



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 17, n° 2 - 2015



Pubblicazione a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale - via V. Orsini, 18 - Roma

il caduceo

Vol.17, n° 2 - 2015



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbatì

DIRETTORE SCIENTIFICO
CO-EDITOR
B. Trinti

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

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

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

STAMPA
Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE NEL MESE
DI GIUGNO 2015
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Paintedcanyon

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,
edita a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale.
Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della
rivista devono essere autorizzate per iscritto
dall'editore.
Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari
di Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità
degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32.868.331
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it

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

SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Il disagio psico-affettivo nei bambini affetti da enuresi
S. Lauria
6. La psicoterapia a orientamento psicodinamico
M. Costantini, A. Gianandrea
9. Ruolo dell'endotelio nella patologia del sistema venoso
P. Tondi
13. Una proposta per la gestione del paziente con versamento pleurico maligno. Esperienza personale
G. Ferrentino
16. L'angolo del chirurgo
A. Gatto
18. Quali sono i pazienti a rischio di sviluppare il tumore al fegato
Intervista al Prof. L. Bolondi
21. Comunicazione breve - Le anemie dell'adulto, quando serve l'ematologo
S. Bussa
24. Nuovi filler utilizzati in medicina estetica per l'aumento dei tessuti molli
S. Dima
25. Le tecnologie ICT al servizio della Sanità privata
G. Cosentino
27. È in arrivo la *pasta funzionale*
L. Cutrufo
28. Nutrizione e salute, quando un alimento può allungarci la vita
R. Galvani
30. La Sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze.
F. Capuano
32. Francesco Asdrubali (1756-1834) e l'insegnamento dell'ostetricia nella Roma papale - Il parte
M. Palumbo, E. Calzolari
36. 1960, l'ultima magia di Roma Capitale
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 2003-2010). 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 F.X, 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; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione^[1].

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.

Il disagio psico-affettivo nei bambini affetti da enuresi

Sabina Lauria

Praticien Attachè Associè - Pole de Psychopatologie de l'enfant et de l'adolescent
EPSMA Brienne le Chateau - France



Introduzione

L'Enuresi Notturna è un disturbo piuttosto frequente dell'età evolutiva. Considerato da molti un disturbo psicologico a guarigione spontanea, è stato, probabilmente, sottovalutato nelle sue componenti squisitamente anatomico-patologiche e psico-affettive. Studi recenti hanno dimostrato la genesi multifattoriale del disturbo, sottolineando la necessità di una diagnosi tempestiva al fine di prevenire l'impatto negativo dell'enuresi notturna sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia. La manifestazione enuretica può, di fatto, essere causa di un importante disagio psico-affettivo nel bambino, causando una bassa autostima, disturbi del comportamento e compromettendo il suo funzionamento sociale.

Definizione

L'Enuresi Notturna consiste in una perdita di urine involontaria che avviene durante il sonno in assenza di una condizione medica generale^[1].

Secondo il DSM IV (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*) può essere posta la diagnosi di enuresi quando l'emissione di urina, involontaria nella maggior parte dei casi e solo occasionalmente intenzionale, avviene almeno 2 volte alla settimana per almeno 3 mesi, in bambini di età superiore ai 5 anni o con un livello di sviluppo equivalente, periodo in cui, fisiologicamente, dovrebbe essere già raggiunto il controllo sfinterico.

L'Enuresi può essere distinta in:

- *Primaria*: se il bambino non ha mai raggiunto il controllo notturno.
- *Secondaria*: se si verifica dopo un periodo di almeno 6 mesi di "sonno asciutto", in cui, quindi, era stato raggiunto il controllo.

Nel 60% dei bambini con enuresi notturna sono presenti dei sintomi diurni riconducibili ad una certa "instabilità vescicale"^[2]. La presenza o meno dei sintomi diurni ha permesso un'ulteriore classificazione (*International Children's Continence Society*) dell'enuresi in *Monosintomatica*, cioè con sintomatologia esclusivamente notturna, e *Non-Monosintomatica* con sintomi minzionali diurni. I bambini, infatti, presentano, durante il giorno, frequenti perdite urinarie (mutandine bagnate), urgenza minzionale, manovre forzate di autocontrollo (stringono le gambette per trattenere la pipì, accovacciamento, ecc.).

In Italia circa un milione di bambini tra i 6 ed i 16 anni soffrono di enuresi^[3]. Il disturbo tende a scomparire spontaneamente con la crescita, di conseguenza la frequenza si riduce all'aumentare dell'età: a 7 anni il 15% dei bambini presenta enuresi, a 10 anni il 3-5% continua a presentare il disturbo che può persistere nell'1-2% degli adolescenti^[4].

È presente una netta prevalenza del disturbo nel sesso maschile durante l'età evolutiva; tale differenza tende a scomparire durante l'età adolescenziale.

Patogenesi

Allo stato attuale delle conoscenze l'eziologia è di tipo multifattoriale. L'Enuresi, infatti, è considerato un disturbo in cui entrano in gioco diversi fattori: biologici, psicologici, ambientali.

Il disturbo sembrerebbe esprimere un ritardo maturativo della funzione minzionale a diversi livelli: anatomico-patologico, funzionale, neuroendocrino.

Studi recenti di Neuroendocrinologia hanno posto l'attenzione sulla secrezione notturna dell'ADH (ormone antidiuretico) il cui ruolo è quello di determinare una contrazione della diuresi durante le ore notturne. Nei bambini enuretici l'increzione notturna di ADH risulterebbe ridotta^[5]. Tuttavia, non tutti gli studi sarebbero concordi con questo risultato e addirittura gli stessi studi che dimostrano un mancato picco notturno di ADH mettono in evidenza che soltanto durante le notti "bagnate" la produzione di urine è maggiore, risultando inferiore nelle notti "asciutte"^[3].

La capacità vescicale funzionale notturna aumenta durante il sonno per effetto del rilassamento delle pareti vescicali. Tale capacità risulta ridotta in 1/3 dei bambini enuretici che presenterebbero una "iperattività" del muscolo detrusore, soprattutto, nelle ore notturne^[6].

Sono stati eseguiti, inoltre, degli studi sulla eventuale presenza di disturbi del sonno in questi bambini che, a dire delle loro madri, presenterebbero un sonno più profondo. Normalmente, l'evento enuretico si manifesta durante il primo terzo della notte e solo occasionalmente durante il sonno REM (a movimenti oculari rapidi)^[7]. La tensione vescicale fa passare il bambino dalla fase di sonno profondo alla fase di sonno leggero, permettendo di avvertire lo stimolo. Gli studi effettuati recentemente mostrano che, in effetti, i bambini enuretici hanno maggiori difficoltà di risveglio ad uno stimolo sonoro rispetto al gruppo di controllo^[8]. La possibile presenza di un disturbo delle fasi del sonno spiegherebbe l'assenza di risveglio in presenza dello stimolo urinario. Tuttavia, sono ancora poche le evidenze scientifiche a tale proposito.

La "familiarità" è considerato un fattore di fonamen-

tale importanza. Studi di genetica hanno dimostrato che la “*predisposizione genetica*” aumenta il rischio di sviluppare il disturbo con una probabilità del 75% circa in bambini che abbiano entrambi i genitori enuretici; tale probabilità scende al 45% circa se solo uno dei due genitori ha presentato enuresi^[9]. Inoltre, la concordanza per il disturbo è maggiore nei gemelli monozigoti (70%) che nei dizigoti (40%).

L'enuresi secondaria è più frequentemente scatenata da eventi stressanti (*stressors*) che agirebbero, secondo la psicodinamica, scompensando il processo psichico maturativo del bambino. La manifestazione del “letto bagnato” può essere considerata come una regressione del bambino ad una condizione di sviluppo precedente, elaborata come fase “perfetta” nel suo immaginario infantile, utile al fine di risolvere le dinamiche conflittuali da cui si sente sopraffatto^[10]. I fattori che più frequentemente possono scatenare il disturbo, in un bambino predisposto, possono essere diversi: dinamiche conflittuali familiari, lutti gravi, separazione dei genitori, nascita di un fratellino, cambiamenti importanti della routine quotidiana, insuccessi scolastici, adozione.

Risvolti Psicologici

L'enuresi, dunque, sia essa primaria o secondaria, non deriva da fattori psicologici; tuttavia è in grado di causare dei disturbi di tipo psico-affettivo piuttosto importanti. Diversi studi scientifici hanno messo in evidenza la presenza di bassa autostima e alti livelli di disturbi comportamentali, non infrequente la comorbilità Enuresi-ADHD. I disturbi comportamentali, inoltre, sarebbero correlati alla presenza di disturbi del sonno^[11], la cui qualità, in questi bambini, risulterebbe decisamente povera. In particolare i pazienti enuretici riferiscono di percepire continuamente “la paura” di bagnare il letto durante la notte, con conseguente ansia e ridotta qualità del sonno^[12]. Gli studi sul rapporto madre-figlio evidenzerebbero bassa incidenza di una modalità di attaccamento di tipo sicuro^[13]. Uno studio recente ha studiato l'impatto del disturbo sulla qualità di vita dei bambini e delle loro madri, attraverso l'utilizzo di due questionari, uno per il bambino (*Peds QL 4.0*) ed uno per le madri (*WHOQOL-BREF*), dimostrando che la qualità di vita è ridotta in entrambi^[14]. Inoltre i genitori dei bambini enuretici presenterebbero un incremento dei livelli d'ansia che inciderebbe negativamente sul rapporto di coppia^[15].

Il bambino enuretico mostra un senso di vergogna. Questi sentimenti di bassa autostima e di autosvalutazione innescano altri disturbi internalizzanti che, se sottovalutati e non trattati adeguatamente, possono sviluppare, nei casi più gravi, sintomi ansioso-depressivi. Il funzionamento sociale risulta compromesso in più contesti, scolastico e ludico: i bambini temono il giudizio dei coetanei e rifiutano qualunque occasione di socializzazione che possa portare alla luce il proprio problema (gite scolastiche, dormire a casa di un amico, ecc.). Tale rinuncia innesca un circolo vizioso di auto-

isolamento, che può assumere caratteri di vera emarginazione qualora il disturbo venisse a conoscenza dei coetanei. Risulta piuttosto difficile, infatti, gestire i sintomi diurni in contesti diversi da quello domestico e le scelte quotidiane del bambino vengono, per questo motivo, continuamente pianificate in funzione del disturbo, lasciando poco o nessun spazio ai suoi desideri e alle sue preferenze. La mancata accettazione da parte dei coetanei, inoltre, può sviluppare sentimenti d'angoscia clinicamente significativi che possono assumere connotati più gravi di vere fobie scolastiche con associato rischio di descolarizzazione.

In ambiente familiare, diventa necessario al fine di interrompere il meccanismo di autosvalutazione, evitare rimproveri, assumere atteggiamenti squalificanti o umilianti. Nei casi di fattori stressanti favorenti il disturbo sarà necessario intraprendere un percorso di tipo psicoterapeutico volto alla comunicazione del disagio psico-affettivo e al trattamento del disturbo di somatizzazione. Qualora il disturbo avesse carattere di “familiarità” può essere positivo trasmettere al bambino che anche uno o entrambi i genitori hanno presentato il disturbo da piccoli. In ogni caso sarà fondamentale sostenere il bambino e accompagnarlo nel suo percorso terapeutico che necessita di motivazione e partecipazione attiva sia da parte del bambino che di tutta la famiglia.

Il trattamento di tipo cognitivo-comportamentale associato alla presa in carico della famiglia appare l'opzione terapeutica che può offrire risultati a lungo termine. Il trattamento farmacologico (desmopressina), infatti, appare efficace nel ridurre il numero di “notti bagnate” ma non offre risultati a lungo termine. La maggior parte dei bambini enuretici ripresenta il disturbo dopo aver sospeso il trattamento. Tuttavia, il trattamento farmacologico può innescare un sentimento positivo nel bambino che non bagna più il letto incoraggiandolo nel suo percorso terapeutico di tipo comportamentale^[16].

Il trattamento ha mostrato di essere in grado di migliorare l'autostima e la qualità di vita nel bambino e nella sua famiglia. Sembrerebbe in grado, inoltre, di prevenire possibili disturbi urinari che insorgerebbero, nell'età adulta, qualora il trattamento non fosse tempestivamente messo in atto. A tale proposito, la ricerca scientifica sta cominciando a sviluppare degli studi rivolti a comprendere meglio quelli che possono essere le conseguenze dell'enuresi nell'età adulta^[17].

Bibliografia

1. Kuehler EF, Djakovic N, Hohenfellner M. “*Infantile Enuresis: Current state of the art therapy and future trends*”. *Rev Urol* 2011; 13(1):1-5.
2. Militerni R. “*Neuropsichiatria Infantile*”. III Edizione. Idelson-Gnocchi 2004.
3. Mencoboni MC. “*L'Enuresi notturna*”. *Medico e Bambino* 2000; 18:565-570.
4. Caruso R. A. D'Alessio. “*Enuresi notturna in età pediatrica. Un disturbo da non sottovalutare*”. *Diagnosi & Terapia*. Gennaio 2014.

Il disagio psico-affettivo nei bambini affetti da enuresi

5. Norgaard JP, Pedersen EB, Djurhuus JC. "Diurnal anti-diuretic-hormone levels in enuretics". *J Urol* 1985; 134:1029-31.
6. Peratoner L. "Vescica instabile ed enuresis". *Medico e Bambino* 1999; 18:623-5.
7. American Psychiatric Association. "DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Masson 2001.
8. Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA. "Elevated slept arousal treshold in enuretic boys. Clinical implication". *Acta Paediatr* 1997; Apr 86(4):381-4.
9. Pavone L, Ruggieri M. "Neurologia Pediatrica". Masson 2001.
10. De Pasquale C., Petralia A, Rapisarda V. "Neuropsichiatria dell'età evolutiva". Lezioni Integrative di Clinica Psichiatrica Vol. I. Quaderno n° 22 di Formazione Psichiatrica 2002.
11. Abou-Khadra MK, Amin OR., Ahmed D. "Association between sleep and behavioural problems among children with enuresis". *J Paediatr Child Health* 2013; Feb 49(2): E 160-6.
12. Gozmen S, Keskin S, Akil I. "Enuresis nocturna and sleep quality". *Pediatr Nephrol* 2008; Aug 23(8): 1293-6.
13. Coppola G, Costantini A, Gaita M, Saraulli D. "Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample". *Pediatr Nephrol* 2011; Oct 26(10):1829-36.
14. Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, Adaletli H, Gunes H, Duman HM, Toz HI, Uneri OS. "Impact of Enuresis Nocturna on health-related quality of life in children and their mothers". *J Pediatr Urol* 2014; Dec 10(6):1261-6.
15. Tanriverdi MH, Palanci Y, Yilmaz A, Penbegul N, Daggulli M. "Effects of enuresis nocturna on parents of affected children: case-control study".
16. Zaffanello M, Giacomello L, Brugnara M, Fanos V. "Opzioni terapeutiche per l'enuresi notturna infantile" *Mi-nerva Urologica e Nefrologica* 2007; Giugno 59(2):199-205.
17. Tek M, Erdem E. "Advances in the management of enuresis". *F1000 Prime Reports* 2014, 6:106.

Sonno. Il "pisolino" migliora prestazioni lavorative e fa sentire meno la fatica

A decretarlo è uno studio condotto dal National Institute of Occupational Safety and Health di Kawasaki (Giappone), che ha esaminato gli effetti della perdita di sonno simulando le condizioni di lavoro di uno dei settori a maggior rischio di infortuni, quello dell'edilizia.

Dormire poche ore per notte può costituire un fattore di rischio soprattutto quando si lavora con il caldo, ma un "sonnellino" dopo pranzo può aiutare a gestire meglio le proprie performance. A decretarlo è uno studio condotto dal National Institute of Occupational Safety and Health di Kawasaki (Giappone). Ken Tokizawa, leader del team di ricerca, ha esaminato gli effetti della perdita di sonno simulando le condizioni di lavoro di uno dei settori a maggior rischio di infortuni, quello dell'edilizia. Il gruppo di studio ha reclutato 14 uomini in buona salute e senza problemi di sonno, per sottoporli a test di laboratorio in quattro condizioni differenti: dopo una normale notte di sonno senza riposo pomeridiano, dopo una normale notte di sonno con 30 minuti di riposo pomeridiano, dopo quattro ore di sonno notturno senza riposo pomeridiano e dopo quattro ore di sonno con riposo pomeridiano.

Il test di laboratorio consisteva in due sessioni di camminata, ciascuna di 40 minuti, in una stanza inclinata di 95 gradi. Le sessioni avevano luogo al mattino e nel pomeriggio. Per simulare al meglio la situazione del cantiere, i partecipanti allo studio indossavano anche l'abbigliamento antinfortunistico, compresi i caschi. Nel corso delle prove, il team ha monitorato i livelli di tensione fisica attraverso il rilevamento della temperatura rettale e ascellare e del livello di sensazione del calore. Sono stati rilevati anche i livelli personali di mancanza di sonno, fatica fisica e mentale, sensibilità al caldo o al freddo, benessere e sete. Al termine, i ricercatori hanno misurato i tempi di reazione soggettiva.

Per quanto riguarda le sessioni effettuate in assenza del riposo pomeridiano, i partecipanti hanno fatto registrare i picchi di temperatura interna più alti soprattutto nelle prove effettuate di pomeriggio. Il "pisolino" non ha mostrato effetti diretti sulla temperatura interna o della pelle e sulla sudorazione fra coloro che avevano riposato poco, ma quelli che avevano goduto del breve riposo pomeridiano hanno accusato meno sonnolenza e sopportavano meglio il caldo e la fatica. (*Reuters Health*)

La psicoterapia a orientamento psicodinamico

Maurizio Costantini, Antonella Gianandrea

Psicologi, Psicoterapeuti, U.S.I.- Villa Esperia, Viale R. Margherita, 279, Roma.

Introduzione

Etimologicamente la parola psicoterapia viene dal greco "psychè" (anima, soffio vitale) e "therapeia" (cura). I tentativi empirici del "prendersi cura" della sofferenza emotiva dei disturbi psichici risalgono all'antichità, spesso strutturati secondo gli assiomi dei sistemi valoriali delle diverse culture di riferimento.

Oggi la psicoterapia è divenuta una pratica consolidata sia all'interno delle strutture sanitarie pubbliche sia in ambito privato. In Italia è riservata a Psicologi e Medici iscritti ai rispettivi Ordini professionali e si consegue mediante un percorso formativo presso scuole di specializzazione. Infatti, la legge 18 febbraio 1989 n. 56 in materia di "Ordinamento della professione di psicologo" stabilisce che l'esercizio dell'attività psicoterapeutica, in ambito pubblico o privato, sia riservata a laureati in psicologia o medicina e chirurgia iscritti nei rispettivi albi; per tale attività la Legge prevede una formazione professionale da acquisire, dopo il conseguimento della laurea e dell'iscrizione all'Ordine, mediante corsi di durata almeno quadriennale presso scuole di specializzazione universitarie, o presso Scuole private autorizzate e riconosciute dal MIUR (Ministero dell'Università e della Ricerca) attraverso un'apposita Commissione Ministeriale.

Che cos'è la Psicoterapia?

La psicoterapia è una pratica terapeutica basata su strumenti della psicologia clinica quali il colloquio, l'analisi interiore e del contesto, il confronto, l'ascolto, la relazione tra uno psicoterapeuta e la persona che, in un momento complesso della propria vita, avverte una particolare sofferenza psicologica di diversa natura, che può manifestarsi sotto forma di ansia, fobia, instabilità dell'umore, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psicosomatici, etc. Spesso sono proprio i sintomi che spingono le persone a chiedere aiuto allo psicoterapeuta, sintomi che possono essere legati alle varie vicissitudini della vita, legati ad esempio alla relazione di coppia, alle diverse fasi del ciclo di vita, alle difficoltà con i propri figli, ai problemi di carattere lavorativo.

La psicoterapia prevede un percorso terapeutico che si realizza attraverso una serie di colloqui clinici. Oltre ad utilizzare il colloquio clinico, lo Psicoterapeuta può servirsi di strumenti di valutazione diagnostica che permettono, fin dall'inizio, di valutare l'entità del problema. All'inizio del trattamento è importante concordare il "contratto terapeutico", una sorta di accordo esplicito e reciproco, su degli obiettivi che il paziente intende raggiungere nel corso della psicoterapia. L'accordo contrattuale consente in pratica di stabilire e seguire una determinata direzione, facilitando nel paziente una maggiore chiarezza degli obiettivi da raggiungere.

La psicoterapia a orientamento psicodinamico

Tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, Sigmund Freud, medico e analista viennese, elaborò alcune teorie che contribuirono in maniera significativa allo sviluppo del pensiero psicanalitico e alla nascita delle successive terapie a orientamento psicodinamico. Il termine "dinamico" sta a indicare l'esistenza di forze o attività psichiche (contenuti men-

tali) che possono entrare in conflitto tra loro. Tali forze condizionano i comportamenti che possono, talvolta, trasformarsi in manifestazioni o sintomi di un disturbo psichico.

Il lavoro psicoterapeutico a orientamento psicodinamico consiste prevalentemente nel cercare le cause dei conflitti e dei relativi sintomi e nell'individuare le dinamiche presenti tra i problemi dell'individuo e il suo contesto di riferimento.

Lo psicoterapeuta lavorerà dunque su quei modelli relazionali appresi nel passato dal paziente che provocano disagio, ma anche sulle attuali 'false credenze', sulle erronee interpretazioni della realtà, sull'attribuzione di significati inappropriati, sulla relazione individuo-contesto che genera il conflitto. È proprio analizzando il rapporto tra l'individuo e il contesto, infatti, che è possibile facilitare il processo di consapevolezza e di comprensione delle dinamiche conflittuali.

Un altro aspetto importante di questo tipo di approccio terapeutico, è dato dal fatto che determinati aspetti conflittuali, che provocano disagio e sintomi psicopatologici, vengono indagati e approfonditi sulla base dell'influenza e della risonanza emozionale che si genera all'interno della relazione terapeutica. Da questo punto di vista, infatti, la relazione che si stabilisce all'interno della psicoterapia, carica di contenuti proiettivi transferali, tale per cui la persona in terapia trasferisce sentimenti, pensieri, contenuti affettivi ed emozionali sul terapeuta, rappresenta una grande occasione per facilitare il processo terapeutico.

La psicoterapia rappresenta dunque la possibilità di accogliere ed elaborare la complessità della nostra esperienza tra vissuti ordinari ed eventi inattesi, cercando di trasformare aspetti quali, ad esempio, l'inquietudine e l'angoscia in una dimensione più accettabile e talvolta in fonti di creatività. Ecco un esempio che, pur nella sua semplicità, dimostra quanto la psicoterapia possa contribuire al cambiamento:

La psicoterapia a orientamento psicodinamico

Un giovane studente, alle prese con le difficoltà di studio, arrivò a una seduta, dopo alcuni mesi di lavoro psicologico, affermando: "Dottore ora mi è chiaro, anche gli errori possono diventare un'opportunità di cambiamento e di crescita, non mi sento più in colpa per le mie difficoltà di studio e sto guardando ai problemi con occhi diversi, tanto che ora ho ripreso a studiare, è aumentato il mio desiderio di conoscenza e le cose mi sembrano più chiare".

Riguardo agli altri approcci teorici della psicoterapia, dobbiamo rilevare come, pur nella loro diversità teorica, tutte le psicoterapie condividono l'obiettivo di aiutare le persone che presentano problemi e/o sofferenza, affinché possano riappropriarsi delle proprie risorse e gestire le problematiche che stanno vivendo. Nel caso in cui siano presenti sintomi di elevata gravità (depressione grave, eccessiva elevazione dell'umore, deliri, allucinazioni, etc.) lo psicoterapeuta, qualora sia uno psicologo, può avvalersi del contributo dello psichiatra per una terapia farmacologica. La terapia farmacologica in genere non si sostituisce al lavoro psicoterapeutico, ma lo affianca per permettere al paziente di portare avanti le normali attività della vita quotidiana e di usufruire di tutte le sue risorse per affrontare il momento critico.

La rappresentazione sociale dello psicoterapeuta

Non sempre le persone sono consapevoli del loro disagio e non sempre riescono a focalizzare l'origine dei loro problemi psicologici. Infatti, nonostante l'aumento del disagio, nella nostra esperienza clinica, notiamo come un numero considerevole di persone chiede l'intervento allo Psicoterapeuta solo dopo un lungo periodo di sofferenza, affermando frasi del tipo "è da molto che pensavo di prendere contatto con uno psicoterapeuta ma ero dubbioso sul chiedere aiuto a una persona sconosciuta!"

Emerge spesso la paura di "mettersi in gioco", di "parlare di sé a uno "sconosciuto"; il terapeuta dunque visto non come un professionista competente dei problemi psicologici, ma come qualcuno di cui non si conosce bene il ruolo professionale, uno 'sconosciuto' appunto! Il pregiudizio nei confronti della psicologia sembra ancora oggi, per alcune persone, persistere. Un pregiudizio, come sappiamo, è un'opinione che non si basa su di una conoscenza diretta e precisa di un fatto o di una persona, ma sulla base di "voci e opinioni comuni". Si tratta di un atteggiamento e può dunque essere trasmesso socialmente. Talvolta emerge anche la paura di essere giudicati dallo stesso psicoterapeuta, come fosse un 'giudice' dei comportamenti altrui. D'altronde la rappresentazione sociale dello psicoterapeuta è spesso influenzata dai mass media, soprattutto dal cinema che può darne una rappresentazione non realistica. Sarebbe necessario e utile informare la popolazione, fin dalla più giovane età, sul ruolo dello psicoterapeuta e in quali circostanze può essere utile consultarlo. Purtroppo, persino nei contesti educativi e di apprendimento, come la scuola e l'università, spesso non si spiega di cosa si occupi realmente lo psicoterapeuta.

Nella nostra esperienza clinica ad esempio, in un servizio psicologico all'interno di un'università, abbiamo constatato come gli studenti facessero richiesta di aiuto allo psicoterapeuta più facilmente e in numero maggiore, soltanto dopo aver presentato il nostro servizio presso le aule, spiegando le modalità e gli obiettivi di un intervento psicologico, confutando così le loro false credenze e pregiudizi nei confronti dello psicoterapeuta. Molti studenti arrivavano anche attraverso il "passaparola", a riprova che chi ha già fatto un'esperienza con il terapeuta riesce poi a sensibilizzare amici e/o colleghi.

Psicoterapia e neuroscienze

Le neuroscienze offrono sempre più un contributo importante alla ricerca nell'ambito della mente e delle relazioni umane. Una scoperta importante, da questo punto di vista, riguarda la scoperta dei "neuroni specchio" che riescono a far luce ad esempio sull'aspetto dell'empatia. Si è sempre detto dell'importanza che l'empatia ha nelle relazioni umane, dunque anche e soprattutto nella relazione terapeutica. Ma non si era riusciti a comprendere quale meccanismo neurologico fosse alla base di questa predisposizione umana.

La capacità di riconoscere le azioni degli altri e capirne il senso oggi ha una spiegazione scientifica, sappiamo che è legata all'attività delle cellule nervose chiamate appunto "neuroni specchio". La scoperta di queste cellule ci permette di capire perché osservando il comportamento di un altro, si è in grado di codificare quei movimenti in termini motori, riconoscendo cosa l'altro stia facendo quasi fosse un'esperienza personale di chi osserva. Il nome di neuroni specchio è stato dato, infatti, a queste cellule proprio per la loro capacità di attivarsi "riflettendo" le azioni degli altri. Per molti ricercatori il passo dal motorio all'emozionale è breve. Questo spazio, infatti, potrebbe anche includere la percezione delle emozioni altrui, che si esprime attraverso espressioni del volto, gesti e suoni e potrebbe, pertanto, rappresentare la base neurobiologica della partecipazione empatica. Scoprire la base dei processi fisiologici del rapporto empatico è sicuramente un importante contributo anche per la psicoterapia.

Altre ricerche, come quelle svolte in ambito della psiconeurologia, mostrano i cambiamenti che si producono nel cervello durante e dopo una psicoterapia. Si tratta di ricerche, sebbene tuttora in corso, importanti, poiché permettono una conoscenza dei parametri psicofisiologici, attraverso l'uso di tecniche di neuroimmagine. In effetti, come dichiara Kandel, la psicoterapia, poiché veicola cambiamenti nel comportamento, nel modo di pensare e di esperire gli effetti, può produrre modificazioni strutturali e funzionali nel cervello (Kandel 1999).

Conclusioni

La psicoterapia rappresenta dunque un contributo fondamentale per affrontare le problematiche delle persone e gli aspetti psicopatologici che ne conseguono.

La psicoterapia ad orientamento psicodinamico non include però solo la possibilità di diminuzione o remissione dei sintomi, ma rappresenta un'opportunità di crescita e di sviluppo delle risorse psicologiche dell'individuo oltre che aumentare la consapevolezza del proprio modo di essere e di funzionare.

Potremmo dunque dire che la vera finalità della psicoterapia non consiste solo nella riduzione dei sintomi dei disturbi psicologici, ma nella possibilità di promuovere qualità positive nelle persone. Molte persone arrivano allo psicoterapeuta con l'idea che stanno sbagliando tutto, sentendosi in colpa per gli errori e i comportamenti sbagliati che sentono di mettere in pratica. Scoprire invece che percepiamo come 'errori' ciò che può essere considerato come opportunità di crescita e dunque di cambiamento, offre una nuova visione dei problemi e nuove prospettive.

Analisi delle emozioni, esplorazione delle motivazioni, del contesto e valutazione degli obiettivi divengono dunque punti focali per dare senso a un intervento di psicoterapia.

Le diete ad alto contenuto di grassi durante la gravidanza possono influire sulle funzioni cerebrali e sul comportamento dei bambini

Presentato al convegno annuale della Obesity Society e della American Society for Metabolic.

La nuova ricerca, presentata alla Settimana dell'obesità (Obesity Week) tenutasi in novembre a Boston, indica che una dieta materna ricca di grassi durante la gravidanza e l'allattamento può avere effetti dannosi notevoli sulle funzioni cerebrali e sul comportamento dei bambini. Lo studio sugli animali è uno dei pochi studi scientifici condotti per misurare l'effetto diretto che una dieta ad alto contenuto di grassi può avere sulle funzioni cognitive della prole. "I nostri risultati su un modello animale suggeriscono che una dieta ad alto contenuto di grassi durante la gravidanza e l'allattamento possa avere effetti notevoli e duraturi sul cervello, sul comportamento e sulle funzioni cognitive dei cuccioli di ratto", ha affermato la dott.ssa Kellie Tamashiro, Professore Associato di Psichiatria e Scienze Comportamentali della Johns Hopkins University di Baltimora. "I cuccioli nati da madri che seguono una dieta ad alto contenuto di grassi non solo preferiscono di gran lunga cibi ricchi di grassi e pesano di più, ma mostrano anche disturbi di tolleranza al glucosio e sono meno reattivi ai soppressori d'appetito standard". I ratti studiati includevano 24 soggetti gravidi: 12 sono stati alimentati con mangime standard e 12 con dieta ad alto contenuto di grassi, simile alla tipica dieta americana. I ricercatori hanno osservato il comportamento della prole attraverso una serie di test. I cuccioli di madri alimentate con la dieta ad alto contenuto di grassi pesavano di più, mangiavano di più e avevano una netta preferenza per alimenti ricchi di grassi. Erano inoltre meno attivi, meno reattivi all'anfetamina e avevano problemi nel riconoscere degli oggetti. I cuccioli maschi di madri alimentate con dieta ad alto contenuto di grassi hanno mostrato un'alterata espressione genica nell'ippocampo, che è perdurata fino all'età adulta. I ricercatori hanno riscontrato effetti simili nei cuccioli di ratti femmina utilizzati nei test. Fonte: *univadis.it*

Bibliografia

1. Cionini L. *Psicoterapie. Modelli a confronto*, Carocci, Roma. 1998.
2. Gabbard Glen O. *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano. 2005.
3. Gallese V., Migone P., Eagle M. *La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi*. Psicoterapia e Scienze Umane. 2006.
4. Lis A., Venuti P., De Zordo MR. *Il colloquio come strumento psicologico: ricerca, diagnosi e terapia*. Giunti, Firenze. 1995.
5. Northoff G., Farinelli M., Chattat R., Baldoni F. *La plasticità del Sé, un approccio neuropsicodinamico*. Il Mulino, Bologna. 2014.
6. Rocco D., Montorsi A. *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico*. Domeneghini Editore, Padova. 2010.
7. Santonastaso, P. (a cura di) *Manuale di psicoterapia*, Elsevier Masson, Parigi. 1993.

Un apparecchio elettronico per ridurre il sale nella dieta

Per indurre i pazienti a seguire una dieta a basso contenuto di sodio, in America si sperimenta un piccolo apparecchio elettronico che rileva la quantità di sale nei piatti. Ed è un successo.

Nella lotta contro le pietanze eccessivamente saporite, in America si ricorre a tutti i mezzi. L'ultima trovata è una sorta di palato elettronico che permette di rilevare il contenuto di sodio negli alimenti, mettendo così in guardia i pazienti e sottoponendoli ad una sorta di *training* di rieducazione del gusto.

Si chiama *Family Sodium Watcher Program* (Family SWAP) ed è un'alleanza tra pazienti con scompenso cardiaco e le loro famiglie, per far sì che il paziente resti 'fedele' ad una dieta a basso contenuto di sodio.

Nel periodo di adattamento alla nuova dieta si è sperimentato un aiuto 'inedito' consistente in un apparecchietto rileva-sodio nei cibi, che avverte il paziente dell'elevato contenuto di sodio e lo aiuta a stare alla larga dai cibi troppo saporiti. L'esperimento con l'apparecchio 'rileva-sodio' è durato tre mesi ed è stato condotto su 15 pazienti e i relativi familiari. Il gruppo di intervento, rappresentato da 8 pazienti veniva istruito sullo scompenso cardiaco e su possibili strategie per ridurre il sale nella dieta. Intervistati, i partecipanti hanno affermato che l'apparecchio rileva-sodio è facile da usare e li aiuta a mantenere basso il consumo di sodio. Oltre il 90% ha notato una differenza nella capacità di percepire la presenza di sale nel cibo. Dal canto loro, i familiari dei pazienti non hanno lamentato un aumentato carico nell'assistenza del paziente. Al contrario, il gruppo di controllo, rappresentato da 7 pazienti, non ha mostrato cambiamenti del comportamento alimentare al termine dei tre mesi.

Il Family SWAP, concludono gli autori può aiutare l'intera famiglia a modificare e migliorare lo stile di vita. Questo studio pilota è stato finanziato dall'*American Heart Association* e dall'*Università del Kentucky*. Fonte: *quotidianosanita.it*

Ruolo dell'endotelio nella patologia del sistema venoso

Paolo Tondi

Professore di Angiologia - Direttore Master di Angiologia
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



È ormai noto da anni che l'endotelio, costituito da circa un miliardo e duecento milioni di cellule, non costituisce unicamente il rivestimento della parete interna dei vasi ma è considerato oggi il più grande organo autocrino-paracrino dell'organismo, in grado di secernere sostanze attive sul tono vasale, sul sistema infiammatorio e sulla coagulazione. Nel 1980 Furchgott e Zawadzky scoprirono che l'endotelio era in grado di produrre una sostanza ad azione vasodilatatrice, l'*endothelium derived relaxing factor (EDRF)* successivamente identificato con il monossido di azoto o ossido nitrico (NO), uno dei più importanti fattori ad azione vasodilatante, antiaggregante piastrinica ed antiproliferativa. Altre ricerche hanno poi dimostrato come le cellule endoteliali producano anche altre sostanze ad azione vasodilatatrice, quali la *prostaciclina (Pgl2)* e l'*endothelium derived hyperpolarizing factor (EDHF)*, così come gli studi ultrastrutturali degli ultimi anni hanno permesso di identificare i vari componenti anatomico-funzionali dell'endotelio ed il loro comportamento sia in condizioni fisiologiche che patologiche. La **Disfunzione Endoteliale**, intesa come alterazione della fisiologica funzionalità dell'endotelio, gioca infatti un ruolo fondamentale nella genesi dei meccanismi che conducono all'infiammazione ed alla trombosi vasale tanto sul versante arterioso quanto su quello venoso rappresentando in ultima analisi un comune denominatore fra patologia delle arterie e delle vene. Nel sistema venoso numerosi sono i fattori che, in quanto componenti strutturali della parete o in quanto molecole circolanti, sono in grado di influenzare, in condizioni fisiologiche, la normale funzionalità dell'endotelio o entrare, in caso di eventi patologici, nel determinismo della disfunzione endoteliale.

Il Glicocalice

È un sottile strato (0.5-3 micromm) che riveste le cellule endoteliali costituito da proteoglicani, glicosaminoglicani (GAGs), rappresentati essenzialmente da dermatan-solfato, eparan-solfato, condroitin-solfato ed acido ialuronico, e glicoproteine di derivazione plasmatica o endoteliale appartenenti alle famiglie delle selectine, integrine ed immunoglobuline. Il glicocalice che ricopre l'endotelio venoso svolge varie funzioni:

- protegge le cellule endoteliali attraverso proteoglicani e GAGs
- evita l'extravasazione di colloidali e fluidi
- riduce l'accesso all'endotelio di determinate molecole o cellule in base alle dimensioni ed alla carica elettrostatica di queste ultime possedendo, per la presenza dei GAGs, una carica fortemente negativa
- influenza l'adesione dei leucociti all'endotelio, favorendola da una parte mediante le selectine e riducendola dall'altra mediante una attenuazione del contatto
- entra nel complesso meccanismo che conduce alla vasodilatazione indotta dall'ossido nitrico.

Lo stress da attrito stimola infatti la sintesi di NO che a sua volta conduce alla vasodilatazione. Le molecole responsabili della traduzione del segnale fisico, derivante dal flusso, in segnale biochimico, capace di indurre la produzione di NO, non sono ancora state identificate anche se sempre più si sta diffondendo l'ipotesi di un ruolo in tal senso del glicocalice: nelle arterie femorali di cane isolate, infatti, il pre-trattamento enzimatico di degradazione del glicosaminoglicano si associa a riduzione della produzione di NO rispetto ai casi in cui il pre-trattamento non viene effettuato.

Numerose molecole si legano poi al glicocalice conferendo ad esso un ruolo protettivo: tra queste l'antitrombina III, il cofattore eparinico II, l'inibitore della via estrinseca di attivazione della coagulazione, la trombomodulina. Il glicocalice, inoltre, limita il contatto fra citochine pro-infiammatorie e recettori cellulari, limitando la risposta immunologica.

La correlazione fra patologie vascolari e glicocalice è stata dimostrata a livello sia micro che macro-circolatorio. Numerosi studi hanno evidenziato che un normale tasso di GAGs limita l'infiltrazione di particelle LDL nello spazio sub-endoteliale, mentre una loro riduzione comporta la formazione di edema sub-endoteliale. È stato inoltre osservato che un danno a livello del glicocalice si associa ad un aumento di superossidodismutasi extracellulare con comparsa di uno stato pro-ossidativo e quindi ad una maggiore vulnerabilità delle cellule endoteliali.

In virtù di ciò è evidente che modificazioni qualitative o quantitative della composizione di proteoglicani e/o GAGs possono indurre alterazioni della carica elettrica del glicocalice, aumento della permeabilità endoteliale, adesione di cellule e molecole proinfiammatorie e protrombotiche e condurre in ultima analisi alla disfunzione endoteliale (Fig. 1).

Selectine

Sono molecole di adesione coinvolte nell'interazione fra i leucociti e l'endotelio. Attualmente ne sono stati individuati tre tipi:

- L-selectine, espresse da quasi tutti i leucociti
- E-selectine, espresse dall'endotelio vascolare dopo stimolo da citochine
- P-selectine, espresse dalle piastrine attivate e dal-

l'endotelio vascolare attivato. Sono immagazzinate in granuli citoplasmatici (corpi di Weibel-Palade) sotto forma di proteine trans-membrana preformate che vengono poi trasferite sulla superficie cellulare dopo stimolazione.

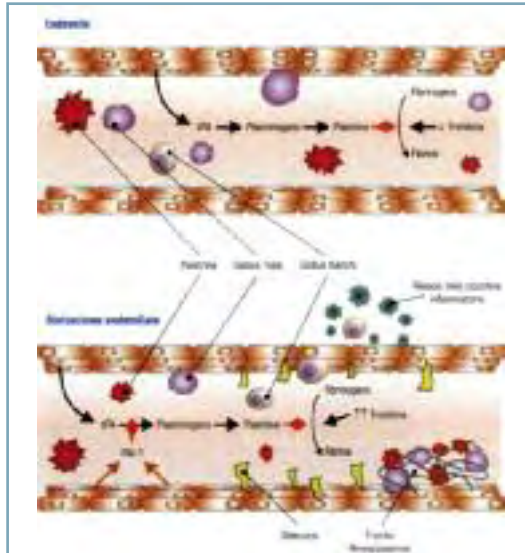


Fig. 1 - Endotelio venoso e disfunzione endoteliale.

L'adesione cellulare mediata dalle selectine è basata sul riconoscimento di carboidrati da parte della lectina Calcio-dipendente. I ligandi per le L-selectine si trovano sulle cellule endoteliali (GlyCAM-1, CD 34, Sgp34, Sgp200), quelli per le E-selectine e le P-selectine sui leucociti (ESL-1, PSGL-1). Il legame e il successivo distacco fra una selectina ed il suo ligando provocano il rallentamento dei leucociti che rotolano non solo sulle cellule endoteliali, ma anche, con un fenomeno di "rolling" secondario, su altri leucociti già adesi all'endotelio: al rallentamento si associa l'arrivo di segnali che, mediante una cascata di trasduzione, attivano le integrine dei leucociti ed, attraverso l'interazione fra queste ultime e molecole di adesione della superfamiglia delle immunoglobuline (I-CAM 1 e V-CAM), inducono l'adesione del leucocita alla parete endoteliale ed il suo successivo spostamento verso il tessuto sottostante o "extravasione".

I corpi di Weibel-Palade (WPBs) sono granuli delle cellule endoteliali che immagazzinano il fattore di von Willebrand (VWF), la P-selectina ed altri modulatori vascolari. L'endotelio secerne WPBs in risposta al danno vascolare, rilasciando VWF: questo innesca il "rolling" delle piastrine e l'esternalizzazione della P-selectina la quale a sua volta attiva il movimento dei leucociti. L'esocitosi endoteliale è una delle risposte precoci alla lesione vasale e gioca un ruolo di grande importanza nella trombosi e nell'infiammazione.

Integrine

Costituiscono una famiglia di proteine integrali di membrana con 2 funzioni fondamentali: 1) ancorare la cellula al complesso di molecole che la circondano

e cioè la matrice extracellulare 2) trasportare messaggi sia dall'interno della cellula verso l'esterno (inside-out signaling) che viceversa (outside-in signaling).

Ogni integrina è costituita da una subunità alfa ed una subunità beta. La subunità alfa presenta in alcuni casi un dominio alfa I, necessario per l'interazione con i ligandi, ed altri tre domini, Thigh, Genu e Calf importanti per i movimenti della molecola. Oggi si conoscono infatti due possibili conformazioni delle integrine: fissandole ed analizzandole in assenza di ligandi presentano una forma ripiegata inattiva, mentre fissandole in presenza di elevate concentrazioni di ligando assumono una forma distesa attiva grazie al movimento dei domini Thigh e Calf attorno al dominio Genu.

Le molecole di adesione intercellulare di tipo 1 e 2 (ICAM-1 e ICAM-2), le molecole di adesione delle cellule vascolari di tipo 1 (VCAM-1) e le molecole di adesione piastrine/cellule endoteliali di tipo 1 (PECAM-1) agiscono come ligandi per le integrine e costituiscono dei mediatori fondamentali per la migrazione e la diapedesi dei componenti immunologici (Fig. 2).

Le integrine legano le cellule epiteliali e muscolari alla laminina nella lamina basale, fornendo i legami fisici necessari per trasmettere forze interne alla matrice e per resistere alle forze esterne. Quando alcuni difetti nella parete dei piccoli vasi sanguigni necessitano di riparazione, le integrine permettono alle piastrine di aderire al collagene della membrana basale e ad altre piastrine attraverso il fibrinogeno plasmatico. Al-

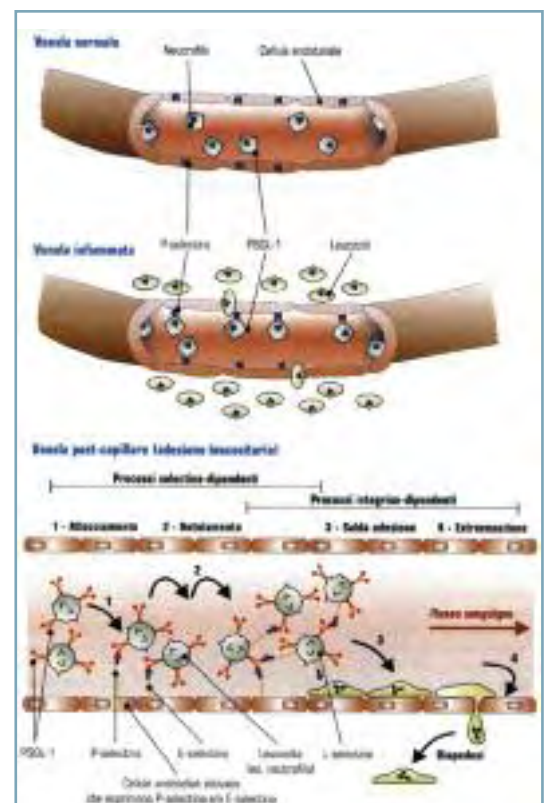


Fig. 2 - Processi selectina e integrina dipendenti.

Ruolo dell'endotelio nella patologia del sistema venoso

tre integrine cooperano con i recettori di adesione delle famiglie di ICAM, mucina e selectina per facilitare l'adesione dei globuli bianchi alle cellule endoteliali nei siti di infiammazione. Alcune cellule incrementano l'azione delle integrine con proteine di adesione della matrice strutturalmente distinte, come i distroglicani muscolari e le piastrine GPIB-IX-V.

Con l'eccezione dei globuli rossi, le integrine sono presenti nelle membrane plasmatiche della maggior parte delle cellule animali che esprimono integrine beta-1 e beta-3; i globuli bianchi esprimono invece integrine beta-2 per legare le cellule endoteliali dei vasi sanguigni. Solo le piastrine esprimono integrine alfa, recettori importanti per i ligandi di adesione solubili presenti nel plasma come il fibrinogeno.

Stress Fibers

Costituite da filamenti filiformi di actina e miosina rappresentano strutture cellulari contrattili coinvolte nel mantenimento dell'equilibrio emoreologico: la loro funzione principale è quella di adattare in base al flusso ematico la forma della cellula circolante o la distensione della cellula endoteliale. Questo processo è particolarmente importante a livello dei capillari, ove il diametro del lume è inferiore a quello delle cellule circolanti che però riescono ugualmente a passare grazie alla flessibilità dei due tipi di cellule.

Mediatori flogistici

Influenzano la cascata coagulativa aumentando l'espressione da parte delle cellule endoteliali di molecole protrombotiche quali la tromboplastina, il fattore di Von Willebrand e di fattori inibitori l'attivatore del plasminogeno, PAI-1 e PAI-2. L'interleuchina-6 aumenta ad esempio la concentrazione di fibrinogeno, PAI-1 e proteina C reattiva (PCR) che a sua volta amplifica la risposta immunologica inducendo adesione leucocitaria e produzione di fattori di crescita dei monociti.

Fattore Tissutale (TF)

Ha un ruolo essenziale nel dare inizio alla cascata coagulativa attraverso la formazione di un complesso con il fattore VII che, una volta attivato, attiva il fattore IX il quale a sua volta attiva il fattore X. Il fattore X attivato (Xa) catalizza, insieme al fattore V attivato ed agli ioni calcio, la conversione della protrombina in trombina che induce a sua volta la formazione di fibrina dal fibrinogeno. Il TF è espresso nelle cellule sub-endoteliali dei vasi, come le cellule muscolari lisce, ed è quindi promotore del processo coagulativo quando a causa di un danno dell'endotelio esse entrano in contatto con le cellule ematiche: la sua concentrazione nello strato sub-endoteliale è normalmente molto bassa ma può aumentare in seguito all'azione di mediatori quali il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa), il ligando

del CD40, l'istamina, la trombina, il fattore di crescita piastrinico di tipo BB (PDGF-BB). La presenza di TF è stata rilevata anche nel flusso sanguigno (TF circolante) ove si trova associato a microparticelle derivanti da cellule endoteliali o in forma libera, non legato a microparticelle e dotato di attività procoagulante.

Metallo-Proteinasi (MMPs)

Le Metallo-proteinasi (MMPs) costituiscono una famiglia di enzimi responsabili della lisi di numerose proteine della matrice extracellulare (ECM) quali collagene, gelatina, laminina ecc. In condizioni normali fra sintesi e degradazione dei componenti della matrice extracellulare esiste un mutuo equilibrio. Citochine infiammatorie (IL-1 alfa, IL-1 beta, TNF-alfa), fattori di crescita (Vascular endothelial growth factor VEGF, Transforming growth factor TGF, Platelet derived growth factor PDGF), ormoni, interazioni cellula-cellula e cellula-matrice modulano l'espressione degli enzimi degradanti attraverso cambiamenti nei livelli di trascrizione. Fino ad oggi sono state descritte almeno 19 MMPs implicate in numerosi processi fisiologici e patologici, capaci non solo di degradare tutti i componenti della matrice extra-cellulare, ma anche di innescare un meccanismo di autoattivazione a cascata che ne potenzia l'azione e l'efficacia: tutte condividono il dominio propeptidico che viene perso dopo il processo di attivazione ed il dominio catalitico che contiene un sito di legame per lo zinco.

L'attività delle MMPs può essere inibita da inibitori naturali, quali gli inibitori tissutali delle MMPs (TIMPs), l'alfa-2-macroglobulina, l'alfa-1-antiproteasi, o sintetici, quali EDTA o anticorpi inibitori. I TIMPs riducono l'eccessiva degradazione proteolitica della matrice extra-cellulare per cui l'equilibrio fra MMPs da una parte e TIMPs dall'altra gioca un ruolo importante nell'angiogenesi e nel rimodellamento vascolare fisiologico.

Gli studi degli ultimi anni hanno dimostrato in modo sempre più evidente come una up-regulation delle MMPs favorisca l'alterazione della parete venosa con un suo rimodellamento patologico che conduce alla Malattia Venosa Cronica (MVC). Studi su campioni di vene varicose sottoposte a stripping, confrontati con campioni di vene sane, hanno evidenziato livelli elevati di metalloproteasi ed un'iperattività delle stesse correlata all'infiammazione in corso di complicanze tromboflebitiche. Altre ricerche, volte ad indagare il ruolo delle MMPs nelle fasi iniziali della formazione della varice, hanno dimostrato che la MMP-2 (gelatinasi A) è in grado di indurre un rilassamento del tessuto venoso attraverso un meccanismo che comporta l'iperpolarizzazione del Ca^{++} delle fibrocellule muscolari lisce. Oggetto di studio è oggi la relazione fra l'ipertensione presente nella malattia venosa cronica ed iperattività delle MMPs: è stato ipotizzato che un'ipertensione venosa prolungata possa indurre una sovra-espressione di metalloproteasi con riduzione della contrattilità ed incremento della disfunzione venosa.

sa. Raffetto ha dimostrato, in uno studio su vena cava di ratto, una sovra-espressione di MMP-2 e MMP-9 con riduzione della capacità contrattile di parete in seguito ad un aumento prolungato dei valori pressori. D'altra parte ricerche condotte sull'essudato dell'ulcera venosa hanno evidenziato una gran quantità di enzimi proteasici, con un'attività 100 volte superiore rispetto ad una normale ferita, ed una riduzione della capacità proliferativa e della risposta ai fattori di crescita della componente fibroblastica dell'ulcera, probabilmente in rapporto all'iperattività proteinasica. In virtù di ciò le MMPs, ed in particolare la MMP-9, sono state studiate negli ultimi anni come biomarker in tutti gli stadi della Malattia Venosa Cronica, indagando peraltro il rapporto fra glicosaminoglicani (GAGs) e MMPs, nel senso di una possibilità da parte dei primi di modulare produzione ed attività delle metalloproteasi nel plasma umano.

Malattia venosa cronica e disfunzione endoteliale

La stasi e l'ipertensione venosa, che caratterizzano, da un punto di vista emodinamico, la malattia venosa cronica, si ripercuotono negativamente sull'endotelio provocando due conseguenze fondamentali:

- un aumento della permeabilità dell'endotelio
- una alterazione della funzione dell'endotelio o *Disfunzione endoteliale*

Mentre in condizioni di flusso normale lo shear-stress esercitato dal sangue circolante sull'endotelio venoso promuove il rilascio di fattori anti-infiammatori ed anti-trombotici, un flusso rallentato o turbolento induce un effetto opposto sull'attività endoteliale, con liberazione di fattori pro-infiammatori e pro-trombotici.

L'aumento della permeabilità comporta un incremento della filtrazione nell'unità microvascolotessutale, con aumento del liquido e quindi della pressione interstiziale, compensato inizialmente dal drenaggio microlinfatico. All'esaurirsi di quest'ultimo consegue un ulteriore incremento della stasi, con il passaggio nello spazio interstiziale non solo di liquidi e cristalloidi ma anche di globuli rossi e fibrinogeno, con formazione di depositi di fibrina con il tipico aspetto "a mannicotto" intorno ai capillari e riduzione in ultima analisi dell'ossigenazione tessutale.

La disfunzione dell'endotelio comporta a sua volta aumentata sintesi di mediatori dell'infiammazione e di fattori di crescita attivi sulle cellule muscolari lisce, attivazione ed adesione dei leucociti alla parete, aumento dei fenomeni di lipoperossidazione e della produzione di radicali liberi, espressione del Fattore Tessutale (FT) e comparsa finale di trombosi. Le modificazioni strutturali e funzionali del glicocalice, soprattutto in termini di deplezione dei glicosaminoglicani (GAGs), le alterazioni nella sintesi del collagene, l'incremento del numero di cellule infiammatorie (neutrofili, macrofagi), la degradazione della matrice extra-cellulare ad opera di metalloproteasi (MMPs), il delicato equilibrio fra queste ultime ed i loro inibitori

(TIMPs) rappresentano oggi le nuove chiavi di volta per la comprensione dei meccanismi patogenetici più fini alla base della malattia venosa.

Bibliografia

1. Alon R, Shulman Z. *Chemokine triggered integrin activation and actin remodeling events guiding lymphocyte migration across vascular barriers*. Exp Cell Res 2011; 317: 632-641.
2. Banquy X, Leclair G, Rabanel JM et al. *Selectins ligand decorated drug carriers for activated endothelial cell targeting*. Bioconjug Chem 2008; 19: 2030-2039.
3. Bergan JJ, Schmid-Schombein GW, Coleridge Smith PD et al. *Chronic venous disease*. N Eng J Med 2006; 355: 488-498.
4. Blann AD. *Assessment of endothelial dysfunction: focus on atherothrombotic disease*. Pathophysiol Haemost Thromb 2003; 33: 256-261.
5. Bonetti PO, Lerman LO, Lerman A. *Endothelial dysfunction: a marker of atherosclerotic risk*. Arterioscl Thromb Vasc Biol 2003; 23: 168-175.
6. Carman CV. *Overview: imaging in the study of integrins*. Methods Mol Biol 2012; 757: 159-189.
7. Chappel D, Westphal M, Jacob M. *The impact of the glycocalyx on microcirculatory oxygen distribution in critical illness*. Curr Opin Anesthesiol 2009; 22: 155-162.
8. Esper RI, Nordaby RA, Vilarino JO et al. *Endothelial dysfunction: a comprehensive appraisal*. Cardiovasc Diabetol 2006; 5: 4.
9. Goliass C, Batistatou A, Bablekos G et al. *Physiology and pathophysiology of selectins, integrins and IgSF cell adhesion molecules focusing on inflammation. A paradigm model on infectious endocarditis*. Cell Commun Adhes 2011; 18: 19-32.
10. Gouverneur M, Spaan JA, Pannekoek H et al. *Fluid shear stress stimulates incorporation of hyaluronan into endothelial cell glycocalyx*. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2006; 290: 458-462.
11. Hartweg J, Gunter M, Perera R et al. *Stability of soluble adhesion molecules, selectins and C-reactive protein at various temperatures: implications for epidemiological and large-scale clinical studies*. Clin Chem 2007; 53: 1858-1860.
12. Heffner JE. *Integrins, selectins and mentors*. Am J Respir Crit Care Med 2010; 182: 1216-1217.
13. Junger M, Steins A, Hahn M et al. *Microcirculatory dysfunction in chronic venous insufficiency*. Microcirculation 2000; 7: s3 - s12.
14. Yukami T, Hasegawa M, Matsushita Y et al. *Endothelial selectins regulate skin wound healing in cooperation with L-selectin and ICAM-1*. J Leukoc Biol 2007; 82: 519-531.
15. Mulivor AW, Lipowsky HH. *Role of glycocalyx in leukocyte-endothelial cell adhesion*. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2002; 283: h1282-h1291.
16. Nicolaides AN. *Chronic venous disease and leukocyte-endothelium interaction: from symptoms to ulceration*. Angiology 2005; 56: s11-s19.
17. Nieuwdorp M, Meuwese MC, Vink H et al. *The endothelial glycocalyx: a potential barrier between health and vascular disease*. Curr Opin Lipidol 2005; 16: 507-511.
18. Raffetto JD, Qiao X, Koledova VV. *Prolonged increases in vein wall tension increase matrix metalloproteinases and decrease constriction in rat vena cava: potential implications in varicose veins*. J Vasc Surg 2008; 48: 447-456.

Una proposta per la gestione del paziente con versamento pleurico maligno. Esperienza personale

Giuseppe Ferrentino

Capitano Medico Assistente Reparto Oncologia del Policlinico Militare di Roma.

Riassunto

Il versamento pleurico maligno è indice di malattia neoplastica polmonare avanzata e costituisce la maggiore indicazione all'effettuazione della pleurodesi chimica o al posizionamento di un catetere per il drenaggio.

Si propone la gestione del paziente con versamento pleurico mediante toracentesi, posizionamento di drenaggio pleurico con l'utilizzo di catetere di piccolo calibro e pleurodesi chimica.

Questa metodica trova indicazione in pazienti con malattia neoplastica avanzata nell'ambito della palliazione dei sintomi, dimostra un vantaggio in termini di miglioramento della qualità di vita e una riduzione dei rischi connessi ad eventuali procedure maggiormente invasive.

Parole chiave: versamento pleurico maligno, drenaggio toracico, catetere di piccolo calibro, pleurodesi chimica.

Introduzione

Il versamento pleurico è definito come l'accumulo di liquido all'interno della cavità pleurica causato da patologia polmonare, pleurica o extrapolmonare. La presenza di versamento pleurico nei pazienti affetti da neoplasia polmonare o metastasi polmonari è indice di malattia avanzata o diffusa e come tale può ridurre i margini di trattamento e l'aspettativa di vita^[1]. In questi pazienti la dispnea rappresenta un sintomo invalidante che riduce la qualità di vita e può associarsi a tosse e dolore toracico, quest'ultimo dovuto all'infiltrazione neoplastica della pleura parietale, delle coste e delle altre strutture intercostali^[2].

In letteratura scientifica sono descritte diverse tecniche per la corretta gestione del versamento pleurico maligno ed il trattamento ottimale risulta ancora controverso^[3].

Presso il Nostro Reparto si è scelto di trattare tale patologia mediante toracentesi, posizionamento di drenaggio pleurico di piccolo calibro utilizzando un catetere venoso e successiva pleurodesi chimica mediante instillazione di agente sclerosante attraverso il catetere di drenaggio.

Lo scopo del trattamento è la palliazione dei sintomi minimizzando i possibili effetti collaterali dovuti alle diverse procedure.

Pazienti e metodi

In questo studio sono stati valutati in modo retrospettivo i pazienti con un versamento pleurico maligno massivo ricoverati presso il Reparto di Oncologia o presso il Day Hospital Oncologia del Policlinico Militare di Roma nel periodo compreso tra novembre 2013 e gennaio 2015, per i quali non sono stati considerati ulteriori trattamenti e che hanno accettato il posizionamento di un catetere pleurico di piccolo calibro.

I pazienti sono stati selezionati in base alla loro sopravvivenza globale stimata ed al performance status.

La diagnosi di versamento pleurico è stata accertata con radiografia del torace e l'esame istologico o l'esame citologico hanno confermato la presenza di cellule neoplastiche (Figura 1); in assenza dei dati istologici è stata considerata la storia clinica dei pazienti.

Prima acquisizione di consenso informato, al letto del paziente ed in anestesia locale, si è proceduto al posizionamento di un drenaggio pleurico utilizzando un catetere venoso tipo PICC (prodotto dalla ditta COOK) calibro 4 F seguendo la tecnica di Seldinger in condizioni di sterilità (Figura 2); si è proceduto infine a medicazione con cerotto alla clorexidina.

Al termine della procedura i pazienti sono stati sottoposti a radiografia del torace per il controllo del posizionamento del catetere. Ottenuta la conferma radiografica dell'avvenuto drenaggio di liquido pleurico e della riespansione polmonare, i pazienti sono stati sottoposti ad instillazione intrapleurica di metilprednisolone acetato a dosaggio crescente (80 mg giorno 1 - 160 mg giorno 2 - 320 mg giorno 3) in modo da favorire la pleurodesi chimica. In caso di insuccesso o di recidiva i pazienti sono stati sottoposti ad instillazione in-

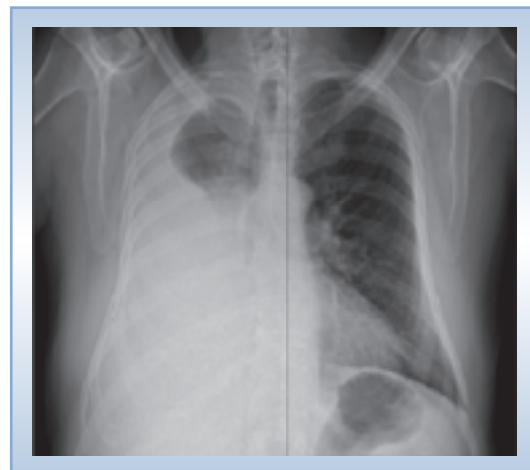


Fig. 1 - Versamento pleurico massivo destro.



Fig. 2 - Posizionamento del drenaggio pleurico mediante catetere venoso tipo PICC calibro 4 F.

trapleurica di bleomicina al dosaggio di 1 UI/Kg di peso corporeo. Il catetere è stato rimosso quando il liquido pleurico drenato era inferiore a 150 ml al giorno.

Risultati

Sono stati valutati 7 pazienti (4 uomini e 3 donne) con versamento pleurico maligno massivo di età media di 71 anni (range, 58-79 anni) con diagnosi principale di malattia neoplastica primitiva polmonare o con metastasi polmonari; 3 pazienti erano affetti da adenocarcinoma polmonare, 2 pazienti da microcitoma polmonare, 1 paziente da carcinoma ovarico ed 1 paziente da epatocarcinoma. Al momento della valutazione i pazienti presentavano tutti un Performance Status > 2 (sec. ECOG) ed una sopravvivenza stimata inferiore ai 3 mesi (previsione clinica). Il posizionamento del catetere toracico è stato monolaterale in tutti i pazienti, 1 paziente ha ripetuto la procedura per un totale di tre volte per recidiva del versamento pleurico, mentre in altri 2 casi di recidiva si è deciso di non riposizionare il catetere. La permanenza del catetere in sede toracica è stata in media di 13,4 giorni (range, 3-17 giorni), 3 pazienti sono stati dimessi al domicilio e visitati in ambulatorio ogni 2-3 giorni per effettuare il drenaggio del liquido pleurico. In un caso il catetere è stato rimosso dopo 3 giorni per il peggioramento delle condizioni generali del paziente e per il malfunzionamento del catetere.

Non sono state osservate complicanze precoci o tardive correlate al posizionamento del catetere. In un solo caso dopo 3 giorni è stata osservata infiammazione in corrispondenza della sede di inserzione del catetere; il trattamento è stato effettuato con antibio-

tico topico. Anche per i pazienti dimessi al domicilio non sono state osservate complicanze. Cinque pazienti sono giunti ad exitus entro un mese dalla procedura, 1 paziente ha avuto una sopravvivenza di circa 3 mesi, solamente la paziente affetta da carcinoma ovarico ha mostrato una sopravvivenza maggiore, pari a circa 5 mesi. Durante l'osservazione si è assistito al miglioramento sia della sintomatologia dispnoica che della qualità di vita di tutti i pazienti, la metodica è risultata essere ben accettata; 3 pazienti sono stati in grado di continuare i trattamenti specifici. L'assistenza infermieristica è risultata essere limitata alle sole medicazioni.

Discussione

La gestione del paziente affetto da versamento pleurico maligno può prevedere più sedute di toracentesi evacuativa in quanto, come riportato in letteratura, il tempo mediano alla recidiva è di circa 4,2 giorni dalla procedura^[4]. Per tale motivo, in pazienti in fase di malattia molto avanzata, l'evacuazione del versamento mediante toracentesi risulta generalmente in un beneficio sintomatico temporaneo e le ripetute toracentesi possono aumentare il rischio di pneumotorace ed empiema oltre che rappresentare un disagio per il paziente^[5].

La mancanza di un trattamento curativo efficace negli stadi più avanzati della malattia neoplastica costringe all'utilizzo di metodiche terapeutiche palliative finalizzate ad alleviare la sintomatologia causata dalla presenza del versamento pleurico.

Tra queste vi sono la pleurodesi chimica ed il posizionamento di catetere a permanenza:

- La sinfisi pleurica può essere ottenuta con il posizionamento e la presenza di un tubo di drenaggio toracico seguita da pleurodesi chimica con l'istillazione di vari agenti come talco, bleomicina, doxorubicina con risultati soddisfacenti, mentre metodiche più invasive comprendono la toracosopia e la video-toracosopia con abrasione meccanica della pleura e/o sclerosi chimica^[6-8]. L'efficacia della pleurodesi chimica è dovuta ad una diffusa reazione infiammatoria ed una attivazione locale della cascata coagulativa con deposito di fibrina e successiva sclerosi della pleura parietale e della pleura viscerale.
- Il posizionamento di un catetere pleurico a permanenza assicura un accesso allo spazio pleurico per il drenaggio del liquido quando i sintomi recidivano^[5].

Sebbene le suddette tecniche possano raggiungere la pleurodesi con elevate percentuali di successo, le stesse riconoscono diverse indicazioni e possono essere

Tabella 1. - Confronto tra pleurodesi chimica con talco e catetere pleurico a permanenza.

	Pleurodesi chimica con talco (powder o slurry)	Catetere pleurico a permanenza
Tasso di successo	81-100%	Circa 40% pleurodesi spontanea dopo 2-6 settimane
Effetti collaterali	Febbre, dolore toracico di tipo pleuritico, ARDS, polmonite	Malfunzionamento del catetere, pneumotorace, dolore toracico, empiema, cellulite, rottura del catetere, metastasi tumorali nella sede di inserzione
Recidive	30% dopo 50 giorni	Non definito

Una proposta per la gestione del paziente con versamento pleurico maligno

gravate da una significativa morbidità, ricoveri ed ospedalizzazione prolungati, limitata mobilità a causa della presenza del tubo di drenaggio, dolore ed infiammazione nella sede di impianto del tubo. Di seguito, in Tabella 1, quanto descritto da Lee (Chest, 2012) riguardo le procedure di pleurodesi chimica con talco e posizionamento di catetere pleurico a permanenza [5].

Le indicazioni riguardano soprattutto le condizioni generali dei pazienti, che devono essere sufficienti per sostenere le procedure e la sopravvivenza stimata; uno studio sull'analisi del costo e dell'efficacia di entrambe le metodiche ha concluso che la pleurodesi chimica è più efficace del catetere a permanenza quando la sopravvivenza dei pazienti era > 6 settimane [9].

Nel nostro caso, in considerazione dell'aspettativa di vita e del performance status dei pazienti, si è scelto di posizionare un catetere di piccolo calibro e tentare la pleurodesi chimica con agenti che seppur dotati di una minor percentuale di successi rispetto al talco, sono gravati da minori effetti collaterali; la scelta del metilprednisolone acetato come agente sclerosante è stata determinata sulla base dei seguenti fattori: percentuali di efficacia nel trattamento, sicurezza (effetti collaterali minimi o nulli), facilità di somministrazione, numero di somministrazioni necessarie per ottenere una risposta completa, costo del farmaco [10].

La scelta di un atteggiamento prudente è stata suggerita dal fatto che molti pazienti con versamento pleurico maligno hanno già sperimentato effetti collaterali da chemio o radioterapia, per questi pazienti infatti è utile ridurre al minimo l'ospedalizzazione ed il disagio di doversi sottoporre a procedure ripetute o gravate da una certa percentuale di morbidità [11, 12].

L'utilizzo di cateteri di piccolo calibro nel trattamento palliativo del versamento pleurico maligno è sostenuto in diversi case report ed è stato dimostrato che a parità di efficacia rispetto ai tubi toracici, esso è gravato da minor dolore, minor ospedalizzazione e costo ridotto [13, 14].

Applicando quanto detto alla nostra pratica clinica, l'utilizzo di un catetere pleurico di piccolo calibro evita al paziente di sottoporsi a frequenti toracentesi riducendo il rischio di complicanze dovute alle ripetute procedure facilitando allo stesso tempo la pleurodesi chimica [12].

Ai pazienti viene ridotto il disagio sia durante il posizionamento del catetere che durante la permanenza in situ del catetere stesso, inoltre non viene ostacolato il nursing e l'eventuale fisioterapia [12].

La richiesta di assistenza infermieristica risulta essere minima in quanto il sito di posizionamento del catetere è piccolo e non associato a particolari complicanze, quindi una volta medicato non necessita di costanti controlli da parte del personale infermieristico [12].

Conclusioni

Sulla base di questa esperienza, nell'ambito del trattamento palliativo di una condizione neoplastica comunque incurabile, si può affermare che la metodica

utilizzata possa rappresentare una valida alternativa a tecniche maggiormente invasive già in uso.

I pazienti ne traggono vantaggio non solo in termini di rischio correlato alla procedura stessa, ma anche in qualità di vita e benessere psicologico; percepiscono come risolta la sintomatologia dispnoica legata alla presenza di versamento, senza però essere stati sottoposti ad un atto chirurgico e restando per tutto il periodo necessario al completamento della procedura nella propria stanza di ricovero o al domicilio, senza limitazioni alla mobilizzazione grazie al minimo ingombro del catetere.

Bibliografia

1. Charnow B, Sahn SA. *Carcinomatous involvement of pleura*. Ann. J. Med. 1977; 63:695-702.
2. Judson MA, Sahn SA. *Pulmonary physiologic abnormalities caused by pleural disease*. Semin Respir Crit Care Med 1995; 16:346-353.
3. Li X, Ferguson MK. *Optimal management of symptomatic malignant pleural effusion*. Difficult Decision in Surgery: an evidence-based approach 2014; 1:635-645.
4. Anderson CB, Philpott GW, Ferguson TB. *The treatment of malignant pleural effusions*. Cancer 1974; 33:916-922.
5. Lee P. *Point: should thorascopic talc pleurodesis be the first choice management for malignant effusion?* Yes. Chest 2012; 142(1):15-17.
6. Rodriguez-Panadero F, Antony VB. *Pleurodesis: State of the art*. Eur Respir J 1997; 10:1648-1654.
7. Colt HG. *Thorascopic management of malignant pleural effusions*. Clin Chest Med 1995; 16:505-518.
8. Waller DA, Morritt GN, Forty J. *Video-assisted thorascopic pleurectomy in the management of malignant pleural effusion*. Chest 1995; 107:1454-1456.
9. Olden AM, Holloway R. *Treatment of malignant pleural effusion: PleurRx catheter or talc pleurodesis? A cost-effectiveness analysis*. J Palliat Med. 2010; 13(1):59-65.
10. Pisello F, Geraci G, Sciumè C, Platia L, Facella T, Romeo M, Modica G. *Toracentesi e pleurodesi nel trattamento dei versamenti pleurici. Esperienza personale*. G Chir 2008; 29:299-304.
11. Musani AI, Haas AR, Seijo L, Wilby M, Sterman DH. *Outpatient Management of Malignant Pleural Effusions with Small-Bore, Tunneled Pleural Catheters*. Respiration 2004; 71:559-566.
12. Singh K, Loo S, Bellomo R. *Pleural drainage using central venous catheters*. Critical care 2003; 7:R191-R194.
13. Putnam JB, Light RW, Rodriguez RM, et al. *A randomized comparison of indwelling pleural catheter and doxycycline pleurodesis in the management of malignant pleural effusions*. Cancer 1999; 86:1992-1999.
14. Leff RS, Eisenberg B, Baisden CE, et al. *Drainage of recurrent pleural effusion via an implanted port and intrapleural catheter*. Ann Intern Med 1986; 104:208-209.

Autore responsabile dei rapporti con la rivista:
dott. Giuseppe Ferrentino
Piazza Celimontana, 50 -00184- Roma
e-mail: peppeferre@libero.it

a cura di Antonino Gatto

Primario chirurgo emerito, specialista in Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso, Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, Urologia



Il varicocele: sintomi, diagnosi e terapia

Il varicocele, una patologia che può colpire entrambi i sessi, è dovuta ad una condizione di dilatazione delle vene gonadiche (spermatica nell'uomo e ovarica nella donna). Più comunemente, è considerata una patologia maschile infatti la dilatazione venosa intorno al testicolo, interessando il 12% della popolazione, può determinare il 25-40 % di infertilità nell'uomo. Viene di solito scoperto nel corso di un esame obiettivo durante una visita specialistica o dal medico curante. Alla palpazione si apprezzano delle vene dilatate nell'emiscroto interessato (90% delle volte a sinistra per motivi anatomici). Per uno studio più preciso occorre eseguire un ecocolorDoppler ed un spermogramma che ci permetteranno di verificare il grado del varicocele e le caratteristiche del liquido spermatico e degli spermatozoi. Sebbene l'esatto rapporto tra varicocele ed infertilità non sia ancora chiarito, è del tutto evidente che una percentuale elevata di uomini infertili presenta una storia di varicocele, e in più della metà di questi soggetti la correzione chirurgica migliora i parametri dello spermogramma. Si ritiene che gli effetti dannosi del varicocele siano dovuti all'elevata temperatura all'interno dello scroto dovuta al ristagno di sangue. Tale aumento termico interferisce con la formazione dello sperma e, in minima parte, con la produzione di androgeni (ormoni maschili). Esistono prove sia sperimentali che cliniche che le modificazioni patologiche del testicolo affetto da varicocele possono presentarsi anche al testicolo controlaterale. Il trattamento del varicocele nell'adolescente viene eseguito soprattutto per bloccare o rendere reversibile i danni sulla crescita degli spermatozoi e le potenziali implicazioni sulla fertilità. I trattamenti chirurgici possono essere sia di tipo tradizionale, con un piccolo taglio sopra l'inguine (in anestesia locale), sia in laparoscopia (in anestesia generale). Può anche essere utilizzata la tecnica radiologica interventistica di embolizzazione venosa. La recidiva secondaria a qualsiasi tipo di trattamento è circa il 10%. Al fine di evitare un danno irreversibile sulla fertilità è quindi consigliabile la correzione del varicocele in quei pazienti in cui sia clinicamente evidente e con alterazione dei parametri seminali.

reazione chirurgica migliora i parametri dello spermogramma. Si ritiene che gli effetti dannosi del varicocele siano dovuti all'elevata temperatura all'interno dello scroto dovuta al ristagno di sangue. Tale aumento termico interferisce con la formazione dello sperma e, in minima parte, con la produzione di androgeni (ormoni maschili). Esistono prove sia sperimentali che cliniche che le modificazioni patologiche del testicolo affetto da varicocele possono presentarsi anche al testicolo controlaterale. Il trattamento del varicocele nell'adolescente viene eseguito soprattutto per bloccare o rendere reversibile i danni sulla crescita degli spermatozoi e le potenziali implicazioni sulla fertilità. I trattamenti chirurgici possono essere sia di tipo tradizionale, con un piccolo taglio sopra l'inguine (in anestesia locale), sia in laparoscopia (in anestesia generale). Può anche essere utilizzata la tecnica radiologica interventistica di embolizzazione venosa. La recidiva secondaria a qualsiasi tipo di trattamento è circa il 10%. Al fine di evitare un danno irreversibile sulla fertilità è quindi consigliabile la correzione del varicocele in quei pazienti in cui sia clinicamente evidente e con alterazione dei parametri seminali.



Bibliografia:

1. Urologia di Campbell Jacob Rajfer: 2206-2207.
2. European Urology 2006; vol.1 N.2:122-128.



Fig. 1 - Varici

Le varici degli arti inferiori

Per varice si intende una lesione venosa, sostenuta da processi degenerativi delle tuniche della parete del vaso, caratterizzata da allungamento permanente dello stesso e da alterazioni delle valvole. Le vene interessate sono la Grande Safena (o safena interna) e la Piccola Safena (posta posteriormente alla gamba). Queste vene sono superficiali e comunicano con quelle profonde tramite le vene perforanti.

Le varici si manifestano a carico del circolo superficiale e rappresentano il 90% della patologia venosa. Si distinguono in primitive e secondarie.

Varici Primitive: le cause sono molteplici, oltre ad una predisposizione genetica (come nella gran parte delle malattie) spesso vi sono cause endocrine (infatti sono più frequenti nelle donne), la gravidanza è un altro fattore che può determinare la comparsa di malattia probabilmente per problemi ormonali, all'inizio, e poi per compressione dell'utero, successivamente. Altri fattori favorevoli sono l'obesità e la prolungata stazione eretta.

Varici Secondarie o Sintomatiche: sono quelle varici che hanno una causa ben precisa alla base della malattia. Particolare importanza assumono, a livello degli arti inferiori, quelle che si sviluppano in seguito a tromboflebiti delle vene del sistema profondo (oltre a forme più rare dove spesso vi sono fistole artero-venose).

Alla base della patologia varicosa vi è un aumento della pressione del circolo superficiale dovuta ad una situazione di reflusso ematico. È importante distinguere, dal punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico, se questa ipertensione del circolo superficiale è primitiva o secondaria.

Inizialmente il paziente riferisce *sensazione di tensione* agli arti inferiori, *pesantezza, facile faticabilità*. Tali sintomi sono più evidenti nelle ore serali, attenuandosi, fino a scomparire, durante la deambulazione od il riposo a letto. Un altro sintomo abbastanza caratteristico è il *crampo muscolare*, localizzato al polpaccio, che si manifesta soprattutto a riposo. Dopo prolungata stazione eretta compare l'*edema* peri-malleolare e del piede. Sono poi visibili le vene dilatate e raramente sono presenti discromie cutanee.

Le complicanze più comuni sono: *dermatiti*, dovute a stravasamento ematico con deposito di pigmenti e *tromboflebite*. I fattori scatenanti possono essere traumi, interventi chirurgici, gravidanza, immobilità prolungata, malattie infettive ecc.

Ulcera varicosa: preceduta spesso da una dermatite, si localizza sulla faccia interna della gamba (sopra al malleolo). È in genere un'ulcera superficiale spesso dolente. Se lasciata a sé ha scarsa tendenza alla guarigione, e tende ad allargarsi fino ad interessare a manico tutta la regione peri-malleolare. Sul fondo dell'ulcera può essere presente un tratto di vaso che può andare incontro ad infiammazione con conseguente tromboflebite locale o, invece, rompersi causando una emorragia.

La diagnosi è possibile sia per i sintomi sia facendo una visita accurata che si avvale di alcune manovre semeiologiche. Per una diagnosi più accurata e per lo studio dei reflussi ci si avvale dell'ecocolorDoppler. In alcuni casi è necessario fare indagini più costose ed anche invasive come l'angio TAC, l'angio RMN e la flebografia.

Trattamenti:

- *Terapia farmacologica*: è essenzialmente una terapia sintomatica, può alleviare i sintomi ma non agisce sulla causa.
- *Terapia elasto-compressiva*: la compressione ha l'obiettivo di controbilanciare l'ipertensione nel circolo superficiale, sia per varici primitive che per sindrome post-flebitica.
- *Terapia sclerosante*: si attua mediante iniezione all'interno della vena di preparati chimici specifici (in genere polidocanolo) che provocano irritazione chimica che produce la coagulazione dei vasi trattati e il loro conseguente assorbimento. L'indicazione a tale terapia è per varici reticolari e per capillari inestetici.
- *Terapia chirurgica*: trova la sua indicazione quando vi sono chiari sintomi di stasi venosa o quando si sia verificata una complicanza.

La terapia chirurgica ha una funzione sia terapeutica che profilattica; infatti si asporta un territorio funzionalmente inefficiente che viene completamente sostituito dal circolo profondo. Si evita, inoltre, che i territori ancora funzionanti vengano interessati dall'ipertensione venosa che causa le varici. Il trattamento chirurgico preferenziale è lo *Stripping* del circolo venoso superficiale interessato dalla patologia venosa. Al termine dell'intervento si applica un bendaggio elasto-compressivo, allo scopo di evitare estesi ematomi, che si terrà per circa dieci giorni. Tale intervento può essere eseguito facilmente in day hospital o anche ambulatorialmente. Ci sono poi una serie di altri trattamenti sia di tipo chirurgico conservativo sia con l'utilizzo della radiofrequenza che utilizza delle sonde che vengono inserite nella vena e che con l'energia termica determinano l'occlusione della vena stessa.



Fig. 2 - Ulcera varicosa

Malaria cambia l'odore del corpo in 'profumo': ciò calamita le zanzare

I parassiti della malaria sono in grado di trasformare l'odore del corpo in un 'profumo' a cui le zanzare non riescono a resistere: vengono attratte come da una calamita. A stabilirlo è uno studio dell'Istituto Federale Svizzero di Tecnologia (Eth) di Zurigo condotto sui topi e pubblicato sulla rivista 'Pnas'. Ora l'obiettivo degli scienziati è indagare direttamente sul campo, in Africa, gli sviluppi della ricerca. Se i dati saranno confermati anche sull'uomo, si potrebbe sviluppare un nuovo metodo non invasivo per la diagnosi della malaria basato sull'odore del corpo, così sensibile da identificare anche le persone che rimangono contagiose pur non manifestando i sintomi della malattia. Lo studio ha dimostrato infatti che il parassita della malaria è capace di alterare in maniera permanente l'odore del corpo delle sue 'vittime'. Secondo Consuelo De Moraes, tra i principali autori della ricerca, "dai nostri risultati abbiamo un aumento complesso di diversi composti che sono una calamita per le zanzare. Questo accade - osserva - perché i parassiti sono in grado di modificare l'odore del soggetto che li ospita per garantirsi una sopravvivenza continua". Fonte: *AdnKronos Salute*



Quali sono i pazienti a rischio di sviluppare il tumore al fegato

Intervista al Prof. Luigi Bolondi

*Ordinario di Medicina Interna all'Università di Bologna,
Direttore della Unità complessa di Medicina Interna
al Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna*



In questi ultimi 12 mesi sono arrivate all'Associazione EpaC numerose testimonianze di pazienti che hanno purtroppo scoperto la presenza di un epatocarcinoma. Altre persone ci hanno chiamati molto allarmati poiché alla ecografia risultavano “ noduli sospetti” che fortunatamente poi si sono rivelati a controlli successivi lesioni non tumorali.

Questo ci ha dato lo spunto per fare un po' di chiarezza sull'insorgenza del tumore, in quale fase della malattia è ipotizzabile che ciò possa aver luogo, quali esami strumentali sono necessari ecc.

Abbiamo quindi deciso di intervistare un esperto della diagnosi precoce del tumore al fegato, il Prof. Luigi Bolondi, Ordinario di Medicina Interna all'Università di Bologna, Direttore della Unità complessa di Medicina Interna al Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna.

Prof. Bolondi di cosa si occupa?

Sono un internista che si occupa prevalentemente di malattie del fegato, in particolare la diagnosi e la terapia dei tumori primitivi epatici.

Che cosa è esattamente un tumore del fegato?

Per tumore si intende qualunque formazione con caratteristiche anatomiche anomale all'interno di un organo.

In quali casi possiamo parlare di tumore benigno e in quali di tumore maligno?

Nel fegato, come in qualunque altro organo, si possono sviluppare tumori benigni e tumori maligni. I tumori maligni hanno la caratteristica di crescere in maniera anomala, invadendo e sovvertendo il tessuto circostante, determinando anche lesioni in altri organi che sono denominate metastasi. Fra i tumori maligni del fegato,

il più frequente è l'Epatocarcinoma, che insorge quasi esclusivamente nei pazienti affetti da epatopatie croniche, di origine virale e non virale.

Che cosa è un “ Nodulo” ? È sempre riconducibile a una lesione maligna?

Per “ nodulo” si intende una formazione di natura indeterminata riscontrata, in genere con una tecnica di immagine (ecografia, TAC o Risonanza Magnetica), nel contesto del fegato. Nei pazienti con epatopatia cronica, quando si riscontra un “ nodulo” , è necessario effettuare altri accertamenti per arrivare a una caratterizzazione definitiva, in quanto, fino a prova contraria, ogni nodulo è sospetto per malignità. Occorre comunque ricordare che la distinzione non è sempre facile in quanto il processo di trasformazione maligna è complesso e possono esistere delle forme intermedie (noduli displastici) che non sono ancora tumori maligni ma lo possono diventare.

In quale fase della malattia del fegato si rischia l'insorgenza del tumore del fegato?

Durante la cirrosi o in alcuni casi anche prima?

Generalmente i tumori maligni insorgono nel fegato cirrotico. È però possibile, in un numero limitato di casi, che essi possano insorgere anche su epatite cronica. Ciò è più frequente nei pazienti affetti da epatite B.

Quali esami diagnostici devono essere utilizzati per scoprire un tumore anche in fase iniziale?

L'ecografia, eseguita a intervalli regolari (ogni 6 mesi) nei pazienti con cirrosi epatica, nei pazienti con fibrosi avanzata e severa e nei pazienti portatori di epatite B, è la tecnica che più frequentemente porta alla scoperta del nodulo

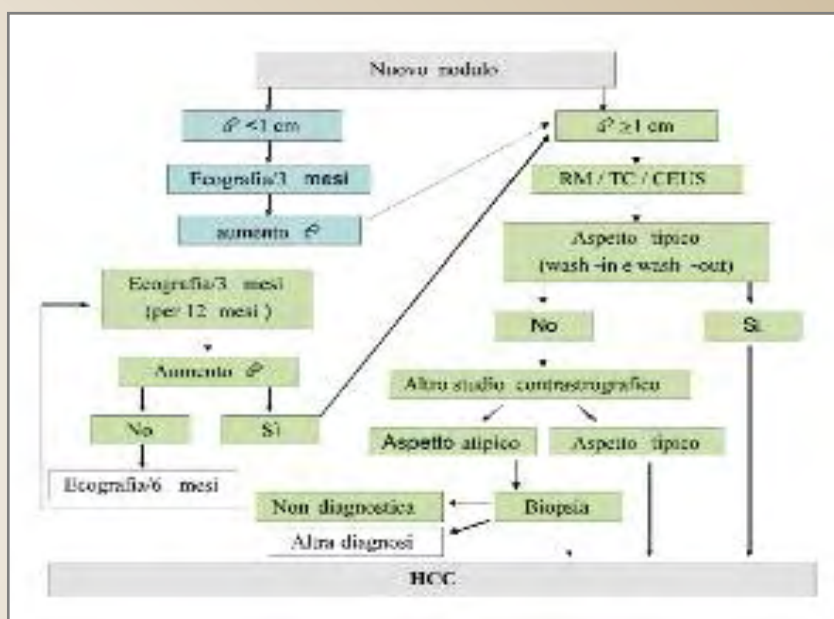
sospetto. Quando il nodulo è stato scoperto bisogna approfondire con ulteriori accertamenti.

In quali casi è opportuno utilizzare l'ecografia con contrasto e in quali la Risonanza Magnetica?

Per capire se un nodulo è maligno è necessario valutare il suo aspetto dopo somministrazione di mezzo di contrasto per studiare la sua vascolarizzazione. La prima tecnica che abitualmente in Italia viene utilizzata è l'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS). Se questa non chiarisce è necessario eseguire una TAC o una Risonanza Magnetica con mezzo di contrasto. Questi esami sono necessari anche per la "stadiazione", cioè per capire se nel fegato ci sono altri noduli (eventualmente non visibili all'ecografia) e se si è verificato anche un coinvolgimento delle strutture vascolari intraepatiche. Va ricordato che la Risonanza Magnetica è la tecnica con la maggiore accuratezza diagnostica. Essa inoltre si può avvalere anche di mezzi di contrasto epatospecifici che possono fornire ulteriori informazioni nei noduli poco vascolarizzati. Non sempre, comunque, nonostante tutti gli approfondimenti, si riesce a chiarire la natura del nodulo (se benigno, displastico o maligno), soprattutto nei noduli di piccole dimensioni (<1cm o <2cm). In questi casi è necessario eseguire una biopsia epatica ecoguidata.

Per un paziente con fibrosi avanzata ogni quanto tempo è opportuno sottoporsi ad una ecografia? Cosa si rischia se non si segue una scheda specifica?

È opportuno eseguire una ecografia ogni 6 mesi. Un intervallo superiore espone il paziente al rischio di trovare noduli di dimensioni maggiori e pertanto più difficilmente curabili con interventi radicali.



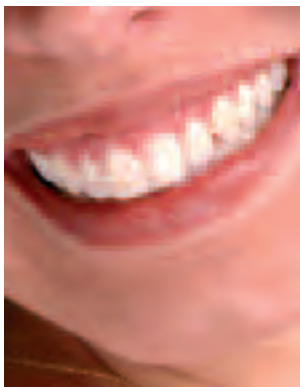
Per un paziente che ha eliminato il virus dell'epatite C (quindi clinicamente guarito) è opportuno continuare una sorveglianza ecografica? Ci sono pazienti che più di altri devono tenersi controllati?

Anche i pazienti che hanno eliminato il virus C devono continuare il programma di sorveglianza ecografica, in quanto il rischio di sviluppare noduli è diminuito ma non del tutto azzerato. Si ritiene che i rischi siano maggiori per i pazienti con una storia di malattia più lunga o con una fibrosi avanzata o cirrosi. In ogni caso l'intervallo consigliato è sempre 6 mesi.



Associazione Epac Onlus

Via Colonnello Tommaso Masala 42 • 00148 Roma
Tel. 06.60.200.566 • info@epac.it www.epac.it



■ FINANZIA LA TUA VOGLIA DI SORRIDERE

Presso i centri “Machiavelli Medical House” (Via Machiavelli, 22) e “Prodilab” (Via Casilina, 1838) è possibile, mediante il servizio fornito da primario Istituto di Credito, usufruire di agevolazioni su misura per rateizzare le spese relative alle prestazioni di Odontoiatria e pagare così in comode rate mensili.

Per qualsiasi informazione è possibile contattare i seguenti numeri telefonici:

06.32868.43 - Machiavelli Medical House

06.32868.47 - Prodilab

Ipercolesterolemia. Dal Chmp l'ok per evolucumab. Più che dimezzati i valori del colesterolo LDL

Il Comitato Chmp dell'Ema ha espresso parere favorevole per questo farmaco, messo a punto da Amgen, che è il primo anticorpo monoclonale completamente umano per il trattamento dell'ipercolesterolemia in un gruppo di pazienti. Il valore del colesterolo LDL viene più che dimezzato. E anche il tasso di eventi cardiovascolari, tra cui infarto e ictus.

Il Comitato dei Medicinali per Uso Umano (Chmp) dell'Ema ha raccomandato l'approvazione del farmaco *evolucumab*, messo a punto da Amgen: si tratta del primo anticorpo monoclonale completamente umano per il trattamento dell'ipercolesterolemia. Questo farmaco è indicato per il trattamento di questi gruppi di pazienti: pazienti con ipercolesterolemia primaria o dislipidemia mista che non riescono a raggiungere gli obiettivi di C-LDL con le statine o intolleranti alle statine e pazienti con ipercolesterolemia familiare omozigote.

Il parere favorevole del Comitato Chmp è basato sui risultati di un vasto programma di studi clinici di Fase III, spiegano gli esperti, condotti su diverse tipologie di pazienti. Questi studi confermano l'elevata efficacia di *evolucumab* rispetto alla riduzione del colesterolo e del tasso di eventi cardiovascolari (tra cui infarto e ictus).

In base ai risultati, infatti, il valore del colesterolo LDL viene “più che dimezzato (circa il 55% di riduzione) in maniera indipendente rispetto alla somministrazione o meno di una precedente terapia”, dichiara Alberico L. Catapano, Presidente European Atherosclerosis Society (EAS), Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari, Università di Milano, che spiega come questo “approccio terapeutico sia del tutto nuovo”. La riduzione del colesterolo LDL si è manifestata indipendentemente dall'età, sesso, presenza di altre patologie, profilo di rischio cardiovascolare e tipo di statine utilizzato. Inoltre il Presidente EAS sottolinea come “il profilo di tollerabilità sia molto buono e apra il campo a quei pazienti che hanno problemi ad assumere statine e/o ezetimibe o che siano lontani dagli obiettivi terapeutici, quindi gli intolleranti e i non-responders alla terapia. Inoltre, il farmaco ha dimostrato di essere molto efficace nel ridurre la colesterolemia LDL nei pazienti con ipercolesterolemia familiare eterozigote ad alto rischio e in alcuni sottogruppi di pazienti omozigoti che però devono presentare una residua espressione del recettore dell'LDL”. Ma non è tutto. L'efficacia del farmaco, infatti, si è manifestata anche nel caso di pazienti a rischio cardiovascolare moderato: in questo caso si osserva una riduzione del colesterolo LDL e del tasso di eventi cardiovascolari. Negli studi OSLER 1 e OSLER 2, condotti su quasi 5.000 pazienti randomizzati, a confronto con la terapia standard, “la riduzione di LDL è stata molto significativa, del 61%, mentre la riduzione del rischio relativo di sviluppare eventi cardiovascolari è stata di oltre il 53%”, afferma Michele Massimo Gulizia, Presidente ANMCO e Direttore della Struttura Complessa di Cardiologia dell'Ospedale Garibaldi-Nesima di Catania. Questi risultati potrebbero allargare il raggio d'azione del nuovo farmaco, aprendo la strada a un futuro utilizzo anche in prevenzione secondaria, spiegano gli esperti. “Direi che *evolucumab*, considerata la mole di dati a favore della sua efficacia, ha senz'altro ottime prospettive di essere utilizzato in prevenzione secondaria per ridurre le recidive di infarto, ictus e claudicatio”, conclude Michele Massimo Gulizia. Inoltre, Francesco Di Marco, Amministratore Delegato di Amgen, sottolinea l'ampio coinvolgimento di Strutture sanitarie nel nostro paese, con un programma che ha incluso “39 Centri, ben distribuiti in tutta la penisola, oltre 600 pazienti e un totale di 10 studi registrativi. Ma al di là dei numeri, il successo di un così vasto programma di sperimentazione sta nella qualità della partnership tra pubblico e privato”. Fonte: *Quotidiano sanità.it*

Le anemie dell'adulto, quando serve l'ematologo

Stefano Bussa

Responsabile del Day Hospital di Oncologia ed Ematologia - Ospedale Regina Apostolorum
Albano Laziale, Roma



Le anemie sono di frequente riscontro in quasi tutte le attività della medicina clinica. Possono essere definite come malattie del sangue caratterizzate da una riduzione della concentrazione di emoglobina al di sotto dei valori normali (in media Hb < 12.5 g/dl nel maschio e Hb < 11.5 g/dl nella femmina).

L'anemia non è una riduzione del numero dei globuli rossi nel sangue, esistono infatti anemie in cui il numero dei globuli rossi è aumentato. Si distinguono 4 gradi di anemia: lieve > 10 g/dl, moderata 8-10 g/dl, severa < 8 g/dl, grave < 7 g/dl (indicazione alla trasfusione).

Esistono numerose classificazioni delle anemie, alcune in base alla morfologia dei globuli rossi, altre in base alla etiologia, altre ancora in base alle patologie alle quali è associata. Tuttavia, prima di esaminarle nel dettaglio, e analizzare quali possono essere trattate dal medico di base o da altri specialisti e quali sono di specifica competenza dell'ematologo, sarà utile rivedere i parametri dell'emocromo che sono coinvolti.

Globuli rossi (RBC)	Numero di GR per mm ³ di sangue (poliglobulia)
Emoglobina (Hb)	Quantità in grammi di Hb presente in un dl (anemia propriamente detta)
Ematocrito (Ht)	Percentuale cellulare del volume del sangue (iperglobulia/ <i>inspissatio sanguinis</i>)
Volume corpuscolare medio (MCV)	Volume medio dei globuli rossi (macro-micro-normo-citosi)
Contenuto cellulare medio di emoglobina (MCH)	Quantità di emoglobina in ogni globulo rosso (ipo-normo-cromia)
Concentrazione cellulare media di Hb (MCHC)	Concentrazione media di emoglobina nei GR
Ampiezza della distribuzione eritrocitaria (RDW)	Ampiezza della distribuzione del volume dei GR (iso-aniso-citosi)

Classificazione delle anemie

1) In base al volume degli eritrociti: anemie microcitiche, normocitiche, macrocitiche, megaloblastiche.

Le anemie da carenza di ferro sono classicamente microcitiche ma possono essere confuse con le microcitemie e le anemie da flogosi cronica. Inoltre microcitemia e sideropenia possono coesistere, aggravando ulteriormente l'anemia. Le anemie megaloblastiche sono frequentemente legate a carenza di vitamina B12. È necessaria una certa attenzione perché anche le cause della carenza devono essere indagate e la somministrazione *per os* potrebbe essere inefficace. Le anemie normocitiche o lievemente macrocitiche meritano la massima attenzione e quasi sempre necessitano dell'intervento dello specialista ematologo.

2) In base al contenuto di emoglobina degli eritrociti: ipocromiche, normocromiche, ipercromiche.

Le anemie sideropeniche sono sempre ipocromiche. Nel processo di carenza marziale diminuisce prima l'MCH e, successivamente, l'MCV. L'MCH funziona quindi da campanello d'allarme per iniziare la terapia prima dell'anemizzazione (sempre dopo completa valutazione dell'assetto del ferro). È anche importante ricordare che la determinazione della sideremia senza transferrinemia è quasi inutile. Una sideremia intermedia assume significato diverso se è associata a transferrina molto alta o molto bassa. Il parametro da tenere in considerazione è quindi l'indice di saturazione della transferrina (Tsat o IST).

3) In base alla causa: primitive (da cause ematologiche), secondarie (da patologie non ematologiche, stati flogistici e infettivi cronici, neoplasie, perdite, malassorbimenti).

Un piccolo commento merita anche il parametro RDW, indice di anisocitosi. Esso infatti è molto utile per valutare la reticolocitosi, sia in caso di microcitosi che di macrocitosi. Le dimensioni dei reticolociti sono minori ed è quindi possibile fare una valutazione della crisi reticolocitaria dopo terapia. Bisogna comunque ricordare che la trasfusione può portare ad un aumento dell'RDW anche in assenza di reticolocitosi.

Qui di seguito elenchiamo alcuni casi clinici, schematici ma allo stesso tempo paradigmatici, che possono risultare utili per un orientamento diagnostico iniziale.

Casi clinici (donne)

ANEMIA DA CAUSA EVIDENTE

- Donna di 32 anni
- Menometrorragie
- Microcitosi
- Ipocromia
- Sideropenia (ferritina ↓↓ e saturazione ↓)
- Buona e rapida risposta alla terapia marziale
- Reticolocitosi dopo terapia marziale

Il primo caso è di comune riscontro in medicina generale e in ginecologia. Si tratta di un caso di anemia sideropenica da perdita ematica cronica. È comunque fondamentale il sesto punto dell'elenco (risposta alla terapia marziale) sia come criterio *ex adiuvantibus*, sia come indice di un normale assorbimento del ferro somministrato.

ANEMIA DA CAUSA NON EVIDENTE

- Donna di 42 anni
- Menometrorragie
- Normocitosi
- Normocromia
- Ferritina e saturazione leggermente diminuite
- Scarsa risposta alla terapia marziale
- Reticolociti bassi

Nel secondo caso la risposta alla terapia non c'è stata, anche con un normale assorbimento del ferro. Si trattava di un caso di sindrome 5q- ma, prima di essere inviata dall'ematologo, la paziente aveva eseguito un anno di terapia marziale senza esito, con un accumulo di ferro diventato poi problematico al momento della terapia trasfusionale. La sindrome 5q- si era sviluppata verosimilmente a causa di una precedente chemioterapia adiuvante per neoplasia della mammella.

Casi clinici (uomini)

ANEMIA DA CAUSA EVIDENTE

- Uomo di 67 anni
- Dimagrimento e deperimento generale
- Microcitosi
- Ipocromia
- Sangue occulto ripetutamente positivo
- Sideropenia (ferritina ↓ e saturazione ↓)
- Modificazione dell'alvo

Nel primo caso clinico si è avuta inizialmente una buona risposta alla terapia marziale. Un approfondimento diagnostico ha evidenziato una neoplasia del colon ulcerata e sanguinante. Il paziente è stato trattato nel periodo perioperatorio con ferro EV con discreta risposta alla terapia.

ANEMIA DA CAUSA NON EVIDENTE

- Uomo di 67 anni
- Dimagrimento e deperimento generale
- Normocitosi
- Normocromia
- Sangue occulto ripetutamente negativo
- Ferritina e saturazione normali
- Scarsa risposta alla terapia marziale

Nel secondo caso il paziente è stato a lungo trattato con terapia marziale e vitaminica e solo al momento del peggioramento delle condizioni generali è stato inviato dall'ematologo. Si trattava di una leucemia mieloide acuta e l'accumulo del ferro inutilmente somministrato ha peggiorato il quadro clinico.

Quindi, quando può servire l'ematologo?

Nelle anemie normocitiche, macrocitiche, megaloblastiche.

Nelle anemie microcitiche senza sideropenia.

Le anemie dell'adulto, quando serve l'ematologo

Nelle anemie refrattarie al trattamento*.

Molto spesso, in questi tipi di anemia, la terapia viene iniziata prima di porre una diagnosi precisa e questo può ritardare anche di alcuni mesi l'inquadramento clinico.

I trattamenti nemici della diagnosi sono:

Ferro, Integratori alimentari, Ricostituenti, Vitamine, Prodotti di erboristeria.

Il loro uso prima della diagnosi può rendere estremamente difficile l'inquadramento, e solo raramente fornisce automaticamente un criterio *ex adiuvantibus*. Se si somministrano più terapie contemporaneamente anche quest'ultimo criterio non sarà più utilizzabile.

Ulteriore classificazione delle anemie.

I gruppo – *anemie aplastiche*, assenza di reticolociti, MCV normale, midollo con assenza di eritropoiesi.

II gruppo – *anemie megaloblastiche*, eritropoiesi inefficace, ridotti reticolociti, MCV aumentato, midollo con iperplasia dell'eritropoiesi.

III gruppo – *anemia sideropenica e talassemie*, ridotta sintesi Hb, MCV ridotto, midollo con iperplasia dell'eritropoiesi.

IV gruppo – *anemie emolitiche*, ridotta sopravvivenza eritrocitaria, reticolocitosi, MCV normale +/-, midollo con emolisi (bilirubina, LDH, aptoglobina).

In conclusione, escludendo casi clinici con quadro estremamente evidente come quelli esposti, una consulenza ematologica può anticipare notevolmente la diagnosi di patologie anche gravi ed evitare l'uso di terapie inutili che possono confondere il percorso clinico e creare accumuli dannosi.

Bibliografia

1. Arezes J, Nemeth E. *Hepcidin and iron disorders: new biology and clinical approaches*. Int J Lab Hematol 2015 May; 37 Suppl 1:92-8. doi: 10.1111/ijlh.12358.
2. Friedman AJ, et al. *Iron deficiency anemia in women: a practical guide to detection, diagnosis, and treatment*. Obstet Gynecol Surv 2015 May; 70(5):342-53. doi: 10.1097/OGX.0172.
3. National Anemia Action Council. *Anemia: A Hidden Epidemic*. Los Angeles, CA: Health Vizion Communications, Inc; 2002.
4. Dunne J, et al. *Perioperative anemia: an independent risk factor for infection, mortality, and resource utilization in surgery*. J Surg Res 2002; 102:237-244.
5. Office of Dietary Supplements, NIH. *Dietary supplement Fact Sheet*. Available at: ods.od.nih.gov.
6. Babior BM, Bunn HF. *Megaloblastic anemias*. Available at: www.harrisonspractice.com.
7. Ghirlanda G, et al. *Erythropoietin depletion and anaemia in diabetes mellitus*. Diabet Med. 2000 May; 17(5):410.
8. Brugnara et al. *Iron deficient erythropoiesis in iron replete subjects*. Blood 1993; Feb 15;81(4):956-64.)

*Nelle anemie senza causa evidente sarebbe meglio inviare il paziente all'ematologo *prima* di iniziare un trattamento.

Non solo rosso, anche il vino bianco può far bene alla salute

Non solo vino rosso: anche uno o due bicchieri al giorno di vino bianco possono far bene alla salute. In particolare, possono funzionare da 'scudo' per il cuore e i reni. Uno studio italiano pubblicato su 'Plos One', coordinato da Alberto Bertelli dell'università Statale di Milano, dimostra infatti che un acido fenolico contenuto nel vino bianco - l'acido caffeico - rafforza la protezione cardiovascolare aumentando la biodisponibilità di ossido nitrico antiossidante. Ricerche precedenti guidate da Bertelli, del Dipartimento di scienze biomediche per la salute dell'ateneo meneghino - ricorda una nota dall'università degli Studi - avevano suggerito come alcuni composti (tirosole e idrossitirosole) presenti nel vino bianco e comuni all'olio extravergine di oliva potessero avere un effetto benefico sul sistema cardiovascolare, che non comprende solo il cuore e i vasi sanguigni, ma anche i reni. L'ultimo lavoro dello studioso, in collaborazione con le università di Torino e di Pisa e l'ospedale Versilia di Viareggio, mette ora in evidenza come l'acido caffeico del vino bianco contribuisca "in maniera importante" alla protezione del sistema cardiovascolare attraverso un meccanismo di azione che coinvolge l'ossido nitrico. Gli autori hanno osservato, in vitro e in vivo, che bassissime dosi di acido caffeico sono in grado di mettere a disposizione dell'organismo maggiori quantità di ossido nitrico con effetti cardioprotettivi e nefroprotettivi. La scoperta di questi ultimi, nel 1998, ha fruttato il premio Nobel per la Medicina a Louis Ignarro. La nuova ricerca ha inoltre dimostrato che l'acido caffeico modula l'espressione di geni coinvolti nella protezione del sistema cardiovascolare e nell'inibizione della morte cellulare programmata (l'apoptosi o suicidio cellulare). "Questi dati - concludono gli scienziati - forniscono una spiegazione ulteriore agli effetti positivi del consumo moderato di vino bianco precedentemente riscontrati in clinica su pazienti nefropatici, e rappresentano un'alternativa per i soggetti che per gusti personali o intolleranze non hanno la possibilità di consumare vino rosso". Fonte: *AdnKronos Salute*

NUOVI FILLER UTILIZZATI IN MEDICINA ESTETICA PER L'AUMENTO DEI TESSUTI MOLLI

Nel 20° Secolo come esigenza di trattare patologie come cicatrici post acne, ustioni e traumi con perdita di tessuto si è creata l'esigenza di correggere tali inestetismi con prodotti estetici che avevano un nome generico di filler estetici. Tali esigenze si sono poi allargate anche all'utilizzo dei filler nel contrastare il processo di invecchiamento e le rughe del viso.



Il medico estetico è sempre stato alla ricerca di trovare il filler perfetto. Negli ultimi anni la scelta del filler è iniziata con l'utilizzo dell'impianto con grasso autologo, seguita da collageni iniettabili, silicone liquido iniettabile, materiali associati di filler sintetici di tipo definitivo e l'acido ialuronico.

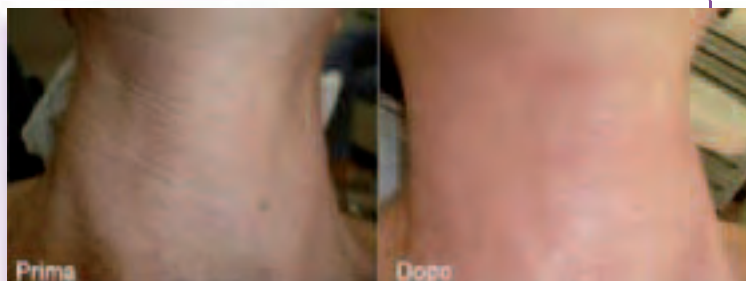
Ognuna di queste scelte ha le sue indicazioni, controindicazioni, reazioni avverse ed effetti collaterali.

L'acido ialuronico sembrava essere il prodotto migliore sia per la sua naturalezza, ma anche per l'ef-

fetto compatibile con l'equilibrio ed armonia del viso umano. Purtroppo c'è una piccolissima percentuale di pazienti che può avere problemi come ipersensibilità locale ritardata, reazione granulomatosa, gonfiore ed edema, in quanto l'acido ialuronico gel comprende all'interno un residuo di BDDE (etere diglicidilico butanediolo) agente di crosslinking che potrebbe creare fenomeni di sensibilizzazione.

Erelle è un nuovo prodotto a base di carbossimetilcellulosa sodica, cross linkata, purissima, priva di sostanze sintetiche aggiunte, totalmente biodegradabile, che crea una correzione estetica duratura, biocompatibile, antibatterica e protein-free senza richiedere test di sensibilità cutanea.

Lo stesso prodotto Erelle ha azione antibatterica all'interno del tessuto, non pone limiti alla quantità di prodotto iniettabile ad ogni seduta ed unisce alle caratteristiche di morbidezza dei gel monofasici la capacità di spinta sui tessuti dei prodotti bifasici senza creare nessun fenomeno di sensibilizzazione dovuta ai residui di BDDE in quanto tali residui sono inferiori ad 1 PPM.



Erelle rispetto a collageni ed acidi ialuronici produce maggior sollevamento dei tessuti che si traduce in: maggior spinta sui tessuti (effetto bulking), maggior modellabilità dei tessuti (effetto shaping), maggiore permanenza del gel all'interno della ruga, minore migrazione (effetto splaying) sui tessuti circostanti, non migra oltre al sito di impianto, migliore effetto tridimensionale.

Tale prodotto riesce ad essere una valida indicazione dove gli altri filler falliscono per le varie reazioni avverse.

Dott. Stefan Dima
Responsabile Reparto di Medicina Estetica - USI
Tel. 06 - 328681
Cell. 337 - 738696

e-mail: medestetica@usi.it

Le tecnologie ICT al servizio della Sanità privata

Gregorio Cosentino

Ingegnere, Vice Presidente Club Dirigenti Tecnologie dell'Informazione CDTI di Roma



Sommario

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei costi sanitari e la sempre maggiore disponibilità di tecnologie emergenti stanno spingendo i medici a utilizzare soluzioni innovative per fornire le cure ai loro pazienti. Per monitorare il numero crescente di pazienti affetti da malattie croniche o tenere d'occhio le persone in fase di riabilitazione fisica, si punta ora a fare in modo che essi possano ricevere assistenza nella comodità della propria casa. Il ruolo della Sanità Privata.

Sanità digitale e Telemedicina

All'interno della Sanità digitale – intesa come applicazione all'area medica e a quella della assistenza sanitaria dell'Information and Communication Technology ICT- un ruolo essenziale viene svolto dalle soluzioni di telemedicina che, supportate dallo sviluppo della mhealth, permettono oggi di migliorare l'assistenza socio sanitaria verso il paziente.

Le recenti linee d'indirizzo approvate dalla Conferenza Stato - Regioni ed emanate dal Ministero della Salute definiscono la telemedicina una "Modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle ICT, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti".

È ormai convinzione diffusa di come la Telemedicina possa assecondare i processi di cambiamento in atto nei sistemi sanitari e sociali, evidenziando comunque che la Telemedicina moderna non è da intendersi come una diversa disciplina medica, ma come una diversa modalità di erogare una prestazione sanitaria, che resta comunque un atto medico, e come tale deve essere trattata, in termini etici, professionali, legali. La telemedicina trova nella mhealth un naturale alleato e complemento. Con il termine mobile health o "mhealth" ci si riferisce infatti ad un nuovo modello di assistenza socio sanitaria realizzata attraverso l'utilizzo di dispositivi mobili e tecnologie multicanale, quali cellulare, smartphones, dispositivi di monitoraggio dei pazienti, personal digital assistant e altri dispositivi wireless.

Gli smartphone e le App mhealth sono i due segmenti che mostrano la crescita più rapida nel mercato del Mobile, di pari passo con lo sviluppo della sensoristica, che esalta il concetto di strumento "all in one" integrando una serie di sensori: ecg, bmi massa corporea, battito cardiaco, stress, saturazione dell'ossigeno, temperatura, glicemia, con questo permettendo a pazienti, medici ed altri assistenti sanitari di seguire i se-

gnali vitali ovunque – Telemonitoraggio –, effettuare una diagnosi tempestiva in modo efficiente ed economico, garantire la continuità della cura, una puntuale azione di prevenzione, un intervento tempestivo in caso di necessità.

Pur con tutte le criticità da me segnalate in tanti altri miei articoli, avere apparati di questo tipo presso l'utente permette di interagire da remoto in modo efficace. Molti gli esempi: sugli store sono disponibili oltre 80 APP per il diabete, che offrono una varietà di funzioni per la raccolta di dati come la registrazione dell'auto-monitoraggio della glicemia, il tracciamento, i calcoli di dose di insulina prandiale, dati che, condivisi con il proprio medico a distanza, permettono allo stesso medico di formulare un costante feedback personalizzato per il paziente. Analogamente si possono trovare APP per la cura della broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) e dello scompenso cardiaco. Se le soluzioni di mhealth vengono integrate in una soluzione più ampia di Telemedicina, ecco che si possono realizzare modelli di assistenza e cura innovativi, grazie ai quali è possibile interagire con i pazienti più fragili direttamente presso il proprio domicilio e per mezzo dei quali il paziente empowered e le famiglie possono avere un ruolo sempre più attivo nel mantenimento/miglioramento della propria condizione di salute e benessere.

Mantenimento/miglioramento della propria condizione di salute e benessere che sono anche gli obiettivi, ovviamente, della Sanità Privata e della Sanità Integrativa. Ho recentemente evidenziato in un mio articolo che sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria le prestazioni sanitarie che il pubblico non riesce più a garantire. Nel 2013 la spesa sanitaria privata dei cittadini è stata pari a 26.9 miliardi di euro ed è aumentata del 3%, in termini reali, rispetto al 2007 (dati Censis). Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). Secondo l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del SSN, condotta dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera, la spesa privata avrebbe addirittura sfondato il muro dei 30 miliardi l'anno. Per l'esattezza 30,3 mld, tra farmaceutica, diagnostica e assistenza. In altri termini, i cittadini sostengono ormai direttamente circa il 20% della propria spesa sani-

taria. La sanità integrativa potrebbe rappresentare una straordinaria risorsa integrando il livello di copertura garantito dal SSN e riducendo le disuguaglianze che esistono in termini di capacità assistenziale tra le diverse Regioni. Il ruolo della Sanità pubblica va sicuramente preservato ma non come un totem. Esso va reso compatibile con le risorse disponibili, va migliorato sul piano dell'efficienza e una maggiore contaminazione tra pubblico e privato può essere la strada giusta per dare le risposte che il cittadino si attende, altrimenti il rischio è quello di difendere a tutti i costi un servizio pubblico che non avrebbe le forze per dare i servizi che i cittadini chiedono, con la conseguenza, da evitare assolutamente, di creare in prospettiva una sanità per i poveri e una per i ricchi, che avranno sempre la possibilità di rivolgersi alle migliori strutture all'estero. Ecco perché bisogna mettere in sinergia la Sanità pubblica con quella privata e integrativa a favore della tutela della salute dei cittadini.

Anche una struttura sanitaria privata dovrebbe quindi essere interessata a sviluppare un servizio di Telemedicina la cui organizzazione vede coinvolti come attori principali gli Utenti, il Centro Erogatore e il Centro Servizi. Le stesse linee guida per la Telemedicina dettagliano il ruolo del Centro Servizi: "La gestione

delle informazioni sanitarie tra Centro Erogatore e Utente può avvenire in modo diretto o attraverso un Centro Servizi.

Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie trasmesse durante le attività di Telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle previsioni normative in materia di trattamento dei dati personali. Nel caso in cui non sia presente un Centro Servizi, le funzioni del Centro Servizi devono essere assolte dal Centro Erogatore".

Ecco che la Sanità Privata potrebbe fare essa stessa un salto di qualità, modernizzando ed efficientando i suoi processi, contribuendo al contenimento dei costi sanitari, seguendo meglio sul territorio i suoi pazienti. E grazie alla sua capacità di passare più rapidamente dal dire al fare, potrebbe fare da modello anche per la Sanità Pubblica, condividendo con essa i progetti che maggiormente si distinguono per la capacità di utilizzare le moderne tecnologie come leva per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi clinico-sanitari e l'assistenza al paziente.

Osteoporosi e diabete. Il segreto è racchiuso in una proteina?

Per la prima volta al mondo uno studio, pubblicato su Osteoporosis International, ha descritto, in donne non diabetiche, la correlazione tra la quantità di C-peptide presente nel sangue e la tendenza all'osteoporosi. Da questi risultati si potrebbe indicare la giusta strategia per la prevenzione della malattia.

Lo studio, che potrebbe indicare la giusta strategia per la prevenzione della malattia, è stato coordinato da Carmine Gazzaruso, responsabile del Servizio di endocrinologia e diabetologia dell'Istituto Clinico Beato Matteo, in collaborazione con l'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi, l'Irccs Policlinico San Donato (tre delle diciotto strutture di eccellenza del Gruppo Ospedaliero San Donato) e le Università di Cantanzaro, Padova e Milano. In questo studio è emersa una correlazione tra i valori nel sangue del C-peptide e un parametro della MOC, che indica il grado di densità dell'osso: si è osservato che più è basso il C-peptide, minore è la densità dell'osso e quindi maggiore potrebbe essere il rischio d'osteoporosi e di frattura. Questi dati potrebbero spiegare come mai nei malati di diabete di tipo 1, che presentano una carenza di insulina e conseguentemente anche di C-peptide, vi sia un'alta prevalenza di osteoporosi. Al contrario i malati affetti da diabete di tipo 2, che spesso hanno livelli di insulina e di C-peptide alti, presentano un osso più denso, anche se fragile. "L'unicità del nostro studio risiede nel fatto che la correlazione tra il C-peptide e la densità ossea è stata dimostrata in donne non diabetiche e tutte in menopausa, cioè prive dell'influenza di due importanti condizioni ormonali che avrebbero potuto, in teoria, falsare la correlazione", ha affermato Gazzaruso. Apparentemente privo di funzioni fisiologiche ben definite, il C-peptide è una proteina prodotta nel pancreas dalle stesse cellule beta che generano l'insulina. Le cellule beta pancreatiche producono, oltre al C-peptide, anche una pro-insulina inerte ad esso legata che, una volta immessa nel sangue, si attiva divenendo insulina e assolvendo alla sua funzione principale, che è quella di regolare il livello di glucosio nel sangue. Affinché questo passaggio da pro-insulina a insulina avvenga, è necessario che il C-peptide si scinda dalla pro-insulina e fluisca autonomamente nel sangue. Il C-peptide è quindi immesso nel torrente ematico nella stessa misura dell'insulina. Essendo però il C-peptide un parametro più stabile dell'insulina, viene usato per misurare indirettamente la quantità di insulina prodotta. Questi risultati aprono la strada a diverse prospettive e a nuovi studi: anzitutto suggeriscono un potenziale ruolo fisiologico del C-peptide nella regolazione dell'attività dell'osso, che potrebbe essere protettivo se il C-peptide si mantiene nel range di normalità, ma che potrebbe risultare dannoso, qualora il livello della proteina fosse basso o alto. Si scorgono anche delle prospettive preventive e terapeutiche, poiché il C-peptide potrebbe essere utilizzato tra i marcatori di rischio di osteoporosi e potranno essere studiati presidi terapeutici in grado di modularne l'azione sull'osso. Fonte: *Quotidiano sanità.it*

È in arrivo la PASTA FUNZIONALE



Lucrezia Cutrufo
Medico Chirurgo

Nutrizionista dell'Institut Européen de Physionutrition - Paris



Gli alimenti "funzionali" sono l'attuale grande svolta nelle scelte nutrizionali dei consumatori più attenti al proprio stato di benessere fisico, ma anche al vantaggioso equilibrio tra costi e benefici nella spesa cumulativamente riservata a cibo e salute.

Si definiscono "funzionali" gli alimenti che non solo hanno effetti benefici nell'organismo, ma anche sono utili nella riduzione del rischio di sviluppare patologie. Sono già in commercio biscotti, latte, yogurt, succhi di frutta e molti altri alimenti con componenti "funzionali" che fanno naturalmente parte dell'alimento stesso (alimenti funzionali naturali), che ne fanno parte ma sono stati potenziati (alimenti funzionali arricchiti) op-

pure componenti che non farebbero parte di quello specifico alimento ma che vi sono stati opportunamente aggiunti (alimenti funzionali supplementati).

Continuando una antica attività industriale di famiglia (il mio trisavolo è uno dei primi industriali della pasta avendo fondato l'Antico Pastificio Burderi dopo la metà dell'Ottocento, come è visionabile nel Museo della Pasta in Vicolo Scandenberg a Roma) e facendo tesoro dell'esperienza pluriennale fatta nella ricerca non solo durante gli anni della laurea e delle specializzazioni ma anche nella ricerca di base presso l'Università di Siena e dell'Università Cattolica di Milano in qualità di Docente Cultore della Materia, ho messo a punto la composizione di una PASTA FUNZIONALE.

È uno dei miei quattro progetti presentati all'EXPO' Milano 2015. Questo prodotto, pertanto, si fregia del logo ufficiale dell'Expò, aggiunto al proprio vecchio marchio preesistente.

Quando entrerà in commercio, nelle due versioni "LC" (Low Concentration) cioè "light" per la grande distribuzione ed HC (High Concentration) cioè "strong" per le farmacie, questa PASTA FUNZIONALE sarà una vera rivoluzione alimentare. Infatti, è un alimento funzionale supplementato con sostanze naturali, che potremmo normalmente ingerire separatamente, che addizionate agli ingredienti della pasta secca risultano non solo utili per il benessere dell'organismo ma anche abbassano il rischio, connesso con l'ingestione della pasta, di sviluppare patologie quali diabete, sovrappeso ed obesità, sindrome metabolica ed ipertrigliceridemia.

Il progetto è stato da me presentato a Milano il 5 Marzo di quest'anno al Tavolo Salute, nell'ambito dei Tavoli Tematici EXPO' 2015, con l'intervento istituzionale del Prof. Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

La produzione in scala industriale, quindi la successiva diffusione nella grande distribuzione e nelle farmacie, di questo prodotto alimentare funzionale supplementato è in via di realizzazione, ma ha già riscosso successo sperimentale avendo aiutato a raggiungere alcuni degli obiettivi prefissi, cioè prevenire l'aumento di peso e la ipertrigliceridemia, mentre sono ovviamente ancora da vagliare a lungo termine gli effetti preventivi sulla sindrome metabolica e sul diabete.



Ci vogliono venti anni a una donna per fare del proprio figlio un uomo e venti minuti a un'altra donna per farne un idiota.

Charles Dickens

Nutrizione e salute, quando un alimento può allungarci la vita

Roberta Galvani

Biologa Nutrizionista, U.S.I. - Via Virginio Orsini, 18; Axalab - Via Eschilo, 191. Roma

Sovente, e per anni, eminenti studiosi nel campo della nutrizione si sono posti il quesito se fosse possibile che alcuni nutrimenti naturali, e le sostanze dei quali sono composti, potessero esercitare una sorta di funzione antitumorale. E seppur in passato si siano palesati dubbi e perplessità sull'argomento, la comunità scientifica, con il sistematico approfondimento dei meccanismi che regolano il funzionamento del nostro metabolismo, è arrivata a stabilire, unanimemente, che le proprietà specifiche di alcuni alimenti presenti in natura possano costituire un valido strumento di lotta alle malattie. Uno strumento straordinario e fondamentale, coadiuvato dai nostri meccanismi biologici con i quali l'organismo "intercetta" ed utilizza tutto quel che ritiene necessario per la sua protezione. Eppure di questa interazione tra sostanze, presenti perlopiù in frutta e verdura, ed organismo, non ne eravamo pienamente a conoscenza fino a qualche tempo fa.

"Questa nuova visione dell'alimentazione e delle influenze da essa esercitate su di noi - sosteneva l'oncologo di fama mondiale, Umberto Veronesi, in un articolo pubblicato su La Repubblica nell'anno 2009 - ci spalanca le porte di tutto un mondo delle meraviglie e ci fa capire che la natura potrebbe offrirci un ausilio potente per la salvaguardia della nostra salute".

Le parole del professor Veronesi sono suffragate da studiosi accreditati di alcune tra le più importanti Università del mondo, tra le quali possiamo annoverare quella di Berkeley, e di Georgetown negli Stati Uniti d'America. I ricercatori della prima, infatti, hanno dimostrato come la sostanza dell'indolocarbinolo, presente nei vegetali, quando viene trasformata durante

il processo digestivo in diindilometano, contrasti efficacemente un enzima responsabile dell'insorgenza dei tumori al seno e alla prostata. E non solo: sembra proprio che il diindilometano riesca a contrastare la produzione di ormoni che, al loro aumentare, potrebbero generare questi due tipi di cancro. Inoltre una ricerca dell'Università di Georgetown ha stabilito che il diindilometano riesca nella sua funzione di "contenimento" della produzione di ormoni, andando ad agire direttamente sul DNA, stimolando un processo che attiva la produzione di cellule sane e, addirittura, la distruzione di quelle tumorali.

E se è dunque vero che molti agenti esterni quali fumo di sigaretta, smog, virus, radiazioni e varie forme di inquinamento ambientale, in combinazione con cellule malate e cromosomi difettosi, esercitino un ruolo fondamentale nell'insorgenza dei micro tumori dei quali siamo portatori, è anche vero che noi dovremmo dare un aiuto al nostro organismo che cerca, comunque, di eliminarne sempre la maggior parte. Quest'aiuto ci può esser fornito solo e soltanto dalla scelta degli alimenti che introduciamo nel nostro corpo. Una vera e propria terapia fatta di cibi naturali e freschi, frutta e verdura, dei quali ne è stata dimostrata la validità, a livello scientifico, nel contrasto alle malattie. Ed allora perché non scegliere di ascoltare l'Organizzazione Mondiale della Sanità che ci consiglia di consumare cinque pasti di frutta e verdura al giorno. E chissà se tre albicocche al dì ed alimenti come il porro, l'aglio, una porzione consistente di spinaci, arance, limoni, agrumi, fragole, broccoli, scalogno, cipolla e pomodori, un giorno, non ci possano pure allungare la vita.

Una storia semplice di buona sanità

di Michele Trecca

Un giorno qualsiasi, nel centro USI di via Virginio Orsini. Un'emergenza a lieto fine grazie all'intervento del dott. Fulvio Borzillo. Un traffico presidio sanitario dietro casa un po' ti complica la vita, certe volte però te la salva.

Stiamo per raccontarvi proprio una bella storia, di quelle tanto belle che - se avessimo ancora l'innocenza dell'infanzia - scambieremmo per una favola. Vien quasi voglia di cominciare con: C'era una volta...

L'U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) di via Virginio Orsini è un'efficiente struttura, rinomata per la ricchezza e la qualità dei propri servizi. Ha sede in una signorile palazzina liberty nel prestigioso quartiere Prati ed ha stretti rapporti di vicinato con tante famiglie della buona e laboriosa borghesia romana.

Convivere con l'U.S.I., però, non è facile. Gente che va, gente che viene: fra personale e pazienti sono proprio in tanti in ogni momento della giornata ad arrivare con le loro macchine, i loro motorini; questo lo sanno bene i vicini dell'U.S.I. Capita, infatti, che qualcuno dei tanti che si recano quotidianamente nella struttura, "distratto" dai propri affanni, non pensi a quelli degli altri e lasci la macchina dove non dovrebbe, in doppia fila o davanti a un passo carabile, con conseguenze facilmente immaginabili.

Accade, però, che un giorno uno dei vicini dell'U.S.I., lo stimatissimo professionista dott. G.R.L., abbia all'improvviso

un acutissimo malore che agli occhi dei familiari ha tutta l'evidenza di un infarto. La dinamica è fulminante. Immediato il panico dei familiari. Subito una telefonata al 118. La situazione precipita. L'ambulanza non arriva. A nulla valgono i primi soccorsi, un po' all'impronta. Serve un intervento professionale d'urgenza. Non si può aspettare!

Casualmente, e per fortuna, è in casa il figlio del dott. G.R.L. che ha l'intuizione, la prontezza e... la forza fisica oltre che morale di caricarsi il padre sulle spalle – letteralmente – e precipitarsi all'interno della vicina sede U.S.I.

Fermo immagine. Avete inquadrato la scena? Guardatela bene: è epica. Certo, non stiamo parlando di Enea con il carico di Anchise che fugge da Troia in fiamme ma pur sempre di un figlio disperato che si sta giocando la salvezza del padre con una rischiosa scelta d'istinto e uno sforzo fisico non indifferente.

Per fortuna l'U.S.I. è lì, ma proprio lì, come sempre trafficata da un operoso viavai quotidiano e fra i tanti medici in servizio in quel momento c'è come sempre il Direttore Sanitario.

L'abbiamo detto, questa storia assomiglia a una fiaba: la struttura di via Virginio Orsini, infatti, non è semplicemente un centro diagnostico ma, per preciso e fermo volere della proprietà, da tempo prevede un'unità di assistenza cardiopolmonare con personale addestrato.

Quando il figlio del dott. G.R.L. irrompe nell'U.S.I. con il padre sulle spalle, immediatamente interviene il dott. Fulvio Borzillo. Occhi sbarrati, fortemente cianotico, assenza di battito e di respiro: il paziente è proprio in fin di vita. Incombe la tragedia ma, dopo un accurato massaggio cardiaco di pochi secondi, il battito riprende. Permane l'arresto respiratorio. Certe situazioni non ti lasciano il tempo di riflettere: è la massa critica dell'esperienza e della professionalità di un gruppo compatto, sempre pronto ad affrontare le emergenze, a guidare in tempo reale verso la scelta giusta quasi come un pilota automatico. In quel momento utilizzare il defibrillatore sarebbe stato un errore fatale. La capacità diagnostica del dottore lo indirizza a un immediato intervento di disostruzione delle vie aeree superiori e di broncoaspirazione. Il paziente riprende la respirazione autonoma... pochi attimi dopo arriva l'ambulanza.

Raccontarla, questa storia, è facile ed anche molto bello. Affrontare quell'emergenza dal vivo deve essere stato invece tremendo per tutti, in una manciata di minuti, prima la vita volta le spalle a un uomo sotto gli occhi esterrefatti dei familiari. Poi l'impetuoso azzardo di uno di loro. Infine ogni speranza consegnata alla scienza che risponde con preparazione, lucidità e gesti netti.

No, i miracoli non esistono, ma a volte accadono.

Riceviamo e, su richiesta dei nostri pazienti, pubblichiamo attestati di stima per il lavoro svolto da nostri operatori



La Sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze

Fernando Capuano

Presidente Nazionale A.N.T.E.L.

È questo il titolo dell'evento voluto dal Ministro della Salute on.le Beatrice Lorenzin, che si è tenuto presso il complesso monumentale Santo Spirito in Sassia di Roma lo scorso 22 aprile 2015 per favorire il dialogo tra le istituzioni, il mondo scientifico, gli organi di stampa e i cittadini in merito a quegli inappropriati e fuorvianti luoghi comuni che in ambito sanitario possono incidere negativamente e pericolosamente sulla salute dei cittadini. Episodi quali l'ingiustificata demonizzazione delle vaccinazioni, la diffusione di false speranze riguardo a metodi terapeutici non validati o, ancora, le incertezze sull'efficienza dei nostri sistemi di controllo, amplificati in particolare dai nuovi media, richiedono un forte intervento dell'Autorità pubblica, che ha tra le sue responsabilità primarie quella di fornire corrette informazioni ai cittadini - utenti del Servizio Sanitario Nazionale e della Sanità privata accreditata con il Servizio Sanitario Regionale.

L'iniziativa ha inteso, quindi, promuovere uno spazio di riflessione sulle cause che producono i falsi miti in sanità e fornire indicazioni scientificamente corrette, utili per sfatarli, offrendo, al contempo, informazioni sulla ricerca e sulle eccellenze nell'ambito sanitario presenti su tutto il territorio italiano.

"I falsi miti sono un danno per la salute e ne siamo pieni: dai vaccini che provocano l'autismo alle ultime vicende di Stamina". Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, aprendo l'evento "La sanità in Italia, falsi miti e vere eccellenze", una giornata di confronto fra istituzioni, mondo scientifico, organi di stampa e cittadini per sfatare più falsi miti possibile, contrapponendovi verità scientifiche e proponendo le eccellenze di cui il nostro Paese è ricco. Ne hanno parlato, secondo una formula inedita, scienziati, esperti, professori, pazienti, medici, ricercatori. Più di cento supereperti, direttori, professori e ricercatori. E testimonial del cinema, della musica, della letteratura, dello sport, con le loro storie personali.

"Gli immigrati ci stanno riportando malattie scomparse", "i primi rapporti sessuali sono sterili", "più spendi e meglio ti curi", "un bell'antibiotico al primo segno di

febbre e tutto passa", "ci propongono vaccini inutili solo per venderli", e così via. E sono molti ancora i "falsi miti" che sono stati al centro del convegno, con l'obiettivo di sfatare i tanti luoghi comuni sulla sanità, dando al contempo risalto alle vere eccellenze di questo settore sia nel settore pubblico che privato.

Il convegno si è articolato in varie sessioni, ognuna delle quali era caratterizzata da un titolo provocatorio che metteva in risalto i paradossi legati alla salute: dall'alimentazione alla percezione sbagliata di una sanità tutta in negativo. Spazio anche alle nuove paure, come quelle legate all'immigrazione e agli effetti negativi dei vaccini. Fino al falso mito della fuga dei cervelli o quello secondo il quale i farmaci generici sono una bufala. "È necessario distruggere i falsi miti della sanità e focalizzare l'attenzione sui problemi reali e le cose vere": questo ha dichiarato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, aprendo la kermesse. La Lorenzin ha subito ricordato come in questi anni "ho affrontato vari falsi miti: cominciando da Stamina, un esempio di come la disinformazione può creare danni incredibili, per arrivare alla battaglia contro il falso mito che vuole le vaccinazioni causa dell'autismo, quando invece proprio i vaccini sono la base della sanità pubblica ed uno dei pericoli per le nostre società viene appunto dalle maglie larghe per le vaccinazioni che potrebbero permettere a virus e batteri di ripresentarsi".

Il Ministro Lorenzin ha sottolineato, inoltre, come "sia un falso mito che in Italia si spende troppo per la sanità: spediamo meno di tutti. Ed è un falso mito che spendiamo troppo in farmaci. Il Fondo sanitario nazionale è legato al Pil - ha detto - è una percentuale bassa e abbiamo bisogno di aumentare questa percentuale. Il Servizio sanitario nazionale ha dato molto al Paese e dal prossimo anno dovrà ricevere qualcosa. Pur mantenendo il rigore e facendo in modo che neanche un euro venga rubato in sanità perché questo è un crimine morale. Il servizio sanitario italiano è stato per decenni il migliore al mondo ed adesso fra i primi tre. Dobbiamo tendere a salire e non a diventare il quarto". Ma uno dei grandi problemi che portano i falsi miti a diventare fallaci verità è il fatto che "l'Italia è un paese a rischio di analfabetizzazione scientifica. Oggi c'è un surplus di informazioni soprattutto in rete non sempre affidabili e basate su evidenze scientifiche e ciò passa per essere cultura scientifica, ma in realtà non è così. Abbiamo il dovere di coltivare la vera cultura scientifica e le eccellenze che abbiamo nel nostro paese, mentre spesso le nostre eccellenze vengono celebrate fuori e non in Italia". Lorenzin ha parlato anche del problema dell'automedicazione attraverso internet e ha poi ribadito come "non è vero che la sanità costa troppo".

Il Ministro, ha poi ricordato come "nei dibattiti pubblici si dicono cose vere dieci anni fa, penso alle siringhe



Fig. 1 - Il ministro della salute, Beatrice Lorenzin

e che oggi rappresentano l'era geologica e ciò è pericoloso perché si sposta l'agenda politica dai problemi veri a dibattiti superati". E per il Ministro non si può più aspettare: "Non c'è tempo da perdere e dobbiamo focalizzarci sulle emergenze vere, combattendo i falsi miti e affermando la volontà di ridare uno spazio forte all'evidenza scientifica".

Ospite dell'evento anche Claudio De Vincenti, sottosegretario alla presidenza del Consiglio che alla domanda se la sanità può essere un costo o un investimento ha chiarito: "La sanità può essere un investimento ma bisogna ragionarci sopra. In che modo e con quali strumenti. Il sottosegretario ha rimarcato poi come i "tagli degli ultimi anni si sono resi inevitabili per le condizioni di finanza pubblica". Ma nonostante ciò il sottosegretario ha rimarcato come "pur con ristrettezze gli operatori nel loro insieme hanno fatto sì che il nostro SSN restasse uno dei migliori del mondo, il che testimonia le competenze e le qualità di tutti gli attori del sistema". Rispetto alle ultime misure il sottosegretario ha specificato però che "il termine tagli non è corretto, perché se si è in grado di usare meno risorse per dare più servizi questo è fare un servizio ai cittadini italiani. Il documento di domani deve consentire questa operazione, una sanità migliore e più efficiente".

"Contro i falsi miti la comunicazione è fondamentale - ha evidenziato il Direttore Generale di Aifa, Luca Pani e va migliorata, dobbiamo scendere dalla Torre d'avorio e comunicare meglio. L'Aifa ha fatto di questo la sua missione, siamo presenti sui nuovi media e social network. Rispondiamo alle domande e realizziamo delle pillole di informazione. Ma la stampa poi ha un ruolo fondamentale nel diffondere i giusti messaggi in sanità".

Sempre in tema farmaci è intervenuto anche il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi. "Un falso mito sui farmaci è che costano troppo, in Italia si spende il 20% in meno rispetto all'Ue. Soprattutto quelli ospedalieri sono sottoposti a vincoli restrittivi ad intenso monitoraggio. Ma a chi fanno comodo questi falsi? A chi non ha una strategia e preferisce i tagli lineari".

Ma non solo falsi miti anche eccellenze "Nel settore dei trapianti in Italia c'è un'eccellenza - ha detto Alessandro Nanni Costa, direttore Centro Nazionale Trapianti. È una rete articolata che consente di avere un discreto numero di organi e di ottimi risultati di sopravvivenza degli organi stessi. In Italia circa tremila trapianti l'anno, di questi abbiamo il 70-80% di sopravvivenza degli organi e questo dato ci pone fra i primi al mondo. C'è bisogno di una grande tracciabilità di organi e donatori per motivi di sicurezza e per avere la certezza assoluta di evitare il traffico degli organi". Durante la tavola rotonda sul tema dei trapianti è intervenuta anche Sonia Cazzaro, una donatrice della catena "Samaritana". "Abbiamo pensato, se con un rene si vive, perché non donarlo - ha dichiarato Sonia Cazzaro. Con la catena samaritana abbiamo detto sì, c'è un percorso fondamentale ed importante con figure d'eccellenza. Io ho donato solo dieci giorni fa e sono qui. Donare non ti toglie nulla, ti arricchisce e ti fa sentire una persona migliore". Che la sanità non costa troppo è stato ribadito anche dal Dg della pro-

grammazione del Ministero della Salute, Renato Botti. **"La Sanità non costa troppo. Siamo al 6,8% del Pil di fronte a media del 9% in Europa.** Sul fatto che ci siano costi diversi nel Paese è vero. Ma dipende dall'organizzazione dei servizi in ogni Regione. E un altro fattore sono le condizioni di contesto che giustificano parte dei differenziali.

Presente all'evento anche il Direttore Generale di Agenas, Francesco Bevere che ha parlato dell'elevato numero di tagli cesarei. "Mentre per le realtà ospedaliere un incremento dei volumi corrisponde a migliori servizi, per i tagli cesarei non è così. È un'operazione chirurgica, ma che in molte circostanze viene eseguita in assenza di indicazioni terapeutiche". Ma Bevere ha voluto sfatare il mito di un SSN poco sicuro per i pazienti. "Su 15mln di prestazioni che vengono fornite abbiamo una percentuale bassissima di complicazioni. Bisogna aumentare certo la capacità di misurazione dei fenomeni ed è quello che stiamo facendo. Stiamo mettendo a punto un sistema di monitoraggio delle performance". "Primo falso mito è che c'è troppa malasanità, troppi interessi - ha affermato il commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi. Ogni anno vengono curati milioni di italiani e il tutto è finanziato con il 7% del Pil. Oggi non c'è nessuno al mondo che garantisce ciò che facciamo in Italia a questi costi e anche il Governo deve sfatare il mito che costa troppo. Secondo falso mito è che in Italia non si può far ricerca. È vero che molti italiani sono costretti ad andare all'estero. Ma bisogna dire la verità, che gli italiani fanno ricerca. Certo, sta a noi metterli in condizioni di restare nel nostro Paese". Altro tema toccato da Ricciardi quello dei vaccini. "Ieri è stato pubblicato uno studio che mette la parola fine alla correlazione tra vaccino e autismo. Tutte quelle che sono ancora le voci su internet sono da sfatare". In ultima istanza i farmaci: "Il sistema italiano dei farmaci è il secondo in Europa". Sfatato anche il mito dei prezzi delle siringhe. "È un falso mito quello dei costi delle siringhe. Un dato che posso riportare è che sono 680 mila i dispositivi medici tracciati dal Ministero della Salute. Una banca dati enorme e invidiata a livello europeo. Il dato che emerge è che ci sono 2980 prodotti che si chiamano siringhe. Si spendono 306 mln di euro, ma nell'88% costano 0.11 centesimi. Quella da 113 euro è una sola e la usano i dentisti perché molto particolare. Portare ancora la siringa come esempio di costo devastante per il SSN è falso". A sfatare il mito è Marcella Marletta, direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute nel suo intervento alla tavola rotonda 'La stessa siringa costa diversamente al Nord e al Sud' al convegno a Roma sui falsi miti in sanità. "Il costo della siringa è un facile luogo comune - ha affermato Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica - se si cita lo 'scandalo' del costo della siringa diverso tra Nord e Sud vuol dire che non si conosce il settore".

Al Convegno hanno partecipato su invito della Segreteria del Ministro della Salute, la dott.ssa Francesca Barbati della Direzione dell'Unione Sanitaria Internazionale e Fernando Capuano nella veste di Presidente Nazionale di A.N.T.E.L.

Francesco Asdrubali (1756-1834) e l'insegnamento dell'ostetricia nella Roma papale

*Maria Palumbo**, *Ettore Calzolari***

*Professore a contratto di demoeitnoantropologia; **Professore associato di Ginecologia e Ostetricia
Università di Roma "Sapienza"

Parte Seconda

Francesco Asdrubali nacque a Loreto nel 1756; il padre Gaetano, anche lui medico di una certa fama, lo avviò agli studi di filosofia che all'epoca erano la base della formazione culturale di ciascuno e che il giovane seguì sotto i migliori maestri, poi per dedicarsi agli studi di medicina, venne a Roma dove nel 1781 fu ammesso come studente presso l'Arciospedale di San Giacomo degli Incurabili per iniziare la carriera di chirurgia e anatomia teorico-pratica. Fu uno studente davvero brillante²⁰ e in breve tempo si laureò e la sua fama giunse fino al Sommo Pontefice che a lui conferì l'incarico di andare a Parigi per approfondire gli studi di ostetricia grazie alla munificenza del Di Pietro. A Parigi a quei tempi insegnava Alphonse Leroy e alla Maternité era primario il grande ostetrico Jean Louis Baudelocque²¹ sui cui testi verosimilmente avrà studiato l'Asdrubali. Nella capitale francese l'Asdrubali imparò sicuramente quanto allora c'era di meglio riguardo all'arte ostetrica e quando tornò a Roma²² fu subito incaricato di ricoprire la cattedra di Ostetricia con l'impegno di leggere il suo corso agli studenti di chirurgia, nella prima ora dopo pranzo, per l'intero anno, che per quegli studenti si chiudeva ad aprile, doveva poi andare ad istruire le levatrici nell'apposita scuola situata in San Rocco. L'aula si trovava sopra la sacrestia della chiesa, l'accesso era da via Schiavonia, una stradina che costeggiava la chiesa, ma di tutto

²⁰ Chimenz: "Elogio di Francesco Asdrubali professore di ostetricia nell'università di Roma" in *Giornale Arcadico Scienze, Lettere ed Arti*, Vol. CXII, luglio agosto e settembre 1847, Roma, tipografia delle Belle Arti, p.174 "E già in questa Roma, seggio delle scienze e delle arti attendeva nell'ospedale ai severi studi di Ippocrate, di che in poco tempo si impadroniva tanto, che anticipata l'età col senno con molto plauso seguiva l'ardua e difficile impresa della chirurgia teorico-pratica, percorrendo in pochi anni con indicibile alacrità e con indefesso amore le cariche e distinzioni tutte che soglionsi concedere ai più studiosi alunni. La fama risuonava dell'Asdrubali in tutti i pubblici concorsi, e nell'anno settimo meritò la carica di chirurgo sostituto. Fu ammesso al collegio medico per l'esame della laurea e matricola, ed in questo esperimento riportò a pieni suffragi l'onorevole diploma della matricola in chirurgia e notomia.

²¹ J.L. Baudelocque: "Principe sur l'art des accouchements" del 1775, e "L'art des accouchements" del 1781. tradotti in Italia nel 1788 e un "Dell'arte ostetrica" tradotto in Italia nel 1812.

²² Chimenz, op.cit.p.176, sottolinea che il ritorno di Asdrubali da Parigi fu annunciato a Roma dai fogli periodici, e sicuramente la sua figura fu una delle più stimate del suo tempo nella capitale, e anche tra le più invidiate.



Fig. 1 - Francesco Asdrubali – Ritratto

l'antico quartiere, un tempo assai popolare che si sviluppava attorno al mausoleo di Augusto, oggi resta assai poco.

Oltre che docente alla Sapienza Francesco Asdrubali fu anche Primario Chirurgo del San Rocco e titolare della Scuola per le Ostetriche, per regolamento doveva essere chiamato nei casi di parti difficili: fu lui infatti a stabilire compiti e competenze di medici e levatrici all'interno dell'ospedale²³.

Nella sua lunga carriera conseguì diversi titoli, lui stesso sul frontespizio del suo Manuale clinico di Ostetricia si definisce Dottore di Filosofia, Medicina e Chirurgia, pubblico Professore nell'Archiginnasio della Sapienza,

²³ A. Pachi, op.cit. p.51 riporta che: "Fausto Garofalo, autore del Registro dei documenti sanitari del Fondo Sanità dell'Archivio Camerale dal 1547 al 1854 non ha trovato traccia di contenzioso né tra Ostetrici e Ostetriche, né tra questi ed altri professionisti come medici, chirurghi e farmacisti. L'Asdrubali quindi, poiché nella conduzione del San Rocco era indispensabile l'armonia, fin dall'inizio definì i compiti, la professionalità, la funzione, sia degli Ostetrici che delle Ostetriche. E' probabile che, anche in questa definizione dei ruoli, egli sia stato un caposcuola."

Francesco Asdrubali (1756-1834) e l'insegnamento dell'ostetricia nella Roma papale



Fig. 2 - Il pelvimetro di Asdrubali

precettore delle Levatrici nell'Archiospedale di San Rocco, Membro del Collegio Medico-Chirurgico dell'Università di Roma, Direttore di Clinica dello Stabilimento Ostetrico Regionario, Socio dell'Accademia Medico Chirurgica di Perugia, Socio corrispondente dell'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, membro corrispondente della Società di Medicina e Chirurgia di Bruxelles etc. etc., ma fu anche aggregato all'Accademia Reale di Parigi, e della Facoltà Medica di quella città, socio delle Accademie Mediche di Madrid, Torino, Padova e dell'Accademia dei Lincei di Roma. Nella sua vita si trovò ad attraversare il periodo napoleonico così denso di rivolgimenti. Come già nel nord Italia anche nella Repubblica Romana, Napoleone aveva riformato le università dando nuovi ordinamenti, i docenti, come di rito, erano tenuti al *giuramento civico*, dovevano quindi giurare fedeltà al nuovo regime, e quelli che si rifiutavano venivano allontanati; presto le rendite che sostenevano le cattedre di Chimica, Fisica e Ostetricia si esaurirono, ma caduta la Repubblica, Pio VI pur dall'esilio, provvide a remunerare i professori attingendo all'Erario Camerale. Seguirono giorni difficili, i Francesi abbandonarono Roma il 19 settembre del 1799 e undici giorni dopo i soldati borbonici sopraggiunti, dichiaravano la fine della Repubblica Romana; Pio VI era morto in esilio a Valence nell'agosto del '98 e il conclave che portò all'elezione di Pio VII, si tenne a Venezia (nel monastero di S. Giorgio sotto protezione austriaca), durò un anno e quattro mesi, in questo drammatico e lungo frangente a Roma, l'università fu chiusa. Quando nel luglio 1800 il papa finalmente rientrò nella sua sede, trovò la città completamente sconvolta sia sul piano etico-politico che su quello economico e amministrativo: con l'aiuto e i suggerimenti del Cardinal Consalvi, suo segretario di stato, iniziò una severa opera di restaurazione e il Rettore Di Pietro fu reintegrato nel suo ufficio e pubblicò un editto col quale vietava l'insegnamento a tutti i professori della Sapienza tranne che per quelli di Diritto Civile e Canonico, lasciando

in vigore solo un corso di Medicina, uno di Chirurgia e quello di Ostetricia; in seguito per intervento del Cardinal Romualdo Braschi, la Sapienza fu riaperta e furono reintegrati tutti i professori²⁴.

Le sciagure del papa e di Roma però non erano finite e anche Pio VII fu fatto prigioniero da Napoleone, come il suo predecessore, e la città ricadde sotto l'amministrazione francese²⁵ che nel 1810 emanò nuovi ordinamenti, fra questi anche un nuovo ordine di studi: venne costituito un Collegio dei Medici che vigilava sull'esercizio della professione e conferiva le lauree, fu creata una nuova figura, l'*Ufficiale di Sanità*, titolo che si conseguiva dopo un periodo variabile di praticantato (sei anni presso un medico, cinque presso un ospedale, tre presso la Facoltà di Medicina). L'innovazione più rilevante però, la introdusse Pio VII quando al suo ritorno svolse un riordino generale del territorio e dell'amministrazione dello Stato, e, per quanto rientra nell'ambito di questa trattazione, creò nel 1818 gli Ostetrici Regionari per suggerimento dell'archiatra pontificio, l'ostetrico Tommaso Viale Prelà. La città fu divisa in 10 Regioni Ostetriche con un'ostetrica titolare e una supplente, il professore in carica della Sapienza aveva la Direzione Sanitaria ed era aiutato da tre Ostetrici Regionari²⁶.

²⁴ Breve del 20 novembre 1801

²⁵ Il 2 febbraio 1808 le truppe del generale Miollis occupavano Roma e il 5 luglio dello stesso anno, forzato il portone del Quirinale, il Papa veniva fatto prigioniero e portato prima a Savona e poi a Fontainebleau; ritornerà in Italia solo nel 1814 e rientrerà a Roma il 24 maggio di quell'anno.

²⁶ A. Pachì, op. cit. pp. 39, 40; e A. Corradi, op. cit. p. 53. Il quale riferisce che Pio VII "Aveva pensato di formare nell'Archiginasio Romano una speciale istituzione diretta a procurare ed animare i progressi vantaggiosi dell'ostetricia; e per avere un calcolo comparativo dei parti non naturali al fronte degli altri, che sarebbero accaduti felicemente nel corso dell'anno, aveva prescritto che tutte le levatrici, compilassero secondo certa modula, un elenco trimestrale dei feti che raccoglievano. Le quali tavole sinottiche generali a tutto uno Stato meglio avrebbero giovato, se diligentemente fatte (ed ai chirurghi era messo d'ob-

In tutto questo susseguirsi di eventi l'Asdrubali continuò la sua attività, e avendo studiato tre anni in Francia, possiamo immaginare che mantenesse buoni rapporti con le amministrazioni francesi, ma la sua indole atteggiata a grande modestia e la sua specchiata onestà lo tennero al di sopra delle epurazioni e restaurazioni incrociate conseguenti ai fatti accennati. Esercì per quarantacinque anni e ne dedicò quaranta all'insegnamento, raccolse il frutto dei suoi studi e della sua esperienza fondamentalmente in tre importanti pubblicazioni: la prima pubblicata a Roma nel 1795 in quattro tomi per i caratteri della Stamperia Giunchi: "Elementi di Ostetricia" è dedicata a Pio VI e al Di Pietro, il secondo volume è del 1797, l'opera è corredata da undici tavole; a questa seguì, nel 1811, una ristampa degli Elementi, arricchita con tredici tavole; poi nel 1812 pubblicò il "Trattato Generale di ostetricia teoretica e pratica" pubblicata sempre a Roma dal De Romanis, in quest'opera di cinque volumi è inserito il "Saggio storico critico dell'ostetricia" di F. Sernicoli. Data l'ampiezza dell'opera la trattazione assume un carattere più dettagliato, le osservazioni sono più estese, vi si trovano ampie riflessioni sulla patologia ostetrica, sulle menorragie e gli aborti, la divisione dei "parti semplici" e di quelli "contro natura" e descrizione di casi clinici. Nel Trattato è contenuta l'originale descrizione del parto per il vertice con rotazione sacrale dell'occipite, e nel quinto tomo c'è l'appendice sul parto serotino²⁷. Riferendosi a quest'opera il Chimenz²⁸ dice che "La scienza fece gran passi con queste interessantissime ricerche ed investigazioni di patologia e fisiologia ostetrica, talché ad unanime consenso di tutti i dotti maestri fu giudicato il trattato per un capo lavoro di ostetricia. Quando fu organizzato il collegio medico chirurgico dal pontefice Leone XII, l'Asdrubali fu annoverato fra' componenti il medesimo, come ancora fu innalzato al grado di consigliere della polizia medica, e di consultore dell'accademia ostetrica nella romana università. I tribunali civili e criminali spesso lo consultavano in materie forensi per voti fiscali e di perizie relativamente all'ostetricia. Il consenso a quest'opera fu unanime e tutti i biografi sono concordi nel riportare il giudizio del Corradi che ritenne il trattato dell'Asdrubali la prima moderna opera di Ostetricia pubblicata in italiano²⁹.

bligo di attendere a ciò), delle parziali informazioni, che dagli ospedali siamo soliti di trarre. Erano altresì invitati i chirurghi ad esporre con iscientifica relazione tutti que' casi rilevanti che loro sarebbero accaduti nelle difficili operazioni de'parti". Aggiunge però che è da credere che alle buone intenzioni non seguissero i fatti visto che non risultano documenti relativi a queste inchieste.

²⁷ In questo scritto l'Asdrubali rivendica all'ostetrico il giudizio sulla durata della gravidanza, arriva però a definire tardivo un parto gemellare di una vedova al tredicesimo mese.

²⁸ Chimenz. Op.cit. p.178

²⁹ A. Corradi, op. cit. p.60 "Me per ben quarant'anni niun'opera avemmo che fosse nostra e che valesse a sostituire il Trattato dell'Asdrubali...Tosto che venne alla luce l'opera dell'Asdrubali fu meritatamente lodata per ordine, chiarezza e dottrina. Quantunque segua da vicino i corifei dell'ostetricia francese" A tutta evidenza dell'ampiezza della materia trattata negli Elementi, e a titolo di curiosità, c'è da sottolineare come nella sua ponderosa opera il Corradi citi l'Asdrubali ben 91 volte.

Sempre a Roma uscì nel 1826 presso Lino Contedini, la sua ultima opera importante il "Manuale Clinico di Ostetricia"³⁰ in due volumi dedicato ai suoi allievi dell'università, opera che, secondo Chimenz, merita di essere annoverata "fra i manuali più considerabili in specie per gl'iniziati nella scienza".

Fra le altre pubblicazioni dell'Asdrubali ve ne è una brevissima che risale agli inizi della sua lunga carriera e descrive uno sfortunato caso occorsogli nel soccorrere una partorientente³¹, alla quale fa seguito una "Risposta" di autore anonimo in 60 pagine, grondanti invidia, con annesse ingiurie, maligne insinuazioni e calunnie di ogni tipo. È evidente il malanimo dell'autore che con grande spreco di retorica e citazioni latine, fa sfoggio della sua meschinità, gettando fango sul malcapitato, accusato soprattutto di essere stato scelto per la trasferta parigina senza esami approfonditi, e ancor più per aver ottenuto la cattedra senza concorso. (Il mondo cambia, ma la rivalità professionale no). Asdrubali fu un ottimo chirurgo e anche se restio³², per principio ad ogni intervento che non rispettasse i ritmi naturali, pure si trovò ad eseguire e descrivere sinfisiotomie³³, su casi di bacino viziato. Ideò le forbici embrio-

³⁰ La bolla di Leone XII "Quod divina sapientia" stabiliva che ogni lettore dell'archiginnasio dovesse pubblicare in stampa le sue istituzioni. Nel "Manuale del Giovane Studente presso l'Archiginnasio Romano", 1844, Roma, presso Giovanni Oliveri Tip. Della Università di Roma, si legge che ancora nell'anno 1844 le lezioni di ostetricia che il prof. Savetti tiene alla quarta ora mattutina, prevede come libro di testo il Manuale di Ostetricia di F. Asdrubali.

³¹ F. Asdrubali "Descrizione veridica di un'operazione ostetrica. Avvenuta in Roma il 3 aprile 1786". Nella copia da me consultata presso la biblioteca dell'Istituto di Storia della Medicina assieme alla descrizione è unita la Risposta dell'anonimo detrattore. Anche il Chimenz nel suo elogio, fa cenno a questo libello, op. cit. p. 177: "Contemporanea a questa insigne opera ostetrica (gli Elementi), circolava una scrittura a stampa, o libello famoso anonimo, eruttando grossolane ingiurie e contumeliose asserzioni contro l'Asdrubali. Ma che non può quel detestabile mostro che avvelena il cuor dell'uomo, dico l'invidia? Il modesto autore rispose con Tertulliano: Exurge igitur, veritas et quasi de patitientia erumpe, te esse monstra. Ipsa scripturas interpretare quas consuetudo non novit: si enim novisset, numquam esset; mostrando così nelle sue maniere e nei suoi sentimenti un perfetto modello dell'antica filosofia, di cui fu grande ammiratore, e che perfezionò coi principi del cattolicesimo."

³² "Per bocca del suo allievo Pietro Manni, esortava gli ostetrici ad osservare attentamente nell'esercizio della benefica loro professione, que' soli principj che si deducono dalle leggi invariabili della natura, senza fidarsi troppo degli strumenti de' quali pochi soltanto sono di assoluta necessità, siccome pochi sono i farmaci di cui ha bisogno il dotto ed sperimentato clinico." in A. Corradi op. cit. p. 68

³³ A. Pachi, op. cit. p. 30 riferisce: "Il nome dell'Asdrubali in qualità di assistente in una rara operazione di sinfisiotomia, appare nel 1785 sul periodico scientifico "Antologia Romana" che riporta una lettera di Leroy, apparsa l'anno precedente sulla stampa francese. Nel numero 32 di "Antologia Romana" a pagina 260-261 leggiamo: "...Riferiremo alcune nuove prove felicissime fattene recentemente a Parigi, e tanto più volentieri le riferiremo, quanto che in esse ha avuto una qualche parte un nostro chirurgo, il S. Asdrubali, mandato appunto colà dalla munificenza del regnante Sommo Pontefice, per addestrarsi nella difficile ed importante scienza dei parti. Una lettera dunque del Sig. Alfonso Leroy, Dott. Regente della facoltà medica di Parigi, in data de' 7 dello scorso agosto 1774, ci descrive quanto segue:

Francesco Asdrubali (1756-1834) e l'insegnamento dell'ostetricia nella Roma papale



Fig. 3 - La gruccia di Asdrubali: impiegata per indurre la flessione della testa del feto

tomiche, impropriamente chiamate di Dubois, il pelvimetro per la misurazione della lunghezza del diametro coniugato, costituito da un ditale conico unito ad un'asta graduata che, infilato nel dito indice dell'ostetrico e posto sotto il promontorio del sacro, fornisce la misurazione dopo la sottrazione di cinque o sei linee dovuta all'obliquità della misura presa; gli si attribuiscono anche delle modifiche al letto per partorienti come allora era concepito, infine, la gruccia per l'estrazione del feto, unico strumento il cui uso era permesso anche alle levatrici, che consisteva in un'asta di bosso o d'avorio, terminante con una sezione ricurva, che posta sulla testa del feto in un parto podalico, migliorava l'inclinazione della testa diminuendone il diametro.

Nel suo Elogio il Chimez lo descrive "Grande di statura, e tutto proporzionato, andava assiduamente con passi gravi, quasi sempre taciturno. Non lasciò di sé che una celebre reputazione, si nella scienza e si nei costumi illibatissima, che tanto lo distingueva: la fortuna non mai gli arrise".

La sua vita fu dedicata al lavoro e allo studio, morì il 20 luglio del 1834 dopo aver ottenuto una decorosa pensione dal pontefice che alla sua morte la estese alla famiglia. Furono suoi allievi i migliori medici della generazione a lui successiva come l'insigne medico e cattedratico di chimica nell'università di Roma Domenico Morichini, il Bomba, il Del Medico, il Clementi, il Sernicoli, il Maggi, il Flaiani, il Savetti, il Leonardi, il Tagliabò, il Celi, il Metaxà, il Titocci e ancora Barlucci, Bertotti, Donarelli,

Clivi, Bianchi, Capaccetti, Olivieri, Ramolini, Nicolai, De Dominicis, Sbedico e molti altri, ma sopra tutti il famoso Antonio cav. Trasmodi che operava come chirurgo nell'Ospedale della Consolazione, famosissimo a Roma, e quando morì il Belli gli dedicò uno dei suoi sonetti immortalandolo in un vivacissimo ritratto³⁴.

Bibliografia

1. Bullarii Romani. "Continuatio summorum pontificum Benedictus XIV, Clementis XIII, Clementis XIV, Pii VI, Pii VII, Leonis XII, Pii VIII, Tomo Sextus, Pars II, Pii VI. Contiens pontificatum ab anno nono usque ad annum XV". Prati MDCCCXLVIII in Tipographia Aldina.
2. Chimez. "Elogio di Francesco Asdrubali professore di ostetricia nell'Università di Roma" in Giornale Arcadico Scienze, Lettere ed Arti, Vol. CXII, luglio agosto e settembre 1847, Roma, tipografia delle Belle Arti.
3. Corradi Alfonso. "Dell'ostetricia in Italia" 1874. Bologna, Tipografia Gamberini e Parmeggiani.
4. Costantini. "Regolamento dell'Archiginnasio romano" 1788. Roma, per Luigi Perego Salvioni Stampator Vaticano e del suddetto Archiginnasio.
5. Curatolo G. Emilio. "L'arte di Juno Lucina in Roma". Roma, 1901. Tipografia Sallustiana.
6. Dalbono Carlo Tito. "Roma antica e moderna / memorie e frammenti". 1864. Napoli, Giosuè Rondinella editore.
7. Guzzoni degli Ancarani Arturo. "L'Italia Ostetrica" 1911. Siena Tipografia editrice S. Bernardino.
8. "Manuale del giovane studente nell'archiginnasio romano" 1844. Roma, presso Giovanni Oliveri tipografia dell'Università di Roma 1844.
9. "La civiltà cattolica" anno ventesimo primo, vol. X della serie settima, 1870; Roma. coi Tipi della Civiltà Cattolica.
10. Melchiorri Giuseppe "Guida metodica di Roma e suoi Contorni" vol. unico. 1868, Roma.
11. Morichini Carlo Luigi. "Degli istituti di pubblica carità ed istruzione primaria in Roma" 1835. Roma, Stamperia dell'ospizio apostolico: Pietro Aurelj.
12. Morichini Carlo Luigi. "Degli istituti di pubblica carità in Roma" Edizione Novissima, 1870. Roma, Stabilimento Tipografico Camerale.
13. Nardi Michele Giuseppe. "Il pensiero ostetrico-ginecologico nei secoli" 1954. Milano, Thiele & Co.
14. Pachi' Antonio. "Ostetricia e ginecologia a la Sapienza 1786-1986". 1986, Roma, Antonio Delfino editore.
15. Pazzini Adalberto. "La storia della Facoltà medica di Roma" Roma. MCMLXI. Istituto di Storia della Medicina dell'Università di Roma.
16. Renazzi Filippo Maria. "Storia dell'Università degli Studi di Roma", MDCCCVI. Roma, Stamparia Pagliarini.
17. Viana Odorico, Voza Francesco. "L'ostetricia e la ginecologia in Italia" 1933. Milano, Prassitele Piccinini - Casa Giorgio Zoja.

(...) il parto da tutti me fu giudicato impossibile ad effettuarsi colle sole forze della natura; sicché mi risolvetti ad intraprendere l'operazione della sinfisi, affidandola, sotto la mia ispezione, al sig. De Matthiis, il più antico de' miei discepoli, spedito costì dalla corte di Napoli, per istruirsi nella pratica de' parti. Io la feci da semplice assistente, unitamente al Signor Asdrubali, mandato a Parigi per il medesimo oggetto dalla corte di Roma, ed a cui avrei ugualmente affidata l'operazione (...).

³⁴ Belli, Sonetti: n° 1232 "La morte de Stramonn".



Così bella Roma tu non l'hai vista mai. 1960. Le Olimpiadi, Berruti, Cassius Clay, il Sifar, le prime trame nere, la dolce vita, il miracolo economico, il prodotto interno lordo ai massimi storici, John Fante, Fellini, Arbasino e Pasolini a cena insieme, l'invenzione della giovinezza... 1960, l'inizio e la fine d'un sogno nel nuovo romanzo di Leonardo Colombati dedicato a Roma.

1960, l'ultima magia di Roma capitale

di Michele Trecca

Lo diciamo subito, senza troppe chiacchiere: *1960* di Leonardo Colombati è un capolavoro. O quasi. Comunque, una pietra miliare del romanzo postmoderno della narrativa italiana contemporanea. Colombati è romano, dunque niente «pietra emiliana», come dice Federico Fellini a pag. 382 ricordando fra le risate dei commensali le circostanze della firma del contratto de *La dolce vita*, dopo la rottura con De Laurentis. Intorno a quella tavola a mangiare la spigola in una hostaria in via del Falco ci sono fra gli altri Ennio Flaiano e John Fante.

Di quell'anno lì, 1960, nel romanzo omonimo di Colombati c'è tutto, verità e finzione. Le Olimpiadi, naturalmente. A Roma. Andretti: «...le più belle, suggestive e meglio organizzate della storia... fu il riconoscimento ufficiale di tutti gli sforzi che avevamo fatto dalla fine della guerra per risollevarle le sorti del nostro Paese...». Quelle furono, fra l'altro, le Olimpiadi di Livio Berruti, medaglia d'oro nei 200 m., e dell'allora giovane promessa del pugilato Cassius Clay.

Della luce di quell'estate in *1960* ci sono anche le ombre e, prima di tutto, le trame golpiste o presunte tali. Attorno ad esse ruota il thriller che è il cuore narrativo del romanzo. Il servizio segreto militare (SIFAR), guidato dal generale De Lorenzo, intercetta delle voci su un possibile rapimento del presidente della Repubblica, Giovanni Gronchi, per opera di gruppi ispirati dal leader repubblicano Randolpho Pacciardi. Vera o meno che sia, l'informazione scuote il Palazzo e nei diversi soggetti in vario modo coinvolti scatena ambizione, violenza, smania di potere. Ciascuno di essi svela la propria sostanza umana, sia i personaggi storici sia quelli d'invenzione. Il Gronchi di Colombati come qualità artistica o forza d'impatto nell'immaginario del lettore vale il Lyndon Johnson di Foster Wallace.

Nel 1960 l'Italia si slancia nella modernità, e scopre nei giovani la nuova forza di un'economia ormai fuori dalla fase

emergenziale della ricostruzione. Ma cosa consumano i ragazzi dai tredici ai diciannove anni? Prima di tutto ore e ore di telefonate, che il SIFAR ascolta per redigere un «Classificatore dei bisogni» o mappa dei consumi dei *teenager*. Accade così che l'ufficiale Agostino Savio e l'impiegato Giovanni Negri ascoltino le telefonate della giovane Olimpia, figlia del maggiore Meneguzzer, coinvolto nelle trame golpiste. Olimpia è il profumo di bellezza di un'età fragile ancora una volta tradita dai *vecchi* così come John Fante – a Roma per scrivere una sceneggiatura – è la coscienza critica di un'intellettualità italiana che in quell'anno lì sta dando il meglio di sé senza, però, riuscire a superare la marginalità di sempre e, in fin dei conti, la propria vanità autoreferenziale. Leggi Colombati e vorresti avere la forza di riportare le lancette della Storia a quel momento aurorale in cui tutto sarebbe potuto andare in ben altro modo che non finire nel groviglio sanguinario e melmoso degli anni successivi. Nell'aria di Roma si respirava davvero la promessa d'una *dolce vita*. Poi anche la capitale è stata risospinta nel gorgo dei suoi mali dalla suburra di Palazzo.

Qualunque registro usi, e sono davvero tanti, dalla leggerezza della commedia di *Vogliamo i colonnelli* alla ferocia delle torture del più cupo *horror*, nelle quasi 500 pagine del romanzo, di cui un centinaio riservate alle note e alla bibliografia, Colombati non perde mai quella misura esatta di dosaggio espressivo che è il senso vero della grazia e fa la differenza fra la letteratura e gli altri linguaggi. *1960* è un capolavoro... o quasi, perché doveva essere sfruttata meglio la tensione narrativa dell'intreccio. Sia chiaro, però, che *1960* va iscritto in quell'albo d'oro della narrativa postmoderna internazionale, quella di Pynchon e De Lillo, per dire.

Leonardo Colombati
1960
Mondadori, pagg. 461, € 19,00

