

il caduceo

Vol.12, n° 2 - 2010



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE
M. Sperone

DIRETTORE SCIENTIFICO
CO-EDITOR
B. Trinti

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

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

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

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

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

Foto di Copertina
Magic Valley by digitalblasphemy

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

 Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

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

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

SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili
F. Piccirilli, F. Giordano, L. Iannucci, R. Quaglione
7. La guarigione da epatite cronica C è il più importante contributo alla prevenzione primaria dell'epatocarcinoma
M. Colombo
9. L'alluce valgo: novità sul trattamento chirurgico
F. Treia
14. Cosa bisogna sapere sull'Ipertrofia Prostatica Benigna
F. de Paula
16. Capelli: quali esami in caso di problemi?
F.M. Abenavoli
20. La Storia dell'ERBORISTERIA, la madre della Farmacologia di sintesi e della Fitomedicina estrattiva dei principi chimici
P. D'Annibale, M. D'Annibale
22. La rottura della cuffia dei rotatori della spalla
M. Villa
27. Si scrive screening si legge prevenzione
E. Melaragno
28. Il tumore del colon retto tra genetica e ereditarietà
V. Stigliano
30. Il contributo scientifico di dieci anni di ricerca della LILT
A. Di Iorio
34. Smettere di fumare? Sembra facile...E facile, invece, lo è davvero
M. Trecca
36. Un thriller destinato a fare epoca. La nostra
M. Trecca

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figure, immagini o foto

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

Tabelle

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

Didascalie

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

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. E' 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.

Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili

F. Piccirilli, F. Giordano, L. Iannucci, R. Quaglione

Università Sapienza di Roma, Policlinico Umberto I, Dipartimento Cuore e Grossi Vasi, Laboratorio di Elettrofisiologia e di Elettrostimolazione Cardiaca

Il flusso di pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili ("device"), in ambulatorio, è in continuo aumento^[1] e questo può essere ricondotto all'invecchiamento progressivo della popolazione, all'aumento degli impianti di PM (pacemaker) per le patologie degenerative del sistema di eccito-conduzione cardiaca, all'incremento degli impianti per la terapia elettrica dello scompenso cardiaco (CRT) e del numero di pazienti con indicazione all'impianto di defibrillatore secondo le conclusioni di studi policentrici, randomizzati. Con il solo impianto del "device" la terapia non è però completa; i controlli post-impianto dei parametri diagnostici e di elettrostimolazione sono parte integrante della terapia e sono necessari per ottimizzare il cor-

retto funzionamento della protesi e garantire sicurezza al paziente^[2].

La frequenza dei controlli ambulatoriali, in media 2-4 volte all'anno, è dettata da linee guida specifiche in base al tipo di "device" (PM, ICD, CRT, loop recorder) e alle caratteristiche cliniche del paziente^[3].

Il controllo ambulatoriale comporta un impegno di risorse non indifferente se si considera il tempo di trasferimento in ospedale, quello di attesa del proprio turno, il tempo di visita effettiva e di ritorno a casa. Il tempo effettivo della visita ambulatoriale può oscillare poi dai 20 ai 30 minuti a seconda del dispositivo e della complessità del paziente^[4].

Da qualche anno è possibile effettuare la consultazione dei dati di alcuni "device" anche a distanza (controllo remoto). Il "device" invia in modo automatico i dati diagnostici ad un trasmettitore che il paziente ha sul comodino; questo a sua volta li invia (o attraverso un modem o via GSM) ad un server centralizzato che li smista al centro medico di riferimento per quel dato paziente.

A questo punto i sanitari possono leggere i dati sul proprio computer semplicemente digitando una username ed una password, in un tempo molto più breve (1-3 min)^[4] rispetto ad un controllo ambulatoriale.

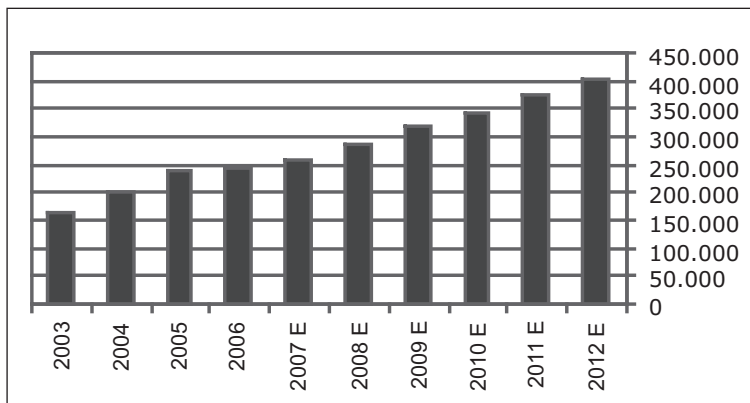


Fig. 1 – Impianti Defibrillatore Europei: Effettivi (2003-2006) e stimati (2007-2011)^[1]

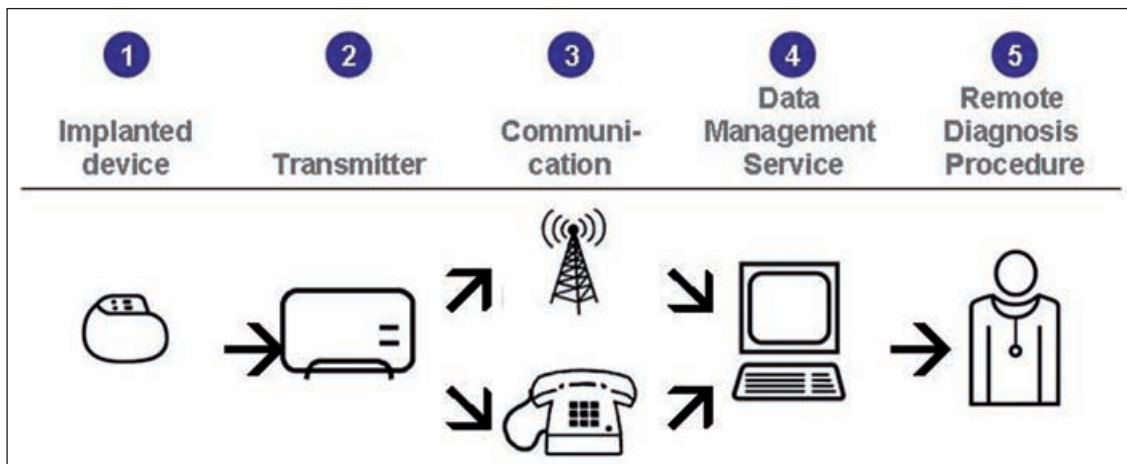


Fig. 2 – Controllo Remoto.

In questo modo la valutazione di problemi eventualmente insorti può avvenire più tempestivamente. Senza il controllo remoto solo gli eventi sintomatici possono essere gestiti in tempi relativamente brevi. In questo caso il paziente, avvertito il disturbo, contatta il medico che, secondo l'organizzazione e la disponibilità della struttura, programma un controllo e verifica il funzionamento del "device".

Molte aritmie, così come le fasi iniziali di uno scompenso emodinamico, o disfunzioni che riguardano l'impianto di stimolazione possono essere asintomatiche, quindi non essere avvertite tempestivamente dal paziente e sfuggire alla valutazione precoce del medico, ma perdurando possono aggravarsi (scompenso conclamato, sincopi) o complicarsi (TIA o Ictus) senza dare il tempo di arrivare al controllo successivo.

E' dunque evidente la necessità di superare il solo regime ambulatoriale di controllo e di poter disporre di un servizio di telemedicina.

Il controllo a distanza del dispositivo offre in modo inequivocabile numerosi vantaggi. Il paziente potrà godere di un controllo più "immediato" e quindi "privilegiato" con i medici specialisti di riferimento, disponendo quindi di un'assistenza più comoda e di un maggior grado di sicurezza e tranquillità.

I costi sociali relativi al follow-up possono essere abbattuti attraverso l'ottimizzazione del numero di accessi in ambulatorio e quindi anche attraverso un miglior impiego del personale. I tempi dedicati al singolo controllo possono essere ridotti e molti controlli inutili possono essere evitati. In questo modo è possibile aumentare e migliorare l'assistenza ambulatoriale dei pazienti maggiormente compromessi (ad es. portatori di dispositivi per lo scompenso cardiaco o

defibrillatori impiantati per la prevenzione della morte improvvisa). Il monitoraggio a distanza permette inoltre di sfruttare al massimo la capacità diagnostica dei dispositivi (monitoraggio degli episodi aritmici, della frequenza cardiaca e della sua variabilità, della percentuale di stimolazione, delle variazioni di impedenza toracica correlate con lo stato di congestione polmonare, insorgenza di fibrillazione atriale etc.); consente una valutazione tempestiva dei segnali di allarme, con un'ottimizzazione precoce delle terapie e permette una gestione più adeguata della fase di scarica dei dispositivi, che richiede maggiore attenzione per una corretta scelta della data di sostituzione dello stesso.

A conferma di quanto detto sono già stati pubblicati degli studi. Per esempio negli Stati Uniti il numero di portatori di ICD (defibrillatori impiantabili) è di circa 235000^[5] che nel 2006 hanno comportato l'esecuzione di più di due milioni di controlli ambulatoriali. Estrapolando i dati, considerando mediamente 20 minuti per il controllo di ciascuno di questi e che il numero di ICD impiantati ogni anno aumenta quasi del 5%^[5], il tempo impiegato per eseguire i controlli, a tutto il 2008 è stato stimato intorno ai 36 anni.

Altri autorevoli ricercatori che hanno analizzato retrospettivamente i dati di uno studio multicentrico europeo che ha arruolato 271 pazienti portatori di ICD con Home Monitoring, seguiti per 1 anno, hanno dimostrato che, scegliendo di eseguire o non eseguire ogni follow-up ambulatoriale standard, sulla base di criteri clinici e strumentali (diagramma 1), è possibile ridurre del 47% il numero di follow-up standard in un anno senza incidere sulla sicurezza del paziente^[6].

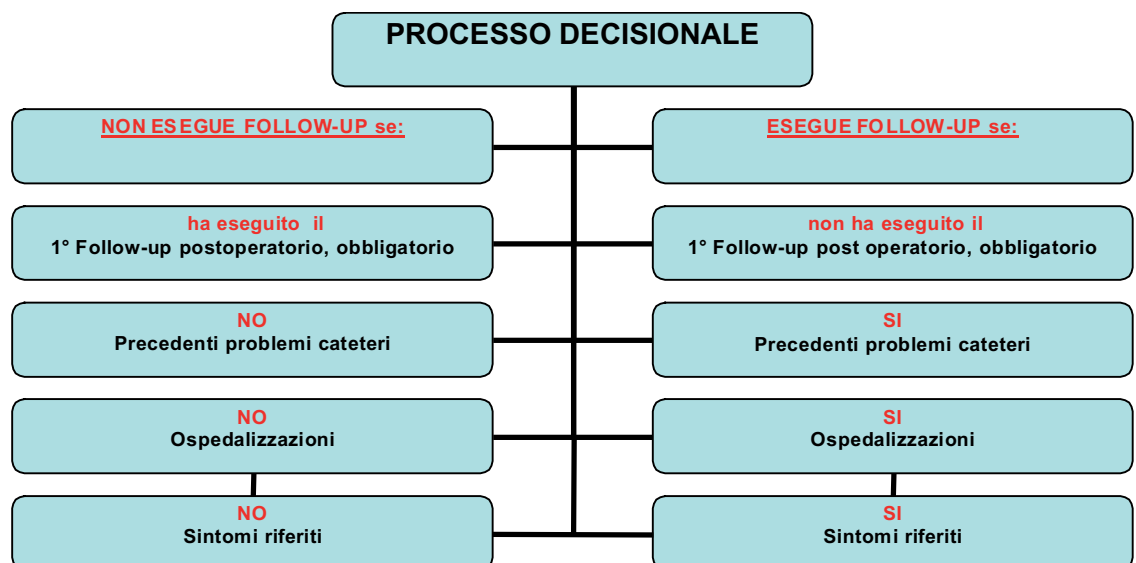


Diagramma 1

Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili

Questi autori hanno inoltre osservato che il tasso di riduzione dei follow-up standard tende ad aumentare nel tempo (fig.3).

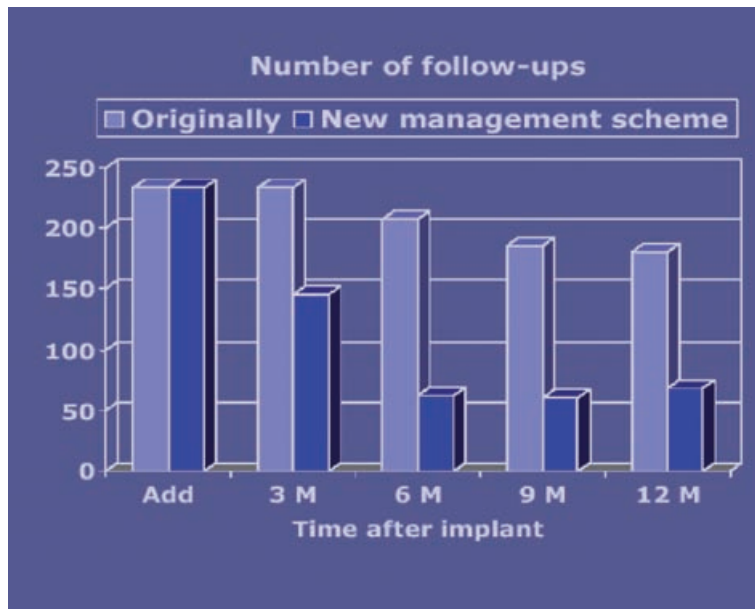


Fig. 3 – Numero dei Follow up nel tempo.

Recentemente uno studio multicentrico, prospettico, controllato e randomizzato (TRUST)^[6], ha arruolato 1443 pazienti in 105 centri fra Usa e Canada. I pazienti, sottoposti ad impianto di ICD mono o bicamerale, sono stati randomizzati in due gruppi, uno con Home Monitoring attivo, l'altro con Home Monitoring spento con rapporto 2:1. Il periodo di follow up è stato di 15 mesi. Lo studio ha dimostrato che l'Home Monitoring:

- è "sicuro" perché nei due gruppi si è verificato una percentuale equiparabile di mortalità, stroke^[7] ed eventi avversi che hanno richiesto una revisione chirurgica dell'impianto
- ed "efficace" perché comunque permette una riduzione importante (43%) del numero di controlli ambulatoriali.

I dati hanno peraltro confermato che l'Home Monitoring riduce significativamente i tempi di rilevamento degli eventi aritmici e nello stesso tempo, permettendo di diradare gli accessi in ambulatorio, consente di ottenere un migliore rispetto delle scadenze dei follow-up programmati.

Un altro studio pubblicato nel 2006 (REFORM)^[8] si è interessato dei costi ed ha dimostrato come l'Home Monitoring possa effettivamente ridurre la spesa relativa al follow-up post-impianto dei "device" e migliorare l'impiego delle risorse attraverso una riduzione del 63% dei controlli ambulatoriali, del 40% del tempo che il medico dedica al paziente, del 63% del costo totale dei trasporti (ambulanza, mezzo privato, ecc.), del 61% dei costi correlati all'impiego di spazi, infermieri, tecnici.

L'utilizzo del sistema di monitoraggio remoto si sta diffondendo anche ai pazienti con scompenso cardiaco refrattario alla sola terapia medica a cui è stato impiantato un dispositivo per resincronizzazione cardiaca.

L'Home Monitoring che consente, quotidianamente ed in modo automatico, l'interrogazione e l'invio via GSM-Internet dei parametri diagnostici, può infatti rappresentare una soluzione efficace per la tempestiva individuazione delle più frequenti condizioni critiche e conseguente pronta azione correttiva delle stesse.

In questo senso è stato eseguito uno studio, i cui dati preliminari sono stati presentati all'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia che si è tenuto a Barcellona nel Settembre del 2009. L'obiettivo principale di questo studio era quello di stabilire se il controllo ambulatoriale standard basato su un programma di visite a 3 mesi fosse associato, in assenza di un controllo remoto giornaliero, ad un più elevato rischio di mancato o ritardato rilevamento

di eventi avversi clinici o legati al sistema impiantato. Nei pazienti arruolati nel gruppo Home Monitoring il numero totale di eventi avversi viceversa è stato significativamente maggiore che non nei pazienti arruolati per eseguire i normali controlli ambulatoriali ogni 3 mesi. Ricordando che questi sono solo dati preliminari, questo andamento si potrebbe correlare con un difetto di rilevamento nel gruppo senza Home Monitoring e che il rischio di non individuare eventi avversi è progressivamente maggiore nel tempo. Anche questo lavoro conferma come l'home monitoring possa offrire il vantaggio di una più completa e precoce individuazione di eventi avversi, clinici e non, anche asintomatici per i pazienti.

L'Home Monitoring rappresenta quindi una valida strategia con ampie prospettive di utilizzazione soprattutto oggi quando si parla di telemedicina e di servizi sanitari sul territorio; tutto questo con una riduzione dei costi ed un più razionale impiego delle risorse disponibili senza rinunciare alla sicurezza, all'efficacia e alla continuità dell'assistenza.

Bibliografia

1. Eucomed data, Morgan Stanley Research from December 10, 2007.
2. Wilkoff B et al. Europace 2008, 10: 707-725.
3. European Society of Cardiology. Eur Heart J 2007, 28(18): 2256-95.
4. Ricci et al. Europace 2008, 10(2):164-70.

5. Growth projections from the 2009 Global Markets for Cardiac Rhythm Management minus death rates estimated from MADIT II (Study: Defibrillator shock can signal more heart issues. The associated press. Sept. 3, 2008).
6. Varma N. Am Heart J 2007, 154(6): 1029-34.
7. Brugada P. Clin Res Cardiol 2006, 95 (Suppl. 3): 3-9.
8. Elsner CH, Sommer P, Piorkowski C, Taborsky M, Neuser H, Bytesnik J, Geller JC, Kottkamp H, Wismeth H, Hindricks G. A prospective multicenter comparison trial of home monitoring against regular follow-up in Madit II patients: additional visits and cost impact. Comput Cardiol 2006, 33: 241-244.



Educazione
Prevenzione
Ricerca
sull'Epatite C

L'Associazione EPAC Onlus ti ricorda che:

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

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

CATEGORIE A RISCHIO

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

* Comunicato stampa Associazione Italiana Studio Fegato 18.09.2006

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

Per ulteriori
informazioni:

Internet:
www.epac.it

email:
info@epac.it

tel. 0660200566
fax 0396917255



La guarigione da epatite cronica C è il più importante contributo alla prevenzione primaria dell'epatocarcinoma

Intervista al Prof. Massimo Colombo

*Direttore Unità Operativa di Gastroenterologia 1
Università degli Studi di Milano - Ospedale Maggiore - Policlinico Mangiagalli e
Regina Elena - Pad. Granelli - via F. Sforza, 35 - 20122 Milano*

Introduzione di Ivan Gardini

Stiamo vivendo, ormai da diversi anni, in un clima sociale sempre più avvelenato da scandali e polemiche. Purtroppo le critiche rivolte al Sistema Sanitario Nazionale oscurano quanto di buono offre la nostra Sanità pubblica. Questa situazione può far credere ad alcuni pazienti che oltre frontiera esistano medici più preparati e/o trattamenti più all'avanguardia. Nulla di più sbagliato. Il grado di preparazione dei nostri epatologi è ai massimi livelli. Questo va riconosciuto e non ce lo dobbiamo mai dimenticare. In altri paesi, potremmo non avere lo stesso livello di competenza, la stessa disponibilità di farmaci e di servizi che oggi abbiamo a disposizione. Abbiamo chiesto al Prof. Massimo Colombo, veterano e pioniere dell'Epatologia italiana di fare una sintesi sul passato, presente e futuro.

L'Italia nazione leader nella cura delle malattie del fegato

di Massimo Colombo

L'Italia occupa una posizione leader in Europa per quanto riguarda l'epatologia. Negli anni sessanta, un gruppo di esperti in malattie infettive a Napoli, identificò le transaminasi come marcatore specifico di danno epatico, in particolare in corso di epatite virale.

Un gruppo di Torino ha identificato il virus dell'epatite delta ed ha dimostrato l'esistenza della variante genetica "mediterranea" dell'epatite B, malattia che ogni anno causa decine di migliaia di morti in Europa.

Diversi epatologi Italiani hanno dato un contributo fondamentale allo sviluppo delle conoscenze della storia naturale e della cura dell'epatite virale C, causa frequente di morte e trapianto di fegato in tutto il mondo.

Alcuni gruppi italiani hanno prodotto studi che hanno favorito il potenziamento delle cure della epatite B, del trapianto di fegato e dei trattamenti loco-regionali del carcinoma epatico.

Un team di Modena è leader mondiale nelle malattie metaboliche del fegato, in particolare della emocromatosi genetica, ed ha descritto tra l'altro anche una nuova variante della malattia.

L'elevato livello scientifico della Medicina Italiana è confermato dalla qualità e quantità di lavori originali che i nostri ricercatori pubblicano ogni anno sulle più prestigiose riviste internazionali e che presentano ogni anno al Meeting delle Società Europea e Nord Americana di Fegato, dove risultano da sempre tra i più prolifici in Europa.

Dal 2005 al 2009 la rivista ufficiale della comunità epatologica europea, il Journal of Hepatology, seconda per importanza solo a quella della Società di fegato nord americana, è stata diretta da un team di Milano.

Il successo dell'Epatologia italiana si riflette anche nel vigoroso sviluppo del piano nazionale per il trapianto di fegato, che negli anni 80 aveva esordito con non poche incertezze, legate a carenze strutturali ed imperfetta organizzazione della rete di raccolta organi.

Dai 96 trapianti di fegato del 1990 siano approdati agli oltre mille di oggi effettuati da 22 centri dislocati pressoché in ogni regione, con percentuali di successo sovrapponibili a quelle dei più celebrati Centri europei, cioè superiore all'80% a 5 anni.

Il carcinoma epatico è diventato una principale indicazione al trapianto di fegato oltre alla insufficienza epatica terminale entrambi causati da infezione cronica con i virus dell'epatite B e C.

Il trapianto risponde bene al paradigma terapeutico del tumore primitivo del fegato, che è guaribile solo quando identificato in fase precoce.

La diagnosi precoce è possibile grazie ai programmi di sorveglianza dei pazienti a rischio, cioè i pazienti con malattie croniche del fegato.

In questo settore l'Italia insieme a Spagna e Giappone è un riconosciuto referente clinico-scientifico.

L'Italia è stata tra le prime nazioni industrializzate a sviluppare un programma organico di prevenzione delle malattie di fegato.

Il programma di vaccinazione contro l'epatite B, resa obbligatoria per tutti i nuovi nati ed i dodicenni a partire dal 1991 e conclusasi nel 2003 per i dodicenni, ha creato una robusta barriera anticorpale al diffondersi della infezione B tra adolescenti e giovani adulti, nei quali l'infezione può evolvere in forme croniche.

Già a partire dagli anni 80, lo screening dei donatori di sangue aveva sensibilmente ridotto il rischio di trasmissione della epatite C da 1 caso ogni 10 trasfusioni del 1985 a meno di 1 caso ogni 500.000 trasfusioni di oggi!

Resta invece ancora insoluto il problema della prevenzione dell'epatite B trasmessa per via sessuale nei soggetti non-vaccinati, cioè nelle persone che oggi hanno più di 30 anni.

Diverse persone, infatti, sono esposte al rischio di contrarre infezione B dal contatto con le popolazioni immigrate dall'Europa orientale, Asia e Africa, dove l'epatite B è endemica.

Anche se l'infezione in età matura ed avanzata raramente cronicizza, spesso però causa malattia acuta severa, non di rado con evoluzione protratta nei mesi. L'epatite cronica B, oggi, è trattabile con efficacia con interferone e chemioterapici antivirali, cioè analoghi nucleosidici e nucleotidici.

Il trattamento con interferone, faticoso ma di limitata durata, può modificare sostanzialmente l'evoluzione dell'infezione, e in diversi casi determinare la scomparsa dell'HBsAg dal sangue.

Il trattamento con chemioterapici antivirali è ben tollerato, di durata illimitata e capace di sopprimere l'infezione in pressoché tutti i pazienti.

Dopo anni di cura, alcuni pazienti trattati con antivirali possono eliminare definitivamente l'infezione.

La cura dell'epatite B è migliorata grazie alla diagnosi precoce delle resistenze dei virus ai farmaci antivirali.

Oggi, l'impiego dei più moderni farmaci ad elevata barriera genetica permette trattamenti efficaci e sicuri in tutti i pazienti.

La cura dell'epatite C con interferone peghilato e ribavirina ha dato altrettante soddisfazioni, perché ha determinato elevati tassi di guarigione definitiva, che oscillano dal 40% al 90% dei casi a seconda del genotipo virale implicato.

A differenza dell'epatite B, però, la cura dell'epatite C ha maggiori problemi di tollerabilità ed applicabilità, soprattutto nei pazienti con epatite evoluta e nei pazienti con co-morbidity rilevanti.

In questi pazienti, infatti, il trattamento antivirale determina significativi effetti negativi sul midollo emopoietico, già compromesso dalla malattia cronica di fegato.

Per queste ragioni, laddove possibile, il trattamento dell'epatite C è auspicabile nelle fasi precoci di malattia, quando i pazienti hanno maggiori probabilità di tollerare gli effetti indesiderati di interferone come piastrinopenia e leucopenia e della ribavirina come l'anemia.

Fortunatamente tra pochi anni avremo a disposizione trattamenti anti epatite C rafforzati dal contemporaneo uso di farmaci ad azione antivirale diretta come Telaprevir e Boceprevir, in grado di ridurre la durata del trattamento a 24 settimane ed incrementare la percentuale di guarigione sino all'80% nei pazienti con genotipi difficili da guarire come il genotipo 1 e 4.

Questi sviluppi ampliano le nuove strategie di cura con interferone e ribavirina, modellandole sulle caratteristiche dei pazienti per quanto riguarda durata e dosaggi dei farmaci.

Queste nuove strategie di personalizzazione delle cure sono in grado di migliorare l'efficacia e la tollerabilità del trattamento e di abbreviare l'inutile sofferenza dovuta agli effetti collaterali, riuscendo a prevedere in anticipo quali pazienti non risponderanno adeguatamente alle cure.

Da una serie di studi retrospettivi abbiamo capito che la guarigione dalla epatite cronica C è il più importante contributo alla prevenzione primaria dell'epatocarcinoma.

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

Amniocentesi

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

Valutazione molecolare per:

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

€ 870,00

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

Tel. 06.32868.43 - Fax 06.77203798

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



L'alluce valgo: novità sul trattamento chirurgico



Fabio Treia
Specialista in Ortopedia e Traumatologia

La prima articolazione metatarso-falangea (MTF) è nell'avampiede la più complessa delle articolazioni MTF a causa del meccanismo sesamoideo. L'articolazione è composta da ossa relativamente grandi stabilizzate da legamenti collaterali e da muscoli

intrinseci che si inseriscono sulla base della falange prossimale. La stabilizzazione dell'articolazione viene ulteriormente accresciuta dai muscoli estrinseci, soprattutto l'estensore e il flessore lungo dell'alluce, e secondariamente dal tibiale anteriore e dal peroneo lungo, che si inseriscono sulla base del metatarso. Poiché nessun muscolo si inserisce sulla testa metatarsale, questa è vulnerabile alle sollecitazioni estrinseche, in particolare da parte della scarpa.

L'alluce e la prima articolazione MTF giocano un ruolo importante nel trasferimento del carico durante la deambulazione. Questo trasferimento di carico attraverso la MTF deriva dall'aponeurosi plantare che flette plantarmente il primo metatarso mentre il carico viene trasferito all'alluce. Certe condizioni patologiche, acquisite o iatrogene, riducono la capacità della prima articolazione MTF e dell'alluce di agire da strutture portanti. Ciò da luogo ad un trasferimento del carico al versante laterale del piede, il che a sua volta sfocia in una lesione da trasferimento al di sotto della seconda o terza testa metatarsale.

Il termine bunion (callo, esostosi) deriva dalla parola latina bunio, che significa cipolla, il che ha portato a qualche sconcertante applicazione erronea riguardo alle affezioni della prima articolazione MTF. Il termine "bunion" è stato utilizzato per indicare qualsiasi slargamento o deformità dell'articolazione MTF, includendovi diagnosi diverse quali una borsa slargata, un ganglio, l'alluce valgo, l'alluce rigido e le alterazioni proliferative secondarie all'artrosi dell'articolazione MTF.

Il termine alluce valgo fu introdotto da Carl Hueter nel 1870 per definire una sublussazione statica della prima articolazione MTF con deviazione laterale dell'alluce e deviazione mediale del primo metatarso. Viene ora riconosciuto, particolarmente nel paziente giovane, che una deformità in valgismo dell'alluce può derivare da una deviazione laterale della superficie articolare della testa metatarsale in assenza di qualsiasi sublussazione della prima articolazione MTF. (Fig. 1).

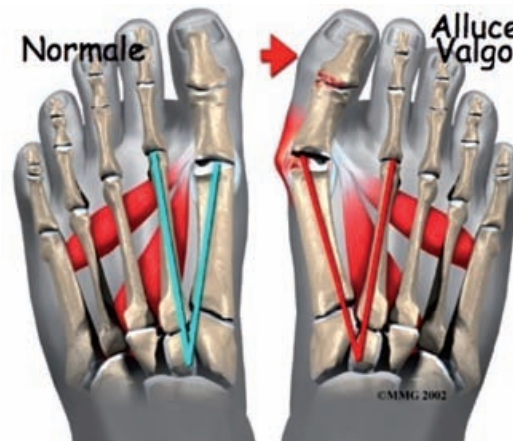


Fig. 1

L'alluce valgo in fase avanzata rappresenta pertanto una deformità complessa dell'avampiede che sfocia in significative modificazioni patologiche delle parti molli di supporto, del meccanismo sesamoideo e dell'articolazione MTF.

Eziologia

L'alluce valgo compare quasi esclusivamente in persone che indossano scarpe, ma lo fa occasionalmente in individui scalzi. Uno studio del 1950 mette in evidenza come il 33% degli individui calzati presentava un certo grado di valgismo dell'alluce rispetto all'1,9% delle persone scalze. Sebbene le scarpe sembrano essere il fattore estrinseco essenziale nell'eziologia dell'alluce valgo, molti individui che portano scarpe alla moda non sviluppano questa deformità. Perciò, qualche fattore intrinseco predisponente deve rendere certi piedi più vulnerabili all'effetto della scarpa e parimenti predisporre qualche piede scalzo a sviluppare un alluce valgo. Uno di questi è sicuramente l'ereditarietà, con un'anamnesi familiare positiva per alluce valgo del 60/70% e in special modo nell'alluce valgo giovanile. Altri fattori sono il piede piatto, primo metatarso varo, lunghezza del primo metatarso, ipermobilità dell'articolazione metatarso cuneiforme. L'alluce valgo è molto più frequente nel sesso femminile con un rapporto di circa 5:1 rispetto al sesso maschile.

Quadro clinico

Il quadro clinico è rappresentato essenzialmente da deformazione dell'articolazione I MTF, che si presenta dolente, e conseguente difficoltà nel calzare scarpe. In alcuni casi, in ragione delle deformità instaurate e del

F. Treia

minor uso dell'articolazione dolente, si instaura rigidità che porta alla compromissione dello schema del passo dell'arto interessato. La cute mediale presenta ipercheratosi, o, quando assenti queste, un arrossamento cutaneo diffuso o, ancora, ulcerazioni. Essendo frequentemente associata deformità alle dita vicine, la sintomatologia può riguardare anche queste ultime.

Diagnosi

Attualmente, la valutazione clinica di tale patologia si avvale anche di specifici esami strumentali come l'esame baropodometrico (fig.2), con il quale si misura e si valuta sia in posizione statica (da fermi) sia in posizione dinamica (durante la deambulazione), la distribuzione dei carichi sul piede che variano rispetto al normale, in base al grado di compromissione del primo dito.

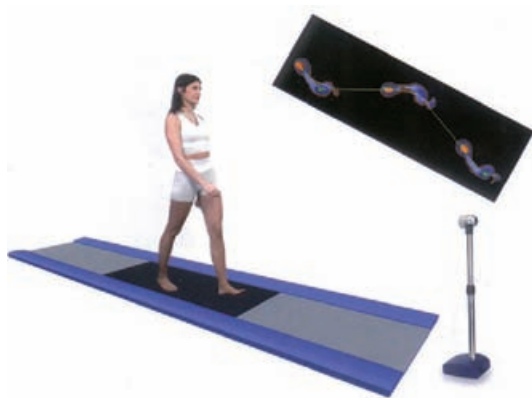


Fig. 2

Molto importanti per la valutazione accurata di tale patologia sono le radiografie che devono essere sempre effettuate con il paziente in posizione sotto carico, gli esami di base devono includere le proiezioni AP (antero-posteriore), laterale ed obliqua, associate alle proiezioni di Walter Muller per una accurata valutazione dei sesamoidi (due piccole ossa sotto l'articolazione MTF).

Trattamento

Il trattamento conservativo, cioè l'utilizzo di plantari o splint notturni, non ha dimostrato di prevenire la progressione della deformità; può comunque essere utile nell'alleviare la sintomatologia nell'attesa dell'intervento chirurgico.

Il trattamento chirurgico va effettuato solo e soltanto in un alluce valgo sintomatico; è sconsigliato l'intervento per una correzione estetica.

Esistono molteplici tecniche chirurgiche per la correzione dell'alluce valgo dalle più obsolete come quelle che demolivano l'articolazione MTF con lunghe degenze post-operatorie alle più innovative come la tecnica percutanea (fig.3), utilizzabile solo in casi con deformità lievi, in quanto ha per ora una più alta inci-

denza di recidive rispetto alle tecniche valide utilizzate attualmente.

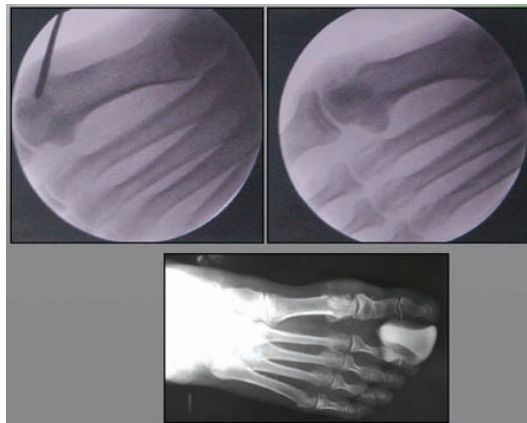


Fig. 3

Quindi in base al grado di valgismo dell'alluce valgo si può effettuare la tecnica chirurgica appropriata.

Questo tipo di intervento chirurgico si effettua con anestesia loco-regionale (ankle block), assicurando un minore stress e un rapido recupero funzionale anche grazie l'utilizzo di anestetici a lunga durata che eliminano completamente il dolore post-operatorio tanto da poter far camminare immediatamente dopo il paziente in modo da eseguire questo intervento in day hospital. Possiamo distinguere fondamentalmente le tecniche chirurgiche, che si possono eseguire a cielo aperto, e le tecniche percutanee. In tutte e due i casi si eseguono delle osteotomie (tagli) sull'osso; nel primo caso si eseguono con delle seghe, nel secondo con delle frese; nel primo caso si utilizzano mezzi di sintesi (viti, cambre), nel secondo caso non si utilizza nulla. Con le tecniche a cielo aperto si può effettuare però una correzione triplanare della testa metatarsale (la più utilizzata è la tecnica di Austin) (fig. 4), un taglio a V della testa metatarsale, con cui si può correggere con la massima precisione la deviazione della testa metatarsale; con le tecniche percutanee si può effettuare soltanto una correzione biplanare della testa metatarsale per cui, anche quando non necessario, bisogna effettuare gesti chirurgici accessori sulle dita laterali per avere un corretto risultato.



Fig. 4

L'alluce valgo: novità sul trattamento chirurgico

Oggi si sta valutando e utilizzando la tecnica mista (fig. 5) cioè l'associazione di mini incisioni e piccoli fori cutanei per l'utilizzo delle frese e delle mini seghe, in quanto si è visto che l'utilizzo della sola tecnica percutanea ha un'alta incidenza di recidive e di complicanze rispetto alla tecnica a cielo aperto.



Fig. 5

Con l'utilizzo di questa tecnica mista si utilizza il meglio delle due tecniche, cioè la correzione triplanare della testa metatarsale, l'utilizzo di pochi mezzi di fissazione che tra l'altro sono riassorbibili in quanto sono in acido polilattico; esteticamente è migliore in quanto i tagli sulla pelle sono piccolissimi, con risultati però molto positivi. figg. 6 e 7.



Fig. 6



Fig. 7

Bibliografia

1. Arinci Incel N, Genc H, Erdem HR, Yorgancioglu ZR. Muscle imbalance in hallux valgus: an elec-

2. tromyographic study. *Am J Phys Med Rehabil* 82:345-349, 2003.
3. Kato T, Watanabe S. The etiology of hallux valgus in Japan. *Clin Orthop* 157: 78-81, 1981.
4. Cicchinelli LD, Gonzalez M, Aycart J. Current concepts of absorbable fixation in first ray surgery. *Clin Podiatr Med Surg* 533-547, 1996.
5. Coughlin MJ. Juvenile hallux valgus: etiology and treatment. *Foot Ankle Int* 1995; 16: 682-97.
6. De Prado M, Percutaneous Hallux Valgus Surgery: A Prospective Multicenter Study of 189 Cases. (2009) Orthopedic Clinic of North America. (2009).
7. Donnelly RE, Saltzman CL, Kile TA, Johnson KA. Modified chevron osteotomy for hallux valgus. *Foot Ankle Int* 1994; 15: 642-5.
8. Hawkins FB, Mitchell CL, Hedrick CW. Correction of hallux valgus by metatarsal osteotomy. *J Bone Joint Surg [Am]* 1945;27-A:387-94.
9. Maffulli N, Oliva F, Coppola C, Miller D. J Minimally invasive hallux valgus correction: a technical note and a feasibility study. *Surg Orthop Adv*. 2005 Winter; 14(4): 193-8.
10. Mann RA, Coughlin MJ. Hallux valgus: etiology, anatomy, treatment and surgical considerations. *Clin Orthop* 157:31- 41, 1987. Pouliart N, Haentjens P, Opdecam P. Clinical and radiological evaluation of Wilson osteotomy for hallux valgus. *Foot Ankle Int* 1996; 17: 388-94.
11. Nery C, Barroco R, Réssio C. Biplanar chevron osteotomy. *Foot Ankle Int* 2002; 23: 792-8.
12. Kuo CH, Huang PJ, Cheng YM, et al. Modified Mitchell osteotomy for hallux valgus *Foot Ankle Int* 1998; 19: 585-9.
13. Jones KJ, Feiwell LA, Freedman EL, Cracchiolo A 3rd. The effect of Chevron osteotomy with lateral capsular release on the blood supply to the first metatarsal head. *J Bone Joint Surg [Am]* 1995; 77-A: 197-204.
14. Peterson DA, Zilbergarb JL, Greene MA, Colgrove RC. Avascular necrosis of the first metatarsal head: incidence in distal osteotomy combined with lateral soft tissue release. *Foot Ankle Int* 1994; 15: 59-63.
15. Schneider W, Knahr K. Keller procedure and chevron osteotomy in hallux valgus: five-year results of different surgical philosophies in comparable collectives. *Foot Ankle Int* 2002; 23: 321-9.
16. Trnka HJ, Zembsch A, Weisauer H, et al. Modified Austin procedure for correction of hallux valgus. *Foot Ankle Int* 1997; 18: 119-27.
17. Vanore JV, Christensen JC, Kravitz SR, Schuberth JM, Thomas JL, Weil LS, Zlotoff HJ, Mendicino RW, Couture SD; Clinical Practice Guideline First Metatarsophalangeal Joint Disorders Panel of the American College of Foot and Ankle Surgeons. Diagnosis and treatment of first metatarsophalangeal joint disorders. Section 1: Hallux valgus *J Foot Ankle Surg* 42: 112-15.

Dott. Fabio Treia

Centro Polispecialistico Machiavelli Medical House -
Via Machiavelli, 22 tel.06 3286843

Clinica Paideia - Via Vincenzo Tiberio, 46 tel. 06 330941

Clinica S. Luca - Via Teano, 8a tel. 06 2785951

Studio: Via Donatello, 27 tel. 06 36002552

BLOOD RUNNER 2010 - UNA CORSA PER IL SANGUE

Massimo Scafati

✚ Blood Runner ONLUS

Il sangue è indispensabile per la nostra vita e ogni giorno in tutti gli ospedali, una trasfusione può salvare la vita di un paziente alle prese con un intervento chirurgico, di un bambino affetto da una grave patologia, o la vittima di un incidente.... Purtroppo il sangue è l'unico farmaco salvavita non sintetizzabile artificialmente e le sue scorte dipendono esclusivamente dal generoso atto della donazione.



Soprattutto nella nostra città la domanda è notevolmente superiore all'offerta con la conseguente necessità di acquisto di sangue dalle regioni del nord da parte della Regione Lazio.

A Roma, in particolare, secondo i dati del Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione e del Dipartimento per le Politiche Sociali e della Salute del Comune, la stima indica in 26.000 le sacche di sangue mancanti per raggiungere l'autosufficienza, soprattutto in seguito alla crescente richiesta per far fronte ai grandi interventi chirurgici e ai trapianti di organi che si effettuano nella capitale. Basterebbe che il 5% dei cittadini romani donasse con regolarità per raggiungerla.

Parafrasando il titolo del cult movie di Ridley Scott, Blood Runner nasce nel 2002 con l'obiettivo di dare un contributo concreto al raggiungimento di autosufficienza di sangue nel Lazio. Sia gli ideatori che coloro che sono stati successivamente coinvolti in questo progetto affrontano quotidianamente i problemi causati dalla carenza di sangue. L'insufficienza delle donazioni rispetto al fabbisogno e ancor più l'aumento dell'età media dei donatori, hanno orientato la mission di Blood Runner a promuovere la cultura della donazione con una efficace presenza nel mondo dello sport nonché attraverso le strutture scolastiche e nell'infanzia per poter puntare sui "donatori di domani".

✚ Dal 2004 USI è partner di Blood Runner

Dal 2004 il gruppo USI ha affiancato Blood Runner proponendosi come maggiore sponsor della gara podistica che ogni anno prende il via a Roma da Piazza Garibaldi con la partecipazione di centinaia di atleti che percorrono i 10 km del tracciato che si snoda nello scenario di Villa Doria Pamphili e le strade di Monteverde Vecchio limitrofe al parco per concludersi sul traguardo della splendida terrazza del Gianicolo, dove sono allestiti gli info-point delle molteplici iniziative correlate con la gara. La corsa delle goccioline riservata ai piccoli "futuri donatori" (dai 4 anni in su) completa la manifestazione nel segno di una giornata vissuta in allegria senza dimenticare gli scopi umanitari proposti dalla ONLUS.

A partire dalla rinnovata edizione del 2004, proposta nel calendario ufficiale FIDAL, i partecipanti alla gara agonistica hanno ricevuto con il kit di iscrizione un capo tecnico sportivo offerto e disegnato appositamente per la manifestazione con il cuore rosso affiancato al logo USI. La partnership di USI con Blood Runner va però ben oltre il semplice ruolo di sponsor dell'iniziativa e sottolinea l'impegno del gruppo nella condivisione dei principi di solidarietà e impegno che la ONLUS vuole proporre e avviare nella nostra regione.

✚ Edizione 2010

Forti del successo dell'edizione 2009 che ha conseguito il record dei 1200 atleti al traguardo di Piazza Garibaldi e la prestigiosa partecipazione dei del G.S. Esercito (vedi foto a destra), gli organizzatori della ONLUS sono già al lavoro

Blood Runner 2010 - Una corsa per il sangue

con l'obiettivo di migliorare ancora la prossima 9a edizione della gara in programma il 19 settembre 2010, basata su un nuovo percorso disegnato prevalentemente negli spazi verdi di Villa Pamphili e riproponendo al meglio tutti gli elementi vincenti che hanno contribuito all'ottimo risultato conseguito lo scorso anno.

In termini tecnico/organizzativi sarà ancora in campo il medesimo staff di volontari e le partnership del 2009 per puntare ad un risultato di eccellenza chiedendo il massimo coinvolgimento dei mezzi



di informazione e la collaborazione di aziende, istituzioni e organizzazioni sportive, che compreso a fondo l'importanza del messaggio della donazione di sangue, lavorano per ottenere il necessario riscontro che il problema richiede. In particolare l'impegno diretto assunto dalla ONLUS è quello di raggiungere livelli di partecipazione simili a quelli ottenuti da altre iniziative forti e consolidate tra cui Race For The Cure (nata negli USA nel 1982 su iniziativa di S. G. Komen Foundation si corre oggi in Italia a Roma, Bari e Bologna per raccogliere fondi da destinare alla ricerca sul tumore al seno).

Tra i principali motivi della manifestazione sarà riproposto Trofeo USI, già lanciato con successo lo scorso anno; quindi ancora una gara nella gara con speciali classifiche riservata ai donatori abituali.

La principale novità del 2010 è la promozione di Blood Runner Giving Day, le speciali giornate riservate ai donatori provenienti dalle società sportive per sottolineare ancora di più, se necessario, l'integrazione della ONLUS con il mondo dello sport.



Il primo appuntamento per la donazione in programma il 19 Giugno 2010 presso il centro trasfusionale dell'azienda S. Camillo-Forlanini metterà a disposizione dei volontari un set gratuito di analisi specialistiche orientate al controllo dei principali fattori di rischio degli atleti nonché una maglia tecnica offerta da USI ed LBM sport a ricordo dell'iniziativa.



Cosa bisogna sapere sull'Ipertrafia Prostatica Benigna

Francesco de Paula

Urologo, consulente presso le strutture USI di Novamedica, Pietralata e Santa Bonora - Roma

La prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile e produce, insieme alle vescicole seminali, la gran parte del liquido seminale. È posizionata sotto la vescica e intorno all'uretra, e svolge un ruolo anche nelle funzioni del basso apparato urinario. Nel giovane la prostata ha la forma e le dimensioni di una piccola castagna, ma, con il progredire dell'età, può andare incontro ad un processo di progressivo e più o meno rapido ingrossamento, caratterizzato da un aumento volumetrico della sua porzione centrale (Adenoma) che, comprimendo l'uretra e il collo vescicale, può diventare responsabile di un non corretto svuotamento della vescica (Ostruzione Cervico-Uretrale - OCU). Questa condizione (Ipertrafia/Iperplasia Prostatica Benigna - IPB) si sviluppa frequentemente nel maschio adulto (quarta/quinta decade) e non necessita di trattamento fino a quando non determina un'alterazione del fisiologico svuotamento vescicale, che può avvenire anche in completa assenza di sintomatologia. Soprattutto, non deve essere confusa con la patologia neoplastica che può colpire la prostata, e cioè con il carcinoma prostatico. La sintomatologia più comune è rappresentata da:

Urgenza minzionale: incapacità di differire la minzione.

Pollachiuria: aumento della frequenza minzionale diurna e notturna.

Esitazione: attesa prolungata prima di iniziare la minzione, a fronte di uno stimolo significativo.

Mitto ipovalido: getto urinario debole.

Disuria: difficoltà nella minzione, necessità di aiutarsi con la spinta addominale per riuscire ad espellere le urine, riscontro di mitto debole ed interrotto.

Senso di incompleto svuotamento vescicale.

Più raramente può comparire **Ematuria**, cioè emissione di sangue con le urine.

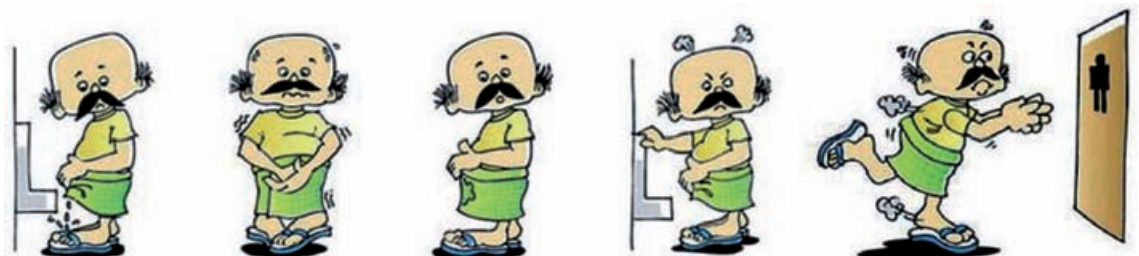
La complicanza più importante della OCU da IPB è la Ritenzione Urinaria (RU) completa o incompleta, che consiste nell'incapacità totale o parziale di mingere (emettere all'esterno l'urina contenuta nella vescica). La R.U. acuta rende necessario l'inserimento di un catetere. Alla ritenzione urinaria cronica possono far se-

guito l'infezione delle vie urinarie, la calcolosi vescicale, i diverticoli vescicali, e finanche danni permanenti all'apparato urinario, quali la compromissione funzionale della vescica e, in casi estremi, l'insufficienza renale. Gli esami necessari per inquadrare l'IPB sono: l'urinocoltura, l'esplorazione rettale, l'ecografia dell'apparato urinario, l'uroflussometria, i questionari sintomatologici (es. IPSS) e il dosaggio dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA).

L'urinocoltura ci permette di escludere le infezioni delle vie urinarie. Il PSA, insieme all'esplorazione rettale della prostata, risulta importante nella differenziazione tra iperplasia prostatica e tumore della prostata. L'ecografia dell'apparato urinario ci permette di avere una visione d'insieme sull'integrità dell'apparato urinario (escludere la presenza di calcoli, anomalie dei reni o della vescica, dilatazione delle alte vie urinarie o ristagno di urina in vescica) e una conoscenza dettagliata delle caratteristiche strutturali della prostata (ecografia prostatica trans rettale). Infine l'uroflussometria ci consente di misurare il flusso minzionale del paziente; in presenza di una OCU la curva che rappresenta il flusso è generalmente di altezza ridotta (picco di flusso basso) e prolungata.

In presenza di una OCU conclamata bisogna procedere con una terapia, medica o chirurgica, per prevenire le complicanze della ritenzione urinaria.

Le terapie mediche. Lo schema terapeutico ad oggi risultato più efficace è l'associazione di Inibitori della 5-alfareduttasi (Finasteride e Dutasteride) e di Alfa-bloccanti (Doxazosina, Terazosina, Alfuzosina, Tamsulosina). I primi sono farmaci che agiscono riducendo il volume della ghiandola prostatica tramite l'inibizione di uno specifico enzima coinvolto nei processi della crescita cellulare. La loro efficacia si manifesta in un periodo compreso tra i 6 e 12 mesi di terapia. Gli effetti collaterali più comuni sono il calo della libido e la riduzione del volume dell'eiaculato. Gli Alfa-bloccanti determinano un rilassamento della muscolatura liscia del collo vescicale e dell'uretra prostatica, favorendo il passaggio dell'urina nel tratto di uretra compressa dall'aumento volumetrico dei lobi prostatici, ed il loro effetto si manifesta già dopo pochi giorni. Gli effetti



Cosa bisogna sapere sull'Ipertrofia Prostatia Benigna

collaterali più frequenti (che regrediscono completamente con la sospensione del farmaco) sono l'ipotesione (astenia e capogiri) soprattutto nei primi giorni di cura, e l'eiaculazione retrograda (lo sperma refluisce in vescica invece di fuoriuscire all'esterno).

Le terapie chirurgiche. La scelta del tipo di procedura chirurgica a cui sottoporre il paziente affetto da OCU da IPB dipende essenzialmente dalle dimensioni dell'adenoma prostatico da rimuovere. La resezione endoscopica della prostata (TURP) è l'intervento di riferimento (Gold Standard) ed è il più eseguito al mondo per il trattamento di questa patologia. L'indicazione alla TURP dipende dalle dimensioni prostatiche, dalla tecnica eseguita e dall'esperienza dell'Urologo. L'intervento ha lo scopo di rimuovere tramite uno strumento endoscopico (Fig. 1) inserito per via trans uretrale (pertanto senza necessità di alcuna incisione chirurgica) il tessuto responsabile dell'ostruzione; si esegue solitamente in anestesia spinale. La durata dell'intervento dipende dalle dimensioni dell'adenoma (Fig. 2).

Lo strumento utilizzato (Resettore), consente la rimozione dell'adenoma prostatico e la coagulazione dei vasi sanguigni (emostasi); è collegato ad un sistema di irrigazione, ad una fonte luminosa e ad una telecamera che consente una visione magnificata. I frammenti resecati si raccolgono durante la procedura in vescica e vengono successivamente aspirati all'esterno (Fig. 3). Alla fine della procedura, dopo aver rimosso completamente l'adenoma, si applica un catetere vescicale che nel post-operatorio permette il fluire di un lavaggio vescicale continuo, necessario per prevenire la formazione di coaguli, e che viene mantenuto generalmente per 36/48 ore. Le complicanze non sono molto frequenti e sono rappresentate principalmente dall'emorragia e dalle alterazioni elettrolitiche dovute al riassorbimento del liquido di lavaggio (TUR Syndrome). L'eiaculazione retrograda (praticamente costante) è una conseguenza e non una complicanza dell'intervento. La TURP con strumento monopolare può essere utilizzata in sicurezza per il trattamento di prostate che non superino 60 gr di peso. Il prolungarsi della procedura aumenta infatti il rischio di TUR-sindrome. Con l'uso della TURP bipolare l'incidenza

della TUR Syndrome e delle complicanze emorragiche si sono ulteriormente ridotte ed è possibile trattare per via endoscopica adenomi di maggiori dimensioni con minor rischio. Con l'intervento (indipendentemente dalla tecnica utilizzata) si rimuove solo il tessuto prostatico ipertrofico (Adenoma) mentre la porzione periferica della ghiandola non viene interessata dalla exeresi chirurgica, per evitare l'insorgenza di gravi complicanze (stenosi). Pertanto i periodici controlli per la prevenzione delle patologie neoplastiche della prostata non possono essere interrotti dopo un intervento per IPB. Tra la terza e la quarta settimana dopo l'intervento chirurgico può comparire una modesta ematuria (perdita di sangue con l'urina) determinata dalla caduta delle escare che ricoprono la ferita chirurgica, e solitamente di breve durata. Il rischio di reintervento per recidiva di IPB, in particolare per gli adenomi più voluminosi, è inferiore al 10%.

In caso di IPB particolarmente voluminose, ancora oggi può essere necessario ricorrere all'intervento a cielo aperto (Adenomectomia Prostatica Transvescicale/Retropubica), che rappresenta l'intervento classico e più datato per l'iperplasia prostatica, e consiste nella rimozione del tessuto iperplastico attraverso una incisione addominale. La degenza post-operatoria è generalmente più lunga rispetto alla TURP. Il lavaggio vescicale e il catetere vengono mantenuti per un totale di 5 giorni, la degenza postoperatoria è di circa 5-7 giorni. Le complicanze possibili sono le stesse elencate per la TURP, ma sicuramente l'intervento a cielo aperto presenta maggiori rischi di sanguinamento, di trasfusione e di malattia trombo-embolica.

Terapie alternative. Numerose sono le terapie proposte negli ultimi anni come alternative a questi interventi, ma con risultati inferiori e/o meno durevoli. Sono state utilizzate varie metodiche, quali l'ablazione transuretrale con applicazione di radiofrequenza (TUNA), la termoterapia con microonde (TUMT). Incoraggianti sono i dati derivanti dalla vaporizzazione o enucleazione transuretrale con vari tipi di laser, ma anche in questo caso i risultati non sono ancora sovrapponibili a quelli della TURP, che resta il Gold standard nel trattamento chirurgico della IPB.

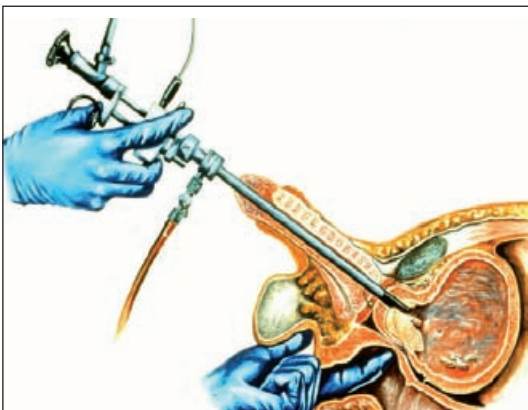


Fig. 1 - Posizionamento del Resettore.

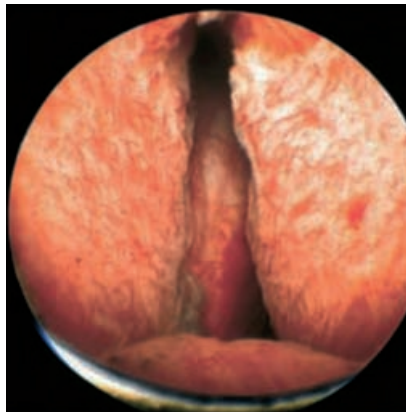


Fig. 2 - Lobi prostatici che aggettano nel lume uretrale (visione endoscopica).

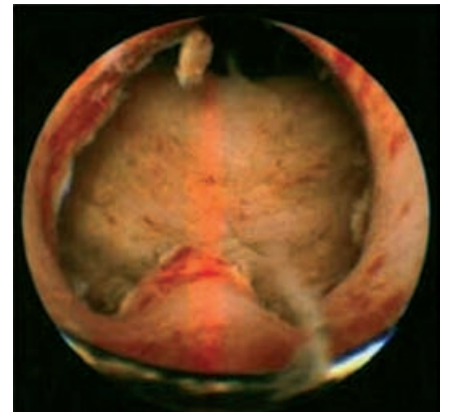


Fig. 3 - Cavità creata dalla TURP dopo rimozione dell'adenoma (visione endoscopica).

Capelli: quali esami in caso di problemi?

Fabio Massimo Abenavoli

Specialista in Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-Facciale,
Chirurgia dell'Apparato Digerente, ORL.

In presenza di una diffusa caduta di capelli il medico deve poter eseguire una corretta diagnosi basata su una dettagliata indagine anamnestica, su un accurato esame clinico, seguito da eventuali osservazioni microscopiche e da esami di laboratorio. L'anamnesi richiede un'attenta valutazione della storia familiare, degli stati fisiologici e/o parafisiologici, delle abitudini alimentari, delle malattie passate o in corso, dell'uso di farmaci o cosmetici (tinture, colorazioni, lavaggi etc.). L'esame obiettivo macroscopico consisterà dapprima nell'osservare se si è in presenza di un diradamento diffuso o localizzato dei capelli e se tale diradamento è stato o meno preceduto da assottigliamento evidente dei capelli. Dopo un parto, ad esempio, si verifica un effluvio diffuso senza che i capelli si assottiglino. Durante una dieta dimagrante squilibrata con carenze proteiche si può assistere invece ad un assottigliamento dei capelli eventualmente seguito da caduta di capelli in telogen. L'osservazione del cuoio capelluto potrà facilmente evidenziare la presenza di cicatrici, atrofie, ustioni, infezioni, tumori etc. Potranno inoltre essere evidenziati disturbi dermatologici come la pitiriasi, la dermatite seborroica, la psoriasi etc. Col far scorrere le dita fra i capelli del paziente, al di sopra del cuoio capelluto, si può facilmente determinare "ad occhio" il rapporto fra capelli corti e sottili e capelli normali. Un eccesso di capelli corti e sottili indica chiaramente una riduzione della durata media dell'anagen. Capelli fratturati possono far pensare a danni provocati da trattamenti cosmetici, ad una tigna, ad una tricotillomania etc. Capelli assottigliati possono far pensare ad una carenza proteica. Irregolarità di distribuzione dei capelli, ad esempio più radi sulla zona alta del cuoio capelluto o la presenza di alopecia fronto-parietale maschile (la così detta "stempiatura") "Questi indizi" orientano immediatamente verso alterazioni parafisiologiche del rapporto androgeni/estrogeni a livello della matrice del pelo.



Il Pull test - È un esame semeiologico semplice e spontaneo che, correttamente interpretato, è tutt'altro che grossolano. Si esegue tirando dolcemente una ciocca di capelli: da come questi si staccano dal cuoio capelluto avremo immediatamente le informazioni fondamentali per inquadrare il paziente.

1. Se con la modesta trazione si ottengono 20-50-100 capelli, con i loro bulbi conservati, siamo certamente in presenza di un effluvio. Osservando poi i bulbi è facile distinguere, ad occhio nudo o con semplicissimi mezzi ottici di supporto, un effluvio in telogen da un effluvio in anagen. L'anamnesi facilmente ci farà distinguere un effluvio in telogen acuto da un effluvio in telogen cronico. Se i capelli si staccano con bulbi piccoli anageni, visivamente distrofici siamo certamente di fronte ad un effluvio in anagen: quasi sempre una alopecia areata, talvolta all'esito immediato di una terapia citostatica, un'intossicazione acuta etc; ma l'anamnesi sarà facilmente dirimente;
2. Se i capelli che si staccano alla trazione con i loro bulbi conservati sono in numero modesto, ma il paziente presenta una chiara ipotrichia o una alopecia, siamo quasi certamente in presenza di un defluvio, cioè alla progressiva involuzione dell'annesso pilifero verso il vellus o della cute stessa verso uno stato cicatriziale. Ancora ad occhio nudo o con una lente, un defluvio in telogen da un defluvio in anagen. Se ora osserveremo in un defluvio in telogen la presenza di elementi miniaturizzati potremo porre diagnosi di defluvio in telogen di tipo maschile (sinonimo di defluvio androgenetico). Se i capelli che si staccano sono invece anagen che portano con sé la guaina epiteliale propria del pelo porremo diagnosi di defluvio in anagen: LED, lichen, pseudo area etc;
3. Se infine i capelli si staccano senza bulbi sono chiaramente capelli che si fratturano per cause esterne.

Il test della spiga - È un altro semplicissimo esame semeiologico utile per evidenziare irregolarità della struttura cuticolare dei capelli: consiste nel far scorrere un capello sfregandolo tra pollice ed indice, l'estremità prossimale del capello normale si allontana dalle dita mentre quella distale si avvicina per la posizione "a spiga" o "a tegolato" delle cellule della cuticola. Se le cellule sono danneggiate o asportate o il capello è malformato questo movimento non avviene.

Tricogramma - È l'esame più diffuso e viene effettuato prelevando, direttamente con una pinza, 50-100 capelli che vengono poi osservati al microscopio e ripartiti in anagen, catagen e telogen. L'aumento della percentuale telogen sopra il 20% è considerato patologico ma l'esame non è in grado di differenziare un telogen effluvium, ad esempio da stress, da un defluvium in telogen ad esempio da alopecia androgenetica. Questo inconveniente potrebbe essere risolto confrontando il tricogramma di aree a rischio per alopecia androgenetica, vertice etc., con quelle non a rischio: in caso di telogen effluvium infatti l'aumento percentuale dei telogen è diffuso a tutto il cuoio capelluto mentre nell'alopecia androgenetica tale valore sarà alto solo nelle aree che con il tempo potranno appunto diventare

Capelli: quali esami in caso di problemi?

calve; purtroppo questo utile raffronto comporta il raddoppio dei capelli prelevati. I limiti di questo esame, oltre al fastidioso strappo dei capelli, derivano inoltre dalla casualità con cui i capelli vengono "prescelti" per il prelievo; l'esame è pertanto tanto meno attendibile quanti meno capelli vengono analizzati.

Fototricogramma - In questo esame viene fotografata un'area di 1-2 cm² di cuoio capelluto precedentemente rasata e si contano i capelli presenti. Una seconda foto, con relativo conteggio, dopo 30-60 giorni, consentirà di valutare quanti di essi, in fase anagen, sono cresciuti. Per sottrazione si risale al numero dei telogen. Il limite più evidente del procedimento deriva dal fatto che lo studio viene effettuato solo in 1 cm², non essendo evidentemente proponibile per il paziente portare una "scacchiera semialopefica" per qualche mese. Normalmente il fototricogramma viene riservato a casistiche selezionate per studi universitari.

Mineralogramma - È un test analitico che valuta la composizione dei minerali presenti nei capelli. Nel capello i minerali rimangono infatti incorporati per tutta la sua vita ed è quindi possibile non solo accertarne la presenza ma anche datarla considerando che, come già riferito, la crescita media è di circa 1 cm al mese (il rilievo ad esempio di arsenico, normalmente assente, consente agli organi di Polizia non solo di accertare un avvelenamento ma anche di stabilire con sufficiente precisione quanto tempo prima del decesso la sostanza è stata ingerita). La valutazione dei minerali deve tener conto di alcune variabili:

- i capelli rossi contengono normalmente più ferro rispetto agli altri;
- i capelli bianchi contengono meno rame e manganese;
- i capelli biondi contengono meno zinco;
- i capelli molto scuri contengono più rame;
- i capelli neri contengono più magnesio;
- i capelli delle donne contengono in genere più magnesio, rame, cobalto e nichel.

Il piombo è normalmente assente ed il suo ritrovamento consente un'attendibile valutazione del grado di inquinamento ambientale. L'esame prevede di esaminare circa un grammo di capelli prelevati nella zona della nuca. I capelli vanno tagliati il più vicino possibile alla superficie del cuoio capelluto (la lunghezza non deve superare i 3 cm) dato che solo la porzione prossimale riflette l'attività metabolica più recente. La corretta esecuzione dell'esame prevede una procedura rigorosa: ambiente sterile, lavaggio con ultrasuoni e freon TF, temperatura di 5000°C alla quale viene esaminato il materiale con spettrofotometro di massa ad assorbimento atomico.

Il Wash test - Consiste nel far lavare la testa ai paziente dopo una settimana di astensione e nel raccogliere e poi contare i capelli caduti. Nel Telogen effluvio il numero di capelli caduti è in genere molto alto: da 200 a 1000 e più. Per quanto riguarda però il numero di capelli caduti con il lavaggio ci sembra opportuno fare il punto sul fatto che non esiste un numero "giusto", valido per chiunque, ma che questo numero, direttamente proporzionale alla caduta quotidiana, dipende dal sesso (nell'uomo la fase anagen è più breve e di conseguenza il "ricambio" più accelerato), dalla stagione (in autunno più capelli si trovano fisiologicamente in fase telogen e vengono quindi sostituiti), dalle condizioni generali di salute, dalla durata, geneticamente determinata, della fase anagen e, non ultimo, dal numero totale di capelli presenti sul cuoio capelluto.

Tricoanalisi microscopica in luce polarizzata - Una tecnica tradizionale della mineralogia è diventata ormai di indiscussa utilità diagnostica anche in tricologia.

La cheratina, che è una proteina sequenziale, ripetitiva e cristallina, ha la proprietà di ritardare l'onda della luce polarizzata che la attraversa ed un capello appare al microscopio come luminoso e colorato su sfondo nero.

Come in mineralogia ogni colore visibile comporta l'appartenenza ad uno specifico ordine strutturale e molecolare ed in tricologia permettono di apprezzare la struttura cristallografica di un capello, cioè la sua "qualità".

I colori visibili al microscopio in luce polarizzata forniscono quindi dati sicuri per valutazioni altrimenti solo ipotizzabili. Poiché i "colori di compensazione" possono essere visti e stimati solo in base alla sequenza dei colori (frequenze d'onda) visibili solamente durante la rotazione dell'oggetto esaminato è necessario osservare il vetrino su un piano ruotante e mai con una luce trasmessa da una fibra ottica. Per queste valutazioni è inoltre indispensabile un oculare micrometrico, così da poter abbinare i colori visibili al reale diametro del capello in esame. Conoscendo lo spessore reale del capello, vedendo i colori di polarizzazione è poi facile, con un poco di pratica, abbinare alla clinica del soggetto la qualità della fibra cheratinica dei capelli.

Insomma va detto che sempre più appare come la scienza si sia concentrata sulla analisi dello stato del capello al fine di contrastare poi con efficacia le cause che ne hanno compromesso il benessere.

"Quando non si ha ciò che si ama, bisogna amare quel che si ha."

Roger de Bussy-Rabutin

NUOVI RISULTATI CON LA LUCE PULSATA

I Traguardi della Luce Pulsata Triworks

La Luce Pulsata è una sorgente di energia luminosa ad alta intensità che, in medicina estetica, trova ampia applicazione per trattamenti su viso e corpo. In particolare viene ampiamente utilizzata per trattamenti di epilazione, fotoringiovanimento cutaneo, per trattamenti di ipercromie (come macchie cutanee), dell'acne o per trattamenti vascolari. Non tutte le apparecchiature a luce pulsata tuttavia sono uguali; bisogna per questo valutare bene nella scelta dell'apparecchiatura prima di affidarsi a dei trattamenti estetici che abbiano dei risultati. Lucilia di Triworks, per esempio, è una macchina che presenta una serie di vantaggi, riassumibili in termini di flessibilità, efficienza, versatilità, sicurezza, semplicità, portabilità. Il punto di forza maggiore di questa macchina è sicuramente nella possibilità di adattarsi a varie tipologie di trattamento grazie alla disponibilità di tre differenti teste, con specifiche lunghezze d'onda da scegliere in base alla patologia, e di diverse potenze e dimensioni dello spot d'emissione, da regolare e selezionare in base alle esigenze della clientela.



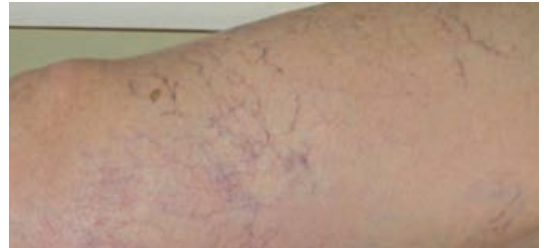
Risultati

Analizziamo alcuni casi clinici curati con Lucilia per valutare da vicino i risultati raggiunti con una macchina dalle prestazioni elevate quale quella Triworks. Nel primo caso è stato trattato un paziente con teleangectasie agli arti inferiori. Sono stati effettuati due trattamenti a distanza di 15 giorni l'uno dall'altro. Per la cura di questa patologia, nel primo ciclo di trattamenti, è stato

utilizzato un filtro con lunghezza d'onda che va dai 320 nm ai 1200 nm. Considerata la dimensione ristretta della zona da trattare, si è scelto di ridurre lo spot d'emissione con l'apposita maschera.

PRIMO CASO CLINICO TELEANGECTASIE DEGLI ARTI INFERIORI

PRIMA



Nella prima seduta, sono state effettuati tre spot, scanditi da un intervallo di 5 minuti l'uno dall'altro. Partendo da un primo spot di potenza 20 J/cm², si è passati ad un aumento graduale della potenza a 22 J/cm² ed, infine, a 24 J/cm². In una seconda fase, è stato utilizzato un filtro con una lunghezza d'onda che spazia dai 590 nm ai 1200 nm. Vengono effettuati sempre tre spot a distanza temporale di 5 minuti l'uno dall'altro. Anche in questo caso si decide per un aumento graduale della potenza d'emissione dell'energia, passando da 26 J/cm², a 28 J/cm² e, l'ultimo, a 30 J/cm². Il secondo ciclo del trattamento si struttura come il primo: in una prima fase viene utilizzata la lampada da 320-1200 nm per tre spot da 22, 24 e 26 J/cm². Si passa poi alla lampada da 590-1200 nm per altri tre spot questa volta da 28-30-32 J/cm². Il risultato finale è visibile in foto.

DOPO



Nuovi risultati con la luce pulsata

Gli stessi parametri (numero trattamenti, durata, lampada utilizzata, potenza selezionata) vengono seguiti anche nei trattamenti di capillari del viso, con risultati altrettanto soddisfacenti.

SECONDO CASO CLINICO TRATTAMENTO DI IPERCROMIE

Il caso da trattare presenta delle macchie senili sugli arti superiori. La luce pulsata, che lavora sulla base del principio della termolisi selettiva, è in grado di eliminare anche questi inestetismi cutanei. Vediamo i parametri d'utilizzo della macchina scelti per questo tipo di trattamento.

Durante la prima seduta si inizia il trattamento con una lampada da 320-1200 nm. Vengono effettuati due spot a distanza di 5 minuti l'uno dall'altro con potenze relativamente di 20 e 22 J/cm². Si passa successivamente a quattro spot cambiando la lampada. Il filtro utilizzato questa volta è quello con lunghezza d'onda da 590-1200 nm. A distanza sempre di 5 minuti da una flashata all'altra si aumenta gradatamente la potenza: 24, 26, 28, 30 J/cm². Durante il secondo ciclo di trattamento si segue la metodologia utilizzata nella prima fase: due spot con lampada a lunghezza d'onda inferiore con potenza 22 e 24 J/cm², per passare al filtro con lunghezza d'onda superiore per 4 spot da 26, 28, 30 e 32 J/cm².

PRIMA



DOPO



Per ulteriori informazioni: www.triworks.it
Tel. +39 0774 373760; +39 0774 373584
Email: info@triworks.it

Per informazioni mediche:
Dott. Stefan Dima
Tel. +39 337738696

Centri U.S.I.
Email: medestetica@usi.it



La Storia dell'ERBORISTERIA, la madre della Farmacologia di sintesi e della Fitomedicina estrattiva dei principi chimici

A cura di Paolo D'Annibale e Mario D'Annibale

Sappiamo dai libri antichi che l'Erboristeria, che segue la teoria Ippocratica dei Contrari, era conosciuta ed applicata presso tutte le civiltà sia nella prevenzione che nella cura delle malattie. In Cina nel 2838 A.C., Shen Nung, il divino agricoltore e padre della medicina cinese, sotto la guida del maestro taoista del pino rosso "Chi Song Tzu" scrisse il trattato "Shen Nung Ben Cao Jing Ji Zhu" in cui sono classificati ben 252 tipi di erbe divise in tre categorie. Alla prima appartengono le piante Tonificanti senza veleni come: La Liquerizia, Gancao, ed il famoso Ginseng; alla seconda appartengono quelle impiegate per l'equilibrio fisico e funzionale degli organi. Esse contengono una piccola percentuale di veleno come: l'Angelica Sinensis e l'Ephedra Sinica stapf, Ma Huang, di sapore amaro ed usata nella cura delle febbri; alla terza appartengono le velenose da usare in piccole dosi come: Aconitum Carmichaeli debx. Famosa fu l'opera di LI SHI ZHEN che non era medico ma magistrato del distretto di Peng Ki (Sz Ch'uan). Una Enciclopedia composta da 52 libri di cui i primi descrivono gli Erbari precedenti di Shen nung. Dal 12 al 28 vengono descritte le piante medicinali come la: Castanea Vulgaris il cui decotto delle radici cura l'ernia, l'idrocele, la scrofola. L'intero lavoro venne compilato in 26 anni ma solo suo figlio lo vide alle stampe nel 1578 durante il 22esimo anno del regno di fuoco dell'Imperatore Cang Hi.

In India, le antiche scritture Vediche come il Rig Veda parlano del Loto, pianta acquatica, mentre nella Medicina Ayurvedica o Scienza della Vita, i medici Caraka e Susruta descrissero l'uso di 1100 tipi di erbe; nel libro "Vrikshayurveda" trattato sullo studio botanico, vengono elencati le erbe, i metodi di preparazione, la terapia: Swarasa erbe fresche, Kalka triturate, pestate e filtrate su tela, impastate con acqua, Shrittha decotti, Seetha erbe schiacciate, messe in acqua, tenute una notte poi filtrate e consumate, Phanda erbe pestate in acqua bollente. L'Erboristeria Tibetana fa parte della farmacologia: men dyi-nam-ye-ngo-wo-nu-ming-dye-par-shepa-dri-me-she-treng, in cui è consigliato l'uso della Melograna, Punica Granatum, per anoressia, indigestione, isteria, tumori allo stomaco, vomito; nei disturbi epatici si prescrive lo Zafferano, in quelli circolatori con dolori, la Noce Moscata, il Chiodo di garofano, il Finocchio, ma la Panacea che porta via tutte le malattie, il Re della medicina Tibetana è: Snam-mchog-rgyal-po, la Terminalia Chebula, Haritaki Mirabolano Chebula, l'eccellente rimedio che Budda tiene in mano nei mandala tantrici medici tibetani. L'Erboristeria indigena del sud America viene trattata nel Codice Fiorentino ad opera del fran-

cescano Fra Bernardino nel 1568. In esso vengono descritte le proprietà di: Passiflora come sedativo nei disturbi nervosi, Hamamelis Virginiana nella diarrea sanguigna, Ipecacuana Psychotria, nel vomito e dissenteria, Agave, usata nella itterizia, costipazione e artrite. Nel Manoscritto "Badiano" compilato da un Atzecco nel 1552, si parla della Damiana e delle sue proprietà afrodisiache. Tra le infinite e preziose piante della Amazzonia ancora allo studio, si parla del Guaranà, Paullinia Cubana, come eccellente tonico. Il Fungo divino Teonacatl, mangiato dai messicani prima della festa, la Erythroxylon Coca che allevia la fatica, la fame, e permette di lavorare ai popoli andini ad elevate altezze in montagna. La China, che venne portata in Europa dai gesuiti per la cura della febbre malarica. Gli Indiani dell'America, del Nuovo Messico, vantavano conoscenze di piante mediche entrate ormai a far parte di tutte le Materie Mediche del mondo come la Grindelia, utile nella bronchite, come espettorante e per curare le infezioni dell'uretra e della vescica, presa in T.M. _ di cucchiaino in acqua ogni 4 ore; la Pleurisy Root, Asclepias Tubendra, denominata immortale poiché dilata i bronchi, riduce il lieve edema polmonare favorendo la cura della pleurite ed il drenaggio linfatico nella quantità di un cucchiaino di radice in decotto, una tazza 2 volte al dì; la Red Root Ceanathus spp stimola la linfa, cura i linfonodi ingrossati, la milza ingrossata, le tonsille infiammate; il Gallium Aparine, Rubiacee, è un ottimo diuretico. L'Echinacea Angustifolia, divenuta anch'essa molto nota in Europa per le sue virtù immunodifensive, aumentando la risposta ed il numero dei globuli bianchi leucociti contro i vari virus dell'influenza, Herpes, stomatite vescicolare, riparando perfino i tessuti danneggiati come: muscoli, tendini, cartilagini, è anche di grande utilità nel tennis elbow, nelle ginocchia dello sciatore, nell'anca a scatto, nella cornea opaca, nel glaucoma. Tra gli erboristi famosi americani va ricordato Samuel Thomson vissuto tra il 1769 ed il 1843. Tra gli Arabi, famosi furono: il botanico Ibn El Beitar, Geber grande alchimista, ed il medico Avicenna che fece largo uso di: Anice stellato contenente Tamiflu sostanza antivirale, di Nux Vomica, Canfora, Cannella, Manna, Zafferano, mentre Al Mansuri era famoso nella cura Fitoastrologica. Nel libro ebraico Talmud si parla del Rosmarino, con proprietà sedative, antiipertensive, digestive, anti influenza, ma che in larghe dosi è velenoso per la donna incinta. Si parla inoltre, della Capelvenere espettorante e nella cura della bronchite e dell'alopecia. Altre testimonianze si trovano nello Zenda Avesta dei Parsi, poi nei Terapeuti

Esseni, Batchisku, i seguaci di Gesù, considerato il protettore degli erboristi, nei Benedettini come Santa Ildegarda di Bingen, Camaldolesi, Olivetani, Carmelitani scalzi, Cistercensi di Trisulti, dove vive il nostro maestro Fra Domenico Palombi, grande Erborista e Rizotomo, autore di molti erbari e libri come: Piante Medicinali, proprietà, consigli, tisane e di una Flora dei Monti Ernici ricca di ben 400 specie di piante (Fig.1).



Fig. 1 - Da sinistra: Paolo D'Annibale, il Monaco Cistercense Fra' Domenico Palombi e Mario D'Annibale.

Nei libri Ecclesiastico 38 è detto: Il Signore fa sorgere i medicamenti dalla terra e l'uomo sensato non li disprezza, il Farmacista ne fa delle misture affinché le creature non periscano. Anche nel Cantico delle Creature di S. Francesco è detto: "Laudato sii mi Signore per sora nostra terra madre, la quale ci sostenta et governa et produce diversi fructi con coloriti fiori et erba". I Druidi o Celti, comunità del Nord Europa, vantavano nella loro erboristeria il Vischio con virtù sedative, antiipertensive, antitumorali. In Grecia, Crateva, medico del primo secolo A.C., compose un libro di piante medicinali che furono riprese dal codice Costantinopolitano di Dioscoride, conservato nella Biblioteca di Vienna, mentre Teofrasto scrisse L'Historia Plantarum. A Roma Plinio, Caio il vecchio, Celso e Scribonio Largo si interessarono alla Erboristeria e quest'ultimo scrisse il libro "Compositioe Medicamentorum". Durante il periodo della Scuola Salernitana di ispirazione Ippocratica, Galenica, e costituita da 3 Maestri Medici, un Ebreo Elino, un Greco Ponto, un Latino Salerno appare il libro

"Liber dei Semplici Medixina" (Fig.2) di Matteo Plateario, famiglia di illustri medici erboristi di cui ne parla anche il famoso omeopata S. Hahanemann nella sua Materia Medica.



Fig. 2 - Liber dei Semplici Medixina.

Durante l'attività della Scuola nel 1200, Matteo Silvatico creò il primo Orto botanico "Viridiarum" con le relative cattedre dei Semplici, compilò poi "Il Dizionario dei Semplici" a cui seguirono gli Orti botanici di Padova, Pi-

sa, Firenze, Roma. Nicolò Preposito compilò "L'Antidotario" che poi divenne la Farmacopea Ufficiale di tutta Europa, mentre Saladino D'Ascoli scrisse "il Compendio degli Aromatari". Nel 1484 uscì l'Herbarius di Magonza di Pietro Schoeffer, nel 1491 il Tractatus Virtutibus Herbarum edito a Vicenza. Nel 1500 Ruggero Bacone traduce il Secreta Secretorum di Aristotele; Paracelso inizia uno studio farmacologico di ciascuna pianta e crea la Karena, la prima dinamizzazione omeopatica relativa alla 24a parte di una goccia di alcool. Questo studio venne poi ripreso da Martius nel 1825 presso la famosa Università di Erlangen vicino Norimberga e poi ulteriormente sviluppato ed elaborato dalla Fitomedicina, la cui virtù è quella di aver estratto da ogni pianta i Principi Chimici attivi usandoli poi nella terapia, mentre il dott. S. Hahnemann tra il 1810 e il 1830, elaborò le nuove dinamizzazioni omeopatiche Infinitesimali, Centesimali CH e 50 Millesimali Q. Nel 1554, il Mattioli commentò la Materia Medica del Dioscoride, nel 1667, Castore Durante pubblicò l'Herbario Nuovo a Venezia, ed. Giacomo Hertz. Crollius definì le Segnature, ovvero le relazioni analogiche tra la forma della pianta e l'organo da curare; ad esempio relazionò la Noce e la Peonia alla testa, mentre la Colonna vertebrale alla pianta Equisetum. L'Astrologia medica, già nota ai Cinesi Ng Wan Loei e agli Arabi, venne trattata da Tessalo che relazionò le piante con i pianeti e i 12 mesi dell'anno zodiacale come l'Ariete in rapporto alla Salvia, dal Manoscritto conservato nella Biblioteca di Parigi al codice Greco 41 Par pr. 2256. E' doveroso menzionare anche gli Aborigeni Australiani che da 60.000 anni fanno uso delle loro erbe curative quali il famoso Eucalipto per la cura delle malattie respiratorie, l'Alstonia per curare le febbri, l'albero del The, antivirale e antimicotico, l'Acacia per le eruzioni cutanee, la Jacaranda Mimosaefolia nell'ernia iatale e reflusso gastroesofageo, la Crowea Saligna nella cura dell'asma e dell'ulcera gastrica. L'Africa è un altro dei continenti più ricchi di specie vegetali; nel papiro di Ebers, 1500 A.C., vengono elencate alcune piante di interesse medico soprattutto del nord Africa come l'Ananas, la cui Bromelina è un potente antinfiammatorio, la Calendula, simile alla penicillina, il Papavero Sonniferum; ma in altre regioni dell'enorme Africa esistono infinite varietà di piante che ancora sono allo studio. Un'altra erba ormai famosa nel mondo occidentale è l'Artiglio del Diavolo, Harpagophytum Procumbens dc, usato nelle febbri e nei reumatismi. Parallelamente a questa Etnobotanica ne esiste da sempre un'altra meno ufficiale ma ugualmente efficace, quella di Guaritori, Sciamani, Streghe come le janare di Benevento, le streghe di Triora in Liguria che possedevano una grande conoscenza specialmente sulle piante velenose come: Belladonna, Aconito, Giusquiamo, Stramonio, piante usate anche in medicina omeopatica dopo essere state diluite e dinamizzate in alcool. Riguardo agli Sciamani della Siberia, dell'Amazzonia, dell'Africa e dell'Australia bisognerebbe dedicare uno studio a parte per il grande valore delle piante da loro utilizzate, che potrebbero apportare al mondo scientifico terapeutico un ulteriore aiuto. Nei prossimi numeri parleremo dei Metodi di Raccolta, di Fitoestrazione, Preparazione delle Piante e loro Applicazione terapeutica.

La rottura della cuffia dei rotatori della spalla

Marco Villa
Specialista in Ortopedia

Cos'è la cuffia dei rotatori? La cuffia dei rotatori è il nome dei tendini che circondano l'articolazione della spalla. Sfortunatamente, una lesione o rottura della cuffia dei rotatori è un problema comune, e limita molte attività della vita quotidiana, rendendole dolorose. Insieme, i muscoli della cuffia dei rotatori sono responsabili della ampia mobilità e della stabilità della spalla.

Cosa è una rottura della cuffia dei rotatori? È una lacerazione di uno o più tendini che formano la cuffia dei rotatori. Le lesioni o rotture possono essere classificate in base alla forma o alle dimensioni. I meccanismi più comuni delle lesioni della cuffia sono il deterioramento progressivo del tendine dovuto a microtraumi ripetuti durante l'attività lavorativa (lesione degenerativa) e i traumi distorsivi della spalla (lesione traumatica). Una lacerazione del tendine della cuffia dei rotatori è molto più comune in età avanzata. Uno studio recente ha dimostrato che circa il 50% dei pazienti che hanno una lesione della cuffia dei rotatori ad una spalla, e che superano i 66 anni, presentano analoghi rotture anche alla spalla opposta, senza aver mai avvertito alcun dolore. Con il passare degli anni, il muscolo ed il tessuto tendineo della cuffia dei rotatori perdono elasticità, divenendo più suscettibili ai danni dovuti alle attività quotidiane. Nei pazienti giovani è, di solito, un danno traumatico a generare una rottura della cuffia dei rotatori, soprattutto in atleti professionisti che utilizzano la mano sopra la testa. In molti individui, una rottura della cuffia dei rotatori può provocare una limitazione significativa della funzionalità della spalla.

Come si manifesta una rottura della cuffia? Il sintomo più comune è il dolore. È spesso difficile per un paziente circoscrivere il dolore ad una specifica area, piuttosto è descritto come un disagio generalizzato che è esacerbato con specifici movimenti della spalla. Il dolore è spesso sentito al di fuori della spalla, o anche giù lungo il braccio fino al gomito, limita il riposo notturno e le comuni attività della vita quotidiana. Raramente il dolore scende oltre il gomito o si localizza sul collo. Nelle lesioni più ampie della cuffia, ci può essere anche una perdita progressiva del movimento. Nelle rotture incomplete o parziali (fig. 1), il dolore è probabilmente il sintomo più preminente; la diminuzione di forza, può essere presente, ma non limita significativamente i pazienti. Nelle rotture complete o a tutto spessore (fig. 2), il paziente perde la capacità di effettuare alcuni movimenti della spalla con limitazioni delle comuni attività quotidiane quali lavarsi, vestirsi ecc. La diagnosi di una rottura della cuffia dei rotatori si effettua tramite un accurato esame clinico in cui il medico può isolare ed esaminare la funzione dei singoli tendini che compongono la cuffia dei rotatori.

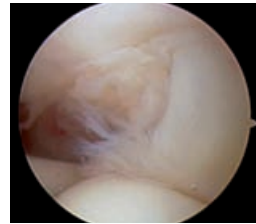


Fig. 1



Fig. 2

I più comuni sintomi delle rotture della cuffia dei rotatori sono:

Dolore: il dolore è sentito al di fuori della spalla e lungo la parte superiore del braccio. Il dolore si esacerba durante le attività quotidiane (col braccio al di sopra della testa) e si manifesta soprattutto la notte. Quando la condizione è più severa, il dolore può svegliare il paziente dal sonno. Spesso il paziente è infastidito più dall'impossibilità di trovare una posizione del braccio corretta per dormire la notte, che dal dolore durante l'arco della giornata.

Perdita della forza: La forza può essere esaminata isolando i diversi tendini con prove speciali, che possono suggerire la presenza e l'estensione di una lacerazione della cuffia dei rotatori. Ampie lesioni possono interferire con l'abilità dei pazienti di elevare le braccia oltre la testa, comportando una difficoltà ad eseguire specifiche attività come pettinarsi i capelli, agganciarsi il reggiseno, portare la mano dietro la schiena, o dormire sulla spalla affettata.

La diagnosi si completa mediante alcuni esami strumentali; una Rx della spalla in alcune proiezioni particolari ed una Risonanza Magnetica (RM). Sebbene la Rx non possa visualizzare i tendini, mette in evidenza segnali indiretti di una lesione dei tendini della cuffia dei rotatori e mostra condizioni patologiche associate (calcificazioni, osteoartrosi della scapolo-omeroale concentriche e/o eccentriche, patologie acromio-claveari). L'indagine usata più comunemente per diagnosticare una patologia della cuffia è una RM. La RM, se di buona qualità, è utile perché può mostrare la presenza di una lesione della cuffia, valutarne l'estensione e la sede, stimare la qualità del tendine e del relativo muscolo (condizione fondamentale per la prognosi della lesione) (figg. 3-4).

Nei pazienti più anziani, il trattamento iniziale è di solito conservativo. Nonostante la rottura del tendine non possa guarire con il trattamento riabilitativo, i sintomi spesso diminuiscono. Nei pazienti più giovani, le rotture della cuffia dei rotatori sono spesso traumatiche e necessitano, in prima istanza, della riparazione chirurgica.

La rottura della cuffia dei rotatori della spalla

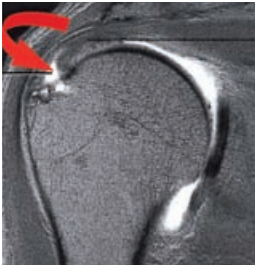


Fig. 3

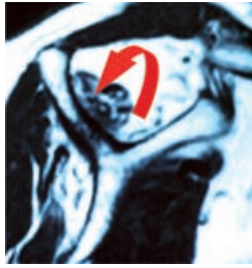


Fig. 4

Terapia conservativa

Terapia fisica - la terapia fisica è spesso il primo passo nel trattamento. Fortificare i muscoli della cuffia dei rotatori è importante per mantenere la funzione della spalla normale. Alcune sedute con un bravo fisioterapista possono aiutare il paziente ad imparare gli esercizi per alleviare e prevenire una recidiva dei dolori alla spalla.

Terapia antiinfiammatoria - i farmaci antiinfiammatori sono molto utili nel controllare i sintomi di una lacerazione della cuffia dei rotatori. La semplice terapia antiinfiammatoria può essere assunta per un periodo limitato regolarmente, e poi usata quando necessario.

Terapia infiltrativa - le iniezioni locali di cortisone possono essere utili a limitare il processo infiammatorio acuto consentendo al paziente di cominciare la fisioterapia. Il trattamento riabilitativo aiuterà a prevenire una ricorrenza dei sintomi.

Queste misure conservative possono non essere efficaci in tutti i pazienti. In generale, è auspicabile un tentativo con una corretta terapia riabilitativa, specialmente nei pazienti più anziani o che sono affetti da lesioni croniche, degenerative (di vecchia data). È stato ampiamente dimostrato, infatti, che nei pazienti più anziani, con una lesione massiva e retratta della cuffia ed una scadente qualità del tessuto tendineo, la possibilità di tenuta della sutura è sensibilmente bassa. D'altro canto, un corretto programma riabilitativo,

in una cospicua percentuale di pazienti più anziani, pur lasciando un indubbio deficit di forza, può eliminare completamente il dolore. Nei più giovani, con un'lesione acuta post-traumatica, la chirurgia è considerata come prima scelta, essendo molto bassa la probabilità di successo della terapia conservativa.

Il parametro più importante da tenere in considerazione se si decide di operare, è il grado di riparabilità della lesione della cuffia. Quest'ultimo dipende dal grado di retrazione, ovvero dalla distanza tra il tendine e l'osso, dal trofismo del tendine e del muscolo corrispondente, dalla qualità del tessuto osseo su cui devono posizionarsi delle ancorette metalliche.

Terapia chirurgica

Ci sono molte procedure chirurgiche che sono possibili per il trattamento delle rotture della cuffia dei rotatori. Le tre procedure più comuni sono:

Riparazione a cielo aperto. Prima dell'uso dell'artroscopio, tutte le lesioni venivano riparate guardando direttamente al tendine lacerato, attraverso un'incisione chirurgica approssimativamente di circa 6-8 cm in lunghezza. Il vantaggio è che i tendini sono visti direttamente da questo metodo, ma l'incisione è grande, ed il recupero può essere più lungo e doloroso (figg. 5-6).

Riparazione in mini-aperta. Il metodo mini-aperto di riparare la cuffia dei rotatori comporta l'uso di un artroscopio per guardare dentro l'articolazione della spalla e successivamente effettuare sotto visualizzazione diretta un piccolo accesso aperto centrato sulla lesione. L'incisione è approssimativamente di 3-4 cm, ed il recupero è piuttosto rapido.

Riparazione artroscopica. Un artroscopio è una telecamera di piccole dimensioni che inserita nella spalla, consente al chirurgo, attraverso un monitor, di riparare le rotture tendinee con l'uso di minime incisioni chirurgiche (figg. 7-10). Le ragioni "tradizionali" a favore dell'artroscopia rispetto alla tecnica "full-open" sono il vantaggio di non dover distaccare il deltoide

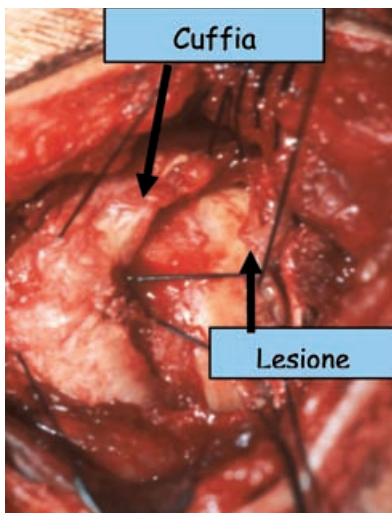


Fig. 5

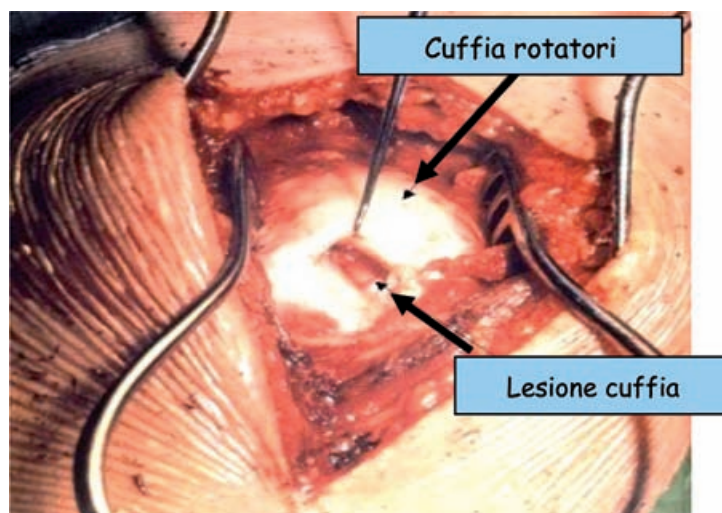


Fig. 6



Fig. 7

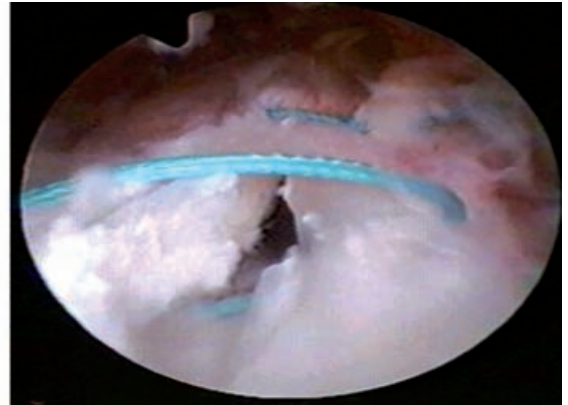


Fig. 8

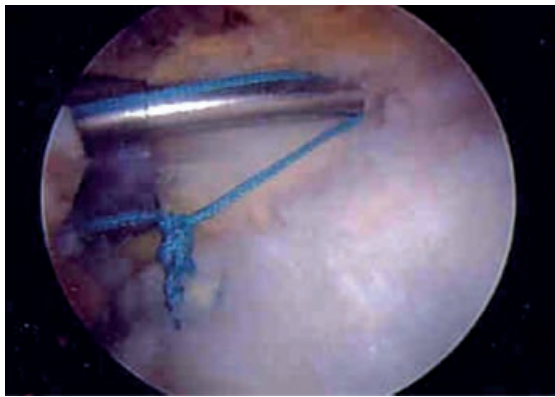


Fig. 9

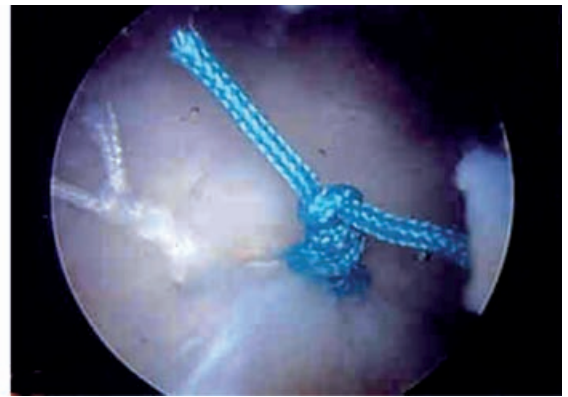


Fig. 10

per raggiungere la lesione della cuffia dei rotatori, il minor rischio d'infezione (lavaggio artroscopico vs. esposizione del campo a cielo aperto), il rischio di discesa del deltoide che rappresenta in ogni caso il vero motore della spalla, la componente dolore che si riflette sulla morbilità a breve-medio termine e quindi sulla ripresa riabilitativa della spalla operata ed una più accurata valutazione e trattamento delle patologie intra-articolari associate.

Quanto tempo dura il recupero dopo la riparazione chirurgica della cuffia dei rotatori della spalla?

Questo dipenderà da molti fattori, incluso sesso, età, la dimensione della lesione, il tempo intercorso dalla rottura del tendine, la presenza di una degenerazione adiposa dei muscoli rotatori, il tempo di immobilizzazione della spalla.

Dopo la riparazione chirurgica, la spalla necessita di un periodo di immobilizzazione di circa 4-6 settimane in un tutore con un cuscino che mantiene la spalla leggermente abdotta ed extrarotata per proteggere la sutura dei tendini e ridurre il rischio di rigidità post-operatoria. Da subito il paziente può iniziare gli esercizi pendolari (fig. 11), che può effettuare a casa per ridurre il rischio di rigidità. Dopo circa 1-2 settimane dalla sutura chirurgica, e sotto controllo del curante, si può iniziare la terapia riabilitativa auto-assistita e sotto guida del fisioterapista. Inizialmente, la riabilitazione è solo passiva per recuperare il movimento.

PENDULUM EXERCISES

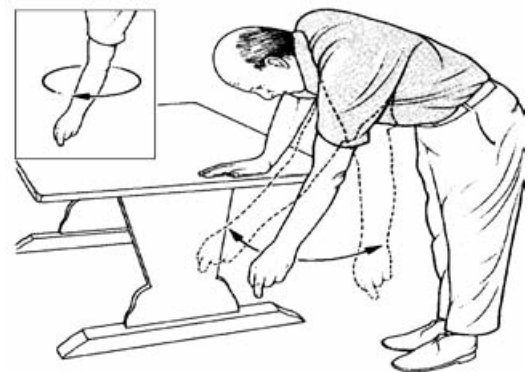


Fig. 11

Successivamente, dopo 4-6 settimane, inizia la riabilitazione attiva ed un cauto rinforzo della cuffia dei rotatori. Il recupero completo di solito richiede almeno 3-6 mesi.

Dr. Marco Villa

Specialista in Ortopedia

cell. 328-9459230

Poliambulatorio Pro.Di.Lab. - Via Casilina, 1838

Casa di Cura Guarnieri - Via Tor de Schiavi, 139

Ospedale San Carlo di Nancy - Via Aurelia, 275

e-mail: mac.villa@libero.it



In Italia circa 9.000 donne all'anno muoiono per il cancro della cervice. La causa accertata è il virus dell'HPV. Circa il 70 % delle donne sessualmente attive entra in contatto con il virus HPV, con un picco intorno ai 25 anni. Nella maggioranza dei casi l'organismo è in grado di difendersi dal virus dell'HPV, eliminandolo. In caso contrario l'organismo sviluppa un'infezione persistente o ricorrente. Un'infezione da HPV persistente aumenta il rischio relativo di sviluppare una lesione di alto grado. Ci sono in natura oltre 100 tipi diversi di HPV. Non tutti i tipi sono oncogeni. È possibile, con moderne tecniche di citologia cervico-vaginale, valutare lo status infettivo. Il **THIN PREP PAP TEST** (Pap test in fase liquida) fornisce un unico campione idoneo per la citologia, per la diagnostica molecolare PCR e **sequenziamento**, l'espressione **immunocitoistochimica** della **proteina P16** e la ricerca dell'**mRNA** virale. Oggi è possibile vaccinarsi contro quattro tipi virali di HPV (6-11-16-18). Per le ragazze di 12 anni la vaccinazione è gratuita. **Chiedi al tuo ginecologo.**



THIN PREP PAP TEST - HPV - PROTEINA P16 - mRNA
Un solo prelievo vaginale, una risposta integrata, una serenità raggiunta.

Contatto: Segreteria scientifica 06.32868.3306

Conoscere è vincere il cancro della cervice

Presso i centri USI è attivo un accurato servizio di diagnostica integrata per risolvere velocemente e semplicemente il problema dell'HPV.

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

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) rinnova gli organismi dirigenti e il suo impegno

La lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, unico ente pubblico riconosciuto in questa particolare battaglia, ha rinnovato, recentemente, come previsto dallo Statuto, tutti gli organismi direttivi nazionali e periferici. Non si è trattato di una semplice e democratica elezione, ma di un vero e rinnovato impegno, sottoscritto da tutti gli eletti, nella lotta contro una malattia che ancora miete tante, troppe vittime. In questo senso, nei prossimi anni di mandato, la nuova dirigenza, nazionale e locale, intende rafforzare l'impegno sui due fronti dove i successi di questi anni hanno dimostrato che è possibile sconfiggere il tumore: la prevenzione e la ricerca. Da una parte è ormai scientificamente dimostrato che un corretto stile di vita e periodici controlli sanitari possono ridurre drasticamente l'insorgere della malattia o essere in grado di curarla e debellarla, dall'altra i continui successi della ricerca stanno mettendo a punto armi sempre più efficaci per fronteggiare e guarire, in tantissimi casi, la malattia stessa. Non siamo al traguardo, non possiamo ancora cantare vittoria, ma la strada intrapresa è quella che può rendere possibile, in un futuro non troppo lontano, la completa e totale vittoria. In questa ottica la LILT ha chiesto al professor Umberto Veronesi, che ha accettato, di assumere la carica di Presidente del Comitato Scientifico della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Di seguito gli organismi dirigenti della LILT Nazionale

Presidente Nazionale:	Prof. Francesco SCHITTULLI
Vice Presidente Nazionale:	Dr.ssa Elda MELARAGNO D'ALBA
Consiglieri:	Dott. Mario CRISTOFOLINI, Cav. Maria Grazia GANDOLFI, Dott. Alessandro GAVA, Dott. Domenico MESSINA, Prof. Franco NOBILE, Dr.ssa Maria OTTAVIANO, Dott. Francesco PETROLO, Dott. Giuseppe PISTOLESE, Dott. Michele QUARANTA, Dott. Salvatore RAGUSO, Prof. Domenico F. RIVELLI, Dott. Mauro VALENTINI
Direttore Generale:	Avv. Bruno PISATURO
Collegio dei Revisori:	Dr.ssa Angela LUPO - Presidente, Dr. Antonio DISO e Dr. Leonardo LAMADDALENA
<i>Componenti effettivi:</i>	
Componente Supplente:	Dr. Gennaro PETECCA
Collegio dei Provirivoli:	Dott. Franco BUZZI, Dott. Francesco VERDERAME, e Prof.ssa Maria Teresa VILLANOVA
Comitato Scientifico:	Presidente - Prof. Umberto VERONESI
Consulta Nazionale Femminile:	Dr.ssa Margherita COLNAGHI
Comitato Etico:	Prof. Cesare MIRABELLI
Comitato D'Onore:	Gianni LETTA

NETWORK NEWS

Cancro del colon, chemioterapia sicura negli anziani

Nonostante esistano prove che la chemioterapia adiuvante sia efficace nei pazienti anziani con cancro del colon in stadio III, questi ultimi sono sottoposti più raramente a questa terapia rispetto ai soggetti giovani, probabilmente per il timore di eventi avversi. Uno studio osservazionale americano è stato ora condotto per valutare gli esiti di tale approccio terapeutico in questa specifica popolazione di pazienti. Sono stati coinvolti 675 pazienti con diagnosi di cancro del colon di stadio III dal 2003 fino al 2005, sottoposti a resezione chirurgica e monitorati per 15 mesi dopo la diagnosi. Su 202 pazienti di età pari o superiore a 75 anni, 101 (50%) hanno ricevuto una chemioterapia

adiuvante rispetto all'87% dei 473 pazienti più giovani (differenza 37%). Tra i soggetti che hanno ricevuto la chemioterapia adiuvante, 14 soggetti (14%) di età pari o superiore a 75 anni e 178 soggetti (44%) più giovani furono sottoposti a un regime contenente oxaliplatino (differenza 30%). I soggetti più anziani erano meno inclini a continuare la terapia. Tra i pazienti in terapia adiuvante, i tassi aggiustati di eventi clinici avversi tardivi erano inferiori nei pazienti 75enni (media 0,28) rispetto ai soggetti più giovani. Nel complesso, tra i pazienti con cancro del colon di stadio III sottoposti a chirurgia e a terapia adiuvante, nella comunità i più anziani hanno ricevuto regimi chemioterapici più brevi e meno tossici, e i trattati hanno avuto meno eventi avversi rispetto ai pazienti più giovani. *Fonte: Doctornews.it JAMA, 2010;303(11):1037-45.*

Si scrive screening si legge prevenzione

di Elda Melaragno



I programmi di screening hanno come obiettivo primario la riduzione della mortalità, un esito che richiede numerosi anni per essere valutato. Lo studio di indicatori di impatto precoci, come la modificazione della distribuzione per stadi alla diagnosi e lo studio della sopravvivenza per causa, è considerato uno strumento per valutare l'impatto sulla popolazione verificando come la pratica dello screening contribuisce a modificare la presentazione della malattia alla diagnosi. Uno studio realizzato nell'ambito del "Progetto Impatto", finanziato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, dimostra come in Italia l'introduzione dei programmi di screening mammografico ha portato a un effettivo beneficio per le donne che vi hanno partecipato, con una riduzione significativa della mortalità per tumore alla mammella aumentando sia la sopravvivenza che la qualità della vita. Il sesto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening, mette in evidenza la sempre più alta adesione della popolazione obiettivo ai programmi di screening oncologici. I dati medi di copertura sul territorio nazionale ci riportano la partecipazione allo screening mammografico a più del 78%, per lo screening cervicale a 70% circa e per quello colon retinale al 50%. Tuttavia analizzando la distribuzione dei dati per singole Regioni del centro-nord e meridionali, nelle quali la copertura media è di circa 45% per lo screening mammografico, per quello cervicale si è arrivati ai due terzi. Questa tendenza conferma in parte i dati emersi dalla campagna di sensibilizzazione allo screening lanciata dal Ministero della Salute e dalla LILT a livello nazionale nei mesi di novembre e dicembre 2006, che pur avendo avuto un notevole successo ha evidenziato come circa il 50% degli italiani non attua alcuna forma di prevenzione. Partendo dall'analisi dei risultati della suddetta campagna di sensibilizzazione, è stato possibile individuare una serie di problemi e conseguenti strategie e attività per trasferire su scala regionale il successo ottenuto a livello nazionale.

Il progetto "Si scrive screening si legge prevenzione dei tumori" si è posto la finalità di proseguire nell'azione di diffusione regionale di modelli e procedure di successo per la promozione di una cultura della prevenzione, dando continuità alle azioni avviate con progetti pilota che nel 2008 ha coinvolto le regioni Lazio, Puglia e Sardegna. Il modello operativo integrato sperimentato nel 2008 è stato trasferito nel 2009 in altre 5 regioni (Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta, Umbria, Molise e Basilicata) e nel 2010 anche nelle regioni Liguria, Toscana e Calabria. A fronte di una partecipazione ai programmi di screening disomogenea tra le regioni italiane, il progetto si è posto gli obiettivi di seguito elencati:

Obiettivo Generale:

Migliorare la diffusione, l'accesso, la qualità e la partecipazione di tutti i cittadini ai programmi di screening nelle regioni italiane interessate.

Obiettivo specifico 1:

Coinvolgere i diversi portatori d'interesse per creare delle *Cabine di Regia Regionali* che operino con le logiche della governante istituzionale e che si confrontino con strutture sufficientemente snelle quali una *Cabina di Regia Nazionale*, con funzione di coordinamento e supervisione e gruppi di lavoro specialistici per obiettivo e/o tematica, eventualmente articolabili in sottogruppi di lavoro.

Obiettivo Specifico 2:

Arricchimento della banca dati/albo delle associazioni attive territorialmente.

Obiettivo Specifico 3:

Trasferire e applicare agli specifici contesti il *Vademecum delle procedure e flussi*, razionalizzando e codificando le procedure di funzionamento per le Cabine di Regia regionali, oltre che dei processi per l'adesione o promozione delle campagne di screening a livello locale e le modalità di coinvolgimento degli EELL, delle associazioni e della cittadinanza. Individuare e monitorare i flussi informativi (comunicati, proposte, pareri, coinvolgimenti), sia interni sia esterni alle Cabine di Regia Nazionale Regionali. Pianificazione concertata delle campagne di comunicazione sugli screening.

Il progetto è stato affidato dal Ministero della Salute alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori che lo realizza attraverso le sezioni provinciali individuate dai Comitati Regionali LILT delle regioni interessate.

Al termine della fase di studio e di analisi dei dati, i risultati verranno illustrati in un apposito convegno nazionale a cura della LILT e saranno oggetto di pubblicazione sulla rivista "Il Caduceo".

"In fondo tutte le cose e tutti gli uomini sono sempre, gli uni rispetto agli altri, chiunque essi siano, degli sconosciuti, inesorabilmente, e tutte le nostre strade si incrociano sempre per pochi passi e istanti, conquistando la fugace parvenza della comunione, della vicinanza e dell'amicizia."

Herman Hesse

Il tumore del colon retto tra genetica e ereditarietà

Nell'ambito delle sue attività la LILT finanzia progetti di ricerca che possano in qualche modo aiutare a comprendere le cause, lo sviluppo e le dinamiche delle malattie tumorali. Ne presentiamo una recentemente conclusa e suddivisa in due parti: presentazione del progetto e relazione conclusiva

Relazione Progetto Stigliano

(Dott.ssa Vittoria Stigliano)

Nei Paesi Occidentali il cancro del colon-retto (CCR) rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia dopo quello della mammella nella donna e del polmone nell'uomo. (In Italia si registrano oltre 40000 nuovi casi annui e circa 20000 decessi) (dati AIRTUM aggiornati al 2008).

Nell'80% dei casi il CCR è un tumore sporadico, mentre nel 20% dei casi si riconosce una componente familiare o genetica.

La presenza infatti di casi di CCR in uno o più parenti di primo grado determina un rischio di due volte maggiore di sviluppare un tumore del colon retto rispetto alla popolazione generale. (L'aumento del rischio è proporzionale al numero dei casi verificatisi nella stessa famiglia).

Nel 2-3% dei casi però il rischio non è dettato da una generica familiarità, quanto piuttosto di una condizione genetica, ovvero legato a determinate mutazioni genetiche che, come tali, vengono trasmesse da genitori a figli e che predispongono allo sviluppo della neoplasia.

È il caso della cosiddetta **Sindrome di Lynch** o **Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC)**, caratterizzata da tumore al colon in giovane età (40-45 anni), e talvolta dallo sviluppo di altre neoplasie a livello dell'endometrio, dell'ovaio, dello stomaco, del tratto urinario, dei dotti biliari.

Nella HNPCC i geni alterati sono quelli coinvolti nella riparazione di eventuali errori del DNA, chiamati geni del *mismatch repair* o MMR, alcuni dei quali sono stati identificati.

La mutazione a carico dei geni del MMR determina la perdita della proteina corrispondente e tale condizione può essere ricercata come marker diagnostico sul tumore, mediante indagini di immunoistochimica. Quest'ultime, sfruttando reazioni di anticorpi che si legano a determinate molecole bersaglio, sono più semplici e meno costose delle più sofisticate tecniche di diagnostica molecolare.

Quando avviene un evento mutazionale a livello di uno di questi geni, la capacità di effettuare la riparazione degli errori intersorsi durante la formazione del DNA diminuisce, e di conseguenza le mutazioni iniziano ad accumularsi nella cellula, conducendo alla comparsa di un particolare fenomeno noto come instabilità delle sequenze microsatelliti del DNA (Microsatellite Instability, MSI), cioè di un'instabilità genetica delle cellule tumorali dovuta all'eccessivo accumularsi di mutazioni, che può pertanto essere considerato un *marcatore di Sindrome di Lynch*. La conoscenza delle basi molecolari di queste forme ereditarie di tumori colorettali consente una migliore comprensione dei meccanismi patogenetici che portano allo sviluppo della neoplasia; per quel che riguarda poi le implicazioni cliniche permette l'individuazione e la gestione dei pazienti affetti da S. di Lynch e dei loro familiari, poiché, una volta identificata, la mutazione può essere ricercata nei portatori sani.

Infatti, i soggetti che risultano positivi al test, possono essere indirizzati agli opportuni programmi di sorveglianza e prevenzione in adeguati centri di *counseling* genetico, mentre i soggetti negativi possono essere esclusi da tali programmi.

In particolare, nei pazienti con sindrome di Lynch si raccomanda di iniziare la sorveglianza del colon-retto intorno ai 20-25 anni, con colonscopie ad intervalli di circa 1-2 anni, mentre negli altri, pur persistendo un rischio più elevato della popolazione generale, la sorveglianza può iniziare ad un'età più tardiva (40-45 anni o 5-10 anni prima della prima diagnosi di cancro colorettale nella famiglia) e con intervalli tra una colonscopia e l'altra maggiori (3-5 anni). In questi soggetti, infine, non viene ritenuta necessaria la sorveglianza per altri tipi di tumore. (Rosella Silvestrini. *Basi scientifiche per Linee Guida*. www.iss.it)

Il progetto di ricerca in esame quindi, si è proposto di ricercare tra i pazienti affetti da CCR di età inferiore a 45 anni o con sospetta HNPCC ad una specifica anamnesi familiare, stabilita secondo criteri internazionali e volta alla ricerca di altri casi sospetti per S. di Lynch tra i familiari, la presenza di mutazioni del MMR e di instabilità dei microsatelliti nelle cellule tumorali, in modo tale da formulare una diagnosi differenziale certa tra forme ereditarie (S. di Lynch), forme familiari e forme sporadiche.

Numerosi studi dimostrano infatti la scarsa *compliance* ai programmi di sorveglianza diagnostica dei soggetti ad alto rischio per CCR, che interferisce in un corretto inquadramento diagnostico di tale patologia. Ciò si traduce da un lato in un elevato *distress* per questi pazienti e dei loro collaterali, ai quali si prospetta la passibilità di una sindrome ereditaria, dall'altro in una sottostima delle sindromi ereditarie stesse in cui, sebbene il rischio sia molto elevato, la diagnosi può essere comunque tempestiva.

Il tumore del colon retto tra genetica e ereditarietà

RESPONSABILE DEL PROGETTO E ISTITUZIONE PROPONENTE

Nome e Cognome	Vittoria Stigliano
Istituzione	Istituto Regina Elena per lo Studio e la Cura dei Tumori – U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Città	Roma
Telefono/Fax	
Anno del bando di concorso	2006

TITOLO DEL PROGETTO

Screening clinico e molecolare in soggetti ad alto rischio per cancro del colon retto (CCR)

ALTRE ISTITUZIONI COINVOLTE : Nessuna

RIASSUNTO DEI RISULTATI DELLA RICERCA

Razionale

La s. di Lynch è causata da una mutazione dei geni del Mismatch repair (MMR) e predispone al cancro coloretale in età giovanile. L'indagine mutazionale su sangue è indaginosa e costosa, pertanto è possibile utilizzare come test di screening l'immunoistochimica. Tale test sulla neoplasia, permette di evidenziare a livello tissutale la perdita di espressione della proteina corrispondente al gene mutato con una sensibilità dell'83-89% ed una specificità del 99%.

Obiettivi

- Identificare le sindromi ereditarie tra le forme familiari ed i casi giovanili di cancro coloretale mediante l'utilizzo di test molecolari genetici.
- Sottoporre tali pazienti ad un programma di sorveglianza adeguato e tempestivo.

Metodi

I soggetti affetti da Ca del colon retto afferenti all'UO di Gastroenterologia sono stati sottoposti a raccolta e valutazione dell'anamnesi familiare oncologica secondo Criteri di Amsterdam II. Sono stati arruolati i soggetti con criteri AM II positivi o senza familiarità ma età < 50 anni (caso giovanile) e sottoposti a:

- **Indagine immunoistochimica** sul pezzo operatorio incluso in paraffina, per la valutazione delle mutazioni genetiche di: MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2
- I pazienti con evidenza all'immunoistochimica di difetto di espressione delle proteine a carico dei geni del MMR, sono stati sottoposti a **prelievo di sangue per ricerca della mutazione su DNA**
- Nei soggetti con criteri di AMII positivi e indagine immunoistochimica normale o indagine immunoistochimica alterata ma indagine mutazionale negativa è in corso **l'analisi dei microsatelliti** (BAT 25 e BAT 26) sul pezzo operatorio per la valutazione dell'instabilità degli stessi.

Risultati preliminari

Nell'ambito dell'ambulatorio dei Tumori Ereditari del colon della nostra UO sono stati valutati circa 200 pazienti, e sono stati arruolati 75 pazienti:

- 32 con criteri di Amsterdam positivi (**gruppo A**); età media 48,1 anni, range 28-48 anni; M/F: 19/13
- 43 con Ca colon retto in età <50 anni (giovanile, **gruppo B**); età media 40,6 anni, range 20-49 anni; M/F 15/28

Rappresentazione caratteristiche cliniche tipiche della S. Lynch (Gruppo A vs B):

- sede colon destro: 50 vs 7,1%
- presenza tumori sincroni o metacroni: 12,5% vs 0
- altri tumori nello spettro della S. Lynch: 12,5% vs 3,9%

30/32 soggetti gruppo A e 43/43 gruppo B sono stati sottoposti ad **indagine immunoistochimica** (IHC) sul pezzo operatorio di ADC colon retto con tali risultati:

Gruppo A: 23/30 (76,6%) alterata espressione MMR (12 pz MLH1, 10 pz MSH2, 1 pz PMS2).

Gruppo B: 3/43 alterata espressione MLH1

Tutti i pazienti con alterata espressione MMR all'IHC sono stati sottoposti a prelievo di sangue per **indagine mutazionale**:

- **Gruppo A:** l'indagine mutazionale ha evidenziato varianti patogenetiche in 6/20 casi (4MLH1 e 2 MSH2) e varianti dubbie in 3/20 (2 MLH1 e 1 MSH2), 4/20 polimorfismi (3 MLH1 e 1 MSH2), 6/20 negativi (2 MLH1, 4 MSH2); 2 pz sono deceduti ed in 1 è tuttora in corso. Il pz con PMS2 alterato è deceduto, nella figlia affetta è stata evidenziata stessa alterata espressione PMS2 all'immunoistochimica. E' in corso l'indagine mutazionale sulla figlia.
- **Gruppo B:** L'indagine mutazionale su sangue non ha evidenziato alterazioni patogenetiche. È in corso l'indagine in MLPA.

Implicazione per la salute pubblica

Lo screening molecolare permette quindi di porre diagnosi differenziale certa tra forme ereditarie (S. di Lynch), forme familiari e forme sporadiche. Questa differenziazione è fondamentale per stabilire un adeguato programma di follow-up nei pazienti affetti e nei loro familiari, evitando di effettuare controlli troppo ravvicinati ove non sia necessario.

Il contributo scientifico di dieci anni di ricerca della LILT

di Anna Di Iorio

Nel corso degli ultimi dieci anni la LILT, su proposta del Comitato Scientifico, ha finanziato 125 progetti di ricerca per un importo complessivo di oltre 10 milioni e 570 mila euro, indicando annualmente un apposito bando di concorso.

I progetti di ricerca selezionati dalla LILT per il loro elevato profilo scientifico e l'ampia ricaduta sulla salute pubblica, hanno visto il coinvolgimento di molti degli Enti Nazionali ed Internazionali più autorevoli nel campo dell'oncologia, insieme a molte delle Sezioni Provinciali LILT. Ciò al fine, da un lato di sfruttare la presenza capillare delle Sezioni sul territorio nazionale per l'arruolamento dei pazienti, dall'altro di inquadrare in uno specifico contesto scientifico l'attività clinica delle Sezioni stesse.

La ricerca, in linea con quanto parallelamente andava emergendo dalla letteratura internazionale, ha affrontato i vari aspetti della prevenzione e dell'anticipazione diagnostica dei tumori, soffermandosi prevalentemente, ma non esclusivamente sui 4 big killer dell'oncologia, ovvero il cancro del polmone, della mammella, del colon e della prostata insieme ad altre patologie tumorali "altamente prevenibili", come il carcinoma della cavità orale ed il melanoma.

In questi 10 anni di ricerca finanziata dalla LILT sono pertanto emerse preziose informazioni relativamente ai dati di incidenza, mortalità e distribuzione dei tumori in Italia, con riguardo anche alle differenti realtà socio-sanitarie del Paese.

Come sottolineato dall'OMS, oltre il 40% dei tumori si possono evitare, attraverso cambiamenti di stili di vita e diagnosi precoce, ed, in effetti, fumo, alimentazione e obesità sono stati i temi più a lungo studiati in questi anni di ricerca.

È stata dimostrata infatti l'evidenza epidemiologica del rischio oncologico legato al consumo di tabacco, denunciando peraltro la crescita dell'incidenza dei tumori del polmone nel sesso femminile e sulla scorta di tali risultati sono stati realizzati *counselling* antitabagici di successo rivolti a specifici target.

È stato confermato inoltre con validità scientifica il ruolo dei vari componenti della dieta mediterranea nella prevenzione di alcuni tipi di tumori tra cui mammella, colon, endometrio, prostata, cavità orale.

Obesità e cancro: a tal proposito sono stati delineati i meccanismi patogenetici che stanno alla base della cancerogenesi nella più recentemente definita "sindrome metabolica" e che vedono un ruolo cruciale nella produzione di alcuni fattori di crescita e molecole dell'infiammazione in grado di stimolare la proliferazione cellulare.

Sempre nell'ambito della prevenzione primaria si inquadrano i risultati della ricerca sulla chemioprevenzione, particolarmente per quel che riguarda i carcinomi mammari e prostatici, per i quali è stata testata l'efficacia di farmaci ad azione antiormonale.

Anche per i tumori della cavità orale è stata dimostrato il ruolo in chemio prevenzione di alcuni antiossidanti, quali l'acido lipoico, le vitamine E e C, l'acido cis-retinoico.

Com'è noto, circa il 15% dei nuovi casi di tumori sono imputabili all'azione di agenti infettivi, e come tali prevenibili con specifici vaccini e terapie antivirali. Per tale motivo una consistente parte della ricerca della LILT ha approfondito il rischio oncologico correlato ad alcuni sottotipi di HPV ed ai virus HBV ed HCV, quest'ultimo indagato oltre che nell'eziopatogenesi degli epatocarcinomi, anche di alcuni tipi di linfomi non - Hodgkin. Tra i papilloma virus ad esempio, le cui infezioni sono molto diffuse nella nostra popolazione, sono stati individuati quelli in grado di stimolare l'oncogenesi e correlati pertanto allo sviluppo di lesioni precancerose e neoplasie genitali, della cute e della cavità orale.

Prevenzione in oncologia vuol dire ovviamente anche diagnosi precoce. A tal proposito, la ricerca si è svolta in tre direzioni principali:

- individuazione di indicatori di qualità dello screening ed identificazione, nell'ambito di indagini diagnostiche consolidate, di tecniche idonee da impiegare per la sorveglianza dei soggetti a rischio: ecografia mammaria ad integrazione della mammografia nelle donne con seno radiologicamente denso, dosaggio del PSA ematico per le diagnosi precoce del carcinoma prostatico, colonscopia virtuale, TC spirale a basse dosi per il tumore del polmone;
- ricerca ed individuazione di nuove tecniche di diagnosi precoce basate sull'espressione di geni correlati alla presenza di neoplasia e di biomarcatori, potenziali target di terapie mirate, nel carcinoma della mammella ereditario e non, in quello del colon ereditario, della prostata, ed in alcuni fenotipi di melanoma;
- realizzazione di programmi di prevenzione secondaria mediante campagne di sensibilizzazione, esecuzione di visite ed educazione all'autoesame in particolare per il melanoma e per i tumori della cavità orale.

Molte di queste ricerche sono state pubblicate su riviste internazionali ed hanno contribuito alla definizione di quello che oggi è considerato lo standard nella prevenzione e cura dei tumori.

Progetto “Prevenzione Azione”: le scuole sono lo snodo fondamentale per la prevenzione

Il Progetto *Prevenzione Azione* nasce nel settembre 2007 a seguito del Protocollo d'Intesa stipulato tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e Ricerca e la LILT, siglato il 4 ottobre 2006. Il Protocollo è stato dettato dall'esigenza di mettere a fattor comune le reciproche esperienze e competenze, al fine di sviluppare dei piani di azione strategica per l'avvio di iniziative di lavoro e sensibilizzazione sul tema dell'educazione alla salute, in cui si attribuisce un ruolo fondamentale ai contributi delle scuole, delle istituzioni sociali impegnate nei servizi sanitari, nel volontariato e nella cooperazione.

Il Protocollo, che ha dato origine al Progetto *Prevenzione Azione*, assume un valore centrale in termini di collaborazione fattiva, visto che da sempre l'ambiente scolastico è stato quello privilegiato dalla LILT per gli interventi di informazione e di educazione alla salute, soprattutto nel settore della prevenzione primaria, perché attraverso l'istituzione scolastica è possibile coinvolgere un target diversificato, quindi non solo insegnanti, ma soprattutto studenti e famiglie.

Il progetto, pur nel rispetto dei principi di autonomia scolastica e di iniziativa delle singole Sezioni Provinciali LILT, ha privilegiato l'approccio intersettoriale nelle diverse tipologie di intervento quale leva strategica per la prevenzione e la sensibilizzazione alla lotta contro il cancro.

L'obiettivo è stato quello di creare un “Modello d'Azione” per le scuole secondarie di primo e secondo grado con il relativo “kit” di strumenti di fruizione per: percorsi formativi e informativi sui corretti stili di vita; specifiche iniziative di volontariato; individuazione dei casi e fattori di successo in uno specifico Repertorio delle Buone Pratiche. Il progetto prevede la sperimentazione in tre Regioni: Emilia Romagna, Lazio, Puglia.

L'Emilia Romagna ha svolto la sperimentazione a novembre 2009 in modalità residenziale a Rimini, con una formazione partecipata in piccoli gruppi per un totale di circa 120 formati tra studenti, docenti, referenti degli Uffici Scolastici Regionali e Provinciali, operatori LILT.

Nel Lazio è stato attuato un percorso di formazione-formatori regionale nel gennaio 2010. Successivamente è stato attivato il percorso di sperimentazione con le scuole con il coinvolgimento di circa 12 scuole per un totale di circa 80 partecipanti.

In Puglia la sperimentazione è partita nel mese di gennaio 2010 e si è conclusa a marzo. I corsi sono stati attivati parallelamente in ciascuna provincia e hanno coinvolto circa 150 partecipanti. Al termine del percorso di sperimentazione nelle tre Regioni sono stati organizzati altrettanti seminari per la condivisione dei risultati del progetto pilota a livello regionale.

Progetto “VERSO”: Volontariato e formazione per una presenza qualificata sul territorio

La LILT ha sempre ritenuto il volontariato l'anima della propria missione e ad esso ha dedicato impegno costante, affinché coloro che vogliono donare tempo e attenzione agli altri, possano farlo con passione e competenza. Oggi è sempre più necessario che il volontariato sia messo a sistema, utilizzato in modo strutturato nel Servizio Sanitario Nazionale, dando ai volontari ruoli operativi che si integrino in modo coerente con il servizio pubblico e la LILT ha risposto pienamente a questa nuova esigenza con il progetto *VERSO* (Volontariato E Rinnovo Sezionale Organizzato).

Tra gli obiettivi dei programmi di formazione avviati dal centro alla periferia quello di ampliare e potenziare le Sezioni Provinciali con l'inserimento di volontari motivati e appositamente formati in modo che la LILT sia sempre più Ente di riferimento per la prevenzione e per il miglioramento delle condizioni e del benessere del malato e della sua famiglia; intraprendere un cambiamento culturale che rafforzi identità e senso di appartenenza, accresca le competenze, affermi un modello di *governance* forte.

Notizie LILT

Nell'ambito del Progetto VERSO, si è dato vita a seminari specialistici dedicati al personale operativo delle Sezioni Provinciali LILT con le seguenti tematiche: gestione giuridica, gestione economica, comunicazione come strumento di lavoro, raccolta fondi ed eventi.

Tra marzo e giugno 2009 si sono svolte, per ogni corso, cinque edizioni di due giornate; i corsi si sono tenuti a Roma (centro e isole), Verona (nord est), Torino (nord ovest) e Bari (sud).

La Campagna Nazionale Volontariato, I LILT YOU svoltasi nel 2009, ha rappresentato uno dei momenti più alti dell'impegno istituzionale e associativo messo in campo dalla LILT, necessario proprio per fornire uno strumento di reclutamento e formazione attraverso il quale questo "esercito della solidarietà" possa essere operativo e muoversi con competenza.

TERNI, LA SCUOLA E LA LILT CI INSEGNANO A SMETTERE DI FUMARE: UNA INIZIATIVA DI SUCCESSO

Obiettivo raggiunto!

I dati non lasciano spazio ad interpretazioni, ma ad azioni concrete, da qui il progetto congiunto tra LILT (sezione provinciale Terni) e le scuole che ha prodotto un eccellente risultato finale, 23 giovani hanno aderito a corsi LILT per smettere di fumare, 7 di loro hanno centrato l'obiettivo, 8 persistono, ma hanno ridotto del 50% l'abitudine tabagica.

Questo è quanto emerso nella tavola rotonda "Il Fumo, i Giovani, la Scuola" scorso organizzata a Terni nell'auditorium "Falcone-Borsellino" degli Istituti "F.Cesi", "A. Casagrande".

La collaborazione e il percorso che si è originato tra la LILT-Tr e le scuole cittadine era partito lo scorso anno con la presenza di un team di esperti nelle classi composto da nutrizionista, psicologo, oncologo, con lo scopo di informare e sensibilizzare i giovani sui danni causati dall'uso del tabacco, cui è seguita un'indagine epidemiologica condotta dalla dr.ssa Silvia Sabatini (medico oncologo). I risultati, in linea con quelli nazionali hanno rilevato un abbassamento dell'età in cui i ragazzi iniziano a fumare e un sensibile aumento della percentuale femminile. Su 1527 ragazzi esaminati, sono risultati 382 fumatori, di cui 127 maschi e 255 femmine.

A fronte di questa evidenza, grazie alla sensibilità e disponibilità del preside dell'Istituto "A. Casagrande", prof. Giuseppe Metastasio, è stato possibile creare dei gruppi di lavoro per aiutare i ragazzi a smettere di fumare. Basati sul modello cognitivo comportamentale (metodo LILT riconosciuto dal Ministero della Salute) e condotti dalla psicologa dr.ssa Silvia Pilardi, i GDF (Gruppi per la Dissuefazione del Fumo) hanno prodotto risultati eccellenti. L'iniziativa presentata dalla presidentessa della sezione ternana Fiorella Pezzetti, ha avuto una grande risonanza anche a livello nazionale. La scuola umbra ha creato il precedente, individuando nella informazione collaborazione piuttosto che nella coercizione- imposizione il modello vincente.

Grazie ai punti di credito offerti agli studenti e ad 1 seduta settimanale in orario scolastico, è stato possibile l'attivare i gruppi di lavoro. Vi hanno aderito 23 studenti, 7 dei quali hanno smesso completamente di fumare dopo le 10 sedute previste, testimoniandolo orgogliosamente davanti alle 200 persone intervenute al convegno. Un attestato consegnato ad ognuno dei 23 virtuosi dall'arbitro internazionale Paolo Tagliavento, testimonial LILT, ha rappresentato simbolicamente l'obiettivo raggiunto.

Il riconoscimento di un percorso vincente è giunto anche dal Ministro per la Gioventù Giorgia Meloni e dalla sede centrale LILT in due lettere, entrambe lette ai presenti dal segretario della sezione dott. Franco Buzzi, in cui si individua nelle iniziative provinciali della Lega un modo esemplare dove la scuola è il mezzo educativo contro il fumo e luogo di confronto e crescita, in cui aiutare gli studenti a smettere di fumare convincendo e non proibendo. Sono a questo punto i ragazzi a prendere la parola, a raccontarsi.

Tutti o quasi hanno iniziato per gioco e per l'incentivo dei crediti arrivando pian piano alla sensazione intensa della dipendenza, la presa di coscienza, il sacrificio, il risultato. Secondo i dati, la motivazione preponderante è stata individuata nell'occasione da non perdere che il corso ha offerto, seguita dal risparmio di denaro conseguente all'abbandono delle sigarette e per ultima l'incapacità di smettere da soli.

Racconta Viviana: "all'inizio non credevo di riuscire a smettere invece il corso si è rivelato importante, significativo per la salute, inoltre la mia è una classe femminile e ci siamo rese conto che ciò che più ci interessava era l'aspetto estetico, abbiamo scoperto che il fumo rovina la pelle, i denti, genera cattivo odore... le dottoresse ci hanno poi fatto comprendere i danni causati dal fumo in tutto l'organismo...".

Per Irene, dell'istituto Casagrande: "è stata un'esperienza positiva, mi sono sentita orgogliosa soprattutto quando abbiamo fatto il test a sorpresa per vedere quanto monossido di carbonio fosse presente nei nostri polmoni, e per tutti è risultato negativo...".

PESCARA: UNA CAMMINATA PER LA SALUTE

Il lavoro della Sezione di Pescara sul fronte della Prevenzione Primaria, ha avuto il suo momento di partecipazione attiva nel corso della manifestazione organizzata il 26 giugno scorso: "La camminata della salute". L'evento, orga-

nizzato dalla Sezione LILT Pescara ONLUS, ha avuto come obiettivo principale quello relativo al raggiungimento degli obiettivi istituzionali preposti e come testimonianza dell'importanza della Prevenzione Primaria, della educazione alla tutela della salute rivolta ai giovani e a tutta la popolazione pescarese. Punto di ritrovo della manifestazione Piazza Primo Maggio dove, prima dell'inizio della "Camminata", sono state distribuite le "T-shirts of the health" e bottigliette d'acqua a tutti i partecipanti della "Camminata".

La partenza del corteo è avvenuta intorno alle 17.00. Dalla piazza il corteo si è diretto in direzione Nord-Sud, sul marciapiede lato mare posto in Viale Riviera della città di Pescara, attraversando il Ponte del Mare, fino a giungere al Porto Turistico. Raggiunto il punto di arrivo, presso i padiglioni ex Cofa, è stato attivato uno spazio di informazione/formazione sulla prevenzione oncologica primaria, aperto a tutti i partecipanti e con metodologia differenziata, a seconda dell'età dei partecipanti alla "Camminata". È stato previsto anche un momento di ristoro dove i partecipanti hanno potuto trovare frutta a volontà.

Le manifestazioni ha sancito la conclusione del Progetto Sistema Salute 2010 – prevenzione oncologica primaria a favore degli studenti.

LILT
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
SEZIONE DI PESCARA

LICEO CLASSICO "G. D'ANNUNZIO"
PESCARA

Camminata della salute

26 giugno 2010

Cogli la prevenzione!

Partenza ore 17:00 Piazza Primo Maggio - Arrivo ore 18:30 Porto Turistico
Incontro Formativo-Educativo per i partecipanti con la diretta attivazione degli studenti del Liceo Classico D'Annunzio.

Le iscrizioni potranno essere effettuate prima della partenza oppure a partire dal 10 giugno presso:
Cartoleria Front-Office in via Palermo, 135
Sagra Chiesa di San Luigi 19/20 giugno 2010
Merceria intimo Gabri in Via Vespucci, 43

Per informazioni contattare i numeri 338 5885788 oppure 328 0235511

Stop al fumo, meglio di colpo o gradualmente?

È più efficace smettere di fumare all'improvviso o farlo gradatamente? La risposta, contenuta in una recente revisione Cochrane, è che non c'è alcuna differenza tra i due tipi di approccio. Nicola Lindson del Primary care clinical sciences, University of Birmingham e collaboratori, utilizzando il Cochrane tobacco addiction review group specialised register, Medline, Embase e PsycInfo, hanno selezionato dieci trial, riguardanti oltre 3.700 fumatori, in cui si confrontavano gli effetti associati alla rinuncia totale e improvvisa delle sigarette con quelli di una riduzione graduale. In breve, gli autori non hanno riscontrato alcuna differenza nel tasso d'astinenza dal fumo, dopo almeno sei mesi di follow-up, con i due approcci ($rr = 0,94$). Ciò è risultato vero con vari tipi d'intervento, ossia quando si è fatto ricorso ($rr = 0,87$) o meno ($rr = 0,97$) a terapie farmacologiche; nel caso in cui ai partecipanti sono stati offerti materiali per un'autogestione ($rr = 0,98$) e quando hanno ricevuto supporto comportamentale ($rr = 0,87$). «La nostra indagine non ci consente di stabilire se i diversi interventi presentino rischi differenti per la salute, tuttavia recenti evidenze suggeriscono che il ricorso a sostitutivi della nicotina non aumenta l'incidenza di eventi avversi» ha sottolineato Lindson. (Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3.)

Un nuovo servizio offerto dall'USI. Intervista alla dott.ssa Pizzuti che nella struttura di via Macchiavelli applica il protocollo **Come Smettere di Fumare**.

Smettere di Fumare? Sembra facile... E facile, invece, lo è davvero

di Michele Trecca

Zeno Cosini, l'antieroe di Italo Svevo, a smettere di fumare non riuscì mai. Fece anche ricorso ad uno psicanalista, che prese la questione alla larga e spinse il povero Zeno a raccontare la propria vita. Ne venne fuori un libro, anzi... uno dei capolavori della letteratura italiana del Novecento. *La coscienza di Zeno* è una lettura fondamentale per capire la crisi spirituale dell'umanità contemporanea, ma non è un buon protocollo per smettere di fumare. Quello della dott.ssa Pizzuti non è un romanzo, ma il suo protocollo è anch'esso un'avventura dentro se stessi. Per smettere di fumare – dice, infatti, la dott.ssa Pizzuti – bisogna farsi le domande giuste. Ovvero, traduciamo noi, è necessario inescare dentro di sé un'esplosione atomica di motivazioni a catena. Semplice. Basta partire nel modo giusto. Per esempio, informandosi sul servizio offerto dalla dott.ssa Pizzuti presso la struttura USI di via Macchiavelli. È sufficiente telefonare al centralino o contattarla direttamente al 329.9719873. Chiamare e andare all'appuntamento è già di per sé un buon indice del proprio grado di motivazione. Certo, la dott.ssa Pizzuti ha un curriculum che va dalla laurea e specializzazione all'università La Sapienza a un post-dottorato sullo studio e trattamento dei Disturbi di Personalità presso il Personality Disorders Institute del New York Presbyterian Hospital di New York City con l'emerito Prof. O. Kernberg... insomma, i titoli li ha ma, le chiediamo, pensando a Zeno Cosini perché una persona dovrebbe rivolgersi a una psicologa per smettere di fumare?

Ci dice la dott.ssa Pizzuti: «*Come smettere di fumare* – il protocollo da me applicato – aiuta e sostiene il soggetto intenzionato a smettere promuovendo l'acquisizione e lo sviluppo di capacità, tecniche e strategie specifiche attraverso le quali affrontare e risolvere la propria dipendenza dal fumo ed acquisire una maggiore e migliore consapevolezza delle ragioni coinvolte sia nella dipendenza che nella *decisione di smettere*.»

– *In che cosa consiste questo protocollo?*

«Il protocollo si articola in cinque incontri ed è frutto dell'integrazione di numerose competenze e conoscenze professionali, psicologiche e di PNL (Programmazione Neuro Linguistica), dell'esperienza pluriennale di fumatrice ed *ex fumatrice*, d'altre metodologie efficaci nonché dei dati elaborati a partire dalla casistica finora raccolta. Struttura e cadenza degli incontri non sono affatto casuali, bensì scelte in funzione di quanto emerso nelle ricerche sull'incidenza e frequenza delle ricadute. Analogamente le domande poste nel corso dei colloqui e presenti nel materiale da compilare tra un incontro e l'altro sono il frutto di studi e formulazioni specifiche.»

– *Qual è la domanda chiave per aiutare a smettere di fumare?*

«Il modo in cui presentiamo una domanda orienta profondamente il focus dell'interlocutore stimolandone la riflessione su aree ben determinate piuttosto che su altre, definendo cioè l'oggetto della sua attenzione e quindi le eventuali alternative risolutive da lui prese in considerazione. È evidente, cioè, che chiedere ad una persona appena scivolata in un torrente "come hai fatto a caderci dentro?" sia profondamente diverso dal domandarle "come pensi di uscirne?". E questo perché solo nel secondo caso egli si focalizzerà sulle possibili soluzioni. È la stessa differenza che c'è fra chiedersi "perché fumo?" e "come posso smettere?". Domande diverse, poste da se stessi o da altri, orientano diversamente l'attenzione definendo i confini del nostro sistema di scelte comportamentali. Per questo nel corso degli incontri il soggetto imparerà anche come modificare il proprio focus in modo funzionale al raggiungimento dell'obiettivo di smettere di fumare.»

– *Il protocollo che lei applica prevede solo domande o anche il ricorso a strumenti materiali come cerotti e quant'altro?*

«Il protocollo non prevede l'utilizzo d'alcun tipo di terapia sostitutiva quali cerotti, gomme o sigarette elettroniche. Così facendo, infatti, vi è il rischio di sviluppare un altro tipo di dipendenza fino ad indurre il soggetto a pensare che "senza sigarette non ce la posso fare". Anche quando proviamo a fumare di meno finiamo per avere un effetto contrario attribuendo a quei pochi tiri una piacevolezza maggiore di quella reale e ciò solo perché abbiamo ridotto "la dose". Per smettere definitivamente occorre **scoprire o riscoprire il piacere di non fumare, di essere liberi dal fumo e dalla sua dipendenza**. Questo piacere tutti i fumatori lo conoscono e conservano nella propria memoria poiché hanno cominciato a fumare solo da una certa età in poi.»

– *Ma abitudini e comportamenti si radicano, per cambiarle non basta la consapevolezza della loro nocività?*

«Si può interrompere o cambiare un'abitudine se riusciamo a cambiarne innanzitutto il significato. Viceversa, molti di quelli che per smettere di fumare ricorrono solo alla forza di volontà poi ricominciano e ciò per una ragione molto semplice: perché per loro smettere di fumare ha significato rinunciare a qualcosa. Il protocollo "Come smettere di fumare" prevede un totale capovolgimento di prospettiva per cui il soggetto, alla fine, smettendo di fumare, scopre e riscopre il **piacere**, la gioia, la sensazione di libertà e potere personale dell'**essere un non fumatore**. Se si continua a pensare che sia una "rinuncia" non riusciremo mai a liberarci dal fumo; al massimo smetteremo per un certo perio-

do di tempo. Cambiamo sempre e solo quando nella nostra mente associamo un grande piacere al nuovo comportamento, alla nuova abitudine, ed una grande sofferenza o insofferenza, a quello attuale, a ciò che stiamo facendo o vivendo ora. Finché fumare continuerà ad essere un piacere e smettere una rinuncia non riusciremo mai a smettere definitivamente.»

– *Quali sono altri condizionamenti psicologici che ostacolano la voglia di smettere di fumare?*

«Per smettere di fumare definitivamente è fondamentale lavorare anche sulle convinzioni limitanti quali, ad esempio, “fumare mi piace”, “fumare mi rilassa”, “se smetto ingrasso”. Solo attraverso un lavoro mirato ed appositamente strutturato su di esse sarà possibile smettere per sempre. Il nostro organismo, il nostro corpo, per sua natura, rifiuta la nicotina. Lo ha sempre fatto, sin dalla nascita, sin dal primo, primissimo tiro. Eppure molti ricordano la prima sigaretta come “un’esperienza piacevole”. Com’è possibile? Perché il nostro cervello ha ricodificato quell’esperienza fisica, spiacevole, in un’esperienza emotiva piacevole. Ed alla fine anche quello star male fisicamente ha acquisito un significato di “piacere”. Ecco dunque *il potere delle convinzioni*: siamo riusciti a convincerci della piacevolezza di quell’esperienza! Per smettere di fumare in maniera definitiva è importante che la persona individui e venga aiutata anche a riconoscere le sue convinzioni limitanti sul fumo.»

– *Ma la sofferenza fisica dell’astinenza esiste: come si fa a gestirla?*

«Nel corso degli incontri il paziente acquisirà ed utilizzerà una serie di strategie e tecniche specifiche attraverso le quali *gestire gli eventuali sintomi di astinenza*. Si tratta di tecniche in gran parte derivate dalla PNL, un modello d’intervento psicologico per il quale il linguaggio, le parole che noi utilizziamo riflettono, ed allo stesso tempo danno forma e significato ai comportamenti, alle situazioni, a ciò che accade dentro e fuori di noi. Immaginate, ad esempio, di dirvi:

“adesso avrei proprio voglia di fumarmi una bella sigaretta!”. Altra cosa, invece, è dire: “mah... forse sì, forse adesso mi farei un tiro...”. Le parole che utilizziamo riflettono il modo in cui ci sentiamo, ma, utilizzandole in modo più consapevole, riusciamo ad agire su ciò che stiamo provando. Lavorare con e sul linguaggio, sul nostro vocabolario emozionale, significa lavorare e modulare in parte anche il nostro comportamento. Pensate a quante volte di fronte ad una situazione difficile ci siamo detti “non ci riesco proprio!”. E quante altre volte, invece e per fortuna, abbiamo detto: “non mi importa: ci provo lo stesso!”. Probabilmente nel primo caso non abbiamo fatto nulla, nel secondo, un tentativo lo abbiamo comunque fatto indipendentemente dall’essere riusciti o meno nell’intento.»

– *Il linguaggio, dunque, condiziona i comportamenti?*

«Il linguaggio che utilizziamo per definire una data situazione stabilisce implicitamente le possibili alternative, i comportamenti che noi pensiamo di poter mettere in atto. Se penso, se sono convinto di non riuscire a smettere di fumare, allora nemmeno prenderò un appuntamento. Ecco perché il paziente che intraprende il protocollo *Come smettere di fumare* è già in parte motivato: non tanto o, meglio, non solo a smettere quanto a lavorare proprio sulla sua motivazione, sulle ragioni che lo spingono a smettere ed allo stesso tempo su quelle che sente “costringerlo” a continuare... altrimenti avrebbe già smesso da solo! Il fatto stesso di informarsi, chiamare e andare all’appuntamento è già di per sé un buon indice del grado di motivazione dell’individuo. Le convinzioni ed il nostro grado di fiducia in esse influiscono fortemente sulla scelta del nostro comportamento. Pensiamo, ad esempio, al potere dell’effetto placebo o a quello delle convinzioni personali sulle prestazioni sportive o ancora sulle capacità di recupero dei pazienti che hanno subito gravi interventi chirurgici. Ecco perché le convinzioni del fumatore che vuole smettere rappresentano un’area d’indagine e sviluppo del protocollo particolarmente importante.»

“Il segreto dell’esistenza umana non sta soltanto nel vivere, ma anche nel sapere per che cosa si vive.”

Fedor Dostoevskij

“Dal male non può nascere il bene, come un fico non nasce da un olivo: il frutto corrisponde al seme.”

Seneca

Nel romanzo *Gli anni nascosti*, il poliziotto-scrittore Piernicola Silvis racconta un'altra storia d'Italia. Ne viene fuori un Paese ammalato grave con tanti che intervengono dietro le quinte, ciascuno a modo suo: tutti fuori dalle regole.

Un thriller destinato a fare epoca. La nostra

di Michele Trecca

La storia non si fa con i se e i ma, i film sì, e anche i romanzi. E se per esempio non fosse stata una semplice coincidenza cronologica il concomitante crollo di Muro di Berlino, servizi segreti dell'Est, Democrazia cristiana e, quindi, Prima repubblica? *Gli anni nascosti* di Piernicola Silvis comincia con una domanda così. Il poliziotto-scrittore d'origine foggiana ha immaginato, infatti, che la Stasi – il servizio segreto della Repubblica democratica tedesca o DDR – nel '46 abbia infiltrato sotto copertura profonda un proprio agente nel vecchio partito dello scudo crociato e che questi – fortemente motivato, molto in gamba e ben sostenuto finanziariamente – sia poi arrivato ai vertici istituzionali del nostro Paese.

Gli anni nascosti (Cairo editore, pagg. 322, € 17.00) è un appassionante backstage o sguardo dietro le quinte della lotta fra le due superpotenze che per tutta la seconda metà del secolo scorso ha lacerato l'Italia e l'Occidente. Lo leggi e ti sembra di vedere quella "materia oscura" che sappiamo esistere – nella nostra storia recente come nell'universo – ma che, in un caso e nell'altro, nessuno sa quanta sia, dove sia e cosa sia.

Il romanzo comincia con la crisi di Sigonella dell'ottobre '85. In quell'occasione il governo italiano si rifiutò di consegnare ai militari americani della Delta force i terroristi palestinesi che qualche giorno prima avevano sequestrato la nave da crociera Achille Lauro e giustiziato il cittadino statunitense d'origine ebrea Leon Klinghoffer, paralizzato su una sedia a rotelle, ammazzato e buttato in mare.

Piernicola Silvis immagina che quel "cedimento" ai palestinesi abbia innescato un tentativo di colpo di stato da parte d'una composita cupola d'oltranzisti filoamericani da tempo attiva ai massimi livelli militari, politici, economici e giornalistici. Il romanzo è, quindi, una partita politica ad alta tensione fra il Capo di stato maggiore golpista, generale Olivadi e l'onorevole, poi Presidente del consiglio, Nicola Maestri, agente della Stasi. Da una parte l'ossessione dell'ordine e della patria; dall'altra un'accezione radicale del cristianesimo sociale. Fra i due, la variabile impazzita Antonio Lami, l'agente segreto italiano che lotta in proprio per la difesa della democrazia. Antonio Lami è l'eroe borghese o militante ignoto, come i due poliziotti ("vittime del dovere", Alessandro Fui e Loris Giazzon), a cui è dedicato il romanzo.

De *Gli anni nascosti* poco importa la verità storica dei fatti, quello che conta è la loro tenuta romanzesca e, quindi, l'arricchimento o addirittura il capovolgimento di prospettive consolidate. Dice Milan Kundera: il romanzo sarà morto quando si limiterà a ribadire l'esistente, la sua ragione d'essere è la passione della conoscenza. *Gli anni nascosti* di Piernicola Silvis esplora, dunque, l'inedita e sconvolgente ipotesi secondo cui «il regime democristiano sarebbe nato dal blocco sovietico e che, finito l'uno, è finito anche l'altro». Ci saranno sicuramente voyeur che cercheranno il "vero volto" di Nicola Maestri o puristi a cui daranno fastidio certi esercizi d'immaginazione come, per esempio, l'idea di un Sessantotto (almeno in parte) manovrato dall'Est. *Gli anni nascosti* è una rivincita della libertà della letteratura sulla rigidità delle ideologie e la miopia della politica.

La credibilità narrativa del thriller politico di Silvis – primo dirigente della Polizia di Stato, per anni in Veneto, ora nelle Marche – è data da due elementi in particolare. Prima di tutto la perfetta commistione fra finzione romanzesca e realtà storica: dal referendum fra monarchia e repubblica ai tentativi di colpo di stato degli anni Sessanta, a Gladio e Tangentopoli. Di tale capacità d'incastro l'autore aveva già dato prova ne *L'ultimo indizio*, racconto romanzato dell'importante operazione di

polizia che nel settembre del '92 lo aveva visto protagonista della cattura del boss mafioso Giuseppe Madonia, allora numero due di Cosa nostra. Quell'arresto fu la prima reazione dello stato italiano alle stragi di Capaci e via D'Amelio.

C'è poi da dire che Silvis procede con i modi bruschi del poliziotto che nulla concede a fronzoli vari, causidici e letterari, ma avanza nella pagina con la stessa determinazione che in un'operazione sul campo. Tagli di situazioni e personaggi puntano a valorizzare l'energia dell'azione. I dialoghi, per esempio, sembrano intercettazioni.

La controscoria d'Italia, che tanta letteratura da tempo sta scrivendo, con *Gli anni nascosti* di Piernicola Silvis s'è arricchita d'un nuovo capitolo, ma a scriverlo non è stato un magistrato, un avvocato, uno storico o un militante. È stato un poliziotto. Come dire: ecco s'avanza uno strano scrittore. Ne farà di strada: pistola in pugno. Pardon: penna.

