

il caduceo

Vol.13, n° 1 - 2011



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, S. Trinti**

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 MARZO 2011
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Lago d'inverno by Brigitte Baron

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
de 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


Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Trattamento artroscopico
delle lesioni cartilaginee
F. Treia
9. La terapia personalizzata: più guarigioni, meno
sofferenze. Storia di un modello tutto italiano
P. Colombatto
13. Sali anche tu sul treno del sorriso
14. La farmacia omeopatica domestica
di primo soccorso
P. D'Annibale
19. La nostra missione? il loro sorriso
22. Fisiologia e fisiopatologia - Parte V -
Il Sistema Endocrino
M. Annibaldi
27. TRIWORKS per la medicina estetica avanzata
S. Dima
28. Se il medico parla col paziente, chi ci guadagna?
Ovvero l'importanza della Storia
M. Savarese
29. Il tumore si può prevenire
F. Schittulli
31. Prevenzione dei tumori.
Necessario colmare il gap fra nord e sud
V. Paradiso
32. Alimentiamo la "prevenzione" per vincere
il cancro
33. Le virtù dell'olio extra vergine di oliva
36. Con Vincenzo Malinconico la malinconia
di sicuro va via
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.

Trattamento artroscopico delle lesioni cartilaginee



Fabio Treia
Medico Chirurgo
 Specialista in Ortopedia e Traumatologia



Introduzione

La pratica di attività sportiva a carattere amatoriale è sempre più diffusa tra la popolazione e di conseguenza è aumentata la patologia traumatica e degenerativa della cartilagine articolare delle articolazioni maggiormente sottoposte a sollecitazione ed in particolare della caviglia.

L'integrità della cartilagine articolare, in tutte le sue componenti (cellule e matrice), rappresenta il principale fattore di salvaguardia da processi degenerativi e artrosici.

La caviglia ed il ginocchio sono delle articolazioni fortemente a rischio di lesioni cartilaginee, in quanto sottoposte a carico e facilmente soggette a traumi distorsivi e da impatto. È pertanto necessario escludere una patologia cartilaginea post-traumatica

in caso di problematiche quali dolore articolare resistente alle cure, difficoltà a camminare, deficit funzionale che si acuisce dopo sforzo o stazione eretta prolungata.

La cartilagine ialina danneggiata viene sostituita con un tessuto di riparazione diverso. Tale evoluzione sfavorevole si osserva anche dopo i tradizionali trattamenti chirurgici. Anche in questi casi non si osserva il ripristino della cartilagine, normalmente rappresentata, ma il tessuto di nuova formazione appare costituito da fibrocartilagine, cioè da un tessuto riparativo che presenta caratteristiche biomeccaniche inferiori rispetto alla cartilagine ialina. Il trapianto di condrociti autologhi si è dimostrato in grado di ricostituire un rigenerato ialino, ma rimane comunque una procedura che prevede due interventi chirurgici e una fase di espansione cellulare in laboratorio della durata di circa 30 giorni. I recenti progressi nel campo della bioingegneria tissutale hanno consentito lo sviluppo di una procedura chirurgica innovativa che permette la rigenerazione della cartilagine ialina in un unico tempo chirurgico mediante il reimpianto di cellule mesenchimali autologhe veicolate su biomateriale con aggiunta di fattori di crescita autologhi. Le cellule mesenchimali da aspirato midollare hanno dimostrato ottime proprietà di replicazione e differenziazione in senso osteocartilagineo; ciò consente di evitare la fase di espansione cellulare, indispensabile utilizzando condrociti autologhi. L'aspirato midollare contenente le cellule mesenchimali viene prelevato, concentrato, arricchito di fattori di crescita ed impiantato sul biomateriale. Il composto così ottenuto viene quindi inserito in articolazione per via artroscopia.

La parola artroscopia deriva dal greco e significa "guardare dentro alle articolazioni". Oggigiorno l'artroscopia è una metodica abitualmente praticata ed è divenuta tecnica indispensabile nel bagaglio di esperienza di ogni chirurgo ortopedico; essa consente di visualizzare, diagnosticare e trattare le patologie all'interno delle articolazioni con un minimo trauma all'articolazione e quindi un recupero velocissimo rispetto alle tecniche di chirurgia tradizionali.

Cartilagine articolare

La cartilagine è un tessuto di colore bianco perlaceo che avvolge i capi ossei articolari. Essa contribuisce a ridurre al minimo l'attrito trasferendo il carico tra i due capi articolari da un capo all'altro dell'articolazione. Essa rappresenta una forma specializzata di tessuto ed è costituita da cellule denominate condrociti e da un'abbondante sostanza intercellulare, a sua volta costituita da fibre extracellulari immerse in una sostanza amorfa.

La struttura della cartilagine articolare può essere divisa in quattro maggiori zone: superficiale, media, profonda e calcificata (fig. 1). Queste zone sono caratterizzate da una distinta organizzazione delle cellule e della matrice extracellulare. La principale funzione della cartilagine è quella di supporto e protezione dell'osso sottostante. Una sua erosione, più o meno profonda, viene chiamata condropatia e provoca un

alterato scorrimento dei capi articolari che si traduce in dolore, gonfiore e difficoltà di movimento.

Capacità rigenerative della cartilagine

La cartilagine articolare è avascolare e relativamente ipocellulare. Quando si verifica un trauma cartilagineo, i condrociti ai margini dell'insulto traumatico non si moltiplicano sufficientemente producendo nuova matrice in quantità non idonea a riparare il danno. La risposta riproduttiva varia a seconda dell'età del soggetto colpito. Può essere completa nel bambino in fase di crescita ma non nell'adulto. Nel bambino il rimodellamento ed il turnover della matrice è molto più pronunciato e parte integrante dei processi di accrescimento dello stesso. Entrano così in gioco piccole molecole che hanno lo scopo di regolare i processi proliferativi chiamate citochine. Nell'a-

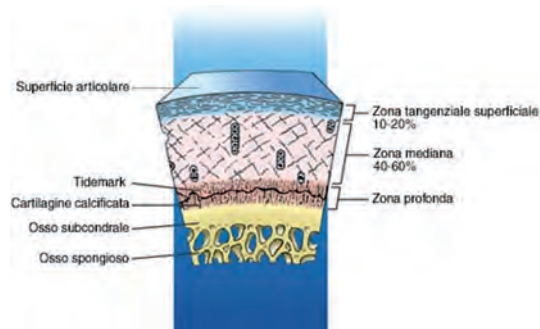


Fig. 1

dulto tali molecole regolatrici sono presenti a livelli minimi e ciò determina una capacità rigenerativa ridotta. Il tessuto viene quindi sostituito da un tessuto fibrocartilagineo che non ha le stesse caratteristiche biomeccaniche della cartilagine ialina nativa.

Danno cartilagineo

Si riconoscono 4 stadi di danno cartilagineo a gravità crescente:

- **1° grado** in cui il mantello cartilagineo si presenta continuo, ma di consistenza molle, talvolta rigonfio.
- **2° e 3° grado** in cui le fissurazioni interessano quasi o tutto lo spessore del mantello cartilagineo.
- **4° grado** in cui la cartilagine è completamente erosa e lascia scoperto l'osso sottostante.

Immagine diagrammatica dei quattro gradi di lesione cartilaginea. (Fig. 2a)

Classificazione I.C.R.S

La prima alterazione che si verifica a carico della cartilagine è un eccesso di idratazione ed una riduzione selettiva di alcuni componenti fondamentali per la strut-

tura della stessa: i proteoglicani ed i glicosaminoglicani. Con l'aggravarsi del danno cartilagineo, queste molecole subiscono una progressiva degradazione. Questo determina un indebolimento della matrice con progressiva perdita di sostanza. A questo punto si innesca un meccanismo infiammatorio provocato da piccoli frammenti di cartilagine che si riversano nell'articolazione. In un secondo momento, la cartilagine tenta la riparazione della lesione attraverso la moltiplicazione dei condrociti. Come già accennato, tale rigenerazione è insufficiente a riparare il danno cartilagineo per cui nei casi più gravi si assiste alla penetrazione di gettoni di tessuto connettivo provenienti dagli spazi midollari dell'osso subcondrale.

Riconosciamo pertanto quattro momenti patogenetici:

- Modificazioni biochimiche della cartilagine.
- Condrolisi enzimatica o mediata da altre sostanze.
- Infiammazione con attivazione del sistema immunitario.
- Rimodellamento della cartilagine e dell'osso subcondrale.

Cartilagine articolare vista al microscopio che raffigurano il tentativo di compenso proliferativo della cartilagine dopo una lesione. (Fig. 2b)

Metodiche di trattamento per il danno cartilagineo

Allo scopo di indirizzare il trattamento del danno cartilagineo sono state sviluppate numerose tecniche:

SHAVING CARTILAGINEO (o DEBRIDEMENT): Consiste nella pulizia del focolaio di lesione della cartilagine articolare. Può essere eseguita per via artrotomica "a cielo aperto" oppure per via artroscopica. Il tessuto rigenerato, non avendo l'idrofilia e l'elasticità necessaria, non risponde appieno alle esigenze meccaniche dell'articolazione. Questa tecnica trova indicazione

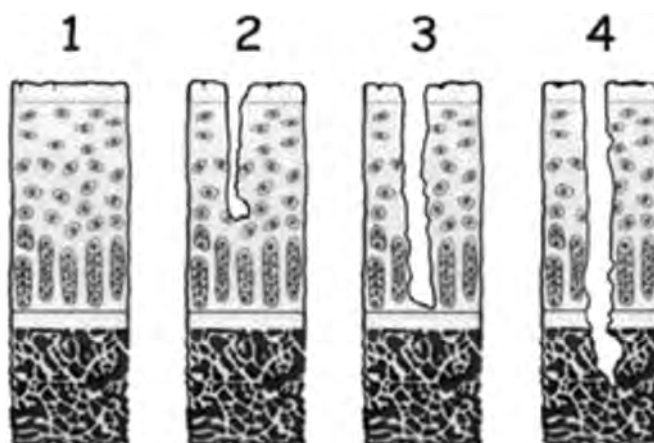


Fig. 2a



Fig. 2b

Trattamento artroscopico delle lesioni cartilaginee

nelle lesioni di piccole dimensioni e non a tutto spessore (grado 1-2 e 3 solo in casi selezionati). (fig. 3,4)

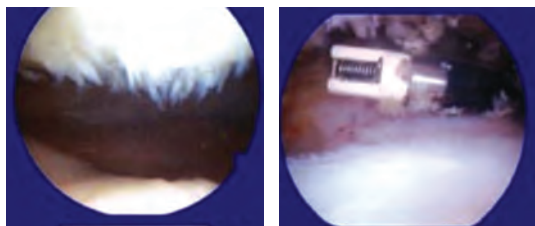


Fig. 3

Fig. 4

COURETTAGE: Consiste nella pulizia del focolaio di lesione con asportazione completa del tessuto osteocondrale patologico. È una tecnica che si esegue per via artrotomica o artroscopica. Ha lo scopo di alleviare per un certo periodo il dolore, diminuire il gonfiore ed eliminare le possibilità di blocco articolare. Anche in questo caso il tessuto cartilagineo rigenerato è fibrocartilagineo. Questa tecnica trova indicazione nelle lesioni di piccole dimensioni a tutto spessore.

MICROFRATTURE: Questa tecnica associa al couretage l'esecuzione di perforazioni dell'osso subcondrale eseguito con appositi puntali. In questo modo si ottiene un sanguinamento del letto del focolaio osteocondritico. Le cellule del midollo osseo entrano in contatto con il difetto cartilagineo. Le cellule midollari totipotenti occupano così la zona del danno promuovendo la formazione di un coagulo che in seguito matura in una compatta cicatrice cartilaginea. Studi hanno mostrato come questa sia una struttura fibrocartilaginea. Come già detto, sebbene questa nuova cartilagine sia duratura e possa resistere per alcuni anni, non può avere la stessa resistenza e la stessa efficacia della cartilagine ialina originale esistente prima dell'insulto. Trova indicazione nelle lesioni a tutto spessore di dimensioni fino a 1,5 – 2 cm. (fig. 5,6)

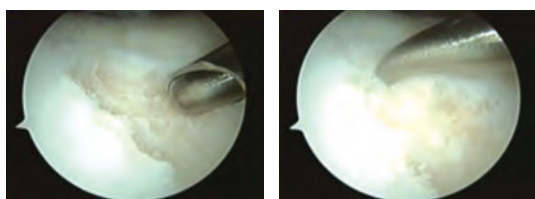


Fig. 5

Fig. 6

MOSAICOPLASTICA: Questa tecnica consiste nell'utilizzo della cartilagine del paziente stesso per riparare la zona danneggiata. Tale procedura implica l'utilizzo di cilindri di cartilagine da prelevare da zone non di carico del ginocchio in sostituzione di aree di lesione cartilaginee della caviglia. La mosaicoplastica è indicata per le lesioni della cartilagine a tutto spessore, ma di piccola e media grandezza (idealmente per difetti compresi tra 1 e 4 cm). L'area di cartilagine donatrice, infatti, va incontro ad una riparazione spontanea con fibrocartilagineo. Questa tecnica, sebbene in grado di ricostruire

cartilagine almeno nella sede riparata, può provocare la comparsa di una patologia del sito donatore. (fig.7,8)

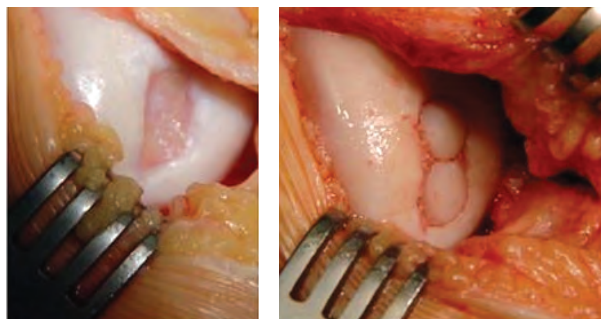


Fig. 7

Fig. 8

TRAPIANTO ARTROSCOPICO DI CONDROCITI AUTOLOGHI: Il trapianto di condrociti autologhi prevede una prima fase durante la quale viene prelevato un frammento di cartilagine sana, in artroscopia, da una zona di non carico articolare del ginocchio oppure dal focolaio stesso di lesione della caviglia. I condrociti prelevati sono espansi in laboratorio per circa 30 giorni. A circa 30 giorni dal prelievo di cartilagine si procede alla seconda fase dell'intervento con l'impianto delle cellule cartilaginee coltivate, in artroscopia, rimuovendo la cartilagine danneggiata per rendere l'area adatta a ricevere le cellule. Su questa area appositamente ripulita viene posizionata la membrana infarcita di condrociti che andranno a colonizzare la zona di lesione. (fig.9,10,11)

TRAPIANTO DI CELLULE MESENCHIMALI AUTOLOGHE

INDICAZIONI

Per la selezione dei pazienti sono validi i seguenti criteri di inclusione:

- Presenza di lesioni osteocondrali croniche focali di tipo III o IV della classificazione ICRS
- Dimensioni della lesione > 1.5 cm²
- Età dei pazienti < 50 anni

CONTROINDICAZIONI

Sono invece considerati criteri di esclusione:

- Presenza di artrosi o lesioni a specchio
- Maleallineamento assiale o instabilità legamentosa (se presenti devono essere corrette precedentemente)
- Artrite settica
- Patologia reumatica

INTERVENTO CHIRURGICO

Il midollo osseo viene aspirato dalla cresta iliaca posteriore superiore dopo allestimento di un campo operatorio sterile con il paziente in decubito prono e già in anestesia generale o spinale. Direttamente in sala operatoria il materiale aspirato viene processato tramite un'apposito strumento in grado di concentrare e separare le cellule con lo scopo di aumentare la percentuale di cellule mesenchimali. Il paziente viene posizionato in decubito supino e si procede all'impianto delle

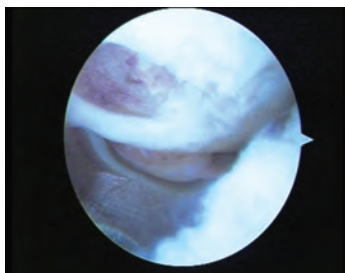


Fig. 9

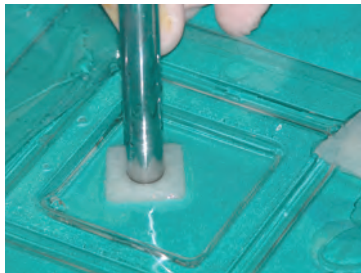


Fig. 10

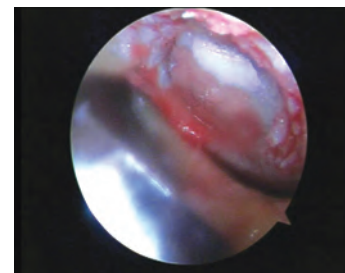


Fig. 11

cellule mesenchimali, in artroscopia, dopo aver rimosso la cartilagine danneggiata dal focolaio di lesione per rendere l'area adatta a ricevere le cellule. Su questa area appositamente ripulita viene posizionato il bio-materiale a base di acido ialuronico esterificato. Il bio-materiale è arricchito di fattori di crescita autologhi ed infarcito di cellule mesenchimali che andranno a colonizzare la zona di lesione. L'estere benzilico dell'acido ialuronico grazie alle sue intrinseche proprietà di solidità ed adesività, viene sagomato ed impiantato in modo stabile per riempire il difetto in modo appropriato. I fattori di crescita principalmente implicati nella differenziazione in senso cartilagineo delle cellule mesenchimali sono il Transforming Growth Factor beta (TGFbeta) e l'Insulin-like Growth Factor (IGF-1).

Entrambi sono facilmente reperibili nel gel piastrinico, prodotto con metodo automatizzato a partire da sangue venoso ottenuto dal paziente tramite un semplice prelievo effettuato al momento del ricovero. La selezione dei pazienti per questo tipo di metodiche è fondamentale per ottenere dei buoni risultati, infatti le indicazioni devono essere rigorose come altrettanto i criteri di esclusione. (fig. 12,13,14,15,16)

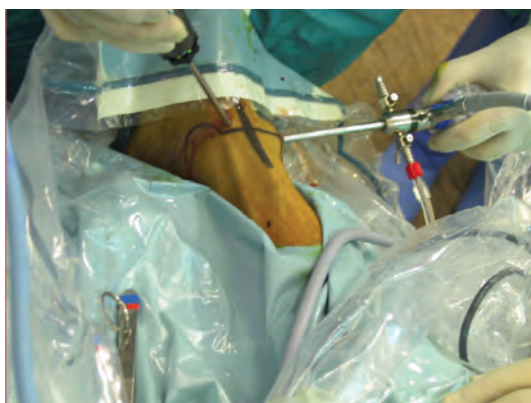


Fig. 12



Fig. 13

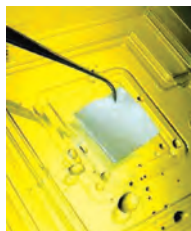


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16

Risultati

Questa metodica appare sia dal punto di vista morfostrutturale che dal punto di vista clinico, superiore a quella ottenuta dai trattamenti chirurgici tradizionali ed in linea con quella raggiunta con il trapianto di condrociti autologhi. Rispetto a quest'ultima metodica appare tuttavia evidente il vantaggio di un unico tempo chirurgico.

Dopo circa 4 mesi dall'intervento chirurgico il paziente può riprendere l'attività lavorativa, mentre invece l'attività sportiva ad alto impatto si può riprendere a circa 9 mesi dall'intervento chirurgico.

Bibliografia

1. Miller EJ. *A review of biochemical studies on the genetically distinct collagens of skeletal system.* Clin Orthop 1973; 92: 260-80.
2. Shapiro F, Koide S, Glimcher MJ. *Cell origin and differentiation in the repair of full thickness defects of articular cartilage.* J Bone Joint Surg 1993; 75/A: 532-53.
3. Brittberg M, Lindahl A, Nilsson A, Ohlsson C, Ohlsson C, Isaksson O, et al. *Treatment of deep cartilage defects in the knee with autologous chondrocyte transplantation.* New Eng J Med 1994; 331: 889-95.
4. Outerbridge RE. *The etiology of chondromalacia patellae.* J Bone Joint Surg 1961; 43B: 752-7.
5. Noyes FR, Stabler CL. *A system for grading articular cartilage lesions at arthroscopy.* Am J Sports Med 1989; 17: 505-13.
6. Tegner Y, Lysholm J. *Rating system in the evaluation of knee ligament injuries.* Clin Orthop 1985; 198: 43-9.
7. Sgaglione NA, Del Pizzo W, Fox JM, Friedman MJ.

Trattamento artroscopico delle lesioni cartilaginee

- Critical analysis of knee ligament rating system.* Am J Sports Med 1995; 23: 660-7.
8. Barber-Westin SD, Noyes FR, McCloskey JW. *Rigorous statistical reliability, validity, and responsiveness testing of the Cincinnati Knee Rating system in 350 subjects with uninjured, injured, or anterior cruciate ligament-reconstructed knees.* Am J Sports Med 1999; 27: 402-26.
 9. Puddu GC, Cerullo G, Cipolla M, Franco V, Gianni E. *Pridie drilling.* J Sports Traumatol 1998; 20:49-60.
 10. Insall JH. *The Pridie debridement operation for osteo-arthritis of the knee.* Clin Orthop 1974; 101: 61-9.
 11. Steadman JR, Rodkey WG, Singleton SB, Briggs KK. *Microfracture technique for full-thickness chondral defects: technique and clinical results.* Operative Techniques in Orthopaedics 1997; 7: 300-4.
 12. Minas T. *Autologous cultured chondrocyte implantation in the repair of focal chondral lesions of the knee: clinical indications and operative technique.* J Sports Traumatol 1998; 20: 90-102.
 13. Mc Dermott AGP, Langer F, Pritzker KPH, Gross AE. *Fresh small fragment osteochondral allografts.* Clin Orthop 1985; 197: 96-101.
 14. Hangody L, Kish G, Karpati Z. *Mosaicplasty for the treatment of osteochondritis dissecans of the knee.* J SportsTraumatol 1998; 20: 126-33.
 15. Homminga GN, Bulstra SK, Bouwmeester PSM, Van Der Linden AJ. *Perichondral grafting for cartilage lesion of the knee.* J Bone Joint Surg 1990; 72B: 1003-7.
 16. Angermann P, Riegels-Nielsen P, Pedersen H. *Osteochondritis dissecans of the femoral condyle treated with periosteal transplantation.* Acta Orthop Scand 1998; 69: 595-7.
 17. Mankin HJ. *Chondrocyte transplantation. One answer to an old question.* New Eng J Med 1994; 331: 940-1.
 18. Minas T. *Management of the arthritic knee without total knee replacement: what works, what doesn't work, what the future holds.* Am Acad Orthop Surg. An. Meeting: March 21, 1998.
 19. Grande DA, Pitman MI, Peterson L, Menche D, Klein M. *The repair of experimentally produced defects in rabbit articular cartilage by autologous chondrocyte transplantation.* J Orthop Res 1989; 7: 208-18.
 20. Peterson L, Minas T, Brittberg M, Nilsson A, Sjogren-Jansson E, Lindhal A. *Two- to 9-year outcome after autologous chondrocyte transplantation of the knee.* Clin Orthop 2000; 374: 212-34.
 21. Nevo Z, Robinson D, Halperin N, Edelstein S. *Culturing chondrocytes implantation.* In: *Methods in cartilage research.* New York: Academic Press Limited ed. 1990: 98-100.

Centro Polispecialistico Machiavelli, via Machiavelli 22 - tel. - 063286832010

Clinica Paideia via Vincenzo Tiberio 46 - tel. 06330941

Clinica S. Luca via Teano 8a - tel. 062785951

Studio: via Donatello n.27 - tel 0636002552

Studio: Pangea via delle Cave 82/86 - tel.0678344200

Dall'antico Egitto le prime protesi, alluci che funzionano ancora

Sono stati gli antichi egizi i primi ortopedici della storia. Lo ha provato Jacky Finch del Centro di egittologia biomedica dell'università inglese di Manchester, dimostrando che due manufatti che riproducono degli alluci - uno in legno e cuoio conservato al Museo egizio del Cairo, l'altro esposto al British Museum di Londra - rappresentano le prime protesi artificiali create per sostituire parti del corpo mancanti. Benché siano state concepite e realizzate prima del 600 a.C., sono infatti ancora in grado di assolvere la loro funzione: ricostruite fedelmente e sperimentate su due volontari, hanno fatto le veci delle dita mancanti permettendo ai pazienti di camminare. I risultati dell'esperimento - condotto presso il Gait Laboratory del Centro di ricerca in riabilitazione e performance umana della Salford University - sono pubblicati su 'Lancet' e permettono di decretare una volta per tutte che il più antico esempio di protesi della storia è 'made in Egitto'. Questi alluci artificiali, infatti, precedono di vari secoli quella che finora era ufficialmente ritenuta la prima protesi della storia: una gamba di bronzo di epoca romana. Per essere classificato come autentico device protesico, spiega Finch, un dispositivo deve rispondere a numerosi criteri. Tra i requisiti richiesti la resistenza del materiale utilizzato durante l'uso, un'estetica accettabile, la facilità nella pulizia. Nel caso specifico, fabbricare un sostituto dell'alluce è particolarmente complicato considerando che il primo dito del piede regge il 40% circa del peso del corpo e svolge una funzione propulsiva chiave durante la camminata. L'unico modo per dimostrare che i due finti alluci non erano una semplice decorazione, bensì una protesi ortopedica, era dunque quello di testarli 'sul campo'. Finch l'ha fatto e ha avuto ragione: "I miei dati - afferma - provano che entrambi i manufatti erano in grado di sostituire il dito perduto e che possono essere classificati come protesi. Le origini della medicina protesica sono da collocare saldamente 'ai piedi' degli antichi Egizi". (Adnkronos Salute)

Per la prevenzione delle epatiti, cirrosi e tumore al fegato.



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

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF

Sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale; delle associazioni di promozione sociale e di altre fondazioni e associazioni riconosciute...

FIRMA *Mario Rossi*

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97375600158**

CHIEDI LA NOSTRA TESSERA!

La nostra tessera informativa del **5^{per mille}** è utilizzabile anche come **dichiarazione di volontà per la donazione organi.**

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

È mia volontà che, dopo la mia morte, gli organi e i tessuti del mio corpo siano prelevati per dare nuova vita a chi attende un trapianto.
(art. 6 e 23 - Legge n. 91/99)

Nome: _____
Cognome: _____
Nato/a il _____ a _____
Cod. Fiscale: _____
Firma: _____ Data: _____

Patologie/allergie: _____ Gruppo sanguigno: _____

In caso di urgenze, contattare questo numero:



Per informazioni

Roma: Tel. 0660200566 - Monza: Tel. 0396083527
www.epac.it - info@epac.it



La terapia personalizzata: più guarigioni, meno sofferenze. Storia di un modello tutto italiano

Intervista al Dott. Piero Colombatto

U.O. Epatologia - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Via Paradisa, 2 - 56124 Cisanello - Pisa
Telefono 050.996857

Chi frequenta corsi, workshop e convegni di epatologia, già da tempo ha avuto modo di apprezzare il concetto di "terapia su misura". È un metodo per gestire la terapia che si basa sulle caratteristiche del paziente e sulle indagini cliniche eseguite prima e durante il trattamento antivirale. Detto così appare semplice. In realtà ci sono ricercatori che da molti anni studiano la messa a punto di un protocollo facilmente adattabile alla maggior parte dei pazienti e di semplice utilizzo per il medico curante. Questi medici ricercatori sono Italiani e lavorano presso l'Unità Operativa di Epatologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (Cisanello - Pisa), un centro di alta specializzazione, diretto dalla Dr.ssa Maurizia R. Brunetto, con il quale la nostra Associazione ha ottimi rapporti. Andiamo quindi a scoprire le caratteristiche di questo protocollo, basato su un modello matematico, ideato per limitare al massimo le sofferenze di un paziente durante la terapia e procurare un numero più elevato di guarigioni. Intervistiamo il Dott. Piero Colombatto, uno dei medici che ha ideato, messo a punto e reso operativo l'intero progetto.

Dott. Colombatto, cosa si intende esattamente per "terapia su misura" o personalizzata?

Com'è noto, la terapia con interferone peghilato e ribavirina da un lato non è abbastanza efficace da produrre in tutti i pazienti la risposta virologica sostenuta (SVR), che nell'Epatite C praticamente corrisponde alla guarigione, e dall'altro determina effetti collaterali importanti che generano disagi o addirittura danni al paziente e costi sociali. Da qui deriva la necessità di effettuare scelte "su misura" in ogni singolo caso. Con i farmaci attualmente disponibili lo specialista deve innanzi tutto fare la scelta se trattare o no il paziente. Questa si basa sul suo quadro clinico e sui fattori predittivi basali di risposta (Genotipo Virale, Carica virale, Genotipo IL28B - del quale si parla più avanti). Una volta iniziato il trattamento diventa poi fondamentale valutare se la terapia è abbastanza efficace per raggiungere l'obiettivo prefissato. A questo proposito la parte del leone è appannaggio del laboratorio: infatti con una misura

accurata della riduzione della carica virale (HCV-RNA) a 4 e 12 settimane di terapia si possono avere buone definizioni della probabilità di SVR (guarigione). Diversi studi eseguiti negli ultimi anni hanno anche dimostrato che, dimezzando la durata del trattamento in coloro che hanno una risposta virologica rapida (RVR = HCV-RNA negativo a 4 settimane), la probabilità di SVR rimane alta anche se si paga un certo prezzo in termini di maggior rischio di recidiva. Allungando invece la durata fino a 72 settimane (circa 1 anno e mezzo) in coloro con il genotipo 1, che rispondono lentamente, si può migliorare la percentuale di successo, ma solo in un sottogruppo. Una vera personalizzazione dei protocolli di cura dovrebbe però tendere ad una definizione più precisa della durata della terapia, a misura di ogni singolo paziente. Le durate indicate dalle Linee Guida attuali di 12, 24, 48 o 72 settimane rappresentano una semplificazione che è certamente accettabile sulla base degli studi disponibili per migliorare l'impatto della variabile durata sul risultato finale, ma non si basa su assunti biologici reali. È verosimile, infatti, che i tempi necessari per assicurare una SVR siano variabili da soggetto a soggetto in funzione della risposta antivirale individuale. Il problema principale quindi sta nel "misurare" nel modo più accurato possibile l'efficacia della terapia antivirale nel singolo paziente.

Ci può spiegare quando nasce e perché questo approccio particolare alla terapia?

Il nostro gruppo di ricercatori si è sempre occupato di ottimizzare e personalizzare gli strumenti diagnostici e terapeutici con una continua attività di ricerca che si basa sul rapporto stretto tra la caratterizzazione clinica della patologia ed il supporto del laboratorio di Fisiopatologia. La misura della carica virale ai tempi prefissati di 4 e 12 settimane, ha il vantaggio di essere facilmente applicabile ma è uno strumento piuttosto rudimentale che rileva solo in parte i complessi meccanismi della risposta antivirale. Alla fine degli anni Novanta i primi tentativi di descrivere la dinamica dell'infezione da HCV con modelli matematici, avevano

La terapia personalizzata: più guarigioni, meno sofferenze. Storia di un modello tutto italiano

rivelato che la ragione principale di efficacia della terapia con IFN era legata alla capacità di questa citochina di bloccare la replicazione del virus all'interno delle cellule del fegato infettate. Per arrivare alla guarigione il ruolo fondamentale lo gioca anche la risposta immune endogena (prodotta dal nostro corpo) che già normalmente elimina le cellule infettate dal virus (proprio in quanto riconosciute tali) procurando in questo modo anche un certo danno all'organo, testimoniato dall'aumento delle transaminasi (ALT). Sulla base di queste informazioni preliminari abbiamo cominciato anche noi a studiare con i modelli matematici i diversi tipi di dinamica virale che osservavamo nel corso della terapia antivirale sui nostri pazienti, nella convinzione che la velocità di scomparsa della carica virale potesse predire la SVR.

Quando vi siete accorti che il progetto stava funzionando?

All'inizio, applicando il modello matematico pubblicato da Neumann nel 1998, avevamo capito che qualcosa non tornava. Infatti, con la velocità di discesa della viremia che osservavamo nei pazienti che rispondevano all'interferone il modello prevedeva la scomparsa pressoché totale del virus dall'organismo in soggetti che invece recidivavano. Inoltre, secondo i postulati di quel modello, tutti i pazienti con un certo effetto antivirale iniziale prima o poi sarebbero dovuti guarire. Ciò, purtroppo non si verifica nella realtà perché nei pazienti con risposta parziale, dopo una iniziale riduzione della carica virale, si assiste ad una stabilizzazione della viremia a livelli ancora misurabili. La soluzione di buona parte di questi problemi venne quando, all'inizio degli anni 2000, decidemmo insieme al Prof. Bonino di intraprendere una collaborazione con un fisico, il Dott. Luigi Civitano, con cui abbiamo sviluppato un nuovo modello bio-matematico che teneva conto non solo delle variazioni di viremia ma anche di quelle delle ALT e che fosse in grado di simulare gli effetti antivirali indotti dalla terapia per l'intera durata del ciclo. Fu con grande piacere che verificammo la bontà del modello nei pazienti che effettivamente guarivano rispettando la previsione nel 93% dei casi.

Di solito uno studio come il vostro incontra delle difficoltà. Quali sono state le vostre?

Certamente le difficoltà ci sono state. Il problema iniziale fu quello di superare un certo scetticismo da parte della Comunità Scientifica nell'accettare le ipotesi innovative che il nostro modello matematico apportava ai precedenti. Ciononostante, i risultati erano riproducibili e le possibilità di applicazione interessanti, pertanto nel 2003 siamo riusciti a pubblicare sulla rivista *Antiviral Therapy* una

descrizione completa del modello. Un altro problema è stato quello di reperire i fondi per l'esecuzione delle misure aggiuntive dell'HCV-RNA richiesti per fare le analisi con il modello, e per questo dobbiamo ringraziare il Ministero della Salute che ha contribuito finanziando parte del progetto di ricerca. Ci sono voluti alcuni anni per validare le osservazioni iniziali su una casistica più ampia di pazienti trattati con PEGIFNs e ribavirina e solo nel 2008 siamo riusciti a dimostrare l'applicabilità del nostro modello nella pratica clinica, pubblicando questo approccio innovativo su una rivista scientifica, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, ad alto impatto. Infine, nell'ottica del risparmio delle risorse economiche sempre più contingentate, abbiamo apportato alcune semplificazioni al modello che ora ci permettono di effettuare l'analisi matematica con due sole misure di HCV-RNA (basale e 4 settimane di terapia).

Ci ha parlato di un modello matematico. Ci può spiegare il principio ispiratore e il meccanismo sul quale si basa?

Questo è un argomento che risulta sempre un po' ostico ai non addetti ai lavori e per questo vi mostrerei una figura esemplificativa (Fig. 1).

In assenza di terapia i virus si riproducono molto rapidamente all'interno delle cellule epatiche e da qui si riversano nel torrente circolatorio per andare a "conquistare" altre cellule non ancora infette. L'interferone, dopo poche ore dalla somministrazione, blocca la riproduzione del virus in modo variabile da individuo ad individuo. Misurando la riduzione della carica virale dopo 2-4 giorni dalla prima dose si ha una stima dell'entità di questo blocco. Se l'effetto antivirale è sufficiente, la carica virale continuerà poi a diminuire più lentamente. Infatti, riducendosi il numero di virus circolanti si ridurranno le infezioni di nuove cellule, mentre quelle ancora infette saranno progressivamente eliminate dal si-

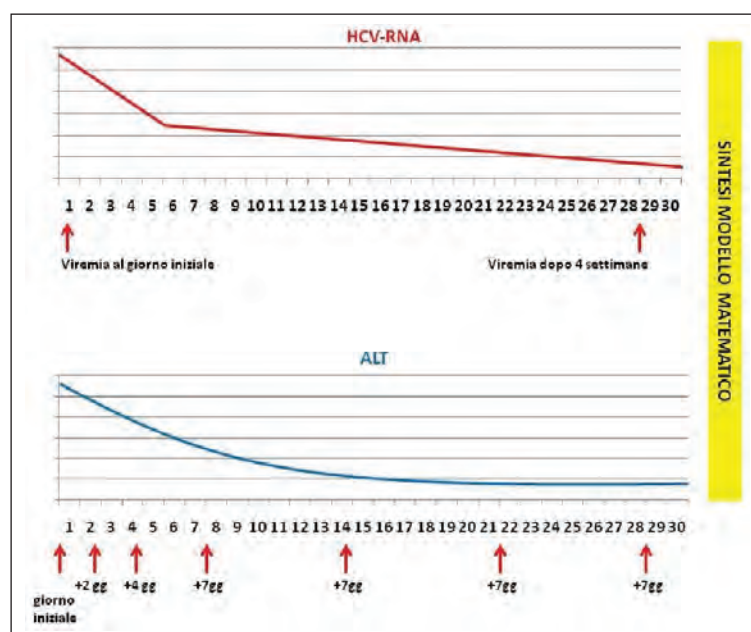


Fig. 1

La terapia personalizzata: più guarigioni, meno sofferenze. Storia di un modello tutto italiano

stema immune, cosicché il bilancio netto va a sfavore del virus. La distruzione da parte del sistema immunitario delle cellule epatiche infette (già presente prima della terapia) è estremamente variabile da individuo ad individuo e la curva di discesa delle ALT fornisce informazioni fondamentali per meglio caratterizzarla. In sintesi quello che fa il modello matematico attraverso le misure di ALT ed HCV-RNA eseguite nel primo mese di cura è di simulare con un programma di calcolo sul computer ciò che avviene nell'organismo predicendo quante saranno le cellule infette ed i virus residui al momento in cui si concluderà il trattamento.

Domanda d'obbligo. Con il vostro modello predittivo, non si corre il rischio di escludere alcuni (rari) pazienti che possono negativizzare oltre il sesto mese?

La stima delle cellule infette e della viremia residua a fine terapia fatta dal modello ha un elevato valore predittivo di SVR (oltre il 90% dei pazienti che raggiungono una certa soglia guariscono), ma esiste anche il rischio molto contenuto (2%) che il modello erroneamente preveda l'impossibilità di raggiungere la SVR. Ciò è capitato in pochissimi pazienti in cui la terapia antivirale ha inspiegabilmente determinato effetti significativi sulla carica virale solo dopo il primo mese di terapia. I modelli sono per definizione delle semplificazioni di realtà più complesse non ancora comprese appieno. Pertanto possiamo paragonare il modello al pilota automatico degli aerei, che supporta il pilota vero a raggiungere l'aeroporto di destinazione ma non per questo lo sostituisce in tutto e per tutto. Rimane quindi fondamentale il giudizio del medico che deve conoscere i limiti del modello e cogliere immediatamente eventuali discrepanze tra predizione e realtà.

Proviamo a fare degli esempi. Ci spieghi come possono essere diversificate le terapie anche in ragione del genotipo virale con il vostro protocollo.

Si può sottolineare come in uno studio prospettico controllato che abbiamo in corso a Pisa, in cui la durata della terapia antivirale viene determinata proprio con l'uso del modello, si è verificato che un quarto dei pazienti col genotipo 1 siano guariti addirittura con meno di 6 mesi (4 e 5 mesi) di terapia. Dall'altro lato, in quei pazienti con risposta lenta per cui il modello ha indotto un prolungamento della terapia oltre la durata standard di 6 mesi per genotipi 2/3 e 12 mesi per i genotipi 1/4, la SVR è stata raggiunta nell'86% dei casi, tra i quali vi è quello di un paziente con genotipo 3, già recidivato a una precedente terapia di 6 mesi, ma guarito con il trattamento personalizzato di 13 mesi.

In sostanza, se si trova di fronte un paziente, e vorrebbe spiegare i vantaggi di questo approccio, cosa gli direbbe? Quali sono i benefici concreti per un paziente?

Il vantaggio principale della terapia personalizzata con il nostro modello bio-matematico è quello di ave-

re una fine caratterizzazione degli effetti antivirali che permette di calcolare la durata minima di terapia per raggiungere una probabilità di successo superiore al 90%. Avere una stima affidabile sulla durata della terapia viene molto apprezzato dal paziente e usualmente lo incoraggia a proseguire e a tollerare gli effetti avversi. Purtroppo, però, le nostre analisi non possono aumentare l'efficacia intrinseca della terapia antivirale, che è per la maggior parte determinata dalle condizioni genetiche del virus e dell'ospite.

Quali sono gli impegni per un paziente?

Le simulazioni fatte dal modello matematico si basano sulla convergenza tra le misure sperimentali delle ALT e dell'HCV-RNA fatte a tempi precisi durante il primo mese di terapia. Inizialmente abbiamo messo a punto il modello utilizzando le misure di entrambe i parametri a 0 (basale pre-terapia), 2, 4 o 5 giorni e poi ogni settimana nel primo mese di terapia. Attualmente possiamo effettuare l'analisi con solo 2 misure della viremia (basale e 4 settimane), in quanto il nostro modello per la stima del numero di cellule infette si basa sulla discesa delle ALT. In pratica, poiché molto spesso vengono verificati i parametri ematologici (tra cui le ALT) dopo 2 settimane, un paziente per usufruire di questo strumento predittivo deve fare 4 prelievi in più nel primo mese. Se le strutture sanitarie sono ben organizzate, non dovrebbe esser un problema e in futuro si potrà anche usufruire di strumenti portatili per l'autodiagnosi (come quelli per la glicemia) che attualmente sono già disponibili in molte farmacie.

Il vostro modello può essere "esportato" in altri centri?

Attualmente il modello è ancora in fase di verifica presso il nostro Centro. Il problema della "esportabilità" in effetti esiste. Infatti, oltre al maggior numero di prelievi richiesti che può scoraggiare altri centri dall'intraprendere questo approccio, rimane la necessità di analizzare ed interpretare caso per caso le cinetiche di caduta delle ALT e dell'HCV-RNA per ottenere previsioni affidabili. Questa parte di lavoro viene svolta con l'ausilio di un software sviluppato ad hoc ma che necessita di un certo training da parte dell'operatore per diventare esperto. Attualmente, ciò che siamo in grado di fare è fornire una consulenza a distanza ad ogni specialista che ci fornisca i risultati delle analisi di ALT ed HCV-RNA richieste nel primo mese di terapia con le tempistiche sopra descritte.

Deve ancora essere perfezionato? Ovvero, vale per tutte le tipologie di pazienti con HCV?

I modelli di simulazione dei fenomeni naturali, come quelli della meteorologia, sono sempre in continua evoluzione: allo stesso modo il nostro modello di dinamica virale si perfeziona con il crescere della casistica e delle conoscenze scientifiche. Per esempio, recentemente è stata identificata una caratteristica genetica importante che condiziona la risposta antivirale all'interferone, cioè la variante del gene IL28B che

La terapia personalizzata: più guarigioni, meno sofferenze. Storia di un modello tutto italiano

recepisce in modo positivo gli stimoli dell'interferone lambda (un tipo di interferone prodotto dal nostro corpo in risposta a "intrusioni" esterne, virus batteri, ecc). Questa condizione permette di distinguere a priori i soggetti in cui la risposta antivirale stimolata dalla somministrazione dell'interferone è facilmente attivabile (variante CC) da quelli in cui non lo è (variante CT o TT) con importanti ricadute sulla possibilità di successo della terapia antivirale.

In sintesi: i pazienti che fanno l'esame IL28B con la variante "CC" hanno maggiori possibilità di rispondere alla terapia, quelli con la variante "CT" o "TT" hanno qualche problema in più. Abbiamo quindi rivalutato la nostra casistica alla luce di questa condizione genetica e ci siamo accorti che i parametri di cellule infette e viremia calcolate dal modello diventano ancora più affidabili se teniamo conto della condizione genetica IL28B di cui il paziente è portatore. In questo modo possiamo migliorare ulteriormente la capacità di predire l'esito dei casi esaminati arrivando tra il 95-100% di predizione corrette fatte dopo le prime 4 settimane di terapia. È importante ricordare che gli studi sinora condotti non hanno riguardato pazienti con coinfezione HIV o immunosoppressi dopo trapianto di fegato. In questi contesti, è verosimile che i parametri che descrivono la funzione immunitaria debbano essere adeguati alla diversa condizione immunitaria e quindi sarà necessaria una fase di standardizzazione del modello prima di una sua eventuale applicazione clinica.

Tra alcuni mesi saranno disponibili i primi di una lunga serie di nuovi farmaci (inibitori, ecc.), che cambieranno non poco l'approccio terapeutico. Il vostro protocollo dovrà essere rivisto profondamente o basteranno solo alcune modifiche?

Questa è sicuramente una delle sfide che non si vede l'ora di poter affrontare. L'importante con i nuovi farmaci sarà però garantirne l'uso appropriato e non indiscriminato, trattandosi infatti di farmaci che aumentano gli effetti avversi e non garantiscono in modo assoluto la guarigione con il rischio di far emergere ceppi virali resistenti. A questo proposito, il modello sarà molto utile per distinguere dopo un mese di terapia iniziale con Peginterferone e ribavirina (in fase di lead-in) quali sono i pazienti che hanno già elevate probabilità di guarigione con terapie standard di breve durata (personalizzata), da quelli per i quali sarà invece necessario associare i nuovi farmaci. I principi su cui si basa il modello sono abbastanza solidi, ma è verosimile che siano necessari degli aggiustamenti e quindi in una fase iniziale sarà necessario ottenere dati preliminari che cercheremo di acquisire con alcuni studi pilota possibilmente prima che vengano messi in commercio. In conclusione si può facilmente immaginare che la naturale applicazione del modello sarà quella di guidare sia le scelte che le durate terapeutiche nel singolo paziente.

Da Milano un test del sangue per scoprire il cancro al polmone

Un esame del sangue per riconoscere in tempo un cancro al polmone. La speranza arriva dai laboratori dell'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano, e promette di diagnosticare la presenza di forme aggressive di carcinoma polmonare fino a due anni prima della Tac spirale, il più avanzato degli strumenti diagnostici attualmente a disposizione. La nuova analisi, per cui l'Irccs di via Venezian ha già avviato la domanda di brevetto, si basa sull'analisi dei microRna: piccole molecole che circolano nel sangue e come 'interruttori' accendono e spengono i nostri geni. La sua superiorità rispetto alla Tac spirale è suggerita da uno studio pubblicato oggi su 'Pnas', condotto dai ricercatori dell'Int guidati da Gabriella Sozzi e Ugo Pastorino, in collaborazione con la Ohio State University di Columbus (Usa). Gli autori della ricerca - finanziata da Airc (Associazione italiana ricerca sul cancro), ministero della Salute, Fondazione Ermenegildo Zegna, Fondazione Cariplo e Regione Lombardia - precisano tuttavia che "al momento si tratta ancora di un metodo utilizzabile in laboratorio", e che "saranno necessari almeno altri due anni perché sia disponibile come strumento di diagnosi per i pazienti". Analizzando campioni di sangue prelevati da oltre 6 mila forti fumatori, monitorati nell'arco di 5 anni - spiega l'Int - i ricercatori hanno osservato che il 100% di coloro che si ammalavano di cancro al polmone presentava valori alterati di particolari microRna. Gli scienziati hanno anche dimostrato come queste alterazioni siano visibili già due anni prima che la Tac spirale sia in grado di rilevare qualsiasi indizio di tumore. Con in più il vantaggio di una tecnica "totalmente non invasiva", che "permette di effettuare la diagnosi in modo rapido ed economico" ed "è capace anche di valutare, in presenza del tumore polmonare, il grado di aggressività della malattia". Da più di 10 anni l'Istituto milanese è alla caccia dei marcatori bio-molecolari capaci di identificare i tumori più 'cattivi' in anticipo sugli strumenti radiologici. "Nel corso di queste ricerche - sottolinea Sozzi, responsabile della Struttura di genomica tumorale dell'Int - ci siamo resi conto che la presenza di alti valori di uno solo di questi microRna non era sufficiente per segnalare la presenza del tumore: la grande innovazione di questa ricerca è stata studiare i rapporti tra queste molecole, cioè per esempio cosa succede quando uno di questi aumenta, mentre un altro diminuisce, o quale significato possa avere l'aumento combinato di due o più di essi. Così siamo riusciti a trovare la 'firma' del tumore", riassume. "Questi risultati - afferma Marco Pierotti, direttore scientifico della Fondazione Int - spiccano nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori: un campo così importante da costituire uno dei capitoli del progetto 'EurocanPlatform', con cui la Commissione europea intende rafforzare il legame tra ricerca preclinica e clinica attraverso una rete di 18 centri di ricerca e cura oncologici europei (tra cui questo Istituto), per creare una continuità tra scoperte, innovazione tecnologica e applicazione terapeutica". (Adnkronos Salute)



Sali anche Tu sul Treno del Sorriso

Smile Train è un'organizzazione umanitaria nata 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 con minori risorse, che comporta per i bambini che ne sono affetti, non solo difficoltà di nutrizione e nel parlare, ma anche un profondo disagio sul piano dell'inserimento sociale, a causa dei pregiudizi che la loro malformazione comporta.

Smile Train organizza missioni di chirurgia plastica ricostruttiva nei paesi in via di sviluppo per operare bambini affetti da labiopalatoschisi, esiti di ustioni e traumi bellici.

Obiettivo dell'organizzazione è anche **formare il personale sanitario locale** dei vari paesi caratterizzati da elementi di criticità socio-sanitaria in cui effettua le missioni chirurgiche, sia attraverso l'organizzazione di corsi professionali, sia mediante la fornitura agli ospedali locali di tutto il materiale sanitario chirurgico necessario per poter gestire in autonomia la cura delle patologie malformative del volto.

Grazie all'operato di **Smile Train** migliaia di bambini in tutto il mondo hanno ritrovato il sorriso, ma molti altri sono ancora in attesa di un gesto di solidarietà, per offrire loro un nuovo futuro abbiamo bisogno del tuo sostegno ...



SmileTrainItalia

Sostieni Smile Train Italia Onlus

conto corrente postale **80387632**

donazioni con carta di credito www.smilegift.it

Per informazioni

Smile Train Italia Onlus

Via Salaria, 95 - 00198 Roma

Tel. [+39] 06 84 24 27 99

E-mail: info@smiletrain.it

Web: www.smiletrain.it

AIUTACI AD AIUTARE!

La farmacia omeopatica domestica di primo soccorso

L'uso di alcuni "Rimedi omeopatici" per la cura delle varie patologie, in attesa del medico.

A cura di Paolo D'Annibale
Medico omeopata

COMPOSIZIONE DELLA FARMACIA: Essa prevede l'uso delle Tinture Madri (T.M.) di ogni singolo rimedio, come ad esempio quella di *ARNICA* ormai famosa ed apprezzata soprattutto nel mondo sportivo per uso topico e per os in granuli, nelle contusioni, lussazioni, traumi osteomioarticolari chiusi. Quella di *CALENDULA* con lo stesso potere disinfettante della penicillina, ricavata dal fungo *Penicillium Notatum*, da G.Hodiamont.

I globuli o granuli di lattosio o saccarosio che poi si scioglieranno in bocca sono imbibiti della soluzione infinitesimale, ottenuta dalla diluizione e potentizzazione della primaria sostanza minerale, vegetale, o animale macerata in alcool a 96° che costituisce la T.M.. È proprio da essa che si partirà per ottenere le varie Potenze del Rimedio, secondo la scala decimale DH, centesimale 30, 200CH, 50 millesimale LM, Q, attraverso le varie tecniche già menzionate nei precedenti numeri de "Il Caduceo". I Rimedi fluidi in alcool sono soprattutto indicati nelle persone con allergie IgE, ed intolleranze IgA, e celiaci. I gradi vanno da 1 a 12 DH, si ricorda che le citochine e linfocine, noti agenti del sistema immunitario, lavorano anch'esse entro parametri e gradi simili alle dinamizzazioni decimali, DH, da 1 a 200 CH, e da 0,1 a 0,30 nelle 50 millesimali LM, Q. Mentre le DH sono usate dagli heilpraktiker tedeschi, le altre sono di origine Hahnemanniana, in particolare le LM vengono usate per le malattie del sistema nervoso, nella eugenetica, e nelle malattie croniche. Esistono anche le Dinamizzazioni Korsakoviane. La scuola anglosassone Kentiana fa anche uso di potenze elevatissime.

In generale nelle malattie e stati acuti si sceglie la 12esima potenza centesimale CH, livello denominato infinitesimale poiché prima di tale potenza si ritiene che si possano trovare ancora molecole ponderali del principio chimico della sostanza trattata. Ma si può iniziare a curare anche dalla 4,6 CH a seconda dello stato energetico del malato, mentre negli stati cronici si fa uso della 30CH, 200CH ed oltre.

Le **Regole** per la somministrazione del farmaco sono: assumere sempre un solo rimedio alla volta a secco oppure diluito in acqua in Plus. Ad esempio 6 granuli in un bicchiere con quattro dita di acqua distillata, o bollita. La soluzione ottenuta si conservi solo per alcuni giorni, poi occorre riprepararla. Nei malati con vomito, nausea, un metodo di assunzione alternativo è l'olfazione della T.M. oppure della soluzione potenziata.

La **Ripetizione** dei farmaci. Essa può avvenire di 3 ore in 3 ore e, se il malato migliora, si può allungare a 4,6 ore, fino a sospenderla allorché il malato è guarito. Nelle malattie come il colera occorre ripetere l'assunzione ogni quarto di ora. Nelle malattie croniche si somministrerà un cucchiaino al mattino ed uno la sera.

Il **Cambiamento** del rimedio e dose: fin tanto che il paziente migliora occorre continuare l'assunzione dello stesso rimedio, ma se questo miglioramento termina occorre repertorizzare di nuovo e a seconda dell'indicazione sceglierne uno nuovo, ma se dopo 24 ore non c'è miglioramento occorre sceglierne uno più appropriato. Nelle malattie croniche si somministra il rimedio per 8 giorni e se migliora occorre continuare per altri 8 giorni ma variando la dinamizzazione.

Il **Regime alimentare** da seguire durante la cura è il seguente: *non assumere*: carni suine, di oca, affumicate, salate, selvaggina marinata, lievito, capriolo, salumi, anguilla, astice, aragosta, sedano, carciofo, verdure amare, cavolo, acetosa, aglio, cipolla, pepe, aceto, mostarda, zafferano, alloro, arancio amaro, mandorle amare, timo, frutti rossi acidi, ciliegie acriche, ribes, formaggi stagionati, vino, liquori, champagne, caffè, thè, menta, zenzero, camomilla, infusi, peperoncino, sughi di carne, condimenti, burro, salse. *Assumere*: pollo, fagiano, montone, bue, anatra, pernice, spinaci, lattuga, cicoria, riso, asparagi bianchi, patate, semola, ciliegie dolci, fragole, albicocche, acqua, uova, pere, tutti se tollerati in accordo alle IgA ed IgE.

Si ricorda che per la scelta di qualsiasi rimedio è necessaria una accurata ricerca e corrispondenza dei sintomi individuali sofferti dal paziente e non quelli riduttivi della sola malattia. Se i rimedi consigliati non producono nessun miglioramento, è necessario l'intervento del medico, anche quando dopo il miglioramento ci fossero ricadute e così pure nei trattamenti cronici laddove dovesse comparire una malattia acuta.

Per la assunzione di qualunque rimedio qui elencato è necessaria una conferma del medico omeopata, diversamente a causa di una impropria assunzione l'autore del testo si solleva da ogni responsabilità.

La farmacia omeopatica domestica di primo soccorso

Elenco di alcuni Rimedi omeopatici:

ACONITUM NAPELLUS: la T.M. si prepara dall'intera pianta raccolta in estate verso la fine della fioritura. *Indicazioni:* Dopo esposizione a freddo secco, febbre elevata senza sudore con pelle secca, va preso per sudare, dopo sudato si interrompe, freddolosità, agitazione paura della morte, agorafobia, panico, diarrea da colpo di freddo sul ventre, dopo un forte spavento, paura, collera, corizza, asma, tosse secca, bronchite acuta, nevralgie violente, da evitare nell'ipotensione. *Aggravamento:* a mezzanotte, in camera calda, con il fumo di tabacco. *Miglioramento:* all'aria aperta, con bevande calde, e dopo aver sudato. *Antidotato* da: Belladonna, Nux Vomica, A. Aceticum. Durata poche ore.

ALLIUM CEPA: la T.M. si prepara dalla Cipolla. *Indicazioni:* corizza con frequenti starnuti, scolo acquoso acre che corrode il labbro superiore ed il naso, tosse con rantoli, bronchite con muco abbondante, rinotracheite, cefalea frontale, congiuntivite, litiasi renale e vescicale. *Aggravamento:* la sera in camera calda. *Miglioramento:* all'aria aperta, in camera fredda. *Antidotato* da Arnica e Camomilla. Durata poche ore.

ANTIMONIUM CRUDUM: la T.M. si prepara dalla polvere del Solfureo nero di Antimonio. *Indicazioni:* abusi alimentari, indigestione, vomito, diarrea, lingua con patina lattiginosa, dopo imbarazzo gastrico, orticaria, unghie fragili deformate, pelle con calli alle piante dei piedi, ipercheratosi, papillomi cutanei, (ragadi nelle mani, palme e dita, Petroleum). *Aggravamento:* con il bagno freddo, con il vino, l'aceto, la notte, con il calore radiante. *Miglioramento:* dopo una eliminazione, vomito, bagni caldi, all'aperto. *Antidotato* da: Calcareo C., Hepar S., Mercurius V.

ANTIMONIUM TARTARICUM: Si prepara dal Tartaro emetico polverizzato, Tartrato di Antimonio di potassio. *Indicazioni:* è il rimedio della dispnea talora asfissia, paresi broncopolmonare, bronchite acuta, produzione di catarro interno che non riesce ad espettorare tosse spasmodica soffocante, tosse grassa, difficoltà ad espettorare, vomitare, evacuare, stupore e sonnolenza, volto pallido, eruzioni cutanee similvaiolose, asma con muco abbondante, rantolo tracheale, collasso con sudore freddo con grande prostrazione, afte, il bebè vomita latte, ghiandole sebacee ingrandite, acne con cicatrici violente, punti neri Selenium. *Aggravamento:* con il latte che causa nausea e vomito, con il tempo freddo, tubo bronchiale sovraccarico di muco, con il vento caldo umido, gli alimenti acidi, di pomeriggio. *Miglioramento:* espettorando, con il freddo, eruttando da seduto. *Antidotato* da Pulsatilla e Sepia. Durata alcune settimane.

APIS: la T.M. si prepara dalle Api macerate in alcol. *Indicazioni:* Edema infiammatorio della cute, delle mu-

cose, edema renale, cardiorenale con trasudazione delle sierose, infiammazione delle ovaie di destra, flogosi delle sinovie ovarica, anuria, tonsillite, scottature, orticaria, infiammazioni, acute, violente con edema rosso, dolori pungenti laceranti come fuoco, migliorati con il freddo, reumatismo sindrome edematosa parziale o generale, febbre elevata con bocca secca e senza sete, punture di insetti di terra, di mare, api, vespe, tracine ecc. *Aggravamento:* con il calore, la pressione, con il grattarsi verso le 15. *Miglioramento:* all'aria aperta, con il freddo e bagni freddi. *Antidotato* da Ipecacuana e Ledum. Durata di azione poche ore.

ALUMINA: Si prepara dall'allume anidro od argilla pura, Ossido di Alluminio. *Indicazioni:* stitichezza, bambini delicati, persone anziane con poca energia, paresi dei muscoli flessori ed estensori, feci molle che vengono espulse con grande difficoltà, ragadi, dolori ai lombi, brucianti come ferro rovente, avvelenamenti da Piombo. *Aggravamento:* con cibi amidacei, patate, con il freddo secco dopo il coito. *Miglioramento:* alimenti e bevande calde, con il calore, durante il pasto, all'aria aperta. *Antidotato* da Champhora e Camomilla. Durata alcune settimane.

ARGENTUM NITRICUM: Si prepara dalla diluizione del Nitrato d'argento, Pietra Infernale. *Indicazioni:* nelle ulcere interne ed esterne. Biotipi impulsivi irritabili, diarrea da preoccupazione, aiuta prima di un esame o un discorso in pubblico, una riunione di affari, agorafobia, acidità, congiuntivite, alimenti grassi e salati che gli causano flatulenza, raucedine dei cantanti, ragadi agli angoli labiali. *Aggravamento:* con il calore, la notte, con i dolci, al momento delle mestruazioni, pensando al futuro. *Miglioramento:* con il freddo, la pressione sul dolore. *Antidotato* da Natrum M. e Arsenicum A. Durata circa 1 mese.

ARNICA MONTANA: la T.M. si prepara dalla pianta intera raccolta d'estate in piena fioritura. *Indicazioni:* contusioni, stiramenti, traumi osteomioarticolari chiusi, afonia, astenia, debolezza dopo il parto, se dopo allattato ha brividi e sudore dare China 7CH, affaticamento fisico, raucedine, voce afona, estrazioni dentarie, emorragia, lombaggine, muscoli dolenti, nella convalescenza, nelle scottature. Usare l'olio oppure quello di Iperico, oppure Cantharis prima delle eruzioni bollose. Trauma Cranico Hypericum, se c'è febbre e cefalea ricorrere a Belladonna. con lesioni di nervi e tessuti nervosi. *Aggravamento:* con freddo umido, al tatto, con il vino. *Miglioramento:* con il movimento, tenendo la testa bassa, con il caldo.

Antidotato da Camphora e Aconito. Dura una settimana. La 1000 non si può ripetere a breve a secco, negli acuti basta una 6CH sciogliendone 10 globuli in acqua ed assumendone un sorso ogni 20 minuti. Nelle ferite traumatiche aperte si usi, Bellis perennis, o Calendula, o Echinacea per evitare la sepsi.

ARSENICUM ALBUM: Si prepara per triturazione dall'ossido bianco d'Arsenico. *Indicazioni:* Diarrea che spossa dopo cibi guasti, con feci fetide, brucianti notturne, gastrite, disgusto per gli alimenti, di cui non sopporta neanche l'odore, sete insaziabile di acqua tiepida, bronchite acuta con difficoltà di respiro, deve sedersi e piegarsi in avanti, esaurimento, depressione, ansietà, ansia con attacchi improvvisi, asma periodico, otite con dolore bruciante, infezioni urinarie da Coli bacilli, arteriopatie periferiche occlusive, con dolori brucianti, cattiva digestione del formaggio, tristezza depressione con pensiero di non poter più guarire, (depressione con indifferenza per tutto: A. Phosphoricum 9CH; con idee suicide: Aurum metallicum 9CH; con dimagrimento: Natrum Muriaticum 9CH; sempre insonne: Camomilla 6CH). *Aggravamento:* tra le 24 e le 3 del mattino, con il freddo, l'umidità, con alimenti freddi, con alcool e vino. *Miglioramento:* con il calore, stando a testa alta, grattandosi, con applicazioni calde. Durata oltre due mesi. Evitare la ripetizione nelle nefrosi, con l'asma bronchiale, profilattico alla 6CH contro le Infezioni, nei paesi a rischio, A. Negro.

BELLADONNA ATROPA: la T.M. si prepara dalla pianta intera raccolta in fioritura a primavera. *Indicazioni:* è il rimedio dell'infiammazione nel primo periodo con febbre alta, può prevenire la suppurazione, è controindicata nella febbre tifoidea, (tonsillite, ben trattata anche con T.M. di Calendula, Phytolacca, Echinacea), colpo di calore, cefalea pulsante dopo insolazione, scottatura, dolore di denti, (morbilli con febbre, Pulsatilla in fase eruttiva), rosolia, scarlattina, parotite, congiuntivite, furia, desiderio di mordere e fuggire, ascessi dentari, cefalea martellante, appendicite in attesa del chirurgo. *Aggravamento:* con la luce, i rumori, il contatto, aria fredda, applicazioni fredde, correnti d'aria, dalle radiazioni solari. *Miglioramento:* con le bevande calde, quiete, con la oscurità. Durata un giorno.

BELLIS PERENNIS: la T.M. si prepara dal fiore della Margherita bianca dei prati. *Indicazioni:* simile all'Arnica ma con elettività di azione sui traumi pelvici e mammari dopo grandi operazioni chirurgiche, d'estate, quando per refrigerarsi si beve dell'acqua ghiacciata, e così pure dopo una corsa o sforzo fisico quando si è accaldati. *Aggravamento:* dopo un trauma. *Miglioramento:* con il riposo e coricati. Durata una settimana.

BERBERIS VULGARIS: la T.M. si prepara dalle giovani radici fresche. *Indicazioni:* è il farmaco delle litiasi renali ed epatiche nell'attacco acuto, delle coliche epatorenali, lombaggine. *Aggravamento:* dalla pressione, dal movimento, in auto, a cavallo, in piedi, al mattino. *Miglioramento:* con il riposo e le applicazioni fredde. Durata alcune settimane. Le potenze per gli stati acuti sono la 7, la 30CH, nei casi cronici si usi dalla 30CH in poi 200, 1000.

BORAX: Si prepara dalla triturazione della Borace. *Indicazioni:* stomatite aftosa, paura nello scendere le scale, inclinandosi avanti, soprassalto al minimo rumore, diarrea estiva dei neonati, leucorrea come chiara di uovo, se verde Hepar Sulfur, con sangue A. Nitricum. *Aggravamento:* con il freddo e l'umidità. *Miglioramento:* dopo evacuato, con la pressione, dopo le 22. Durata 1 mese. *Antidotato* da Coffea.

BRYONIA ALBA: la T.M. si prepara con la radice fresca raccolta prima della fioritura. *Indicazioni:* è il farmaco del secondo stadio dell'infiammazione dopo Aconito e Belladonna, in soggetti irritabili, biliosi, collerici, che non digeriscono bene il pane e la birra, antireumatico nei tessuti fibrosi, sierosi, muscolari infiammati, e mucose digestive, e respiratorie, tosse secca con dolori retro sternali, cefalea come se il cervello scoppiasse, bronchite acuta e diarrea dopo mangiato troppa frutta matura, come se una pietra comprimesse lo stomaco, sinovite, gotta. *Aggravamento:* Con il calore, con il movimento anche dei soli occhi, con la pressione, dopo i pasti, alle 21 e 3 del mattino. *Miglioramento:* Con le bevande fredde, pressione forte, con il riposo. *Antidotato* da Coffea e Nux Vomica. Durata una settimana.

CALCAREA CARBONICA: Si prepara dal bianco calcareo del guscio delle Ostriche. *Indicazioni:* è il rimedio della demineralizzazione calcica e sue conseguenze come rachitismo, scrofola, tubercolosi: biotipo tendente all'obesità, linfatico, timido, soggetto a depressione, freddolosità interna ed esterna, vertigini, digestione lenta per grassi, olio e zucchero, seni pesanti, dolenti, mastodinia, (mastite con noduli lignei Conium M.) *Aggravamento:* dal latte, esercizi fisici e mentali umidità, acqua fredda, avversione per la carne. *Miglioramento:* con il tempo secco, caldo, costipazione. *Antidotato* da: Camphora, Aconito, Nux Vomica. Durata 2 mesi.

CARBO VEGETABILIS: la T.M. si prepara dal carbone di alberi montani, bianchi, leggeri, porosi, polverizzato. *Indicazioni:* collasso, malessere da esaurimento. Ha bisogno di aria e di essere ventilato, difetto di ossigenazione, perdita della voce. *Aggravamento:* dopo aver mangiato i grassi, in particolare dopo aver bevuto vino. *Miglioramento:* con eruttazioni dopo dormito, con emissioni di gas. Durata molte settimane. *Antidotato* da: Camphora, Coffea, Nat. Muriaticum.

CAMOMILLA: la T.M. si prepara dalla pianta di camomilla intera e fresca con spirito di vino alcool in parti uguali di succo in macerazione. *Indicazioni:* è il rimedio per i bambini capricciosi, lunatici che prima chiedono i giocattoli e quando li hanno avuti li gettano, vuole essere preso in braccio ma poi messo a sedere continuano così, veloce, violento, grande irritabilità, accesso di rabbia, diarrea come spinaci con odore fetido di uova marce, addome gonfio, dolore per la dentizione, una guancia è rossa e calda ed una fredda, non

La farmacia omeopatica domestica di primo soccorso

vuole parlare nè rispondere educatamente, insonnia, otiti con odontalgie. *Aggravamento*: dalle ore 21 alla mezzanotte, con le correnti di aria, per la collera.

Miglioramento: in braccio, in automobile, con il tempo caldo e umido. *Antidotato da*: Coffea, Nux vomica, Pulsatilla, Camphora. Durata di alcune settimane.

CHINA REGIA: la T.M. si prepara dalla scorza ridotta in polvere con 5 parti di spirito di vino alcool.

Indicazioni: emorragia di sangue scuro con coaguli, anemia, allattamento prolungato, con perdita di vista, diarrea grassa acquosa, febbri intermittenti, malaria, antiemorragico nella minaccia di aborto, perdita di sangue scuro, con astenia, menometrorragie. *Aggravamento*: con gli acidi, le correnti di aria fredda, con la frutta. *Miglioramento*: con il calore e la pressione forte.

COCCULUS INDICUS: la T.M. si prepara dal frutto schiacciato della coccola del levante, in 5 parti in peso di spirito di vino. *Indicazioni*: nausea, malessere da viaggio, vertigini, mal di mare, mal di auto, parestesie di qualsiasi natura. *Aggravamento*: con il freddo, durante i mestru, andando in auto, in nave a vapore, con il tabacco. *Miglioramento*: con il riposo, stando seduti, sdraiati. *Antidotato da* Camphora e Nux Vomica.

CRATAEGUS OXIACANTHA BIANCOSPINO: la T.M. si prepara dai fiori e foglie. *Indicazioni*: tonico del cuore, modula la pressione arteriosa, tachicardia parossistica, turbe del ritmo, calcificazioni e depositi calcarei nelle arterie, cuore dilatato, primo tono debole, murmure valvolare, angina pectoris, insufficienza cardiaca, palpitazioni, diabete, nello stadio precedente con acetonemia, dare anche Senna se si ripete controllare un possibile diabete latente, miocarditi, endocarditi. *Aggravamento*: con il caldo ed il movimento. *Miglioramento*: con il riposo ed all'aria aperta.

CUPRUM METALLICUM: Si prepara dalla triturazione e diluizione del rame puro. *Indicazioni*: asma con vomito, angina pectoris, crampi, convulsioni. *Aggravamento*: prima e durante i mestru, al novilunio, con l'insonnia, da stress. *Miglioramento*: con il dolore, con il sudore, bevendo acqua fredda. *Antidotato da* Nux Vomica.

DROSEROTA ROTUNDIFOLIA: la T.M. si prepara dalla pianta intera raccolta al momento della fioritura. *Indicazioni*: pertosse che aggrava dopo mezzanotte, particolarmente nei pazienti tubercolotici, soffoca tossendo e parlando, voce roca, tosse che termina con il vomito, escreato mucoso striato di sangue. *Aggravamento*: mangiando e con le bevande fredde. *Miglioramento*: con il movimento, all'aria aperta. *Antidotato da* Camphora.

EUPATORIUM PERFOLIATUM: la T.M. si ricava dalla pianta fresca ridotta in poltiglia in doppia quantità di alcool a macerare per 8 giorni. *Indicazioni*: dolori os-

sei dovunque, a mani e polsi, (mentre l'Arnica è utile per dolori muscolari). Influenza con sete intermittente elevata, sete insaziabile, con brividi, tosse senza muco, dolore ai globi oculari, vomito dopo bevuto. *Aggravamento*: periodicamente. *Miglioramento*: parlando.

FERRUM PHOSPHORICUM: è un sale di Schuessler e si prepara decomponendo un soluto di protosolfato di ferro, con uno di fosfato di soda cristallizzato. *Indicazioni*: biotipi anemici, pallidi, fisicamente gracili, si sentono inadeguati con paura della folla, della morte, non tollerano le uova, emorragie di sangue brillante da tutti gli orifici, otite, bronchite acuta con stati iniziali di polmonite. *Aggravamento*: dalle 4 alle 6, con il movimento, all'aria aperta. *Miglioramento*: con le applicazioni fredde. Durata alcune settimane.

MAGNESIA PHOSPHORICA: Sale di Schuessler, ricavato dal Fosfato di Magnesio. *Indicazioni*: mestru dolorosi, anticipati, migliora con l'arrivo del ciclo. Lachesis, ciclo ritardato e scarso. Pulsatilla, dismenorrea, sangue nero con filamenti fibrinosi, spasmi, crampi, dolori, coliche addominali. *Aggravamento*: con il freddo e i movimenti. *Miglioramento*: con il calore, la pressione, piegandosi in avanti. *Antidotato da* Belladonna. Durata un mese ed oltre.

NUX VOMICA: la T.M. si prepara dai semi di Noce Vomica polverizzati e messi in 5 parti di alcool. *Indicazioni*: indigestione, corizza, stitichezza, cefalea, insonnia, stress psicofisico, intolleranze al tabacco, al vino, ai liquori, all'albumine, birra, formaggio, caffè. Poiché antidota tutti i farmaci allopatrici, all'inizio della cura è necessaria una dose che depurerà il fegato e l'organismo in generale da: alcool, caffè, tabacco, farmaci, additivi, conservanti, coloranti, nausea, vomito, meteorismo, gastrite, vertigini camminando, alzandosi e sdraiandosi nel letto, emorroidi sanguinanti, ipertensione, mentre nell'ipotensione arteriosa: Usare: A. Picricum 5CH, 3 granuli al dì, Ephedra 3 CH 2 granuli al dì. *Aggravamento*: al risveglio, con gli eccitanti, con il lavoro mentale. *Miglioramento*: con il riposo con il caldo, con applicazioni calde e forte pressione. *Antidotato da* Coffea e Camphora. Dura 30 giorni.

RHUS TOXICODENDRON: la T.M. si prepara dalle foglie fresche messe a macerare nella stessa quantità di alcool. *Indicazioni*: è il rimedio del reumatismo acuto e cronico, con dolori migliorati dal movimento, dalle applicazioni calde, dal massaggio, dall'evacuazioni, sinovite, eruzioni erpetiformi, agisce su pelle, tessuto fibromuscolare, mucose, sistema nervoso, cerebrospinale, dermatosi vescicolare, diarrea con sangue, varicella, herpes simplex e zoster. *Aggravamento*: con il riposo, con il freddo, quando il sudore si raffredda, con la umidità e pioggia. *Miglioramento*: con il caldo, con il movimento, con il massaggio. *Antidotato da* Belladonna e Bryonia. Durata 1 mese.

THUYA OCCIDENTALIS: la T. M. si prepara dalle foglie fresche raccolte alla fine di giugno in 2 terzi di alcool del peso della pianta. *Indicazioni:* antiscorbutico, gonorrea cronica, verruche, condilomi, papillomi brucianti e sanguinanti, conseguenze di ripetute vaccinazioni, orzaioli; Pulsatilla, alopecia con squame bianche sul cuoio capelluto, capelli fragili e secchi, fibromi uterini, (ipertrofia prostatica con Sabal Serrulata). *Aggravamento:* durante i mestruai, con i vaccini, le cipolle, il caffè il riposo. *Miglioramento:* con il movimento, stendendo gli arti, all'aria aperta, con la pressione. *Antidoto* da Camphora. Durata 30 giorni.

SAMBUCUS NIGRA: la T.M. si prepara dalle foglie, fiori freschi in parti uguali di alcool dell'albero del Sambuco Nigra. *Indicazioni:* corizza, ostruzione nasale secca dei bambini che sono costretti a respirare dalla bocca; il bambino durante la crisi soffoca, diventa blu e cerca l'aria, non riesce ad espirare ed espellere il muco, spe-

cialmente durante l'allattamento al seno, asma e tosse laringea, tabagismo, 30 gocce di T.M. al dì, Tabacum 7CH. *Aggravamento:* con il freddo, con il riposo, a mezzanotte. *Miglioramento:* con il movimento, sedendosi sul letto. Agisce su mucose, respiratorie nasali, faringee, e su ghiandole sudorifere e reni. Durata poche ore.

VERATRUM ALBUM: la T.M. si ricava dalla radice raccolta in giugno e messa a macerare in 5 parti di alcool. *Indicazioni:* è il rimedio del collasso e del colera con profusa diarrea. Collasso e raffreddamento generale, sudore freddo alla fronte, in particolare faccia pallida, sete intensa, feci come acqua di riso, estremamente freddoloso, con corpo freddo e respiro gelido. *Aggravamento:* dal freddo, l'umidità, prima e durante le mestruazioni. *Miglioramento:* dal caldo, camminando e dal limone che ama. *Antidoto* da Camphora e Belladonna. Dura 20 giorni.

Intervento per curare spina bifida già nel pancione

Intervenire sulla spina bifida già dal pancione, quando la futura madre scopre che il bebè che ha in grembo farà i conti con questa malattia che colpisce colonna vertebrale e midollo spinale. Ricorrere al bisturi ancor prima che il piccolo veda la luce raddoppia le probabilità che un giorno il bimbo possa camminare sulle sue gambe, stando almeno a uno studio della University of California di San Francisco. La ricerca, pubblicata sul New England Journal of Medicine mostra che intervenire nel corso della gravidanza riduce significativamente le probabilità che un giorno il bimbo debba sottoporsi a un intervento noto tra gli addetti ai lavori come shunt chirurgico. "È uno studio molto promettente - sottolinea Diana Farmer, dell'ateneo californiano e di uno dei tre centri coinvolti nello studio - dai risultati decisamente emozionanti". I ricercatori che lo hanno condotto, invitano i futuri genitori a prendere seriamente in considerazione l'intervento, per ora disponibile nei 3 centri arruolati nello studio: il Children's Hospital di Philadelphia, la Vanderbilt University di Nashville e la University of California a San Francisco. La nuova tecnica è stata testata su 158 future mamme, tra la 19esima e la 26esima settimana di gravidanza. Inizialmente doveva essere sperimentata su 200 casi, ma a dicembre lo studio è stato interrotto perché i risultati sembravano particolarmente promettenti. A 1,5/2 anni dall'intervento, il 42% dei piccoli poteva camminare contro il 21% di quelli che erano stato operati dopo la nascita. L'intervento, riconoscono tuttavia gli studiosi che hanno condotto la ricerca, comporta alcuni rischi. Le madri che si sono sottoposte all'operazione avevano maggiori probabilità di veder nascere i loro piccoli prematuramente, con più rischi di incorrere in problemi respiratori per il bebè. Ma in generale, assicurano, la procedura sembra portare più benefici che problemi. (Adnkronos Salute)

Mangiare frutti di bosco protegge dal Parkinson

Macedonie di frutti di bosco per prevenire il Parkinson. Un gruppo di scienziati della Harvard School of Public Health di Boston ha dimostrato che mangiare fragole, lamponi, ribes, more e mirtilli riduce il rischio di ammalarsi sia negli uomini che nelle donne. Con un vantaggio in più per i maschi, che possono dribblare la patologia anche consumando mele, agrumi, the, vino rosso, cioccolato e in generale tutti gli alimenti ricchi di flavonoidi. Lo studio - che sarà presentato al 63esimo meeting annuale dell'American Academy of Neurology, in programma dal 9 al 16 aprile a Honolulu, nelle Hawaii - ha coinvolto 49.281 uomini e 80.336 donne, seguiti per un arco di tempo compreso tra 20 e 22 anni. Attraverso appositi questionari, i ricercatori hanno misurato la quantità di flavonoidi assunti dai partecipanti all'indagine attraverso la dieta, quindi hanno esaminato l'associazione tra dosi di flavonoidi consumate e rischio di ammalarsi di Parkinson. Durante il periodo di osservazione, 805 arruolati hanno sviluppato la patologia. Gli studiosi hanno calcolato che il 20% di uomini che assumeva le quantità maggiori di flavonoidi aveva un rischio di Parkinson quasi dimezzato (-40%) rispetto al 20% di maschi che consumava meno flavonoidi. Nelle donne la relazione tra consumo di flavonoidi e rischio malattia non è stata osservata, ma andando a distinguere fra sottoclassi di flavonoidi si è visto che l'assunzione regolare di antocianine ottenute principalmente dai frutti di bosco aveva un effetto 'scudo' in entrambi i sessi. "Questo è il primo studio che analizza negli esseri umani l'associazione tra consumo di flavonoidi e rischio Parkinson - spiega l'autore Xiang Gao - La ricerca suggerisce un effetto neuroprotettivo delle antocianine. E se il risultato sarà confermato, i flavonoidi potranno essere considerati un modo sano e naturale per evitare il Parkinson". (Adnkronos Salute)



Associazione Luigi Sperone - ONLUS

LA NOSTRA MISSIONE? IL LORO SORRISO

LAVORIAMO PER REALIZZARE PROGETTI SANITARI IN ITALIA
E NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Presentazione

L'Associazione prende nome dal fondatore del gruppo sanitario U.S.I. ed è stata costituita per proseguire il suo impegno e i suoi insegnamenti in campo socio-sanitario, in cui l'azienda opera con successo da oltre 50 anni nella Regione Lazio. In quest'ottica, quindi, l'Associazione intende dare il proprio contributo a sostegno di progetti sia di sviluppo integrato che di emergenza nei paesi in via di sviluppo.

L'Organizzazione vuole essere indipendente da formazioni politiche e vuole agire nel pieno rispetto delle culture locali in un'ottica di auto sviluppo e di autodeterminazione.



L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE IN TANZANIA CON IL PROGETTO "UN VILLAGGIO NEL CUORE"

AD ILULA-TANZANIA PER I BAMBINI ORFANI E DISABILI...

Il progetto prevede **l'allestimento di un laboratorio di analisi e miglioramento del centro di riabilitazione per bambini disabili; formazione professionale di giovani in situazione di difficoltà.**



Contesto

Il Villaggio della Gioia è una splendida struttura situata nella campagna di Ilula. Il Villaggio nasce dalla necessità di dare maggiore libertà e migliore assistenza ai bambini orfani e disabili residenti all'interno della Missione dei Padri della Consolata, presente ad Ilula da circa 30 anni. La Missione ha accolto

nel corso del tempo i bambini, emarginati totalmente dalle proprie comunità di origine, i quali però sono diventati troppi in uno spazio disegnato per accoglierne all'incirca la metà.

L'area totale è di circa 500 ettari ed appartiene alla Missione di Ilula. Su questo terreno è stata ultimata nel 2010 la costruzione di un complesso residenziale per la riabilitazione dei disabili, il quale dispone anche di spazi per la ricreazione e la refezione. La vastità degli appezzamenti ha permesso di concepire un progetto ad ampio respiro e a lungo termine, in cui le attività hanno cominciato a prendere forma a seconda delle necessità della comunità e delle risorse economiche a disposizione.

Il fenomeno dell'abbandono dei bambini è strettamente legato all'assenza di nuclei familiari stabili, stroncati da malattie quali AIDS, tubercolosi e malaria. Per questo va instaurato un processo di individuazione e prevenzione per queste patologie, che potrebbero rimanere circoscritte se diagnosticate per tempo.

Si è reso quindi necessario, da un lato:

- l'allestimento di un laboratorio di analisi attrezzato, a disposizione di tutta la comunità,
- la creazione di campagne di sensibilizzazione su queste malattie e sulle buone pratiche di igiene,
- la promozione dei servizi del laboratorio per vincere la diffidenza delle popolazioni locali, che finora si sono affidate ad inefficaci cure di stregoni ed improbabili guaritori.

dall'altro:

- il miglioramento del centro di riabilitazione per i bambini disabili,
- l'assistenza sanitaria per i bambini residenti nel Villaggio,
- la formazione professionale di base di tutti gli operatori locali.



L'intervento dell' Associazione

L'Associazione Luigi Sperone ha deciso di sostenere concretamente le attività della Missione, col proposito di creare un centro di assistenza medico-sanitaria integrato, finora inesistente ma necessario, e rafforzare i servizi offerti dalle strutture della Missione.

La presenza di una persona di riferimento in loco, radicata nel territorio, quale padre Filippo Mammano, ha infuso da subito una grande fiducia, poiché la sua figura garantisce la continuità del progetto a lungo termine.

L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE IN ITALIA CON IL PROGETTO "UNA SPERANZA PER TUTTI" PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

RENDERE ACCESSIBILI A TUTTI I BISOGNOSI I TRATTAMENTI PER LA CURA DEI TUMORI

Ogni anno in Italia si registrano 240 mila nuovi casi di tumori per un totale di circa 1 milione e mezzo di persone affette da questa grave malattia.

Fortunatamente le nuove tecnologie ed i progressi della medicina stanno regalando un sogno di guarigione e sopravvivenza a più del 50% dei malati.

La Radioterapia nasce circa un secolo fa in seguito alla scoperta dei raggi X, da parte del fisico tedesco Röntgen, e dei fenomeni legati alla radioattività e rappresenta, tutt'oggi, una delle principali modalità di trattamento loco-regionale delle patologie tumorali, avvalendosi della capacità delle radiazioni ionizzanti di distruggere le cellule neoplastiche. La Radioterapia può avere sia finalità curative, con l'obiettivo di annientare le cellule tumorali per ottenere una remissione completa della malattia, sia palliative o sintomatiche per il controllo del dolore.

Nella nostra Regione, purtroppo, per accedere a questo tipo di trattamenti, il malato deve sottostare a lunghe liste d'attesa, che spesso vanificano i progressi ottenuti in campo scientifico e la possibilità di guarigione.

L'Associazione ha deciso di intervenire, in collaborazione con una struttura d'eccellenza, la Casa di Cura Marco Polo, clinica oncologica monospecialistica, dando la possibilità a tutti di accedere alle cure oncologiche in tempi immediati e ad un costo irrisorio.

Presso il Reparto di Radioterapia Oncologica della Casa di Cura "Marco Polo", è operativo un Acceleratore Lineare, modello *Elekta Precise*, provvisto di un sistema multi lamellare (Philips MLC), che consente di realizzare la schermatura degli organi a rischio per l'effettuazione di radioterapia 3D-conformazionale, riducendo, così, i rischi di complicazioni e di effetti collaterali. Attraverso la semplice adesione, in qualità di socio sostenitore, alla Fondazione Onlus "Luigi Sperone", il paziente oncologico potrà eseguire un ciclo terapeutico di Radioterapia in tempi ottimali, sostenendo i soli costi vivi del trattamento e dando impulso ai diversi progetti di beneficenza della Fondazione.



ATTIVITÀ PREVISTE

- Teleterapia con acceleratore lineare con campi multipli, di movimento (per seduta e per focolaio trattato)
- Individuazione del volume bersaglio e simulazione con TC simulatore o TC in caso di iniezione di mezzo di contrasto
- Studio fisico-dosimetrico con elaboratore su scansioni TC
- Schermatura personalizzata (intero trattamento)
- Sistema di immobilizzazione personalizzato (intero trattamento)
- Ricostruzione tridimensionale TC
- TC del massiccio facciale
- Studio fisico-dosimetrico
- Anamnesi e valutazione, definite complessive: stesura del piano di trattamento, visita radioterapica pretrattamento, stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica.

Tutti i soci-sostenitori (vedi scheda d'iscrizione) potranno accedere alle attività sopra descritte versando alla Casa di Cura, a titolo di rimborso spese, soltanto la somma di € 20 per ogni seduta/trattamento effettuato.

Il socio sostenitore avrà diritto comunque a partecipare alle attività dell'Associazione (eventi, iniziative etc...), ricevere materiale illustrativo sull'Associazione e sulle attività intraprese e da intraprendere. Potrà proporre progetti e/o iniziative di utilità sociale.

Per tutte le informazioni riguardanti il progetto ed il funzionamento generale dell'Associazione rivolgersi alla segreteria dell'associazione.

Tel. 06 50938385 - Fax 06 50917367 oppure tramite e mail: info@luigisperoneonlus.it

COME FARE PER SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE ONLUS:

- Tramite bollettino c/c postale (n. 000005574880) intestato a Associazione Luigi Sperone
- Tramite bonifico bancario Poste Italiane cod.IBAN: IT 61T076010320000005574880
- Destinando il tuo 5 x mille nella prossima dichiarazione dei redditi indicando il Codice Fiscale dell'Associazione: 976 11 130 580.



Via Eschilo, 191 00125 Roma
Tel. +39 06.50938385 Fax +39 06.50917367
E mail info@luigisperoneonlus.it www.luigisperoneonlus.it



Marcello Annibali

Medico Omeopata – Perfezionato in Psiconeuroimmunoendocrinologia

Parte Quinta

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 IV che trattava dell'Apparato Escretore Urinario.

Il Sistema Endocrino

Il Sistema Endocrino (S.E.) si integra con quello nervoso e quello immunitario nonché con la psiche, come ci insegna la psiconeuroimmunoendocrinologia (PNEI) che ricordiamo brevemente.

Psiche-sistema immunitario (sistema dello stress)

Dall'ipotalamo parte il segnale chimico, l'ormone corticotropina (CRH) che tramite l'ipofisi e la corteccia surrenale produce cortisolo; altri nuclei dell'ipotalamo sono collegati a nuclei nervosi nel ponte e nel midollo spinale; questi fasci nervosi costituiscono il cosiddetto "locus ceruleus" dove viene prodotta adrenalina; non solo, ma questa segnalazione attiva il sistema nervoso simpatico che a sua volta stimola la midollare del surrene a produrre ancora adrenalina, noradrenalina e dopamina. Tutte queste sostanze sono gli attivatori del sistema dello stress ed i mediatori cortisolo e catecolamine (adrenalina e noradrenalina) si stimolano reciprocamente. La regolazione del sistema avviene perché nell'ipotalamo e nella ipofisi esistono recettori che "leggono" i livelli di cortisolo che – se elevati – ne inibiscono l'ulteriore produzione (feedback negativo). Dal lato delle terminazioni propriamente nervose intervengono le endorfine e l'acido gamma-ammino-butirrico (GABA) a modulare nel senso di diminuirla la produzione di catecolamine e dopamina.

Gli stressogeni psichici o fisici attivano questo sistema che è una naturale difesa dell'individuo ad eventi che lo danneggerebbero; ad esempio per sfuggire ad una minaccia è opportuno che l'agredito possa avere una aumentata frequenza cardiaca, un aumento pressorio (tutti effetti delle catecolamine) e pertanto una maggiore disponibilità di sangue ai muscoli per affrontare la minaccia reagendo con la forza o con la fuga. Non solo, se l'evento stressogeno è limitato nel tempo, aumentano anche le difese del sistema immunitario, ma nel lungo periodo invece uno stress cronico lo inibisce. Come già ricordato all'inizio, la depressione e lo stress cronici diminuiscono le difese immunitarie. La relazione come sempre è biunivoca nel senso che alcune cellule del sistema immunitario (per esempio i macrofagi) liberano prostaglandine e leu-

cotrieni che vanno a modificare la funzione endocrina provocando la liberazione di prolattina da parte dell'ipofisi; ormone quest'ultimo che a basse concentrazioni stimola il sistema immunitario, ma a quelle alte lo deprime. Notiamo che gli effetti di un singolo ormone sono opposti a seconda della sua concentrazione plasmatica; si evince da ciò la complessità delle azioni ed interazioni che avvengono fra i mediatori nervosi, ormonali e le cellule del sistema immunitario in un organismo complesso. È opportuno precisare che nell'interscambio psiche-sistema immunitario, come negli altri che vedremo, non c'è alcuna gerarchia, non esiste alcuna predominanza della psiche sul sistema immunitario, sono entrambi in relazione biunivoca con pari dignità.

Sistema nervoso – Sistema immunitario

Il sistema nervoso tramite i mediatori acetilcolina, adrenalina, beta endorfine, ecc., trasmette con le fibre del sistema nervoso autonomo che si trovano nel timo, nei linfonodi, nella milza e nell'intestino le sue informazioni ai monociti e linfociti sulla membrana dei quali ci sono i recettori atti a riconoscere tali segnali; in tal modo coinvolge il sistema immunitario nelle sue percezioni.

Per esempio le betaendorfine stimolano le cellule NK che a loro volta controllano la trasformazione neoplastica delle altre cellule.

Per converso, i linfociti e i macrofagi, in certe condizioni, producono endorfine ed enkefaline, tramite le quali "informano" il sistema nervoso degli stimoli non cognitivi propri del sistema immunitario (per es. tossine, batteri, ecc.) che quest'ultimo non è in grado di captare.

Sistema endocrino – Sistema immunitario

Il sistema endocrino si relaziona con quello immunitario sempre con interscambio di informazioni. I glucocorticoidi fanno diminuire la produzione di anticorpi, nonché la sintesi di acido arachidonico che è il precursore delle sostanze infiammatorie (prostaglandine, leucotrieni, ecc.). Altri ormoni (estrogeni, progestinici, prolattina, insulina, ecc.) agiscono sui recettori delle cellule immunocompetenti inibendo la loro azione, ma anche i linfociti e i macrofagi sotto stimo-

lo di sostanze inquinanti possono produrre ormoni che a loro volta regolano con feed-back negativo la produzione diretta degli ormoni stessi.

Il quadro più generale è quello dello scambio di informazioni e relative modulazioni fra psiche-sistema nervoso-sistema endocrino-sistema immunitario; il "colloquio" avviene, come già accennato, tramite le citochine che sono polipeptidi o glicoproteine a basso peso molecolare prodotte da qualsiasi cellula in modo transitorio sotto vari stimoli, fra i quali anche quello di altre citochine; citochine diverse possono produrre gli stessi effetti legandosi ai recettori delle cellule bersaglio. Circolano con i fluidi o si ancorano alle membrane cellulari e i loro effetti arrivano fino al nucleo delle cellule attivando i geni che daranno luogo alla produzione di altri peptidi.

In modo grossolano le potremo suddividere in citochine proinfiammatorie che sono essenzialmente: interleuchina 1 (IL-1), interleuchina 6 (IL-6), Tumor Necrosis Factor (TNF); la loro azione si esplica stimolando la produzione di prostaglandine, ossido nitrico (NO), proteina C reattiva (PCR), ecc. e comunque in sinergia fra loro; la IL-1 in particolare attiva anche l'asse dello stress. Le citochine antinfiammatorie sono essenzialmente IL4 e IL10. La IL4 sposta l'azione dei linfociti T dal profilo Th1 al profilo Th2 che attacca antigeni extracellulari.

In particolare il sistema endocrino è deputato al mantenimento dell'omeodinamica dell'organismo malgrado le variazioni esogene ed endogene, come ad esempio: la regolazione della temperatura corporea, l'equilibrio acido-base, il bilancio energetico, la pressione arteriosa, lo stress; anche la crescita dipende dall'ormone somatotropo (GH), dagli ormoni tiroidei (T3, T4) e quelli steroidei. Ovviamente anche la sessualità è sotto il controllo ormonale: questa sarà trattata nella descrizione dell'apparato riproduttivo.

La sintesi ormonale avviene nelle cellule endocrine specializzate che possono essere organo specifiche (ghiandole) oppure trovarsi frammiste ad altre cellule in organi con funzioni diverse (sistema endocrino diffuso come ad esempio le isole di Langerhans del pancreas secernenti insulina che saranno trattate nel prossimo numero data la vastità e l'importanza della patologia diabetica).

Tipi cellulari diversi possono secernere lo stesso ormone, per converso una singola cellula può sintetizzare più ormoni. Una volta secreti e messi in circolo gli ormoni agiscono sulle cellule che possiedono i recettori di membrana specifici per quel dato ormone innescando l'attivazione di proteine strutturali ed enzimatiche.

Per la loro struttura chimica si dividono in ormoni peptidici, steroidei, derivati da amminoacidi e quelli derivati da acidi grassi. In base alla loro solubilità sono idrofili, possono cioè entrare nel citoplasma solo tramite il legame con il recettore, oppure sono idrofobici e possono quindi entrare liberamente nel citoplasma cellulare.

Una volta immessi in circolo gli ormoni hanno una emivita molto variabile; si va dai pochi secondi per l'a-

drenalina, a qualche minuto per l'insulina ed i neuroormoni, qualche ora per gli steroidi e fino a più giorni per gli ormoni tiroidei. Questa emivita dipende in larga misura dal legame degli ormoni con le proteine di trasporto; in genere solo una piccola parte degli ormoni costituiscono la cosiddetta frazione libera, che è poi quella biologicamente attiva; le proteine vettrici costituiscono anche un serbatoio rispetto alle rapide modificazioni degli ormoni circolanti.

L'attività ormonale può essere autocrina (agiscono sulla stessa cellula nella quale sono prodotti), paracrina (agiscono su cellule vicine), endocrina (esplicano la loro azione su cellule lontane).

Il principale meccanismo di regolazione è quello retroattivo, o feed-back, attraverso il quale la secrezione è regolata dalla concentrazione dello stesso ormone (ad esempio insulina e glicemia) in maniera diretta, oppure tramite gli "assi":

ipotalamo – ipofisi – tiroide,
ipotalamo – ipofisi – surrene,
ipotalamo – ipofisi – gonadi.

Molti ormoni sono secreti con ritmo circadiano (circa 24 ore) dovuto al sonno-veglia, luce-buio, ecc.

Ipotalamo - L'ipotalamo (Fig.1) è la parte ventrale anteriore del diencefalo; i nuclei sopraottico e paraventricolare producono ormone antidiuretico (ADH) e l'ossitocina e terminano nella ipofisi posteriore o neuroipofisi.



Fig. 1.

Altri nuclei che si trovano nelle vicinanze del terzo ventricolo raggiungono l'ipofisi anteriore e secernono i seguenti ormoni peptidici:

- CRH (corticotropin releasing hormone)
- GHRH (growth hormone releasing)
- GnRH (gonadotropin releasing hormone)
- TRH (thyrotropin releasing hormone)
- VIP (vasoactive intestinal polypeptide)
- SRIH (somatotropin release inhibiting hormone)
- Dopamina

Ipofisi - Lunga e larga pochi millimetri (Fig.2), pesa meno di un grammo, è situata alla base del cranio nella sella turcica dell'osso sfenoide; per due terzi è costituita da una parte anteriore (adenoipofisi) e una posteriore (neuroipofisi).

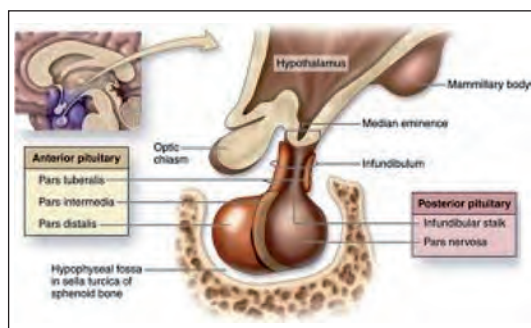


Fig. 2.

Sotto l'impulso del GHRH ipotalamico l'adenoipofisi secerne il GH, l'ormone della crescita o somatotropo, in maniera pulsatile, mentre il SRIH inibisce tale secrezione.

ACTH (corticotropina): sotto l'azione circadiana del CRH ipotalamico stimola il corticosurrene alla secrezione degli ormoni steroidei, così come pure agiscono gli stressors psichici e fisici. Il controllo inibitorio è esercitato dal feedback negativo del cortisolo.

TSH: sotto l'azione del TRH ipotalamico il TSH secreto in maniera pulsatile dalle cellule tireotrope ipofisarie stimola la secrezione degli ormoni tiroidei T3 e T4 che regolano con feedback negativo l'eventuale eccessiva produzione.

LH e FSH: sono gli ormoni gonadotropinici stimolati dal GnRH ipotalamico.

La neuroipofisi secerne ossitocina e ADH; l'ossitocina favorisce il parto e la lattazione. L'ADH aumenta la permeabilità all'acqua nei tubuli renali eliminando così le eventuali perdite idriche.

Le malattie della ipofisi e dell'ipotalamo, in genere, danno luogo ad una ridotta o ad una aumentata funzione ghiandolare. Possono essere palesi se clinicamente evidenti, oppure latenti se si manifestano solo in determinate condizioni o sono rivelate da prove funzionali. Nell'ipofunzione il difetto si chiama primario se origina dagli organi bersaglio, secondario se di origine ipofisaria, terziario se di origine ipotalamica; anche nell'iperfunzione l'origine può essere primaria, secondaria o terziaria.

Dalle parti del terzo ventricolo troviamo una formazione neuroepiteliale, la ghiandola pineale od epifisi che secerne melatonina in relazione ai periodi luce-buio e che ha un ruolo sulla regolazione dei ritmi biologici e del sonno.

Tiroide - È la ghiandola bersaglio del TSH ipofisario (Fig.3) a sua volta, come detto, stimolato dal TRH ipotalamico, sotto la cui azione sintetizza e secerne la tetraiodotironina (T4) e la triiodotironina (T3) che è l'ormone attivo; attività che va dallo sviluppo del sistema

nervoso centrale all'accrescimento corporeo, al controllo di numerose funzioni metaboliche regolando la sintesi di enzimi e l'utilizzazione di vitamine e minerali.

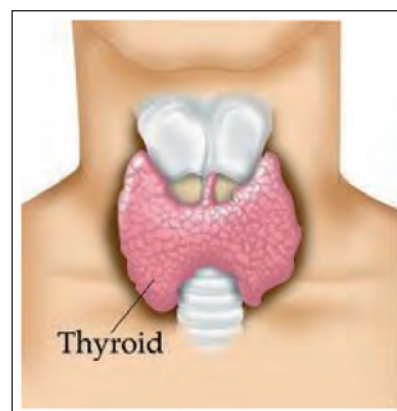


Fig. 3.

È costituita da due lobi connessi da un istmo, posta davanti al secondo e terzo anello tracheale; la vascolarizzazione è assicurata dalle arterie tiroidee superiori ed inferiori che sono rispettivamente rami della carotide esterna e della succlavia, mentre il circolo venoso è tributario delle vene giugulari interne e succlavie.

I follicoli (costituiti da uno strato di cellule dette tireociti che delimitano una cavità) sono l'unità funzionale; i tireociti sintetizzano e secernono nel lume follicolare una sostanza gelatinosa (colloide) che consiste principalmente di una proteina Tg (tireoglobulina) i cui residui tirosinici sono iodati e condensati a formare T3 e T4 grazie alla perossidasi tiroidea (TPO) e si accumulano nella colloide.

Quando necessario, la Tg si idrolizza e libera in circolo gli ormoni T3 e T4 veicolati dalla TBG e dall'albumina. Come già accennato, la regolazione avviene col meccanismo del feedback negativo degli ormoni eventualmente circolanti in eccesso riducendo sia la secrezione del TSH ipofisario che del TRH ipotalamico.

Le principali sindromi della tiroide sono: l'ipotiroidismo e l'ipertiroidismo.

- **Ipotiroidismo:** comporta il rallentamento di tutti i processi metabolici, nell'adulto spesso si manifesta in maniera equivocabile con altre affezioni; nel mondo la causa principale è la carenza di iodio nell'alimentazione, mentre nelle società industrializzate sono quella autoimmune e quella ablativa per carcinoma. Per la diagnosi, di norma, è sufficiente il dosaggio del TSH e del FT3, < FT4. Il quadro clinico è dato dall'accumulo di glicosamminoglicani nel tessuto interstiziale; causa il ridotto catabolismo determinando così il mixedema evidente nella cute e nei muscoli. La terapia è la somministrazione esogena di Levo-tiroxina (T4).
- **Ipertiroidismo:** l'eccesso di ormoni tiroidei in circolo in genere comporta il cosiddetto "Morbo di Basedow" con ingrossamento della ghiandola, esoftalmo e mixedema pretibiale, questi ultimi

dovuti alla deposizione di polisaccaridi in questi tessuti. Il quadro clinico è quella di nervosismo, cardiopalmo, mani sudate e calde, onicolisi. Anche in questo caso, clinicamente evidente, è direttamente il dosaggio del TSH, FT3, FT4 per la diagnosi. Anche un singolo nodulo tiroideo benigno iperfunzionante può causare questa sindrome come pure un carcinoma della tiroide o un adenoma ipofisario secernente TSH (ipertiroidismo secondario).

Paratiroidi e cellule C - Le paratiroidi sono quattro formazioni (due superiori e due inferiori) poste sulla superficie posteriore dei lobi tiroidei e secernono il paratormone (PTH), mentre le cellule C parafollicolari secernono la calcitonina; questi due ormoni hanno funzioni opposte, poiché il PTH risente del livello del calcio sierico, diminuendo il quale il PTH provvede a richiamare calcio dall'osso, dal rene e dall'intestino; la calcitonina risente pure della calcemia, se questa aumenta l'ormone blocca la liberazione del calcio a livello osseo e renale. Anche la vitamina D interviene nel meccanismo di trasporto del calcio e favorisce la mineralizzazione ossea.

In condizioni normali di equilibrio il calcio che si deposita nell'osso è uguale a quello riassorbito e l'assorbimento intestinale è uguale all'escrezione urinaria. Un deficit nella secrezione del PTH comporta un ipoparatiroidismo con conseguente ipocalcemia e iperfosforemia con quadro clinico di ipereccitabilità neuromuscolare; la causa più comune è dovuta agli interventi di tiroidectomia.

La condizione opposta è la secrezione eccessiva di PTH cui consegue ipercalcemia con ipofosforemia; nella maggior parte dei casi trattasi di un adenoma di una singola ghiandola o una iperplasia delle paratiroidi. L'iperparatiroidismo provoca letargia, astenia, ipertensione, nefrolitiasi, nausea, dispepsie intestinali.

Corticosurrene - I surreni sono due ghiandole poste nella regione apicale del rene del peso di circa 5gr ognuna e sono costituiti per il 90% da una zona corticale e per il restante 10% da una zona midollare: a sua

volta la regione corticale è formata da una parte esterna glomerulosa che produce aldosterone, più all'interno si trovano una zona fascicolata e una reticolare che da un punto di vista funzionale sono sotto il controllo dell'ACTH a sua volta regolato dal CRH ipotalamico e producono sia cortisolo che androgeni, estrogeni e progestinici. Tutti questi ormoni si sintetizzano a partire dal colesterolo proveniente sia dalla dieta che dalla trasformazione endogena dell'acetato. La produzione di aldosterone è regolata dall'asse renina-angiotensina-aldosterone: la renina è l'enzima che scinde l'angiotensinogeno prodotto dal fegato in angiotensina I che a sua volta, per l'azione dell'enzima di conversione ACE di origine polmonare, la trasforma in angiotensina II, che è l'induttore finale della produzione di aldosterone, che in circolo ha un effetto ipertensivo per vasocostrizione.

La secrezione di renina dipende dalla pressione delle arteriole renali e dalla concentrazione di sodio nella macula densa.

Il cortisolo si lega alla transcortina (CBG) e gli androgeni all'albumina; l'escrezione di ambedue avviene per la via renale.

I glicocorticoidi favoriscono il catabolismo proteico e aumentano la gluconeogenesi epatica, abbassano la calcemia e inducono così un riassorbimento di calcio dall'osso provocando osteopenia; a livello del sistema immunitario i glicocorticoidi riducono la migrazione delle cellule immunitarie nei siti di infiammazione ma a spese di una maggiore suscettibilità alle infezioni.

Anche per le malattie del corticosurrene troviamo affezioni primarie (relative alla ghiandola), secondarie (ipofisi) e terziarie (ipotalamo).

L'iposurrenalismo primario è noto come malattia di Addison dovuto a malattie autoimmuni, tumori, radiazioni, farmaci, ecc. Dal punto di vista clinico i sintomi principali sono: astenia, anoressia, nausea, ipotensione e ipoglicemia. L'ipersurrenalismo primario è dovuto in massima parte a neoplasie benigne o maligne della ghiandola, oppure a iperplasia dei surreni dovuta ad aumento di secrezione di ACTH da parte dell'ipofisi (malattia di Cushing); negli altri casi si parla di sindrome di Cushing.

“Molti ti saranno amici finché sarai felice, ma quando verrà il brutto tempo, resterai solo.”

Ovidio

“Io non amo la gente perfetta, quelli che non sono mai caduti, non hanno inciampato. La loro è una virtù spenta, di poco valore. A loro non si è svelata la bellezza della vita.”

Boris Pasternak



TRIWORKS

Medical Beauty Systems

TRIWORKS

The Italian Way to take Care of You

TRIWORKS PER LA MEDICINA ESTETICA AVANZATA

Triworks sta lanciando sul mercato dell'estetica professionale avanzata la sua punta di diamante: Icaro, la macchina più sicura ed affidabile nell'ambito delle tecnologie laser non ablative ad uso medicale.

Icaro è un laser frazionale che utilizza un raggio di luce ad infrarosso della lunghezza d'onda di 1540 nm. Il laser frazionale funziona creando dei microforellini di colonne termiche senza lasciar evaporare l'acqua presente nei tessuti. La percentuale di penetrazione del raggio laser nel tessuto per creare i microforellini varia da uno a più millimetri, in base all'impostazione dei parametri impostati dal medico. Questo significa che i microforellini attraversano l'epidermide senza danneggiarla per arrivare nel derma superficiale profondo, laddove creano un micro trauma termico. La micro frammentazione, e la successiva cicatrizzazione del tessuto trattato, innescano un processo di produzione di nuovo collagene in profondità. Nel processo ricostruttivo e rigenerativo un ruolo fondamentale è svolto dalle parti di tessuto "illeso" che si trovano tra un microforellino e l'altro, perché proprio queste permettono di avere un eccezionale recupero nel processo di ringiovanimento cutaneo. Quest'ultimo, infatti, è il maggior campo d'utilizzo del laser, già dagli anni novanta. Sin dalle prime applicazioni, i laser sono stati utilizzati in medicina estetica per migliorare le rughe ed il rilassamento cutaneo del viso e del corpo, ma agli arbori questa metodica, pur dando dei risultati soddisfacenti, era associata a numerose complicanze, come un'accentuata fotosensibilizzazione, episodi di iper o ipocromia, eritema di lunga durata, senza considerare i lunghi tempi di guarigione (che variavano da tre a sei mesi).

Oggi, macchine moderne impiegate per il resurfacing come Icaro permettono invece di avere risultati visibili con tempi di guarigione veloci ed in assenza di convalescenza. Non ci sono traumi né effetti collaterali durante e dopo i trattamenti estetici più comuni.

Le patologie più trattate sono: iperpigmentazione cutanea (le comuni "macchie"), melasma, rughe, cicatrici, smagliature, ptosi gravitazionale, esiti di acne, lesioni superficiali della pelle, cheratosi. Viene inoltre impiegato per migliorare la struttura (testura) e la luminosità della pelle e per ultimo anche per la cura dei cheloidi.

Il trattamento è estremamente semplice: può essere eseguito con una leggera anestesia locale, praticabile con la crema anestetica o con un raffreddamento superficiale a contatto, ma può anche essere fatto in assenza di anestesia, considerata la non invasività e l'assenza di dolore.

La durata del trattamento varia a seconda della zona da trattare, oscillando tra i 20 ed i 90 minuti. Le zone trattabili sono parti estese del corpo oppure zone del viso, del collo, così come le mani. Dopo il trattamento si può verificare un lieve gonfiore con un arrossamento come da esposizione solare e nei giorni successivi si possono riscontrare piccolissime crosticine, ma ciò non inficia le attività della vita quotidiana.

Il numero dei trattamenti e l'intervallo tra un trattamento e l'altro è stabilito dal medico specialista, dopo un'accurata visita diagnostica e sulla base della risposta del paziente al trattamento.

Dottor Stefan Dima – Responsabile Centro U.S.I. Santa Bonora

Tel 337 738696

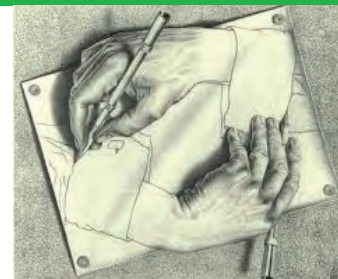
CENTRI U.S.I. Tel 06 328681/06

Website: www.medestetica@usi.it

Se il medico parla col paziente, chi ci guadagna? Ovvero l'importanza della Storia

Massimo Savarese

Specialista in geriatria e gerontologia e in malattie dell'apparato digerente



Nelle prime lezioni di clinica medica, i professori ci dicevano che prima di tutto il medico deve essere un indagatore, un detective, uno storico. Nel senso che la "raccolta" delle vicende sanitarie del paziente, ovvero l'*anamnesi* (che in greco significa appunto fare memoria), era essenziale per scovare la malattia, per scoprire che cosa ha quel paziente che si rivolge al medico, per indirizzare il "sospetto clinico". Ci insegnavano che esiste una anamnesi fisiologica (allattamento, crescita, alimentazione, etc.) e una patologica, una "remota", ovvero la storia clinica del paziente fin dalla nascita, e una "prossima", cioè il succedersi dei disturbi o delle patologie che portano il paziente davanti al medico. Ricordo la cura con la quale ci si metteva, studenti, davanti ai neo-ricoverati. Si ponevano domande (fuma?, ha fatto il militare?, questo dolore, dove lo sente esattamente?, e da quando?); si appuntavano le risposte, e la sorpresa nel constatare che quei sintomi studiati sui libri esistevano veramente! E la trepidazione con cui si vedeva il primario leggere la "storia" che avevamo meticolosamente scritta sulla cartella clinica, in attesa delle sue osservazioni. In quegli anni, non c'era ancora la tac o la risonanza magnetica, e molti esami di laboratorio di cui disponiamo oggi non esistevano. Non vi annoio coi ricordi di gioventù. Poi (mi stavo laureando) sono arrivate la tac, l'ecografia, la risonanza, i famigerati "markers" e tanti altri esami che ormai le persone chiedono direttamente al medico, prima ancora di raccontare i propri disturbi, pensando che basti quella specie di "fotografia del corpo" per smascherare, o prevenire, qualsiasi male. C'è la mancanza di tempo, la fretta, qualche volta la rassegnazione sia del paziente che del dottore; entrambi non credono più all'importanza della parola, del colloquio. E non si tratta solo di "indovinare" le malattie, si tratta anche di seguirne il decorso, la cura, le complicazioni, gli effetti indesiderati dei farmaci, tutte cose che richiedono domande, molte, e risposte, e pazienza. Tanta. Non sarà forse che il paziente preferisce un medico "che chiede tutti gli esami" a uno che, prima di chiedere gli esami, "perda tempo" a sentirsi narrare le cose, a precisare come, dove, quando, da quanto tempo, insomma proprio una specie di investigatore? Avete visto che anche nelle indagini di certi delitti, nonostante le odierne possibilità scientifiche e tecniche, se manca un filo conduttore, qualcuno che ci ragioni su e formuli delle ipotesi, non si riesce alla fine a trovare il colpevole? Ma qui mi fermo, perché non ho intenzione di fare prediche su come si fa il medico (o il paziente). La storia delle persone può interessare per dovere (professionale), o per piacere (sempre professionale, naturalmente). E io sono molto curioso. Se poi pensate che ho scelto di fare il geriatra, ossia di occuparmi della salute delle persone anziane, potete capire che il campo è veramente vasto. Una persona di ottant'anni ne ha di cose da raccontare prima ancora di parlare delle sue malattie, se ci sono. C'è un esempio che non dimenticherò facilmente. Un signore, ottantenne, appunto. Buongiorno, buongiorno, e si comincia. Mi vuole raccontare qualcosa di lei? Certo dottore. Allora, quando avevo otto anni mio padre andò via di casa.... lo penso, cominciamo da Adamo ed Eva, e quando finiremo? ...Dopo andai in collegio, che partite di pallone! Poi ci fu la guerra, mi mandarono in Africa, arrivarono gli inglesi, e mi fecero prigioniero, tre anni in Egitto, dottore! Tornai a casa, e in seguito mi impiegai al Ministero del Tesoro (io continuo a guardarlo aspettando che inizi a parlare di qualche problema fisico, incerto se farlo "venire al dunque", ma una vocina dentro mi dice di non interrompere). ...Mi assegnarono al centro meccanografico (una specie di unità informatica dei primi tempi). E qui non posso evitare di chiedere: ma forse allora lei ha conosciuto mio padre, che lo dirigeva. Mi guarda, e realizzando in quel momento il mio cognome: ...ma come dottore, lei è il figlio di... Dico sì, sono il figlio. Quasi si commuove. ...Ma veramente, non mi dica, suo padre era un uomo straordinario, gli volevamo tutti bene, quando morì eravamo tutti là, non sembrava possibile. Dico, eh, la chiesa ai funerali era stracolma, e ...certo dottore, ricordo benissimo, c'ero anch'io. E qui permettetemi di dire che papà ebbe un infarto, in ufficio, e morì durante il trasporto in ospedale. A quei tempi la pressione alta, il colesterolo, i danni del fumo erano cose cui non si faceva tanto caso, né a livello di prevenzione né di cura. Comunque, quella morte improvvisa, non solo fu ovviamente una tragedia per tutta la famiglia, ma rimase in qualche modo irrisolta; non avemmo mai notizie precise di come le cose fossero andate, lì in quei momenti, né, forse, lo chiedemmo. Ero al primo anno di università. Poi, il tempo e la fede hanno sanato il lutto. Adesso, dopo quarant'anni, mi capita un paziente che era proprio lì, che racconta i particolari, che si turba insieme a me nel ricordo. Curioso, no? E tutto perché ho fatto domande e ho lasciato rispondere. Il resto della visita ha meno importanza (per i lettori, ovvio). Devo commentare? La STORIA parla da sé.

"Come comportarci con gli amici? Come vorremmo che loro si comportassero con noi."

Aristotele

Le lezioni del presidente Francesco Schittulli
in alcune università italiane



Il Tumore si può prevenire

Francesco Schittulli

Presidente Nazionale della Lega Italiana per la Lotta
contro i Tumori (LILT)

Il prof. Francesco Schittulli, senologo-chirurgo oncologo e Presidente Nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ha tenuto delle lezioni a Torino, Roma e Padova sulla situazione e sulle prospettive del cancro. Ve ne proponiamo una sintesi anche con l'aiuto delle slides.

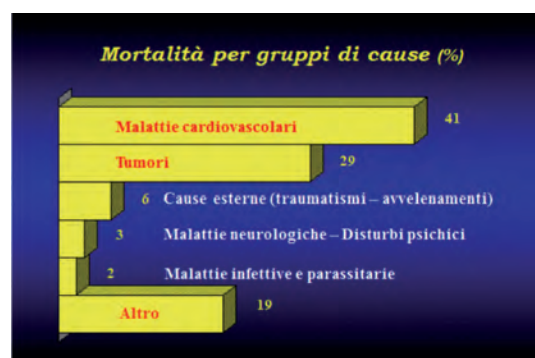


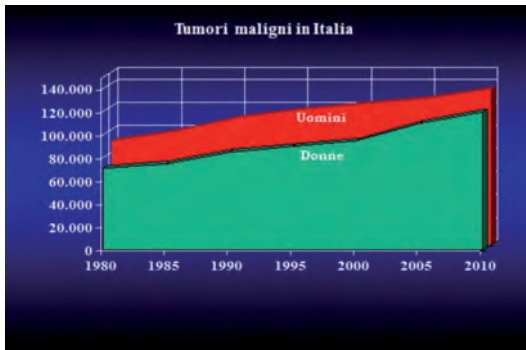
La LILT è un "Ente pubblico di notevole rilievo" che promuove e attua in particolare la prevenzione oncologica attraverso attività di sensibilizzazione, corretta informazione ed educazione, formazione e aggiornamento, anticipazione diagnostica, riabilitazione, assistenza socio-sanitaria e progetti di studio e ricerca. La LILT è Medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica. Espleta la sua attività attraverso una sede centrale, 106 sezioni provinciali, 20 comitati regionali, un comitato scientifico e un comitato etico, la consulta nazionale femminile, 812 delegazioni comunali, 394 ambulatori comunali e 15 hospice. Il numero verde SOS LILT è l'800.998877.

Il tumore è una malattia curabile e sempre più guaribile. Il tumore si può prevenire... Eppure di tumore si continua a morire, perché non si fa prevenzione a causa di errati stili di vita, perché non si fa ricorso alla prevenzione secondaria, perché non si effettuano i controlli e gli screening possibili, perché la diagnosi arriva troppo tardi, perché, nonostante gli innegabili successi della ricerca e della tecnologia preventiva, non si è ancora arrivati a capire come e perché il tumore si sviluppa, né a trovare una terapia in condizione di combatterlo efficacemente. Tutte cause queste che ancora concorrono a tenere troppo alto il numero delle vittime e certamente questo rappresenta il fronte sul quale la Lilt, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ha posto e pone da anni il suo massimo sforzo e impegno in ogni declinazione della sua organizzazione, ogni santo giorno dell'anno.

Le cifre sono ancora drammatiche e la malattia in aumento. Purtroppo non esiste allo stato attuale un metodo certo per impedire l'insorgenza dei tumori, né le conoscenze a disposizione sono in condizione di determinare quando e perché la malattia può insorgere. Sappiamo che il cancro è una malattia ambientale su base genetica e l'ambiente (vale a dire tutto ciò che è al di fuori dell'uomo) stimola, provoca nel tempo alterazioni, mutazioni, condizionamenti dei geni sino allo sviluppo del cancro.

La fotografia della società attuale si presenta pertanto con le seguenti caratteristiche: invecchiamento della popolazione; incremento delle persone affette dalla patologia; aumento dei fattori di rischio; necessità di





| Programmi di Diagnosi Precoce | |
|-------------------------------|----------------------|
| TEST | |
| – POLMONE | TC – PET |
| – COLON-RETTO | Colonscopia – s.o.f. |
| – PROSTATA | Eco – PSA |
| – COLLO UTERO | PAP-test |
| – MAMMELLA | Eco – Mx – RM |
| – CUTE | Dermoscopia |

| EFFICACIA DELLA PREVENZIONE E DELLE TERAPIE | | | | |
|---|----------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| BIG KILLER | Prevenzione primaria | Diagnosi precoce | Terapia locoregionale | Terapia sistemica |
| Polmone | ++++ | + | +++ | + |
| Mammella | + | ++++ | ++++ | +++ |
| Prostata | + | +++ | ++ | +++ |
| Intestino | +++ | +++ | ++ | ++ |
| Leucemie e linfomi | -- | -- | ± | +++ |

erogare risposte elevate, integrate e qualitativamente coordinate.

Vi sono azioni che ognuno può compiere per:

- ridurre il rischio di sviluppo della malattia
- aumentare la probabilità di guarigione con la diagnosi precoce

A questo proposito esistono anche alcuni “miti” sulla malattia che vanno sfatati:

- è spesso molto dolorosa
- è contagiosa
- è inguaribile
- è causata da tutte le radiazioni
- il trattamento è uguale per tutti i pazienti
- interventi e biopsie favoriscono la diffusione
- tutti i pazienti muoiono

Ma da dove i pazienti traggono le loro informazioni? Per il 21 per cento dalla televisione, per il 19% dagli operatori sanitari, dalle riviste scientifiche il 18%, da libri e familiari il 12% e da conoscenti e giornali il 9%. Alcune delle variabili che incidono sull’insorgere della malattia sono state identificate nella genetica (ereditarietà e predisposizione), nei comportamenti (stili e abitudini di vita, stato socio-economico) e nei fattori ambientali (luogo di vita e lavoro, esposizione a sostanze cancerogene).

Nonostante il progredire della malattia, sono diverse le misure che si potrebbero attuare per evitare di arrivare a diagnosi della malattia nelle fasi troppo avanzate. Un’attenta prevenzione primaria e secondaria potrebbe infatti salvare circa 80 mila vite umane, portando la guaribilità dall’attuale 58 all’80 per cento. Al momento sono 2 milioni e 200 mila gli ex malati di cancro e circa un milione e centomila quelli in fase di trattamento, 250 mila quelli in fase critica avanzata. In sostanza gli obiettivi della prevenzione si possono così riassumere: ridurre l’incidenza della malattia, diminuire la mortalità e migliorare la qualità della vita. Ma per centrare questi obiettivi è necessario che vi sia una corretta informazione, un responsabile maggiore ruolo delle istituzioni, l’implementazione delle campagne di screening, strumenti diagnostici all’avanguardia e un più facile accesso ai trattamenti ed alle cure.

Tra gli sviluppi scientifici e sociali di questi ultimi anni va certamente ricordata l’introduzione di nuovi farmaci e il ricorso alla genetica, mentre sul fronte della diagnosi si riescono a identificare sempre più lesioni minimali. Nel trattamento delle neoplasie v’è una maggiore efficacia radiochirurgica accompagnata da trattamenti medici più efficaci. Nella riabilitazione si punta ad una migliore qualità della vita, fisica, psicologica, sociale ed occupazionale, mentre si moltiplicano gli hospice, i centri di accoglienza per la fase critica. Per quel che riguarda il futuro le linee strategiche da seguire si muovono nella direzione di una nuova cultura della prevenzione primaria e secondaria, come metodo di vita, nella rivisitazione del Servizio Sanitario Nazionale e regionale (la Regione deve programmare e legiferare, mentre la gestione dovrebbe essere affidata agli enti territoriali), nella separazione della medicina diagnostica da quella terapeutica, nella deaziendalizzazione e in una organizzazione meno burocratica e più attenta alla meritocrazia ed all’umanizzazione.



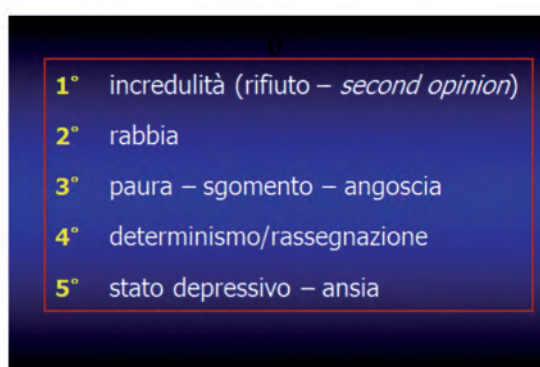
Terminologia adeguata

La malattia non deve essere considerata, né vista come un processo patologico isolato, bensì in termini di sofferenza globale, coinvolgente il paziente, la famiglia e la stessa società. Occorre avere rispetto della dignità umana soprattutto durante la malattia, che sprigiona paura e dolore, della perdita degli affetti, della morte. Insomma obiettivo prioritario è quello di poter costruire attorno al malato oncologico una rete di solidarietà, di sicurezza e di informazione, per offrirgli la certezza di non essere più solo. L'ammalato deve beneficiare di almeno tre diritti fondamentali:

- non soffrire
- non essere trattato come cavia
- esigere rispetto della dignità della persona durante la sofferenza, anello debole della persona



Dialogo costante



- 1° incredulità (rifiuto – *second opinion*)
- 2° rabbia
- 3° paura – sgomento – angoscia
- 4° determinismo/rassegnazione
- 5° stato depressivo – ansia

È necessario prendersi cura del malato sempre, sino all'ultimo stadio della esistenza terrena, che deve essere vissuto con grande dignità, con una assistenza ispirata ad un alto grado di condivisione e umanizzazione.

Prevenzione dei tumori.

Necessario colmare il gap fra nord e sud

di Virgilio Paradiso

“In Italia ci si ammala di più di cancro ma si muore di meno”. È nelle parole del presidente nazionale della LILT (Lega Italiana per la lotta contro i tumori), Francesco Schittulli, il vero senso della prevenzione, alla quale è stato dedicato il convegno regionale che si è svolto recentemente a Matera.

“È necessario superare il gap che divide ancora il nord e il sud – ha aggiunto Schittulli – e rivedere il sistema sanitario nazionale, perché non possiamo passare il testimone della morte ai nostri figli. Per farlo è necessario un processo di deaziendalizzazione in un contesto complessivo di trasformazione”. Segnalando l'impatto del fenomeno legato ai tumori, il presidente ha sottolineato: «Lo scorso anno sono stati riscontrati 270 mila casi in Italia dove, però, la mortalità negli ultimi 10 anni continua a diminuire. La LILT – ha concluso – è il braccio operativo del ministero della Salute per il suo impegno nella prevenzione».

I lavori sono stati aperti dal saluto della referente regionale del progetto “Screening LILT”, Imma Bruccoli, che ha sottolineato il ruolo attivo delle associazioni e della Basilicata nell'ambito delle campagne di sensibilizzazione e prevenzione.

Nel corso del convegno il presidente della LILT regionale Virgilio Paradiso, che si è soffermato sulla comunicazione territoriale e le campagne promosse dalla LILT per una partecipazione consapevole ai progetti di screening, ha sottoscritto due protocolli d'intesa. Il primo con la Regione Basilicata, alla presenza dell'assessore alla Sanità Attilio Martorano che nel suo intervento ha sottolineato la necessità di investire nel sistema di rete rappresentato dall'associazionismo. «Dal 1999 – ha spiegato – la Basilicata si occupa di screening e prevenzione. Abbiamo fatto molto in questi anni e possiamo ancora migliorare implementando l'azione corale, come dimostra il protocollo firmato con la LILT».

Il secondo protocollo è stato sottoscritto con l'Avis, rappresentata a Matera dal presidente regionale Genesio De Stefano, il quale ha evidenziato il ruolo svolto dai donatori, che sono giunti alle 20 mila unità. «Serve una nuova cultura della solidarietà – ha precisato – in una rete fatta di consapevolezza e reciprocità». Soffermandosi sul tema della prevenzione ha sottolineato «La Basilicata rappresenta un esempio di efficacia e dinamismo».

Espressioni di ottimismo sono state espresse da Antonio Federici, della direzione generale prevenzione sanitaria del ministero della Salute. "La Basilicata – ha detto – rispetta le direttive. Partecipare è fondamentale e la comunicazione, in questo senso, rappresenta uno strumento per raggiungere l'obiettivo".

L'importanza di un vero e proprio percorso culturale, attuato attraverso la prevenzione, è stata sottolineata da Elda D'Alba Melaragno, referente nazionale del progetto Lilt. "Questo progetto – ha aggiunto – ha coinvolto finora 11 regioni. La Lilt deve stabilire un rapporto più autorevole nell'ambito di una cultura avanzata che passa attraverso i rapporti fra le associazioni. L'esempio della Basilicata mi ha colpita positivamente».

Dall'avvocato Angela Labianca, capo progetto nazionale screening LILT, sono stati sottolineati gli elementi principali che caratterizzano la campagna di promozione a livello nazionale nell'ambito delle regioni italiane. "È necessario definire le criticità – ha detto – attraverso strumenti e obiettivi precisi".

È seguita una tavola rotonda su vari aspetti legati allo screening nel contesto lucano tenuta da Rocco Maglietta, direttore del Crob di Rionero, Vincenzo Barile, responsabile dello Screening alla mammella e da Angelo Sigillito, responsabile dello screening al colon retto.

L'importanza della tecnologizzazione, costante e proficua, consente di giungere alla diagnosi della malattia e di intervenire garantendo un rapporto fra il paziente e il sistema sanitario con un impatto adeguato.

"Un buon progetto non basta – ha sottolineato Maglietta – bisogna investire nella cultura della prevenzione e la Regione Basilicata ha messo in campo tutto quello che poteva proprio nella prevenzione".

"Il progetto avviato nel 1999 – ha aggiunto Barile – si è sviluppato su vasta scala e coinvolge oggi quattro centri di riferimento in Basilicata".

"Sei anni fa – ha aggiunto Sigillito – la Basilicata era l'unica regione impegnata nello screening che è un atto dovuto nei confronti del cittadino".

"Oggi celebriamo la giornata mondiale della prevenzione oncologica – ha ricordato Angelo Paradiso, direttore scientifico dell'Istituto Tumori di Bari – e la Basilicata deve essere fiera di ciò che ha fatto pur in un'evoluzione difficile nel panorama italiano". Paradiso ha chiarito lo stato della ricerca oncologica in campo internazionale, quali sono i prossimi obiettivi ed ha ricordato inoltre che il tabagismo è fra i principali fattori di rischio per i tumori.

"Assicuriamo la sanità, non la salute – ha sottolineato il direttore generale della Azienda Sanitaria di Matera, Vito Gaudiano, chiudendo i lavori del convegno – ma bisogna saper spendere meglio. La Basilicata, dal canto suo, ha fatto miracoli con scelte politiche lungimiranti". Sottolineando l'importanza della tecnologia, applicata alla prevenzione, ha messo in evidenza il ruolo che in questi anni ha svolto e continua a svolgere l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera divenuto ormai riferimento anche per le vicine realtà pugliesi nei confronti delle quali ha invertito positivamente il flusso di emigrazione sanitaria.

13-21 MARZO SETTIMANA NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



Alimentiamo la "prevenzione" per vincere il cancro

13-21 marzo 2011 – Al via la X edizione della
Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica
 della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Dal 13 al 21 marzo p.v. le maggiori piazze italiane tornano ad ospitare la Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica, uno dei principali appuntamenti della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Istituito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, l'evento

ha lo scopo di informare correttamente, sensibilizzare e rendere tutti consapevoli che la Prevenzione rappresenta la miglior alleata della buona salute, lo strumento più efficace per combattere i tumori. Sono oltre 2 milioni e mezzo gli ammalati di cancro in Italia e l'incidenza è di 270 mila nuovi casi l'anno.

Tuttavia prevenire, curare e guarire dal tumore si può. L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) stima, infatti, che sia possibile **prevenire almeno il 30 % dei nuovi casi e curarne un ulteriore 30 %**, con elevata possibilità di guarigione, oggi attestata al 58% circa, se individuati tempestivamente attraverso **la diagnosi precoce**.

Vi sono semplici regole da seguire, semplici azioni che ogni persona può compiere per ridurre il rischio di sviluppo della malattia. A cominciare dall'alimentazione, da una dieta salutare. La "nostra" **Dieta Mediterranea**, celebre per le sue virtù salutari, è stata peraltro di recente proclamata dall'Unesco **patrimonio immateriale dell'umanità**. E' un modello nutrizionale i cui ingredienti principali sono frutta fresca e verdura, pesce e legumi.

Re della **Dieta Mediterranea** è **l'olio extra vergine d'oliva, testimonial storico della Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica della LILT**, alleato del nostro benessere per le sue qualità protettive, non solo nei confronti delle malattie cardiovascolari e metaboliche, ma anche per vari tipi di tumore.

Per meglio conoscere gli alimenti e i principi per nutrirsi in modo sano di recente anche lo chef Filippo La Mantia ha messo a disposizione della LILT, per la Settimana Nazionale della Prevenzione Oncologica, il suo volto, la sua esperienza, la sua professionalità. Anche il mondo dello sport testimonierà l'importanza di seguire un corretto stile di vita: le squadre di calcio di serie A e B, in tutti gli stadi d'Italia, scenderanno in campo per rafforzare e sostenere il messaggio della LILT. Quest'anno la Settimana Nazionale per la Prevenzione coincide con le celebrazioni per i **150 anni dell'Unità d'Italia**. Un'occasione speciale per condividere un bene prezioso: il benessere di ogni italiano.

Per questo dal 13 al 21 marzo prossimo i volontari LILT saranno presenti nelle piazze del nostro Paese, pronti ad offrire un utile opuscolo ricco di informazioni, indicazioni, consigli e ricette insieme alla bottiglia d'**olio extra vergine d'oliva**.

I 395 punti Prevenzione/ambulatori LILT resteranno aperti a tutta la popolazione con medici, operatori sanitari, volontari che saranno a disposizione per elargire quei servizi che fanno della LILT, da quasi 90 anni, un punto di riferimento ed un protagonista nella lotta contro i tumori.

Per conoscere giorni e orari di apertura dei punti Prevenzione/Ambulatori **LILT**, chiamate il **numero verde SOS LILT 800-998877**.

Per ulteriori informazioni consultate il sito www.lilt.it

Le virtù dell'olio extra vergine di oliva

L'olio extra vergine d'oliva è l'unico olio presente nella Dieta Mediterranea, richiamandone pienamente lo spirito e la cultura. Condimento noto ed apprezzato in tutto il mondo, l'olio extra vergine d'oliva presenta tantissime virtù, anche perché deriva dalla semplice spremitura a freddo delle olive, senza alcun additivo, per cui tutti i suoi componenti nutrizionali si conservano per mesi.

L'apporto nutrizionale dell'alimento e le sue tante proprietà curative sono state dimostrate da molti studi scientifici. Proprio lo scorso dicembre nutrizionisti, ricercatori, tecnici e giornalisti, hanno realizzato ad Andria un Simposio Internazionale interamente dedicato all'olio extra vergine di oliva per presentarne le recentissime ulteriori scoperte sulle sue innumerevoli qualità. Esso infatti è ricco di antiossidanti (vit. E, acido oleico, polifenoli) e di sostanze con proprietà antiinfiammatorie (oleocantale), apporta acidi grassi essenziali, ossia indispensabili, ma che l'organismo non è in grado di sintetizzare da solo, è un supporto ideale per le vitamine liposolubili A, D, E, K. Queste proprietà uniche rendono l'olio extra vergine d'oliva un prezioso alleato della salute.

I suoi effetti benefici si esplicano in tutti gli apparati del nostro organismo:

Protegge dalle **malattie cardiovascolari**: i polifenoli in esso contenuti favoriscono una maggior produzione di nitrossido, potente vasodilatatore, e prevengono dall'ossidazione delle lipoproteine LDL. Le LDL ossidate, infatti, rappresentano le vascolari responsabili della formazione della placca aterosclerotica con conseguente restringimento delle arterie e insorgenza di malattie cardiache. Svolge un'azione benefica nello sviluppo **del sistema nervoso**: la sua composizione lipidica è simile a quella del latte materno, rendendolo un alimento essenziale nella dieta del bambino. In età adulta, invece, ci preserva dalle malattie legate al rallentamento e al deterioramento delle funzioni cerebrali, come Parkinson e Alzheimer. Ciò grazie soprattutto all'azione antiossidante dell'acido oleico, dei polifenoli e del tocoferolo (vitamina E). Tali malattie vengono determinate da un eccesso di radicali liberi che, legandosi con componenti essenziali della cellula nervosa, ne alterano la struttura e ne favoriscono la degenerazione. Un recente studio condotto dall'Università di Chicago ha scoperto come l'oleocantale, sostanza responsabile del sapore pungente dell'alimento, interferisca con l'azione di proteine neurotossiche coinvolte nel morbo di Alzheimer. Difende da alcuni tipi **di tumori**, soprattutto quello della mammella, dello stomaco, del colon-retto e della prostata, ma anche del cavo orale, della faringe e dell'esofago. Ciò è dovuto principalmente ad alcuni suoi componenti: il tirosolo, l'idrossitirosolo, l'oleuropeina, i secoroididi e i lignani. Per quanto riguarda ad esempio il tumore della mammella è stato dimostrato come i polifenoli contenuti nell'olio di oliva inibiscano l'HER-2 tirosinchinasi, un recettore presente in molte neoplasie e responsabile della crescita neoplastica. È il più digeribile e il più sano tra i grassi ed ha un effetto benefico su tutto **il sistema gastrointestinale**, proteggendone le mucose. L'acido oleico, infatti, riduce la produzione di acido cloridrico e quindi previene gastriti e ulcere. Accelera, inoltre, il transito nel tratto intestinale, favorendone la regolarità. Favorisce l'attivazione del flusso biliare e lo svuotamento della cistifellea, ostacolando l'insorgenza di calcoli biliari.

Rappresenta un elemento cardine della dieta del paziente affetto da **diabete mellito**, in quanto riduce i livelli di zuccheri nel sangue e la resistenza all'insulina tipica di questa condizione.

Ha un effetto benefico sul nostro **apparato osteoarticolare**: l'olio extra vergine d'oliva facilita l'assorbimento della vitamina D e combatte l'osteoporosi; inoltre, grazie alla potente azione antinfiammatoria ed antiossidante svolta dall'oleocantale, l'olio d'oliva è un efficace alleato terapeutico nell'artrosi.

Protegge da diverse patologie infiammatorie cutanee, quali la psoriasi, l'acne, la dermatite atopica ed altri tipi di eczema. La ricerca scientifica ha dimostrato inoltre come lo squalene in particolare – presente nell'olio d'oliva – possieda proprietà antiossidanti nei confronti delle radiazioni solari, diminuendo la produzione di radicali liberi a livello della pelle foto esposta.

L'olio extra vergine di oliva, infine, è particolarmente indicato nella gravidanza, grazie al suo rapporto ottimale tra acidi grassi polinsaturi, saturi e monoinsaturi (acido linoleico, linolenico e oleico) e alla capacità di assicurare un buon apporto di vitamine liposolubili (A, D, E, K), di stimolare la mineralizzazione delle ossa e di prevenire rischi emorragici del nascituro. Proteggendo la mucosa gastrica, evita le esofagiti da reflusso, particolarmente frequenti nell'ultimo trimestre. Può, inoltre, contribuire a prevenire alterazioni metaboliche abbastanza frequenti quali il diabete gestazionale e la stipsi.

13-21 MARZO SETTIMANA NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



MANOVRE PER LA DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO NEL LATTANTE

secondo le nuove linee guida internazionali ILCOR



1  **ATTIVA IL 118**
 INIZIO DELLE MANOVRE SUL LATTANTE COSCIENTE CON OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE



2
 PRESA DELLA MANDIBOLA



3
 GAMBE DEL LATTANTE A CAVALLO DEL BRACCIO IN POSIZIONE DECLIVE



6
 ...5 COMPRESSIONI LENTE E PROFONDE AL CENTRO DELLO STERNO



5
 RIGIRARE IL LATTANTE CON CAUTELA TENENDO LA TESTA E ALTERNARE I 5 COLPI CON...



4
 ALTERNA 5 COLPI INTER-SCAPOLARI CON VIA DI FUGA LATERALE (PER NON COLPIRE IL CAPO)



7 **CONTINUA AD ALTERNARE QUESTE MANOVRE FINO A:**
 1. DISOSTRUZIONE AVVENUTA
 2. ESPULSIONE DEL CORPO ESTRANEO
 3. ARRIVO DEL 118
 4. SFINIMENTO FISICO DEL SOCCORRITTORE



8
 SE IL LATTANTE DIVENTA INCOSCIENTE



9  **ATTIVA IL 118**



12
 CONTROLLA IL CAVO ORALE




11
 INSTAURA LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE (POSIZIONE NEUTRA DEL CAPO)




10
 POSIZIONA IL LATTANTE SU UN PIANO RIGIDO



13
 ESEGUI TENTATIVI DI INSUFFLAZIONE BOCCA-BOCCA NASO MANTENENDO IL CAPO IN POSIZIONE NEUTRA



14
 PROSEGUI L'ASSISTENZA ALTERNANDO:
 30 COMPRESSIONI TORACICHE
 2 VENTILAZIONI BOCCA - BOCCA NASO (RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE) IN ATTESA DI SOCCORSI AVANZATI



Prevenzione  Allarme 
 RCP DAE PALS
 LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA PEDIATRICA

16 
 ARRIVO DEL 118

15
 CONTINUA RCP FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI




cercaci anche su

www.happyfamilyonlus.it

scarica i materiali dal sito:



MANOVRE PER LA DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO NEL BAMBINO

secondo le nuove linee guida internazionali ILCOR



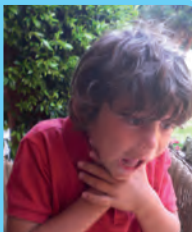
1

OSTRUZIONE PARZIALE DELLE VIE AEREE




2

IL BAMBINO RIESCE A PIANGERE...



3


...A TOSSIRE, A PARLARE



6


ALLERTA IL 118

PRESA MANDIBOLA



5 SE L'OSTRUZIONE PERSISTE

ATTIVA IL 118 O TRASPORTA IL BAMBINO IN PRONTO SOCCORSO. SE POSSIBILE, SOMMINISTRA OSSIGENO



4 NESSUNA MANOVRA

INCORAGGIA IL BAMBINO A TOSSIRE E MANTIENI LA POSIZIONE CHE PREFERISCE



7 BAMBINO COSCIENTE

5 PACCHE ENERGICHE INTERSCAPOLARI CON VIA DI FUGA LATERALE



8 OBIETTIVO:

CREARE UN BRUSCO AUMENTO DELLA PRESSIONE INTRATORACICA (TOSSE ARTIFICIALE)



OSTRUZIONE COMPLETA VIA AEREE


9 BAMBINO COSCIENTE

ALTERNA LE 5 PACCHE A 5 COMPRESIONI SUB DIAFRAMMATICHE FINO ALLA DISOSTRUZIONE O A QUANDO IL BAMBINO DIVENTA INCOSCIENTE



12

POSIZIONA IL BAMBINO SU UN PIANO RIGIDO ESTENDI IL CAPO (MODICA ESTENSIONE)



11 BAMBINO INCOSCIENTE

SE LE MANOVRE NON SONO EFFICACI: CHIAMA IL 118




10 RIASSUMENDO SI ALTERNANO: 5 PACCHE INTRASCAPOLARI 5 COMPRESIONI SUB DIAFRAMMATICHE FINO ALLA DISOSTRUZIONE DEL BAMBINO




13

SOLLEVA LA LINGUA-MANDIBOLA ED ESEGUI LO SVUOTAMENTO DIGITALE DEL CAVO ORALE (SE IL CORPO ESTRANEO AFFIORA)



14

ESEGUI 5 TENTATIVI DI VENTILAZIONE RIPOSIZIONANDO IL CAPO SE SONO INEFFICACI



15

EFFETTUA RCP (RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE) PER 1 MINUTO



18

ARRIVO DEL 118



17

CONTINUA RCP FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI



16

SE NON L'HAI GIÀ FATTO, ATTIVA IL 118 SENZA ABBANDONARE IL BAMBINO




cercaci anche su

www.happyfamilyonlus.it

scarica i materiali dal sito:



Seconda avventura di Vincenzo Malinconico, il personaggio creato da Diego De Silva. Mia suocera beve è un romanzo esilarante e amaro, nel quale l'ironia è spinta fino all'estremo della comicità e il buon senso fa strage di certi rovinosi luoghi comuni del nostro tempo. Come, per esempio, quella sciocca idea per cui i processi si fanno in tivvù. Vincenzo Malinconico, è l'avvocato più simpatico che ci sia. Riesce a far ridere anche la suocera ammalata. Per forza, è meridionale, anche se non lo dice mai.

Con Vincenzo Malinconico la malinconia di sicuro va via

di Michele Trecca

C'è modo e modo di soffrire per una malattia. La suocera dell'avvocato Vincenzo Malinconico, per esempio, approfitta dell'occasione tragica di una grave malattia per vivere la spensierata ebbrezza di momenti di libertà. Insomma, la vita è bella anche quando volge al peggio. Basta un po' di ironia. Impariamo da Vincenzo Malinconico e da sua suocera.

Vincenzo Malinconico è più simpatico di Homer Simpson. Entrambi sono dei perdetti di successo (combinazione letteraria sempre vincente), ma, rispetto all'eroe dei cartoon, il protagonista dei due ultimi e fortunatissimi romanzi di Diego De Silva (*Non avevo capito niente*, 150.000 copie, e ora *Mia suocera beve*, già in classifica) ha una marcia in più, anzi due: è meridionale, e pure intellettuale.

Come il personaggio della serie televisiva che porta il suo nome, *I Simpson*, anche l'avvocato di Diego De Silva è più che politicamente scorretto, è urticante e questo gli conferisce quell'aura di sanguigna autenticità che marchia a fuoco l'immaginario del lettore. Vincenzo Malinconico è sanamente imprevedibile, una singolarità; è fuori dagli schemi logori della verosimiglianza.

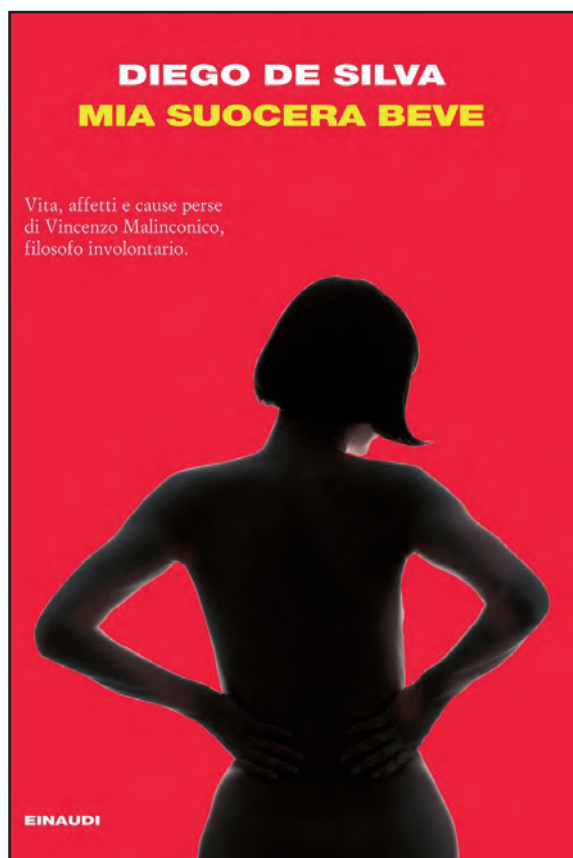
Per esempio, nel capitolo *Misunderstanding*, che significa equivoco, Vincenzo sta andando in ospedale con i figli (Alagia e Alfonso) a trovare la suocera gravemente ammalata che parla sempre di lui e vuole vedere solo lui nonostante i suoi poco felici trascorsi matrimoniali con la figlia. Ebbene, Vincenzo fa una cosa che solo, o anche, Homer Simpson, e nessun altro, avrebbe potuto fare: non le porta in dono fiori o cioccolatini ma una bottiglia di whiskey. Riprovazione della giovane figlia Alagia (saggia come Lisa Simpson), che trova la cosa «decisamente kitsch». A quell'espressione "bon ton", al di là di tutto, a Vincenzo già gli girano. Discussione fra i due. Alagia mentre parla si ferma. Vincenzo s'arrabbia e attraversa, trascinandosi con sé il figlio. Scatta il rosso. Alagia resta bloccata e quando raggiunge il padre s'arrabbia a sua volta: perché l'ha lasciata indietro? Vincenzo allora si produce in un «autoreverse concettuale» per dare alla figlia

questa solenne lezione di vita: «se c'è un'abitudine che devi stare attenta a non prendere è quella di camminare e poi fermarti continuando a parlare mentre gli altri camminano». Il commissario Montalbano o l'avvocato Guerrieri a un ipotetico figlio insegnerebbero cose tipo la giustizia e la verità... Alagia e Alfonso, infatti, scoppiano a ridere in faccia al padre sputacchiando e dandosi manate come due marionette e lui dentro di sé, alla figlia che proprio non la smette: soffoca. Poi naturalmente si abbracciano, arrivano in ospedale, danno il whiskey alla suocera. E lei beve.

Montalbano e Guerrieri fanno inchieste. Camilleri e Carofiglio raccontano storie. Vincenzo Malinconico (che si preannuncia anch'egli seriale, noi ce l'auguriamo) è, invece, una voce. Più che agire, parla. O, meglio, riflette. Anzi, rimugina. Fa teatro, e in questo nuovo romanzo De Silva gli dà un palco grande quanto un supermercato... macché: sconfinato come tutto il paese o il mondo addirittura. Accade, infatti, che mentre fa la spesa nel centro commerciale sotto casa Vincenzo viene sequestrato insieme a un delinquente da un padre in cerca di vendetta (come

Alberto Sordi in un *Borghese piccolo piccolo*). Il sequestratore ha organizzato un processo mediatico per l'assassino del proprio figlio. Ha, infatti, collegato i monitor del supermercato con una videocamera e il "processo" viene, quindi, seguito in diretta da una folla di curiosi, giornalisti e troupe televisive.

Homer Simpson quello degli istinti, bassi e anche beceri, Vincenzo Malinconico, invece, con le sue puntigliose ed esilaranti gag linguistiche e filosofiche riafferma il primato dell'esercizio intellettuale a partire dalle fondamenta razionali del buon senso. Vincenzo Malinconico e sua suocera, ancor più caustica di lui, sono una nuova evoluzione della specie di tutta un'antica tradizione e civiltà meridionale di saggezza ed ironia. Bellavista di De Crescenzo è folklore, Vincenzo Malinconico è il Sud capace di governare eccessi e complessità del presente... con il piacere antico, oggi gusto proibito, della dialettica.



Diego De Silva - Mia suocera beve - Einaudi, pagg. 338, € 18,00