

il caduceo

Vol.12, n° 3 - 2010



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE
AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. N° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE
M. Sperone

DIRETTORE SCIENTIFICO
CO-EDITOR
B. Trinti

COMITATO SCIENTIFICO
**F. Palazzo, A.F. Radicioni,
S. Sciacchitano, A. Torre.**

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

EDITORE
RM '81 S.p.a.
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA
Arti Grafiche Tris S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE NEL MESE
DI SETTEMBRE 2010
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Worldsedge by digitalblasphemy

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,
edita a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale in
collaborazione con Cancer Therapy & Prevention
Research Association - Onlus.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della
rivista devono essere autorizzate per iscritto
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari
di Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità
degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32.868.34.04
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it

**U.S.I.**
Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

- 1.** Sommario
- 2.** Istruzioni agli Autori
- 3.** Personalità, stress e malattia cardiovascolare
F. Della Rocca
- 7.** Smile Train Italia Onlus: eventi, iniziative
di raccolta fondi e progetti umanitari
- 9.** Tecnologia spaziale per la correzione
dei difetti visivi
A. Eftimiadi
- 13.** Sperimentare i nuovi farmaci anche sui
pazienti più a rischio: si può e si deve tentare
I. Gardini
- 15.** La Visita Medica Omeopatica
P. D'Annibale
- 19.** Fisiologia e fisiopatologia – Parte quarta –
L'Apparato Escretore Urinario
M. Annibali
- 22.** Trattamento dei lipomi tramite cavitazione
S. Dima
- 24.** LILT: A ottobre parte la XVII edizione
della Campagna Nastro Rosa
- 25.** Prevenire è vivere. News dal mondo LILT
- 29.** Casa di cura Marco Polo: "pedina strategica"
della Rete oncologica regionale
E. Rosati
- 30.** Assistenza Sanitaria Multidisciplinare
A. Lembo, F. Della Rocca
- 34.** Giving day 2010 – Giornata della donazione
M. Scafati
- 35.** Canale Mussolini – Gli umili che fecero l'Italia
M. Trecca

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche, lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.

Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2007). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista.

Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. SOMMARIO. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. INTRODUZIONE. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. MATERIALI E METODI. Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. RISULTATI. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimo-

strabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. RINGRAZIAMENTI. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. BIBLIOGRAFIA. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. The causal relation between HPV and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55: 244-65

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori.

Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche.

Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

Personalità, stress e malattia cardiovascolare

Federico Della Rocca

Psicologo clinico- Psicoterapeuta

USI – Unione Sanitaria Internazionale. Casa di Cura “Marco Polo” - Roma



Numerosi studi hanno dimostrato il ruolo di fattori psicologici, sociali, comportamentali ed emozionali nell'eziologia e nella patogenesi di disturbi cardiovascolari.¹⁻⁵ Dalla letteratura emergono chiare evidenze cliniche secondo le quali condizioni di stress, determinate caratteristiche della personalità dei soggetti, e particolari disturbi, come ansia e depressione, giocano un ruolo prognosticamente sfavorevole, sia nella popolazione sana che fra i pazienti, in relazione alle malattie cardiovascolari.⁶⁻¹⁰

Depressione e ansia

Complessivamente gli studi presenti in letteratura confermano come vi sia una forte e consistente evidenza di un'associazione fra depressione, carenza di supporto sociale e comparsa di malattia coronarica.¹¹⁻¹⁶ La prevalenza di depressione nei pazienti dopo IM è del 15-45%^{17,18,19}; essa aumenta di 3-4 volte il rischio di mortalità cardiaca.^{20,21,22}

Le ricerche condotte allo scopo di definire il legame fra disturbo depressivo e malattia cardiovascolare hanno prodotto risultati di varia tipologia. Alcuni dimostrano come la depressione post-IMA o post-intervento cardiocirurgico costituisca un fattore che aumenta il rischio di recidive per eventi cardiovascolari.^{8,23} Altri risultati indicano che la depressione influenza soprattutto l'incidenza del primo evento cardiovascolare.⁷ È stato possibile documentare l'associazione tra depressione, cardiopatia ischemica e mortalità cardiovascolare, specificando che: (a) gli individui affetti da depressione sviluppano cardiopatie ischemiche sintomatiche e fatali in percentuale maggiore rispetto ad individui non depressi; (b) i pazienti depressi hanno una probabilità maggiore di morte improvvisa per eventi cardiovascolari; (c) la depressione post-IMA è associata a un aumento della mortalità cardiaca.²⁴ Kubzansky e Kawachi²⁵, valutando la relazione fra emozioni negative, fra cui ansia e depressione, e cardiopatia, mostrano come l'ansia sia fortemente coinvolta nell'inizio della patologia, mentre la depressione sia associata soprattutto alla mortalità post-IMA. Resta controverso il ruolo della depressione quale fattore scatenante delle malattie cardiovascolari. Altri autori indicano come ansia e depressione possano avere un effetto predittivo sulla mortalità, nei cardiopatici: la depressione risulta associata a una mortalità più elevata, mentre l'ansia, seppur correlata a una mortalità inferiore, è un fattore che appare associato a un aumento del rischio di recidive nei pazienti affetti da grave patologia cardiaca.²⁶ È inoltre provato che l'ansia e un basso tono dell'umore corrispondono a eventi che possono facilitare l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita non salutari, come l'abitudine al fumo, al consumo di alcool,

uno stile di vita sedentario e una dieta non bilanciata. Tali comportamenti facilitano le recidive di malattia e possono ostacolare l'adesione ai programmi di riabilitazione terapeutica.²⁷ Di fronte a tali evidenze appare dunque necessario sottoporre tutti i pazienti con malattie coronariche a screening per ansia e depressione utilizzando, oltre al colloquio psicologico-clinico, anche adeguati strumenti di misura validati. Le Linee Guida Nazionali, che regolano le attività e le procedure da svolgere nella riabilitazione cardiologica, prevedono ormai l'impiego sistematico di tali modalità di screening psicologico.

Tipo di personalità

Nel corso degli anni la ricerca psicologica ha consentito la messa a punto di strumenti di valutazione e misura psicometrica che permettessero di ottenere un profilo di personalità del soggetto sottoposto a test e colloquio clinico. Ogni profilo di personalità corrisponde a determinate caratteristiche caratteriali, emotive e comportamentali. Negli ultimi anni, a partire dal secondo dopoguerra, la ricerca ha tentato di esplorare la possibilità di individuare delle correlazioni fra determinate caratteristiche di personalità dei soggetti e le loro patologie organiche. In questo senso, l'associazione fra soggetti caratterizzati da una personalità detta di “**Tipo A**” e malattia coronarica ha rappresentato, fino a pochi anni fa, uno dei risultati più importanti. Il soggetto con personalità Tipo A manifesta una modalità specifica di atteggiamenti e caratteristiche comportamentali, tra le quali senso di fretta e impazienza, competitività elevata e diffusa con tendenza alla lotta e alla sfida, difficoltà o incapacità a rilassarsi, bisogno di mantenere il controllo e la leadership nelle relazioni sociali e lavorative, ostilità. L'ostilità, in particolare, si è rivelata positivamente correlata ad una serie di abitudini a rischio per la salute. Negli ultimi anni, tuttavia, la correlazione fra personalità Tipo A e malattia coronarica è stata messa in discussione. Una recente revisione sistematica⁶ ha concluso che *non vi è associazione fra malattia coronarica e comportamento di tipo A, fino a qualche tempo fa*

considerato un fattore prognostico negativo. Parallelamente a questo risultato, che smentisce l'associazione stretta fra personalità Tipo A e cardiopatia, la ricerca ha prodotto evidenze che rivelerebbero la presenza di una moderata correlazione fra un diverso tipo di personalità, il **Tipo D** e la cardiopatia. Il soggetto Tipo D presenta una combinazione di affettività negativa unita a inibizione sociale: domina la tendenza a provare generalmente emozioni negative che vengono costantemente inibite, restando dunque inesprese. Vi è inoltre la tendenza ad evitare i contatti sociali, favorendo un pericoloso isolamento. Il soggetto Tipo D vive emozioni e stati d'animo quali la depressione, l'ansia, la rabbia, l'ostilità. Vi è spesso un senso di pericolo imminente. Presenta un'immagine negativa di se stesso e tende a somatizzare lo stress accumulato, trasformandolo in sintomi fisici.

Tipo D, Cortisolo e Cardiopatia

L'inibizione delle emozioni è stata associata a una maggiore reattività cardiovascolare²⁸, minore capacità di recupero cardiovascolare²⁹ e, nel lungo periodo, aterosclerosi della carotide, particolare incidenza di coronaropatie e mortalità cardiaca³⁰. In un campione di pazienti sottoposti a riabilitazione cardiaca, l'incidenza di mortalità per cause cardiache ha rivelato una frequenza 4 volte superiore nei pazienti con personalità Tipo D³¹. Questo studio è stato poi replicato successivamente su un campione di 300 pazienti con coronaropatia³²: il Tipo D si è dimostrato un predittore indipendente di mortalità cardiaca e infarto del miocardio non-fatale. Un elemento importante fa da ponte fra la personalità Tipo D e la cardiopatia: il **Cortisolo**. Si tratta di un ormone steroideo prodotto dalla corteccia surrenale, che può essere considerato un tipico ormone dello stress, in quanto la sua secrezione aumenta in modo critico quando un organismo si trova in condizioni di emergenza. In situazioni simili si attiva l'asse dello stress costituita da *ipotalamo-ipofisi-surrene*, il cui prodotto finale è il rilascio di elevati livelli di cortisolo. La correlazione tra emozioni negative e aumento di cortisolo ematico è stata documentata in numerosi studi che hanno utilizzato diverse modalità per indurre stress, come ad esempio parlare in pubblico, compiere stancanti calcoli aritmetici, oppure subire stimoli dolorosi. Un soggetto caratterizzato da personalità Tipo D vive in maniera praticamente cronica sensazioni di paura, ansietà, impossibilità di ricevere aiuto, perdita di controllo sulla propria vita, sensazioni negative che innescano una reazione d'allarme associata a un elevato rilascio di cortisolo. Quest'ultimo produce numerosi effetti che favoriscono la malattia coronarica. Ad esempio, il cortisolo inibisce l'ormone della crescita, e una carenza di tale ormone è associata a un maggior rischio di sviluppare la malattia cardiovascolare nell'adulto³³. Inoltre elevati livelli di cortisolo producono l'accumulo di grasso viscerale con conseguente dislipidemia e aumento della vulnerabilità alla malattia cardiaca³⁴.

La personalità Tipo D (sia essa un costrutto temperamentale geneticamente determinato, oppure una particolare costellazione di comportamenti abituali che risultano disfunzionali) appare dunque come un fattore di rischio almeno equivalente per importanza agli altri fattori prognostici "convenzionali" per la malattia coronarica. Il fatto che i pazienti cardiopatici con personalità Tipo D risultino ad elevato rischio di morbilità e mortalità per la malattia cardiovascolare, sottolinea l'importanza di prendere in considerazione fattori sia acuti (per esempio una depressione maggiore) che cronici (cioè determinate caratteristiche di personalità) nei soggetti che presentano un rischio di sviluppare la malattia cardiaca. Del resto i fattori di rischio psicologici tendono quasi sempre a raggrupparsi fra loro, richiedendo un'attenta valutazione al fine di individuare e quindi ridurre la loro potenzialità dannosa per la salute.

Gli interventi psicologici e la loro efficacia

I soggetti che soffrono di ansia e depressione, così come quelli caratterizzati da una personalità Tipo D, si trovano in una condizione che può favorire lo sviluppo di varie patologie, anche gravemente invalidanti. Si è visto quanto sia importante in ambito cardiologico individuare e intervenire su particolari fattori di carattere psicologico al fine di migliorare la qualità della vita e favorire una eventuale riabilitazione, contestualmente alla quale si può operare attraverso tecniche psicologiche, per ottenere il cambiamento di particolari modalità mentali di porsi nei confronti della vita e delle persone con cui entriamo in relazione. Gli interventi psicologici sono estremamente vari e comprendono una serie di potenziali tecniche di impiego di cui è difficile valutare l'efficacia. In ambito cardiologico le Linee Guida Nazionali suggeriscono, oltre alle normali attività di diagnosi e individuazione di fattori di rischio, anche interventi di psicoterapia, consulenza individuale e di gruppo per la gestione dello stress, per l'acquisizione di abilità di socializzazione, per il rilassamento muscolare, per la gestione dell'ansia e della depressione. A tutto ciò possono essere associate attività volte a fornire informazioni sulle conseguenze di comportamenti alimentari scorretti, del fumo, della scarsa attività fisica. Le ricerche sull'efficacia di questi interventi cominciano a dare risultati molto incoraggianti. Ad esempio, una meta-analisi (ossia uno studio che prende in considerazione i risultati di molti studi relativi a uno stesso argomento) condotta su un campione complessivo di 8988 pazienti ha dimostrato che i programmi di Cardiologia Riabilitativa che includono interventi psicologici e/o educativi, determinano una riduzione del 34% della mortalità cardiaca e del 29% di infarti del miocardio ricorrenti in un follow-up di 1-10 anni.³⁵ Risultati simili erano stati riportati da due precedenti meta-analisi.^{36,37} Una meta-analisi condotta per valutare l'efficacia di specifici interventi psicologici³⁸ ha prodotto risultati interessanti: di un campione complessivo composto da 12841 pazienti, 5242 sono stati trattati con un intervento fo-

calizzato alla gestione dello stress. I risultati dimostrano che i soggetti sottoposti a intervento psicologico presentano una riduzione di reinfarti non fatali rispetto al gruppo che non ha ricevuto l'intervento psicologico. Dall'altro lato non emergono effetti differenziali sulla mortalità dei pazienti.

Conclusioni

Le evidenze descritte consentono di avere una visione più completa della complessità della malattia cardiaca, nel cui ambito rientrano fattori di carattere psicologico che possono determinare elementi di rischio sia in fase preventiva che in fase riabilitativa. I risultati presentati evidenziano come un intervento adeguato in ambito cardiologico non possa più prescindere dalla valutazione delle caratteristiche psicologiche dei pazienti, siano esse variabili di stato (cioè temporanee) o di tratto (ossia stabili). Sebbene le ricerche sperimentali non abbiano ancora chiarito tutti gli aspetti e le funzioni della componente psicologica, siamo già pervenuti a un punto tale per cui non è più possibile trascurare le variabili psicologiche nel processo di cura in ambito cardiologico. Per questo motivo le Linee Guida Nazionali sugli interventi riabilitativi in Cardiologia consigliano energicamente l'implementazione di strumenti di valutazione e intervento psicologico in specifiche fasi del processo riabilitativo, al fine di garantire ai pazienti un trattamento integrato che soddisfi le esigenze di raggiungimento di elevati standard qualitativi delle cure mediche erogate.

Bibliografia

- Heilburn AB jr, Friedberg Eb. Type A personality, self-control, and vulnerability to stress. *J Personality Assessment* 1988; 52: 420-33.
- Williams Rb, Littman AB. Psychosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. *Cardiol Clinics* 1996; 14: 97-104.
- Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 580-92.
- Sher L. Effects of psychological factors on the development of cardiovascular pathology: role of the immune system and infection. *Med Hypotheses* 1999; 53: 1\12-13.
- Ursano Rj, Epstein RS, Lazar SG. Behavioral responses to illness: personality and personality disorders. In: Wise MG, Rundell JR, eds. *The American Psychiatric Publishing Text-book of Consultation-Liaison Psychiatry*. Psychiatry in the Medically Ill, 2nd edn. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2002: 107-25.
- Hemingway H, Kuper H, Marmot M. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: *Evidence-based cardiology*. BMJ Books, 2003.
- Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, Freedland Berkman LF, Watkins LL, Czajkowski SM, Haynan AS. Depression as a risk factor for mortality after myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2003; 92: 1277-81.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, GINETTE G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 1919-24.
- Yoshida T, Yoshida K, Yamamoto C, Nagasaka M, Tadaura H, Meguro T, Sato T, Kohzuki MM. Effects of a two-week, hospitalised phase II cardiac rehabilitation program on physical capacity, lipid profiles and psychological variables in patients with acute myocardial infarction. *Jpn Circ J* 2001; 65: 87-93.
- Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation I. Review of psychological factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 121-26.
- Ades PA, Woldmann ML, McCann WJ, Weaver SO. Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1033-5.
- Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust*.2003; 178(6): 272-6.
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. *Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment*. *Psychosom Med*.2004; 66(3): 305-15.
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study):case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 953-62.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, et al. *The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology*. *Am Coll Cardiol* 2005; 45(5): 637-51.
- Mac Mahon KMA, Lip G Y H. *Psychological factors in heart failure:a review of the literature*. *Arch Intern Med*.2002; 162(5): 509-16.Review.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival*. *JAMA* 1993; 270: 1819-25.
- Camey RM, Freedland KL, Rich MW, Jaffe AS. *Depression as a risk factor far cardiac events in established coronary heart disease. A review of possible mechanisms*. *Ann Behav Med* 1995; 17: 142-9.
- Mayou R. *Rehabilitation after heart attack*.*BMJ* 1996; 313: 1498-9.
- Ladwig KH, Kieser M, Konig J, et al. *Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the post-infarction late potential study*. *Eur Heart J* 1991; 12: 959-64.
- Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary B. *Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction*. *New Eng J Med* 1984; 311: 552-9.

22. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction*. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
23. Blumenthal JA, Newman M, Babyak MA, Lett HS, Mark D. Depression as a risk factor for a mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362: 604-09.
24. Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol* 2000; 86: 38F-40F.
25. Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res* 2000; 48: 323-37.
26. Hermann C, Brand-Driehorst S, Buss U, Ruger U. Effect of anxiety and depression on five-years mortality in 5,057 patients referred for exercise testing. *J Psychosom Res* 2000; 48: 455-62.
27. Rozansky A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192-217.
28. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 95-103.
29. Brosschot JF, Thayer JF. Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the links between hostility and cardiovascular disease. *Ann Behavior Med* 1998; 20: 326-32.
30. Graves PL, Mead LA, Wang NY, Liang K, Klag MJ. Temperament as a potential predictor of mortality: evidence from a 41-year prospective study. *J Behavior Med* 1994; 17: 111-26.
31. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347: 417-21.
32. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102: 630-5.
33. Hew FL, O'Neal D, Kamarudin N, Alford FP, Best JD. Growth hormone deficiency and cardiovascular risk. *Baillieres Clin Endocrinol Metab* 1998; 12: 199-216.
34. Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs. low CRH/NE states. *Mol Psychiatry* 2002; 7: 254-75.
35. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, et al. *A meta-analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients*. *Health Psychol* 1999; 18: 506-19.
36. Linden W, Stossel C, Maurice J. *Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis*. *Arch Intern Med* 1996; 156: 745-52.
37. Mullen PD, Mains DA, Velez RA. *A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education*. *Patient Educ Couns* 1992; 19: 143-62.
38. Rees K, Bennet P, West R, et al. *Psychological interventions for coronary heart disease (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, 2004.

La tua gravidanza alla **U.S.I.**® è una gravidanza serena

Amniocentesi

- Cariotipo fetale
- Valutazione rapida del sesso e della ploidia dei cromosomi 21-13-18 **in 72 ore**

Valutazione molecolare per:

- Fibrosi cistica 32 mutazioni
 - Sordità congenita
 - X fragile (sindrome di Martin Bell)
 - Distrofia muscolare di Duchenne e Becker
- € 870,00

Ed inoltre, per la durata della gravidanza, godrai di **riduzioni del 20%** su tutte le indagini diagnostiche per immagini e di laboratorio non in convenzione. L'USI seguirà il tuo bebè per tutto il primo anno di vita alle stesse condizioni.

Tel. 06.32868.43 - Fax 06.77203798

 **U.S.I.**®
Unione Sanitaria Internazionale





Smile Train Italia Onlus: eventi, iniziative di raccolta fondi e progetti umanitari

Smile Train è un'organizzazione umanitaria che nasce negli Stati Uniti nel 1999, con l'obiettivo di restituire il sorriso e la speranza di una "vita migliore" ai bambini affetti da labiopalatoschisi, una malformazione del volto particolarmente diffusa nei Paesi più disagiati, che comporta per i bambini che ne sono portatori, non solo difficoltà di nutrizione e problemi di logopedia, ma anche un profondo disagio sul piano dell'inserimento sociale, a causa dei pregiudizi, dell'ignoranza e delle superstizioni che spesso caratterizzano le culture locali.



Dall'anno della sua costituzione Smile Train ha restituito il sorriso a più di 500.000 bambini di 75 Paesi in tutto il mondo.

Smile Train Italia è costituita da volontari medici specialisti in chirurgia plastica, anestesia, pediatria ed infermieri, che gratuitamente mettono a disposizione la propria professionalità partecipando alle missioni mediche.

Smile Train Italia ha una duplice mission:

- Realizzare interventi chirurgici in favore di bambini affetti da malformazioni del volto, esiti di ustioni e traumi bellici;
- Formare il personale sanitario locale dei vari Paesi con risorse limitate in cui effettua le missioni chirurgiche, sia attraverso l'organizzazione di corsi professionali intensivi, sia mediante la fornitura, alle strutture visitate, di tutto il materiale sanitario necessario per poter gestire in autonomia la cura delle patologie malformative del volto.

Grazie alla dedizione e all'impegno dei medici volontari di Smile Train Italia sono state realizzate missioni in Mozambico, Armenia, Afghanistan, Iraq, Uganda, Tanzania, Pakistan, Repubblica Democratica del Congo, Georgia, Yemen, Etiopia, Bangladesh e Haiti.

Nei prossimi mesi i medici dell'Associazione saranno impegnati nella realizzazione di missioni chirurgiche in Bangladesh, Iraq e Repubblica Democratica del Congo, con l'obiettivo di aiutare i numerosi bambini che sono in attesa di un gesto di solidarietà per ritrovare il proprio sorriso e la speranza di una vita migliore.



È possibile sostenere i prossimi progetti umanitari di Smile Train Italia Onlus partecipando agli eventi di raccolta fondi organizzati periodicamente dall'Associazione. Sono infatti numerose le iniziative che Smile Train sta organizzando per i mesi autunnali:

- Il **17 ottobre**, dalle 16 alle 20, presso l'**Hotel Albani** di Roma (Via Adda, 45) si svolgerà un **Torneo di Burraco** dedicato ai bambini di Smile Train, le iscrizioni sono aperte e tutti gli appassionati di questo bellissimo gioco possono confermare all'Associazione la propria partecipazione al torneo.
- Il **10 novembre**, ancora presso l'Hotel Albani, si svolgerà la quarta edizione dell'evento "**Asta di Vini - l'incanto di un sorriso**", vi aspettiamo ancora una volta con un'asta divertente e coinvolgente grazie alla quale prestigiose bottiglie di vino donate all'associazione dalle più note aziende vinicole italiane saranno battute all'asta ed il ricavato della serata sarà devoluto per il finanziamento delle missioni chirurgiche programmate da Smile Train per il 2011. Durante la serata sarà anche proposto ai partecipanti un ottimo buffet gentilmente offerto dal ristorante vegetariano "Il Margutta".
- Il **26 novembre** prossimo, presso il **Ristorante dell'Hotel Majestic** di via Veneto 5 a Roma, lo chef di fama internazionale Filippo La Mantia cucinerà per i sostenitori di Smile Train Italia Onlus. Durante la serata si terrà una **lotteria** i cui premi saranno creazioni di stilisti e aziende molto note e prestigiose. Tutti i partecipanti alla cena hanno diritto a concorrere per i premi messi in palio dalla lotteria, per prenotare la propria partecipazione o per prenotare un tavolo a nome proprio o di un'azienda si prega di contattare l'Associazione Smile Train al numero 06.84242799.

Per sostenere le missioni di Smile Train Italia Onlus:

versamento sul conto corrente postale

intestato a **Smile Train Italia**
c/c **80387632**

bonifico bancario

intestato a **Smile Train Italia**
Banca Popolare dell'Emilia Romagna
c/c **1616000**
Abi **05387** Cab **03203** Cin **J**
Codice Iban - **IT 91 J 05387 03203 000001616000**

5x1000

codice fiscale di Smile Train Italia: **97455990586**.

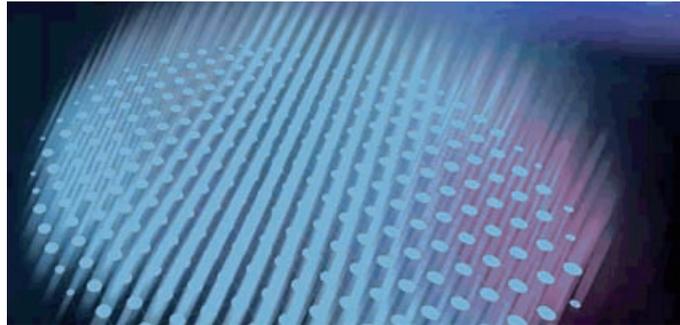
Per maggiori informazioni relative all'attività dell'Organizzazione è possibile contattare l'Ufficio di Smile Train Italia Onlus al numero 06.84.24.27.99, scrivere un'e-mail all'indirizzo info@smiletrain.it, oppure visitare il sito internet www.iltrenodelsorriso.it

Tecnologia spaziale per la correzione dei difetti visivi

Alessandro Eftimiadi
Oculista



Esiste un nuovo standard nella tecnologia laser per la correzione dei difetti visivi: la piattaforma iLASIK™ è una combinazione integrata della tecnologia IntraLase® con il trattamento Advanced CustomVue™ basato sulla tecnologia VISX®.

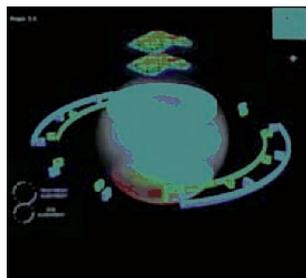


Una tecnologia per la correzione della vista eccezionale ad ogni passo

Quando ci si sottopone alla procedura iLASIK, si riceve un trattamento completamente integrato e personalizzato basato su una tecnologia per la correzione della vista avanzata ad ogni step.

Step 1 – Creare il proprio profilo personale della vista

Il primo step nella procedura iLASIK è quello di sottoporsi ad una serie di test che individuano le caratteristiche individuali della tua visione attraverso l'uso di una tecnologia WaveScan. Questa tecnologia rileva le specifiche imperfezioni presenti in ogni singolo occhio, irregolarità che nessun metodo standard per occhiali e lenti a contatto era riuscito finora a misurare. Questa nuovo metodo di misurazione garantisce dati 25 volte più precisi di quelli forniti dalla visita tradizionale con le lentine, dall'auto-refrattometro o dal forottero.



Il sistema WaveScan, inoltre, crea una mappa 3-D delle caratteristiche ottiche dell'occhio esaminato che, successivamente, vengono utilizzate per progettare un trattamento personalizzato.

Step 2 – Creare il flap iLASIK

La procedura iLASIK usa esclusivamente una tecnologia avanzata chiamata IntraLase Method, che offre la possibilità di modellare con precisione la geometria intracorneale del paziente, in termini di diametro, profondità, angolo del bordo e morfologia – creando il letto stromale ottimale per l'intervento refrattivo. La tecnologia IntraLase consente di ottenere molte delle caratteristiche essenziali del flap ideale per la LASIK, compresi:

- **Lembi più resistenti** grazie a una migliore cicatrizzazione della ferita, preservazione della membrana di Bowman e resistenza corneale pari a quella della PRK, grazie a una migliore cicatrizzazione dei bordi del lembo
- **Maggiore sicurezza** grazie a una riduzione dell'ectasia, della crescita epiteliale e delle pieghe del lembo corneale
- **Diminuzione del rischio** di cheratite infettiva rispetto alla PRK

L'approccio IntraLase Method per tagliare la cornea è completamente indolore. Il metodo IntraLase permette di raggiungere risultati eccezionali – è più probabile raggiungere una visione pari a 10/10 quando è usato il metodo IntraLase. Altri studi dimostrano che, tra quei pazienti che si sono sottoposti ad un intervento LASIK creando il flap con una lama in un occhio



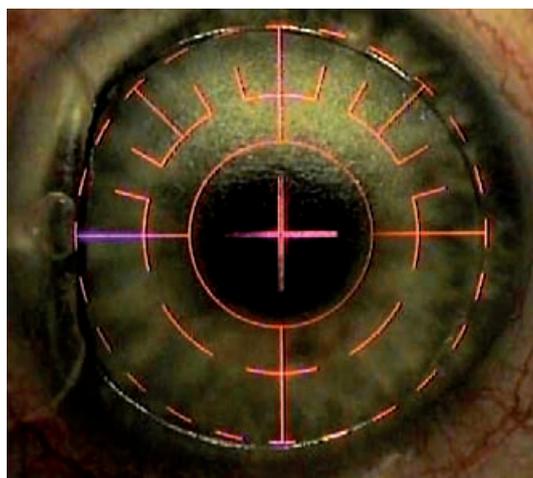
A. Eftimiadi

e con il metodo IntraLase nell'altro, la visione con l'occhio trattato con IntraLase è stato di gran lunga preferito in un rapporto di 3 a 1. (tra i pazienti che hanno dato una preferenza).

Step 3 – La correzione laser della vista

Una volta ottenuto il profilo personale attraverso la tecnologia WaveScan e ottenuto il flap corneale in assenza di lama usando l'esclusivo metodo IntraLase, il difetto visivo può essere trattato usando il trattamento Advanced CustomVue attraverso la procedura iLASIK. Advanced CustomVue ha ottenuto l'approvazione FDA per trattare il più ampio raggio di difetti della vista possibili, tutti i tipi di miopia, sia lievi che elevate, presbiopia ed ogni tipo di astigmatismo! Studi clinici dimostrano che un anno dopo il trattamento:

- Il 100% dei pazienti miopi e più del 95% degli altri pazienti dello studio clinico ha passato il test di guida senza occhiali e lenti a contatto
- Il 98% dei pazienti affetti da miopia sia lieve che elevata e almeno $\frac{3}{4}$ di tutti gli altri pazienti dello studio clinico erano in grado di vedere 20/20 o meglio senza occhiali o lenti a contatto



Quasi 32 milioni di persone in tutto il mondo sono già state sottoposte a LASIK. Ma si tratta solo della punta dell'iceberg, di soggetti aperti alle innovazioni che tendono a sperimentare per primi le nuove tecnologie.

“La NASA ha seguito da vicino gli studi clinici dell'Aviazione Navale su pazienti miopi, con particolare interesse sia per la sicurezza, sia per la qualità della visione in condizioni estreme. I laser guidati da fronte d'onda e quelli a femtosecondi garantiscono una maggiore sicurezza, consentendo alla maggior parte dei pazienti di raggiungere i 20/20 o di migliorare la vista. Gli studi della Marina Militare hanno dimostrato che la tecnologia avanzata iLASIK garantisce stabilità ed efficacia anche nelle condizioni fisiche più estreme di guerra o di volo ad alte prestazioni. Dopo la convalida di test così rigorosi, il paziente può affidarsi alla iLASIK senza alcuna preoccupazione.”



“La NASA ha seguito da vicino gli studi clinici dell'Aviazione Navale su pazienti miopi, con particolare interesse sia per la sicurezza, sia per la qualità della visione in condizioni estreme. I laser guidati da fronte d'onda e quelli a femtosecondi garantiscono una maggiore sicurezza, consentendo alla maggior parte dei pazienti di raggiungere i 20/20 o di migliorare la vista. Gli studi della Marina Militare hanno dimostrato che la tecnologia avanzata iLASIK garantisce stabilità ed efficacia anche nelle condizioni fisiche più estreme di guerra o di volo ad alte prestazioni. Dopo la convalida di test così rigorosi, il paziente può affidarsi alla iLASIK senza alcuna preoccupazione.”

Dott. (Capitano) Steven C. Schallhorn,
Marina degli USA

Bibliografia

1. Arbelaez MC, Knorz MC. Laser in situ keratomileusis for hyperopia and hyperopic astigmatism. J Refract Surg 1999.
2. Azar DT, Primack JD. Theoretical analysis of ablation depths and profiles in laser in situ keratomileusis for compound hyperopic and mixed astigmatism. J Cataract Refract Surg 2000.
3. Barraquer C, Gutierrez AM. Results of laser in situ keratomileusis in hyperopic compound astigmatism. J Cataract Refract Surg 1999.
4. Dada T, Sharma N, Vajpayee RB, Dada VK. Sterile central disciform keratopathy after LASIK. Cornea 2000.
5. Durrie DS, Vande Garde TL. LASIK enhancements. Int Ophthalmol Clin 2000.
6. Haight D. Slipped flap, irregular astigmatism and undercorrection after automated lamellar keratoplasty. J Refract Surg. 1996.
7. Lim T., Yang S., Kim M., Tchah H. Comparison of the IntraLase femtosecond laser and mechanical microkeratome for laser in situ keratomileusis, Am J Ophthalmol. 2006.
8. Pannu JS. Incidence and treatment of wrinkled corneal flap following LASIK. J Cataract Refract Surg. 1997.

CHIRURGIA REFRAATTIVA: LE DOMANDE PIU' RICORRENTI?

- **Dopo l'intervento sarà possibile togliere definitivamente gli occhiali?**

L'obiettivo della chirurgia con il laser ad eccimeri è di ridurre la dipendenza dagli occhiali o dalle lenti a contatto. È certo però che non tutti i candidati potranno liberarsene completamente, qualcuno potrà aver bisogno di un occhiale soltanto per alcune particolari situazioni, come la guida notturna. Ad esempio una persona che ha superato i 40 anni d'età potrà, dopo l'intervento, togliere completamente gli occhiali per la visione da lontano, ma i problemi legati a quella da vicino (presbiopia), in ogni caso avranno bisogno di una correzione.



- **In caso di necessità, dopo l'intervento potrà rimettere le lenti a contatto?**

Se necessario, SI, è possibile. L'importante sarà rivolgersi ad uno specialista contattologo. A volte, infatti, dopo un intervento di chirurgia refrattiva, l'applicazione potrà essere più complicata.

- **È vero che l'intervento dura pochi secondi?**

L'azione del laser dura mediamente dai 20 secondi ad 1 minuto e mezzo. La parte più lunga è la preparazione del paziente (es: gli esami pre operatori, la vestizione, ...) e la parte della preparazione dell'occhio, che richiedono qualche minuto in più. Da quando si entra in un Centro PRIMAVISTA a quando si è dimessi dal chirurgo bisogna considerare circa 45 minuti /1 ora.

- **Potrò vedere 10/10 dopo una PRK / LASIK o LASEK?**

Se i 10/10 si vedevano anche prima dell'intervento, nella maggioranza dei casi la risposta è SI. In casi molto rari si possono guadagnare o perdere 1 o 2 decimi di visione dopo il trattamento. I tempi di recupero del miglior visus sono differenti secondo il tipo d'intervento effettuato, se in PRK o LASIK.

- **In caso di residuo d'ametropia, sarà possibile intervenire di nuovo?**

La stragrande maggioranza dei pazienti trattati non ha mai bisogno d'ulteriori interventi dopo una PRK / LASIK o LASEK. In caso di sottocorrezioni o ipercorrezioni significative dopo un primo intervento, è possibile ripetere la procedura non prima di 3 mesi per una LASIK, o 9 mesi per una PRK o LASEK. È comunque assai rara la possibilità di dover reintervenire una terza volta.

- **La chirurgia refrattiva è compatibile con tutti i bandi di concorso?**

La maggior parte dei bandi non crea limitazioni in merito. Ci sono dei bandi di concorso, i quali specificano la non idoneità del candidato se è stato sottoposto a LASIK o PRK (alcuni bandi delle forze dell'ordine).

- **Si prova dolore durante l'intervento?**

Assolutamente NO. Dopo la preparazione del paziente, nell'occhio da operare, si instillano delle gocce di collirio anestetico, tali da addormentare la cornea per tutta la durata dell'intervento. Durante l'intervento si avrà, sull'occhio, una sensazione di contatto e/o di pressione dovuta all'azione chirurgica, ma mai di dolore.

- **Si ha dolore dopo l'intervento?**

Qui bisogna fare una distinzione tra le varie tecniche chirurgiche. Dopo un intervento di PRK o LASEK, si può riscontrare una sensazione di corpo estraneo nell'occhio per le prime 12/24 ore, che può essere ridotta con l'assunzione di antidolorifici o con il sonno. Dopo un intervento di LASIK, si può avvertire la stessa situazione, ma solo per le prime 4/6 ore dall'intervento.

- **Si possono avere effetti collaterali che durano nel tempo?**

La correzione laser dei difetti visivi si esegue nel nostro paese da più di 15 anni. In questo periodo al di là degli effetti collaterali transitori nell'immediato post operatorio, come l'occhio secco e gli aloni, non sono stati osservati effetti collaterali avversi che si manifestano o si prolungano tardivamente.

A. Eftimiadi

• Tutti i laser sono uguali o ci sono delle differenze?

NO, i laser sono tutti diversi. Oggi siamo alla 4° generazione di laser ad eccimeri e se si vogliono ottenere risultati soddisfacenti, è necessario utilizzare le tecnologie più attuali.

• Quali sono le controindicazioni?

La chirurgia refrattiva non è per tutti. Ci sono alcune condizioni mediche per le quali non tutti possono sottoporsi a questo tipo di chirurgia elettiva con il laser ad eccimeri. Innanzitutto bisogna valutare attentamente tutti gli aspetti anatomici e funzionali dei suoi occhi. In seguito si valuta l'entità dello spessore corneale da eliminare con l'azione del laser, il quale deve rimanere entro determinati limiti per non compromettere la salute dell'occhio operato. La profondità dell'ablazione del laser varia in funzione della miopia da eliminare e dell'ampiezza della zona da trattare. Altre controindicazioni sono:

- Portatori di pacemaker
- Donne in stato interessante o in allattamento
- Presenza sul corpo di cheloidi
- Cheratocono (in qualsiasi stadio) o altri processi degenerativi corneali in corso
- Processi infiammatori in corso
- Forme degenerative di uveiti
- Retinopatie diabetiche avanzate ed altre

Le probabilità di essere un buon candidato sono elevate. In realtà la maggior parte delle persone in età adatta, ed in condizioni di salute generali buone, è un candidato ideale per la procedura iLASIK. Solo alcuni fattori escludono la possibilità di sottoporsi all'intervento, ma generalmente se si è miopi, presbiti o astigmatici esiste una buona possibilità di potersi sottoporre alla procedura iLASIK.



Intervistiamo ora un testimonial di eccezione: **Claudio Amendola**, operato dal dott. Alessandro Eftimiadi nel centro di eccellenza per la chirurgia refrattiva "Primavista Coppedè" in Roma.

D. Cosa l'ha convinto ad effettuare una correzione del difetto visivo con tecnica iLasik?

Dalle informazioni che mi sono state fornite, ho appreso che l'intervento sarebbe stato indolore e che il recupero visivo ottimale sarebbe stato molto rapido.

D. Sono ormai passati svariati mesi dal giorno in cui si è sottoposto alla correzione della sua ametropia: quali sono le sue valutazioni?

Mi ritengo estremamente soddisfatto del risultato ottenuto, confermo di non aver sofferto durante il trattamento laser e di aver potuto riprendere la mia attività lavorativa dopo pochi giorni.

D. Consiglierebbe ad un amico di sottoporsi al suo stesso tipo di intervento?

Senza alcun dubbio! Prima però dovrà valutare la situazione clinica con l'oculista ed effettuare gli esami strumentali che accertino l'idoneità all'intervento.



Sperimentare i nuovi farmaci anche sui pazienti più a rischio: si può e si deve tentare

Ivan Gardini

Presidente Associazione EpaC Onlus

Ivan Gardini

I nostri lettori più affezionati si saranno accorti che da qualche mese abbiamo iniziato una intensa attività per accelerare le sperimentazioni cliniche dei nuovi farmaci contro l'epatite C nei gruppi di pazienti più vulnerabili, ovvero "più a rischio".

Cosa intendiamo noi per "pazienti a rischio"?

Quei gruppi di ammalati che, per cause o condizioni specifiche di salute, andranno incontro, prima di altri, a gravi complicanze.

Per quanto ci risulta noto, il numero dei malati con cirrosi a causa di epatite C è stimato essere intorno a 230.000*, a questa cifra vanno aggiunti 100.000* cirrotici in complicanza di epatite B.

Numeri impressionanti.

Non vanno poi dimenticati altri gruppi meno numerosi, ma non per questo meno importanti: trapiantati, co-infetti, intolleranti ai trattamenti, ecc.

Nonostante l'evoluzione della malattia da epatite sia lenta, le statistiche insegnano che in una certa percentuale di casi questa evoluzione è più rapida e porta a complicazioni molto serie come lo scompenso, il tumore del fegato e la necessità di trapianto.

Si può ragionevolmente affermare che qualche decina di migliaia di pazienti più vulnerabili hanno urgente bisogno di bloccare l'evoluzione della malattia nei prossimi 5 anni, diversamente potrebbero andare incontro a guai seri.

Gli studi clinici in corso possono rappresentare la possibilità di guarire, di far scomparire il virus o quantomeno di neutralizzarlo. Si tratta di una grande speranza per molti ammalati e altrettante famiglie.



Stiamo parlando dei nuovi farmaci attualmente in sperimentazione; sono tanti ed i primi due potrebbero essere commercializzati entro 24 mesi.

Ne seguiranno altri, probabilmente più efficaci e con meno effetti collaterali. Ma è un futuro ancora troppo lontano.

**Estimating the incidence, prevalence and clinical burden of hepatitis C over time in Italy. Scand J Infect Dis. 2009; 41(9): 689-99. Mariano A, Scalia Tomba G, Tosti ME, Spada E, Mele A.*

Ma qual'è il problema principale?

Questi nuovi farmaci, verranno inizialmente messi in commercio solo per l'indicazione per cui sono stati registrati. Normalmente, all'inizio della commercializzazione, i nuovi farmaci hanno indicazioni al trattamento solo per i pazienti "più facili", coloro che hanno maggiori probabilità di avere una risposta al trattamento, con pochi rischi e un ragionevole grado di tollerabilità ai dosaggi prestabiliti.

È certamente probabile che saranno predisposti protocolli sperimentali per i pazienti più a rischio o "difficili da trattare", soprattutto nella fase successiva di autorizzazione alla vendita, ma per ottenere le indicazioni al trattamento **per tutti** sarà necessario effettuare ulteriori sperimentazioni e passeranno ancora diversi anni.

Queste tempistiche vanno drammaticamente accorciate.

EPAC Onlus, esprime a gran voce l'urgenza e la necessità che queste sperimentazioni inizino quanto prima possibile.

I pazienti a rischio non hanno tempo di aspettare anche perché qualsiasi farmaco o terapia è meno efficace quanto più la malattia è avanzata.

Abbiamo già incontrato i Responsabili Clinici Italiani delle tre Aziende Farmaceutiche che hanno farmaci in sperimentazione per l'epatite C in Fase III (ovvero nel 2011 dovrebbero richiedere l'approvazione alla commercializzazione) ed abbiamo insistito affinché:

- ci sia una maggiore sperimentazione clinica di fase II e III in Italia.
- siano presi in considerazione, per le prossime sperimentazioni, i pazienti più a rischio e siano disegnate sperimentazioni appositamente per questi gruppi di pazienti.

Inoltre, abbiamo in programma di incontrare a breve le aziende che hanno farmaci in Fase II.

Ci stiamo anche attrezzando per discutere con gli Enti Regolatori Europei ed i quartieri generali delle Aziende Farmaceutiche, i luoghi dove sono prese le decisioni importanti e concesse le autorizzazioni.

Infine, ci siamo rivolti all'**AIFA**, (Agenzia Italiana sul Farmaco), in particolare al dott. **Carlo Tomino**, Direttore delle Sperimentazioni Cliniche al quale abbiamo proposto un pacchetto di interventi volti a "sburocratizzare" l'accesso alle sperimentazioni, ad incrementare l'informazione tra i medici sulle modalità di accesso alle sperimentazioni, a sensibilizzare le Commissioni Etiche. Ogni nostro argomento insomma è volto ad evidenziare l'urgenza e la necessità di intervenire sulla pericolosa situazione causata dall'epatite C e B.

Per amore della verità, va detto che tutte le attuali regole vigenti sulle sperimentazioni cliniche sono state elaborate per tutelare al massimo ogni singolo paziente, con l'obiettivo di favorire la realizzazione di farmaci sicuri, formulare dosaggi ideali, e ottenere risultati positivi al riparo di rischi prevedibili.

Purtroppo queste procedure sfavoriscono l'utilizzo immediato dei farmaci nei pazienti più bisognosi.



EPAC Onlus non chiede lo stravolgimento delle regole, ma lo snellimento delle burocrazie offrendo a quanti più pazienti possibile la speranza di una cura definitiva e quindi di una vita dignitosa.

Chiediamo alle aziende farmaceutiche di dare un significato profondo al concetto di "**Responsabilità Sociale**", volto a consentire pari diritti e pari dignità a tutti i pazienti, soprattutto ai più vulnerabili.

Riconosciamo la complessità dell'argomento trattato, le difficoltà di chi deve decidere di DARE, che in questi casi implica anche rischi economici, ma anche la disperazione di chi attende di RICEVERE e che non ha più tempo di aspettare.

Nelle sperimentazioni esiste un punto il cui il rischio è accettabile per tutti: medici, aziende farmaceutiche ed enti regolatori, soprattutto pensando a quei pazienti che hanno una vita compromessa e non hanno alternative terapeutiche.

Ovvero non hanno più nulla da perdere.

EPAC Onlus ha scelto di svolgere un lavoro complicato e di stare al centro come anello di congiunzione tra il lavoro immenso di chi studia ed opera per la salute della collettività e la gente che soffre, che spesso non ha voce, che rischia di perdere anche la speranza.

Siate al nostro fianco.

Ricordatevi di donare il 5x1000 alla nostra Associazione!

Non vi costa nulla mentre per EPAC ONLUS diventa strumento operativo per portare avanti attività importanti per la salute di tutti.



Per la prevenzione delle epatiti, cirrosi e tumore al fegato. Non ti costa nulla!



Inserisci il nostro Codice Fiscale **97375600158** e la tua firma nella sezione a sostegno del volontariato e delle **Onlus**

La visita medica omeopatica



*A cura di Paolo D'Annibale
Medico omeopatico*

*Lo scopo più elevato del Medico Omeopata è rendere sane le persone malate
(Dr. S. Hahnemann, Organon dell'Arte di Guarire)*

L'omeopatia cerca di guarire l'individuo e non solo l'organo, perciò il medico omeopata durante l'esame del paziente non si accontenterà né si limiterà a riconoscere la sola malattia da cui è affetto il malato attraverso il protocollo che comprende i vari esami: quello semeiotico, obiettivo, le analisi di laboratorio, le varie analisi strumentali: RMN, TAC, Ecografia, RX, ecc., stilando una relativa diagnosi. Ma oltre a ciò, dopo aver constatato ed apprezzato i segni patognomonici dal punto di vista organico e funzionale dell'organo malato, dovrà ancora ricercare e valutare ciò che fa la differenza, ovvero le particolarità che tale individuo manifesta attraverso segni e sintomi che costituiscono una indicazione vera, reale, essenziale, a partire dall'aspetto spirituale, psichico fisico, sociale, relativo alle sue sofferenze, che saranno particolarmente importanti per la ricerca e la scelta del rimedio omeopatico specifico, il tutto annotando dapprima la storia nosologica dei nonni del ramo paterno e materno con le loro eredità miasmatiche ovvero malattie infettive croniche: Psora Sicosi, Sifilis e relativi sintomi fisiopatologici di ipofunzionamento, iperattività, distruttività da loro sofferti nell'arco della loro esistenza, che influenzeranno i miasmi dei figli e nipoti, la cui individuazione, dei più importanti quantitativamente e qualitativamente, permetterà, come soleva dire il mio Maestro prof. Dr. Antonio Negro, di togliere le foglie del carciofo ovvero i sintomi ad uno ad uno, per raggiungere la guarigione. Poi si procederà alla ricerca della storia nosologica personale da zero a sette anni e di sette in sette fino all'attualità, l'individuazione della *costituzione embriologica*: Endo, Meso, Ecto, Cordoblastica, quella Carbonica, Fosforica, Fluorica del paziente, annotando le relative Diatesi ereditarie, quindi i Sintomi Caratteristici, i Peculiari, i Sintomi del Sistema Nervoso, ponendo particolare attenzione a quelli Mentali, allo stato Umoreale, Emozionale, annotando tutte le sensazioni peculiari che il paziente prova, le circostanze e le condizioni che li determinano, a seguire i generali, febbrili, il sonno, le funzioni digestive, ecc., le affezioni simultanee e di altri organi ad esempio: sofferenze biliari insieme a quelle polmonari di una pleurite e sintomi collaterali. La visita omeopatica è una vera *Arte Medica* in cui il medico ascolta attento (*Aude Sapere*) ciò che il paziente esprime. Il medico non dovrà né interrompere né guidare il paziente, ma semplicemente annotare le sue sofferenze. In seguito, dovrà confrontare l'intero quadro individuale morboso sintomatologico rile-

vato, confrontandolo con ciascun rimedio avente una patogenesi, la più verosimile possibile a quella manifestata dal paziente. Questa ricerca la farà consultando la *Materia Medica Omeopatica*, e solo quando ne verificherà l'esatta e piena corrispondenza o meglio ancora Similitudine, ripeto tra i sintomi della Morbosità Individuale e quelli del rimedio, allorché le sofferenze del malato e gli effetti del rimedio saranno coincidenti, allora il medico avrà la certezza diagnostica e terapeutica del rimedio da somministrare che deve essere necessariamente, uno, puro e non mischiato ad altre sostanze. L'azione di questo sarà olistica, totale, non circoscritta ad un solo aspetto come un dolore di testa o di denti, ma alla totalità dell'essere spirituale, psichico, fisico. Ma allorché si resti indecisi tra la scelta di 1-2-3 rimedi tra loro molto simili, si dovrà privilegiare e preferire quello che presenta maggiori rassomiglianze, nei suoi effetti curativi con lo stato generale del paziente malato. E seppure non curerà totalmente e definitivamente apporterà comunque molti benefici e sollievo. Ma se il medico troverà il *Simillimum*, il rimedio in assoluto il più simile, le sofferenze cesseranno in modo dolce e duraturo.

Una volta selezionato il medicamento sarà necessario stabilire l'opportuna *Dinamizzazione o Potenza*, grado del rimedio Infinitesimale energetico il più adeguato all'energia del paziente ed alla sua problematica. In genere si useranno le potenze decimali, 1DH nelle malattie organiche, potenza creata dal Dr. Vesemeyer di Berlino e dal Dr. Hering di Filadelfia, attualmente usate dai medici e dagli Heilpractiker naturopati tedeschi, le centesimali 5CH, 10, 30, 60, 200, 1000, 10000 ecc., nelle malattie funzionali. A proposito delle Centesimali, Boenninghausen descrisse (*Neues Archiv fur die Homeopathische Heilkunst Leipzig, Schumann 1844 vol I, 1, p.79*) due cure di S. Hahnemann con potenze centesimali. Il Maestro S. Hahnemann curò una 14 enne da un colpo di sole con belladonna alla 60CH sciogliendo un granulo in 7 cucchiaini di acqua; di questa soluzione ne prese un cucchiaino e lo sciolse in un bicchiere da bibite e dopo aver applicato varie scosse, ne fece prendere un cucchiaino al mattino, alla ragazza che continuò poi la cura che ebbe esito felice. Le LM o Q, 50 millesimali, sono usate in tutte le malattie, in particolare in quelle di natura mentale, e soprattutto nella profilassi eugenetica in gravidanza, sfruttando la possibilità di poterle somministrare anche ogni giorno, ma sempre in modo scalare e senza ripetere per molto la stessa dose. L'assunzione può avvenire per *Olfazione* di 3 granuli diluiti precedentemente in alcool, formula usata specialmente negli spasmi nervosi, oppure nelle malattie acute, diluendo 3 granuli in 30 cucchiaini di acqua in un bicchiere da prendere ad inter-

valli di 2, 3, 12, 24 ore a seconda delle circostanze con le potenze suddette. Nelle malattie croniche le LM sono usate dalla 01 LM alla 30 LM. Dopo aver somministrato un rimedio bisogna attendere gli effetti prima di pensare a somministrare un nuovo rimedio e aumentare la dose e potenza. Se c'è aggravamento occorre interrompere la somministrazione e così pure se nascono sintomi del tutto nuovi. Oppure può accadere che dopo un primo miglioramento l'ammalato potrebbe ricadere nello stato antico dopo 4, 5, 10 giorni dall'assunzione e dopo un primo benessere. In questo caso è saggio attendere, poiché, se il rimedio è indicato, la guarigione non tarderà. Il regime durante la cura dovrebbe escludere compresse, sciroppi, essenze, dentifrici, aceto, menta, spezie, caffè, tè, birra, cioccolata aromatizzata, erbe, liquori, vini forti, molto sale, erbe amare, fatiche intellettuali, veglie prolungate, dissoluzione. Riguardo alla dieta ognuno seguirà la propria in accordo alle personali intolleranze Iga, o allergie Ige, ed evitando: integratori, farine e zuccheri raffinati, camomilla, aglio, cipolla, zenzero, che si possono mangiare solo se cotti; evitare pentole di metallo come alluminio. In genere tutti gli altri alimenti vanno assunti con moderazione, particolarmente i formaggi stagionati e le carni grasse.

Sintomi generali - Quale è il motivo della visita? Quando e come è nata la malattia? Da quanto dura? Descriva i sintomi. Quale è la parte precisa della sofferenza? Quale è il genere esatto di sofferenza, dolore, sensazione che prova? Questa sofferenza è continua o intermittente? Quali sono i tempi in cui questa sofferenza torna? In quale periodo dell'anno queste sofferenze sono più o meno forti? Quali sono le altre influenze o circostanze che fanno aumentare o diminuire le sue sofferenze? Quali sono le sofferenze accessorie che precedono, accompagnano, seguono gli attacchi del suo male? Quale è lo stato materiale o l'aspetto della parte affetta per il suo colore, volume, temperatura, sensibilità, secchezza, o secrezioni? Quale è la natura delle secrezioni per loro abbondanza, loro colore, loro odore, loro consistenza e loro altre qualità? Quali sono le malattie anteriori da cui è stata affetta dalla nascita?

Quali sono le indisposizioni abituali alle quali è andata più soggetta?

Quali sono i rimedi allopatrici ed omeopatici che ha preso fino ad ora, e cosa sta prendendo o prende abitualmente per curare i suoi piccoli mali?

Quali sono le occupazioni che la affaticano di più?

Quali influenze esercitano su di lei: la pioggia, il vento, il freddo, l'umidità, il caldo, la neve, il temporale, il bel tempo, le diverse fasi lunari?

Pelle - Quale è lo stato generale della sua pelle? Ha eruzioni, ulcere, escoriazioni, geloni, calli, verruche, epiteliomi, squame, psoriasi, ascessi, dermatosi, herpes? Quale è la natura, il colore, la secrezione, l'odore?

Sintomi mentali - Come è il suo umore? Descriva il suo carattere, la sua memoria, parli delle sue sensazioni.

Ha pensieri o idee fisse? Ha qualche paura? Prova timidezza a parlare in pubblico?

Ha cefalee? Ne descriva le modalità. Soffre di vertigini? Di che tipo?

Soffre di insonnia, come dorme, come si sveglia? Sogna? Descriva un suo sogno.

Quali sono le sensazioni o i motivi che le impediscono di dormire, che la risvegliano, o rendono il sonno agitato? Ha crisi convulsive, depressioni, ansia, voglia di piangere?

Testa, Occhi, Naso, Orecchie, Bocca, Denti, Gola -

Quale è lo stato dei suoi capelli, la crescita, la secchezza; sono grassi, cadono? Quale è lo stato della pelle del suo cuoio capelluto? la pelle del suo viso, delle orecchie, del naso presentano delle eruzioni? Verruche o cosa altro?

Ha lacrimazione? È sensibile alla luce, le si offusca la vista quando? Vede lampi, macchie punti luminosi? Ha dolori, vede doppio? Ha congiuntivite? Controllare la congiuntiva se è infiammata o desquamata, ed il colore della sclera; ha cataratta, glaucoma? Ha avuto otiti, cerume, sente rumori particolari? Ha debolezza di udito? Sente altri rumori, tintinnii, ronzii, campane? Ha avuto epistassi? Naso chiuso secco, sinusiti, con crosticine interne, polipi interni? Controllare le ali del naso se hanno capillari evidenti; ha spesso corizza? Come sente gli odori? Ha spesso tonsilliti? Mal di gola, controllare lo stato della mucosa, afonie?

Scheda personale secondo il dottor JAHR (modificata)

Nome Cognome	Data di Nascita	Peso	Altezza	Titolo di Studio
Professione	Indirizzo	Telefono	Sesso	Nazionalità
Stato civile	Vaccinazioni	Allergie	Malattie	Malattie infettive
Esantematiche	Miasmi	Costituzioni	Gruppo Sanguigno	Punti di Weihe
Psora	Carbonico	Sicosi	Fosforico	Fluorico
Sifilis	Fumatore	Etilista	Anamnesi Familiare	Anamnesi personale da 0 a 7 anni da 7 a 14 , 21, 28, 35, 42 fino a oggi

Esame della mucosa buccale: verificare se ci sono afte, come è lo stato delle gengive se sanguinano, dei denti, della lingua, vedere la patina. Palpare il collo, le ghiandole sottomascellari, parotidiche.

Apparato respiratorio - Quale è lo stato della sua voce? Ha avuto parenti con TBC? Ha placche, raucedine, soffre di asma? Ha avuto bronchite, polmonite? Ha tosse grassa o secca? Soffocante, cavernosa, abbaianate, asmatiforme, pertosse? Enfisema, espettorato schiumoso, sanguinolento, BPCO, quando appaiono, peggiorano, migliorano, scompaiono, durante il giorno? Quali sono le sofferenze contemporanee, quale è il colore, l'aspetto, la consistenza, il gusto e l'odore? Avete affanno, dispnea quando?

Apparato cardiocircolatorio - Misurare la frequenza, i battiti del polso al minuto, la P.A. soffre di palpitazioni? In quale occasione, circostanza, da cosa vengono scatenate, ha sofferenze contemporanee? Le descriva. Ha tachicardie, ha dolori al torace, retrosternali? Extrasistoli quando e come vengono? Ha facili svenimenti? Ha vene gonfie? Controllare se ci sono edemi declivi. Le palpitazioni appartengono allo Psorico, le varici, varicocele al Sicotico, le ulcere varicose al Luesinico. Ha dolore ai polpacci? Ha cianosi alle mani?

Apparato digerente - Ha molta saliva o la bocca secca? Come è il suo appetito? Lo Psorico mangia, digerisce e assimila lentamente, il Sicotico desidera ciò che gli fa male, il Luesinico mangia precipitosamente. Ha dolori deglutendo? Cosa preferisce il salato, il dolce, il piccante, l'amaro, l'acre? Le piace mangiare saporito? Ha avuto epatiti? Come digerisce i grassi fritti? Ha avuto intossicazioni alimentari? Ha acidità, bruciori di stomaco, piroisi, quando? Beve poco o molto, beve vino? Ha vomito, in quale circostanza? A digiuno, dopo i pasti quale è la consistenza il colore e l'odore. Quali sono i suoi desideri, quali le Ige Intolleranze, quali le Allergie Ige, le ripugnanze. Quale alimento la imbarazza dopo averlo mangiato, ha borborigmi, flatulenze, ha costipazione? Quale è il colore, l'odore, la consistenza delle feci, untuose, mucose, chiare, ha emorroidi? Ragadi anali?

Apparato urogenitale, maschile e femminile - Ha dolori alla vescica? Uretra? Le sue urine che getto hanno, a goccia a goccia, sono intermittenti, ha enuresi notturna? Perde urine di giorno, tossendo? Nello Psorico ci sono bruciori prima durante e dopo la minzione con urine scarse, infiammazione e ostruzione, nel Sicotico che urina molto la causa sono le proliferazioni tumorali, nel Luesinico c'è ostruzione da ulcere con sangue nelle urine e disuria. Quale è la frequenza, la quantità, il colore, l'odore delle urine e del loro deposito che si forma?

È chiara, torbida, lattescente, rosso mattone, calda, fredda. Che dolore ha prima durante e dopo urinato? Come è il suo desiderio sessuale? Normale, spento o potente? Durante il coito prova dolore? Durante l'eiaculazione prova dolore? Pratica onanismo, ha fatto un

test per l'AIDS? Ha avuto blenorragia, scolo uretrale? Ha avuto la sifilide? Ha verruche, lesioni, ulcere, bubboni, eruzioni sul glande? Ha prurito allo scroto?

A che età ha avuto il menarca? Segnare ogni mese la data del primo giorno di mestruazione. Sono scarse, abbondanti, medie, rare, in anticipo, in ritardo, sono scure, chiare, hanno grumi, odorano come? A quali intervalli torna, con quale durata e colore? La quantità normale è di 1 litro e mezzo in 24 ore; se sono di color rosso vivo indicano insufficienza epatica. Ha sofferenze, dolori, prima, durante e dopo? Durante il ciclo ci sono altri sintomi concomitanti? Ha perdite bianche, albuminose, verdi, marroni, striate di sangue? Sono bianche come il latte e con quale frequenza? Colano di più di giorno o di notte? La Psorica ha poco mestruo, la Sicotica ha un mestruo irregolare scuro e maleodorante, la Luesinica ha mestruo abbondante anticipato e doloroso.

Genitali femminili esterni - Sente prurito, ha gonfiori? Sudori, ulcerazioni, ha eruzioni, dolori pungenti come aghi? Sensazione di bruciore in vagina, pressione, freddo, secchezza, scosse, dolori, edemi vaginali? Ha Candida vaginale? Ha ovaio policistico? Ha dolori? Li descriva. Disturbi prima del mestruo? Ha brividi, rachialgie, perdite di peso, stitichezza, epistassi, emicrania, lipotimia, leucorrea, nausea, vomito, disturbi psichici, ha mai abortito? Ha avuto disturbi durante la gravidanza e nel post parto? Ha subito allattato? Il latte era sufficiente o insufficiente? Quanto tempo dopo il parto sono ricomparse le mestruazioni? Ha avuto tromboflebiti ileo femorali? Ha avuto gestosi, prollasso uterino? La Psorica dà alla luce neonati piccoli ben formati e a termine, la Sicotica ha parti gemellari senza malformazioni, la Luesinica va incontro ad aborti ripetuti.

Ghiandole mammarie - Ha ferite o ascessi alle mammelle? Sono fredde, dure, gonfie, o infiammate? Bollenti, sensibili, dolenti? Sente dolore nell'allattare? Cola del latte o del liquido lontani dall'allattamento? Il capezzolo sanguina? Ha ragadi, fessure, eruzioni, prurito?

Lattante - Lo Psorico ha pelle delicata, offre di dermatosi da contatto, testa grande, fontanelle aperte, freddo, suda quando mangia e ciò migliora il suo stato. Ha l'apparato digerente labile. Il Sicotico presenta congiuntiviti purulente, infezioni, suda, è labile nell'apparato respiratorio, si scopre quando dorme, ed è inquieto durante il sonno. Mangia ed assimila bene, aumenta di peso facilmente, va di corpo abbondantemente, è esuberante ma delicato nei cambiamenti di temperatura. Il lattante Luesinico tende all'ittero, alle emorragie, è esuberante, dorme il giorno e piange e suda la notte. Il sudore non lo migliora. Ha labbro leporino, palato ogivale, perchè il capezzolo materno è ombelicato; desidera avidamente lo zucchero che gli procura feci sanguinolente e fredde.

Bambino - Il bambino Psorico è timido e facile da trattare, il Sicotico è inquieto, il Luesinico è distruttivo

con i suoi giochi e con il mondo. Lo scolaro psorico è lento e di poca memoria, i sicotici prendono varie strade ma sono tutti castelli in aria. La pubere psorica ha il menarca in ritardo e scarso, ed il suo sviluppo è lento e contemplativo.

Climaterio - A che età è andata in menopausa? Ha avuto una isterectomia per fibrosi uterina o tumore? Soffre di osteoporosi? Descriva i disturbi del climaterio e se ha vampate di calore. Da quando è terminata la menopausa e che farmaci ha assunto?

Febbri - Come è la temperatura? Alta, media, bassa? Quali sono le sofferenze che precedono, accompa-

gnano e seguono la febbre? In che momento della giornata appaiono febbre, calore, freddo, sudore?

Apparato osteomioarticolare - Ha dolori al dorso? Ai reni, nelle articolazioni? Le ossa sono fragili? Ci sono esostosi? Sono tumefatte? Ha delle antiche lussazioni o fratture? Ha dolore in alcune articolazioni? Quali muscoli sono contratti, doloranti? Ha crampi? Le mani ed i piedi sono caldi o freddi? Ha unghie malsane? I suoi dolori migliorano col riposo o col movimento? peggiorano in stazione eretta?

Dr. Paolo D'annibale
V. Irlandesi, n.73 - 00149 Roma



Educazione
Prevenzione
Ricerca
sull'Epatite C

L'Associazione EPAC Onlus ti ricorda che:

Scoprire l'epatite C in fase precoce fa controllare meglio la malattia

Le principali categorie che sono state in passato - o lo sono tuttora - maggiormente esposte a rischio di infezione sono*:

CATEGORIE A RISCHIO

- soggetti con qualsiasi evidenza di danno epatico ed in particolare soggetti con ipertransaminasemia persistente
- bambini nati da madre anti-HCV positiva
- soggetti con crioglobulinemia mista essenziale
- soggetti con tatuaggi e body piercing purchè eseguiti in ambienti non igienicamente protetti (es. carceri o istituti non certificati)
- persone con infezione da HIV
- persone che sono state sottoposte ad emodialisi
- soggetti che hanno ricevuto trasfusioni o somministrazione di emoderivati prima del 1992 emofilici in cui sono stati impiegati concentrati di fattori della coagulazione prima del 1987 (quando sono stati introdotti processi di inattivazione virale)
- persone che hanno ricevuto trapianto di organi o tessuti eterologhi fino al 1992
- soggetti che nell'arco della loro vita hanno fatto uso di droghe per via endovenosa anche se questo uso è stato occasionale, saltuario e non continuativo
- soggetti sottoposti a lunga carcerazione
- soggetti immigrati provenienti da regioni ad endemia elevata
- operatori sanitari e personale di pubblica sicurezza (giustificato dallo specifico rischio professionale)

* Comunicato stampa Associazione Italiana Studio Fegato 18.09.2006

Se rientri in una categoria a rischio, parlane con il tuo medico di fiducia

Per ulteriori
informazioni:

Internet:
www.epac.it

email:
info@epac.it

tel. 0660200566
fax 0396917255

Fisiologia e fisiopatologia

Marcello Annibali

Medico Omeopata – Perfezionato in Psiconeuroimmunoendocrinologia

Parte Quarta

La fisiologia e la fisiopatologia sono un po' trascurate a vantaggio delle varie "cliniche" che comunque le sottintendono acquisite, ma il loro ruolo nel riconoscimento della eziopatogenesi e del decorso delle varie affezioni è importante; cercheremo di dare un piccolo contributo al loro ricordo sia pure in maniera incompleta riassumendole divise per apparati pubblicate nei vari numeri della rivista. Si fa seguito alla Parte III[^] che trattava dell'"Apparato Digerente".

L'Apparato Escretore Urinario

Quello urinario non è l'unico apparato deputato alla escrezione delle sostanze esogene ed endogene del nostro organismo, che vanno eliminate perché tossiche, ma è certamente il più importante, perché 24h su 24h filtra tutto il sangue circolante, selezionando con precisione i metaboliti da eliminare, nonché l'acqua (H₂O) in eccesso e riassorbendo il 99% del filtrato; gli altri organi che a tale scopo collaborano con i reni sono:

- fegato e vie biliari (principalmente rendendo idrosolubili le sostanze che non lo sono, permettendone così l'escrezione renale);
- i polmoni (principalmente eliminano l'anidride carbonica (CO₂) per ripristinare l'equilibrio acido-base, cosa che perfezionano i reni, sebbene in tempi più lunghi);
- l'apparato tegumentario (pelle e annessi, come le ghiandole sudoripare che traspirano H₂O e sali);
- l'apparato gastroenterico per l'eliminazione dei tossici alimentari.

Il sangue arriva nei reni con le arterie renali che si dipartono dall'aorta addominale; reni che sono organi pari costituiti ognuno da circa 2 milioni di unità elementari (nefroni) formati a loro volta da un glomerulo ed un tubulo; il glomerulo risulta in un ciuffo di capillari alimentati da una arteriola afferente e drenati da una arteriola efferente invaginati in una capsula ceca (di Bowman); il glomerulo si continua nel tubulo che ha una parte prossimale, una ansa (di Henle) e una parte distale che poi termina vicino al glomerulo di origine e i tubuli collettori; l'ultrafiltrazione avviene nel glomerulo: nella capsula di Bowman l'endotelio dei capillari (fenestrato) e l'epitelio del tubulo separano il sangue dal filtrato che è una pre-urina perché vengono filtrate solo le parti corpuscolari e le proteine con peso molecolare superiore a 60 mila Dalton, lasciando all'ansa di Henle e al tubulo distale il compito di perfezionare la filtrazione ed il riassorbimento, come vedremo in seguito. Le arteriole efferenti si dividono in capillari che irrorano i tubuli prima di riversarsi nella vena renale (Fig. 1).

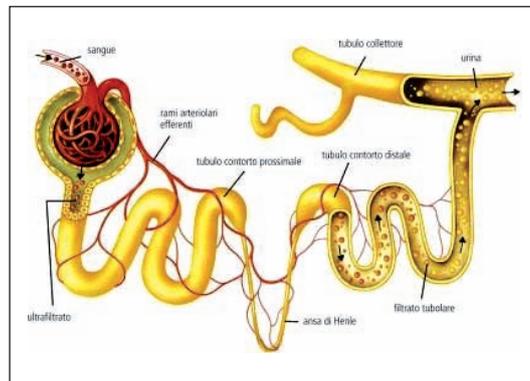


Fig. 1 - Rappresentazione schematica formazione urina.

L'anatomia macroscopica ci mostra i reni (organi retroperitoneali) a forma di "fagiolo" delle dimensioni di circa 12 cm di lunghezza, 7 cm di larghezza, spessore di 4 cm, rivestiti da una capsula connettivale e sormontati dalle capsule surrenali (ormono secernenti). In sezione si visualizza una parte corticale ed una più interna midollare. Nella regione corticale troviamo i glomeruli ed i tubuli collettori che si raccolgono nelle piramidi renali i cui apici (papille) sono il punto di sbocco dei tubuli stessi nel bacinetto (posto in corrispondenza dell'ilo). Nella porzione midollare troviamo parte dei tubuli renali e dei tubuli collettori.

L'irrorazione è assicurata dall'arteria renale che si divide in tre o quattro rami che a loro volta originano arterie che si portano al limite fra la corticale e la midollare; da queste si dipartono le arterie arciformi, quelle radiali ed infine le arteriole afferenti; le vene renali hanno decorso analogo, ma direzione opposta per terminare nella vena renale che si versa in quella cava inferiore (Figg. 2 e 3).

La velocità di filtrazione glomerulare (VFG) si effettua misurando l'escrezione ed il tasso plasmatico di una sostanza che filtri liberamente attraverso i glomeruli e non sia secreta o riassorbita dai tubuli; pertanto ritroveremo nell'urina la stessa quantità di sostanza di

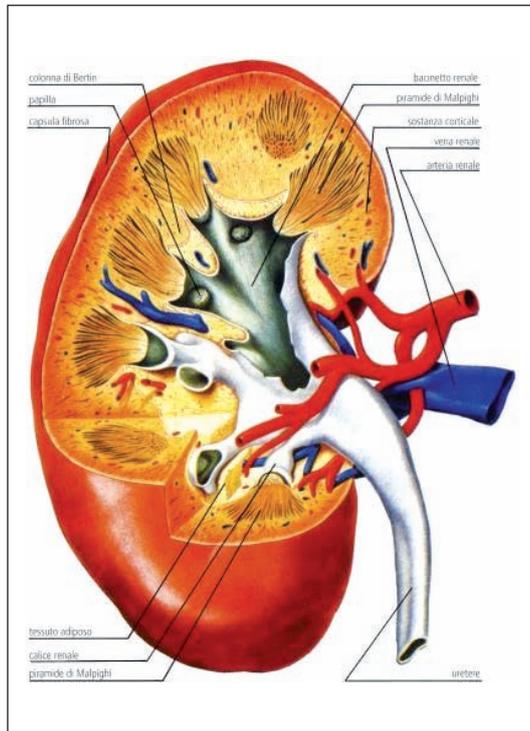


Fig. 2 - Spaccato di rene che ne evidenzia le principali strutture e la vascolarizzazione.

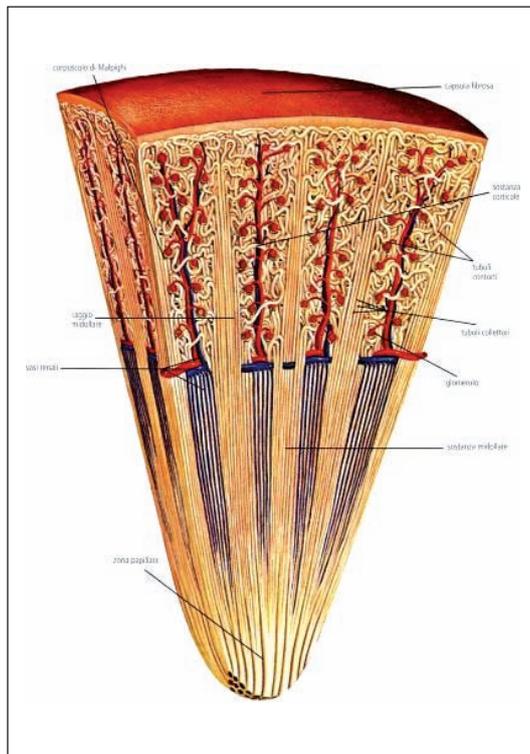


Fig. 3 - Struttura del rene. Il rene consta di una capsula fibrosa, di una sostanza corticale, situata più esternamente, e di una sostanza midollare, situata più internamente.

quella contenuta nel plasma che è stato filtrato nel periodo di osservazione:

$$VFG = \frac{U_x \cdot V}{P_x}$$

dove U_x è la concentrazione della sostanza X nell'urina, V è il flusso urinario al minuto e P_x è il tasso plasmatico della sostanza X.

L'inulina è la sostanza che meglio risponde a questi requisiti: la normale VFG è di circa 125 ml/min cioè 180 litri al giorno, mentre il volume normale dell'urina escreta nelle 24 ore è di circa 1 litro e mezzo, il che significa che, come già accennato, circa il 99% del filtrato viene riassorbito.

Questa VFG può variare per le seguenti cause:

1. variazioni della pressione idrostatica nei capillari glomerulari;
2. variazioni della pressione idrostatica nella capsula di Bowman;
3. variazioni della pressione oncotica delle proteine plasmatiche;
4. aumento della permeabilità del filtro glomerulare;
5. diminuzione dell'area del letto capillare glomerulare.

I tubuli possono aggiungere sostanze al filtrato oppure riassorbire in tutto o in parte la sostanza filtrata o fare ambedue le cose; ad esempio il glucosio viene riassorbito tutto fintanto che la sua concentrazione nel sangue venoso non supera i 180 mg/100 ml, in caso contrario il glucosio compare nell'urina; anche il sodio ed il potassio, gli amminoacidi, la creatinina vengono riassorbiti attivamente. Fra le sostanze secrete dai tubuli ci sono alcuni steroidi, i metaboliti della serotonina e i glucuronoidi.

L'ormone antidiuretico (vasopressina) secreto dalla post-ipofisi aumenta la permeabilità all'acqua dei tubuli distali e pertanto in sua presenza vengono escrete piccole quantità di urina concentrata, mentre in sua assenza vengono escrete grandi quantità di urina diluita. La diuresi da acqua può arrivare a circa 16 ml/min, pertanto se viene ingerita acqua a velocità maggiore di quella escreta, le cellule si rigonfiano perché assorbono acqua dal liquido extracellulare ipotonico causando l'intossicazione da acqua con gravi danni alle cellule cerebrali.

Gli idrogenioni (H^+) sono secreti dai tubuli e per ogni H^+ secreto uno ione sodio (Na^+) ed uno ione bicarbonato (HCO^-) entrano nel liquido extra cellulare e da questo passano nel sangue; comunque nell'urina ci sono dei tamponi (bicarbonato, difosfato, ammoniaca) che rimuovono gli idrogenioni liberi permettendone l'ulteriore secrezione per regolare l'equilibrio acido-base dell'intero organismo supportando in questo lavoro l'apparato respiratorio: ad esempio per ogni H^+ escreto, il sangue guadagna uno ione bicarbonato; se viceversa vi è eccesso di basi nell'organismo si innalza il livello di bicarbonato nel sangue, l'urina si alcalizza ed elimina il bicarbonato stesso.

Un'altra importante funzione del rene è quella esplicata dall'apparato iuxtaglomerulare: nell'arteriola af-

ferente un gruppo di cellule, di probabile derivazione muscolare liscia, formano un manicotto nella tonaca media; formazione questa associata ad un gruppo di cellule dell'epitelio tubulare distale; il tutto si definisce come apparato iuxtaglomerulare, il quale produce un enzima proteolitico chiamato renina che ha come substrato un enzima prodotto dal fegato, l'angiotensinogeno che – sotto l'azione della renina e di un enzima convertente – forma l'angiotensina: un peptide di 8 amminoacidi che provoca vasocostrizione e stimola la secrezione di aldosterone che pure causa ipertensione, necessaria nel caso diminuisce la pressione sulla capsula di Bowman perché sarebbe compromessa l'ultra filtrazione; ovviamente questa è anche una delle cause dell'ipertensione secondaria che vanno sempre ricercate prima di procedere alla somministrazione di farmaci antiipertensivi.

Le principali malattie del rene sono:

- glomerulonefriti;
- idronefrosi;
- infarto renale;
- insufficienza renale;
- nefroangiosclerosi;
- nefropatie tubulari;
- nefropatie tubulointerstiziali;
- pielonefriti;
- piodonefrosi;
- ptosi renale;

- rene policistico;
- sindrome nefrosica;
- stenosi dell'arteria renale o di un suo ramo.

Nella maggior parte di queste malattie troviamo nell'urina la presenza di proteine, leucociti, globuli rossi e cilindri (proteine precipitate nei tubuli).

Nelle nefrosi la quantità di proteine perse nell'urina può superare la capacità del fegato di sintetizzarle, la pressione oncotica si riduce, pertanto parte della massa plasmatica circolante si accumula nei tessuti (edema). Spesso quando diminuisce il numero di nefroni funzionanti, i reni perdono il potere di diluire e soprattutto di concentrare l'urina, per cui si ha abbondante escrezione di urina (poliuria). Purtroppo però priva dei cataboliti proteici tossici che andrebbero eliminati, per cui nel sangue si accumulano l'azoto ureico, quello non ureico e la creatinina con gravi danni all'organismo come anoressia, letargia, convulsioni e coma (sindrome uremica).

Per la materiale escrezione di urina ciascun rene si continua con gli ureteri (tre strati muscolari con contrazioni peristaltiche) che sboccano obliquamente nella vescica dove man mano che il liquido si deposita il muscolo detrusore si contrae, i muscoli perineali e lo sfintere uretrale esterno si rilasciano e si può procedere alla minzione, che resta comunque un atto riflesso, facilitato od inibito dai centri encefalici e quindi anche dalla volontà.

NETWORK NEWS

Dimagrire *inquina* il sangue

Si torna in forma, ci si sente meglio e ci si guarda allo specchio con soddisfazione. Ma perdere peso ha anche un aspetto negativo, poiché potrebbe provocare il rilascio nel sangue di sostanze nocive con un potenziale effetto negativo sulla salute. Lo hanno scoperto i ricercatori della Kyungpook National University di Daegu (Corea del Sud). Le sostanze in questione sono gli inquinanti organici persistenti, o Pop (acronimo inglese di Persistent Organic Pollutants), prodotti dall'uomo e presenti nella catena alimentare a causa dei pesticidi e dei sistemi di produzione. Studi precedenti li hanno collegati a un aumento del rischio di diabete, cancro e demenza senile. Una volta consumati, i Pop si raccolgono nei tessuti adiposi, dove non sono considerati nocivi. Il team sudcoreano guidato da Duk-Hee Lee - riporta la rivista 'International Journal of Obesity' - è riuscito ora a dimostrare che la perdita di peso "libera" i Pop, portando al loro accumulo nel sangue. La scoperta è stata effettuata mettendo a confronto i cambiamenti ponderali di 1.100 pazienti adulti in un periodo di 10 anni, con i livelli di Pop nel loro sangue: le persone che hanno perso 10 o più chilogrammi in un decennio sono risultate quelle con i più alti livelli di inquinanti organici persistenti, mentre coloro che ne hanno guadagnati 10 o più avevano le minori concentrazioni di queste sostanze. Gli esperti avvertono comunque che non è ancora noto quale

sia il livello pericoloso di Pop nel sangue umano, quindi non è certo il caso di sconsigliare a una persona obesa di non perdere peso. (*Adnkronos Salute*)

Videocapsule per diagnosi *soft* intestino bimbi

Sette capsule monouso per la diagnosi delle malattie intestinali nei bimbi. Questo il dono di Kpmg network all'Associazione Mary Poppins per l'Unità operativa complessa di gastroenterologia ed epatologia pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma, diretta da Salvatore Cucchiara. "Questa tecnica non invasiva - spiega Cucchiara in una nota - elimina il dolore, la paura e il disagio nel piccolo paziente, perché permette di studiare l'intestino del bambino senza introdurre strumenti all'interno dell'intestino stesso". È un sistema composto da una videocapsula, che incorpora una micro-telecamera e un micro-trasmettitore radio che, attraversando in modo naturale l'apparato digerente, trasmette una serie di immagini video a colori. PillCam SB-Given Imaging, la più utilizzata dai pazienti, è l'unico endoscopia-capsula indicato per l'uso in pazienti dai due anni di età in su. La video capsula PillCam SB misura 11 mm x 26 e pesa meno di 4 grammi. La capsula video contiene un dispositivo di imaging e fonte di luce alle due estremità della capsula e trasmette immagini a una velocità di due immagini al secondo, generando più di 50.000 immagini durante la procedura di 8 ore. (*Adnkronos Salute*)



IL TRATTAMENTO DEI LIPOMI TRAMITE CAVITAZIONE

Stefan Dima - Responsabile Centro U.S.I. Santa Bonora - Roma



Sommario

La cavitazione ultrasonica è considerata attualmente come una delle terapie più efficaci per ridurre gli inestetismi della cellulite e degli accumuli adiposi, ma si può affermare ormai con sicurezza che la cavitazione può essere applicata con successo anche per trattamenti pre e post-liposuzione, per diminuire la consistenza, il volume, il numero e la grandezza dei lipomi presenti nel tessuto sottocutaneo.

Parole chiave: lipomi, cavitazione ultrasonica, adiposità localizzata.

Introduzione

Da anni il trattamento dei lipomi è stato condotto in maniera chirurgica, ovvero invasiva, con i rischi che un intervento può comportare.

Non tutti i pazienti, infatti, sono clinicamente adatti a sottoporsi ad anestesie a causa di diffuse reazioni allergiche. Altre volte, invece, il rischio che si corre è quello della formazione di cheloidi post-operatorie o, nel caso in cui si interviene in zone cutanee che presentano più lipomi, che il risultato non sia quello sperato.

A fronte di ciò, sono sempre più numerosi i pazienti che chiedono un trattamento non chirurgico per l'eliminazione degli accumuli adiposi localizzati. La medicina estetica in questi casi risponde proponendo la metodologia ultrasonica cavitazionale, una valida alternativa che produce risultati ugualmente apprezzabili.

Metodo

Per la riduzione dei lipomi, è stata utilizzata la cavitazione ultrasonica di Triworks (Synetica) su 50 pazienti di cui 17 uomini e 33 donne. L'età media dei pazienti è di 51,02 anni, con un intervallo che va da 28 a 85 anni. Nei pazienti sono stati riscontrati lipomi di vari diametri, così distribuiti:

- 3 pazienti = 9 x 5,44 cm;
- 15 pazienti = 8 x 4,5 cm;
- 10 pazienti = 7 x 3,57 cm;
- 9 pazienti = 5 x 3,2 cm;
- 6 pazienti = 4 x 2,25 cm;
- 4 pazienti = 3 x 1,33 cm;
- 3 pazienti = 1 x 1 cm.

Equipaggiamento impiegato e modo di applicazione del trattamento

I trattamenti sono stati condotti tutti con una delle più affidabili apparecchiature a cavitazione presente sul mercato dell'estetica professionale: Synetica di Triworks. Il trattamento completo comprende un ciclo di 5 sedute, scandite una a settimana, della durata ciascuna di 18 minuti in modalità continua e 2 minuti in modalità pulsata.

Come trattamenti coadiuvanti sono state eseguite micro-infiltrazioni sul lipoma con 10 cc di soluzione fisiologica con un ago da 30 G e 0,3 mm. Successivamente, sulla zona da trattare, è stato applicato il gel (Synetigel di Triworks), appositamente concepito per agevolare la conduzione degli ultrasuoni. Il trattamento consiste nel semplice passaggio, in maniera circolare, dell'elettrodo sul lipoma.

I parametri di utilizzo di Synetica di Triworks sono stati:

- durante i primi 18 minuti: range 15, rate 60, pulsed off;
- i successivi 2 minuti: range 20, rate 60, pulsed on.

Il Trattamento dei Lipomi tramite Cavitazione

La potenza è stata regolata in base alla sopportazione del paziente. L'efficienza terapeutica del trattamento condotto con Syntetica è stata valutata attraverso il confronto dell'esame ecografico effettuato prima e dopo le 5 sedute. Anche percettivamente si sono potuti valutare i cambiamenti, ante e post terapia, in termini di diminuzione del diametro e maggiore levigatezza della superficie dei lipomi stessi. Non è stato applicato nessun altro trattamento che poteva influire sui risultati di efficienza terapeutica. I risultati terapeutici sono stati utili anche al fine di valutare l'efficacia del macchinario ad effetto cavitazionale utilizzato nello studio (Syntetica di Triworks). Inoltre, l'assenza di reazioni avverse nei pazienti trattati e lo stato operativo dell'apparecchiatura stessa durante le applicazioni, ci hanno dato conferma della sicurezza della macchina utilizzata.



Esami preparatori al trattamento

Prima di eseguire il trattamento, tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esami clinici, sanguigni ed ecografici per escludere l'esistenza di controindicazioni alle applicazioni con cavitazione.

Risultati

L'efficienza terapeutica si può ritenere ottima, permettendoci di poter considerare la cavitazione ultrasonica a tutti gli effetti una tecnica valida per il trattamento dei lipomi in modo non invasivo. Utilizzando una scala di valutazione di quattro livelli i risultati sono così valutabili:

- 82% dei pazienti: il trattamento è stato molto efficace;
- 12% dei pazienti: trattamento efficace;
- 2% dei pazienti: trattamento poco efficace;
- 4% dei pazienti: trattamento inefficace.

Bibliografia

1. Ceccarelli M., Varlaro V.: Idrolipoclasia ultrasonica 1996, Edizioni Trimograf, Spezzano Albanese (CS)
2. Chapelon J.Y., Pichardo S., Chavrier F., Curriel L., Angel Y.C.: Effect of Cavitation on Ultrasound Absorption in Biological Tissue. - INSERM U556, Lyon, FRANCE.



Dottor Stefan Dima
Cell 337 738696
E-mail medestetica@usi.it

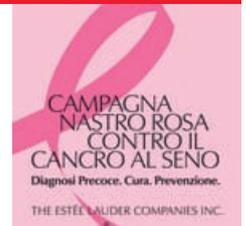
“Amare non significa trovare la perfezione, ma perdonare terribili difetti. Penso che sia tutto una questione di compromesso.”

Rosamunde Pilcher

A ottobre parte la XVII edizione della Campagna Nastro Rosa

FRANCESCA SENETTE È LA TESTIMONIAL 2010

L'IMPEGNO A TUTTO CAMPO DELLA LILT È DI ESTÉE LAUDER COMPANIES



È Francesca Senette, giornalista e conduttrice televisiva, la testimonial dell'edizione 2010 della **Campagna Nastro Rosa**, dedicata alla **prevenzione del tumore al seno**. Ad ottobre, infatti, la **LILT** (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) ed **Estée Lauder Companies**, società leader nella profumeria di prestigio, tornano in prima linea nella lotta a questa grave patologia neoplastica, che registra annualmente un'incidenza sempre maggiore.

La **Campagna Nastro Rosa**, ideata nel 1989 negli Stati Uniti da Evelyn Lauder e promossa in tutto il mondo, ha come obiettivo quello di sensibilizzare un numero sempre più ampio di donne sull'**importanza vitale della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della mammella**, informando il pubblico femminile anche sugli **stili di vita correttamente sani da adottare e sui controlli diagnostici da effettuare**.

IL TUMORE AL SENO E L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

In tutto il mondo occidentale, il tumore al seno è il **primo tumore femminile per numero di casi** e la sua incidenza è in costante aumento, tanto da essere considerato alla stregua di una **vera e propria malattia sociale**. In **Italia** si calcola che a fine 2010 i nuovi casi di tumore alla mammella saliranno a circa **42mila**. Sconfiggere la malattia è possibile nella stragrande maggioranza dei casi, grazie soprattutto alla prevenzione e all'anticipazione diagnostica.

LA CAMPAGNA NASTRO ROSA: LE INIZIATIVE DEL MESE DI OTTOBRE

Per ogni donna la **prevenzione deve essere sinonimo di promozione del proprio benessere, della propria salute, ma anche della propria bellezza**. Tante le iniziative che saranno realizzate, in tutta Italia, durante il mese di ottobre. Ecco di seguito quali:

VISITE SENOLOGICHE

Durante il mese di ottobre gli oltre 390 Punti Prevenzione (ambulatori) LILT, la maggior parte dei quali all'interno delle **106 Sezioni Provinciali della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori**, sono a disposizione per **visite senologiche e controlli clinici strumentali**.

IL CALENDARIO DI VISITE ED EVENTI

Per conoscere giorni e orari di apertura dell'ambulatorio **LILT** più vicino, in cui effettuare anche esami di diagnosi precoce e controlli, si può chiamare, per informazioni, il **numero verde SOS LILT 800-998877** o consultare i siti www.nastrorosa.it o www.lilt.it dove saranno pubblicati anche gli eventi organizzati nelle varie città italiane nel mese di ottobre.

MONUMENTI ILLUMINATI DI ROSA IN ITALIA E IN TUTTO IL MONDO

Nel mese di ottobre, l'Italia intera si tinge di rosa, colore simbolo della lotta contro il tumore al seno. Una luce rosa, infatti, unirà idealmente la nostra Penisola dal Nord al Sud, con tanti monumenti, edifici e statue che resteranno illuminati per una o più notti a testimoniare che, grazie a un'efficace e corretta prevenzione, questa malattia tumorale si può, e si deve, vincere! E come in Italia, anche in tutto il resto del mondo si accenderanno di luce rosa location famosissime e prestigiose, quali l'Empire State Building (New York, USA), le Cascate del Niagara (Ontario, Canada), Opera House (Sidney, Australia), la Torre 101 (Taipei, Taiwan), il Ponte di Nan Pu (Shangai, Cina), la Torre di Tokyo (Tokyo, Giappone), l'Arena di Amsterdam (Amsterdam, Olanda).

ASSEGNO PER LA RICERCA

Un finanziamento a sostegno di una ricercatrice oncologica è stato erogato e consegnato da Estée Lauder Companies a Milano, durante la cerimonia di apertura della Campagna, presenti le autorità cittadine e la presidenza LILT di Milano.

SU NASTROROSA.IT PARTE L'INIZIATIVA "SORRIDO IN ROSA"

La strada della corretta prevenzione non può prescindere dal web. A partire dal **25 settembre** è stato rilanciato il **mini portale: www.nastrorosa.it**, dove vengono fornite indicazioni specifiche sulla campagna e sulla "prevenzione" del tumore alla mammella.

L'iniziativa "Sorrìdi in rosa" mette a disposizione delle donne l'esperienza di Estée Lauder e Clinique nel campo della bellezza: tutte coloro che si iscriveranno al sito www.nastrosrosa.it nel mese di ottobre potranno, infatti, **scaricare il voucher con cui recarsi presso molti corner Estée Lauder de "La Rinascente" d'Italia e quelli "Coin" di molte città (elenco esatto sul sito), per usufruire di una seduta di make up gratuita ad opera di visagisti professionisti, oppure scegliere tra uno dei servizi dei menù di bellezza Estée Lauder e Clinique, come analisi della pelle, scelta del fondotinta perfetto, percorso profumato, eccetera.**

□ **NASTRI ROSA E GUIDE POCKET DISTRIBUITI GRATUITAMENTE**

Inoltre, presso le Profumerie Douglas, i banchi Estée Lauder Companies de La Rinascente e Coin d'Italia si può ritirare gratuitamente la Guida Pocket alla prevenzione e l'ormai inconfondibile nastrino rosa, simbolo della Campagna. Il nastro rosa è distribuito gratuitamente anche nelle boutique e nel corner Jo Malone di Milano e Roma, nei saloni Aveda e nelle farmacie che distribuiscono il marchio Darphin in tutta Italia.

□ **TANTI PRODOTTI DI BELLEZZA A SOSTEGNO DELLA LILT**

Anche quest'anno **Estée Lauder Companies** supporterà l'attività degli ambulatori della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, contribuendo con il **10% delle vendite del mese di ottobre** di alcuni prodotti di bellezza: **siero antiage Advanced Night Repair di ESTÉE LAUDER, la crema SUPERDEFENSE SPF 25 di CLINIQUE** super idratante anti età, **Max LS Face Cream di LAB SERIES**, crema anti età per gli uomini.

AVEDA donerà 1 € alla LILT per ogni vendita di **Hand Relief**, ricca e idratante crema per le mani a base di emollienti vegetali. Anche **DARPHIN**, marchio cosmetico del Gruppo Estée Lauder Companies, distribuito in 400 farmacie selezionate, donerà il 10% su ogni confezione venduta in ottobre della crema **Intral**, crema per pelli sensibili. I fondi raccolti serviranno a potenziare l'attività degli ambulatori della **LILT**, in cui già si effettuano ogni anno **oltre 400 mila** controlli diagnostici. Sostenitori della campagna anche **La Mer** e **Jo Malone**.

Prevenire è vivere. News dal mondo LILT

Sei malato? Ora lo sai prima.

Un'università inglese lancia una tecnica che promette di individuare tumori con 5 anni di anticipo

Nella palestra al piano interrato del Queen's Medical Center due ragazzi di Pechino, Ma Quong e Lee Gum, giocano a ping pong aspettando la lezione di medicina, mentre la luce invade la vetrata che si affaccia sul prato.

Hanno 19 e 21 anni ed è esattamente alla Nottingham University che vogliono studiare. «Perché il futuro è qui», giurano. Niente grande Cina, niente India, niente California, ma il Campus elegante che corre sui 35 ettari del parco di Highfield. Querce secolari, strutture futuristiche, ristoranti e aule ordinate, costruite a pochi metri dalle palazzine in mattone rosso che ospitano gli studenti. «Se non trovi stimoli in questo posto è meglio che lasci perdere». La partita è finita, i due cinesi si infilano i libri sotto braccio. «Lo sa che cosa abbiamo scoperto a Nottingham?». Abbiamo.

La Scoperta, come la chiama Lee, è cominciata quando lui aveva sei anni e il professor John Robertson, esperto di tumori al seno decise, in collaborazione con dei colleghi dell'Università del Kansas, che voleva capire il momento in cui nei fumatori comincia a svilupparsi il cancro. Era il 1996 e la corsa finirà la prossima settimana. Ci hanno lavorato in 50, 25 americani e 25 inglesi. Robertson, a Chicago, alla riunione annuale della Società di Oncologia Clinica dirà più o meno

così: basterà un test del sangue per scoprire l'insorgenza del cancro con cinque anni di anticipo, cioè nel momento stesso in cui le cellule si mettono in moto per dare vita al tumore e il sistema immunitario reagisce moltiplicando gli anticorpi, un segnale che prima gli scienziati non erano in grado di leggere. Il test che consentirà di prevedere il 90% dei tumori solidi. Rivoluzione vera.

Candidandosi virtualmente a vincere il terzo Nobel dell'Università di Nottingham, John Robertson, già negli Stati Uniti, affida il compito di spiegare il suo mondo a due suoi collaboratori, il professor Herb Sewell e la dottoressa Andrea Murray.

Il professor Herb Sewell, immunologo, è un uomo raffinato, colto, smodatamente curioso. Al Queen's Medical Center è una specie di dio, la sua segretaria lo chiama «il Maestro», mentre il professor Robertson, dice di lui: «parlare con Herb è come parlare con me, un fratello e un grande scienziato». Lo stima, di più, si fida. Sewell ha un ufficio largo come la guardiola di un portiere di Roma, con un computer, la moquette blu, molte carte e una finestra bianca. Per cinque anni è stato il vice rettore dell'università, ma ora vuole tornare a insegnare. «Studio e ricerca. La chiave è tutta qui». Fa invidia.

Donazioni, finanziatori privati, industrie che chiedono la collaborazione per la ricerca e molto denaro pubblico. «Niente arriva a caso. Il 90% della nostra ricerca è frutto di collaborazioni internazionali e il 60% di questi lavori è all'avanguardia nel mondo. Ci sono te-

st fatti apposta per valutare la nostra efficienza. Se non arrivano i risultati non arrivano i soldi, fortunatamente non è il nostro caso». Trentanovemila studenti sparsi tra l'Inghilterra, la Cina e la Malesia e il 26% di quelli che risiedono a Nottingham, 32 mila cioè, vengono da 150 paesi. «We are the only truly global university». Siamo la sola vera università globale. Bello slogan. «Non è mio, è del Times. Lo ho adottato». Nel parco, di fianco al lago, due ragazze francesi si fanno interrogare da una compagna coreana prima di un esame. Hanno i capelli raccolti e la stessa certezza dei cinesi: «nessun posto è come questo». La retta annuale è di circa 3.500 sterline, ma gli studenti che riescono a ottenere borse di studio sono il 30%. Quante sono le donne, professore? «La maggioranza». La dottoressa Andrea Murray è una donna sottile, con occhi azzurri che diventano acqua. Forse sulla quarantina, forse poco meno, ha capelli chiari e il pallore degli studiosi. Negli ultimi quindici anni ha dormito cinque ore per notte, il resto del tempo lo ha passato al Queen's Medical Center. Suo marito non ha fatto una piega. «Perché avrebbe dovuto? Sa che lavoro per una causa giusta». Non ha figli, ma ne vuole uno, crede in Dio ma è certa che in questo caso il risultato sia soltanto frutto della ricerca. «Sono una scienziata, no?». Guadagna molto dottore? Sgrana gli occhi. Che razza di domanda è? «Se il problema fossero stati i soldi avrei scelto un'industria privata». Il senso della sua esistenza sta nella stanza di fianco, dove tre settimane fa ha incontrato un paziente che non sapeva di avere un tumore ai polmoni. Lo avrebbe scoperto tra cinque anni. Gli ha fatto il test e ha capito due cose: che lui si sarebbe salvato e che lei gli aveva dato una mano. È uscita dalla stanza e ha urlato: «Grande». Poi si è ricomposta e ha chiesto scusa, come se avesse commesso un peccato. Ha girato le spalle e ha detto sommessa, come una campana sott'acqua: vado a baciare mio marito. (Andrea Malaguti "La Stampa" 3 giugno 2010)

Finanziamenti UE: al via la sperimentazione di una nuova tecnologia digitale per la diagnosi del tumore al seno

Ogni anno vengono diagnosticati in Europa circa 350.000 nuovi casi di tumore al seno, ovvero il 26% di tutti i nuovi casi di cancro tra le donne. Il 17% dei soggetti femminili che ogni anno vengono a mancare a causa di un tumore, muore di cancro al seno. Attualmente la lotta a questo male si concentra essenzialmente sulla rilevazione precoce, che, assieme ad una diagnosi accurata, rappresenta ancora una sfida irrisolta nonostante i progressi della tecnologia per immagini. Si effettuano biopsie inutili e spesso i tumori sono diagnosticati solo quando hanno ormai raggiunto uno stadio in cui è molto più difficile, se non impossibile, avviare una terapia efficace.

Il progetto HAMAM cerca di risolvere questo problema integrando in un'unica postazione clinica di lavoro immagini multimodali e l'anamnesi del paziente. Sarà possibile mettere a confronto tecniche di imagingografia quali la mammografia a raggi X e ad emissione di positroni, la tomosintesi, la risonanza magnetica

per immagini e gli ultrasuoni 2D-3D. Il progetto - che ha preso vita nel 2008, ha una durata triennale e ha ricevuto finanziamenti UE per 3,1 milioni di euro - prevede la collaborazione di scienziati, clinici ed esperti in tecnologie dell'informazione per la raccolta, in una banca dati comune, di tutte le informazioni esistenti su una paziente. Più nello specifico, sulla base di dati genetici e degli antecedenti familiari, il progetto sta mettendo a punto software clinici che integrano dati quantitativi ed immagini per associarli al profilo di rischio di un soggetto di sviluppare un cancro al seno. Fanno parte del consiglio medico-scientifico del progetto esperti di primo piano nella diagnosi del tumore al seno provenienti da sei Stati membri dell'UE (Belgio, Germania, Italia, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito) e dagli Stati Uniti. I test clinici saranno condotti in alcuni ospedali di Berlino (Germania), Dundee (Regno Unito) e Nijmegen (Paesi Bassi) e vedranno la partecipazione di esperti delle tecnologie dell'informazione provenienti da diverse università europee.

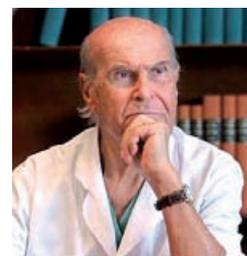
HAMAM segue le orme di altri due progetti finanziati dall'UE: SCREEN e SCREEN-TRIAL, che hanno permesso di realizzare passi da gigante nella diagnosi del cancro al seno in Europa, oggi leader mondiale nei sistemi di diagnostica per immagini. Grazie ad HAMAM, l'Europa rafforzerà il suo primato nel settore della diagnosi per immagini del tumore al seno.

Il progetto HAMAM ed altri esempi riusciti di progetti di ricerca finanziati dall'UE nel campo delle TIC sono stati presentati nel corso del forum "ICT 2010", il più grande evento europeo in materia di ricerca nelle TIC, che si è tenuto a Bruxelles dal 27 al 29 settembre 2010. Per ulteriori informazioni sul progetto HAMAM: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/itemlongdetail.cfm?item_id=4970

Il futuro è nella diagnosi predittiva

L'ex ministro della Salute e Presidente del Comitato Scientifico della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori non ha dubbi, il futuro è nella diagnosi predittiva: «Si tratta di ribaltare il processo, gli esami non devono essere più condotti su persone già sintomatiche, ma bisogna cercare nella popolazione sana i segni iniziali della malattia. Le cure mediche - scrive **Umberto Veronesi** (foto a lato) su *Grazia* - hanno raggiunto buoni livelli di efficacia, ma, nei prossimi anni, per ridurre la mortalità e per permettere una migliore qualità della vita durante la malattia, occorre passare dalla diagnosi ultra-precoce alla medicina predittiva».

È quanto sta avvenendo, in via sperimentale, all'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), dove si sta testando una metodica avanzata di risonanza magnetica, in grado di rilevare i tumori prima del loro sviluppo, nel momento in cui, cioè, le cellule iniziano ad agire senza più un filo logico, dividendosi e modificando la



struttura del tessuto, ma senza essere state ancora in grado di formare una massa. I primi risultati, dopo una ricerca effettuata su cento esami, sono incoraggianti, si tratta ora di definire con rigore scientifico, su quali tipi di tumore la medicina predittiva produce i risultati migliori.

Un altro studio condotto dallo IEO su 1.258 donne con un tumore al seno ancora impalpabile, ha dimostrato che oltre il 98% delle pazienti operate con chirurgia radioguidata è guarito.

Il tumore al seno è ancora il Big Killer

Ancora oggi, nel 2010, il big killer numero uno è il tumore al seno che colpisce la donna. La sua incidenza ha raggiunto livelli allarmanti. Ogni giorno in Europa vengono scoperti 1096 nuovi casi. In Italia si calcola che quest'anno i nuovi casi saliranno a circa 42 mila. Ciò significa che una donna su 8 riceve una diagnosi di tumore al seno e una su 33 muore a causa del carcinoma mammario. Nonostante la drammaticità di questi dati, la mortalità per cancro al seno è in diminuzione, tanto da toccare il tasso più basso degli ultimi 40 anni.

“L'arma vincente è l'anticipazione diagnostica e la diagnosi strumentale. Ecografia e mammografia - affer-



ma **Francesco Schittulli**, (foto a lato) senologo-chirurgo oncologo e presidente nazionale della LILT - ci permettono di scoprire tumori di piccolissime dimensioni, di 2/3 millimetri e un cancro di 2/3 millimetri ha un indice di aggressività e di malignità basso,

un processo di metastatizzazione nullo. C'è così la possibilità di poter procedere con interventi conservativi semplici che non provocano danni estetici alla donna. Se scopriamo un cancro sotto il centimetro la probabilità di guarigione può essere anche del 95-98%. Ecco perché la diagnosi precoce è fondamentale nella lotta al cancro alla mammella”.

Un altro segnale significativo è rappresentato proprio dalla partecipazione delle donne alla diagnosi precoce, tanto da rappresentare oggi un modello per tutta l'anticipazione diagnostica.

L'Istituto “Carlo Besta” produrrà vaccini antitumorali per il Glioblastoma

L'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha dato semaforo verde all'Istituto Neurologico “Carlo Besta” di Milano per la produzione di farmaci cellulari per uso clinico sperimentale, una sorta di vaccini antitumorali, per combattere il Glioblastoma, il più diffuso tumore al cervello, contro il quale fino ad oggi nessuna terapia è riuscita a produrre risultati certi e concreti. Si tratta di farmaci per uso autologo, ovvero utilizzabili soltanto dallo specifico donatore delle cellule con cui il vaccino viene realizzato.

Verranno messe in atto, in seguito all'approvazione dell'Aifa, due sperimentazioni cliniche per il tratta-

mento del tumore cerebrale maligno più frequente, il glioblastoma multiforme. Le ricerche saranno coordinate dal dottor Gaetano Finocchiaro, Direttore del Dipartimento di neuro-oncologia e della Unità operativa neurologia 8-neuro-oncologia molecolare. “Dopo l'intervento chirurgico - spiega Finocchiaro - il trattamento con radioterapia e chemioterapia, il glioblastoma tende a riformarsi, a recidivare. In queste condizioni non esiste al momento un trattamento la cui efficacia sia condivisa da tutti gli specialisti che agiscono in ambito neuro-oncologico”.

La vaccinazione anti-glioblastoma è basata sull'uso di cellule dendritiche, cellule molto potenti del nostro sistema immunitario che sono presenti nel sangue periferico. La procedura di vaccinazione è stata inizialmente verificata in sperimentazioni su modelli animali, coordinate dalla dottoressa Serena Pellegatta, e poi utilizzata in esperienze cliniche preliminari al Besta, con risultati incoraggianti. Analoga sperimentazione viene portata avanti anche negli Stati Uniti, coordinata dalla dottoressa Linda Liau della University of California Los Angeles. I due centri collaboreranno alla verifica scientifica dei risultati.

Mieloma multiplo: al via la sperimentazione del Carfilzomib

Partirà nei prossimi mesi anche in Italia - a Roma, Torino, Bologna e Pisa - la sperimentazione di un nuovo farmaco per la cura del mieloma multiplo, il Carfilzomib. È quanto annuncia l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa. Il farmaco, già in sperimentazione negli Stati Uniti, è in attesa di approvazione, da parte dalla Food and Drugs Administration (Fda), per il 2011.

A dare l'annuncio della sperimentazione in Italia è stata, nei giorni scorsi, Susie Novis, presidente dell'International Myeloma Foundation, durante il III seminario nazionale dedicato al mieloma multiplo organizzato a Pisa dall'associazione ‘Schirinzi A. Mario Onlus’.

Il nuovo farmaco, secondo quanto sostiene l'AouP, si sta dimostrando molto promettente, soprattutto in quanto presenta una minore quantità di effetti collaterali neurologici. Nella fase di sperimentazione in Italia potrebbe affiancare i principi attivi alla base dei farmaci attualmente in uso (non ultimo il Velcade oppure Bortezomib, che ne è il principio attivo) fino a sostituirli, in quanto ha gli stessi effetti terapeutici senza gli effetti collaterali lamentati.

“Il seminario pisano - ha spiegato Mario Petrini, direttore del reparto di ematologia dell'AouP - ha dimostrato l'ottimo livello terapeutico espresso dall'ematologia italiana anche in questo settore confermando che le opzioni terapeutiche più innovative, compresi i farmaci ancora in sperimentazione, sono disponibili nei nostri centri, così come in quelli internazionali più avanzati”. In questo senso a Pisa, attraverso collaborazioni interdipartimentali e internazionali, si stanno studiando in modo approfondito la resistenza ai trattamenti e le ragioni della diversa suscettibilità individuale ai farmaci. Questi studi dovrebbero permettere di individuare le persone maggiormente predisposte, per loro costituzione, ad ammalarsi.

Le nanotecnologie potrebbero essere l'arma risolutiva contro le neoplasie

Nanoparticelle magnetiche capaci di effettuare contemporaneamente diagnosi e terapia, individuando le singole cellule tumorali: è la prospettiva "teranostica" dischiusa da una ricerca congiunta delle Università di Milano, Pavia e Saragozza presentata nei giorni scorsi a Roma in occasione della decima Conferenza internazionale sui materiali nanostrutturati (Nano 2010) di cui è chairman Dino Fiorani, direttore dell'Istituto di struttura della materia del Consiglio nazionale delle ricerche (Ism-Cnr), insieme con Elisabetta Agostinelli, ricercatrice dell'Ism-Cnr, ed Enrico Traversa dell'Università di Tor Vergata.

Lo studio, già in parte testato in vivo, è stato condotto da Alessandro Lascialfari, ricercatore associato del Cnr e docente alle Università di Milano e di Pavia, e da Fernando Palacio dell'Istituto di scienza dei materiali dell'ateneo spagnolo. "Il nostro gruppo studia l'utilizzo in medicina di nanoparticelle magnetiche rivestite da un polimero come entità multifunzionali, cioè con la capacità di svolgere contemporaneamente un'azione diagnostica e terapeutica: la cosiddetta teranostica", spiega Lascialfari. "Le particelle magnetiche possono essere utilizzate come agenti di contrasto nella risonanza magnetica nucleare per aumentare il contrasto di immagine e consentire così una migliore rivelazione del tumore. Grazie alla risoluzione su scala cellulare, si prevede che nella prevenzione oncologica ulteriori sviluppi della tecnica di risonanza consentiranno l'individuazione del tumore quando questo si è sviluppato solo a livello di poche cellule, cosa impossibile con le attuali tecniche diagnostiche".

Ma non solo. Per quanto riguarda la terapia, durante gli esperimenti effettuati le particelle magnetiche sono state utilizzate "per la ipertermia magnetica, tecnica basata sul riscaldamento mediante l'applicazione di un debole campo magnetico alternato di opportuna frequenza", prosegue il ricercatore. "Le cellule tumorali, essendo molto più sensibili al calore di quelle sane, vengono distrutte quando si raggiunge una

temperatura locale tra i 42 e i 47 °C. Le nostre ricerche hanno portato a controllare il calore trasferito alle cellule cancerose e a misurare, per ora in vitro, la temperatura al loro interno". Infine, "un opportuno rivestimento polimerico consente di ancorare alla particella dei medicinali, che possono essere rilasciati nel tempo", conclude Lascialfari. "Queste particelle magnetiche, insomma, individuano la posizione delle cellule tumorali attaccandosi selettivamente ad esse, tramite anticorpi, monitorano la variazione di temperatura agendo da termometri locali e rilasciano localmente il farmaco in grado di debellare il tumore".

E sempre sul fronte del nanotech un altro italiano, Mauro Ferrari, da poco presidente e amministratore delegato dell'Istituto di Ricerca del Methodist Hospital di Houston, è impegnato su questo promettente fronte di ricerca, applicando alla scienza medica le conoscenze matematiche e ingegneristiche.

"La nanotecnologia – sostiene Ferrari – è l'arma vincente per sconfiggere il cancro. Stiamo scoprendo sistemi per rendere più precisi, localizzati e personalizzati i farmaci, per diagnosticare i tumori con anticipo e precisione, per annullare gli affetti collaterali delle terapie e poterle intraprendere con maggior decisione". Le nanotecnologie sono oggetto di studio in moltissimi centri di ricerca di tutto il mondo, Italia compresa. Alcune sono già in uso in oncologia, come i liposomi. E recentemente la Food and Drug Administration americana ha approvato un vettore in nano particelle di albumina in grado di veicolare nell'organismo, superando tutte le barriere e penetrando nei vasi sanguigni, quantità molto più forti e localizzate di un farmaco contro il tumore al seno, il Paclitaxel, al punto di aumentare in maniera significativa gli effetti terapeutici, minimizzando quelli collaterali.

"Insomma – afferma ancora Ferrari – non ha importanza dove la ricerca venga fatta, in Italia, in America, perché la comunità scientifica è una sola e ha un nemico comune, agguerrito e feroce, il cancro. Se il mondo la smette di pensare in modo frammentario ed egoista, ed invece unisce le forze, è un nemico che possiamo battere entro pochi anni".



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

Casa di Cura Marco Polo: “pedina strategica” della Rete oncologica regionale

Riconosciuto alla Casa di Cura Marco Polo un ruolo funzionale nell’ambito della neonata Rete oncologica del Lazio

Enrico Rosati

Direttore Sanitario Casa di Cura “Marco Polo”, Clinica oncologica monospécialistica (Roma)

Con il recente Decreto Commissariale n. 59 del 13 luglio 2010 si è delineato il primo *step* della nuova Rete oncologica regionale. L’architettura della Rete prende spunto dal modello *Hub & Spoke* (letteralmente “mozzo” e “raggio”, in analogia alla ruota della bicicletta e mutuato dall’organizzazione degli scali delle compagnie aeree), in cui l’*Hub* corrisponde alla struttura ospedaliera maggiore di riferimento connessa funzionalmente con le altre strutture specialistiche, dette appunto *spoke*. Fig.1.

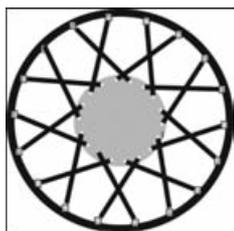


Fig.1 - Lo schema *Hub & Spoke*, in ambito sanitario, rappresenta un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell’assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri *Hub*), supportati da una rete di servizi (centri *Spoke*) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento, quando un determinato livello di gravità clinico-assistenziale viene superato.

Obiettivi principali del processo di implementazione della Rete oncologica regionale sono quello di rimodulare l’offerta ospedaliera, anche attraverso la riduzione dell’uso del ricovero ordinario e la qualificazione dell’offerta assistenziale (con eventuale identificazione di percorsi diagnostico terapeutici), e quello di favorire l’accesso all’assistenza appropriata in strutture, per quanto possibile di prossimità, che si identifichino come nodi della rete oncologica.

La Casa di Cura “Marco Polo”, unico esempio regionale di Casa di Cura privata accreditata con il SSN/SSR monospécialistica per le discipline oncologiche (Oncologia Medica, Radioterapia Oncologica e Medicina Nucleare), in virtù della sua vocazione oncologica è stata ritenuta funzionale alla Rete regionale, parimenti alle altre strutture pubbliche *spoke*.

Tale riconoscimento origina dalla presenza di numerosi servizi e dalle caratteristiche che presenta allo stato attuale la Casa di Cura “Marco Polo”, così riassumibili:

- struttura di accoglienza di primo livello, con riqualificazione dei locali e degli ambienti realizzata nel rispetto delle più moderne tecnologie, il cui *design* è in piena armonia con la *mission* della struttura;
- possibilità di ricovero sia ordinario che in *Day Hospital* di pazienti oncologici;
- presenza di numerose figure mediche specialistiche (cardiologo, ginecologo, endocrinologo, gastroenterologo, internista, anestesista, etc.);
- Farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali svolta direttamente da personale sanitario qualificato in possesso di Diploma di Laurea in

Farmacia, nel rigoroso rispetto dei requisiti previsti dalla normativa regionale vigente;

- Unità Operativa di Radioterapia Oncologica, localizzata nella struttura stessa, provvista di acceleratore lineare di ultima generazione, marca *Elekta* modello *Precise*, atto a erogare anche prestazioni di radioterapia conformazionale 3D e IMRT, e dotato delle seguenti caratteristiche:
 - produzione di energia con elettroni da 6 a 20 Mev;
 - produzione di energia (variabile) con fotoni di 6-10-15 MV;
 - presenza di collimatore multilamellare da 80 lamelle (*Multi Leaf Collimator, MLC*) per la personalizzazione del campo di trattamento e di *iView* per l’acquisizione di immagini elettroniche di verifica del campo trattato;
- Servizio di Diagnostica per immagini con sezione TAC (con possibilità di erogare anche esami di colonoscopia virtuale) e RMN (*Servizi Sanitari Integrati USI*, con disponibilità immediata);
- Servizio di Endoscopia Digestiva;
- Anatomia Patologica e Patologia Molecolare (*Servizi Sanitari Integrati USI*);
- Unità Operativa di Medicina Nucleare, anch’essa localizzata nella struttura, comprendente il *Servizio di Terapia Radiometabolica* in ambiente ospedaliero protetto-schermato per il trattamento dei tumori indifferenziati della tiroide e la *ricerca scintigrafica del linfonodo sentinella*;
- Servizio di Psiconcologia;
- collaborazione attiva con i Servizi territoriali per le terapie palliative e per l’assistenza domiciliare, oltre agli ambulatori di terapia del dolore e prevenzione oncologica di prossima attivazione;
- Queste ed altre caratteristiche hanno determinato “l’inevitabile” identificazione della Casa di Cura “Marco Polo”, quale *pedina strategica* della Rete oncologica.

Il prossimo obiettivo sarà senz’altro il riconoscimento di struttura *spoke*, tenuto conto anche del fatto che, nell’ambito della Rete oncologica, diverse strutture pubbliche *spoke*, pur se integrate, non presentano al proprio interno un Reparto di Radioterapia Oncologica dotato di acceleratore lineare di ultima generazione e/o di un Reparto di Medicina Nucleare (essenziale per l’esecuzione di indagini scintigrafiche quali la scintigrafia ossea per l’individuazione di metastasi ossee...), oppure la possibilità di effettuare ricoveri diurni (*day hospital* oncologico), contrariamente alla Casa di Cura “Marco Polo” che, invece, possiede tutti i suddetti requisiti.

Alessandro Lembo
Oncologia Medica Casa di Cura Marco Polo

Federico Della Rocca
Psiconcologia Casa di Cura Marco Polo

L'acquisizione da parte del gruppo USI della Casa di Cura MARCO POLO si è tradotta negli anni in un continuo rinnovamento e ottimizzazione dell'Assistenza Sanitaria offerta ai pazienti oncologici. Ciò è avvenuto attraverso una trasformazione radicale degli ambienti fisici, progettati e costruiti secondo i più evoluti criteri di edilizia sanitaria e all'implementazione di strumentazioni e apparecchiature medicali di ultima generazione. A ciò si aggiunge la creazione di un personale sanitario caratterizzato da diverse figure professionali, ognuna delle quali è specializzata nel trattamento di aspetti e problematiche specifiche della malattia oncologica. Tale diversificazione soddisfa i criteri di Assistenza Multidisciplinare e risponde alla concezione della malattia oncologica come problema complesso e multiforme, che coinvolge il paziente stesso, la sua famiglia e riguarda aspetti *medici, psicologici e sociali*.

All'interno di questa prospettiva il paziente acquisisce un ruolo sempre più attivo e centrale nel processo di cura, e viene posto ancor più al centro dell'attenzione, tenendo conto di tutte le sue esigenze, divenendo il fulcro intorno a cui operano le diverse figure professionali. Questo concetto rappresenta il principio che anima la modalità assistenziale nell'ambito del reparto di Oncologia Medica della MARCO POLO e coerentemente con esso è stato creato e poi attuato a partire dal 2008 un progetto finalizzato all'acquisizione di dati e informazioni direttamente dal paziente, attraverso la somministrazione di un questionario a scelta multipla, costruito dopo una valutazione generale degli aspetti relativi all'impatto della malattia oncologica sulla persona.

Apprendere dal paziente. Un metodo "Bottom-up"

"Bottom-up" significa "dal basso verso l'alto" e ci è sembrata subito la prospettiva adeguata per un'indagine conoscitiva di questo tipo. L'idea consiste nel ridurre al minimo le inferenze iniziali da parte di colui che "vuole conoscere" dando ampia libertà all'oggetto di indagine, cioè al paziente, di esprimere se stesso, le sue sensazioni, le sue esperienze, ricavandone così informazioni utili e di prima mano. Il metodo conoscitivo del tipo "bottom-up" esplora una problematica partendo dal dato di realtà e si caratterizza per una graduale analisi delle informazioni in possesso per definire al termine del processo un costrutto mentale, cioè un concetto. È una metodica opposta al processo "top-down" (dall'alto al basso) in cui è invece la rappresentazione mentale del concetto a guidare l'elaborazione del dato, seguendo quindi gli schemi e le

aspettative di colui che effettua l'indagine. In sostanza non è stato creato uno strumento che permettesse di confermare o smentire un'ipotesi creata in partenza, bensì un mezzo per ottenere dati da cui trarre successivamente ipotesi, suggerimenti e indicazioni sulle modalità ottimali di assistenza. Il paziente è al centro della nostra attenzione e il punto di partenza di ogni ragionamento.

Il Questionario ad Aree Tematiche

La progettazione del Questionario è stata caratterizzata da una lunga fase interlocutoria che ha visto un intenso scambio di idee, opinioni, esperienze e informazioni fra medici, psicologi, infermieri, pazienti e familiari dei pazienti. Dalla grande mole di dati ottenuti è stato deciso di suddividere il Questionario in 4 grandi aree tematiche:

1. L'impatto del paziente con la comunicazione della diagnosi di cancro;
2. L'impatto emotivo con la malattia e con la chemioterapia e i suoi effetti nel tempo;
3. Il rapporto del paziente con le varie figure professionali in ambito sanitario;
4. Il rapporto e le relazioni del paziente con partner, amici e familiari.

Per ogni Area Tematica sono stati identificati successivamente 5 o 6 quesiti con risposta a scelta multipla che andavano a esplorarne gli aspetti specifici. Abbiamo deciso inoltre di lasciare anche un piccolo spazio totalmente libero per ogni domanda, in cui il paziente potesse sempre scrivere qualcosa di personale al di là dei quesiti posti. Al termine di questo lavoro è stato ottenuto un Questionario formato da 25 item a scelta multipla (5-7 risposte possibili per ogni quesito) da somministrare a 100 pazienti, con l'unico requisito di avere concluso almeno un ciclo di chemioterapia.

I risultati

La creazione e la somministrazione del Questionario ha richiesto più di un anno e mezzo di lavoro. I risultati ottenuti in seguito all'analisi statistica delle risposte ai quesiti non possono essere elencati qui di seguito in tutta la loro interezza, per ragioni editoriali. Verrà quindi presentata una sintesi che definisca al meglio la portata delle informazioni ottenute.

- *Comunicazione della diagnosi e impatto con la malattia*: Il dato incoraggiante è che più dell'83% dei

soggetti intervistati ha ricevuto la comunicazione della diagnosi da un medico, in un contesto ambientale adeguato, ottenendo nell'80% dei casi tutte le informazioni di cui aveva bisogno, compresa l'indicazione di un medico specialista a cui rivolgersi. Tuttavia fa riflettere che nel XXI secolo circa 6 pazienti su 100 abbiano ricevuto la notizia di essere malati di cancro leggendo su un referto medico, senza ottenere indicazioni su quali passi intraprendere nel processo di cura. Un'altra falla assistenziale emerge dal dato che nessun soggetto ha ricevuto la diagnosi di cancro da uno psicologo deputato allo scopo, né ha ricevuto l'indicazione a rivolgersi a un servizio di psicologia per affrontare la situazione traumatica.

L'83% del campione esprime l'importanza che il paziente oncologico venga informato subito su tutti gli aspetti della malattia, evitando che gli vengano taciute verità, anche se difficili da gestire, mentre soltanto il 3% ritiene che il paziente non debba essere direttamente informato e che un familiare debba farsi carico di conoscere realmente la situazione. Quest'ultima evidenza ci sembra una risposta chiara all'annosa questione da sempre dibattuta sulla necessità di informare chiaramente o meno il paziente oncologico.

Considerata la traumaticità della comunicazione della diagnosi, abbiamo cercato di capire quali potessero essere le modalità da utilizzare per rendere meno devastante il momento in cui ciò avviene. Il 62% del campione risponde che il modo migliore per ammortizzare l'impatto consista nel ricevere la comunicazione della diagnosi da un medico, in un ambiente protetto e tranquillo, in modo calmo e non frettoloso, garantendo al paziente tutto il tempo necessario per porre al medico ogni domanda che ritiene necessaria. Più del 21% dei soggetti intervistati ritiene che sia molto importante la presenza di un amico o di un familiare che possa sostenere il paziente nel momento della comunicazione della diagnosi, mentre quasi il 10% dei pazienti vorrebbe avere la possibilità di poter parlare con uno psicologo subito dopo aver appreso la propria diagnosi.

Merita una menzione specifica la definizione di quale sia il momento più traumatico per un paziente oncologico. Nell'ordine i risultati identificano la comunicazione della diagnosi come l'evento più traumatico (21%), seguito dalla ripresa di malattia (18%), dalla consapevolezza di doversi sottoporre a un intervento chirurgico (16,5%), dall'inizio del trattamento chemioterapico (16%), dai cambiamenti corporei connessi alla malattia e ai trattamenti (14%), dal ricovero in ospedale (8%) e dal momento in cui si comunica l'esistenza della malattia ai propri familiari (6,5%).

- **Impatto emotivo con la malattia e la chemioterapia:** La più frequente reazione emotiva manifestata dai soggetti intervistati di fronte alla consapevolezza di avere un tumore stupisce per la sua forza positiva e per la capacità di sviluppare velocemente ca-

pacità di adattamento e strategie di opposizione alla malattia. Infatti il 42% del campione ha reagito pensando subito che "questa malattia è un nemico da sconfiggere e che oltre alle cure mediche devo impegnarmi attivamente per guarire". Il 29% ha reagito accettando passivamente la malattia come segno del destino rimettendosi però fiduciosamente nelle mani dei medici, mentre solo il 12% risponde di essere rimasto così colpito da aver perso per qualche ora il contatto con la realtà.

L'83% dei soggetti afferma che è giusto informare i familiari della propria malattia, anche se di questa porzione di soggetti il 44,5% specifica che è più giusto coinvolgere solo i familiari più intimi. Soltanto il 2% invece ritiene che i familiari debbano essere tenuti all'oscuro il più a lungo possibile.

Rispetto alle paure più intense suscitate dalla malattia, emerge che il timore più diffuso (33%) è rappresentato dalla perdita della propria autonomia, con relativo aumento delle limitazioni personali. Le paure di soffrire, di non riuscire a gestire lo stress, di perdere la speranza si attestano tutte intorno al 15%, mentre una percentuale significativa si riferisce alla paura di non poter più rappresentare un sostegno per i propri familiari (22%). La Fede religiosa rappresenta per la maggioranza del campione un valido sostegno (40%) mentre il 19% degli intervistati non attribuisce alcuna importanza alla Fede, affidandosi solo alla scienza. I pazienti intervistati mostrano di riuscire spesso a non lasciarsi soverchiare dalla malattia. Ben il 52% degli intervistati dichiara di essere riuscito a mantenere in piedi i propri progetti futuri, considerando la malattia solo un impedimento momentaneo. Tuttavia una percentuale significativa di loro (17%) ha dichiarato di non aver più progetti futuri e di vivere giorno per giorno.

Rispetto all'impatto con la chemioterapia, le risposte evidenziano come la maggior parte dei soggetti intervistati consideri la chemioterapia come un fondamentale strumento di guarigione (35%), mentre solo il 2% ritiene che sia un trattamento che apporta più svantaggi che vantaggi. Per di più il 34% del campione dichiara che se ci fosse una migliore informazione su cos'è la chemioterapia e su come viene eseguita, migliorerebbe molto l'opinione che le persone hanno normalmente della chemioterapia, e ciò contribuirebbe a ridurre il timore e la repulsione per tale trattamento.

- **Il paziente e le figure professionali in ambito sanitario:** abbiamo cercato di capire quali potessero essere le modalità migliori di intervento delle varie figure professionali in ambito oncologico (medico, psicologo, infermiere), ponendo le esigenze del paziente come elemento fondamentale. È emerso che secondo il 64,5% del campione il medico dovrebbe assolutamente spiegare al paziente cosa sono e come funzionano le varie terapie, anticipando gli eventuali effetti collaterali e definendo il più possibile con precisione modalità e tempistiche dei trattamenti. La richiesta specifica di un medico capace

di “prestare ascolto” al paziente è emersa al 14,5%, insieme a quella di favorire il paziente verso l'accesso a servizi di consulenza e supporto psicologico (14,5%).

L'infermiere agisce al meglio secondo il nostro campione se mantiene costantemente un atteggiamento amichevole e disponibile verso il paziente (66%), mentre sbaglia se si mantiene freddo e distaccato evitando ogni forma di coinvolgimento, caratteristiche dell'infermiere desiderabili infatti solo dall'1,5% del nostro campione.

Relativamente alla possibilità di ricevere assistenza psicologica, il 44% degli intervistati dichiara che l'aiuto di uno psicologo rappresenta un valido supporto per affrontare la malattia, e ben il 39% di loro lo considera “un aiuto essenziale di cui ogni malato dovrebbe servirsi”.

- *Il paziente e le relazioni con gli Altri (Lavoro, amici, partner e familiari):* La possibilità di continuare a lavorare è considerata dalla maggior parte dei pazienti intervistati una risorsa importante, soprattutto perché allontana da sé l'idea della malattia e consente di sentirsi attivi e vitali (46%). Al contrario soltanto il 5% del campione desidererebbe smettere di lavorare e riposare per tutta la durata del trattamento.

Rispetto alla vita sessuale, se il 33% del campione dichiara di non avere notato cambiamenti importanti, una percentuale più elevata (54%) riferisce una netta riduzione del desiderio e della frequenza/qualità dei rapporti. Nel 3% dei casi viene riferito invece aumento della frequenza dei rapporti e del desiderio.

In riferimento al miglior approccio da tenere da parte dei familiari nei confronti del paziente oncologico, una percentuale complessiva del 54,5% degli intervistati esprime il bisogno di essere costantemente spronato dai propri cari a non chiudersi e a non isolarsi, fornendo costantemente sostegno morale e aiuto pratico per affrontare le esigenze quotidiane. Fa riflettere che il 16,5% del campione desidererebbe che i propri familiari facessero finta di niente comportandosi come se la malattia non esistesse. In sostanza gli “altri” rappresentano una risorsa importante per il malato oncologico, anche perché aiutano a scaricarsi e a distrarsi (29%). Tuttavia c'è anche chi la pensa in modo contrario: secondo il 18% del campione intervistato gli altri che non hanno vissuto sulla loro pelle questa malattia non possono capire, e quindi è inutile parlare con loro del problema. Se si considerano le risposte fornite rispetto alla possibile utilità di poter parlare con altre persone che hanno vissuto direttamente l'esperienza di malattia, nel 32% dei casi si ottiene un riscontro positivo, per cui confrontarsi con altri pazienti sembra utile per condividere l'esperienza e approfondire significati specifici della propria malattia e inoltre nel 50% dei casi la condivisione risulta utilissima per trovare forza, coraggio e aumentare la fiducia nelle terapie. In questo senso ben il 55% degli intervistati afferma di poter trarre

grande fiducia e speranza nel futuro parlando con persone che sono riuscite a sconfiggere la malattia, mentre solo il 5% dichiara che resterebbe infastidito dall'ascoltare le testimonianze di chi è guarito dal cancro.

Riflessioni finali e spunti per il futuro

È evidente che i risultati proposti non possono essere esaustivi e indicativi di tutta la popolazione oncologica italiana, tuttavia riteniamo che questo studio conoscitivo basato su 100 soggetti malati oncologici in trattamento chemioterapico sia stato sufficiente a fornire comunque risultati utili e preziosi. Si nota l'esistenza di esigenze spesso eterogenee, a volte contrastanti, ma anche la presenza di opinioni largamente condivise dai pazienti, che indicano la strada più giusta per definire le modalità di intervento più adeguate. Secondo il nostro punto di vista “adeguato” significa “sensibile alle esigenze peculiari del paziente”, e crediamo che questo lavoro abbia contribuito sicuramente a sciogliere dubbi e a rafforzare delle convinzioni già presenti su come agire nell'interesse del malato, anche quando tutto ciò comporta un maggior impegno e maggiori difficoltà, di tipo pratico e anche psicologico, per l'intera équipe curante.

Ciò che il paziente ci chiede è la creazione di una sorta di rete protettiva che medici, psicologi, infermieri e familiari devono costituire, attraverso uno scambio continuo, evitando omissioni o interposizioni di barriere comunicative che impediscano il fluire di informazioni, esperienze e anche emozioni. Lavorare ogni giorno in oncologia significa avere il coraggio di non fuggire davanti al dolore e alla sofferenza, ma affrontare le difficoltà a viso aperto, sicuri che attraverso l'impegno di ognuno ogni problema può trasformarsi in un'occasione per rafforzarsi. Questa è la richiesta dei nostri pazienti, che cercano un “posto sicuro” dove poter capire, chiedere, ricevere una risposta, un sorriso, una rassicurazione. La capacità di comunicare, sostenere e spiegare emerge (se mai ulteriormente ce ne fosse bisogno) come elemento fondamentale da mettere a disposizione del malato oncologico, evitando sempre gli atteggiamenti distaccati e rigidi.

Spunti importanti ci sono stati forniti su come aiutare il paziente a superare lo shock della comunicazione della diagnosi e l'impatto con la chemioterapia. Sono emerse informazioni precise su cosa il paziente si aspetta dal medico, dallo psicologo, dall'infermiere e dai propri familiari. Ma soprattutto abbiamo ottenuto risultati incoraggianti sull'importanza che può avere il confronto fra persone che hanno condiviso la malattia, sia per i pazienti stessi sia per chi non vive a diretto contatto col cancro, ma ne sente solo parlare. In questo senso lo sviluppo di una maggiore sensibilità e la correzione di idee spesso distorte che riguardano tutto ciò che gravita intorno alla parola “tumore” ci sembra un obiettivo estremamente importante per il futuro.

Dottore, mi spiega meglio...

Torna il 15 ottobre l'iniziativa rivolta ai pazienti della Casa di cura Marco Polo per una corretta informazione sulla patologia oncologica.

Riparte il 15 ottobre, alle 14.00 la serie di incontri rivolti ai pazienti – e ai loro familiari – del reparto oncologia della Casa di cura Marco Polo di Roma "Dottore, mi spiega meglio...", per una corretta informazione sulla patologia oncologica. L'appuntamento è dedicato alla diagnostica per immagini, con il Dr. Alfonso Amatruda e il Dr. Alessandro Lembo a cui seguirà a novembre la psiconcologia con il Dr. Della Rocca e a dicembre la Prevenzione Oncologica con la presenza della Dr.ssa Passeri e Dr.ssa Di Bartolomeo dell'oncologia medica della casa di cura Marco Polo.

I primi incontri hanno avuto luogo tra marzo e giugno, e hanno trattato gli aspetti della patologia oncologica, dal punto di vista delle diverse discipline che intercorrono nella sua cura, dall'Oncologia Medica alla Radioterapia, dalla Medicina Nucleare alla chirurgia ricostruttiva. I medici intervenuti – sempre coordinati dal Dr. Alessandro Lembo, responsabile del Servizio di Oncologia Medica della Casa di cura Marco Polo – sono operatori non solo della Marco Polo, ma anche di altre strutture sanitarie, come l'Ospedale San Giovanni – Addolorata e il Campus Bio-Medico. Il feedback molto positivo ricevuto dai partecipanti ai primi incontri ha messo in luce come una adeguata informazione sia alla base della qualità della relazione che si stabilisce tra medico e paziente, e come particolarmente importante risulti questo aspetto nella malattia oncologica, dove le opzioni di trattamento possono essere diversificate e possono modificarsi nel tempo: le specialità mediche coinvolte risultano essere molteplici, e la sensazione di "profanità" da parte del paziente rispetto alla malattia rischia di esser percepita in maniera considerevole.

L'iniziativa vede anche il coinvolgimento dei familiari dei pazienti: questo perché la malattia oncologica può considerarsi "sistemica", nel senso che prende nel suo raggio non solo il paziente, ma anche le persone che lo accompagnano in ogni fase e che dovrebbero essere considerate parte fondamentale del processo di comunicazione.

È proprio per rispondere a queste esigenze che il reparto di oncologia della Casa di cura Marco Polo - fondata nel 1958, tra le primissime strutture in Italia ad avere un impianto di radioterapia ad alta energia per la cura dei tumori mediante radiazioni ionizzanti - ha attivato questa iniziativa, con il fine di aumentare la conoscenza del paziente sulla malattia, sul trattamento e sui più comuni problemi da affrontare, nel corso dei quali i diversi specialisti trattano in modo chiaro gli argomenti di loro competenza, restando a disposizione per domande e chiarimenti da parte dei partecipanti. Il presupposto di questo programma è che un aumento della conoscenza diminuisca il senso di smarrimento e di incontrollabilità, favorisca comportamenti più adeguati ed una partecipazione più attiva alle cure, partendo dal presupposto che una corretta informazione abbia effetti positivi sull'impatto emozionale causato dalla diagnosi, sui livelli di ansia e depressione, sui rapporti con le figure sanitarie e sull'aderenza del paziente alle indicazioni terapeutiche, fornendo un contributo al miglioramento della qualità di vita dei pazienti oncologici e dei loro familiari.

Gli incontri, a cadenza mensile, hanno una durata di circa un'ora e mezza, e si tengono presso la Casa di cura Marco Polo. A causa della limitatezza degli spazi, è necessario prenotarsi al numero di telefono 334.85.98.239 o rivolgendosi al reparto di Oncologia - Dr. Alessandro Lembo - della Casa di cura Marco Polo, tel. 06-5742601 o alla Dr.ssa Alessandra Cignitti – segreteria organizzativa Dottore, mi spiega meglio...



Giving Day 2010 - Giornata della donazione

Massimo Scafati

“Giving Days”. Il plurale sarebbe d’obbligo viste le tante adesioni che hanno avuto come diretta conseguenza l’ampliamento a due giorni del programma inizialmente previsto solo Sabato 19, per poter gestire meglio l’affluenza degli sportivi prenotati al centro donazioni dell’ospedale S.Camillo-Forlanini.

L’iniziativa è stata inserita nel quadro delle azioni promozionali che la ONLUS ha avviato per sopperire alla grave carenza di sacche di sangue che il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione e del Dipartimento per le Politiche Sociali e della Salute del Comune di Roma, ha stimato in circa 24.000 unità necessarie per raggiungere l’autosufficienza. Inutile aggiungere che tale problema nel periodo estivo assume contorni drammatici rendendo difficile la pianificazione degli interventi chirurgici e dei trapianti di organi.



Per il Giving Day in programma il 18/19 Giugno, l’Azienda S. Camillo-Forlanini ha messo a disposizione dei volontari un set gratuito di analisi specialistiche orientate al controllo dei principali fattori di rischio degli atleti ed una maglia tecnica offerta dai centri diagnostici USI e da LBM Sport a ricordo dell’iniziativa, il tutto ampiamente pubblicizzato da un comunicato stampa FIDAL e perfino dall’inevitabile evento Facebook che ha consentito di diffondere velocemente molte delle indicazioni necessarie.

La giornata di Venerdì era iniziata già con una certa euforia e decisamente all’insegna dell’ottimismo; avevamo infatti avuto la conferma, solo il giorno precedente, della

partecipazione di un nutrito gruppo di ragazzi e ragazze appartenenti al Reggimento Genio dell’Esercito di stanza alla Cecchignola e di conseguenza sono state predisposte in tempi brevissimi le necessarie integrazioni di personale medico, tecnici, le provette, ecc.

Il team di Blood Runner non ha lasciato nulla al caso, neppure una lettera di ringraziamento che doverosamente si è ritenuto di dover consegnare a tutti i partecipanti, anche quando i parametri clinici, spesso influenzati dalla prima giornata caldissima romana, sconsigliavano purtroppo la donazione.



Alla fine della mattinata di Sabato eravamo esausti, ma decisamente soddisfatti del via vai dei tanti atleti, spesso compagni di allenamento e di gara, che si sono avvicinati in sala prelievi. Anche i numeri sono stati molto confortanti: oltre 75 candidati e 60 donazioni effettuate.

Per fortuna non è mancato neanche il tempo per conoscere ed apprezzare da vicino il lavoro dei medici e tecnici che si sono prodigati nei due giorni per fornire il massimo del loro supporto; gente rara, profondamente innamorata del proprio lavoro e conscia del ruolo delicatissimo che la donazione di sangue costituisce al livello sociale.

Ed allora ovviamente si replica: il 26/27 Novembre, ancora presso la sala donatori S.Camillo-Forlanini per la seconda edizione del Giving Day 2010 e nel frattempo l’appuntamento è ancora al Gianicolo per correre la 9ª edizione di Blood Runner Race sul percorso di 8 Km che si snoda tra i bellissimi viali di Villa Doria Pamphili.

La bonifica dell'agro pontino, la fondazione di Pomezia e Latina; il sogno della Terra promessa, il tradimento del progresso; una saga familiare, una storia sociale del primo Novecento: **Canale Mussolini di **Antonio Pennacchi**, romanzo vincitore del premio Strega di quest'anno.**

Gli umili che fecero l'Italia

di Michele Trecca

Fra i tanti personaggi del romanzo corale di Pennacchi c'è Armida, la moglie di Pericle Peruzzi: lei la più bella, lui il più valoroso. Un grande amore, il loro. Armida è strana, un po' matta e un po' strega. Vive quasi in simbiosi con uno sciame d'api, che la segue ovunque. Le api le parlano e in volo sibilano ammonimenti e preveggenze. Il loro miele è una delle tante medicine naturali del tempo.

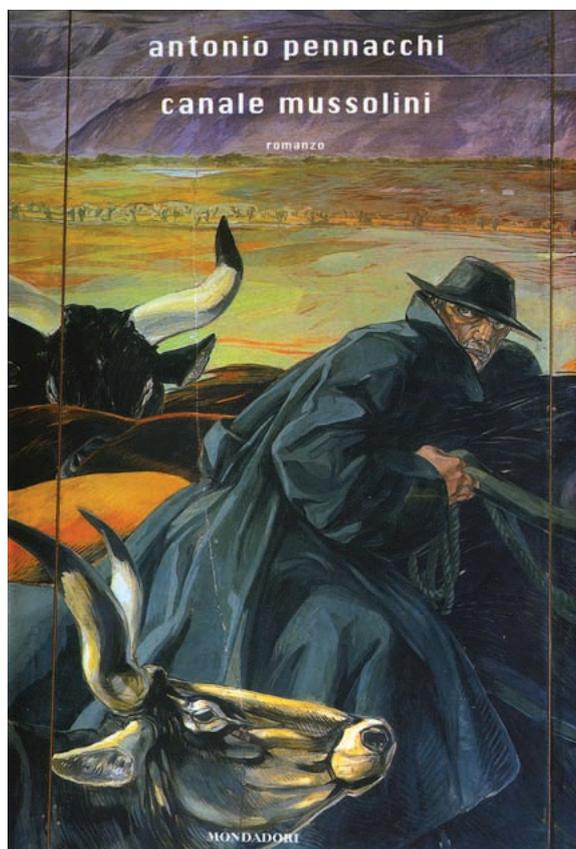
Ecco uno stralcio del rapporto di Armida con le api, pagg. 181-182: «*Le api le aveva imparate dalla nonna... Lei aveva quest'arnia di legno lasciata dalla nonna a cui lei ogni tanto sostituisce qualche tavola. Sembrava proprio una casettina con tanto di tetto. Dentro c'erano gli alveari e lei li spostava di qui e di là... La gente a dir la verità comprava di corsa il suo miele - e il prete la cera - anche quando non ce n'erano proprio soldi, perché un po' ce ne voleva per forza in casa e non tanto come dolcificante, ma per quel po' di salute dei figli. Era l'unica medicina in giro e andava bene sia per la tosse che alle puerpere e se non c'erano soldi si faceva a baratto, ma sempre con il contraccambio più conveniente a lei; era capace di chiederti un vitello per un vasetto di miele.*»

Per fortuna siamo andati avanti, n'è valsa la pena... però, che fatica. Dopo un centinaio di pagine, infatti, eravamo tentati di smettere. A qualcuno avevamo anche detto, e ci pareva un'affermazione definitiva, senza margini di trattativa: *Canale Mussolini* di Antonio Pennacchi (Mondadori, pagg. 460, € 20,00) non è un romanzo, è un sussidiario. Diciamo pure che è solo questione di narrazione percepita, prendendo in prestito l'espressione dai meteorologi. Di fatto, però, nella prima parte il racconto della genesi del fascismo soffoca con la propria cappa d'umidità le vicende particolari dei vari personaggi della famiglia Peruzzi e a tratti sembra di essere in un libro di storia, con nozioni note *shakerate* da un po' d'incursioni sempliciotte nell'attualità e molti interrogativi retorici (che sembrano gli spintoni che si danno a chi s'addormenta a teatro) con cui il narratore (un Peruzzi di terza generazione) si rivolge ad un intervistatore immaginario. Insomma, la nota parabola dei primordi socialisti di Mussolini

all'*Avanti* e del sindacalismo rivoluzionario, della cesura dell'interventismo e della prima guerra mondiale, delle gesta eroiche del movimentismo postbellico dei Fasci da San Sepolcro in poi sovrasta la vicenda epica dell'esodo della famiglia Peruzzi dal Ferrarese all'Agro pontino da bonificare.

Canale Mussolini di Antonio Pennacchi è uno di quei romanzi che noi chiamiamo del ciclo della fondazione perché narrano le origini della nostra storia nazionale. Ricorda il recente e postumo *Un cappello pieno di ciliege* della Fallaci, con la quale l'autore condivide un'altrettanto vistosa eccentricità di percorso politico-culturale. Pennacchi è stato sia fascista sia comunista e tant'altro ancora: *Il fasciocomunista* (da cui il film *Mio fratello è figlio unico* con Riccardo Scamarcio) la sua precedente opera di maggior successo. Ora, con *Canale Mussolini*, il premio Strega, il più popolare del panorama letterario nazionale. Come il romanzo della Fallaci, anche quello di Pennacchi (nato a Latina nel 1950) è ispirato alla propria storia familiare ma la narrazione è circoscritta alla prima metà del Novecento. I protagonisti, però, sono ancora quelli, le eterne presenze del nostro passato prossimo nazionale: la fame e la terra.

«Per la fame. Siamo venuti giù per la fame.» Cacciati nel '27 dalla propria terra con l'inganno dal conte Zorzi Vila, i Peruzzi accettano l'offerta dell'amico e gerarca Rossoni (con il quale Pericle, il secondo dei fratelli, aveva condiviso il carcere al tempo di quegli eroici furori socialisti, marchiati a fuoco nei nomi della famiglia) e vanno a guadagnarsi un pezzo di terra nell'agro pontino partecipando alla gigantesca opera di bonifica di quel territorio voluta dal duce. A trasferirsi insieme ai Peruzzi furono trentamila contadini in tre anni, diecimila all'anno. Arrivarono dal Veneto, dal Friuli, dal Ferrarese. La gente del posto li chiamava polentoni o, peggio, cispadani; per loro, invece, quelli erano marocchini. Fu dura per i fratelli Temistocle, Pericle, Adelchi e Iseo e per le gemelle Modigliana e Bissolata Peruzzi. Fu dura per Armida, moglie di Pericle, bella e sensitiva, sempre circondata dai pretoriani del suo fedele sciame d'api.



Canale Mussolini arricchisce d'un nuovo capitolo quella battaglia per il progresso con cui s'identifica l'età moderna nella storia d'ogni popolo. Nel nostro paese finora abbiamo fatto coincidere questa transizione di fase con il *boom* economico del secondo dopoguerra. Di fatto – è il tema politico-culturale del romanzo – essa è stata la grande sfida del fascismo. Con questa promessa il regime aveva trionfato, per averla mancata è stato travolto. *Canale Mussolini*, asse portante della bonifica dell'agro pontino, sarebbe dovuto essere lo spartiacque fra l'Italia della povertà e quella del dominio tecnologico della natura: il simbolo più vistoso d'un salto di civiltà.

Quell'opera ciclopica è stata, invece, un'occasione di scontro fra le diverse anime del regime. *Canale Mussolini* è una storia sociale del fascismo. Furono drenate acque, costruite strade, edificate città (da Pomezia a Latina), ma il sogno rivoluzionario fu interrotto da meschine invidie personali (quelle del duce nei confronti della popolarità di chi stava guidando l'impresa, tutti fatti fuori) e vecchie ingordigie sociali (gli interessi dei latifondisti, prepotentemente riaffermati). I contadini, quindi, furono militarizzati e mandati a cercare la terra in Africa, poi si sperò questa venisse dalle elargizioni di Hitler. Un disastro.

La vitalità della seconda parte del romanzo è nel coinvolgimento emotivo del lettore nei confronti dell'entusiastica generosità del sacrificio quotidiano sempre più chiaramente votato alla sconfitta di tanti umili come i Peruzzi. Per la fame, Pericle aveva guidato la propria gente dal Ferrarese all'agro pontino per la fame. Fatta la bonifica e tanti sacrifici, andò volontario a combattere e morire in Africa per la fame.

Ci sono alcune pagine in *Canale Mussolini* che straziano il cuore. «E ci sentivamo davvero tutto il sangue degli antichi eroi

bollirci nelle vene, mentre iniziavamo la conquista della Terra Promessa». Segue, quindi, il racconto dell'incredibile fatica e complessità del lavoro corale di costruzione delle strade nell'agro pontino. Per precisione e suggestione di scrittura, chi legge è trascinato dentro quello sforzo di popolo come in un film tridimensionale.

Da pagina 227 a pagina 269, dalle strade agli eucalypti. La maestosità degli eucalypti fu ciò che più colpì Adelchi Peruzzi quando entrò ad Addis Abeba al seguito del generale Badooglio nel '36. Nel nostro paese erano stati piantati da poco ed erano ancora robetta. Poi gli eucalypti invasero l'Italia e, in particolare, la Milizia forestale li disseminò lungo tutte le strade dell'agro pontino. Drenavano acqua e frangevano il vento. Erano la perfetta espressione di un'intelligente capacità di controllo del territorio. Le api d'Armida n'andavano pazze. In seguito, però, l'Opera combattenti fu sciolta, la fascia di terra lungo le strade affidata alle amministrazioni pubbliche, gli eucalypti estirpati e la legna venduta: «Hanno lasciato per terra solo le foglie che il vento – il primo vento che dal mare s'è levato – s'è caricato bene bene insieme a un paio di vitelli e a qualche tetto, per scaricarli in cima ai monti Lepini nella prima e giuliva tromba d'aria che dopo tanto tempo d'astinenza s'è fatto. Adesso ogni anno ce ne toccano almeno tre quattro di trombe d'aria...».

Con quegli eucalypti furono recisi uno ad uno tanti sogni, a cominciare da quelli dei Peruzzi e dei trentamila che come loro invece della Terra Promessa nell'agro pontino trovarono un'altra delusione e la fame di sempre. La modernità in Italia è cominciata con un tradimento. *Canale Mussolini* è come una barriera di eucalypti: protegge un angolo importante della memoria dalle folate distruttrici del tempo..

“La ferita al cuore, che in un primo momento è sensibile anche allo stimolo più leggero, alla fine diventa di tutti i colori dell'arcobaleno e smette di far male. Ci si dimentica di tutto. Ci si dimentica perfino di avere un cuore, fino alla prossima occasione.”

Erica Jong