005 la corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il S.N.N., e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla Legge, con il loro rapporto di accreditamento, sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge: l'imputazione del contributo sui singoli medici si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulle società.

Ti invito pertanto a diffondere le informazioni di cui sopra presso tutti gli iscritti, affinché si rifiutino di sottoscrivere la citata clausola contrattuale che - ribadisco - è del tutto illegittima.

Con i migliori saluti.

Eolo Parodi

# *L'algologia: una nuova disciplina per vivere liberi dal dolore*

di Claudio A. Caputi

*Medicina del Dolore e Palliativa (c.caputi@ospedaliriuniti.marche.it)*

***“Liberi dal dolore per una migliore qualità della vita”. In questa frase è racchiuso e ben espresso il concetto dell'enorme difficoltà e della grande fatica che segna tutti coloro i quali, in maniera diretta e non, con il dolore hanno a che fare e sono spesso costretti a viverlo inutilmente in contesti sociali dove la sofferenza tende, in qualche modo, ad essere rimossa, non vista né ascoltata.***

*“Divinum est sedare dolorem”*. La cura del dolore, massima espressione psico-fisica della malattia, ha sempre costituito lo scopo primitivo e prioritario dell'arte medica. Il dolore può assumere tutti i toni e le sfumature del caso, dai più accesi ai più tenui con variabilissime modalità di espressione, intensità, frequenza nel tempo, ma finché rimane solo un sintomo bisogna rimuoverne possibilmente anche la causa, per ottenere un suo efficace e definitivo controllo. La definizione, ufficialmente accettata (IASP,1979), come “un'emozione spiacevole”, rivela l'assoluta soggettività del fenomeno e quindi, in assenza di attuali valide valutazioni strumentali ed obiettive, evidenzia tutta la difficoltà della sua identificazione e della sua quantificazione. Le schematiche scale di valutazione che, comunque, necessariamente vengono adoperate in clinica, non sono assolutamente sufficienti a rilevare un fenomeno di enorme variabilità intra ed interpersonale e che non può quindi essere espresso con un semplice numero, come avviene per la temperatura corporea e la pressione arteriosa. L'osservazione della coerenza dei comportamenti con quanto riferito dal paziente costituisce un valido mezzo indiretto, talora l'unico, per tentare una valutazione meno “soggettiva” del dolore (si riporta al lavoro nella scheda). La sensazione dolore non è solo espressione di un semplice processo di trasmissione anatomico di un impulso nocivo dalla periferia al centro ma subisce una percezione e cioè una elaborazione o modulazione prima di essere integrato a livello corticale e divenire emozione con tutte le variabili relati-

ve alla personalità, esperienza e cultura del soggetto.

È comprensibile, quindi, come l'indagine diagnostica debba essere condotta a 360 gradi, in quanto il dolore può essere espressione di un grave ed evidente danno di organi e tessuti fino a manifestarsi in completa assenza di lesione del soma, cioè del corpo, ed essere quindi totalmente generato dalla mente (psicogeno) in quanto timori, preoccupazioni, contrasti, ansie e depressione, possono “convertirsi” in dolore e “somatizzarsi” in varie zone del corpo (crampi muscolari, spasmi addominali, cefalee e dolori al collo ed al rachide ecc.). Il dolore è uno dei sintomi di allarme fra i più frequenti della patologia umana; tuttavia nella cronicizzazione esso perdura anche senza una causa perdendo “l'utilità” della fase acuta: il segnale di malfunzionamento dell'organismo diviene afinalistico e quindi il sintomo di malattia diventa esso stesso “la malattia”.

Attualmente in Italia una persona su quattro soffre di dolore cronico-dolore malattia: stiamo parlando di circa 15 milioni di persone solo nel nostro paese.

Questi pazienti sono spesso costretti ad una sorta di pellegrinaggio da un ambulatorio all'altro alla ricerca di un medico che abbia le competenze per trattare la patologia dolorosa, divenuta una vera e propria malattia a se stante. Il paziente si può considerare statisticamente fortunato se entra in contatto con un medico che sia perlomeno a conoscenza dell'esistenza di percorsi diagnostici e di terapie specificatamente mirate al dolore o che sappia indirizzare verso un collega esperto in Medi-



cina del Dolore. Fa ancora fatica in Italia ad essere pienamente riconosciuta e a conquistarsi un posto di prim'ordine in campo medico e scientifico, la moderna algologia. Essa è attualmente da considerare una specializzazione medica che include le fasi della procedura clinica comune alle altre discipline, vale a dire la **diagnosi**, la **decisione terapeutica** e **l'esecuzione della terapia**. Il compito primario dell'algologo non è quindi soltanto di eseguire "la terapia del dolore" ma anche di "porre la diagnosi patogenetica del dolore" e "scegliere la cura". L'approccio dei diversi specialisti alle varie sindromi dolorose avviene da una prospettiva sempre diversa e con un punto di vista troppo ristretto; in altre parole ognuno vede i problemi clinici spostando il presunto primum movens, di volta in volta verso una struttura diversa. Accade così che un paziente con un dolore di non facile interpretazione che dura da più di qualche settimana, sentito il medico curante, sia inviato allo specialista che si occupa delle patologie nella sede dove quel dolore è avvertito. Così se il paziente ha dolori in una zona compresa tra la metà superiore dell'addome e la parte inferiore del torace, sarà quasi sicuramente indirizzato al chirurgo e sottoposto prima ad una ecografia, poi allo studio radiologico dello stomaco, del duodeno e delle vie biliari: se queste indagini sono negative, è probabile che sia sottoposto alla TAC o alla RMN dell'addome superiore e del torace. Se anche queste indagini sono negative, l'attenzione sarà rivolta alla colonna

ed il paziente sarà sottoposto ad ulteriore TAC o RMN per lo studio di questa struttura. Se anche queste indagini sono negative, è molto probabile che egli sia considerato un nevrotico ed indirizzato forse all'agopuntore o se disponibile, finalmente, all'algologo ma... non per cercare di dirimere il quesito diagnostico su un dolore di difficile interpretazione, bensì solo per curare il dolore. L'algologia (o medicina del dolore), ultima nata fra le specializzazioni, ha il dovere di sintetizzare i diversi punti di vista e di considerare il problema allargando adeguatamente il campo visivo, senza trascurare nessuno dei possibili fattori patogenetico-causali. Ma, a questo punto, "quali sono i pazienti che devono rivolgersi all'algologo?". Tutti i pazienti con dolore persistente dovrebbero rivolgersi all'algologo prima che a qualsiasi altro specialista. Posta la diagnosi patogenetica del dolore, sarà l'algologo ad indirizzare il paziente all'adatto specialista per quanto concerne la cura, dopo aver selezionato quelli di sua competenza terapeutica: vale a dire, quelli con una patologia della quale non può essere rimossa la causa e quelli con una patologia dell'apparato nocicettivo.

Nonostante il diffondersi e lo svilupparsi di una nuova cultura della salute, tesa a curare il malato più che la malattia e malgrado l'istituzione nel 2002 della Giornata del Sollievo, momento ed occasione di riflessione generale su un problema complesso, non privo di sfaccettature morali, etiche e religiose, la spinosa ed annosa questione che coinvolge operatori

sanitari, malati e famiglie con un'incidenza economica e sociale di un certo rilievo, è da sempre sottostimata e non adeguatamente trattata in molti suoi aspetti, come quello della formazione professionale, per certi versi ancora carente ed insufficiente, o l'istituzione di centri e strutture specifici, a dire il vero tuttora scarsi e poco conosciuti. Inoltre la ricerca di base è quasi completamente assente, come è carente il ruolo delle Università nella formazione e nella ricerca algologiche.

Diventa importante allora portare il "malato di dolore" ad una sua dignità clinica. Recentemente la World Society of Pain Clinicians ha redatto un decalogo dei diritti del sofferente. La strada da percorrere è ancora lunga e le iniziative non possono essere lasciate alle sole Associazioni di volontariato sociale o alle Associazioni Scientifiche. Se si vuole realmente riconoscere il diritto del paziente ad un sollievo dal dolore, come dichiarato nel capitolo 3° punto 9 del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, diventa indispensabile attivare centri di Medicina del Dolore che siano in grado di

porre una diagnosi specifica e di individuare il dolore "inutile ed evitabile". Il paziente ha diritto al riconoscimento del proprio dolore, quindi ad essere creduto e a ricevere ascolto e comprensione; a essere informato sulle terapie e sugli interventi di controllo del dolore, superando non solo l'inadeguatezza delle strutture sanitarie, ma soprattutto i pregiudizi culturali presenti anche nella classe medica e legati spesso ad una carenza di aggiornamento professionale specifico. Una nuova cultura di salute deve mettere finalmente in discussione la credenza che il dolore va sopportato e vissuto con eroica rassegnazione. Eroismo tanto forzato quanto inutile. Anche i pazienti con dolore persistente e cronico possono e devono avere una prospettiva di guarigione con reinserimento nella società e nel mondo del lavoro: concetti questi troppo spesso inspiegabilmente dimenticati per la sottovalutazione della subdola capacità del dolore cronico di sconvolgere la vita delle persone.

Combattere il dolore deve essere considerato un dovere e non un privilegio.



# La valutazione del dolore: una ricerca nel reparto di Medicina del Dolore e Palliativa

di Claudio A. Caputi

*Medicina del Dolore e Palliativa (c.caputi@ospedaliriuniti.marche.it)*

L'esperienza del dolore come suggerisce la IASP (International Association of Study Pain) è legata a fattori strettamente individuali non solo di ordine biologico - strutturale ma anche di natura psicologica quali ad esempio la personalità del soggetto, le sue caratteristiche cognitive-emotive, i modelli di apprendimento familiari ecc, che inevitabilmente influiscono sulla percezione e sulla descrizione dell'esperienza. Ciò che il paziente descrive come dolore può essere riconducibile ad una base organica, ma spesso anche psicogena o addirittura essere motivo di interessi assicurativi o legali. Al fine di discriminare l'origine della sofferenza ed individuare eventuali simulatori, è quindi fondamentale realizzare una valutazione del dolore più accurata possibile, che tenga conto della multidimensionalità dell'esperienza.

La **descrizione verbale dell'intensità del dolore** ed il **comportamento manifesto** ad esso associato costituiscono due differenti mezzi per comunicare la propria sofferenza. L'indagine comportamentale è un aspetto non trascurabile nella valutazione di questi pazienti in quanto non solo condiziona il giudizio clinico orientandolo verso opportune scelte terapeutiche ma permette anche di confrontare le descrizioni soggettive dei pazienti circa l'intensità del dolore percepito con il loro effettivo comportamento.

Ciò che viene riferito dal paziente è compatibile con ciò che egli fa?

In collaborazione con la Struttura Ospedaliera di Psicologia, il reparto di Medicina del Dolore e Palliativa ha realizzato una ricerca con l'obiettivo di mettere a confronto la valutazione soggettiva dell'intensità di dolore percepito dai degenti con quella relativa al loro comportamento manifesto, opportunamente osservato e rilevato dal personale infermieristico di reparto.

61 pazienti affetti da varie forme di dolore cronico non oncologico sono stati monitorati per 5 giorni consecutivi attraverso la somministrazione di una scala autovalutativa dell'intensità

del dolore (NVS) ed una scala di osservazione comportamentale (UAB) la quale andava a valutare le espressioni facciali e il linguaggio verbale e non verbale di sofferenza, la qualità del riposo notturno, il grado di autonomia, la richiesta di farmaci antidolorifici, ecc.

La correlazione riscontrata tra le due variabili è risultata positiva ma piuttosto bassa (0,294,  $p < 0,0001$ ): questo dato evidenzia come l'autovalutazione dell'intensità del dolore ed il comportamento associato ad esso rappresentano due aspetti differenti della complessa esperienza del dolore (dati pubblicati in: J. Headache Pain 2006;7;395). La valutazione soggettiva del dolore e quella comportamentale costituiscono dunque due strumenti complementari ma non interscambiabili per analizzare la dimensione soggettiva ed oggettiva dell'esperienza di dolore.

Durante i cinque giorni di degenza si è rilevato inoltre che, mentre i dati relativi alla percezione soggettiva del dolore subiscono un netto decremento, quelli relativi all'osservazione comportamentale restano piuttosto stabili; quindi, al termine della degenza, nonostante i pazienti descrivano una sintomatologia dolorosa più lieve, a seguito del trattamento subito, il loro comportamento di dolore non si diversifica notevolmente da quello messo in atto in precedenza, quando esprimevano un dolore più intenso. Da un punto di vista psicologico, si potrebbe ipotizzare quindi che le aspettative di cura e sollievo che accompagnano i malati all'inizio del loro ricovero giochino consapevolmente o inconsapevolmente un ruolo sostanziale nell'amplificare la loro percezione di dolore. Di qui la necessità di prevedere un approccio multidimensionale al paziente affetto da dolore cronico, che non si esaurisca sulla dimensione organico-strutturale del disturbo ma che contempli anche quella psicologica ad esso strettamente legata.

Si ringrazia il servizio infermieristico dell'Unità Operativa del Dolore e Palliativa per la preziosa collaborazione offerta.

# Prostata e attività sessuale

di Massimo Polito

*U.O.S. di Andrologia - Clinica Urologica Università Politecnica delle Marche  
Azienda Ospedali Riuniti Torrette di Ancona*

E' indubbio che nel bagaglio culturale di molti uomini non vi siano informazioni certe e precise riguardo la ghiandola prostatica; non è infrequente quindi che durante l'attività clinica quotidiana ci vengano rivolte richieste informative del tipo dove si trova la prostata o a cosa serve, accade anche che non si sia mai appreso che è prerogativa e quindi presente in tutti i maschi. La prostata normale è una ghiandola che è inserita nell'apparato genitale maschile, di forma come castagna o cono rovesciato con base rivolta verso la vescica ed apice verso il basso ovvero il diaframma urogenitale; è anteriore rispetto al retto, è circondata da muscoli lateralmente nonché da plessi venosi e dalla fascia endopelvica. E' attraversata dall'uretra che appunto viene definita uretra prostatica, anche i deferenti la attraversano al fine di trasportare lo sperma fino allo sbocco in uretra. Subendo un forte controllo ormonale da parte dell'organismo fin dall'età perinatale ed infantile, la ghiandola raggiunge nell'età adulta un peso di 20 – 25 gr.

La prostata riveste fondamentale importanza per l'uomo: contribuisce ai meccanismi sfinterici di chiusura, produce sostanze che arricchiscono e migliorano il liquido seminale, favorisce una normale erezione, impedisce la retrodiffusione del seme durante la eiaculazione, contribuisce a tutta l'attività androgenica da parte del diidrotestosterone che viene attivato in tale forma nella zona stromale della ghiandola ad opera dell'attività enzimatica dell'enzima 5-alfa-reduttasi.

Fatte queste semplici premesse che ritengo possano essere chiare ed esaurienti anche per il lettore comune, risulta evidente quali e quanti siano i meccanismi cui la prostata partecipa per l'attività sessuale e la capacità riproduttiva del maschio.

La prostata nell'uomo può andare incontro so-



stanzialmente a tre condizioni patologiche: l'infiammazione della ghiandola, l'aumento volumetrico ed il cancro. Ai tempi odierni la diagnostica delle malattie prostatiche si avvale di numerosi esami (il più diffuso è il dosaggio del PSA) nonché indagini ematochimiche, batteriologiche, ecografiche, urodinamiche e tests di valutazione come l'IPSS (International Prostate Symptom Score che valuta la sintomatologia del paziente) e l'IEFF-5 per la valutazione della funzione erettile; biopsie della prostata, TAC e RMN sono indagini riservate alla diagnostica del tumore prostatico.

L'infiammazione della ghiandola prostatica (prostatite) che colpisce fino al 9% dei maschi adulti e che secondo la classificazione americana NIH è classificabile in 6 forme diverse, è responsabile di molti disturbi della sfera sessuale; i disturbi più frequenti e lamentati dai pazienti sono quelli dell'eiaculazione: eiaculazione precoce, eiaculazione dolorosa, emospermia e talvolta l'assenza del piacere durante l'eiaculazione sono variamente rappresentati e accompagnano i noti e frequenti sintomi irritativi minzionali o il dolore pelvico cronico.

Una complicanza temibile delle forme infettive di prostatite sono anche le possibili ripercussioni sulla fertilità del maschio, in quanto spesso l'agente infettivo altera con meccanismo diretto i didimi ed epididimi o con effetto indiretto i deferenti.

Per quanto concerne l'aumento volumetrico della ghiandola (IPB) ovvero ipertrofia della parte centrale periuretrale, si è visto che i meccanismi sessuali coinvolti sono quelli dell'erezione; al riguardo pare essere dimostrato che talora i disturbi ostruttivi della minzione accompagnano o precedano talora le turbe erettili; non solo, le medicine utilizzate per migliorare la minzione sembrerebbero efficaci nel migliorare la qualità di vita del paziente al punto che ha benefici nella vita di coppia (pensiamo infatti alla necessità di alzarsi più volte la notte per urinare e ci renderemo conto che il mancato riposo alla lunga logora). Recentissime evidenze propongono farmaci che, nati per la terapia del deficit erettile, se assunti a bassa dose e per lungo periodo, possono sia far migliorare il grado di ostruzione prostatica che favorire una naturale e spontanea ripresa della vita sessuale.

E' evidente che le condizioni estreme e scompenstate della IPB ovvero le condizioni cliniche che portano all'intervento chirurgico distruttivo (catetere, febbre urinaria ricorrente, calcoli vescicali od ematuria) esulino da questa trattazione, in quanto in queste condizioni non è pensabile alcuna attività sessuale anche in presenza di normale desiderio; del resto l'intervento chirurgico se ben condotto non pregiudica la sessualità, anzi.

Il cancro prostatico, malattia che in tutto il mondo mostra incremento di diagnosi anche per la notevole cultura ormai ubiquitaria sull'argomento e sulle possibilità terapeutiche correlate, merita inquadramento diverso rispetto alle due altre patologie suesposte. Anche l'età di solito è maggiore.

Nelle fasi precoci di malattia non è raro che l'unico sintomo, oltre che genericamente un rialzo del PSA (non sempre), possa essere un deficit erettile recente che il paziente lamenta come solitario, cioè non legato a nessun evento né a nuove malattie o cure per altri problemi o traumi gravi. In ospedale vediamo quindi pazienti con deficit erettile (D.E.) che risultano affetti da tumore della prostata e l'urologo e l'andrologo hanno questo ruolo e merito nel far emergere la diagnosi; in realtà il nostro target specifico applicativo nel paziente affetto da cancro prostatico è quello che segue la

diagnosi, ovvero il dopo.

Escludendo anche in questo caso gli estremi, il paziente che ha eseguito una prostatectomia radicale o che ha fatto radioterapia o che assume farmaci ad azione ormonosoppressiva è un individuo nel quale i disturbi dell'erezione, dell'eiaculazione e dell'orgasmo nonché il calo della libido non sono una variabile nota ma corrispondono alla regola.

Sappiamo che molteplici sono le cause o le concause che determinano ciò: la prostatectomia radicale, al pari della radioterapia, determina un danneggiamento o una distruzione dei nervi erigendi, l'emodinamica pelvica si modifica, il pene può avere una involuzione di tipo fibrotico. Esiste anche una notevole componente psicologica di tipo depressivo in quanto la qualità della vita, almeno nella fase acuta di terapia, ha un notevole scadimento. E' in questo senso che si inserisce il significato di counseling e tutoring per questi pazienti che, ad esempio, nell'eseguire protocolli riabilitativi della funzione erettile hanno un danno rallentato e ridotto, in molti casi un buon se non eccellente recupero. Lo specialista di riferimento inoltre potrà modulare le cure al caso specifico.

Come sempre in Medicina i risultati non possono prescindere dalla perseverazione e motivazione del paziente nonché dalla qualità della terapia espressa che, come noto, in questo ambito dipende dalla qualità dell'atto chirurgico, dal risparmio se possibile dei fasci nervosi deputati all'erezione, dall'applicare farmacoterapia intracavernosa e/o terapia orale con farmaci vasoattivi. Alcune Regioni Italiane, in maniera modo responsabile, hanno concesso gratuitamente l'utilizzo di questi farmaci a pazienti affetti da cancro prostatico

Concludo dicendo che la prostata riveste ruolo cardinale, a tutte le età, nel garantire attività sessuale, capacità riproduttiva e piacere; in tale direzione vanno i programmi preventivi e riabilitativi delle Società Scientifiche che, come la SIA, sono da sempre impegnate affinché l'uomo italiano consapevole possa controllare il suo stato di salute volto a prevenire e a curare con tempestività il proprio organismo, accompagnandolo verso una vecchiaia sana e felice.

**S.M.I.P.I.**

Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi  
[www.smipi.it](http://www.smipi.it)

*La S.M.I.P.I. Sezione Marche organizza per il 2009 ad Ancona il*

**XVII Corso di**

**PSICOTERAPIA  
ED  
IPNOSI MEDICA**

**ANCONA**

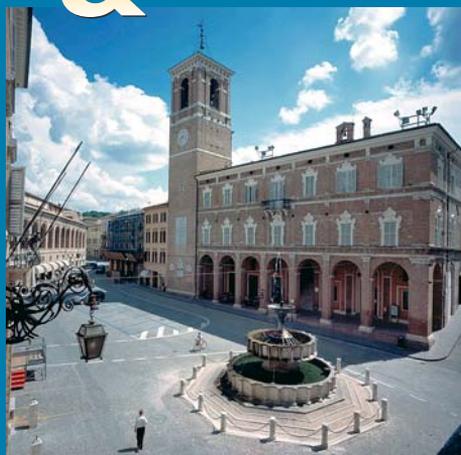
**Hotel Passetto • Via Thaon de Revel, 1  
14-15 marzo • 28-29 marzo • 04-05 aprile**

Riservato a medici, psicologi o laureandi.  
Il corso, a carattere TEORICO e PRATICO,  
è limitato ad un numero chiuso di partecipanti.  
**Sono già stati attribuiti 34 crediti E.C.M. per Medici e Psicologi**

***Per informazioni:***

Tel. 071 732050 • Cell. 336 631167 • Fax 071 732455  
E-mail: [info@smipi.it](mailto:info@smipi.it)

# medici & medici



[www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)  
[segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)