

AESERNIA MEDICA

BOLLETTINO PROVINCIALE DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI ISERNIA



Agnone, la "ndocciata"

LE "NDOCCE" DI NATALE

La visita ad Agnone, sempre gratificante, a Natale si arricchisce di uno spettacolo straordinario e unico nel suo genere: la sfilata delle "ndocce".

Si svolge ogni anno, la vigilia di Natale a sera, e consiste in una teoria di torce accese portate a spalla da persone che percorrono il corso principale fino alla Piazza Plebiscito, dove ciascuna torcia va ad alimentare il grande falò della fratellanza al centro di una folla festante.

Le "ndocce", costruite con elementi lignei rivestiti di sostanze infiammabili resistenti al vento, sono lunghe dai 4 agli 8 metri e trasformano per alcune ore la via centrale in un'unica grande fiaccola giallo-oro che avanza nel cuore della città, tra i riverberi ricchi di suggestioni delle facciate austere di case gentilizie intercalate da ricchi portali di chiese, quasi a scandire il tempo dell'uomo.

La "ndoccia" di Agnone non ha eguali per fattura e uso. La sua origine si perde nella notte dei tempi.

Nel V secolo a. C., i Sanniti, che per 50 anni contesero a Roma l'egemonia sul Mezzogiorno e che da queste parti erano molto presenti, usavano le torce per farsi luce lungo le vie percorse da un villaggio all'altro e per comunicare dalle cinte fortificate organizzate sulle vette.

Con l'arrivo del Cristianesimo, le "ndocce" illuminavano le vie battute dai contadini delle borgate per raggiungere la chiesa del paese, dove assistevano all'avvento della Natività: la lunghezza di ogni "ndoccia" variava col variare della distanza di ciascuna borgata dalla chiesa.

Nel secolo scorso la fiaccolata popolare si svolgeva lungo il solo percorso cittadino, anche se i contadini delle borgate, nell'istante in cui aveva inizio la sfilata, accendevano la propria "ndoccia" predisposta davanti alla casa, quale segno di adesione alla festa popolare. Agnone si trasformava così in un grande presepe vivente! La "ndoccia" ricorda anche usi diversi nella storia delle tradizioni locali, tra i quali quello del giovane innamorato che deponeva la "ndoccia" davanti alla porta di casa della ragazza corteggiata, nella speranza che qualcuno della famiglia la portasse dentro come segno di gradimento e quindi di accettazione del corteggiatore.

In qualche caso la "ndoccia" accesa dinanzi alla propria casa di abitazione serviva per arrostitire il capitone natalizio.

Ad eccezione dell'anno 1817, segnato da morti per carestia, la festa della "ndoccia" si è ripetuta ogni anno con la scrupolosità del rito. La gente si diverte fino a tarda notte attorno al falò, spesso arricchito dalla cornice suggestiva della neve.

I forestieri che lo desiderino, possono pernottare negli alberghi confortevoli per gustare il giorno dopo, prima dei cibi tipici, i silenzi eloquenti dei vicoli, delle piazzette, delle chiese, testimonianze non comuni di una città a misura d'uomo.

Prima di ripartire, una visita alla Pontificia Fonderia Marinelli, che da mille anni fonde campane con metodi artigianali antichi, e all'annesso museo aziendale, completa il soggiorno. Sono anche consigliabili escursioni nei dintorni, per scoprire oasi naturalistiche, come le Riserve Naturali Mab dell'UNESCO, il grande teatro-tempio di Pietrabbondante (II sec. a.C.) e avviati centri di agriturismo.

Natalino Paone

REDAZIONE

Direttore responsabile
Natalino Paone

Comitato scientifico
Giuseppe Biondi
Filoteo Di Sandro
Mario Testa
Florindo Pirone

Coordinatori Editoriali
Luciano D'Agostino
Maria Teresa La Forza
Angelo Trabassi

Comitato di Redazione
Italo Marinelli
Michele Notario
Ersilia de Marco
Carlo Olivieri
Alfredo Volpacchio

Consiglio Direttivo

Tartaglione Sergio, Presidente
Minicucci Nicoletta, v. Presidente
De Mutis Maria, Tesoriere
Zaccarella Antonio, Segretario
Bucci Luigi, Consigliere
Crudele Fernando, Consigliere
Forte Salvatore, Consigliere
Petescia Eugenio, Consigliere
Samuele Filippo, Consigliere
Berchicci Giorgio, Cons. Odont.
Testa Mario, Cons. Odontoiatri

Collegio Revisori

Alfieri Linda, Presidente
Primerano Savina, Revisore
Volpacchio Alfredo, Revisore
Tartaglione Maria, Rev. Supp.te

Commissione Odontoiatri

Berchicci Giorgio, Presidente
Testa Mario, Segretario
Canè Danilo
Carlomagno Francesco P. M.
Di Cristinzi Trino

ANNO II, n. 4

ottobre/dicembre 1995 -Trimestrale

Autorizzazione Tribunale di Isernia n. 39
Fotocomposizione Sigmastudio

AESERNIA MEDICA

Bollettino Provinciale dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di Isernia

SOMMARIO

EDITORIALE	2
VITA DELL'ORDINE	4
LEGGI, DECRETI, SENTENZE	5
SPAZIO APERTO	7
AVVISI E NOTIZIE	8
PAGINA DELLA CULTURA	9
BOLLETTINO SCIENTIFICO	13
PAGINA DEGLI ODONTOIATRI	37
CRONACHE SINDACALI	38

EDITORIALE

Negli USA (250 milioni di abitanti) i medici sono oltre 500.000, con un rapporto di 1 medico ogni 500 abitanti. La rivista Medical Economics ha calcolato che ogni medico americano guadagna in media circa 180 milioni di lire all'anno.

In Italia alla fine del 1994 eravamo 340.000 medici con un rapporto di 1 medico ogni 185 abitanti.

Nella provincia di Isernia lavorano 540 medici iscritti all'Ordine ed altri 40 circa iscritti ad altri Ordini Provinciali, con un rapporto di un medico ogni 160 abitanti. La "speranza" di occupazione rimane delusa per circa il 65% dei medici a 5 anni dalla laurea. Prolifera la disoccupazione, la sottoccupazione, la concorrenza spietata fra colleghi che si trovano a dover accettare anche tariffe inferiori a quelle previste, la caccia a lavori improponibili sotto il profilo deontologico oltre che contrattuale.

I contratti dei medici (Ospedalieri, Convenzionati, Guardia Medica) sono scaduti da circa 5 anni ed in parte non sono stati nemmeno correttamente applicati: dal 1990 dunque le retribuzioni dei medici dipendenti e convenzionati con il SSN non hanno avuto alcun aumento, ma hanno subito, con due diverse Leggi Finanziarie, due tagli ed una conseguente riduzione retributiva del 10% mentre il potere di acquisto è stato eroso da 5 anni di inflazione.

Oggi, per fare l'esempio che meglio conosco, lo stipendio netto di un Assistente Ospedaliero con 10 anni di anzianità è di 3 milioni al mese, quello di un Aiuto con la stessa anzianità è di 3 milioni e 700 mila lire al mese, quello di un Primario raggiunge i 4 milioni e 700 mila lire al mese.

L'Aran, agenzia dello Stato che gestisce i rapporti con il pubblico impiego, offre un aumento di 162.000 lire lorde agli Assistenti, 225.000 agli Aiuti e 306.000 ai Primari.

Di questo la stampa non parla perché troppo impegnata, anche nella nostra Provincia, nella cronaca ormai quotidiana di ogni caso scandaloso, o presunto tale che riguarda la Sanità. Stranamente però ci si dimentica poi di riportare le smentite dei cittadini o le motivazioni delle sentenze dei giudici che ci assolvono: esisterebbero solo ospedali di cui vergognarsi, garze e pinze dimenticate nel corpo dei malati, medici inadempienti e corrotti.

Non siamo d'accordo

I nostri medici e la nostra Sanità Pubblica offrono servizi e prestazioni di standard europeo e numerosi sono i punti di eccellenza in Italia e nel Molise.

Abbiamo qualche dato per dimostrarlo.

L'Italia è il paese nel quale il numero delle donne che perdono la vita per gravidanza, parto ed aborto è il più basso del mondo (una su 17.000), meno che in Norvegia (una su 15.000), tre volte meno che negli Stati Uniti, in Gran Bretagna o in Giappone.

Tra i paesi industrializzati l'Italia è tra quelli che spendono di meno per la Sanità. C'è il problema di spendere meglio e per risolvere questo è stata avviata una riforma difficile che vuole inserire criteri di gestione aziendale nelle USL e rendere più attento il controllo dei cittadini affidando alle Regioni la responsabilità di gestire le risorse. La contraddizione emerge tra il voler trasformare le USL in aziende ed il continuare a considerare i medici dei burocrati, per di più incompetenti e corrotti.

Il nodo non è solo economico ma riguarda il ruolo del medico nel processo di riforma del SSN.

In questo contesto il problema della disoccupazione dei medici è serio, quello delle retribuzioni dei medici è ridicolo, quello del contenimento della spesa pubblica è drammatico, quello della *Malasanità* è spesso artificioso.

Con il nuovo anno apriremo una pagina sul nostro Bollettino in cui parleremo di *Buonasanità* nella nostra Provincia. Siete tutti invitati a pubblicare le vostre esperienze professionali, eventualmente accompagnate dalle testimonianze dirette dei vostri pazienti. Così altri si accorgeranno che i medici hanno stretto un patto di solidarietà con i cittadini fondato sulla fiducia reciproca, sul patrimonio di sapere scientifico e sui valori umani ed etici del medico che, in qualunque situazione operi, costituisce comunque il pilastro fondamentale dell'organizzazione sanitaria.

In attesa delle vostre proposte, a nome del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti del nostro Ordine esprimo intanto solidarietà a tutti i medici ingiustamente coinvolti dalla Stampa ed affettuosi auguri a voi e alle vostre famiglie di Buon Natale e Felice Anno Nuovo.

Sergio Tartaglione

VITA DELL'ORDINE di A. Volpacchio

Trasparenza ordinistica: delibere consiglio direttivo.

RIUNIONE DEL 14.09.1995

Delibera n. 84/95

Iscrizione Albo Medici Chirurghi dott. Sassi Celestino

Delibera n. 85/95

Iscrizione Albo Medici Chirurghi dr. Pirraglia M. Pia

Delibera n. 86/95

Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 87/95

Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 88/95

Richiesta patrocinio convegno

Delibera n. 89/95

Richiesta patrocinio convegno

Delibera n. 90/95

Corso di aggiornamento professionale

Esame lettera

Delibera n. 96/95

Risposta a società per pubblicità su Bollettino Ordine

Delibera n. 97/95

Esame documento della Commissione odontoiatri sull' "istituzione professione di odontoiatra".

Delibera n. 97/95

Esame lettera

Delibera n. 99/95

Proposta presso Consiglio Nazionale FNOOMMcO

Delibera n. 100/95

Modalità per sostituzioni temporanee dipendente S.A.

Delibera n. 111/95

Preventivo stampa Albo iscritti.

RIUNIONE DEL 12/10/1995

Delibera n. 91/95

Richiesta cancellazione Albo Professionale

Delibera n. 92/95

Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 93/95

Nomina terna medici di medicina generale

Delibera n. 94/95

Richiesta dispositivo sentenza presso Tribunale di Isernia

Delibera n. 95/95

RIUNIONE DEL 02/11/1995

Delibera n. 102/95

Esame esposto

Delibera n. 103/95

Autorizzazione targa pubblicitaria

Delibera n. 104/95

Richiesta terna specialisti

Delibera n. 105/95

Approvazione contratto di formazione-lavoro

Delibera n. 106/95

Indagine conoscitiva su studi e società mediche della provincia

LEGGI, DECRETI, SENTENZE di A. Volpacchio**G.U. n.211 del 09.09.1995**

Avviso di rettifica relativo al DL 03/08/95 n. 320 (Norme in materia di istituti e personale del SSN)

G.U. n.214 del 13.09.1995

Decreto 25/07/95: modificazioni ed integrazioni al D.M. 30.10.90 recante la "Disciplina dei corsi di formazione e aggiornamento professionale per il personale dei reparti di ricovero di malattie infettive"

G.U. n. 218 del 18.09.1995

D.L. 18/09/95 n. 383: Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con DPR 09/10/90 n.309.

G.U. n.220 del 20.09.1995

Decreto 06.07.95: Disposizioni per il coordinamento dell'attività sanitaria ed amministrativa ai fini dell'erogazione delle prestazioni idrotermali e di quelle economiche accessorie agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL

G.U. n 221 del 21.09.1995

D.L. 20/09/95 n. 390: Provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali, nonché in materia sanitaria.

G.U. n. 226 del 27.09.1995

Decreto 17/05/95: Determinazione del fabbisogno annuo di medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione e relative borse di studio per gli anni accademici 94-95, 95-96 e 96-97.

G.U. n. 231 del 03.10.1995

D.L. 02/10/95 n. 409: Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del SSN.

D.L. 02/10/95 n. 410: Disposizioni urgenti in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

D.L. 02/10/95 n. 411: Disposizioni urgenti in materia di personale del settore sanitario,

G.U. n. 234 del 06.10.1995

Decreto 14/09/95: Autorizzazione ad alcune università ad istituire nuove scuole di specializzazione.

G.U. n. 240 del 13.10.1995

Decreto 01/09/95: Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche.

Decreto 01/09/95: Linee guida per lo svolgimento di attività mirate di informazione e promozione della donazione di sangue nelle regioni che non hanno conseguito l'autosufficienza.

Decreto 01/09/95: Schema-tipo di convenzione tra le regioni e le imprese produttrici di dispositivi emodiagnostici per la cessione di sangue umano od emocomponenti.

Decreto 01/09/95: Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri.

G.U. n. 253 del 28.10.1995

Decreto 16/10/95: Disciplina concernente le deroghe alle caratteristiche di qualità delle

acque destinate al consumo umano.

G.U. n. 254 del 30.10.1995

D.L. 30/10/95 n. 448: Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità.

Decreto 29/09/95: Autorizzazione ad alcuni uffici sanitari a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla ed a rilasciare i relativi certificati per uso internazionale.

Supplemento ordinario n.125: Legge 26/10/95 n. 447: legge quadro sull'inquinamento acustico.

G.U. n. 263 del 10.11.1995

Decreto 24/07/95: Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel SSN.

ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI

PROVINCIA DI ISERNIA

Iscritti al 15 novembre 1995

ALBO MEDICI CHIRURGHI	542
ALBO ODONTOIATRI	47
DOPPIE ISCRIZIONI	36
TRASFERITI AD ISERNIA	
TRASFERITI DA ISERNIA	
CANCELLATI (a richiesta)	1

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE MOLISE

B.U.R. n. 19 del 16/09/95

Assessorato alla Sanità:

Elenco zone carenti rilevate alla data del 31/12/94 per la Guardia Medica (pag. 2147)

B.U.R. n. 20 del 30/09/95

Nomina Commissione Terapeutica Regionale (pag. 2192)

B.U.R. n. 22 del 31/10/95

Sostituzione coordinatore attività pratiche per il corso di formazione specifica in Medicina Generale anni 1994/95 (pag. 2391)

DETTO TRA NOI a cura di Luciano D'Agostino

Ippocrate in officina

È noto che gli indiani d'America preannunciassero l'arrivo del treno, foriero di sventure, poggiando l'orecchio sulle rotaie.

Noi che siamo medici e non abbiamo la sensibilità degli indiani, riusciremo a sentire l'arrivo del treno? O al contrario rimarremo con l'orecchio sulle rotaie?

Tutti i membri della Commissione Sanitaria erano già al loro posto, tutti in attesa del Presidente, il Manager, capo supremo, supremo giudice in ogni decisione in ambito sanitario, unico a poter esercitare il diritto di veto.

Caso assai strano, nella commissione era anche l'unico non medico.

In particolare il suo compito era quello di razionalizzare la spesa sanitaria.

Ad ogni riunione nella sala aleggiava la presenza del "mostro" il RISPARMIO.

Invano gli anziani della Commissione avevano più volte tentato di riportare in primo piano l'importanza del rapporto medico-paziente, invano avevano ricordato di aver prestato agli inizi della professione medica il giuramento di Ippocrate, a nulla erano valse tutte le loro argomentazioni, il "mostro" alla fine aveva sempre prevalso.

Quel mattino all'ordine del giorno c'era il problema del paziente, o per meglio dire dell'utente, o meglio ancora del cliente A-25.

Questi, in seguito ad un incidente sul lavoro, aveva riportato la lesione dei tendini della mano sinistra. Aveva già subito due interventi ed era in attesa del terzo che, dopo un successivo lungo periodo di riabilitazione, gli avrebbe permesso di ottenere il pieno recupero dalla funzionalità dell'arto.

Alle ore 9.30 il Manager entrò nella sala riunioni, salutò i presenti e senza perder tempo in convenevoli (il tempo è denaro!) affrontò l'argomento: «Ho studiato a lungo il caso in questione» disse «e ritengo che sottoporre A-25 ad un nuovo intervento chirurgico e al successivo ciclo di fisioterapia costituirebbe un onere eccessivo per la nostra struttura sanitaria. Al contrario, come si evince dai dati che ho preparato per voi, risulta particolarmente vantaggioso sostituire la mano sinistra del cliente con un arto meccanico capace di svolgere tutte le funzioni attraverso una serie di comandi elettronici. A conti fatti, considerando anche le spese di manutenzione, l'impianto della protesi ci consentirà un risparmio di 50.000.000 di lire e il rapido reinserimento al lavoro del cliente. Parola di compu-

ter!» esclamò il Manager. A nulla valsero le indignate proteste degli anziani della Commissione, il fax fu inviato e nel locale ospedale fu dato inizio all'intervento.

Dopo alcune ore A-25 si stava lentamente risvegliando dall'anestesia con la mano nuova di zecca.

Una voce che gli sembrò venire da lontano disse: «Bene, preparate la scheda del cliente e fissate la data per il tagliando».

L'aiuto meccanico inserì nel computer la scheda, digitò alcuni tasti e quando sul video comparve la sigla A-25 mano sinistra, mandò i dati in memoria, spense il computer, si tolse la tuta da lavoro e tornò a casa.

AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE AVVISI E NOTIZIE

I colleghi che non ricevono il Medico d'Italia possono rivolgersi alla ditta ARBE, sig.ra Silinguardi, tel. 059/331255, dalle 14.30 alle 18.30, fax. 059/333456.

Si ricorda ai sigg.ri medici che il prossimo 31 gennaio 1996 scadranno le domande per l'inserimento nella graduatoria per la specialistica ambulatoriale valida per l'anno 1997 e per l'inserimento nella graduatoria per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 1996/1997.

Si rende noto che l'ENPAM ha riaperto i termini per la richiesta di restituzione dei contributi versati ai fondi speciali (generici - ambulatoriali e specialisti esterni) per i medici che hanno cessato la propria attività in quei settori in seguito al passaggio alla dipendenza. Ulteriori informazioni presso la segreteria dell'ordine.

Nascite

Auguri ai dottori Scorpio Claudio e Giamattei Fred per le nascite che hanno allietato le loro famiglie.

ERRATA CORRIGE: nel numero 3 anno II abbiamo ommesso di estendere gli auguri per nozze a Florangela, moglie del collega Fernando Crudele. Nello scusarci rinnoviamo i nostri più sinceri auguri.

IL FARMACO

di Salvatore Fucile

Un oggetto misterioso tra medico e paziente

Guglielmo da Baskerville, il protagonista de «Il nome della rosa» di U. Eco, discettando sulle virtù e sui limiti delle persone semplici così si esprime: «Mi è accaduto di conoscere medici abilissimi che avevano distillato medicamenti capaci di guarire immantinenti un malattia. Ma costoro davano il loro unguento o infuso ai semplici accompagnandolo con parole sacre e salmodiando frasi che parevano preghiere. Non perché queste preghiere avesser potere di guarire, ma perché credendo che la guarigione venisse dalle preghiere i semplici inghiottissero l'infuso o si cospargessero con l'unguento, e così guarissero, senza prestare troppa attenzione alla sua forza affettiva. E poi anche perché l'animo, bene eccitato dalla fiducia nella formula devota, si disponesse meglio all'azione corporale del medicamento».

La farmacoterapia: un po' realtà, un po' fantasia

Già sul piano etimologico la parola "Farmaco" rivela la natura ambivalente dell'oggetto.

Potendo infatti significare sia "Medicina" che "Veleno" (o "Droga"), il farmaco può assumere la dimensione di oggetto buono o cattivo, veicolo di effetti positivi o negativi, strumento salvifico o persecutore maligno.

Il farmaco, in altri termini, non è mai un elemento neutro o asettico, in quanto è inserito in una rete relazionale di cui fanno parte sia il medico che il paziente nonché il contesto familiare e socioculturale con cui i due protagonisti della relazione terapeutica si devono necessariamente rapportare.

In ogni trattamento farmacologico sono invariabilmente copresenti due ordini di fattori tra loro interagenti:

1) fattori farmacodinamici (correlati alle specifiche proprietà farmacologiche del medicamento), sufficientemente stabili e poco dipendenti dalle modalità di somministrazione/assunzione;

2) fattori non farmacodinamici (non correlati alle intrinseche proprietà chimico-fisiche della sostanza), dipendenti da variabili di tipo psicodinamico, familiare e socioculturale.

Non ci si discosta molto dalla verità se si afferma che in pratica non esiste una farmacoterapia pura: dinamiche psicologiche agiscono sempre e comunque nella relazione medico-paziente, anche quando questa è mediata da una sostanza.

Ciò che il medico prescrive e il paziente assume non è solo il farmaco come molecola attiva ma anche, sempre, l'idea del farmaco stesso ossia la sua rappresentazione mentale.

Dunque accanto alla prescrizione/assunzione "reale" di un farmaco, è sempre presente una prescrizione/assunzione "in fantasia", essendo il medicamento investito — sia da parte del medico che del paziente — di significati diversi e di differenti valenze affettive.

Balint sosteneva che, nel rapporto con il paziente, il medico prescrive e somministra se stesso. Un grado variabile di psicoterapia implicita e occulta è inevitabilmente presente nei rituali somministrativi delle bioterapie, anche nel più organicista dei terapeuti. L'atteggiamento interiore del terapeuta (benevolo, conciliante, direttivo, autoritario) incide sicuramente sui risultati di una farmacoterapia in quanto ha comunque implicazioni psicoterapeutiche, ancorché poco quantificabili.

Lo stesso farmaco somministrato da medici diversi (specialmente se trattasi di psicofarmaco), pur ammettendo analoghe condizioni di setting e di contesto socioambientale, esplica effetti quasi mai sovrapponibili: le dinamiche psicologiche emergenti nella relazione terapeutica contribuiranno a fare la differenza.

Aspetti psicodinamici in una terapia farmacologica: che errore sottovalutarli!

Dalle brevi considerazioni fin qui esposte emerge che la comprensione delle componenti psicodinamiche del processo terapeutico e l'applicazione dei principi fondamentali di psicoterapia possono contribuire ad incrementare la razionalità e l'efficacia di una farmacoterapia e ad aumentare la compliance del paziente.

Inoltre possono facilitare la comprensione delle diverse dinamiche che intervengono nella relazione paziente-farmaco e di fenomeni ad esse correlati: la farmacofilia (abitudine all'assunzione di farmaci), la farmacofobia (rifiuto fobico dei farmaci), la farmacodipendenza (impossibilità a smettere di assumere un farmaco), la farmacoresistenza (mancata risposta al trattamento).

Nella fantasia del paziente il farmaco può essere vissuto come una sorta di prolungamento o di appendice del terapeuta, come un oggetto attraverso il quale il medico tenta di far accettare se stesso.

Orbene, se nella relazione terapeutica prevale una dinamica di dipendenza/passività nei confronti del medico, il paziente può sviluppare un'abi-

tudine ad assumere farmaci (farmacofilia) e/o una incapacità a svincolarsi da essi (farmacodipendenza).

Se prevalgono invece i sentimenti di ostilità ed aggressività, si può realizzare una situazione di rifiuto della terapia (farmacofobia), che esprime evidentemente un inconscio rifiuto del medico, oppure si può determinare una forma di non compliance quale la mancata risposta al trattamento (farmacoresistenza)

Da quanto fin qui esposto si può inferire che la sottovalutazione, o addirittura la non valutazione, delle componenti psicodinamiche di una farmacoterapia (specie se trattasi di psicofarmaci) può costituire un limite a volte determinante per il buon esito della terapia medesima. Infatti si può dire che, in generale, al miglioramento clinico che si verifica nel corso di un trattamento farmacologico concorrono sempre tre diversi fattori tra loro interagenti, con peso specifico variabile di volta in volta:

- 1) effetto farmacodinamico, rappresentato dall'azione specifica del farmaco;
- 2) effetto placebo, caratterizzato da un'azione aspecifica del farmaco, desiderata o non desiderata, indipendentemente da qualunque attività farmacologica;
- 3) andamento naturale della malattia, che può tendere spontaneamente alla guarigione in forza della "vis medicatrix naturae".

Allo stesso modo, la recidiva di una malattia nel corso di un trattamento farmacologico può essere attribuita, oltre ad una perdita graduale dell'effetto specifico del farmaco (per quel meccanismo farmacodinamico denominato tolleranza), a perdita dell'effetto placebo: pertanto non è necessariamente indice di inefficacia della farmacoterapia.

Due possibili terreni di incontro: la medicina di base e il servizio per le tossicodipendenze (SER.T.).

Se si prescinde dal contesto psichiatrico (che occupa evidentemente un posto di prim'ordine in relazione a tali problematiche), è nell'ambito della medicina di base che più frequentemente e più intensamente si sperimentano le dinamiche del rapporto medico-paziente quando c'è di mezzo un farmaco. Una quota significativa di soggetti afferenti al medico di base — stimata nell'ordine del 50-75% — non presenta patologie organiche bensì difficoltà di carattere psicosociale. Se il medico risponde a queste problematiche solo con una prescrizione farmacologica, non individuando i reali bisogni e le aspettative del paziente (bisogno di ascolto, di comprensione, di sostegno emotivo, di rassicurazione), è molto probabile che il trattamento non sortisca i risultati sperati.

Chi scrive sperimenta quotidianamente, nel rapporto terapeutico con i "ragazzi" tossicodipendenti afferenti al SER.T. di Venafrò, le massicce dinamiche psicologiche che vengono mobilitate nei confronti del trattamento farmacologico

sostitutivo, sia da parte dei pazienti sia da parte degli operatori.

La sostanza (il Metadone) viene ad assumere un ruolo centrale nella relazione terapeutica: tutto il rapporto ruota intorno ad essa e su di essa si instaura un vero e proprio "transfert collaterale" che porta ora ad idealizzarla ora a demonizzarla, in una sorta di altalena di energie affettive che si traduce in una continua "contrattazione" circa la durata del trattamento e i dosaggi del farmaco.

Nella "fantasia" del paziente, infatti, il Metadone è vissuto contemporaneamente come oggetto buono e oggetto cattivo.

È oggetto buono in virtù dei suoi effetti farmacologici positivi (antiastinenza, antiansia e anticraving), apporti di un benessere che viene rapidamente sperimentato e accettato come una "bella cosa".

È oggetto cattivo in quanto determina un variabile livello di sedazione e una dipendenza psicofisica più o meno intensa, ma soprattutto perché con la sua presenza quotidiana sta lì continuamente a testimoniare e a ricordare al paziente la sua condizione di tossicodipendente.

Nella "fantasia" del medico, poi, è facile che il Metadone venga equiparato ad uno strumento da utilizzare a fini punitivi o premianti in rapporto alle aspettative terapeutiche eventualmente deluse o gratificate, oppure alle dinamiche psicologiche di tipo controtransferale che il paziente tossicodipendente invariabilmente evoca - e spesso in maniera massiccia - in chi entra in contatto con lui.

Conclusioni

L'integrazione tra gli aspetti farmacodinamici e gli aspetti psicodinamici della farmacoterapia è condizione non solo plausibile quanto auspicabile al fine di migliorare la qualità dell'intervento terapeutico.

L'ideologizzazione di una o di un'altra posizione (biologismo contro psichismo, farmacoterapia contro psicoterapia) o il fondamentalismo di tipo manicheo (primato di tutto ciò che è "corporeo" su tutto ciò che è "mentale" e viceversa), finiscono con lo sminuire la complessità dell'uomo perdendo di vista la globalità del suo essere.

Proviamo, per quanto ci è possibile, a non dimenticare che chi prescrive e chi assume un farmaco (al di là del ruolo rispettivamente di medico e di paziente che si trova a giocare nella relazione terapeutica) è prima di tutto un "individuo", portatore di un suo proprio mondo interiore fatto di affetti, di paure, di ansie, di speranze.

Trascurare, più o meno coscientemente, questo mondo interiore significa mettere a fuoco l'albero ma ignorare la complessità della foresta che sta intorno.

BOLLETTINO SCIENTIFICO

I DISORDINI ORMONICI IN ADOLESCENZA

DI FLORINDO PIRONE

L'adolescenza è un periodo di sviluppo e maturazione endocrinologica molto importante: basti pensare all'attivazione del cosiddetto "orologio neuromonale", che da inizio alla pubertà e sostiene la formazione dei caratteri sessuali secondari, o allo scatto della crescita corporea, legato ad un complesso e delicato intreccio ormonale. È evidente, quindi, che in questo periodo possono verificarsi delle alterazioni ormonali che, proprio per la delicatezza maturativa del sistema endocrino in particolare e dell'organismo in generale, sono in grado di essere amplificate con la conseguenza di rilevanti disturbi. Naturalmente qualsiasi ghiandola e qualsiasi funzione endocrina può alterarsi nell'adolescente, come durante qualsiasi altro momento della vita di un individuo. Ma vi sono alcune condizioni che per la loro frequenza e le loro peculiarità possono più specificatamente essere definite "disturbi ormonici dell'adolescenza".

Molti di questi disturbi non sono vere e proprie patologie, ma per la frequenza con cui si verificano e le risonanze emotive e psicologiche che mettono in gioco meritano di essere illustrati, elencandoli dapprima e descrivendone poi alcune delle principali caratteristiche. Fra i problemi più spesso sentiti dagli adolescenti e, si potrebbe dire, ancor più spesso paventati dai loro genitori vi sono i seguenti:

- l'ipostaturia, cioè una deficiente crescita fisica con conseguente bassa statura;
- la mancanza della pubertà, cioè la mancata comparsa e sviluppo dei caratteri sessuali secondari, quali i peli pubici, l'aumento del seno o dei genitali esterni, il menarca; caratteri questi che si manifestano tipicamente nell'adolescenza;
- l'obesità e le magrezze, caratterizzate da un peso corporeo nettamente superiore od inferiore al peso ideale;
- L'ipertricosi, rappresentata dalla comparsa nelle donne di peli in quantità eccessiva e/o in sedi in cui generalmente non si trovano;
- la ginecomastia, costituita da un eccessivo sviluppo delle ghiandole mammarie nell'uomo.
- il diabete mellito di tipo I, cioè quella forma di diabete che colpisce prevalen-

temente i giovani e spesso proprio in età adolescenziale

Va sottolineato in generale e premesso fin dall'inizio che, ad eccezione del diabete, ognuna delle condizioni precedentemente elencate non è la conseguenza di un'unica causa e che spesso non è neppure una vera patologia, ma una situazione para fisiologica in cui tutto ciò di cui si ha bisogno è solamente un'esplicita e decisa rassicurazione psicologica.

Sembra utile a questo punto e con questi intendimenti, soffermarsi sia pure brevemente sui più frequenti, o ritenuti tali, "disturbi ormonici dell'adolescenza".

Lo scarso sviluppo somatico e la mancanza della pubertà.

Oggi viviamo in un'epoca in cui l'immagine esteriore ha grande importanza sociale ed è naturale, quindi, che un ragazzo che sia "basso" in confronto ai suoi coetanei desti complessi nel giovane stesso ed apprensione nei genitori. Inoltre, è ben conosciuta la possibilità attualmente offerta, e largamente pubblicizzata dalla stampa divulgativa anche se in modo spesso distorto, di poter intervenire sulla crescita accelerandola tramite la somministrazione del cosiddetto ormone della crescita. È quindi naturale che siano gli adolescenti che finiscono per rivolgersi all'endocrinologo nella speranza di aumentare la propria altezza.

È da precisare che molte sono le possibili cause di una vera, patologica bassa statura, che solo per esemplificare grossolanamente è possibile raggruppare nelle seguenti classi: malattie delle ossa, squilibri nutritivi e metabolici, anomalie circolatorie e respiratorie, disendocrinopatie vere e proprie (quali l'ipotiroidismo, l'ipopituitarismo o la precocità sessuale con precoce fusione delle cartilagini epifisarie di accrescimento), l'ipostaturia familiare o congenita ed, infine, la pubertà o adolescenza ritardata.

A proposito di quest'ultima condizione, caratterizzata non solo da ipostaturia ma anche da mancata comparsa dei caratteri sessuali secondari, è utile leggere dall'autorevole trattato "Malattie endocrine dell'infanzia e dell'adolescenza" questa espressiva e chiara descrizione: "Benché un ritardo nello sviluppo sessuale e somatico si possa avere in ambo i sessi, esso più frequentemente si osserva nei maschi, ed attira più attenzione e provoca più preoccupazione nei genitori. Intorno all'età di 13-14 anni la maggior parte degli adolescenti mostra segni precoci di pubertà e comincia a crescere e ad igrossarsi rapidamente. Altri invece non mostrano segni di sviluppo e continuano a crescere al ritmo lento di tipo prepuberale; perciò restano indietro ai loro coetanei in altezza, in sviluppo muscolare ed in maturazione psichica.

Talora l'anamnesi mette in luce che il padre, o qualche altro membro della famiglia, ha avuto lo stesso tipo di ritardo puberale. Che vi sia soltanto un ritardo nell'attività del sistema endocrino, e non un'insufficienza specifica di una ghiandola, è dimostrato dal fatto che questi pazienti poi maturano del tutto normalmente. Non infrequentemente la pubertà è ritardata finché il paziente non ha 15-16 anni, talora ancora più tardi, fino a 18-19 anni. Una volta iniziata, però, l'adolescenza può progredire rapidamente, accompagnata da un rapido incremento di crescita somatica; o ci può essere una maturazione sessuale graduale, con una crescita comparativamente lenta, che può continuare per un lungo periodo a causa del ritardo nella ossificazione e nella fusione delle epifisi. Molti pazienti, che sono piccoli fino agli ultimi anni della seconda decade, possono poi raggiungere una piena altezza da adulti; altri, invece, sono costituzionalmente bassi". È evidente, per la molteplicità dei quadri clinici possibili, come sia complesso e difficile riassumere e descrivere le indagini che bisogna effettuare per giungere a differenziare i pochi casi veramente patologici da trattare, dalla maggioranza che non richiede alcuna terapia. Infatti, è spesso necessario raccogliere una attenta anamnesi familiare, seguire nel tempo l'adolescente per valutarne la velocità di crescita, praticare particolari indagini radiologiche e sofisticati esami di laboratorio. Non è qui possibile, pertanto, spiegare come distinguere un caso veramente patologico da una variante normale. Sembra perciò opportuno ripetere e sottolineare alcune considerazioni e mettere in guardia da alcuni potenziali pericoli. La maggior parte degli adolescenti "bassi" rispetto ai loro coetanei non è affetta da una specifica malattia endocrina (quale ad esempio il nanismo da difettosa produzione dell'ormone della crescita da parte della ghiandola ipofisi), ma rientra nel campo delle condizioni cosiddette para-fisiologiche, cioè varianti estreme di una situazione fisiologica, normale): quali la bassa statura costituzionale-familiare o l'adolescenza ritardata. In particolare questa seconda condizione (l'adolescenza ritardata) è del tutto benigna, in quanto comunque ad un certo punto la pubertà ha inizio, anche se ciò può non verificarsi fino all'età di 16-17 anni o anche può tardare. In questi casi l'adolescenza progredisce più o meno lentamente, ma alla fine questi ragazzi finiscono per raggiungere un'altezza che è pari alla media dei loro coetanei.

Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche, costituite dall'uso dell'ormone della crescita o degli androgeni, cioè ormoni questi ultimi con azione simile a quella del testosterone prodotto dalle gonadi in maggior quantità dal periodo puberale in poi, bisogna mettere in guardia da alcuni pericoli.

La disponibilità dell'ormone della crescita prodotto con le moderne tecniche della bioingegneria, rispetto alla precedente sostanza estratta e solo parzialmente purificata dall'ipofisi di cadavere umano, non deve far credere che sia possibile

allungare l'altezza di un adolescente come si vuole e senza alcun danno. Infatti, è da tener presente: che rispondono molto bene a tale sostanza solo quei (pochi) casi di deficit specifico della produzione endogena di ormone della crescita; mentre per la maggior parte dei casi, come nella bassa statura costituzionale-familiare, la risposta è insoddisfacente. Inoltre, come ogni farmaco, anche l'ormone della crescita può determinare più o meno gravi effetti collaterali (ad esempio, può indurre la comparsa di diabete mellito). A tale proposito, del resto, credo siano note a gran parte del pubblico le spiacevoli conseguenze verificatesi in quegli atleti che hanno fatto abuso dell'ormone della crescita per migliorare le loro performance.

Discorso ancora più delicato è quello riguardante la somministrazione degli androgeni, cioè il tentativo di mimare lo scatto di crescita dovuto alla produzione dei cosiddetti ormoni sessuali, quali il testosterone, tipicamente aumentato durante la pubertà. Infatti, oltre agli effetti collaterali soprattutto sui caratteri sessuali secondari da tener sempre presenti, c'è da sottolineare come queste ultime sostanze se da una parte determinano un aumento della velocità di crescita, dall'altro contribuiscono a far saldare più precocemente le cartilagini epifisarie di accrescimento, che sono indispensabili per l'aumento della statura. Per cui si può giungere ad un effetto paradosso di ridurre la potenzialità totale di crescita dell'adolescente. In conclusione, bisogna intervenire solo in quella minoranza di casi in cui è veramente necessario, ma non ci si deve preoccupare nella restante maggior parte, che deve essere solo rassicurata.

E a coloro che sono congenitamente meno alti, mi sembra opportuno ricordare l'aneddoto riguardante Napoleone ed un suo soldato: a quest'ultimo, che per sottolineare la sua maggiore altezza aveva detto: "Generale, sono più grande di Lei!", Napoleone rispose: "Prego, tu sei più grosso, io sono più grande".

L'obesità e le magrezze

Anche il sovrappeso, come la bassa statura, rappresenta per i "canoni estetici" della nostra società, modellati sulle filiformi strutture corporee delle top modell, un peccato da correggere il più possibile, ricorrendo finanche a rischiosi interventi chirurgici. E questo non tanto per motivi di ordine medico, che pure sono numerosi e rilevanti, ma generalmente per uno di quei giudizi quasi "moralistici" che costituiscono la moda di ogni epoca. Ma il discorso si allargherebbe troppo, per cui è necessario tornare ad occuparsi degli aspetti endocrinopatici dell'obesità. Però, è proprio la breve predetta premessa sociologica che spiega come più del 25% dei pazienti visti in una clinica Endocrinologica pediatrica vi sia condotta

per un problema di obesità, che ha fatto nascere nei genitori o nel medico il sospetto di un "disordine ghiandolare". In verità, è raro trovare segni di vere anomalie endocrine in questi pazienti. Gli adolescenti in sovrappeso sono spesso considerati ipotiroidei, a causa dell'idea comunemente diffusa che un deficit funzionale della tiroide determini un rallentamento del metabolismo basale ed un accumulo di grasso. Ma anche in questo caso è necessario smentire questa opinione così diffusa, riportando un illuminante brano dal già citato trattato sulle "Malattie endocrine dell'infanzia e dell'adolescenza", da cui si può leggere: "Non esiste contrasto più evidente di quello che c'è tra un ragazzo ipotiroideo, ritardato, basso di statura, pallido, con tessuto sottocutaneo rilassato, flaccido, ed il ragazzo obeso, che è grande, roseo, e la cui pelle è distesa come una salsiccia troppo piena per i depositi di adipe. Benché il ragazzo ipotiroideo sia solitamente sovrappeso a causa del mixedema, è molto raro che sia realmente obeso per la riduzione dell'appetito che la malattia ipotiroidea comporta. Inoltre, l'associazione di obesità con ritardato sviluppo sessuale o con il criptorchidismo spesso porta alla diagnosi di "Sindrome di Froelich", anche nei casi in cui è chiaro che queste variazioni dell'aspetto e dello sviluppo sono caratteri costituzionali ereditari. Sia nell'ipotiroidismo, che nella Sindrome di Cushing, c'è ritardo di crescita e di sviluppo osseo. Quando si incontra, quindi, un ragazzo di peso supernormale, con aumentata o normale crescita e sviluppo, la diagnosi di queste endocrinopatie può essere generalmente scartata".

Nella gran parte dei casi, invece, la causa dell'obesità è da ricercare in un eccessivo apporto alimentare, che spesso trova le sue radici nelle abitudini dietetiche acquisite nella prima infanzia. Infatti, il bambino "paffuto" viene considerato nella nostra tradizione popolare come simbolo della salute e del benessere, i genitori solitamente ne sono orgogliosi e felici; i bambini che hanno forte appetito vengono elogiati e portati d'esempio e raramente ci si accorge dell'esistenza di un eccesso di alimentazione finché l'obesità non diventa evidente. Recenti ricerche hanno anche rivelato che mentre l'eccessivo accumulo di grasso nell'adulto è dovuto principalmente a fenomeni di ipertrofia, cioè gli adipociti - le cellule preposte all'accumulo di grasso - aumentano solo di volume, nel bambino oltre a questo fenomeno si verificherebbe anche l'iperplasia degli adipociti, cioè il loro aumento di numero oltre che di volume. E questo spiegherebbe perché un'obesità iniziata in giovane età sia più difficile da ridurre. "D'altra parte se è vero che molti genitori di bambini obesi tentano di difendersi dai rimproveri, sostenendo che i loro figli non mangiano molto, ma soltanto hanno ereditato una "tendenza all'obesità" e che invece quando si calcola il vero apporto calorico si trova di solito che è eccessivo, è altresì vero che gli individui differiscono grandemente nella loro tendenza ad aumentare di peso. Assumendo apparentemente la stessa dieta

e conducendo la stessa vita, un individuo può divenire obeso ed un altro può restare magro. Una persona può mangiare abbondantemente ed intramezzare fra i pasti dolci e caramelle, e non diventare mai troppo rotondo.

Sembra che ci sia una tendenza reale all'obesità in alcune famiglie. Ciò però non implica necessariamente che questi individui obesi abbiano una "anomalia" congenita del metabolismo dei grassi. La legge fondamentale si applica ancora, e cioè che l'immagazzinamento del grasso dipende dal fatto che l'apporto calorico è in eccesso rispetto alle necessità del particolare individuo (Dal trattato "Malattie endocrine dell'infanzia e dell'adolescenza"). Da queste considerazioni scaturisce la logica conclusione che per combattere l'obesità sono necessarie, nella maggior parte dei casi, corrette abitudini di vita, costituite fondamentalmente da una dieta equilibrata nelle componenti ed appropriata in calorie, accompagnata da un atteggiamento attivo che eviti la sedentarietà. È da aggiungere, infine, come siano sconsigliabili i farmaci cosiddetti dimagranti o anoressizzanti, che se in generale possono determinare gravi squilibri metabolici o della regolazione neurormonale dell'appetito, lo sono ancora di più in una fase così fragile quale quella della maturazione adolescenziale.

Queste ultime osservazioni introducono la situazione opposta a quella dell'obesità: le magrezze. Anche il capitolo delle magrezze è estremamente vasto, comprendendo malattie diversissime e non solo endocrine, che possono causare un deficit del trofismo dell'organismo e manifestarsi con un peso nettamente al di sotto di quello ideale. Non è, pertanto, nemmeno possibile descrivere sinteticamente tutte le malattie implicate in queste condizioni. Citerò solo le principali endocrine, che sono l'ipertiroidismo, il diabete mellito di tipo I e l'iposurrenalismo cronico, e mi soffermerò, invece, su una forma di magrezza che nelle adolescenti riveste particolare importanza: l'anoressia mentale. È questa una malattia che colpisce prevalentemente il sesso femminile, generalmente nel periodo dell'adolescenza. È caratterizzata da una marcata e progressiva perdita di peso, conseguente ad una dieta insufficiente in calorie e perseguita con lo scopo ossessivo del dimagrimento. Il rifiuto del cibo è tanto radicato che la malata escogita ogni espediente pur di non alimentarsi, ricorrendo finanche a provocarsi il vomito per restituire il cibo ingerito. Oltre al rifiuto per il cibo e la magrezza, l'altro sintomo caratteristico è l'amenorrea, cioè l'assenza delle mestruazioni che è conseguenza della denutrizione protratta.

Generalmente la tipica paziente pur essendo emotivamente disturbata e presentando spesso difficili rapporti con il proprio nucleo familiare, non ha alcuna malattia psichiatrica. Solitamente le pazienti hanno una personalità iperattiva ed ipersensibile; spesso un evento traumatico precede l'inizio del rifiuto del cibo, in una adolescente che frequentemente era lievemente obesa. Una caratteristica

interessante è il significato simbolico attribuito al cibo ed all'obesità, da parte di queste ragazze; scelgono il digiuno per ottenere una specie di controllo sul proprio corpo, sui suoi impulsi e desideri sessuali. Inoltre, spesso hanno una immagine distorta del proprio fisico, che appare loro in sovrappeso anche quando è eccessivamente magro. È da sottolineare che le alterazioni metaboliche, elettrolitiche ed ormonali che si riscontrano in queste pazienti sono essenzialmente secondarie al grave stato di denutrizione e che, quindi, non sembra esservi un primitivo disturbo endocrino-metabolico alla sua base. Ed infatti, la teoria principale di questa affezione, al di fuori dell'intervento dietetico parenterale o farmacologico per le complicanze acute, è rappresentato dal trattamento psicologico e psicoterapico, che tiene conto di molti fattori quali i rapporti con i familiari, con l'ambiente sociale, nonché dei moventi psichici passati ed attuali che, come si è accennato, hanno tanta importanza nella sua genesi.

Ipertricosi e ginecomastia

Queste condizioni rappresentano specularmente le ansie e le paure di molti adolescenti: le ragazze di apparire troppo "mascoline" ed i ragazzi di presentare un aspetto di tipo "femminile". Ed è facilmente intuibile quali risvolti psicologici si abbiano nel giovane e nei suoi familiari. Per quanto riguarda l'ipertricosi, caratterizzata come detto dalla presenza nelle donne di peli in quantità e/o distribuzione maggiore che nella media e che spesso si accompagnano ad acne, è da dire che una manifestazione grave e deturpante (si fa configurare il quadro cosiddetto dell'irsutismo), può essere dovuta ad importanti e specifiche malattie delle ghiandole surrenali o delle ovaie o al cosiddetto "irsutismo idiopatico". Ma che per fortuna le variazioni più lievi, così comuni nella gran parte delle adolescenti, non dipendono da una vera e propria malattia endocrina. In questi casi, di solito ci sono seborrea ed acne eccessive; in alcune ragazze c'è una quantità maggiore della media di peli con estensione della crescita sull'addome o sulle cosce, e spesso qualche pelo sul seno. Nonostante tali manifestazioni (androgeniche), non c'è di solito alcuna interferenza con lo sviluppo delle mammelle o di altre caratteristiche funzionali, e si hanno generalmente normali cicli mestruali. Si incontra raramente un irsutismo progressivo, e i sintomi sopra descritti possono scomparire dopo l'adolescenza. Nella gran parte di queste ragazze, quindi, si tratta di condizione benigna e solo di rado è opportuno, spesso più per motivi psicologici, un trattamento con farmaci che riducono gli effetti degli ormoni sessuali o un intervento dermatologico locale. Dall'altro versante degli adolescenti di sesso maschile, un lieve ingrossamento delle mammelle si nota nella maggioranza dei ragazzi

durante lo sviluppo puberale (secondo alcune statistiche fino al 70% degli adolescenti), e più frequentemente tra i 14 ed i 15 anni di età. In questi casi si rileva una tumefazione subareolare dura e talora tesa, del diametro di uno due centimetri circa. L'ingrossamento può essere monolaterale o bilaterale; talora vi può essere un aumento così rilevante delle ghiandole mammarie, da divenire visibili ed imbarazzanti. Questo è più facile a verificarsi nei ragazzi che stanno andando incontro alla pubertà con rapidità maggiore che nel normale ed hanno i testicoli ben sviluppati. Tale fenomeno è di solito transitorio, ma quando le mammelle sono considerevolmente ingrandite, possono persistere per mesi o arrivare fino all'età adulta. Inoltre, va distinta la vera ginecomastia, dovuta all'aumento della ghiandola mammaria vera e propria e dipendente - come abbiamo visto - in genere da variazioni parafisiologiche del tutto benigne e solo raramente da importanti malattie endocrine, va distinta dicevamo dal deposito di grasso in regione mammaria che si ha nei ragazzi obesi (pseudoginecomastia) e che ha sempre significato benigno.

Mentre la causa delle rare ginecomastie da importanti malattie delle ghiandole endocrine è ben nota, la causa della ginecomastia dell'adolescenza non è chiara; probabilmente gli androgeni testicolari e surrenalici sono convertiti da parte di un sistema endocrino non ancora perfettamente maturato in estrogeni, ormoni tipici del sesso femminile. Comunque per la pseudoginecomastia e la ginecomastia dell'adolescenza non secondaria ad altra patologia, non è indicata alcuna terapia ormonale, né essa sarebbe efficace. Come già ricordato, spesso il quadro clinico è temporaneo. Solo in casi seri e particolari può essere necessario l'intervento del chirurgo estetico per rimuovere il tessuto mammario in eccesso.

Il diabete mellito di tipo giovanile

Il diabete mellito per la sua diffusione e le sue caratteristiche è stato giustamente riconosciuto vera e propria malattia sociale. È la malattia diabetica che insorge in età adolescenziale meriterebbe, per i numerosi e complessi problemi psicologici ed organizzativi che comporta, una trattazione lunga ed esclusiva. Desidero, però, almeno accennare brevemente ad alcuni dei principali problemi del giovane adolescente che si scopre affetto dal diabete. Innanzitutto, bisogna ricordare che l'insorgenza di questa malattia nel giovane è spesso improvvisa e drammatica, non preceduta da segni o sintomi premonitori.

L'adolescente, che fino a quel momento era stato bene, comincia a perdere peso, a sentirsi debole, a bere ed urinare più del solito; nel giro di pochi giorni, generalmente, il quadro esplode in tutta la sua gravità ed è necessario istaurare

subito un cronico trattamento con insulina da iniettare sottocute, per correggere gli squilibri metabolici ed impedire un'evoluzione che altrimenti potrebbe anche essere mortale. Da questa sia pur schematica descrizione, si evince come l'impatto del giovane e della sua famiglia con la malattia diabetica sia traumatico, costringendoli ad adattarsi ad una nuova, impreveduta realtà ed a riorganizzare profondamente la propria vita familiare e sociale. È quindi comprensibile come spesso, all'inizio, sia difficile per i genitori e per il giovane accettare l'esistenza di questa infermità cronica, che dura per il resto della vita e che richiede un controllo continuo. Comunque dopo qualche tempo, in genere, l'iniziale rifiuto e l'inadeguatezza a far fronte a queste difficoltà sono superati; e bisogna sottolineare che lo sono tanto meglio e tanto più rapidamente da parte di quei giovani diabetici e di quelle famiglie che vivono in un ambiente, non solo sanitario, che si mostra sensibile, informato e disponibile ad una solidale collaborazione.

Ma una volta compresa la realtà ed accettata, insorgono altri problemi psicologici propri dell'età adolescenziale. Infatti, questo periodo di sviluppo è fondamentale per la maturazione della personalità del ragazzo, che deve acquistare progressivamente la propria identità ed autonomia. Invece, questo processo evolutivo può essere ostacolato dalla famiglia, sia pure involontariamente ed inconsapevolmente, per la nascita di un atteggiamento iperprotettivo nei confronti dell'adolescente malato. Adolescente che, da parte sua, può contribuire a questo stato di eccessiva dipendenza per lo sviluppo di stati di ansia o di angoscia depressiva, di sentimenti di perdita profonda e di autosvalutazione. A tale proposito, è opportuno ricordare due situazioni temibili che frequentemente si verificano in questi casi: nei maschi, poiché una componente fondamentale dello sviluppo della propria individualità è costituita dalla fiducia nelle proprie capacità fisiche, muscolari ed atletiche, ne deriva che se il giovane diabetico considera impossibili o limita eccessivamente le proprie attività fisiche e sportive normalmente svolte con i coetanei, nascono in lui sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità, dolorosi e negativi per la completa e piena formazione della personalità; nelle ragazze, invece, in cui uno degli aspetti fondamentali della maturazione puberale è la progressiva consapevolezza delle proprie funzioni procreative, nasce spesso il timore di considerarsi incapaci di poter condurre a termine una gravidanza normale e, quindi, di poter avere una vita matrimoniale soddisfacente. Per questi motivi, e per tanti altri che non è qui possibile esaminare, spesso l'adolescente diabetico ed i suoi familiari nascondono con ogni mezzo l'esistenza della malattia, con la conseguenza di gravi limitazioni sociali e l'impossibilità di pianificare in modo semplice e libero l'andamento della propria vita. Per fortuna oggi è possibile smentire gran parte di questi pregiudizi e di queste infondate reazioni emotive.

Grazie all'educazione sanitaria, agli strumenti per l'auto controllo della glice-

mia ed ai flessibili schemi di somministrazione delle varie insuline con differente durata d'azione, la gestione del diabete mellito è divenuta sempre più "autogestione responsabile" da parte del diabetico coadiuvato dai suoi familiari. L'adolescente diabetico, quindi, può riappropriarsi positivamente della conduzione della sua vita e non deve sentirsi né deve essere visto dai suoi genitori come un incapace, un inadatto; la possibilità di controllare la malattia diabetica e le sue conseguenze devono far riacquistare fiducia e serenità, impedendo l'istaurarsi di atteggiamenti di eccessiva autosvalutazione e/o di iperprotezione. Inoltre, per quanto riguarda i due timori precedentemente segnalati, negli uomini di non poter svolgere attività fisico-sportiva e nelle donne di non poter sperare di avere dei figli sani, c'è da rassicurare nel modo più totale: queste ansie sono infondate e sballiate.

Attualmente con i moderni schemi di somministrazione dell'insulina e con l'autocontrollo glicemico, il giovane diabetico può essere in grado di svolgere una piena e soddisfacente attività fisica, autoregolando e coordinando in modo appropriato le tre componenti fondamentali della dieta, della terapia insulinica e dell'esercizio fisico. Vi sono oggi atleti diabetici in grado di partecipare a competizioni agonistiche. Ed anche le ragazze diabetiche possono stare tranquille, sia per quanto riguarda l'andamento di una futura gravidanza che per la salute dei loro figli: le moderne metodologie di assistenza alla gravida diabetica hanno reso i pericoli per lei ed il nascituro quasi del tutto sovrapponibili a quelli di una donna non diabetica. Inoltre, anche il rischio che un figlio di madre diabetica sia a sua volta affetto da tale malattia è molto basso: dall'1% al 10% a secondo delle diverse statistiche e delle diverse forme di diabete.

Se queste sono le ottimistiche possibilità e speranze che un adolescente divenuto diabetico deve conoscere e far proprie, una raccomandazione va fatta anche all'ambiente in cui il giovane vive: ai familiari, per quanto è stato già detto circa il pericolo di un atteggiamento troppo protettivo e soffocante, che finisce per rallentare o addirittura impedire il normale sviluppo maturativo dell'autonomia personale; alle "componenti scolastiche", cioè all'insegnante, che deve conoscere la malattia e lo stato psicologico del diabetico; ed ai suoi compagni, che devono essere preparati alla presenza fra di loro di un diabetico e devono concorrere alla sua maturazione psichica e caratteriale; la raccomandazione è questa: di non considerare l'adolescente diabetico una persona diversa, nel senso di inferiore o di incapace, ma solo diversa per un aspetto marginale e poco importante, come può esserlo - ad esempio - un individuo che deve usare gli occhiali.

Anche perché, altrimenti, si rischierebbe di perdere l'occasione di contribuire allo sviluppo di una personalità dalle potenzialità sicuramente al di sopra di ogni aspettativa.

Giunti alla fine di questa relazione merita di essere riportata la dichiarazione dell'americano Lawson Wilkins, autorevole specialista dei problemi endocrinologici dell'adolescenza, in cui sono riassunte le situazioni più frequentemente incontrate, i principali problemi diagnosticoterapeutici e molte delle precedenti considerazioni. "C'è la tendenza - dice Wilkins - sia nei profani che nei medici, di sospettare subito un'alterazione endocrina in ogni caso di deviazione dal normale schema di crescita e di sviluppo per il quale non si veda chiaramente una spiegazione. Genitori allarmati, spesso terrorizzati, portano i loro figli ad un reparto di Endocrinologia perché sono troppo alti o troppo bassi, grassi o magri o perché hanno i genitali troppo piccoli.... Durante l'adolescenza un gran numero di pazienti mostra solo deviazioni normali dalla media, sia del tempo che del modo di sviluppo, e ciò è spiegabile nel modo migliore come un effetto di variazioni costituzionali del sistema endocrino durante questo periodo di assestamento. È molto importante distinguere questi casi, che non richiedono in genere alcun trattamento, da quelli legati a disendocrinie più varie. "Sulla scia di questa dichiarazione è possibile ricapitolare alcune situazioni che sono state precedentemente delineate, ricordando:

- che una bassa statura può dipendere dall'ipofunzione di alcune ghiandole come l'ipofisi o la tiroide, ma che molto più spesso è la conseguenza di fattori genetico-costituzionali o di semplice ritardo nella comparsa della pubertà:

- che le variazioni nelle dimensioni dei genitali esterni o delle mammelle e nella distribuzione dei peli, possono essere indice di particolari ed a volte importanti disfunzioni endocrine, ma che per la maggior parte sono anch'esse costituzionali o para-fisiologiche;

- che l'obesità, infine, viene spesso attribuita ad una alterazione tiroidea, delle surrenali o del sistema ipotalamo-ipofisario, mentre anche in questo caso spesso si tratta di obesità costituzionale o alimentare.

In conclusione il messaggio complessivo di questa mia presentazione vuole essere ottimistico; parafrasando il titolo di un libro pubblicato recentemente potremmo dire che, nel caso della maggior parte dei "disordini ormonici dell'adolescenza", se la Natura non si dimostra costantemente madre, ma a volte matrigna, essa comunque non è una matrigna sempre cattiva.

RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO:

AA.VV., *Diagnosi e Trattamento delle Malattie Endocrine dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, Edizioni Medico Scientifiche Internazionali, Roma 1967.

Studio Epidemiologico sulle allergopatie respiratorie in una popolazione pediatrica delle A.S.L. di Agnone e Isernia

G. De Vita, R. Rosato, E. Di Pasquo, C. Pepe, A. De Vita

Laboratorio di analisi A.S.L. N. 1 Agnone (IS)

Scopo dello studio è quello di valutare l'incidenza delle allergopatie respiratorie in una popolazione pediatrica della provincia d'Isernia.

La nostra non è stata una ricerca randomizzata ma ha riguardato soggetti con conclamata o sospetta sintomatologia allergica, inviati da medici di famiglia o da specialisti al laboratorio di analisi dell'Ospedale Civile di Agnone dal 1988 al 1994.

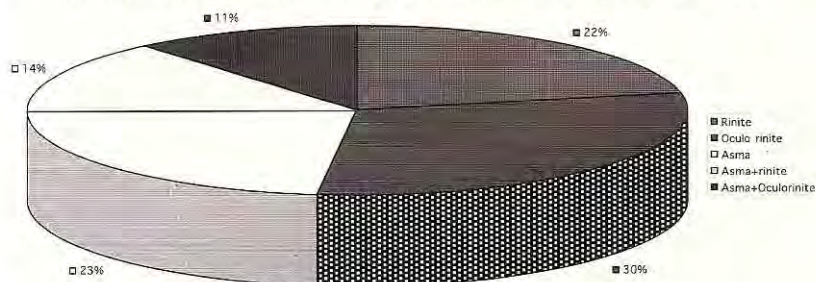
I dati si riferiscono a un campione di 826 bambini di età compresa tra 1 e 15 anni di cui 454 maschi, pari al 54,9% e 372 femmine, pari al 45,1%.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti preventivamente ad indagine anamnestica, quindi a prove cutanee mediante PRICK TEST con una batteria di allergeni della ditta Neo-Abello, poi a PRIST e, quando necessario a RAST mirato con metodica EIA della Carlo Erba-Kallestad fino al 1990 e successivamente con metodica RIA (Cap-Sistem) della Farmacia.

Risultati

538 bambini, pari al 65,1% dell'intero campione, sono risultati positivi alle prove cutanee per almeno un allergene; di questi 403 (74,9%), maschi 259 (64,2%) e femmine 144 (35,8%), hanno presentato un'anamnesi positiva per uno o più sin-

Distribuzione della casistica in funzione delle diverse patologie



tomi caratteristici della sindrome oculo-rino-bronchiale allergica correlata a positività del Prick Test e/o del Rast.

In 236 soggetti, pari al 58,5%, si è riscontrata una familiarità atopica.

Dei 403 bambini:

85, pari al 21,9%, sono risultati affetti da RINITE;

123, pari al 30,5%, da OCULO-RINITE;

92, pari al 22,8%, da ASMA;

58, pari al 14,4%, da ASMA+RINITE;

45, pari all'11,2%, da ASMA+OCULO-RINITE.

La frequenza delle positività ai singoli allergeni è stata:

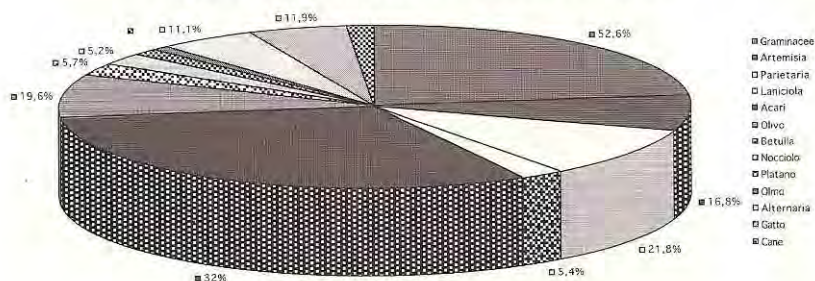
GRAMINACEE	= 212	pari al	52,6%
ARTEMISIA	= 68	pari al	16,8%
PARIETARIA	= 88	pari al	21,8%
LANCIOLA	= 22	pari al	5,4%
ACARI	= 284	pari al	70,4%
OLIVO	= 79	pari al	19,6%
BETULLA	= 23	pari al	5,7%
NOCCIOLO	= 21	pari al	5,2%
PLATANO	= 11	pari al	2,7%
OLMO	= 5	pari al	1,2%
ALTERNARIA	= 45	pari al	11,1%
GATTO	= 48	pari al	11,9%
CANE	= 5	pari al	1,2%

I soggetti monosensibilizzati sono risultati 144, pari al 35,7%; di questi l'80% ha una reattività per gli acari. I soggetti polisensibilizzati sono risultati 259, pari al 64,3%. I soggetti con Prist superiore ai valori normali per età sono stati 314, pari al 77,9%.

Positività per sindrome oculo-rino-bronchiale

Pazienti positivi	403	
Maschi	259	64,2%
Femmine	144	35,8%
Soggetti con familiarità atopica	236	58,5%
Soggetti reattivi ad un solo allergene	144	35,8%
Soggetti reattivi a più allergeni	259	64,3%
Soggetti con PRIST superiore ai valori normali per età	314	77,9%

Distribuzione della positività ai vari allergeni



Conclusioni

Gli allergene singoli più frequentemente causa di allergie respiratorie nella nostra casistica sono gli ACARI, poi le GRAMINACEE, la PARIETARIA e l'OLIVO; significativa è stata la reattività ai derivati epidermici del GATTO, così pure quella all'ALTERNARIA.

Per quanto attiene la correlazione fra sintomatologia clinica e reattività per gli allergeni, è risultato evidente come gli acari sostengono soprattutto quadri asmatici, così come gli allergeni stagionali sostengono quadri rino-congiuntivali.

È da considerare poi, una buona correlazione fra PRICK e RAST, nei casi in cui quest'ultimo è stato eseguito.

Si evidenzia la significatività della positività all'OLIVO nei soggetti residenti nell'ex Unità Locale di Venafro ove esistono vaste distese di oliveti, così la prevalenza degli ACARI nei soggetti della U.L. di Agnone e una significativa reattività alla PARIETARIA nei bambini provenienti dalla U.L. di Isernia.

Da tutto ciò scaturisce come sia importante l'influenza del microambiente sulla sensibilizzazione dei soggetti atopici, la conoscenza dell'ecosistema da cui essi provengono e come sia indispensabile far precedere ad ogni esame in vivo o in vitro un preciso inquadramento anamnestico per una diagnosi corretta di malattia allergica.

Trapianti di rene nella Regione Molise

Nella nostra regione ci sono 240 pazienti in trattamento dialitico cronico, ogni anno se ne aggiungono statisticamente altri 25-30. Il Molise rispecchia, nell'attività trapiantologica, la drammatica situazione italiana ma possiamo comunque dire che in 15 anni di attività, su una popolazione che è appena un terzo di milio-

ne di abitanti, sono stati trapiantati 50 pazienti, una media di 3 trapianti per anno e una media di 9 trapianti per milione di abitanti.

I prelievi di organi presso l'Ospedale Cardarelli sono stati effettuati dall'équipe dell'Ospedale S. Eugenio fin dal 1985 con la seguente cadenza:

1 prelievo di rene nel 1985
1 prelievo di rene nel 1987
1 prelievo di rene nel 1989
1 prelievo di rene nel 1990
2 prelievi multiorgano nel 1993
3 prelievi multiorgano nel 1994
5 prelievi multiorgano nel 1995 (alla data 15/10/1995).

Considerando che la media nazionale di donazione è di 7,9 donazioni per milione di abitanti, il Molise negli anni 1994-1995 supera di gran lunga la media nazionale con 9 donazioni per milione nel 1994 e 15 donazioni per milione nel 1995. Le donazioni e i prelievi vengono effettuati nel solo bacino di Campobasso e rimane zero per i bacini di utenza di Venafro-Isernia e Larino-Termini.

Dei 50 pazienti molisani trapiantati, 16 trapianti sono stati eseguiti a Roma presso l'Ospedale S. Eugenio dall'équipe del prof. Casciani e dal prof. Castagneto dell'Università Cattolica.

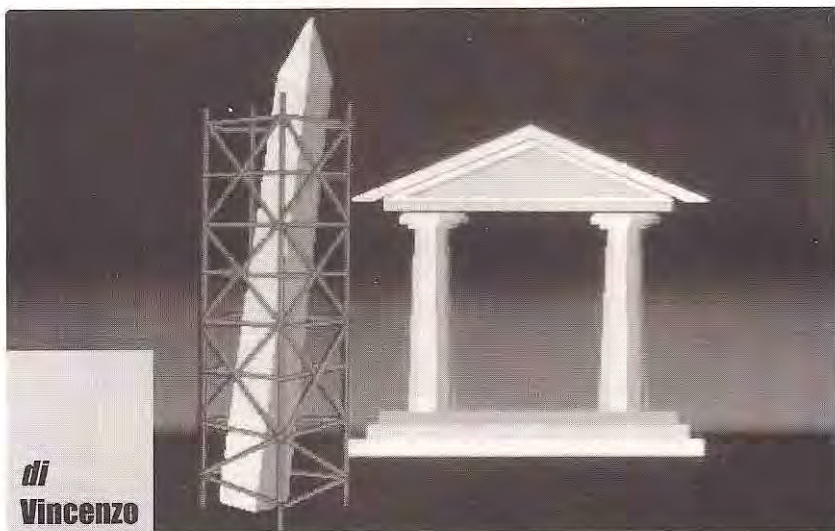
36 trapianti sono stati effettuati da cadavere, 14 da vivente.

Di essi, 30 funzionano ancora, 9 pazienti sono deceduti, 11 sono entrati in dialisi. Con un decreto del 21/01/1988, l'Ospedale di Campobasso fu autorizzato al prelievo di rene e pancreas. Tale autorizzazione è stata superata dalla legge 198 del 13/07/1990 che all'art. 1 autorizza gli ospedali dotati di reparti di Rianimazione e Chirurgia Generale a svolgere attività di prelievo di Organi da cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Fin dal 1985, l'Ospedale di Campobasso ha nominato i colleghi medici previsti dagli art. 3 e 5 della legge 2/12/1975. Tali colleghi in base alla legge 198 del 13/7/90, possono, su richiesta, recarsi presso tutti gli Ospedali della Regione forniti di reparti di Rianimazione e Chirurgia Generale. Con una delibera del 21/07/1988, la Regione Abruzzo e la Regione Molise hanno stipulato una convenzione per istituire un centro interregionale di riferimento per i trapianti. Tale centro stabilisce la compatibilità tra donatori e potenziali riceventi, compila ed aggiorna un elenco di soggetti idonei e in lista di attesa, individua i soggetti più compatibili ed esegue ulteriori test per definire la istocompatibilità.

Per l'AIDO: i medici della sez. Emodialisi

DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

Nuovi orizzonti terapeutici



**di
Vincenzo
Carone**

Sempre più spesso il medico viene consultato per problemi che hanno a che fare direttamente o indirettamente con disturbi della sfera sessuale maschile. Si calcola che in Italia siano affetti da disturbi erettivi circa 4.000.000 di persone e non ci sono dubbi sull'azione destabilizzante che la convivenza con questo sintomo porta sulla vita di relazione del paziente, sulla percezione della propria immagine sui riflessi nel mondo degli affetti e del lavoro. A volte il paziente ne ha piena consapevolezza, altre volte invece riferisce una sintomatologia indefinita che nasconde il timore di affrontare il problema. La richiesta di prestazione medica da parte del paziente presuppone una risposta del medico secondo lo schema classico dell'approccio medico e cioè un'anamnesi, un esame obiettivo, una diagnosi e possibilmente una terapia. La sintomatologia sessuale non è spesso tenuta nella giusta considerazione forse anche per gli scarsi successi terapeutici fino a poco tempo fa possibili.

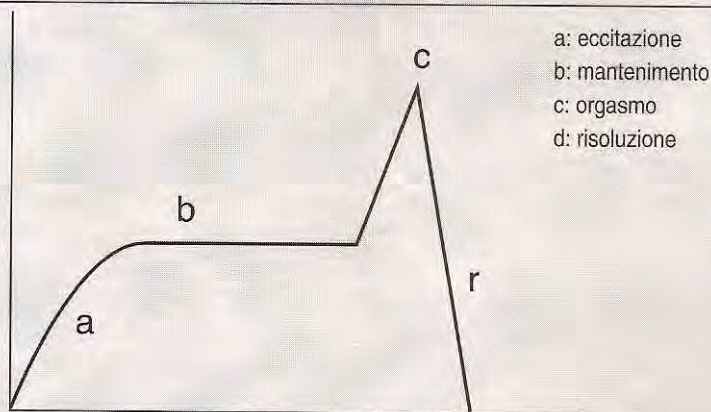
L'inadeguatezza sessuale è invece un sintomo decisamente intimo che non si palesa con l'evidenza ma che priva il soggetto di una adeguata vita sessuale considerata oramai parte integrante del benessere; da qui l'esigenza di superare il sintomo con adeguata e tempestiva terapia per ricollocare il soggetto in una posizio-

ne più consona alle sue esigenze di vita di relazione, alla stessa stregua di come si tratta il paziente affetto da altri deficit per es. uditivo, visivo o altre situazioni di disagio.

La preoccupazione e i problemi legati al sesso sono oggi più diffusi che in passato anche dal versante maschile sia per la maggiore esigenza femminile di una prestazione sessuale adeguata e soddisfacente, sia perché i mass-media affrontano con frequenza crescente questi problemi e reclamizzano stili di comportamento spesso errati performance difficili da sostenere. Deve ormai essere parte integrante della consultazione del medico generico e successivamente dello specialista, ginecologo, andrologo, urologo, psicologo l'interesse per quello che si può ben definire stato di salute sessuale di un individuo.¹ Le migliorate conoscenze della fisiopatologia della risposta sessuale maschile e le più recenti metodologie diagnostiche hanno arricchito l'Andrologo di un bagaglio strumentale non indifferente: si definiscono in tal modo dei percorsi diagnostici e terapeutici in cui far procedere il paziente in esame. Alla luce di ciò acquistano primaria importanza le modalità in cui si articola il primo colloquio e da cui deriva il successivo iter diagnostico e terapeutico. Si può rappresentare la risposta sessuale maschile secondo il grafico di tab. 1.

Nella ricerca anamnestica delle cause bisogna far riferimento alla fase in cui il deficit si esprime secondo il grafico su descritto. Si definisce come potenza sessuale la capacità di iniziare, condurre e concludere un rapporto sessuale, in caso contrario si parla di impotenza. Nella eziologia dell'impotenza distinguiamo cause organiche, psicogene, iatrogene già generalmente evidenti da un'accurata raccolta anamnestica dei dati clinici, dall'esame obiettivo e da eventualmente un colloquio con la coppia.

Tab. 1 - Risposta sessuale maschile



Tab. 2 - Eziologia dei disturbi erettivi

☐ Cause psicogene		
☐ Cause organiche	—Vasculogeniche	• Ipoafflusso arterioso
		• Accelerato scarico
	— Neurogene	
	— Endocrine	
	— Locali	
☐ Cause iatrogene	— Farmaci	
	— Esiti interventi chirurgici	

L'erezione è un meccanismo neuro - endocrino vascolare che coinvolge attività afferenti, periferiche e centrali che attivano il parasimpatico sacrale e determinano l'avvio della risposta erettile delle arterie elicine e rilassamento della muscolatura dei corpi cavernosi.

Successivamente prevale il tono del simpatico contro l'eiaculazione e la detumescenza.

Il medico di medicina generale ha un ruolo di grande rilievo nell'identificazione della patologia di cui parliamo perché generalmente è il primo referente a cui il paziente si rivolge, ma spesso, ha al contrario scarsa dimestichezza con questi problemi sia perché attualmente non sono previsti nel corso della formazione del medico di medicina generale temi sui problemi sessuologici e andrologici, sia a causa di stereotipi di tipo culturale, sociale e religioso che rendono difficoltoso il colloquio.

Le tabelle 3 e 4 mostrano le linee guida dell'anamnesi sessuale e gli esami del I livello. Il disturbo deve essere in primo luogo ben definito (primitivo, secondario, concomitante, con situazioni ambientali, emotive particolari, con altri disturbi come carenza di libido eiaculazione precoce o dolorosa anorgasmia. La tabella 5 è una guida all'esame obiettivo che deve essere fatto con la raccomandazione di inserire sempre i disturbi sessuali in una valutazione generale dello stato di salute del soggetto in esame. Una serie di altre indagini è invece di pertinenza specialistica.

Farmaco somministrazione intracavernosa (F.I.C.)

In questa procedura viene valutata la risposta erettiva successiva alla somministrazione intracavernosa di farmaci vasoattivi a dosaggi standardizzati: la risposta viene valutata con la semplice osservazione e palpazione. È di facile esecuzione e

Tab. 3 - Impotenza sessuale maschile: guida all'anamnesi

Epoca di insorgenza
Modalità di insorgenza (brusca o graduale)
Situazione relazionale
Situazione sessuale attuale (frequenza dei rapporti anche rispetto al passato)
Qualità attuale delle erezioni (disturbi di ottenimento e/o di mantenimento, grado di erezione in una scala da 1 a 10, variabilità in differenti posizioni e/o tecniche coitali, etc)
Presenza e grado delle erezioni notturne e mattutine
Presenza di curvature e/o deviazioni o dolore in erezione, suggestivi per IPP
Alterazioni del desiderio
Alterazioni orgasmiche o eiaculatorie
Disturbi disurici
Uso di farmaci: - Antiipertensivi (b bloccanti, a metil-dopa, diuretici tiazidici, clonidina, etc)
- Antipsicotici (antidepressivi triciclici, barbiturici, MAO, fenotiazidici, aloperidolo, sali di litio)
- Altri: anti H2 (cimetidina), antiandrogeni, ketoconazolo, spironolattone, antilipidemici-clofibrato)
Fattori di rischio vascolare e/o neurologico
Abitudini voluttuarie (consumo di alcoolici, fumo di sigaretta, stupefacenti)

Tab. 4 - Impotenza sessuale maschile: guida agli esami laboratoristici e strumentali di primo livello

Ematochimici: glicemia, colesterolo totale, HDL, TG, uricemia, emocromo, AST, ALT, protidogramma, creatininemia, PSA.
Esame urine completo (eventualmente urinocoltura)
Dosaggio ormoni: testosterone libero e totale), prolattina, (ev. LH, fT4, TSH, 17 β estradiolo)
Strumentali: ecografia apparato urogenitale (eventualm. eco-colordoppler penieno dinamico)

non richiede attrezzature speciali. (Tab. 6)

Ha due scopi: uno terapeutico di evidenziare il paziente Responder da sottoporre ad eventuale terapia; uno diagnostico di definire l'eziologia attribuendo valenza alle diverse risposte allo stimolo. Non sempre comunque la risposta erettiva esclude patologia vascolare o la mancata risposta attesa deficit vascolare data la possibilità di numerose interferenze (ambientali, fumo, stress).

Test della tumescenza notturna del pene (N.P.T.)

La constatazione di episodi erettili spontanei notturni registrati con apposite apparecchiature non invasive è suggestivo di impotenza psicogena, escluderebbe in molti casi la genesi organica.

Visual sexual - stimulation (v.s.s.)

Valuta la risposta erettiva in rapporto alla visione di scene erotiche a vario contenuto; eseguito senza e con test di somministrazione intracavernosa di farmaci. Può dare risposte anche in relazione al vissuto sessuale del soggetto in esame valutando la risposta alle varie situazioni esaminate. È poco usato per la scarsa compliance del paziente, la scarsa definizione diagnostica, difficoltà pratica di attuazione specialmente nella struttura pubblica. Solo in caso di risposta positiva esclude patologia vascolare.

Flussimetria doppler, eco color doppler

Metodica non invasiva ha una buona attendibilità per lo studio circolatorio, può essere eseguita a riposo o dopo stimolo farmacologico intracavernoso, richiede personale molto esperto.

Tab. 5 - Impotenza sessuale maschile: guida all'esame obiettivo

Stato di salute generale (facies, cute, linfonodi, etc), press. arteriosa, freq. cardiaca
Esame addome, fegato, reni etc
Stato di androgenizzazione generale (trofismo muscolare, presenza e disturbi dei peli, ginecomastia)
Esame cardiovascolare (frequenza cardiaca, pressione arteriosa)
Esame neurologico di base (riflesso anale e bulbocavernoso)
Esame periferico (polso arteriosi arti inferiori)
Caratteri sessuali secondari
Esame scrotale (sede, volume e trofismo testicolare)
Palpazione del pene
Esplorazione rettale e valutazione della prostata e del tono dello sfintere anale

Tab. 6- Farmaci usati per la farmacoerezione

☐ Papaverina	☐ Fentolamina
☐ Prostaglandina	☐ Ketanserina

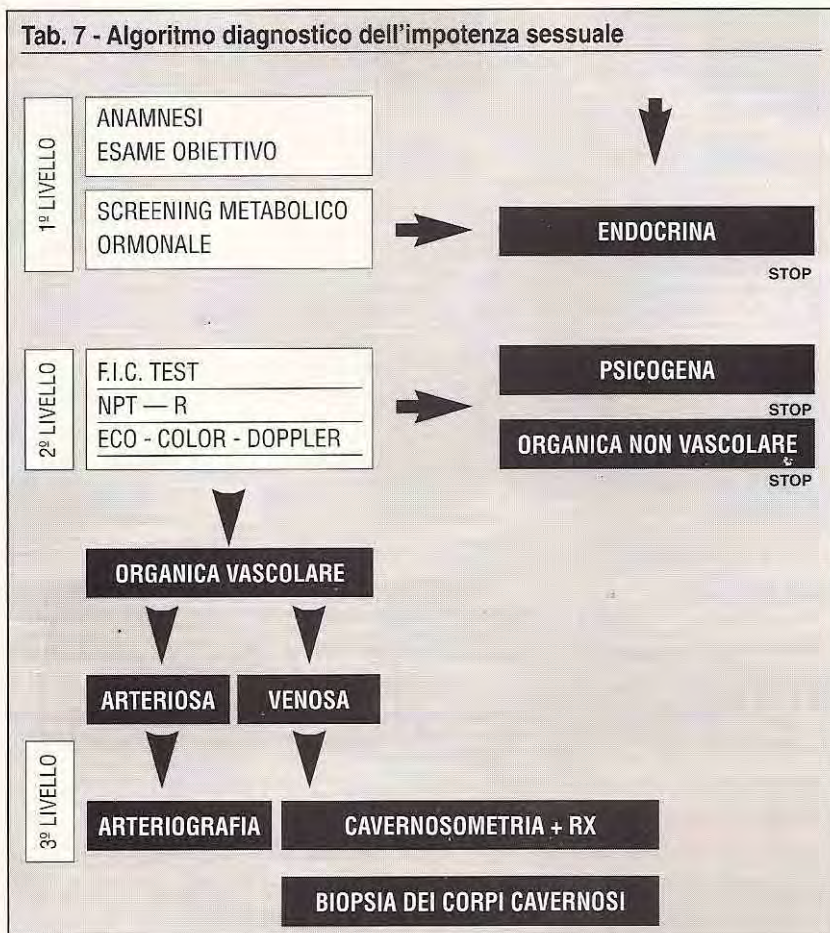
Cavernosografia - metria

È un esame invasivo consistente nella visualizzazione dei corpi cavernosi con mezzo di contrasto. È importante quando si sospetta incompetenza vaso-cavernoso, (fuga venosa rapida e detumescenza del pene). Altre metodiche sperimentali sono la flussimetria laser doppler e la videocapillaroscopia a fibre ottiche.

Biopsia dei corpi cavernosi e tunica albuginea

Una metodica invasiva che permette lo studio della struttura istologica e si evidenzia soprattutto per la ricerca di una normale percentuale di fibre elastiche che si riduce con l'età e che sono responsabili della fuga venosa.

Tab. 7 - Algoritmo diagnostico dell'impotenza sessuale



Tab. 8 -Fattori di rischio per disfunzione erettiva

Fattori di rischio vascolare	Diabete
	Ipertensione
	Tabagismo
	Vasculopatie periferiche
	Dislipidemie
	Traumi pelvici e/o chirurgici addominali
	Familiarità per vasculopatie
Fattori di rischio neurologico	Alcoolismo
	Patologie correlabili con impotenza sessuale
	Patologie neurologiche centrali e/o periferiche
	Traumi pelvici e/o chirurgici (chirurgia basse vie intestinali, prostatica, etc)
	Patologie dismetaboliche (diabete, uremia, etc)
Patologie correlabili impotenza sessuale	Insufficienza renale cronica in trattamento conservativo (dieta), con sostitutivo (dialisi) o dopo trapianto
	Patologia prostatica (prostatite cronica, cancro prelopost terapia soppressiva)
	Tireopatie
	Malattie reumatiche (collagenopatie, sclerodermia, artrosi etc)
	Patologia epatica
	Sindrome depressiva (e sindromi nevrotiche)

Valutazione psicosessuologica

Non dovrebbe mai mancare uno studio completo dato che particolari profili possono interferire quanto meno nell'aggravamento di un deficit organico. Particolare rilievo hanno gli aspetti psicologici nello stabilire la terapia (F.I.C., protesi). La tabella 7 riassume quanto detto.

La prevenzione dei disturbi erettivi sta assumendo progressivamente sempre più rilievo a monte di quelli che cominciano ad essere pur validi rimedi terapeutici. È indirizzata soprattutto verso quelle patologie e comportamenti considerati dannosi quali diabete, neuropatie centrali e periferiche, fumo, alcool, droghe, ipercolesterolemie (tab. 8). Al contrario il deficit sessuale erettivo può essere considerato la spia di una generazione vascolare che interessa anche altri distretti (cardiaco, cerebrale, renale). La terapia medica si basa sulla correzione fisiopatologi-

ca, responsabile del caso clinico. È sostanzialmente terapia ormonale sostitutiva (androgeni) o di stimolo (gonodotropine) nei casi di ipogonadismo accertato.

La bromocriptina è usata nei casi di ipoprolattinemia. La Jolimbina si è dimostrata scarsamente efficace. La Bioarginina è usata con alterni successi.

Sono stati proposti anche dei dispositivi meccanici a pressione negativa (Vacum device) che permettono il riempimento passivo dei corpi cavernosi poco usati per la scarsa compliance.

La terapia chirurgica propone interventi per:

- rivascolarizzazione
- correzione della incompetenza cavernoso-venosa (fuga venosa)
- applicazione di protesi peniena

La nuova frontiera è la F.I.C. (farmaco somministrazione intro-cavernosa, di farmaci vaso attivi che riproducono le risposte vascolari alla base della erezione) permette l'ottenimento di risposte erettive funzionali reversibili senza interventi chirurgici e/o dispositivi meccanici e permette l'autosomministrazione dopo aver istruito il paziente.

Il soggetto ideale è quello con impotenza neurogena e/o psicogena con integrità vascolare peniena e del meccanismo vaso occlusivo.

Anche i pazienti con lievi deficit della componente vascolare possono trarre giovamento in un notevole numero di casi.

Il programma di trattamento è quello di istruire il paziente e/o la partner soprattutto quando, questo è impossibilitato all'autosomministrazione. Il risultato deve essere quello di ottenere risposta erettiva reversibile della durata di non oltre i 60'; utile al completamento del rapporto sessuale. Le prime somministrazioni avvengono sotto controllo medico allo scopo di valutare la risposta, stabilire la dose ed ottimizzare il risultato terapeutico. La percentuale di successo oscilla tra il 75/80%, la percentuale di abbandono è di circa il 30% concentrato nel periodo iniziale ed è legata a dolore dell'iniezione, paura dell'ago, resistenza della partner, mancanza di spontaneità.

Altre considerazioni bisogna fare relativamente alla eiaculazione precoce (E.P.). È questa un'anomalia della risposta sessuale maschile che già per definizione trova difficoltà di inquadramento. In un primo tempo legata alla durata del rapporto e nelle più recenti definizioni valutata in senso di coppia, ovvero si considera normale il tempo di eiaculazione quando avviene dopo il raggiungimento dell'orgasmo della partner. Ricordando il grafico l'alterazione è dovuta all'accorciamento di vario grado della fase di mantenimento dovuto al mancato controllo del riflesso eiaculatorio. Sconosciute sono le cause, impossibile una terapia eziologica.

Sicuramente sono coinvolti anche fattori culturali educativi del mondo occi-

dentale, legati alla figura del "Maschio" e all'immagine di riferimento che i mass media, la pubblicità, ed altri induttori di comportamento danno di esso spesso più o meno palesemente rappresentato come "conquistatore dominatore", (prestazione da spot). È importante in questo senso il tipo di approccio psicologico del maschio al rapporto sessuale finalizzato in genere alla eiaculazione: soltanto una diversa concezione, che intende la eiaculazione come completamento e non come "fine", potrà portare un cambiamento del rapporto basato sulla consapevolezza di uno scambio reciproco (dare-ricevere/essere-avere) togliendo alla prestazione sessuale il significato di una "performance". In questo senso spingono molte filosofie orientali concependo il rapporto solo come contatto reciproco non necessariamente concluso con la eiaculazione: esistono cioè anche una serie di sensazioni legate ad altre fasi del rapporto sessuale. Come rimedio sintomatico è stato di recente proposto con discreto successo l'utilizzo di un anestetico locale di nuova generazione. L'uso di tale terapia riuscendo a ritardare l'eiaculazione può essere utile all'esplorazione sensoriale di quel periodo di mantenimento, così breve nell'E.P., che può creare i presupposti per una soluzione più duratura, ricostruendo un rapporto di coppia più soddisfacente. Si ripropone e si realizza in tal modo con maggior facilità quella situazione di focalizzazione sensoriale ricercata al di fuori del rapporto sensuale in senso stretto dagli psicoterapeuti di coppia. Concludo riaffermando come oggi la terapia delle disfunzioni sessuali deve essere presa in seria considerazione alla luce di queste nuove prospettive terapeutiche che promettono un sicuro miglioramento per un prossimo futuro.



LAVORI PROTESICI ED IVA

Con la circolare ministeriale 129/E, il ministero chiarisce che tutte le prestazioni dell'odontotecnico, riguardanti le protesi, sono esenti da IVA. Pertanto sono esenti da IVA ai sensi dell'art. 10 n. 18 D.P.R. 633/72 non solo le protesi realizzate su commissione del medico odontoiatra, ma anche le riparazioni di protesi rese direttamente a privati (anche se questo è illegale).

Il trasporto di manufatti protesici è esonerato dall'emissione della bolla di accompagnamento ai sensi dell'art. 4 n. 8 D.P.R. 627/78, come chiarisce il ministero delle Finanze con la circ. n. 5 del 12/2/79. Obbligatoria è, invece, l'emissione della fattura. Infatti l'art. 36 bis D.P.R. 633/72 stabilisce che non possono essere dispensate dagli adempimenti di fatturazione e registrazione le operazioni indicate al n. 18 dell'art. 10 D.P.R. 633/72, quelle, cioè, rese dagli odontotecnici, che pertanto saranno obbligati ad emettere fattura, indicando che si tratta di operazione esente e specificando la norma che dispone tale esenzione.

Un'importante precisazione va fatta nel caso in cui la prestazione odontotecnica è resa da soggetti organizzati in strutture societarie e cioè sotto forma di società di persone (sdf, snc, sas) o di società di capitali (spa, srl). Anche in questo caso l'esenzione IVA sarebbe operante, in quanto tali prestazioni vengono rese nell'esercizio di arti e professioni sanitarie soggette a vigilanza ai sensi dell'art. 99 TU leggi sanitarie RD 27/7/34 n. 1625.

La commissione per il "118" presenta il progetto per l'istituzione del D.E.U. nel Molise

Il giorno 19 ottobre c.a. a Campobasso, presso l'Assessorato alla Sanità, si è tenuto un incontro, voluto dall'Assessore Astore, tra tutte le parti interessate alla istituzione del Dipartimento di Emergenza nella regione Molise.

Alla presenza dei Direttori Generali e dei funzionari ASL, di buona parte dei Primari di reparto di Pronto Soccorso e di Rianimazione degli ospedali regionali, dei rappresentanti del volontariato e della delegazione sindacale della CUMI/AMFuP per la Guardia Medica (unica sigla del settore ad avere diritto di rappresentanza), l'Assessore ha voluto ribadire in modo categorico l'impegno per dare il via, in tempi ragionevolmente brevi, al sistema "118".

La necessità di uscire definitivamente dalla fase di stallo, cui il progetto è stato costretto negli ultimi tempi, è scaturita, oltre che dalla volontà di offrire ai molisani un servizio la cui utilità non è in discussione, anche dagli impegni assunti con il Ministro della Sanità il quale, dopo aver apprezzato il progetto "Molise soccorso" elaborato da un'apposita Commissione regionale, ha scelto la nostra regio-

ne come territorio di verifica del funzionamento del Sistema Emergenza per l'intera realtà nazionale. Dopo ampia e vivace discussione, utile a mettere sul tappeto i principali problemi si è stabilito di affidare alla stessa Commissione del progetto "Molise soccorso" (allargata ad altri operatori interessati concretamente al tema) la stesura di un documento elaborato in tutti i particolari che, dopo essere stato sottoposto al vaglio dell'Assessorato per le integrazioni e le correzioni ritenute opportune, verrà presentato in Giunta Regionale per l'approvazione definitiva.

Il lavoro di questa Commissione (composta da: Dr. Davinelli Vittorio - Primario f.f. Pronto Soccorso P.O. di Campobasso, con funzioni di coordinatore della stessa; Dr. Clemente Fedele - Aiuto Pronto Soccorso P.O. Campobasso; Dr. Iannandrea Liborio - Aiuto Rianimazione P.O. Campobasso; Dr. Monteleone Giuseppe - Aiuto Pronto Soccorso P.O. Larino; Dr. De Felice Ernesto - Aiuto Rianimazione P.O. Campobasso; Dr. Crudele Fernando - segretario reg.le CUMI; Dr. Trabassi Angelo - Presidente reg.le CUMI; Dr. La Vecchia Ernesto - membro direttivo

naz.le CUMI) ha portato, dopo approfondito esame delle problematiche di tutte le componenti presenti nel "118", alla realizzazione di un progetto circostanziato, presentato all'Assessorato alla Sanità alla fine del mese di novembre c.a. Per ovvie ragioni di spazio non possiamo pubblicare l'intero contenuto del documento ma ci limitiamo a riassumerne i punti fondamentali.

A) Centrale operativa:

la sede della C.O. è indicata c/o il Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" della ASL n. 3 di Campobasso nella struttura prossima al Pronto Soccorso ove già sono installate le linee telefoniche. Il medico responsabile sarà alternativamente un sanitario del Servizio di Pronto Soccorso ed uno del Servizio di Rianimazione, nominati dal Direttore Generale, con qualifica non inferiore ad aiuto, con titolo specifico, comprovata esperienza ed in possesso di titoli accademici e di studio nel settore dell'emergenza. Il medico coordinatore di Centrale assicurerà una presenza continua di 24 ore al giorno e provverrà dal personale dipendente dei Servizi di Pronto Soccorso e di Rianimazione per cui ad essi saranno assegnati 6 medici (3 al Pronto Soccorso e 3 alla Rianimazione). Essi dovranno aver espletato un corso pratico formativo di almeno 5 giorni presso una Centrale Operativa già attiva. Nelle more dell'espletamento dei concorsi relativi e/o della mobilità, si impiegheranno i primi 6 medici disponibili provenienti dalla graduatoria regionale degli idonei al corso formativo regionale per il "118" con comprovata esperienza nel settore dell'emergenza e che abbiano espletato

un corso formativo di almeno 5 gg. presso una Centrale Operativa già attiva. Infermieri: sono addetti alla C.O., alla consolle dei 2 centralini, n. 12 infermieri professionali provenienti dal settore della emergenza e che abbiano eseguito un corso formativo di base della durata di almeno 5 giorni presso una Centrale operativa già attiva. Avranno il compito di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato. Contestualmente potranno consultare il medico Coordinatore della Centrale e coadiuvarlo nel tenere i collegamenti con il Personale di bordo dei mezzi di soccorso.

B) Territorio:

sono individuati 21 punti sede di M.S.A. (mezzi di soccorso avanzato) in tutta la regione Molise in considerazione della densità demografica, della orografia, della viabilità e delle strutture e dei mezzi già esistenti adatti allo scopo, al fine di avvicinarsi al massimo al rispetto dei tempi di intervento previsti (8 minuti in area urbana e 20 minuti in area sub-urbana). Sono addetti al servizio di emergenza territoriale 126 medici reperiti tra i primi disponibili della graduatoria regionale degli idonei al corso formativo propedeutico per il "118". Essi passano dall'attuale impegno orario di 24 ore a 38 ore settimanali tutte da espletare nell'emergenza. Saranno alle dirette dipendenze della Centrale Operativa. Per i compiti che sono chiamati a svolgere si rispetterà l'art. 22 dell'ACN per la Guardia Medica DPR n.41/91.

L'ASL, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve

assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sul territorio contro gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale esplicata. In caso di malattia o gravidanza, oltre la copertura finanziaria prevista dagli ACN, è prevista la conservazione del punteggio mensile. Sono addetti al servizio di emergenza sul territorio 126 infermieri professionali che avranno il compito di coadiuvare il medico negli interventi e nel condurre il mezzo con cui si recano sul luogo dell'evento. Per quanto riguarda i mezzi occorrono 30 auto di piccola cilindrata (FIAT Panda 4x4). Per le attrezzature: apparecchiature VHF radiomobili e telefoni cellulari, divise, borse per l'emergenza, la cui corretta tenuta sarà a carico dell'infermiere sotto la responsabilità del medico.

C)

Ambulanze di supporto: ne sono previste 7 con l'assunzione di 42 autisti e 42 infermieri professionali.

D)

Elisoccorso: al momento attuale non è possibile disporre di tale sistema, tuttavia si indica che ad integrazione del SET sarà necessario istituire il servizio di elisoccorso il quale prevederà una équipe sanitaria di emergenza costituita da un medico specialista in Anestesia e Rianimazione strutturato, un infermiere proveniente dal servizio di Anestesia e Rianimazione ed un infermiere definito regolatore proveniente dall'area dell'emergenza.

E) Volontariato:

è opportuno ricorrere all'utilizzo di associazioni di volontariato, della

CRI e di privati che si rendessero disponibili.

F) Formazione professionale:

l'avvio del sistema emergenza coinciderà per gli operatori di Guardia Medica che ne abbiano titolo, con un periodo di formazione teso a meglio qualificare l'operato degli stessi. Il predetto corso si articolerà in complessive 60 ore di frequenza nei reparti di: Pronto Soccorso, Rianimazione ed Unità Coronarica dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso. l'impegno settimanale previsto è di 14 ore, con turni così suddivisi: 8-14, 14-20 dal lunedì al venerdì; 8-14 il sabato. Questo al fine e di non permettere ai medici che operano nella Guardia Medica di superare il tetto massimo di 38 ore settimanali. Le ore verranno retribuite con le stesse voci previste dalla Convenzione di Guardia Medica territoriale notturna, festiva e prefestiva.

I tempi previsti dalla commissione per l'avvio del sistema sono stati stimati in 6 mesi circa per cui, ragionevolmente, si può indicare la data del 1° luglio 1996. Per rispettare tale impegno è necessario che tutte le parti interessate lavorino con serietà e determinazione in questa direzione. Ora la parola passa definitivamente al potere politico regionale che, dopo aver assicurato, a nome dell'Assessore alla Sanità, la possibilità concreta di poter reperire i fondi per la copertura finanziaria dell'intera operazione dovrà compiere l'ultimo e definitivo passo per la realizzazione del servizio.