



# il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 16, n° 2 - 2014



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

## EDITORIALE

A cura dell'on.le Beatrice Lorenzin, per la rivista "Il Caduceo"

Alla Direttrice Responsabile de Il Caduceo  
Dr.ssa Francesca Barbati

Unione Sanitaria Internazionale Roma



Il Ministro della Sanità - Beatrice Lorenzin

Carissima Francesca,

*Sin dal primo giorno del mio mandato governativo ho lavorato sodo con un solo obiettivo: dare risposte alle esigenze degli italiani. L'ho fatto affrontando i problemi della sanità che, accanto alle mille questioni quotidiane, impongono una visione strategica per il futuro. In questi mesi ho visitato tante strutture sanitarie e tanti ospedali in tutta Italia, anche con blitz inattesi. L'obiettivo era quello di conoscere l'operatività delle strutture, raccogliere eventuali criticità dalla viva voce di operatori e pazienti per cercare di capire quali fossero le azioni più utili per giungere al loro superamento. È stata per me una grande opportunità. Ho potuto verificare che abbiamo tante strutture in cui operano operatori sanitari di altissima professionalità. Medici e infermieri che svolgono un ruolo fondamentale non solo perché curano i pazienti, perché salvano le vite, ma anche perché affiancano alle loro competenze scientifiche una grandissima umanità: incoraggiano e danno speranza e conforto psicologico a chi si trova ad affrontare un percorso difficile della propria vita quale è quello del confronto con la malattia. Abbiamo in Italia tantissimi centri di eccellenza che sono un fiore all'occhiello per il nostro Paese, purtroppo però i media non danno molta attenzione agli aspetti positivi della sanità, non si sottolineano quasi mai le grandissime qualità del nostro sistema sanitario. Invece è importante che di salute si parli come di un valore e non solo come di un costo. Agli Stati Generali della Salute, che ho voluto organizzare a Roma quale prologo al semestre europeo a guida italiana, abbiamo messo a punto le linee strategiche di un grande progetto: la salute come esempio etico di impresa. Resto convinta che la sanità può rappresentare per l'Italia una grande occasione di sviluppo, può dare ricchezza economica accanto al bene più alto che deve rimanere l'assistenza a tutti i cittadini, primato tutto italiano, che fa parte di una cultura alla quale non possiamo e non vogliamo rinunciare. L'invecchiamento della popolazione ci impone scelte e dobbiamo farle subito per mettere in sicurezza il sistema per i prossimi decenni. Farmaci sempre più innovativi ma anche sempre più costosi stanno per essere inseriti nel mercato e l'Italia dovrà poterli garantire a tutti i cittadini. Questi temi li metterò sul tavolo durante il semestre di presidenza italiana dell'UE. La salute deve essere al centro di tutte le politiche perché è un tema trasversale che interessa tutti. Anche il settore della sanità privata accreditata, in cui opera da oltre 50 anni il Gruppo della Salute dell'U.S.I. di Roma, deve garantire ai cittadini utenti livelli di qualità costanti e sempre più elevati. Dobbiamo tener conto della qualità delle prestazioni erogate e non del numero dei posti letto, indipendentemente dal fatto che la struttura ospedaliera sia pubblica o privata. Mi congratulo con Te e con tutti gli operatori sanitari dell'USI per i contenuti scientifici del Caduceo che in forma chiara ed accessibile informa i lettori sui progressi tecnologici e scientifici nel campo della diagnostica delle malattie.*

**Beatrice Lorenzin**

## Cari lettori,

Pubblichiamo con orgoglio la lettera che è stata inviata alla sottoscritta nella qualità di Direttrice Responsabile del Caduceo dal Ministro della Salute in carica, On.le Beatrice Lorenzin, per condividerne con tutti voi i contenuti ed offrire interessanti spunti di riflessione sul sistema sanitario italiano e le prospettive future.

Ringrazio personalmente il Ministro Lorenzin per la serietà, la professionalità e la dedizione al lavoro che ha contraddistinto il suo operato all'interno dell'attuale compagine governativa sin dal giorno del suo insediamento: non è affatto scontato avere un Ministro della Salute che si impegna quotidianamente "sul campo" per approfondire concretamente i temi della sanità con le sue innumerevoli problematiche per cercare di trovare le soluzioni più idonee come sta facendo l'attuale Ministro, essendo sempre disponibile al dialogo ed al confronto con gli operatori del settore. Il coinvolgimento degli addetti ai lavori può rivelarsi molto prezioso e talvolta determinante per affrontare e risolvere nel migliore dei modi le criticità che da troppi anni gravano sull'intero sistema sanitario.

La salute è un valore fondamentale ed imprescindibile per ogni individuo e l'assistenza sanitaria deve essere garantita a tutti i cittadini. Partendo da questi condivisibili assunti che sono stati ben evidenziati dal Ministro, bisogna orientare le politiche sanitarie verso l'ottimizzazione delle risorse tenendo ben presente allo stesso tempo che la sanità si occupa del bene più importante e prezioso che abbiamo: la nostra salute è la nostra vita. Troppo spesso si parla solo ed esclusivamente dei costi della sanità, di tagli lineari ed indiscriminati, dimenticando che stiamo parlando di un settore fondamentale che ha la grande responsabilità di garantire non solo un determinato numero di prestazioni sul territorio ma soprattutto la qualità e l'efficacia delle stesse unitamente (e non secondariamente) al rispetto della persona umana e della dignità di ogni singolo individuo. Proprio per questi motivi la qualità delle cure e dei servizi offerti devono sempre essere al centro di ogni attività sanitaria, sia essa pubblica o privata: d'altra parte questo è lo spirito che contraddistingue il Gruppo U.S.I da oltre mezzo secolo perché si è sempre avuta la consapevolezza che non ci può essere cura adeguata senza risorse adeguate sia in termini di personale altamente specializzato che viene impiegato in ogni settore in cui si opera sia in termini di utilizzo delle tecnologie più all'avanguardia. Il paziente è ed è sempre stato al centro del nostro modo di concepire l'intera attività aziendale e quando il Ministro parla del grande progetto che vede: *"la salute come esempio etico di impresa"* non può che trovare tutta la nostra approvazione poiché si tratta da sempre dell'essenza stessa del nostro modo di fare impresa.

Il Ministro ha evidenziato che nei mesi scorsi ha avuto modo di visitare molti centri di eccellenza presenti sul territorio che sono dei veri e propri fiori all'occhiello del nostro Paese. A questo proposito sarei ben lieta di invitare l'On.le Ministro Lorenzin a visitare la Casa di Cura Marco Polo, la clinica oncologica del Gruppo U.S.I. altamente specializzata nella cura contro le neoplasie che ha come *mission* quella di garantire a tutti i pazienti oncologici che si rivolgono ad essa per essere curati, elevatissimi standard di qualità delle cure. Sono convinta che proprio le strutture altamente specializzate devono rappresentare l'esempio da seguire poiché esse possono costituire un traino per l'intero sistema sanitario. La loro attività deve quindi essere tutelata e valorizzata al meglio con politiche sanitarie mirate se si vuole progredire e non regredire, avendo come obiettivo da perseguire il costante miglioramento della qualità delle cure offerte e come fine ultimo la tutela della salute dei cittadini. I freddi dati numerici sulla quantità di posti letto disponibili presso ogni singola struttura sono altra cosa e poco o nulla hanno a che fare con l'idoneità delle cure, l'efficienza, l'efficacia, la qualità delle prestazioni erogate, l'umanità delle cure e l'accessibilità ai servizi per tutti i cittadini. Ne consegue che il mero dato numerico sui posti letto non può assurgere a parametro di valutazione delle prestazioni sanitarie erogate presso un determinato presidio poiché ai fini di una valutazione seria ed obiettiva, è necessario inevitabilmente approfondire tutti i complessi aspetti di ogni singola realtà operativa anche in considerazione, ad esempio, degli strumenti tecnologici che vengono utilizzati e del grado di professionalità e di aggiornamento di tutti gli operatori impiegati.

Concludo ringraziando l'On.le Ministro per l'attenzione che ci ha riservato e per gli apprezzamenti speciali che ha espresso nei confronti del Gruppo U.S.I. e della nostra rivista scientifica Il Caduceo, con l'auspicio ma anche con la ferma convinzione che possa affrontare nel migliore dei modi le impegnative sfide sulla sanità che ci attendono sia in ambito nazionale che comunitario.

Cordialmente,

*Dott.ssa Francesca Barbati*

# il caduceo

Vol.16, n° 2 - 2014



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE  
**F. Barbati**

DIRETTORE SCIENTIFICO  
Co-EDITOR  
**B. Trinti**

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

COORDINAMENTO EDITORIALE  
**S. Trinti**

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
**A. Cecchi**

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

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

FINITO DI STAMPARE NEL MESE  
DI GIUGNO 2014  
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina  
**Arrakeenday**

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

 Associato USPI  
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:  
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma  
Tel. 06.32.868.331  
Fax 06.77.25.04.82  
ilcaduceo@hotmail.com  
[www.usi.it](http://www.usi.it)

  
Unione Sanitaria Internazionale

## SOMMARIO

1. Editoriale del Ministro della Sanità
2. Risposta del Direttore
3. Sommario
4. Istruzioni agli Autori
5. Il Gastropanel: un test di diagnostica gastrica prezioso e poco conosciuto in medicina generale  
*R. De Bastiani, P. Bacchin, M. Bortot, G. Polizzi, E. Benedetto, G. Sanna, C. Nebiacolombo, A. Cuffari, E. Pirrotta, M. Marchionne, F. Chiumeo, F. Di Mario*
7. Il ruolo delle linee guida nella responsabilità professionale medica  
*A. Martini*
10. La ragade anale  
*E. Gentile Warschauer, A. Trecca*
11. Lombosciatalgie: l'importanza della diagnosi  
*B. Partis, G. Midulla, V. Floridi, S. Venuto*
14. Panoramica sul trattamento clinico-diagnostico delle cefalee  
*M. Maiolino*
16. Impatto dei Disturbi del Comportamento sull'autostima di bambini e adolescenti  
*A. Mannino, S. Lauria, A. Fiumara*
21. La diagnostica allergologica molecolare  
*E. Scala*
24. Una gravissima lacuna nella gestione del malato oncologico. Una valida proposta terapeutica  
*S. Amato*
28. Il nuovo codice di Deontologia Medica. La sintesi, punto per punto
36. Non dirmi che hai paura  
*M. Trecca*

# ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

*Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione<sup>[1]</sup>.

## Figure, immagini o foto

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

## Tabelle

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

## Didascalie

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

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

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

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

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

# Il Gastropanel: un test di diagnostica gastrica prezioso e poco conosciuto in medicina generale

*R. De Bastiani\*#, P. Bacchin#, M. Bortot#, G. Polizzi#, E. Benedetto\*, G. Sanna\*, C. Nebiacolombo\*, A. Cuffari#, E. Pirrotta#, M. Marchionne#, F. Chiumeo#, F. Di Mario§*

\*GIGA-CP, #SNAMID, §Reperto di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva O.C. Treviso, Divisione di Gastroenterologia Università di Parma

Nella diagnostica della patologia gastroesofagea in Medicina Generale, la sintomatologia gioca un ruolo limitato, se si esclude quello legato alla Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE) dove la piroisi retrosternale e i rigurgiti acidi sono sufficientemente sensibili per confermare questa affezione, anche con l'utilizzo del PPI test. Nel paziente dispeptico è invece molto difficile identificare la patologia sottostante solo in base ai sintomi e, pur essendo l'incidenza del carcinoma gastrico in netta diminuzione, la preoccupazione di misdiagnosticare questa affezione o le sue condizioni precancerose spinge molti MMG a richiedere una esofagogastroduodenoscopia (EGDS), esame molto utile ma invasivo e non gradito al paziente.

Da alcuni anni è disponibile il Gastropanel: questo test è stato definito "la biopsia sierologica gastrica", una contraddizione in termini, appositamente voluta per sottolineare il suo ruolo nella diagnostica della patologia gastroesofagea. Con un singolo prelievo ematico vengono dosati gli anticorpi anti *Helicobacter Pylori* (Hp) e 3 ormoni gastrici: la gastrina 17 ed i pepsinogeni I e II (PGI e II). La Figura 1 illustra la sede gastrica di produzione di questi ormoni.

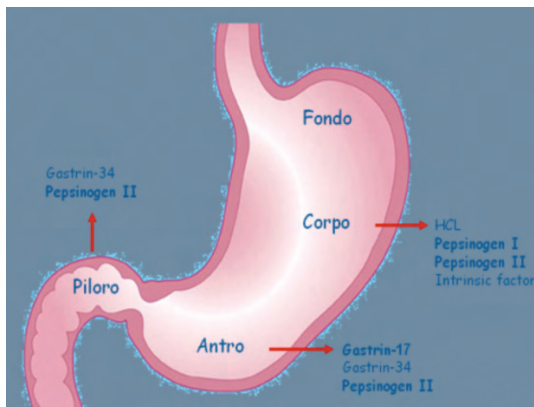


Fig. 1

La cascata di Correa, ormai universalmente accertata, afferma che la progressione del danno gastrico da gastrite cronica superficiale a gastrite cronica atrofica attiva con metaplasia intestinale a displasia è il meccanismo di progressione attraverso cui si instaura il cancro gastrico. L'*Helicobacter pylori*, carcinogeno di 1ª classe, gioca un ruolo spesso fondamentale in questa progressione. La possibilità di diagnosticare un'infezione da Hp in atto con il Gastropanel si basa sull'elevato titolo anticorpale associato ad alto dosaggio di PG II che, essendo marker di flogosi, suggerisce fortemente la possibilità di un'infezione in atto. La progressione della gastrite dall'antro gastrico alla parte alta dello stomaco può comportare un'atrofia gastrica

(condizione precancerosa) che a sua volta si associa alla distruzione delle ghiandole secernenti il pepsinogeno I. Bassi livelli di questo ormone al Gastropanel, inferiori a 25 mcg/L, suggeriscono fortemente la possibilità di un'atrofia gastrica. Molti lavori della letteratura hanno ormai evidenziato questa associazione.

La gastrina 17, prodotta nella parte distale dello stomaco, possiede un meccanismo di feedback negativo con la produzione di acido cloridrico prodotta dalle ghiandole parietali gastriche. In altre parole, tanto più acido viene prodotto dallo stomaco, tanto minori saranno i valori di gastrina dosabili nel sangue con il Gastropanel. Tutto questo può avere un ruolo nella diagnostica della MRGE: valori di Gastrina 17 inferiori a 2 mcg/L, suggeriscono fortemente la possibilità che il paziente sia un iperproduttore di acido cloridrico (HCL). Alcuni studi preliminari avrebbero anche evidenziato come bassi valori di gastrina si correlino maggiormente anche con la presenza di esofagite endoscopica e/o, ancora più interessante, con esofago di Barrett.

Un recente studio multicentrico italiano condotto da GIGA-CP (Associazione Italiana di Gastroenterologia nelle Cure Primarie) in collaborazione con SNAMID (Società di aggiornamento per il Medico di Medicina Generale) e l'Università di Parma su 227 pazienti, ha confermato l'estrema utilità di questo test nel setting della Medicina Generale.

Per ultimo, ma non meno importante, l'adozione del Gastropanel quale test di screening per le patologie gastriche, ha ridotto del 30% le richieste di esofagogastroduodenoscopia da parte dei MMG della provincia di Parma.

In conclusione: il Gastropanel rappresenta un importante test di 1° livello che consente, in Medicina Generale, di avere un'arma supplementare nella diagnostica e nello screening della patologia gastroesofagea. Il suo utilizzo può far diminuire, in maniera significativa, le richieste di EGDS da parte dei MMG con importante risparmio di risorse economiche e di disagi per i pazienti.

## Pericoloso cancellare tatuaggi senza laser

Il ministero vieta prodotto che li rimuove. Si chiama "Skinial" ed è un metodo tedesco di rimozione dei tatuaggi senza uso del laser, ma secondo il pm Raffaele Guariniello è un trattamento pericoloso: ora, grazie ai suoi accertamenti, il Ministero della Salute ha vietato all'azienda che aveva l'esclusiva per commercializzarlo in tutta Italia di poterlo vendere e utilizzare. Il problema principale riguarda il liquido di rimozione del tatuaggio che viene iniettato sotto il derma per sciogliere i pigmenti di colore. Si tratta di acido lattico e secondo il ministero "non può essere commercializzato, perché come riporta il pittogramma della confezione è corrosivo e riporta l'indicazione che causa irritazione alla pelle", un'indicazione dunque che "risulta in netto contrasto ed è incompatibile con l'uso prescritto che consiste nell'inoculare l'acido nel derma provocando un effetto necrotizzante". L'inchiesta era nata da una mail giunta al pm in cui si chiedevano accertamenti sulla "crema miracolosa" per togliere tatuaggio che però poteva causare infezioni. Il consulente della procura ha infatti poi accertato i rischi della sostanza "estremamente irritante per occhi e cute, con un'azione depigmentante che si basa sull'effetto esfoliante accompagnato da intensa irritazione della pelle, un effetto necrotizzante che riguarda qualsiasi cellula cutanea, con il rischio che un'infezione possa degenerare in granulomi epidermici. Inoltre il colorante se non rimosso viene ricompreso nell'epidermide e dunque il tatuaggio non viene affatto tolto".

## Conoscere l'endometriosi per curarla in tempo

L'endometriosi è una patologia cronica di cui soffrono in Italia circa 3 milioni di donne e in Europa 14 milioni. È causa di circa il 30-40% dei casi di infertilità femminile. Purtroppo spesso ci si rivolge al medico quando la sintomatologia è divenuta ormai quasi insostenibile a causa del dolore che provoca. Non sempre è facile diagnosticarla perché i suoi sintomi sono simili a quelli tipici dell'intestino irritabile e dell'infiammazione pelvica. Nelle forme più gravi può diventare invalidante sia fisicamente che psicologicamente con gravi ripercussioni sulla qualità della vita di chi ne è colpito perché compromette non solo la salute sessuale, ma anche la vita sociale e lavorativa (la perdita di produttività lavorativa è circa il 38%). Cosa fare per avere un approccio corretto nei confronti di questa malattia? Nell'ultimo accordo sugli Obiettivi di Piano il Ministero della Salute ha sviluppato una linea progettuale, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, diretta all'implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale, tra le quali anche l'endometriosi. Allo scopo è stata vincolata la somma di 15 milioni di euro per consentire alle Regioni di sviluppare specifici progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita e di salute delle donne affette da questa malattia. Bisogna inoltre prevedere la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte in quanto è una malattia che va riconosciuta e trattata con speciale sensibilità da parte di operatori sanitari adeguatamente formati.

### Consigli utili:

Consulta subito il medico se:

1. Hai dolore nella zona pelvica che non passa
2. Durante o dopo le mestruazioni, ma anche a metà del ciclo mestruale, hai dolore
3. Durante o dopo i rapporti sessuali compare dolore (dispareunia)
4. Hai perdite di sangue intermestruali (spotting)
5. In corrispondenza del ciclo mestruale hai dolore alla defecazione o alla minzione
6. Hai dolore nella regione lombare e/lungo l'arto inferiore
7. Rilevi presenza di sangue nelle feci e/o nelle urine
8. Soffri di diarrea e/o stitichezza
9. Soffri di gonfiore all'addome
10. Soffri di affaticamento cronico
11. Sei poco resistente alle infezioni
12. Hai spesso febbre
13. Hai allergie, disordini autoimmunitari
14. Hai cefalea ricorrente

fonte: **Ministero della Salute**

Fare facilmente ciò che gli altri trovano difficile è talento; fare ciò che è impossibile al talento è genio.

*Henri Amie*

# Il ruolo delle linee guida nella responsabilità professionale medica

Alessandra Martini



## Sommario

Nella difficile era della “medicina difensiva”, la responsabilità professionale del medico è uno degli argomenti più caldi. Le linee guida assumono, in questo contesto, ruoli controversi. Varie sentenze della Cassazione e la recente legge 8 novembre 2012 n. 189 (c.d. Legge Balduzzi) ci confermano come le linee guida rappresentino un importante ausilio scientifico al quale il medico può fare riferimento, non eliminando però in alcun modo la sua autonomia nelle scelte terapeutiche e che il valore attribuito ad esse è puramente orientativo tanto che, anche attenendosi alle linee guida, la colpa grave non può essere esclusa penalmente.

**Parole chiave:** responsabilità professionale, linee guida, colpa.



## Introduzione

Quello della responsabilità professionale è uno dei temi più caldi nella medicina degli ultimi anni in Italia, dove una serrata campagna per la difesa dei diritti del malato in favore di un giusto aumento della consapevolezza individuale ha prodotto, anche a causa di incertezze normative, una crescente pratica della “medicina difensiva”. In questo clima, le linee guida hanno assunto un ruolo particolare trasformandosi da utile risorsa professionale a controverso scudo per giustificare l’operato del medico.

Attraverso riferimenti alla più recente giurisprudenza, questo articolo si propone di fare chiarezza su alcuni punti critici.

## La responsabilità professionale

Essere responsabili significa saper rispondere delle proprie azioni ed omissioni ed è un concetto strettamente legato e conseguente a quello di libertà ed indipendenza.

La professione medica si fonda sulla libertà ed indipendenza di giudizio e di comportamento con il fine ultimo della tutela della salute della persona nel rispetto dei suoi diritti. Il medico nell’esercizio della professione, deve fare affidamento sulle sue doti morali e capacità professionali attenendosi a principi etici di solidarietà umana ed ogni suo atto deve rispondere a criteri di adeguatezza e congruità tenendo sempre ben presente che non ha il diritto ma il dovere di curare nel rispetto del consenso valido della persona assistita e delle norme di legge (art 2, 13 e 32 Cost.; art 50 c.p.; art 5 c.c.).

Giuridicamente il medico è un prestatore di opera intellettuale<sup>[1]</sup> e la sua attività consiste in un’obbligazio-

ne di mezzi e non di risultato data la non esattezza della scienza medica; tuttavia, attualmente, si presentano svariati contenziosi - soprattutto in medicina estetica ed odontoiatria - sull’obbligazione di risultato.

Al medico, dunque, è richiesto di operare con perizia, prudenza e diligenza in coerenza con la posizione di garanzia che ricopre nei confronti del paziente e che lo obbliga a bene operare per raggiungere il miglior risultato possibile, alla luce delle più adeguate conoscenze tecnico scientifiche disponibili.

La censurabilità della condotta professionale è quindi subordinata all’errato ed inescusabile uso dei mezzi di cui il medico dispone<sup>[2]</sup>.

delle quali è necessaria l’iscrizione in appositi albi o elenchi. L’accertamento dei requisiti per l’iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati [alle associazioni professionali], sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge disponga diversamente.

Contro il rifiuto dell’iscrizione o la cancellazione dagli albi o elenchi, e contro i provvedimenti disciplinari che importano la perdita o la sospensione del diritto all’esercizio della professione è ammesso ricorso in via giurisdizionale nei modi e nei termini stabiliti dalle leggi speciali.

*Codice civile - Libro 5 - Del lavoro - Titolo III - Del lavoro autonomo.*

### <sup>2</sup> Art. 43 - Elemento psicologico del reato.

Il delitto:

è doloso, o secondo l’intenzione, quando l’evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell’azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l’esistenza del delitto, è dall’agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;

è preterintenzionale, o oltre l’intenzione, quando dall’azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall’agente;

è colposo, o contro l’intenzione quando l’evento, anche se preveduto, non è voluto dall’agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravven-

<sup>1</sup> Art. 2229 - Esercizio delle professioni intellettuali.

La legge determina le professioni intellettuali per l’esercizio



L'articolo 2236 del codice civile si esprime sulla responsabilità in questo modo: *"Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave"*.

A tal proposito la Cassazione si è espressa individuando la colpa *"nell'errore inesorabile che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter adoperare correttamente ...nell'arte medica l'errore di apprezzamento è sempre possibile, l'esclusione della colpa professionale trova un limite nella condotta del professionista, incompatibile col minimo di cultura ed esperienza che deve legittimamente pretendersi da chi sia abilitato all'esercizio della professione medica"* (Cass.22.11.2011 n. 4391).

### Il ruolo delle linee guida

Uno dei punti critici nell'ambito della responsabilità professionale medica è ricoperto dal ruolo delle "Linee Guida" per troppo tempo rimaste sospese in un alone di ambiguità a causa di incompletezze e vuoti normativi.

Negli ultimi anni la giurisprudenza ha tentato di fare chiarezza sulla questione sottolineando che *"non esenta da responsabilità il fatto che siano state seguite linee guida o siano stati osservati protocolli"* (Cass. 16.03.2010 n. 10454) infatti *"le linee guida non sono - da sole - la soluzione dei problemi... un comportamento non è lecito perché è consentito, ma è consentito perché diligente"* (Cass. 22.11.2011 n. 4391).

Il valore delle linee guida è stato ancor più chiarito da un'altra pronuncia della Suprema Corte *"le linee guida e i protocolli, proprio in ragione delle peculiarità della attività del medico, che sfugge a regole rigorose e predefinite, non possono assumere il rango di fonti di regole cautelari codificate, rientranti nel paradigma normativo dell'articolo 43 c.p. [leggi, regolamenti, ordini o discipline]"*, queste infatti hanno carattere non tassativo e non vincolante non potendo prevalere sulla libertà del medico nelle scelte terapeutiche. (Cass. 19.09.2012 n. 35922).

Le linee guida rappresentano un importante ausilio scientifico al quale il medico può fare riferimento, non

eliminando però in alcun modo, la sua autonomia nelle scelte terapeutiche.

La legge 8 novembre 2012, n. 189 ha riformato la responsabilità professionale medica nel nostro paese, riaffermando la non vincolatività delle linee guida per il medico, depenalizzando però la colpa lieve, in caso di rispetto delle stesse con evidente intenzione di alleggerire il peso di una responsabilità professionale sempre più richiamata nelle aule di tribunale, con conseguente spinta alla pratica della medicina difensiva. L'articolo 3 della legge 8 novembre 2012, n. 189 dispone che *"L'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile<sup>3</sup>. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"*.

Si evince quindi, che il valore attribuito alle linee guida è puramente orientativo tanto che, anche attenendosi ad esse, la colpa grave non può essere esclusa penalmente.

Resta fermo invece l'obbligo civile di risarcire il danno ingiusto a prescindere dalla responsabilità penale con la possibilità però che il giudice possa ridurre il risarcimento nel caso di colpa lieve con osservanza delle linee guida.

Le linee guida possono essere rilevanti ai fini dell'accertamento della responsabilità del medico, ma *"devono indicare standard diagnostico terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e (come detto) non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente(...).Solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico ed attraverso le indicazioni dalle stesse fornite sarà possibile per il giudicante - anche, se necessario, attraverso l'ausilio di consulenze rivolte a verificare eventuali particolarità specifiche del caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico-terapeutico alternativo - individuare eventuali condotte censurabili"* (Cass. 11.03.2013, n. 11493).

Purtroppo il dilagare della cosiddetta "medicina difensiva" ha spinto in molti casi i medici ad agire facendosi scudo delle linee guida operando in modo automatico incastrati in quei dettami procedurali ai quali poi potersi aggrappare per giustificarsi in caso di denunce. Questo di certo non è deontologicamente corretto e comporta un inaridimento della scienza medica che viene forzata in una stretta cornice di scienza

zioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico. *Codice penale* - Libro 1 - Dei reati in generale - Titolo III - Del reato

#### Art. 1176 - Diligenza nell'adempimento.

Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia.

Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

*Codice civile* - Libro 4 - Delle obbligazioni - Titolo I - Delle obbligazioni in generale

#### <sup>3</sup> Art. 2043 - Risarcimento per fatto illecito.

Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

*Codice civile* - Libro 4 - Delle obbligazioni - Titolo IX - Dei fatti illeciti

## Il ruolo delle linee guida nella responsabilità professionale medica

esatta quale non è fino ad un riduzionistico complesso di "istruzioni per l'uso" in cui il medico si trasforma in burocrate.

Le linee guida sono un prezioso ausilio per il medico e possono permettere una massimizzazione dei livelli prestazionali sanitari, ma è fondamentale tener presente che esse costituiscono delle direttive generali studiate per essere valide nella maggior parte dei casi e che il medico nella sua libertà professionale deve saperle adattare con intelligenza alle specifiche situazioni e in alcuni casi deve sapere agire in completa autonomia rispetto alle stesse tenendo conto delle particolarità uniche di ogni caso, ed è qui che la scienza medica si fa arte.

### Bibliografia

1. G.A. Norelli, C. Buccelli, V. Fineschi, *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Piccin Ed., 2009.
2. Cassazione Penale, Sez. IV, Sent. 18.02.2010 n. 10454.
3. Cassazione Penale - Sez. IV, Sent. 22.11.2011 n. 4391.
4. Cassazione Penale - Sez. IV; Sent. 19.09.2012 n. 35922.
5. Cassazione Penale, sez. IV, Sent. 11.03.2013 n. 11493.
6. Legge n. 189, 8 novembre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10.11.12, Supplemento ordinario n. 201).
7. Sergio Beltrani, Responsabilità medica, entro le linee guida non scatta la punibilità per la colpa lieve, Guida al Diritto <http://www.diritto24.ilsole24ore.com/guidaAlDiritto/penale/primiPiani/2013/05/responsabilita-medica-entro-le-linee-guida-non-scatta-la-punibilita-per-la-colpa-lieve.php>.
8. Mauro e Francesco Bilancetti, Responsabilità medica, cosa è cambiato con la legge Balduzzi, Guida al Diritto.
9. <http://www.diritto24.ilsole24ore.com/guidaAlDiritto/civile/civile/primiPiani/2013/09/responsabilita-medica-cosa-e-cambiato-col-dl-balduzzi.php>.

**Dott. Alessandra Martini – medico chirurgo**  
e-mail: [martini\\_alessandra@virgilio.it](mailto:martini_alessandra@virgilio.it)

### Malaria, speranze per un nuovo vaccino da bambini immuni

*Questi bambini sono dotati di anticorpi che bloccano il parassita. Lo studio pubblicato sulla rivista Science*

Il segreto per creare un vaccino efficace contro la malaria potrebbe nascondersi nelle "doti innate" dei bambini per natura immuni alla malattia. Questi ragazzini producono un anticorpo in grado di annientare il parassita. In uno studio, pubblicato sul giornale *Science*, ricercatori Usa hanno dimostrato che quell'anticorpo, iniettato in topi, protegge gli animali dalla malaria.

La ricerca è stata coordinata da Jake Kurtis del Rhode Island Hospital e docente presso la Brown University School of Medicine. Lo studio è partito dall'esame di campioni di sangue di 1000 bambini in Tanzania. Il sei per cento di questi bimbi risultava naturalmente resistente alla malaria, in quanto pur vivendo in zone dove il parassita è diffusissimo, non si ammalava. Gli esperti hanno "passato al setaccio" il sangue dei bimbi e scoperto che, rispetto agli altri bimbi suscettibili alla malattia, quelli immuni presentavano degli anticorpi specifici nel sangue. Andando a studiare in laboratorio gli anticorpi, gli esperti Usa hanno scoperto che tali molecole sono in grado di intrappolare il plasmodio (il parassita malarico) nel sangue prima che esso vada ad attaccare gli organi del corpo, quindi ad uno stadio di sviluppo congeniale alla sua eliminazione.

Il passaggio successivo è stato di usare gli anticorpi su topolini e vedere se divenivano resistenti, quindi immuni, alla malaria. Così è stato: i topolini "vaccinati" con l'anticorpo hanno raddoppiato le chance di sopravvivere all'infezione e presentavano concentrazioni di parassita nel sangue ben 4 volte inferiori a quelle dei topi non trattati. Adesso bisogna compiere studi su scimmie e poi su esseri umani per scoprire la reale portata di questa scoperta, conclude con cautela Kurtis.

Questa malattia è responsabile della morte, ogni anno, di 600.000 persone, soprattutto bambini nell'Africa sub-sahariana. Fonte: *La Repubblica.it*

*Emilio Gentile Warschauer<sup>1,2</sup>, Antonello Trecca<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Chirurgia Generale e d'Urgenza Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli, V. Cassia, 600 - Roma

<sup>2</sup>Endoscopia Digestiva, USI, Via V. Orsini, 18 - Roma

Il dolore anale, attribuito spesso alle emorroidi, risulta non infrequentemente, all'esame del chirurgo, causato dalla presenza di una ragade anale.

Colpisce entrambi i sessi a qualsiasi età, è più frequente tra i 20 ed i 40 anni.

Questa è una lesione tipo "ferita" dell'epitelio mucoso del canale anale, ovvero lo strato a contatto con il passaggio delle feci e, a causa del passaggio del bolo fecale, subisce dilatazione e sfregamento. Insorge frequentemente a seguito di stipsi cronica o diarrea cronica, in gravidanza, etc.

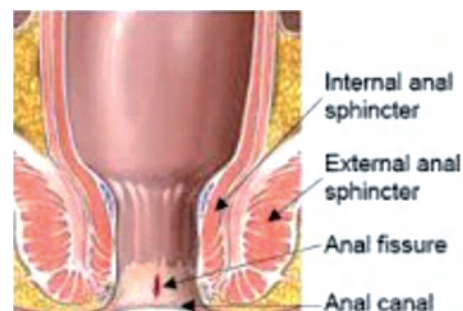
La lesione si presenta quasi sempre sulla linea mediana posteriore; quando ciò non avviene, si potrebbe trattare di un epifenomeno del morbo di Chron, della rettocolite ulcerosa, alcune leucemie, cancro coloretale, AIDS, etc.

Quando non dipendente da altre patologie, la patogenesi è prevalentemente "meccanica", di dilatazione e stiramento della mucosa dovuta al passaggio del bolo fecale associata all'irritazione di quest'ultimo sulla mucosa lesionata, il tutto contrastato da uno sfintere anale, ovvero l'apparato muscolare a forma di anello che controlla la continenza fecale, con atteggiamento ipertonico.

**Diagnosi:** Il paziente affetto dalla ragade avverte dolore più o meno forte dopo l'evacuazione, un fastidio che continua per un lasso di tempo anche lungo, talvolta alcune perdite di gocce di sangue "rosso vivo", attribuito erroneamente alle emorroidi in quanto non infrequentemente sono concomitanti.

L'esame dal chirurgo prevede l'ispezione del canale anale con o senza anoscopio ed eventuale esplorazione rettale manuale; entrambe le manovre possono risultare dolorose e, pertanto, vanno effettuate con delicatezza e collaborazione da parte del paziente, altrimenti può essere necessaria una rettoscopia in sedazione, ma quest'ultima è da limitarsi a casi particolari in quanto suggeriamo l'esplorazione endoscopica contestualmente alla sedazione per l'intervento chirurgico risolutivo della ragade o, se non necessario, rinviare tale controllo dopo la guarigione della stessa. La disepitelizzazione ci appare come una "ferita" che inizia nella maggior parte dei casi nel margine anocutaneo, con cute infiammata (punto "sentinella") e si propaga all'interno del canale anale dove si possono notare le papille anali ipertrofiche.

**Terapia della ragade anale:** Oltre il 50% delle ragadi anali, in particolare quelle acute, tende a guarire in poche settimane con la terapia medica associata ad accorgimenti dietetici. L'approccio deve tendere, oltre ad un'accurata igiene dell'area interessata, a regolarizzare le evacuazioni e renderle "morbide" con l'assunzione di un corretto apporto di fibre nella dieta (almeno 18gr al giorno per gli adulti), blandi lassativi e bere una corretta quantità di acqua giornalmente.



È importante evitare di utilizzare carta igienica estremamente morbida ed effettuare i semicupi con acqua tiepida al fine di rilassare la muscolatura anale.

Si associano pomate locali contenenti emollienti, anestetici in quantità modiche (lidocaina) e trofici della mucosa. L'utilizzo dei dilatatori anali ottiene discreti, talvolta buoni, risultati, ma richiede un corretto utilizzo nel tempo, purtroppo spesso rifiutato dal paziente. Negli ultimi 15 anni ottimi risultati si sono avuti con pomate a base di calcioantagonisti, come *diltiazem* e *nifedipina* utilizzati in medicina come anti-ipertensivi, che hanno un effetto di rilassamento dello sfintere muscolare anale; per tale scopo è in commercio anche la nitroglicerina con buoni risultati, ma entrambi questi trattamenti medici hanno alcuni effetti secondari come l'emicrania, bruciore locale, nausea ed hanno diverse controindicazioni.

La tossina botulinica viene utilizzata recentemente per infiltrazione locale, ha forte effetto miorilassante. I suoi effetti nel lungo termine ancora non sono riportati: la maggior parte dei pazienti trattati ritorna allo stato iniziale dopo 2/3 anni.

L'intervento chirurgico si propone di repertare lo sfintere interno a muscolatura liscia e sezionarne almeno un 30% del suo spessore per ridurne il tono, con e senza rimuovere la mucosa interessata dalla ragade perché guarirà da sola avendo rimosso la causa (Sfinterotomia interna laterale). Nel post-operatorio il paziente sarà oggetto di incontinenza ai gas e feci che regredisce in poco tempo, raramente diviene permanente. Nell'età pediatrica, per contro, è indicata la rimozione della ragade e non la sfinterotomia che, eseguita in giovane età, può provocare incontinenza permanente.

Nelle recidive frequenti, è possibile associare alle predette tecniche, la "traslazione" di un lembo di mucosa integra.

**Non c'è mai una seconda occasione per fare una buona impressione la prima volta.**

*Oscar Wilde*

# Lombosciatalgie: l'importanza della diagnosi

Barbara Partis<sup>1</sup>, Gianluca Midulla<sup>2</sup>, Valentina Floridi<sup>2</sup>, Saverio Venuto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medico omeopata, specialista in terapia manuale

<sup>2</sup>Fisioterapista - Reparto FKT - Machiavelli Medical House, Gruppo USI

## Introduzione

Le lombalgie, le lombosciatalgie e le lombocruralgie sono ormai diventati un problema importante perché circa l'80% della popolazione nel corso della propria vita subirà un episodio disabilitante di "mal di schiena". È molto difficile fare una classificazione generale che valga per tutti, perché, essendo una problematica multifattoriale (che interessa anche la regione sacro-iliaca, le anche, il rachide dorsale e il piede), ci sarà un quadro differente per ogni singolo paziente, quindi è molto importante un'accurata diagnosi differenziale. Il rachide lombare e le articolazioni sacroiliache sono strutture anatomiche strettamente interdipendenti dal punto di vista sia anatomico che funzionale.

La loro principale funzione è quella di sorreggere il corpo e di trasmettere le sollecitazioni della forza peso alla pelvi e agli arti inferiori; inoltre queste strutture ricevono delle forze dal basso trasferite dagli arti inferiori ogni qual volta i talloni poggiano al suolo.

Proprio per questa complessa e straordinaria interconnessione che c'è tra le varie strutture del nostro corpo è estremamente importante capire quale sia la reale causa scatenante la patologia, che sarà diversa da paziente a paziente. Anche un semplice sbilanciamento del bacino, se trascurato, può andare a gravare sull'anca recando dolore anche sull'arto inferiore provocando sintomi simili alla lombosciatalgia e potrà indurre l'individuo a credere che sia un problema dovuto all'anca e che potrà portarlo anche a fare l'intervento di protesi senza però portare risultati perché la causa di quel dolore in quel paziente è di altro origine.

## Cosa sono le lombosciatalgie?

Definiamo lombosciatalgia dolore nella zona bassa lombare, lumbosacrale o sacroiliaca, eventualmente irradiato ad uno o ad entrambi i glutei o le gambe nel territorio di distribuzione del nervo sciatico (sciatica). La lombalgia può risolversi da sola o raramente progredire in forme persistenti o croniche. La forma acuta, normalmente correlata ad eventi traumatici antecedenti, raramente richiede l'esecuzione di test diagnostici; basta un'accurata e scrupolosa visita medica. Nella forma cronica invece può riconoscere cause multifattoriali che necessitano di un'accurata diagnosi differenziale: patologie degenerative, spondilolistesi, lesioni del disco intervertebrale, fratture vertebrali, tumori. A volte però può instaurarsi una rigidità del rachide lombare, con netta limitazione di qualsiasi movimento del tronco con notevole contrattura muscolare, che si rende evidente anche alla ispezione per la salienza delle masse paravertebrali sulla parete lombare, per l'appiattimento della fisiologica lordosi, per l'atteggiamento scoliotico ed in flessione anteriore mantenuto dal paziente nella stazione eretta. Perifericamente il paziente presenta un'irradiazione dolorosa lungo il dermatomero (il **dermatomero** è la regione cutanea innervata da una singola radice spinale posteriore) (radice sensitiva) corrispondente alla radice interessata (fig. 1)

La lombosciatalgia si presenta quasi sempre su un solo arto, sono rarissimi i casi in cui è bilaterale. I dischi intervertebrali più colpiti sono tra L5-S1 e tra L4-L5, ovvero tra la quinta vertebra lombare e la prima sacrale e tra la quarta e la quinta vertebra lombare. È più

raro incontrare un'ernia ai livelli superiori a L4, in quel caso invece di provocare una lombosciatalgia, si sentono i sintomi di una lombocruralgia, cioè dolore a livello inguinale e nella parte anteriore interna della coscia fino al ginocchio senza arrivare al piede, lungo il decorso del nervo crurale.

La **gravidanza** aumenta il carico sulla colonna vertebrale, questo può causare una pressione eccessiva per il disco intervertebrale e con dei movimenti in flessione si può (arrivare a) fratturare il disco intervertebrale. Quando ci si flette in avanti senza piegare le ginocchia, il peso che si scarica sulle vertebre aumenta fino al 600%, le vertebre si avvicinano anteriormente e si allontanano posteriormente spingendo indietro il disco intervertebrale.

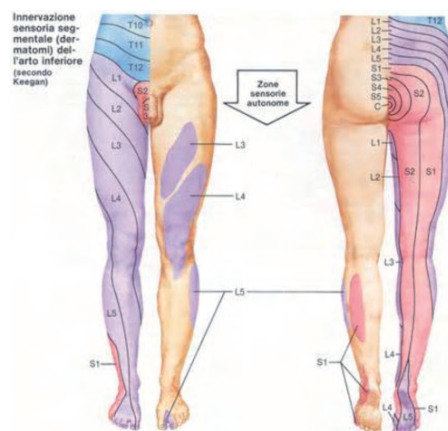


Fig. 1 - Dermatomero.

Una delle cause più frequenti di ernia del disco è il **sollevamento di un peso** da terra con gli arti inferiori distesi. Anche la **cattiva postura** a sedere con la colonna inarcata in avanti e le gambe accavallate, può provocare questa nevralgia.

## Diagnosi

Se non c'è l'indicazione chirurgica, il paziente deve recarsi dal fisiatra o dall'ortopedico per impostare un trattamento conservativo. Un'anamnesi accurata e un esame clinico sono i primi passi per la diagnosi. Un'ernia del disco al livello L5-S1 può causare difficoltà di premere verso il basso il piede e una diminuita sensibilità lungo la sua parte esterna. In entrambi i casi, si può avere dolore quando la gamba è alzata mentre il paziente è disteso: *segno di Lasègues*. (Fig. 2)

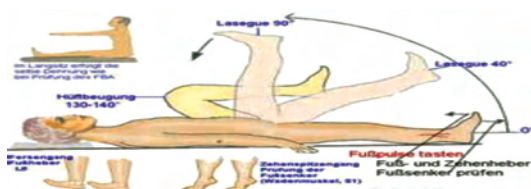


Fig. 2 - Segno di Lasègues.

Nell'assenza delle indicazioni per interventi d'urgenza (perdita di forza, problemi urinari), studi d'immagini sono probabilmente necessari dopo un periodo ragionevole di gestione con la terapia fisica e farmacologica. Se i sintomi persistono una RMN/TC (fig. 3) sono i migliori test diagnostici. Quando la RMN non risulta essere dirimente, per discrepanza tra immagini e sintomatologia, possono essere effettuati il pielo-gramma, o l'elettromiografia (EMG) e i potenziali evocati somato-sensoriali (PESS) che possono essere usa-



Fig. 3 - RMN/TC Colonna.

ti per distinguere quale tra le due possibili radici del nervo è coinvolta.

La diagnosi differenziale è di fondamentale importanza, infatti capita spesso di imbattersi in pazienti con dolore aspecifico che parte dal *gluteo* e si irradia verticalmente nell'area *postero-laterale della coscia* fino al ginocchio; in questo caso non si tratta di lombosciatalgia, ma di sindrome del *muscolo piriforme* e dei rotatori esterni dell'anca (che provocano dolore diffuso); in questi soggetti, il test del nervo sciatico (test di Lasègue) è negativo. Oltre a quest'area, il dolore può spostarsi nell'inguine, nella zona anteriore e interna della coscia o verticalmente fino alla gamba, interessando gli antagonisti del piriforme (e degli extrarotatori del ginocchio), cioè i rotatori interni. La lombosciatalgia, conosciuta anche come "sciatica", deve dare sintomi in una determinata regione della lombare e degli arti inferiori.

## Terapia

Non esistono delle *linee guida* per curare la lombosciatalgia, prima di tutto è di fondamentale importanza un'accurata diagnosi: poi si possono attuare diverse terapie a secondo della problematica e seguendo una scala graduale di invasività:

**Terapia non interventistica:** riabilitazione posturale, esercizi di stretching specifici, biofeedback, agopuntura, terapia farmacologica (antinfiammatori non steroidei (FANS), paracetamolo, rilassanti muscolari, oppioidi, antidepressivi, cambio della abitudini di vita e sul lavoro, ecc.

**Terapia interventistica:** infiltrazioni epidurali mirate sotto guida radiologica, infiltrazioni e/o denervazione delle faccette articolari, neurostimolazione midollare, discolisi con ozono, decompressione discale, coablazione discale, iniezioni intradiscale di cellule staminali e/o fattori di crescita.

**Terapia chirurgica:** decompressione e/o laminectomia ed eventuale stabilizzazione vertebrale.

Per quanto riguarda la terapia non interventistica, la fisioterapia agisce con ottimi risultati andando in primis a decontratturare i muscoli colpiti, il dolore e in un secondo momento a stabilizzare e correggere eventuali atteggiamenti e/o abitudini errate.

La Tecar è il più usato ed efficace, anche il laser e i massaggi mirano appunto a diminuire l'intensità dei sintomi. Per prevenire le recidive ed eliminare posture/atteggiamenti scorretti la terapia migliore è la ginnastica posturale, lo stretching, la rieducazione motoria e l'osteopatia, tramite i quali ridiamo al paziente una postura corretta e fisiologica.

Per ottenere una diminuzione del dolore e per vie riflesse delle contratture soprattutto quando ci sono controindicazioni ai mezzi fisici, come ad esempio tumori, pacemaker, può essere efficace l'agopuntura associata o meno all'omeopatia.

La terapia omeopatica, che si basa sulla stimolazione della Forza Vitale (energia che permea tutti gli organismi viventi) da parte di sostanze reperibili in natura; il

## Lombosciatalgie: l'importanza della diagnosi

fenomeno si realizza su un piano strettamente energetico e non secondo leggi chimico-fisiche. In omeopatia la sostanza somministrata (rimedio) per ottenere l'effetto desiderato deve rispondere a due requisiti fondamentali: avere una diluizione infinitesimale ed essere selezionata secondo il criterio di similitudine con i sintomi del paziente. L'evento terapeutico omeopatico non dipende pertanto da fenomeni farmacologici legati ad un effetto quantitativo, ma da fenomeni più indefiniti e immateriali. Lo scopo finale di questa terapia è la stimolazione delle energie dell'organismo turbate dalla noxa patogena affinché questo ritrovi da solo l'equilibrio precedente per eliminarla naturalmente.

Anche l'agopuntura è molto efficace nel trattamento delle lombosciatalgie, essa mira a localizzare la sintomatologia dolorosa ed eventuali irradiazioni. Importante è la variazione del dolore in rapporto al calore: se si aggrava è una forma Yang (vuoto di energia), se migliora con il movimento (dopo iniziale peggioramento) è una forma Yin (pieno di energia).

Questo primo esame ci permette di valutare il programma di agopuntura e il tipo di aghi da usare.

In seguito l'accurata ricerca dei punti locali sensibili (nei paravertebrali, sulle epifisi spinose, sulle sacroiliache) ci aiuta a scegliere i meridiani da trattare con gli aghi (sottili e metallici) che sono indolori e che variano in base alla necessità di una dispersione o un aumento di energia che circola nei meridiani (canali immagina-

ri) in cui circola per tutto il corpo l'energia vitale. La scelta del rimedio segue ad una accurata anamnesi, che prende in considerazione il paziente in una visione globale sia dal punto di vista costituzionale che psicosomatico. La valutazione di tali aspetti da parte del medico omeopata è necessaria per la scelta della opportuna diluizione e durata della terapia.

Con l'agopuntura e l'omeopatia si riesce efficacemente a diminuire il dolore così da poter poi attuare le tecniche terapeutiche fisioterapiche.

### Bibliografia

1. Saal JA. *Natural history and nonoperative treatment of lumbar disc herniation*. Spine 1996; 21 (24 Suppl): 2S-9S.
2. Vucetic N, Svensson O. *Physical signs in lumbar disc hernia*. Clin Orthop Relat Res 1996; 333: 192-201.
3. Stankovic R, Johnell O, Maly P, Willner S. *"Use of lumbar extension, slump test, physical and neurological examination in the evaluation of patients with suspected herniated nucleus pulposus. A prospective clinical study"*. Man Ther 1999; 4: 25-32.
4. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ *Traction for low-back pain with or without sciatica*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 19; 8.
5. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. *Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2).

### Riattivato gene sentinella contro leucemie e linfomi

Un brevetto Italia-Usa contro i tumori del sangue. Ricercatori dell'Irccs San Raffaele di Milano e del Dana-Farber Cancer Institute americano hanno scoperto come riattivare un gene sentinella che ha il compito di spingere al suicidio le cellule "impazzite" all'origine di leucemie, linfomi e mielomi. Lo studio, finanziato dall'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) con i fondi del 5xmille e da Fondazione Cariplo, è pubblicato su "Nature Medicine". A coordinare il lavoro Giovanni Tonon, capo dell'Unità di genomica funzionale del San Raffaele e docente all'università Vita-Salute San Raffaele, e Kenneth C. Anderson del Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston.

Le cellule tumorali - spiegano gli studiosi - presentano una crescita tumultuosa e di conseguenza accumulano danni al Dna che, in una cellula sana, indurrebbero a morte cellulare programmata (apoptosi). In caso di tumori del sangue questo non avviene e ora gli scienziati hanno scoperto perché: le cellule tumorali ematologiche "spengono" un gene sentinella (YAP 1) che ha il compito di riconoscere la cellula impazzita e portarla all'apoptosi. I ricercatori hanno poi identificato la proteina (STK4) che spegne YAP 1, e hanno dimostrato che inattivandola si riescono a ripristinare i livelli di YAP1 inducendo la morte delle cellule malate. Il meccanismo è oggetto di un brevetto di cui sono co-titolari Fondazione San Raffaele e Dana-Farber Cancer Institute.

"Questo lavoro - spiega Tonon - apre la strada allo studio di terapie che possano, spegnendo l'attività di STK4, riattivare il ruolo fondamentale del gene sentinella che induce la morte delle cellule tumorali ematologiche, sfruttando un tallone d'Achille dei tumori. È il risultato del lavoro di un'equipe di scienziati e in particolare di una ricercatrice e medico di grande talento e dedizione, Francesca Cottini". "Il sogno di ogni medico scienziato è dare un contributo scientifico che possa migliorare le aspettative e la qualità di vita dei pazienti - afferma la scienziata, prima autrice dello studio e physician scientist al San Raffaele e alla Harvard Medical School - In questi anni ho studiato e identificato un meccanismo molecolare che il mieloma utilizza per evitare la morte cellulare e continuare a proliferare nonostante la presenza di danni al Dna. Con nostra sorpresa questo meccanismo è in uso in molte patologie proliferative del sangue e aprirà la possibilità di sviluppare nuovi target terapeutici. Penso che la ricerca di base sia la sola risposta possibile per sviluppare la conoscenza necessaria a individuare nuovi target e nuovi farmaci." "Questi studi - commenta Anderson - evolvono da una collaborazione di lunga data tra i laboratori di Giovanni Tonon e il mio sulla oncogenomica dei tumori del sangue. In particolare, questi risultati definiscono un nuovo potenziale paradigma terapeutico per tumori ematologici ad alto rischio, refrattari alle terapie convenzionali". (*Adnkronos Salute*)

# Panoramica sul trattamento clinico-diagnostico delle cefalee

**Massimo Maiolino**

Specialista in Neurologia. Centro per lo Studio e la Terapia delle Cefalee  
U.S.I. - Via Virginio Orsini, 18

La *cefalea*, più comunemente il "*mal di testa*", è sicuramente una delle cause più frequenti di assunzione di un farmaco, di ricorso all'intervento medico, di assenza dal luogo di lavoro o comunque di riduzione della capacità lavorativa.

Si calcola che, mediamente, nell'arco di un anno, tra la popolazione generale, più del 60% degli individui abbia almeno un attacco di cefalea e, difficilmente, si potrebbe incontrare una persona che, nell'arco della sua vita, non abbia sofferto almeno una volta di questo disturbo.

Questa patologia, proprio per la sua frequenza e diffusione, è spesso sottovalutata e trascurata sia dalla gente che circonda chi ne è afflitto sia, troppo spesso, anche dai clinici. La persona affetta da cefalea si trova pertanto spesso da sola a lottare contro un disturbo che gli "altri" non vedono, non capiscono ed a volte addirittura non credono! Tutto ciò può portare il cefalalgico a trascurare la propria situazione clinica, ritardando una *diagnosi precisa*, aumentando il rischio di isolamento, alterazioni del tono dell'umore, assunzione scorretta, fino all'abuso, di farmaci analgesici.

*Tutte le età* ed i due sessi possono esserne afflitti, anche se specifiche forme sembrano colpire con maggior frequenza uno o l'altro (ad esempio l'emicrania le donne e la cefalea a grappolo gli uomini).

La *cefalea* può essere sia un *sintomo* di uno svariato numero di patologie, le più diverse tra loro, sia essa stessa *malattia*.

Tale disturbo può essere *saltuario*, avere una frequenza variabile, periodico od essere in alcuni casi addirittura *quotidiano*, raggiungendo uno stato di vera e propria cronicità.

Alcune forme possono essere così frequenti o raggiungere una tale intensità del dolore da risultare *fortemente invalidanti* per tutte le attività della vita quotidiana. Un esempio su tutti, la cefalea a grappolo, caratteristica per la violenza e la periodicità puntuale, veniva anche chiamata "*la cefalea del suicidio*", per le estreme conseguenze a cui giungevano alcuni dei pazienti che ne erano afflitti, in un'epoca in cui non si conosceva alcun rimedio per questa affezione.

Spesso il "*mal di testa*" non è l'unico sintomo di quella che, a volte, è una vera *sindrome*. Vertigini, nausea, vomito, ansia, disturbi della vista, alterazioni della sensibilità od addirittura motorie ed altro, possono essere segni e sintomi che precedono, accompagnano o seguono il dolore vero e proprio.

In alcuni casi, le cure stesse per il dolore (frequentemente, un *uso indiscriminato od eccessivo di analgesici*) possono portare ad un aggravamento e/o cronicizzazione della sintomatologia.

La cefalea *non* è una unica entità nosologica, ovvero *una sola malattia* (cefalea, emicrania, nevralgia, non sono la stessa cosa!), ma una articolata varietà di tipi e sottotipi che ne rende complessa addirittura la catalogazione, come si evince dalla seguente classificazione ufficiale internazionale (International Headache Society 2013), limitata ai soli gruppi principali:



## Cefalee primarie

1. Emicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalea a grappolo ed altre cefalalgie autonome - trigeminali
4. Altre cefalee primarie

## Cefalee secondarie

5. Cefalea attribuita a trauma cranico e/o cervicale
6. Cefalea attribuita a disturbi vascolari cranici o cervicali
7. Cefalea attribuita a disturbi intracranici non vascolari
8. Cefalea attribuita all'uso di una sostanza o alla sua sospensione
9. Cefalea attribuita a infezione
10. Cefalea attribuita a disturbi dell'omeostasi
11. Cefalea o dolori facciali attribuiti a disturbi di cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche
12. Cefalea attribuita a disturbo psichiatrico

## Nevralgie craniche e dolori facciali centrali o primari e altre cefalee

13. Nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale
14. Altre cefalee, nevralgie craniche e dolori facciali di origine centrale o primari

La diagnosi ed il trattamento di una così complessa varietà di tipi di cefalea, che in comune hanno solo il *dolore* localizzato nella testa e, nemmeno quello uguale in *forma* (oppressivo, battente, urente, a scossa elettrica...), *distribuzione* (perioculare, frontale, nucale, emilaterale...), *intensità*, *frequenza* e, soprattutto, *origine e meccanismo* fisiologico di sviluppo (vascolare, infiammatorio, compressivo...), necessitano di una



## Panoramica sul trattamento clinico-diagnostico delle cefalee

approfondita anamnesi, di un accurato esame clinico neurologico, dell'utilizzo di esami strumentali (TC o RM cerebrali, su tutti) ed a volte anche di approfondimenti in altre branche cliniche (oculistica, cardiologia, ortopedia, psicologia, ecc.).

La diagnosi il più possibile precisa, la necessità di richiedere i giusti esami strumentali, evitando sia perdite di tempo che sprechi di denaro, il bisogno di una *corretta scelta dei farmaci*, combattendo specialmente *pericolose auto-somministrazioni*, il rischio di abuso e nocivi effetti collaterali, soprattutto in presenza di altre patologie concomitanti, richiedono, pertanto, una *specifica esperienza nel campo*, che non è propria del sanitario non specializzato in questo particolare settore.

### Iter Diagnostico/Terapeutico

- Colloquio con lo specialista neurologo, e raccolta anamnestica (storia clinica del paziente ed evoluzione del disturbo cefalalgico).

- Esame obiettivo neurologico.
- Presentazione od inizio della raccolta, scritta, dei dati relativi al dolore ed agli eventuali sintomi correlati su apposito diario.
- Richiesta, eventuale, di esami strumentali e laboratoristici (un esame per immagini dell'encefalo, TC o RM, è quasi sempre prescritto) o di videat specialistici diversi.
- Prescrizione, eventuale, di una terapia farmacologica (a seconda dei casi sintomatica, profilattica od ambedue) od ulteriori trattamenti non farmacologici (fisioterapia, terapia psicologica, ecc.).
- Pianificazione dei successivi controlli medici per la valutazione del decorso clinico.

Il dolore cefalalgico è un disturbo che grava pesantemente sulla *qualità di vita* di chi ne è colpito ma anche, direttamente ed indirettamente, sulla società che lo circonda.

### Dieta futura mamma influenza rischio parto prematuro

Le donne in "dolce attesa" che seguono una dieta ricca di verdura, frutta, cereali integrali e bevono molta acqua hanno un rischio significativamente ridotto di andare incontro a un parto pretermine. Lo suggerisce uno studio pubblicato su "Bmj.com". Il parto pretermine, cioè prima della 37esima settimana di gravidanza, è associato a significativi problemi di salute a breve e lungo termine e causa quasi il 75% di tutte le morti neonatali. Finora si pensava che le abitudini alimentari della madre non potessero avere un'influenza diretta su questo fenomeno, ma i ricercatori svedesi, norvegesi e islandesi guidati dal Sahlgrenska University Hospital di Gothenburg hanno voluto approfondire la questione. Utilizzando i dati provenienti dal Norwegian Mother and Child Cohort Study, hanno analizzato le nascite pretermine avvenute tra 66.000 donne tra il 2002 e il 2008. Per essere incluse, le partecipanti dovevano essere non affette da diabete, aver partorito un solo bambino e aver compilato un questionario sulle abitudini alimentari durante i primi 4-5 mesi di gravidanza. Sono stati infine presi in considerazione fattori in grado di influenzare i risultati, come l'età della madre, un caso pregresso di parto pretermine e il grado di istruzione. I ricercatori hanno identificato tre modelli alimentari distinti, definiti come "prudente" (verdure, frutta, olio, acqua come bevanda, cereali integrali, pollame, pane ricco di fibre), "occidentale" (snack salati e dolci, pane bianco, prodotti lavorati a base di carne) e "tradizionale" (patate, pesce, verdure cotte, latte a basso contenuto di grassi). Tra le 66.000 donne in gravidanza, il parto pretermine si è verificato in 3.505 casi, il 5,3%. Il team ha scoperto che la dieta "prudente" è associata a un rischio significativamente ridotto di parto pretermine, soprattutto tra le donne che hanno il loro primo bambino. Gli autori sottolineano che "non è possibile concludere che esiste un collegamento diretto" fra dieta e rischio di parto pretermine, ma i risultati suggeriscono che va data la giusta attenzione all'alimentazione materna sotto questo punto di vista. (*Adnkronos Salute*)



# Impatto dei Disturbi del Comportamento sull'autostima di bambini e adolescenti

Annamaria Mannino, Sabina Lauria, Agata Fiumara

Scuola di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile. Università di Catania

## Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività/Impulsività è uno dei principali problemi comportamentali della dimensione infantile moderna. Può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, coinvolgendo e compromettendo numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, predisponendolo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale (*Conferenza Nazionale di Consenso, 2003*).

Nel 1902 George Still pubblicò sulla rivista scientifica "*Lancet*" un articolo in cui descriveva una cinquantina di piccoli pazienti caratterizzati da "eccessiva vivacità e difettoso controllo morale"<sup>[1]</sup>. Dopo anni di ricerche, nel 1980 il DSM, Manuale psicodiagnostico dell'Associazione degli Psichiatri Americani, definisce una nuova entità nosografica e introduce il termine di *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*<sup>[2]</sup>. Nell'infanzia l'ADHD può essere associato ad una serie di problematiche tra cui difficoltà scolastiche e di socializzazione, disordini emotivi, conflitti familiari, che possono peggiorare in età adolescenziale, quando aumentano le aspettative sulle performance. I disturbi emotivi comprendono depressione, ansia e bassa autostima. In particolare, quest'ultima è alimentata da pensieri negativi e convinzioni autodistruttive determinate sia dai numerosi insuccessi scolastici e sociali accumulati, che dalle accuse di essere bambini pigri, stupidi e inaffidabili. Le inadeguatezze che i bambini con ADHD spesso manifestano nell'ambito delle abilità sociali possono, inoltre, determinare rifiuto nei loro confronti da parte dei coetanei. Questo dipende soprattutto dall'irruenza con cui tendono a relazionarsi con gli altri e dal fatto che trovano particolarmente difficile rispettare i confini personali dell'altro. Le critiche e il rifiuto che essi ricevono finiscono per indebolire sempre più la fiducia in se stessi e il senso del loro valore personale. Qualora queste problematiche non ricevano la giusta attenzione da parte del clinico, depressione secondaria o ansia sociale possono compromettere il quadro clinico e l'efficacia dell'intervento terapeutico.

## Che cos'è l'ADHD?

Il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD) è caratterizzato da due gruppi di sintomi o *dimensioni psicopatologiche* definibili come inattenzione e iperattività/impulsività; si manifesta in diversi contesti (casa, scuola, lavoro) assumendo carattere di pervasività e determina una significativa compromissione funzionale.

Il bambino con disattenzione mostra scarsa cura per i dettagli, commette facilmente errori di distrazione, sembra non ascoltare quando si parla direttamente, non segue le istruzioni e non porta a termine le consegne, può passare facilmente da un'attività all'altra, è facilmente distratto da stimoli irrilevanti, è smemorato nelle routine quotidiane.

L'iperattività si manifesta con l'irrequietezza: questi bambini vengono riferiti "come mossi da un motorino", in classe si alzano dalla propria sedia, corrono eccessivamente o si arrampicano in contesti in cui farlo è inappropriato, hanno difficoltà ad impegnarsi in attività tranquille, parlano eccessivamente.

L'impulsività appare come una inabilità a controllare la risposta ad un impulso sia esso appropriato o inappropriato. I bambini manifestano, infatti, impazienza, hanno difficoltà ad aspettare il proprio turno, tendono a rispondere prima che la domanda sia completa-

ta, interrompono o si intromettono nelle conversazioni altrui.

*"La distraibilità, la disorganizzazione, i problemi con i coetanei, l'apparente inabilità nel pianificare e nell'anticipare le conseguenze delle proprie azioni dipende dal fondamentale problema di non essere in grado di aspettare"* (Gordon, 1995).

Nei bambini con ADHD, proprio in virtù delle caratteristiche comportamentali, può generarsi scarsa autostima, errato concetto di sé e tendenza all'isolamento: infatti, impulsività ed iperattività li "tagliano fuori" dai rapporti con i coetanei, le difficoltà di attenzione compromettono l'apprendimento non soltanto scolastico ma anche dei ruoli e delle regole sociali. Il bambino sperimenta dolorosamente la sua incapacità relazionale con i coetanei e con gli adulti (familiari e insegnanti che non riescono a gestirlo) cui seguono sentimenti di inadeguatezza e tristezza che se non individuati precocemente possono esitare in disturbi di tipo ansioso-depressivi.

## Il Concetto di Autostima

Una delle prime definizioni di autostima è quella data da James (1890) secondo il quale una persona sperimenterà un livello di autostima tanto più basso

## Impatto dei Disturbi del Comportamento sull'autostima di bambini e adolescenti

quanto il sé percepito sarà lontano dal livello del sé ideale<sup>[3]</sup>.

L'autostima si sviluppa precocemente sin dall'infanzia e si struttura durante l'arco della vita; non è un tratto irreversibile della personalità, ma cambia a seguito dei mutamenti personali e al vissuto di ognuno. È importante sottolineare che "il sentimento di autostima non è innato: lo si impara in famiglia, nella scuola, nella società in genere. Dipende dai messaggi che un bambino riceve, se egli si sente accettato e prezioso" (Satir, 1972<sup>[4]</sup>).

Secondo la definizione di Bracken (1993), "l'autostima è uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito ai diversi contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati, influenza i suoi comportamenti attuali e predice quelli futuri"<sup>[5]</sup>.

Non si può affermare che un'alta autostima determini una buona performance o, al contrario, che una buona performance determini un'alta autostima, ma di sicuro l'impressione sulla propria performance influenza le proprie autovalutazioni ed allo stesso tempo le convinzioni che un individuo ha di sé, le quali hanno un forte impatto sull'efficacia della sua prestazione.

Le persone con bassa autostima si trovano nella situazione opposta: prima di ogni prova, si sentono ansiose e preoccupate, hanno molti dubbi sull'esito dei loro sforzi, non hanno fiducia nelle loro capacità; l'esperienza passata non suggerisce loro pronostici favorevoli e quindi immaginano già il momento in cui dovranno confrontarsi con l'ennesimo fallimento. Spesso risultano sopraffatte dall'ansia se i primi tentativi sono inefficaci e perdono la motivazione a persistere e perseverare nei loro sforzi.

### Autostima in ADHD

Harter (1985), psicologa dello sviluppo, si è occupata dello sviluppo dell'autostima durante l'infanzia e l'adolescenza ed ha identificato e descritto tre componenti di ciò che ha definito come "sistema del sé":

- concetto di sé
- autocontrollo
- autostima

La capacità di autocontrollo è strettamente collegata all'autostima, poiché il bambino capace di governare le proprie attività ed espressioni emozionali può sentirsi "competente"; un bambino che riesce a rendere il proprio comportamento socialmente accettabile ed adeguato avrà maggiori probabilità di ricevere approvazione e considerazione positiva dagli altri<sup>[6]</sup>. In generale nei bambini con ADHD tutte e tre le componenti descritte da Harter sono più basse rispetto ai coetanei<sup>[7, 8]</sup>.

Secondo Kanfer (1970) il processo di autocontrollo sembra articolarsi in tre fasi:

- l'automonitoraggio: essere osservatori delle proprie azioni

- l'autovalutazione: sapere se un dato comportamento è o non è accettabile
- l'autorinforzo: ricompensare se stessi per aver tenuto un comportamento accettabile

I bambini, in età differenti, saranno in grado di eseguire ciascuno di questi compiti in modo più o meno efficace<sup>[9]</sup>.

Il bambino con ADHD non riesce a regolare il livello di motivazione, la fiducia nell'impegno e nel suo sforzo: egli sviluppa scarsa opinione di sé ed una bassa autostima a seguito delle ripetute esperienze di insuccesso e alla sua difficoltà di valutare i propri risultati in base allo sforzo compiuto. Secondo quanto riporta Vio "alcuni bambini ADHD hanno un livello di autostima molto fluttuante: possono dire di essere dei veri campioni in una cosa che riesce loro bene, mentre affermano di essere del tutto incapaci e di non saper fare niente non appena incontrano una difficoltà"<sup>[10]</sup>. Tuttavia non è inusuale incontrare ragazzi con ADHD che invece sopravvalutino le proprie capacità, in contrasto con quanto riportato dai genitori, parenti e insegnanti (Hoza)<sup>[11, 12]</sup>. È verosimile però che l'effetto cumulativo di anni di scarsa autostima e percezione negativa di sé può avere conseguenze significative sulla vita<sup>[13]</sup>.

Jennifer J. Treuting e Stephen P. Hinshaw hanno mostrato una relazione esistente tra la sindrome ADHD e un basso livello di autostima. Inoltre, lo studio ha riportato valori significativamente più bassi nei ragazzi aggressivi con ADHD rispetto ai soggetti con ADHD non aggressivi e rispetto al gruppo di controllo<sup>[14]</sup>.

Un altro studio del 1995 si è soffermato sulla relazione tra il livello di autostima e l'eventuale compromissione funzionale del comportamento nell'adolescenza. Anche in questo caso si è evidenziata una relazione positiva tra iperattività e bassi livelli di autostima<sup>[15]</sup>.

### Autostima in ADHD e Comorbidità

La bassa autostima ha un ruolo importante nel mediare la comorbidità con depressione, difficoltà relazionali e devianza sociale<sup>[14 - 17]</sup>.

Bussing et al. (2000) ritengono che l'autostima, definita come la considerazione globale di se stessi in quanto persona, sia internalizzata nello stesso periodo evolutivo in cui l'ADHD viene diagnosticato e trattato. All'età di otto anni i bambini hanno sviluppato valutazioni globali e specifiche sul proprio valore. In seguito lo sviluppo dell'autostima può seguire vie patologiche in relazione ai domini di funzionamento che sono altamente problematici per gli individui con ADHD: relazioni con i pari, rendimento scolastico e problemi comportamentali. A tale proposito, Bussing et al. (2000) hanno condotto una ricerca per esaminare come l'autostima variasse in funzione delle caratteristiche del disturbo e per identificare i fattori predittivi di bassa autostima nel gruppo sperimentale. Le caratteristiche del disturbo esaminate comprendevano: i sintomi ADHD, le condizioni di comorbidità e l'onere percepito dai familiari. I risultati della ricerca indicano che i bambini che sperimentavano insuccesso scola-

stico e disturbi internalizzanti avevano un'autostima più bassa e che l'assenza di trattamento prediceva punteggi inferiori nelle scale di autostima<sup>[18]</sup>.

## Conclusioni

La bassa autostima riscontrata nei bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività dalla letteratura scientifica può essere indice di un senso di inadeguatezza, associato alla percezione di non riuscire a gestire le situazioni e conseguente svalorizzazione delle proprie capacità. È frequente che prenda forma un circolo vizioso per cui il ragazzo etichettato come "incapace" e "disobbediente" adotti di conseguenza comportamenti aggressivi, di rifiuto e di rabbia che innescano ulteriori problematiche comportamentali reattive. Inoltre, poiché la consapevolezza di essere cercati, compresi e accettati dai compagni gioca un ruolo determinante nella costruzione di una buona idea di sé e nella formazione della propria identità, si può ipotizzare che anche la scarsa competenza sociale dei ragazzi con ADHD influisca sulla loro percezione di sé. La frustrazione che deriva dall'essere escluso dai coetanei innesca un meccanismo per cui il bambino isolato, ha minore possibilità di apprendere e costruire un repertorio di abilità sociali, consolidando il rifiuto da parte dei pari (Hinshaw e Melnick, 1995)<sup>[19]</sup>.

La valutazione dell'autostima non è parte integrante dei protocolli per il follow up dei bambini con ADHD in terapia, essa rappresenta tuttavia un indicatore indiretto molto sensibile delle necessità percepite dal paziente. Un'indagine di questo tipo ed in particolare l'utilizzo del retest potrebbero essere strumenti utili per monitorare nel tempo eventuali miglioramenti ed individuare ulteriori interventi sui singoli bambini con ADHD.

L'intervento psicoeducativo che affronti precocemente i sintomi dell'ADHD e la bassa autostima che può derivarne è dunque un aspetto importante di cui occuparsi, soprattutto se finalizzato a focalizzare l'attenzione sui punti di forza personali (abilità individuali) e fornire sostegno nelle relazioni sociali o durante le attività scolastiche, in quanto la qualità delle relazioni che il ragazzo riesce ad instaurare con gli altri influirà direttamente sulla sua autostima.

## Bibliografia

1. Still GF. *Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures*. Lancet 1902; 1: 1008-1012.
2. American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* - Text Revision 2001; Masson, Milano.
3. James, W. *Principles of psychology*, Henry Holt, 1890; New York.
4. Satir V. *Peoplemaking*, London 1972; Souvenir Press.
5. Bracken B. TMA, *Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*, Trento, 1993; Centro Studi Erickson.
6. Harter S. *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver, 1985.
7. Dumas D, Pelletier L. *A study of self-perception in hyperactive children*. MCN Am J Matern Child Nurs 1999; 24(1): 12-19.
8. Barkley R.A. *ADHD and the nature of self-control*, New York 1997; Guilford Press.
9. Kanfer FH *Self-monitoring: Methodological limitations and clinical considerations*. in Journal of Consulting and Clinical Psychology 1970; 35: 148-152.
10. Vio C, Marzocchi GM, Offredi F. *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e Formazione dei Genitori*. Ed. Erickson 1999.
11. Hoza B, Gerdes AC, Hinshaw SP, et al: *Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children*. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 382-391.
12. Hoza B, Pelham WE, Dobbs J, Owens JS, Pillow DR: *Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts?* J Abnorm Psychol 2002; 111: 268-278 □ Barr CL, Wigg KG, Bloom S et al. *Further evidence from haplotype analysis for linkage of the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit hyperactivity disorder*. Department of Psychiatry, The Toronto Hospital, Western Division, Ontario, Canada 2000.
13. Barber S, Grubbs L, Cottrell B: *Self perceptions in children with attention deficit/hyperactivity disorder*. J Psychiatr Nurs. 2005; 20(4):235-45.
14. Treuting JJ, Hinshaw SP. (2001). *Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms*. J Abnorm Child Psychol 2001; 29(1): 23-39.
15. Slomkowski C, Klein RG, Mannuzza S. (1995). *Is self-esteem an important outcome in hyperactive children?* J Abnorm Child Psychol 1995; 23:303-315.
16. Emery E. M., McDermott, R. J., Holcomb, D. R., & Marty, P. J. *The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem*. Journal of School Health 1993; 63(5): 224-228.
17. Miranda-Casas A, Presentacion-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Rosellò B. *Satisfaction with life of children with attention deficit hyperactivity disorder: a study of possible protection and risk factors*. Rev Neurol 2011; 52 Suppl 1: S119-26.
18. Bussing R, Zima BT, Perwien AR. *Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use*. Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Florida, Gainesville, USA 2000. Swanson JM, Sunohara GA, Kennedy JL, Regino R, Fineberg E, Wigal T, Lerner M, Williams L, LaHoste GJ, Wigal S. *Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a family-based approach*. Mol Psychiatry 1998; 3:38-41.
19. Hinshaw, S. P. & Melnick, S. M. (1995). *Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression*. Development and Psycho-pathology 1995; 7: 627-647.

## Scoperto interruttore per rigenerare cellule cuore

Scoperto un interruttore molecolare che apre la strada alla rigenerazione del tessuto cardiaco danneggiato dall'infarto. Il tutto senza l'impiego di cellule staminali. In uno studio eccezionale, che ha avuto inizio su una coppia di fratellini con un raro difetto cardiaco, i ricercatori della Johns Hopkins University hanno identificato un interruttore molecolare che regola la divisione cellulare del cuore, e che normalmente la 'spegne' intorno al momento della nascita. La ricerca, scrivono gli scienziati su 'Nature Communications', potrebbe essere utile per 'riattivare' il processo selettivamente, e rigenerare il tessuto cardiaco danneggiato.

"Questo studio offre la speranza che si possa trovare un modo per ripristinare la capacità delle cellule del cuore di dividersi in risposta a una lesione e aiutare i pazienti a riprendersi da vari tipi di disfunzione cardiaca", spiega il cardiologo Daniel P. Judge, direttore del Johns Hopkins Heart and Vascular Institute's Center for Inherited Heart Disease. "Normalmente i problemi si risolvono in molte parti del corpo attraverso la divisione cellulare, fatta eccezione per cuore e cervello. Sebbene un altro lavoro abbia generato entusiasmo circa la possibilità di trattamento con le cellule staminali, la nostra ricerca indica una direzione completamente diversa da perseguire per riparare dall'interno un cuore danneggiato". A differenza di molte altre cellule del corpo, che muoiono e nascono continuamente, quelle cardiache raramente si dividono dopo la nascita. Quando sono danneggiate da infarto, infezioni o altro, insomma, il danno è irreparabile. La scoperta è emersa dall'individuazione di una mutazione genetica che sembra consentire, in casi molto rari, alle cellule cardiache di continuare a replicarsi.

La storia di questa scoperta è iniziata con due fratelli, nati a distanza di anni, ma a cui nelle prime settimane di vita è stata diagnosticata un'insufficienza cardiaca. Uno ha subito un trapianto di cuore a tre mesi, l'altro a cinque mesi. Quando i patologi hanno esaminato i cuoricini danneggiati dopo l'espanto, hanno scoperto che le cellule del cuore dei neonati avevano continuato a dividersi, un processo che non doveva verificarsi alla loro età. Così il team ha indagato sulle anomalie che poteva spiegare il fenomeno, analizzando il genoma. Un elemento balzava agli occhi degli studiosi: il gene *Alms1* era presente in due copie anomale in ciascuno dei fratelli.

I ricercatori della Johns Hopkins hanno contattato i colleghi dell'Hospital for Sick Children di Toronto, in Canada, che avevano rilevato la stessa proliferazione delle cellule del cuore in cinque baby pazienti, tra cui alcuni fratelli. L'analisi genetica ha mostrato che quei bambini avevano mutazioni nello stesso gene *Alms1*: questo sembra causare una carenza della proteina che induce le cellule del cuore a smettere di dividersi nei tempi previsti. Una divisione cellulare 'impazita' responsabile, spiegano gli scienziati, dei danni al cuore dei piccoli. In ulteriori esperimenti i ricercatori della Johns Hopkins hanno coltivato cellule cardiache di topo, per poi

spegnerne il gene *Alms1*. Rispetto agli animali normali, questi hanno visto aumentare del 10% il numero di cellule del cuore. Un risultato confermato da ricerche fatte dai colleghi del Jackson Laboratory nel Maine, che hanno allevato topi transgenici portatori della mutazione nel mirino. La proliferazione cellulare alla fine si è fermata negli animali mutati, dice Judge.

Secondo lo studioso la conoscenza precisa del ruolo della mutazione dovrebbe aprire la strada a sistemi per favorire la rigenerazione del tessuto del muscolo cardiaco in modo controllato. Ma il cammino è ancora lungo. "I bambini che ci hanno aiutato a riconoscere l'importanza di questo gene sono nati con una rara condizione che porta a insufficienza cardiaca e molti altri problemi, come il diabete, l'obesità, la cecità e sordità. Ora - conclude - speriamo di applicare queste scoperte per aiutarne milioni di altri con malattie cardiache". *Adnkronos Salute*

## Carenza di iodio in gravidanza e allattamento

La dieta di molte donne statunitensi in gravidanza e allattamento potrebbe essere carente di iodio, elemento essenziale per lo sviluppo cerebrale dei bambini. Ecco, in sintesi, quanto emerge da un documento dell'American Academy of Pediatrics (AAP) pubblicato su *Pediatrics*, la rivista ufficiale dell'AAP. «Nell'alimentazione nordamericana la maggior parte del sale viene da alimenti trasformati, e non è iodato. Poiché il consumo di tali cibi è in aumento, cresce anche la carenza di iodio, che interessa circa un terzo delle donne incinte» dice Walter Rogan, epidemiologo del National Institute of Environmental Health Sciences di Research Triangle Park in North Carolina, spiegando che puerpere e gestanti dovrebbero assumere integratori con adeguati livelli di iodio, cosa che in realtà succede solo nel 15% dei casi. Un'adeguata assunzione di iodio è necessaria per produrre l'ormone tiroideo, fondamentale per lo sviluppo cerebrale: se non curato, l'ipotiroidismo nella prima infanzia non provoca solo nanismo, ma anche un deficit cognitivo permanente con rallentamento intellettuale, sonnolenza, stanchezza, aumento di peso, pallore e anemia. L'edema, le palpebre socchiuse e la bocca semiaperta con la lingua ingrossata rendono tipico il volto ipotiroideo, la facies mixedematosa. «Ma la carenza materna di iodio aumenta anche la vulnerabilità del bambino agli effetti di inquinanti ambientali come tiocianati, nitrati e perclorati, la cui presenza può essere nell'acqua potabile, in alcuni alimenti e nel fumo di tabacco. Nel suo documento l'AAP consiglia un adeguato apporto di iodio alle mamme che allattano e alle donne fertili, raccomandando di non esporre i bambini piccoli al fumo di tabacco o all'acqua potabile a elevato contenuto di nitrati. «A questo scopo chiediamo un'etichettatura migliore e più accurata degli integratori, che rifletta il contenuto effettivo di iodio, e invitiamo da un lato il governo federale a definire standard nazio-

nali che fissino la quantità di perclorato nell'acqua potabile, e dall'altro i governi statali e locali a emanare direttive per limitare fumo e inquinamento» conclude Rogan. *Pediatrics*, Published online May 26, 2014

### **Insufficienza surrenalica. Anche in Italia l'idrocortisone a rilascio prolungato**

*Si tratta della prima innovazione terapeutica da qualche decennio a questa parte. La formulazione a rilascio prolungato, che si assume al mattino in mono-somministrazione quotidiana, consente di riprodurre il ritmo circadiano del cortisolo e riduce gli effetti collaterali della terapia sostitutiva.*

Sono 15-20 mila gli italiani affetti da insufficienza surrenalica, sia in forma primaria che secondaria. Una patologia di rara osservazione, purtroppo spesso diagnosticata nel suo scenario più drammatico, quello della crisi addisoniana, che se non riconosciuta tempestivamente può portare alla morte. "I sintomi dell'insufficienza surrenalica, astenia, ipotensione, vomito, cefalea, perdita di appetito e calo ponderale - ricorda il prof. Roberto Castello, Direttore dell'UOC di Medicina Generale a indirizzo endocrinologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - possono essere confusi con varie altre patologie". L'insufficienza surrenalica è dunque una malattia subdola, che è importante riconoscere per poterla trattare adeguatamente e scongiurare così il rischio di una crisi surrenalica, con tutte le sue conseguenze. "Per favorire la diffusione di informazioni complete e puntuali su questa patologia - ricorda Lorenzo Sala, vicepresidente dell'A.I.P.Ad (Associazione Italiana Pazienti Addison) abbiamo realizzato il sito <http://www.morbodiaddison.org/> e creato un forum in italiano accessibile al link <http://morbodiaddison.globalfreeforum.com/>, dove i pazienti possono confrontarsi e trovare risposte e supporto".

Il trattamento dell'insufficienza surrenalica si basa sulla terapia sostitutiva con idrocortisone. Da oggi, è disponibile in Italia una nuova formulazione a rilascio modificato (Plenadren), messa a punto per riprodurre le fisiologiche fluttuazioni di questo ormone nel sangue, nelle diverse fasi del giorno. Si tratta della prima innovazione terapeutica in questo campo da qualche decennio a questa parte. "Il cortisolo - ricorda Ezio Ghigo, professore di Endocrinologia e preside della Scuola di Medicina dell'Università di Torino - presenta un caratteristico ritmo circadiano: i suoi livelli sono più alti al mattino e vanno riducendosi nel corso della giornata, fino a raggiungere le concentrazioni minime nelle ore notturne. Le terapie sostitutive, che abbiamo utilizzato finora, erano a rilascio immediato e dovevano quindi essere assunte 2-3 volte al giorno, senza tuttavia riuscire a mimare il ritmo fisiologico del cortisolo. Questo può provocare nel paziente in trattamento cronico una serie di effetti indesiderati, quali ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica, dislipidemia, osteoporosi e disturbi del sonno".

La nuova formulazione di idrocortisone a rilascio modificato si assume invece al risveglio, una sola volta al giorno. Dopo un primo picco di assorbimento (le concentrazioni di cortisolo aumentano nel sangue a distanza di una ventina di minuti dall'assunzione del farmaco), il nucleo a rilascio prolungato determina un rilascio continuo di cortisolo durante la giornata, mentre nelle ore notturne non c'è rilascio dell'ormone.

"Oltre alla comodità della mono-somministrazione giornaliera - afferma Rosario Pivonello, Professore Aggregato del Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Sezione di Endocrinologia, dell'Università Federico II di Napoli - questa formulazione riduce notevolmente gli effetti collaterali di questa terapia, in particolare a livello di peso corporeo e ipertensione arteriosa, ma anche per quanto riguarda le concentrazioni di emoglobina glicata."

Il Plenadren ha ottenuto la designazione di *orphan drug* dall'EMA, che ne ha autorizzato l'immissione in commercio nel novembre 2011. L'AIFA lo ha inserito nell'elenco dei medicinali prescrivibili a carico dell'SSN nel maggio 2012 per l'indicazione "trattamento dell'insufficienza surrenalica negli adulti". Con la Determinazione AIFA del 12 dicembre 2013, il farmaco è stato ammesso alla rimborsabilità a carico dell'SSN (classe H) ed è diventato effettivamente disponibile per i pazienti italiani dal 3 marzo. Il farmaco è formulato in compresse da 5 e da 20 mg. *Adnkronos Salute*

La speranza è un sogno fatto da svegli.

*Aristotele*

La speranza è la più grande falsificatrice della verità.

*Baltasar Gràcian y Morales*

# La diagnostica allergologica molecolare

Enrico Scala

Allergologia Sperimentale - PICFIC - IDI-IRCCS in A.S. D.M. 29.03.2013  
Via Monti di Creta, 104 - Roma



Una corretta identificazione dell'allergene responsabile di una reazione allergica rappresenta lo scopo principale della diagnostica allergologica. La nascita dei test in vitro per l'allergia risale al 1967, quando è stato descritto il primo test immunologico in fase solida per la misura delle IgE totali e specifiche<sup>[1]</sup>. Attualmente, l'approccio diagnostico molecolare permette la valutazione della sensibilizzazione IgE a livello di singola molecola allergenica, utilizzando componenti allergeniche invece degli estratti allergenici, il che consente di aumentare la precisione dell'indagine. Attualmente, oltre 130 molecole sono disponibili per i test in vitro. Questa misurazione può essere effettuata tramite un reagente per volta o grazie ad alcuni arrays dove molte molecole vengono testate contemporaneamente. I test cutanei (prick test) possono essere in effetti considerati un modello flessibile in vivo della valutazione in array. Anche alcuni saggi in vitro prevedono l'utilizzo contemporaneo di estratti allergenici per la misurazione delle IgE specifiche<sup>[2]</sup>. Attualmente sono disponibili vari test qualitativi, semi-quantitativi, o quantitativi in grado di studiare gli anticorpi IgE. Un test qualitativo fornisce solo risultati positivi o negativi, e nessuna misurazione della concentrazione di IgE. Se i livelli sono nelle vicinanze del punto di cut-off del sistema, possono essere indicate come borderline. Le analisi semi-quantitative forniscono una serie di classi di reattività crescenti, valutando così una possibile risposta incrementale. Analisi quantitative danno la misura precisa della concentrazione di IgE grazie alla interpolazione con una curva di riferimento<sup>[3]</sup>. Attualmente è impossibile utilizzare singole curve di riferimento separate per ciascuna delle fonti biologiche testate. Il metodo di calibrazione /standardizzazione largamente accettato è una interpolazione di IgE specifiche da una curva di riferimento di IgE totali. Di solito, ciascun allergene viene testato come reagente distinto, ma oggi sono disponibili alcuni test che misurano numerosi allergeni contemporaneamente. Recentemente, l'introduzione delle nanotecnologie ha spinto allo sviluppo di test miniaturizzati per la valutazione in array delle proteine, chiamati microarrays proteomici<sup>[4]</sup>. L'uso potenziale dei microarrays proteomici anche nella diagnosi allergologica è stata dimostrata nel 2002<sup>[5]</sup>. Oggi, la valutazione con microarrays proteomici è descritta tra i dispositivi affidabili per la diagnostica in vitro delle IgE<sup>[6]</sup>. Pochi anni fa è stata messa in commercio la prima versione di Immuno Solid-phase Allergen Chip (ISAC), che comprendeva 74 diverse proteine allergeniche da valutare contemporaneamente. Nel corso degli anni il numero di allergeni immobilizzati sull'ISAC (Thermo Fisher Scientific, Uppsala, Sweden) è andato progressiva-

mente aumentando, sino a raggiungere i 112 allergeni attualmente disponibili. La piccola quantità di materiale necessario per il test (da 0,1 a 1 ng) permette l'utilizzo non solo di allergeni ricombinanti, ma anche di molecole purificate da fonti naturali per un totale di 51 sorgenti biologiche.

Gli allergeni si suddividono in genuini e molecole cross-reattive. Esempi di marcatori autentici di sensibilizzazione sono Cup a 1, allergene del cipresso o Par j 2, molecola della Parietaria, che identificano la sensibilizzazione ad una fonte biologica specifica<sup>[7]</sup>. Allergeni cross-reattivi comprendono diversi gruppi di pan-allergeni come le Lipid transfer Protein, le PR-10, le profiline, le tropomiosine, le parvalbumins, le lipocaline, le albumine sieriche, le 2<sub>s</sub> albumine, le 11<sub>s</sub> albumine, le viciline, ecc. Queste molecole sono utili per valutare il profilo di sensibilizzazione IgE del paziente e nel rilevare quegli allergeni cross-reattivi alla base di positività multiple ai test cutanei, o a quelli in vitro, eseguiti di routine.

Nonostante l'elevato grado di omologia strutturale, non è detto che tutti i pazienti allergici ad un determinato pan-allergene riconoscano tutti i componenti di quella famiglia. Per esempio, un paziente allergico alle tropomiosine potrebbe essere Der p 10 "positivo", ma Pen m 1 "negativo" o viceversa. Questo fenomeno è utile per la possibile individuazione di quale sia il sensibilizzante primario, di solito correlato a differenti esposizioni ambientali<sup>[8]</sup>. Anche il tipo di sintomatologia clinica può variare dalla totale assenza di sintomi nonostante la reattività IgE, a gravi reazioni generalizzate, a seconda di quale molecola sia coinvolta nella sensibilizzazione IgE<sup>[9,10]</sup>.

Uno degli allergeni più frequentemente associato a reazioni severe è rappresentato dalle non-specific Lipid Transfer Protein (nsLTP). Queste sono piccole molecole, altamente conservate<sup>[11]</sup> appartenenti alla famiglia delle proteine PR-14, e quindi coinvolte nella difesa delle piante contro funghi e batteri<sup>[12]</sup>, caratterizzate da una struttura secondaria stabile e compatta, che conferisce loro una elevata resistenza alla proteolisi gastrointestinale, ai cambiamenti di pH e alle alte temperature<sup>[13]</sup>. In base al peso molecolare sono state descritte ad oggi due sottofamiglie, denominate nsLTP<sub>1</sub> (9 kDa) e nsLTP<sub>2</sub> (7 kDa)<sup>[12,14]</sup>. Le nsLTPs allergeniche appartengono, nella stragrande maggioranza dei casi, alla sottofamiglia nsLTP<sub>1</sub> (39 su 41 tra le molecole ufficialmente registrate nel database WHO/IUIS - [www.allergen.org](http://www.allergen.org)), ed in particolare si ritrovano nella buccia dei frutti delle Rosacee, famiglia molto importante nel mondo vegetale, che comprende la maggior parte degli alberi da frutto (melo, pero, ciliegio, pesco, susino, mandorlo, nespolo, sorbo, albicocco, cotogno, etc)<sup>[15]</sup>. Alcuni esempi di

nsLTP sono rappresentati dall'allergene principale della pesca Pru p 3<sup>[16]</sup>, quello della mela Mal d 3<sup>[17]</sup>, Cor a 8 della nocciola<sup>[18]</sup>, Ara h 9 dell'arachide<sup>[19]</sup>, Jug r 3 della noce<sup>[20]</sup>, Tri a 14 del grano<sup>[21]</sup>. I singoli componenti delle nsLTP possono cross-reagire tra loro a causa della elevata somiglianza strutturale<sup>[10;22-25]</sup>. Di contro, gli allergeni del polline di Parietaria (Par j 1 e Par j 2) e di olivo (Ole e 7) non cross-reagiscono né con nsLTP<sub>1</sub> da alimenti vegetali, né tra loro<sup>[26]</sup>. La sensibilizzazione alle nsLTP è associata all'assunzione di alimenti che le contengono, sotto forma di cibi crudi, cotti, freschi o conservati (quindi anche marmellate, succhi di frutta, etc) con elevato rischio di reazioni sistemiche, anche severe (orticaria, angioedema, anafilassi). È stato riportato che le nsLTP sono il sensibilizzante più frequente nei soggetti italiani con Anafilassi da sforzo post prandiale<sup>[27]</sup>.

Oggi, l'allergologo clinico può selezionare il pannello di allergeni che devono essere indagati in base alla storia clinica. Il rischio delle metodiche con microarrays è però quello di valutare la reattività IgE del paziente a centinaia di allergeni solo per dimostrare il riconoscimento IgE a 2 o 3 molecole pertinenti. D'altro lato, un'ampia valutazione può permettere di identificare le corrette sensibilizzazioni nonostante informazioni anamnestiche imprecise. La mancanza di flessibilità nella lista degli allergeni che obbligatoriamente vengono tutti testati, rappresenta l'aspetto critico più importante dell'approccio con microarrays proteomici. Lo specialista è costretto a prescrivere l'intero set di molecole comprese nel prodotto commerciale, e non è possibile scegliere una lista personalizzata di analiti.

Un array a base di micro-biglie fluorescenti da valutare in citometria a flusso, è stato recentemente descritto per identificare la presenza di fattori solubili in varie fonti biologiche<sup>[28]</sup>. Queste micro-sfere fluorescenti possono anche essere personalizzate per caratterizzare anticorpi specifici, ma sono disponibili solo pochi dati in letteratura<sup>[29]</sup>. L'array con micro-sfere fluorescenti, a differenza di altri sistemi, è valutabile tramite analisi citometrica (FACS), utilizzando una strumentazione di solito presente nella maggior parte dei laboratori<sup>[30]</sup>. Recentemente è stato dimostrato che tramite tale metodica si possono valutare anche IgE specifiche, dopo coniugazione delle molecole allergeniche sulle biglie fluorescenti. In questa maniera è possibile ottenere un microarray proteomico "flessibile" per lo studio delle IgE, tramite il quale è possibile decidere quali molecole possano essere testate contemporaneamente nello stesso paziente<sup>[31]</sup>. Questo sistema, chiamato "Flexible Allergen Bead Array (FABA)", permette di misurare simultaneamente fino a 30 diverse micro-sfere, ognuna accoppiata ad una molecola diversa, semplicemente utilizzando un citofluorimetro a flusso.

In definitiva, l'approccio diagnostico molecolare ha tutti i requisiti per aumentare l'accuratezza della diagnostica allergologica, in particolare a) dimostrando la sensibilizzazione ad allergeni genuini rispetto alle molecole cross-reagenti; b) rivelando la presenza di sensibilizzazione IgE alle molecole associate a ri-

schio di reazioni severe - come parvalbumine, tropomiosine, nsLTPs, ecc - a differenza del c) riconoscimento IgE di profiline o determinanti carboidratici cross reattivi (CCD), sensibilizzazioni prive di rilevanza clinica, impedendo di fatto l'esecuzione di indagini inutili.

## Bibliografia

1. Wide L, Bennich H, Johansson SG. *Diagnosis of allergy by an in-vitro test for allergen antibodies*. Lancet 1967; 290(7526): 1105-7.
2. Lee S, Lim HS, Park J, Kim HS. *A new automated multiple allergen simultaneous test-chemiluminescent assay (MAST-CLA) using an AP720S analyzer*. Clin Chim Acta 2009; 402(1-2): 182-8.
3. Yunginger JW, Squillace DM, Helm RM. *IUIS criteria for reference preparations*. Arb Paul Ehrlich Inst Bundesamt Sera Impfstoffe Frankf A M 1988;(82): 129-35.
4. MacBeath G, Schreiber SL. *Printing proteins as microarrays for high-throughput function determination*. Science 2000; 289(5485): 1760-3.
5. Hiller R, Laffer S, Harwanegg C, Huber M, Schmidt WM, Twardosz A et al. *Microarrayed allergen molecules: diagnostic gatekeepers for allergy treatment*. FASEB J 2002; 16(3): 414-6.
6. Matsson PNJ, Hamilton RG, Esch RE, Halsey JF, Homberger HA, Kleine-Tebbe J et al. *Analytical Performance Characteristics and Clinical Utility of Immunological Assays for Human Immunoglobulin E (IgE) Antibodies and Defined Allergen Specificities; Approved Guideline—Second Edition*. CLSI document I/LA20-A2 2009; 29(9): 1-145.
7. Scala E, Alessandri C, Bernardi ML, Ferrara R, Palazzo P, Pomponi D et al. *Cross-sectional survey on immunoglobulin E reactivity in 23 077 subjects using an allergenic molecule-based microarray detection system*. Clin Exp Allergy 2010; 40(6): 911-21.
8. Scala E, Alessandri C, Palazzo P, Pomponi D, Liso M, Bernardi ML et al. *IgE Recognition Patterns of Profilin, PR-10, and Tropomyosin Panallergens Tested in 3,113 Allergic Patients by Allergen Microarray-Based Technology*. Plos One 2011; 6(9).
9. Kleine-Tebbe J, Vogel L, Crowell DN, Hausteiner UF, Vieths S. *Severe oral allergy syndrome and anaphylactic reactions caused by a Bet v 1-related PR-10 protein in soybean, SAM22*. J Allergy Clin Immunol 2002; 110(5): 797-804.
10. Zuidmeer L, van Ree R. *Lipid transfer protein allergy: primary food allergy or pollen/food syndrome in some cases*. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2007; 7(3): 269-73.
11. Hauser M, Roulias A, Ferreira F, Egger M. *Panallergens and their impact on the allergic patient*. Allergy Asthma Clin Immunol 2010; 6(1): 1.
12. Doulliez JP, Michon T, Marion D. *Steady-state tyrosine fluorescence to study the lipid-binding properties of a wheat non-specific lipid-transfer protein (nsLTP1)*. Biochim Biophys Acta 2000; 1467(1): 65-72.
13. Breiteneder H, Mills C. *Nonspecific lipid-transfer proteins in plant foods and pollens: an important allergen class*. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2005; 5(3): 275-9.
14. Richard C, Leduc V, Battais F. *Plant lipid transfer proteins (LTPs): biochemical aspect in panallergen—structural and functional features, and allergenicity*. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2007; 39(3): 76-84.

15. Fernandez-Rivas M, Cuevas M. *Peels of Rosaceae fruits have a higher allergenicity than pulps*. Clin Exp Allergy 1999; 29(9): 1239-47.
16. Pastorello EA, Monza M, Pravettoni V, Longhi R, Bonara P, Scibilia J et al. *Characterization of the T-Cell Epitopes of the Major Peach Allergen Pru p 3*. Int Arch Allergy Immunol 2010; 153(1): 1-12.
17. Diaz-Perales A, Garcia-Casado G, Sanchez-Monge R, Garcia-Selles FJ, Barber D, Salcedo G. *cDNA cloning and heterologous expression of the major allergens from peach and apple belonging to the lipid-transfer protein family*. Clin Exp Allergy 2002; 32(1): 87-92.
18. Schocker F, Luttkopf D, Scheurer S, Petersen A, Cistero-Bahima A, Enrique E et al. *Recombinant lipid transfer protein Cor a 8 from hazelnut: A new tool for in vitro diagnosis of potentially severe hazelnut allergy*. J Allergy Clin Immunol 2004; 113(1): 141-7.
19. Krause S, Reese G, Randow S, Zennaro D, Quarantino D, Palazzo P et al. *Lipid transfer protein (Ara h 9) as a new peanut allergen relevant for a Mediterranean allergic population*. J Allergy Clin Immunol 2009; 124(4): 771-8.e5.
20. Roux KH, Teuber SS, Sathe SK. *Tree Nut Allergens*. Int Arch Allergy Immunol 2003; 131(4): 234-44.
21. Palacin A, Varela J, Quirce S, del Pozo V, Tordesillas L, Barranco P et al. *Recombinant lipid transfer protein Tri a 14: a novel heat and proteolytic resistant tool for the diagnosis of baker's asthma*. Clin Exp Allergy 2009; 39(8): 1267-76.
22. Diaz-Perales A, Sanz ML, Garcia-Casado G, Sanchez-Monge R, Garcia-Selles FJ, Lombardero M et al. *Recombinant Pru p 3 and natural Pru p 3, a major peach allergen, show equivalent immunologic reactivity: A new tool for the diagnosis of fruit allergy*. J Allergy Clin Immunol 2003; 111(3): 628-33.
23. Lauer I, Miguel-Moncin MS, Abel T, Foetisch K, Hartz C, Fortunato D et al. *Identification of a plane pollen lipid transfer protein (Pla a 3) and its immunological relation to the peach lipid-transfer protein, Pru p 3*. Clin Exp Allergy 2007; 37(2): 261-9.
24. Lombardero M, Garcia-Selles FJ, Polo F, Jimeno L, Chamorro MJ, Garcia-Casado G et al. *Prevalence of sensitization to Artemisia allergens Art v 1, Art v 3 and Art v 60 kDa. Cross-reactivity among Art v 3 and other relevant lipid-transfer protein allergens*. Clin Exp Allergy 2004; 34(9): 1415-21.
25. Asero R. *Lipid transfer protein cross-reactivity assessed in vivo and in vitro in the office: pros and cons*. J Investig Allergol Clin Immunol 2011; 21(2): 129-36.
26. Tordesillas L, Sirvent S, Diaz-Perales A, Villalba M, Cuesta-Herranz J, Rodriguez R et al. *Plant Lipid Transfer Protein Allergens: No Cross-Reactivity between Those from Foods and Olive and Parietaria Pollen*. Int Arch Allergy Immunol 2011; 156(3): 291-6.
27. Romano A, Scala E, Rumi G, Gaeta F, Caruso C, Alonzi C et al. *Lipid transfer proteins: the most frequent sensitizer in Italian subjects with food-dependent exercise-induced anaphylaxis*. Clin Exp Allergy 2012; 42(11): 1643-53.
28. Morgan E, Varro R, Sepulveda H, Ember JA, Apgar J, Wilson J et al. *Cytometric bead array: a multiplexed assay platform with applications in various areas of biology*. Clin Immunol 2004; 110(3): 252-66.
29. Ferbas J, Thomas J, Hodgson J, Gaur A, Casadevall N, Swanson SJ. *Feasibility of a multiplex flow cytometric bead immunoassay for detection of anti-epoetin alfa antibodies*. Clin Vaccine Immunol 2007; 14(9): 1165-72.
30. Fulton RJ, McDade RL, Smith PL, Kienker LJ, Kettman JR, Jr. *Advanced multiplexed analysis with the FlowMetrix system*. Clin Chem 1997; 43(9): 1749-56.
31. Pomponi D, Bernardi ML, Liso M, Palazzo P, Tuppo L, Rifaiani C et al. *Allergen micro-bead array for IgE detection: a feasibility study using allergenic molecules tested on a flexible multiplex flow cytometric immunoassay*. PLoS One 2012; 7(4): e35697.

### Verso orecchie e naso da cellule grasso, studio londinese

Scienziati britannici hanno creato cartilagine umana a partire da cellule staminali del grasso addominale. L'obiettivo ora, spiegano, è quello di usare questa cartilagine prodotta in laboratorio per ottenere orecchie e naso da usare per i trapianti e aiutare così le persone che hanno subito incidenti o sono nati con una malattia, la microtia, che porta le orecchie a non svilupparsi completamente. I ricercatori del Great Ormond Street Hospital e dell'University College di Londra, fra cui anche una studiosa italiana, descrivono lo studio su 'Nanomedicine: Nanotechnology, Biology and Medicine'.

Attualmente i medici prelevano la cartilagine dal corpo del bambino con difetti del volto o delle orecchie, gli danno la forma di naso o padiglione auricolare e lo impiantano nel piccolo paziente. La nuova tecnica permetterà di coltivare l'organo usando solo un piccolo campione del grasso del bimbo, da cui vengono estratte le staminali, riferisce il 'Telegraph'. Ora, dopo aver ottenuto la cartilagine, gli scienziati metteranno una sorta di nano-impalcatura a forma di orecchio nel 'brodo' di staminali, in modo che queste possano prendere forma e struttura corrette, mentre diventano cartilagine. Il risultato verrà poi impiantato. Certo non aiuterà a risolvere eventuali problemi di udito, ma il nuovo orecchio sarà biologicamente simile a quello reale. "Si tratta di una prospettiva eccitante - commenta alla stampa britannica Neil Bulstrode, chirurgo plastico del Great Ormond Street Hospital e coautore dello studio - Se riusciamo a produrre un blocco di cartilagine usando staminali e ingegneria tissutale, questo potrebbe essere il Santo Graal per il nostro settore". Ogni anno migliaia di bambini nascono con questa deformità congenita. Molti hanno un orecchio interno intatto, ma sperimentano una perdita di udito a causa della mancanza della struttura esterna. Per loro questo studio potrebbe cambiare le cose, ma secondo i ricercatori il lavoro potrebbe avere riflessi anche per altri trapianti: potrebbe essere usato per ottenere ossa e altri tessuti umani, evitando il rischio di rigetto. L'italiana Patrizia Ferretti, responsabile della Developmental Biology all'Ucl, spiega sul 'Daily Mail' che "al momento prendiamo la cartilagine dalle costole" del bambino, "e questo significa una importante procedura chirurgica che crea un difetto permanente, dal momento che la cartilagine costale non ricresce. Con questa tecnica si potrebbero mettere le staminali sullo 'stampo' di un orecchio, o usare una stampante 3D per ottenere l'impalcatura a forma di orecchio che conterrà le cellule trasformate poi in staminali". *Adnkronos Salute*



# Una gravissima lacuna nella gestione del malato oncologico. Una valida proposta terapeutica

*Sergio Amato*  
MMG

## Riassunto

Le cellule tumorali, oltre alla loro capacità di diffondersi nell'organismo per produrre metastasi, allorché muoiono, liberano nell'organismo le parti del loro protoplasma, come il nucleo, il nucleolo, i mitocondri, gli enzimi, i lipidi, i protidi, etc., che vanno ad inserirsi in tutti gli organi, alterandone le funzioni, fino a bloccarle, determinando la cachessia e la morte. Finora la medicina ha trascurato questo aspetto della malattia oncologica, puntando esclusivamente a trovare farmaci, che uccidono le cellule tumorali, cosa assolutamente importante, e non ha considerato la malattia, che le cellule tumorali morte producono, che è altrettanto grave da uccidere il paziente. Qui vengono proposti alcuni enzimi, quali la serratio-peptidasi (Danzen®), la bromelina (Ananase®) e la lipoproteinlipasi, prodotta su stimolo della sulodexide (Vessel®), che sono in grado di dividere i complessi protoplasmatici di cellule tumorali morte in composti inerti, definiti "scorie". I tre enzimi sono stati aggiunti alle cure antitumorali vere e proprie, come tamoxifene (Nolvadex®) e denosumab (Prolia®, Xgeva®), e si è ottenuto un grande successo nella cura di un caso libero di "scorie" cellulari, cioè nelle migliori possibili condizioni di salute.

## Introduzione

La malattia tumorale è caratterizzata dal fatto che le cellule tumorali producono metastasi e che, quando muoiono, escono dal loro protoplasma tutti i componenti, che qui vengono definite "scorie tumorali", o, meglio, soltanto "scorie", che vanno ad inserirsi in tutti gli organi, nessuno escluso, alterandone le funzioni fino a bloccarle. Queste "scorie" sono costituite da nucleo, nucleolo, mitocondri, lipidi, protidi ed enzimi capaci di attività varie, e possono essere algogene e pirogene. I farmaci antitumorali, come pure la radioterapia, uccidono non solo le cellule tumorali, ma anche quelle sane, che si aggiungono alla necrosi spontanea delle cellule tumorali; in queste circostanze all'organismo del malato oncologico si richiede un impegno notevole per liberarsi delle "scorie" delle cellule morte. È questo un impegno sempre più gravoso per un organismo, che diviene sempre più defedato. Pertanto, nella gestione del malato oncologico, occorre, oltre la cura mirata contro le cellule del tumore, anche un armamentario farmacologico, che aiuti gli organi colpiti a liberarsi delle "scorie", che lo debilitano e lo uccidono. Vi sono patologie, qui sotto citate, dovute alle "scorie" delle cellule morte non tumorali, caratterizzate da dolore e febbre.

Quando un trauma colpisce l'organismo, il dolore non compare subito, ma dopo qualche tempo: il dolore è dovuto alle "scorie" dei protoplasmici delle cellule morte, che hanno potere algogeno. Analogamente il dolore si verifica nella malattia dell'ernia del disco intervertebrale: in questo caso il nucleo polposo del disco esce dalla sua sede naturale attraverso fissurazioni dell'anello fibroso; il dolore è dato dalle "scorie" delle

cellule del nucleo polposo, che muoiono perché non possono essere nutrite al di fuori della loro sede naturale, che è all'interno del disco. Se la parte erniata incontra una radice nervosa sensitiva, è facile intuire la causa del dolore; poiché l'ernia si può produrre anche in zone periferiche del disco dove non vi è alcuna radice nervosa, o addirittura nell'interno del corpo vertebrale (ernia di Schmorl), il dolore, che ne deriva, è esclusivamente da attribuirsi alle "scorie" delle cellule del nucleo polposo, che hanno potere algogeno.

Dopo ogni intervento chirurgico si hanno dolori e febbre, che caratterizzano la malattia postoperatoria: questi dolori sono provocati dalle "scorie" delle cellule uccise per i tagli e per le manovre chirurgiche; la febbre spesso è dovuta a "scorie", che hanno potere pirogeno, mentre i dolori sono dovuti a "scorie" algogene. Praticamente il paziente oncologico si trova perennemente in uno stato di malattia postoperatoria, perché le cellule tumorali muoiono in continuazione, liberando una enorme quantità di "scorie", che producono febbre e dolori.

Tutti gli organi sono invasi dalle "scorie". Il midollo osseo, preposto alla produzione di globuli rossi e di piastrine, viene bloccato nella sua funzione emato-piastrinopoietica, per cui il paziente presenta pallore da carenza di globuli rossi e piastrine: il medico deve intervenire con trasfusioni di sangue e vitamine<sup>[1]</sup>. Il sistema nervoso viene colpito nelle sue più delicate funzioni, ad esempio la memoria, per cui il paziente non ha più il senso del tempo (non sa che giorno è, né il mese, né l'anno) e neppure il senso dello spazio (non sa dove si trova). Più specificamente si perdono gli algoritmi naturali, per cui le sequenze semplici del vivere sono interrotte, e, se ricominciate più volte, non arrivano mai alla conclusione dei gesti. I ricordi si accavallano l'uno

## Una gravissima lacuna nella gestione del malato oncologico. Una valida proposta terapeutica

con l'altro, con una disarmante illogicità, perché viene messo fuori uso il centro cerebrale di controllo. Se il centro del sonno viene colpito dalle "scorie", si provoca insonnia, che viene curata con gli ipnoinducenti. Sono molto comuni i dolori, sparsi per tutto il corpo: le "scorie" hanno anche il potere di agire sui centri cerebrali del dolore: gli oppiacei sono molto efficaci; questi sono stati sostituiti dagli oppioidi, che hanno lo stesso effetto analgesico, ma non provocano dipendenza. Una specialità, il Targin<sup>®</sup>, a vari dosaggi, contiene un oppioido, l'ossicodone cloridrato, che sopprime il dolore; poiché questo farmaco provoca stitichezza, il Targin<sup>®</sup> contiene anche naxolone, che la contrasta. Anche lo stomaco viene colpito dalle "scorie"; sopra si è detto dell'anemia, che può derivare da carenza di ferro, a sua volta dovuta a carenza di fermenti digestivi, che sono conseguenza del blocco del centro della fame da parte delle "scorie"; instaurandosi l'anoressia, il paziente rifiuta il cibo, aggravando la sua situazione generale. L'anoressia ha come conseguenza una disproteidemia, che si rende evidente negli edemi agli arti inferiori; si può contrastare questa disproteidemia con l'aggiungere, al latte, un mezzo cucchiaino di proteine del latte (Meritene<sup>®</sup>); questo può essere dato più volte al giorno. La somministrazione del ferro con gli alimenti, per migliorare la situazione anemica, ha bisogno di fermenti digestivi e di acido cloridrico, che lo stomaco scarsamente produce. Qui è indicata questa ricetta galenica:

R. *Acido cloridrico concentrato* gr. 2  
*Pepsina* gr. 6  
*Tintura di arancio amaro* gr. 20  
*Acqua distillata* qb. a gr. 200

S. *Un cucchiaino diluito in mezzo bicchiere d'acqua; da bere a sorsi durante il pasto.*

Questo preparato consente di immettere nello stomaco una giusta quantità di acido cloridrico, per attivare la digestione e ridurre il ferro per renderlo assimilabile; vi sono la pepsina, che aiuta la digestione del cibo ingerito, e la tintura di arancio amaro, che stimola l'appetito. Il ferro di mezza compressa effervescente di Cromaton-ferro<sup>®</sup>, diluita in mezzo bicchiere d'acqua, nonostante la pozione digestiva, non viene totalmente assorbito, infatti, lo si ritrova nelle feci annerite dal ferro. L'organismo del malato oncologico non possiede un buon sistema tampone del sangue: avviene che l'acido cloridrico produca uno stato di acidosi, che favorisce lo sviluppo di macchioline bianche di Candida sulla mucosa orale. Questo inconveniente è facilmente superabile col somministrare due cucchiaini di bicarbonato di sodio (Citrosodina<sup>®</sup>) sciolti in mezzo bicchiere d'acqua una volta al giorno lontano dai pasti. Altro disturbo è la stitichezza, che, provocata e aggravata dal Targin<sup>®</sup>, deve essere combattuta somministrando cibi ricchi di fibre, frutta, come kiwi, prugne della California e verdure varie. La stitichezza può favorire l'instaurarsi di germi saprofiti nelle vie urinarie, contro i quali sono utili due bustine di 3 g di fosfomicina trometamololo (Monuril<sup>®</sup>), a giorni alterni, da ripetere ogni quindici giorni. Anche il cuore dimostra la sua sofferenza all'invasione delle

"scorie" con crisi ipotensive, tachicardiche e anginose. Le crisi anginose possono essere dovute all'anemia per carenza di ferro: infatti, i pochi globuli rossi non riescono a catturare tutto l'ossigeno respirato, perché hanno carenza di emoglobina. Oltre alla somministrazione di ferro sopra detta, occorre intervenire con la nitroglicerina in compresse da sciogliere in bocca, come l'isosorbide dinitrato di 5 mg (Carvasin<sup>®</sup>) e in cerotti, che attraverso la pelle rilasciano il farmaco (Dermatrans<sup>®</sup>, Adesitrin<sup>®</sup>) di 5, 10 e 15 mg per 24 ore. Utile contro le crisi tachicardiche la somministrazione di una compressa di digossina di 0,125 mg (Lanoxin<sup>®</sup>) al giorno, sei giorni su sette. Contro l'ipotensione, dovuta alla scarsa efficienza contrattile del muscolo cardiaco, sono utili uno o due flaconcini di 2 g di l-carnitina (Carnitene<sup>®</sup>) per os diluiti in poca acqua, per fornire energia al cuore. In questo sconvolgimento il sistema immunitario tace, perché considera le "scorie" delle cellule tumorali come proteine proprie. Si fa presente che tutte le alterazioni sopra dette in un primo tempo sono reversibili: infatti, quando le "scorie" sono demolite ed allontanate dai siti, gli organi riprendono lentamente a funzionare. In conclusione, l'organismo del malato oncologico è sempre impegnato nella demolizione delle "scorie" e, quando si iniziano le terapie con farmaci antitumorali, deve affrontare oltre la tossicità dei farmaci stessi anche la grande quantità di "scorie" prodotte dai farmaci antitumorali: a questo punto si richiede all'organismo ammalato un impegno notevole per liberarsi delle "scorie", che sono sempre maggiori; ma questo non sempre avviene. La radioterapia e la chemioterapia aggravano la situazione del malato oncologico, che va incontro ad una "sensazione di esaurimento di energia, estrema stanchezza, debolezza e spossatezza con difficoltà a svolgere le più semplici attività della vita quotidiana", come Torino<sup>[2]</sup> ci fa sapere, e aggiunge che tale situazione è stata definita "fatigue", che sicuramente precede la fase di cachessia. Il termine "fatigue", tradotto in italiano, significa che il paziente si trova in uno "stato di affaticamento", nonostante non abbia fatto nulla per affaticarsi. È evidente che per curare la malattia tumorale, oltre alla necessità di usare farmaci a bassissima tossicità, ne occorrono altri in grado di demolire le "scorie", in modo da renderle incapaci di bloccare le funzioni degli organi. La presenza delle "scorie" dà una nuova luce nell'interpretare la malattia tumorale: il tumore di per sé avrebbe una prognosi ben diversa, se la medicina avesse la possibilità di demolire rapidamente e con facilità le "scorie" in parti inerti. Vi sono malattie come la rickettsiosi, che richiamano alla memoria qualcosa di simile alla malattia tumorale: avviene che la tetraciclina somministrata a piene dosi uccida moltissime rickettsie, che possono intasare i glomeruli, aggravando la grave malattia; l'aggiunta di serratio-peptidase e di bromelina scongiura questo pericolo.

### Materiali e metodi

Sono stati individuati tre farmaci di natura enzimatica, che demoliscono le "scorie" delle cellule tumorali

morte. Essi sono: la serratio-peptidasi, di origine batterica, la bromelina, dal frutto ananas, ambedue in compresse, e la sulodexide, che stimola l'organismo a produrre il fermento lipoproteinlipasi, questa per iniezione. I primi due farmaci sono usati per favorire l'arrivo di antibiotici sul luogo dell'infiammazione, per sciogliere i prodotti dell'infiammazione stessa. Inoltre, i due farmaci sono stati usati nell'ernia del disco intervertebrale, in cui le cellule morte del nucleo polposo provocano un forte dolore, come si è detto sopra. A dosaggi piuttosto sostenuti (due compresse di serratio-peptidasi e due compresse di bromelina ogni quattro ore hanno dissolto, in venti giorni di cura, il nucleo polposo erniato, riducendolo ad una cicatrice, per la quale non era necessario l'intervento chirurgico, come la risonanza magnetica ha rivelato. La lipoproteinlipasi ha il compito di sciogliere tutti i composti lipidici e lipoproteici, sia quelli prodotti dal metabolismo dell'organismo, che quelli delle cellule tumorali morte cioè le "scorie", mentre si trovano nel sangue circolante. I farmaci antitumorali, usati in questo caso di carcinoma mammario metastatico, sono il tamoxifene e l'anastrozolo (Arimidex®) e l'anticorpo monoclonale denosumab. Il tamoxifene è un farmaco antiestrogeno, cioè competitivo dell'estradiolo al recettore dell'estrogeno. Una volta legato al recettore, il tamoxifene induce un'alterazione del recettore e, attraverso meccanismi inibitori, impedisce la crescita del tumore: il blocco fa sì che la cellula tumorale si avvia verso la morte per apoptosi. L'anastrozolo è un farmaco antiestrogeno, inibitore dell'aromatasi, che trasforma il testosterone in estrogeni. Tale è la sua inibizione che gli estrogeni vanno al di sotto di una quantità dosabile. I dati positivi di questo farmaco nella cura del tumore mammario vanno dal 10 al 30% dei casi trattati. Il denosumab è un anticorpo monoclonale di natura proteica, che si oppone alla distruzione dell'osso da parte delle metastasi, uccidendo le cellule tumorali metastatiche. Il denosumab ha degli effetti collaterali; infatti, può provocare spasmi, contrazioni, crampi muscolari, intorpidimento e formicolii alle dita delle mani e dei piedi, che possono essere attribuiti ad una ipocalcemia; può produrre un arrossamento cutaneo con sensazione di calore e dolore accompagnati da febbre e brividi; inoltre può provocare osteonecrosi della mandibola; è indispensabile, perciò, che il paziente non abbia necessità di cure odontoiatriche.

Paradigmatico è il caso della paziente, che andremo ad illustrare. Si tratta di una donna ultraottantenne affetta da neoplasia mammaria sinistra, un carcinoma duttale, operato tre volte per piccole metastasi ascellari. Al primo intervento è seguito un trattamento di radioterapia sulla mammella e sull'ascella di sinistra per un mese e la somministrazione per os di una compressa di 10 mg di tamoxifene una volta al dì. Al terzo intervento, dopo tre anni circa, il tamoxifene è stato sostituito con l'anastrozolo 1 mg in compresse una volta al dì. Però, a distanza di qualche anno, vi è stato un costante e progressivo peggioramento: sono comparse varie metastasi, con dolori e crisi febbrili, per cui è stata riesaminata tutta la terapia. Poiché la paziente

rifiutava il cibo, la nuova terapia è stata iniziata con la somministrazione di una fiala di Pappa Reale, la mattina mezz'ora prima della colazione, aumentata a due fiale, perché la paziente ha mostrato un miglioramento generale, sia pure modesto. Dopo una decina di giorni è stata somministrata una compressa al dì di tamoxifene di 20 mg al dì con 2 compresse di serratio-peptidasi e 2 compresse di bromelina; quest'ultime insieme quattro volte al dì. Questo schema terapeutico è stato considerato come una base di cura antitumorale; contro i disturbi di indole generale, come insonnia, dolori, febbre, depressione, tachicardia, crisi anginose, turbe digestive, cistiti, e si è proceduto come sopra è stato detto. Dopo avere eseguito i controlli analitici, che la Struttura Sanitaria aveva richiesto, sono cominciate le iniezioni dell'anticorpo monoclonale denosumab. Per consiglio degli oncologi sono state somministrate forti dosi di colecalciferolo (vitamina D3): una fiala per os di Dibase®, contenente 100.000 U.I./1 ml, una volta al dì per 3 giorni; la cura di vitamina D3 è proseguita con 60 gocce di Dibase® contenenti 10.000 U.I./1ml per bocca, a giorni alterni. Inoltre, sono state somministrate due compresse di calcio e vitamina D3 (Natecal®) contenenti 600 mg di calcio e 400 U. I. di colecalciferolo. Il trattamento di calcio e di vitamina D3 è assolutamente necessario per ricostituire l'osso rapidamente nelle zone metastatiche.

## Risultati

Quando la paziente di ottantanove anni ha cominciato le nuove cure era in condizioni generali fisiche e psichiche notevolmente decadute: l'appetito quasi assente, l'incedere irregolare sempre più claudicante, tanto da ricorrere al sostegno di un accompagnatore nel doversi muovere, e all'uso di carrozzella per percorsi appena più lunghi. La paziente lamentava dolori diffusi, gambe edematose, frequenti crisi di aerofagia e soprattutto rifiuto del cibo. A distanza di sei mesi di cure sopra citate, la paziente sembrava restituita a nuova vita: l'appetito era tornato sia pure parzialmente; ha ripreso a muoversi spontaneamente aiutandosi con un deambulatore, fornito di quattro piccole ruote; ha ripreso a parlare scorrevolmente e a discutere con molta proprietà di linguaggio, sebbene compaiono piuttosto raramente ricordi e osservazioni fuori della logica; legge qualche pagina di rivista, segue per qualche tempo gli spettacoli televisivi. Unico grande inconveniente è la poliuria non sempre ben controllata. In ultima analisi, si nota un continuo e costante miglioramento fisico e psichico. Circa la terapia con denosumab, è stato notato che ad ogni iniezione dell'anticorpo monoclonale seguiva, dopo qualche giorno, un decadimento delle condizioni fisiche e psichiche, decadimento, che durava una decina di giorni. Alla quarta iniezione il decadimento è stato più severo ed è durato qualche giorno in più ed è stato attribuito alla massiccia azione necrotica del denosumab sulle cellule tumorali e non, con la liberazione

## Una gravissima lacuna nella gestione del malato oncologico. Una valida proposta terapeutica

di una gran quantità di "scorie". Per prevenire il decadimento alla quinta iniezione di denosumab, la serratio-peptidasi e la bromelina sono state aumentate nella frequenza, cioè ogni 4 ore; è stato notato che i disturbi del decadimento sono stati ridotti come intensità e abbreviati notevolmente nella durata; inoltre, vi è stata una pronta ripresa fisica e psichica, con forte riduzione delle crisi di aerofagia. A distanza di circa un mese nei controlli ematici, è stata rilevata una notevole diminuzione dei globuli rossi, delle piastrine, del ferro e del calcio; è stato osservato, inoltre, che le unghie delle mani, presentavano una interruzione nella crescita, che poi veniva ripresa, e che la nuova unghia era irregolare con spaccature e fragile: segni questi che il denosumab, oltre ad aver agito sulle cellule tumorali, aveva leso il midollo osseo e aveva colpito anche la matrice delle unghie; vi è stata pure una ripresa delle crisi aerofagiche. A distanza di quindici giorni i controlli ematici si sono riportati nella norma, per cui è stata possibile una nuova iniezione di anticorpi monoclonali di denosumab. Gli oncologi della Struttura Sanitaria che la tenevano in cura, visti i risultati, si rallegravano con la paziente che sei mesi prima era entrata nell'Istituto disorientata in carrozzella ed ora camminava con i suoi piedi, controllata da vicino nel suo incedere dal personale, con uno spirito allegro e spiritoso. La sesta iniezione di denosumab ha dato luogo ad una crisi psichica associata a mania suicida; anche questa crisi è stata superata con dieci gocce di delorazepam (En®). Il giorno successivo tale crisi, ovviamente, era completamente dimenticata: a questo proposito bisogna affermare che la memoria recente stentava a ritornare, mentre continuava a confondere il pomeriggio con il mattino, dopo un breve sonno pomeridiano. È stata praticata una TC del rachide senza mezzo di contrasto e una TC del bacino che confermava progressione di malattia a livello osseo con vari punti di osteolisi a carico dell'acetabolo di sinistra, della branca ileo-pubica di destra e dell'ala iliaca di sinistra, ed altri punti di fratture costali. A fronte di dette osservazioni radiografiche, le condizioni fisiche e psichiche della paziente sono assolutamente migliori di quanto dica il risultato della TC, per cui si pensa che la situazione anatomica specialmente a livello osseo ha bisogno di molto tempo per riparare le zone metastatiche, nonostante la massiccia somministrazione della vitamina D3 e di calcio per via orale.

### Discussione

Al termine di questo articolo risulta che la paziente, quasi novantenne, è avviata ad una vera e propria ripresa delle sue facoltà fisiche e psichiche. Senza nulla togliere all'efficacia dell'anticorpo monoclonale denosumab, e del tamoxifene, si può affermare con sicurezza che questi due farmaci hanno potuto dimostrare la loro massima efficacia terapeutica, perché l'organismo era "ripulito" delle "scorie" delle cellule tumorali morte per mezzo della serratio-peptidasi, della bromelina e della sulodexide, senza dimenticare l'azione

protettiva di centri nervosi difesi dalla Pappa Reale dall'aggressione delle "scorie". La paziente ha potuto riprendersi perché i tre farmaci enzimatici hanno dissolto le "scorie", evitando che cadesse nella "fatigue", premonitrice della cachessia. Gli oncologi della Struttura Sanitaria hanno proposto una lenta e graduale riduzione di alcuni farmaci e, poiché non si è sicuri di avere debellato completamente la neoplasia, un trattamento con tamoxifene per lungo tempo. Occorre aggiungere che i marcatori tumorali si mantengono appena al di sopra dei valori normali: questi valori possono essere attribuiti alla sicura efficacia dei farmaci antitumorali, ma anche all'azione di demolizione delle "scorie", (che comprendono anche le sostanze che fungono da marcatori), da parte degli enzimi somministrati. Vale la pena, dunque, affrontare la malattia tumorale, qualunque essa sia, con questi intendimenti, soprattutto per il fatto che i farmaci enzimatici indicati sono assolutamente ben tollerati e privi di effetti collaterali e di tossicità. Le cure antitumorali cominciate un anno fa proseguono come indicate qui sotto:

5. 2 fiale di Pappa Reale;  
 1 compressa di tamoxifene 20 mg;  
 6 compresse di serratio-peptidasi;  
 6 compresse di bromelina, e una fiala di sulodexide (per via intramuscolare).

Durante queste ultime cure, è stato notato, che alcune funzioni della memoria riprendono e dopo qualche giorno scompaiono: queste alternanze sono state attribuite al fatto che le cure enzimatiche riescono a demolire le "scorie" fissate nel tessuto nervoso, ma non riescono ad impedire che altre "scorie" di cellule morte vengano formate.

In conclusione si può affermare che la somministrazione combinata di farmaci antitumorali e di enzimi proteolitici, evitando la malattia "fatigue" quale preludio alla cachessia e alla morte, comporti un miglioramento della qualità di vita del malato.

### Bibliografia

1. Goodman & Gilman: Le basi farmacologiche della terapia. Decima edizione.
2. Torino F.: Ipotiroidismo da farmaci a bersaglio molecolare, un problema clinico rilevante? Il Caduceo Vol. 12, n. 1.

**La felicità spesso si insinua attraverso una porta che non sapevate di aver lasciato aperta.**

*John Barrymore*

## IL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA COSA CAMBIA RISPETTO A QUELLO DEL 2006. LA SINTESI, PUNTO PER PUNTO

*Il nuovo testo del Codice di Deontologia Medica, approvato a Torino lo scorso 18 maggio dal Consiglio nazionale Fnomceo, è stato quasi interamente riscritto rispetto al Codice in vigore dal 2006.*



Innanzitutto, pur mantenendo la sequenza degli articoli già esistenti, è stata modificata la suddivisione, che nel 2006 prevedeva 6 grandi temi, "Titoli", internamente suddivisi in capitoli, "Capi", mentre ora si articola in 18 Titoli senza ulteriori suddivisioni. Rivista poi la definizione di quello che nel 2006 era definito "paziente" o "malato" o "cittadino", mentre ora viene indicato come "persona assistita" o "paziente", a seconda delle circostanze. Inoltre, mentre nel 2006 il Codice si esprimeva di frequente in termini prescrittivi ("il medico deve fare") oggi la formula scelta è quella effettuale ("il medico fa").

**In termini di contenuti il nuovo Codice presenta due grandi innovazioni.** La prima è la chiara indicazione delle competenze esclusive del medico (diagnosi, prescrizione e raccolta del consenso/dissenso) e la seconda è la trasformazione del "rispetto dei diritti del cittadino" in una valorizzazione della "relazione di cura", posta alla base del rapporto tra medico e persona assistita.

Scompaiono le parole "eutanasia" e "comparaggio", sostituite da definizioni più neutre, ed entrano a far parte del Codice quattro nuovi articoli, dedicati rispettivamente alla medicina potenziativa, alla medicina militare, all'innovazione tecnologica in sanità e all'organizzazione sanitaria.

**Di seguito un'analisi del testo, Titolo per Titolo e articolo per articolo.**

### **Titolo I - Contenuti e finalità**

Cambia il titolo, che nel 2006 era "Oggetto e campo di applicazione", le formulazioni sono più snelle, ma non ci sono modifiche sostanziali.

### **Titolo II - Doveri e competenze del medico**

Il Titolo II introduce fin dal titolo una novità: accanto ai "doveri" si indicano infatti anche le "**competenze**" del medico. Di conseguenza, la rinnovata formulazione dell'articolo 3 recita: "Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca. La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità". Snellita la parte che impegna a **non discriminare le persone assistite**: mentre nel Codice 2006 si elencava "senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra", nel Codice 2014, dopo molte richieste in direzione di integrazioni all'elenco (come ad esempio "senza distinzioni nell'orientamento sessuale"), si è scelta una formula riasuntiva, "senza discriminazione alcuna".

Nell'articolo 4 sono stati eliminati i riferimenti ai "valori etici della professione", optando per una formula sintetica che accanto a "libertà e indipendenza della professione" inserisce i concetti di "**autonomia e responsabilità**".

Rafforzato l'articolo 5, dedicato all'**ambiente**, che indica "l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva", impegnando il medico a collaborare a "politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute".

Più netto l'**impegno sociale** nell'articolo 6, dedicato alla qualità professionale, dove il nuovo Codice afferma che il medico "persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure".

All'articolo 7, dedicato allo **status professionale**, una breve aggiunta che sembra orientata ad una riflessione sulla necessità di porre un limite all'esercizio professionale in **età** avanzata: "Il medico valuta responsabilmente la propria condizione psico-fisica in rapporto all'attività professionale".

Nessuna novità sostanziale riguardo all'**obbligo di intervento** (articoli 8 e 9) e sui temi del **segreto professionale** e del **trattamento dei dati personali e sensibili** (articoli 10, 11 e 12).

Nell'articolo 13, dedicato alla **prescrizione**, si ripropone il concetto di competenza, già indicato all'articolo 3: "La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico".

Rammodernati nella stesura gli articoli dedicati alla **sicurezza delle cure** (articolo 14, con più attenzione alla “gestione del rischio clinico”), alle **pratiche non convenzionali** (articolo 15) e all'**accanimento terapeutico**, indicato ora come “Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati” (articolo 16).

Pur sostituendo alla parola “malato” la parola “paziente”, resta sostanzialmente identico nella formulazione l'articolo 17, che nel 2006 era però intitolato “**Eutanasia**”, mentre oggi si titola, in modo più anodino, “Atti finalizzati a provocare la morte”. Sostanzialmente invariato anche l'articolo 18, dedicato ai “Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica”.

Più nettamente orientato alle regole Ecm l'articolo 19 sull'aggiornamento e **formazione professionale permanente**. Si indica infatti che “L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze”, mentre l'obbligo formativo diventa regola deontologica: “Il medico assolve agli obblighi formativi”.

### Titolo III - Rapporti con la persona assistita

Nel Codice 2006 questa parte del Codice era intitolata “Rapporti con il cittadino”, modificata ora in “Rapporti con la persona assistita”.

Profondamente rimaneggiato l'articolo 20, improntato in precedenza al “rispetto dei diritti della persona”, mentre oggi è dedicato alla “relazione di cura”, “costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità”.

Più sintetica la formulazione dell'articolo 21, sui **limiti della competenza professionale**, mentre l'articolo 22, indirettamente riferito all'obiezione di coscienza, è formulato in modo più esplicito riguardo al diritto alla prestazione da parte del cittadino: “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”.

Lievi modifiche agli articoli 23, 24, 25 e 26, dedicati rispettivamente a **continuità delle cure, certificazione, documentazione clinica e cartella clinica**, dove vengono esplicitati i comportamenti da tenere nel caso in cui i pazienti siano inseriti in protocolli di ricerca.

Più sintetici, ma invariati nella sostanza, gli articoli 27, **libertà di scelta del cittadino**, e 28, **rinuncia del medico al rapporto di cura**. Più netto l'articolo 29 sulla **fornitura di farmaci**, che sembra rinviare anche a recenti casi controversi, come “Stamina”: “Il medico non può cedere farmaci a scopo di lucro”.

Aggiornato l'articolo 30 dedicato al **conflitto di interessi**, orientato più alla trasparenza che al divieto: “Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati”.

All'articolo 31 scompare la dicitura di “**comparaggio**”, sostituita da una più neutra definizione di “Accordi illeciti nella prescrizione”.

Ampliata, nell'articolo 32, la definizione dei **soggetti fragili** nei confronti dei quali il medico ha specifici doveri. Nel Codice 2006 indicava infatti un particolare impegno “a tutelare il minore, l'anziano e il disabile”, mentre nel testo attuale si dice che “il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile”.

### Titolo IV - Informazione e comunicazione. Consenso e dissenso

Due le novità negli articoli riguardanti l'informazione e il consenso (articoli 33, 34 e 35). La prima è la sottolineatura secondo la quale “L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile”, mentre la seconda è una specifica attenzione ai minori, chiamati in causa nel percorso decisionale.

Entrano nel Codice le **DAT**, Dichiarazioni anticipate di trattamento, esplicitamente richiamate agli articoli 36, 37, 38 e 39. “Il medico – recita l'articolo 38 – tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale”.

### Titolo V - Trapianti di organi, tessuti e cellule

Riformulati, ma senza sostanziali novità gli articoli 40 e 41 dedicati alla donazione di organi, tessuti e cellule.

### Titolo VI - Sessualità, riproduzione e genetica

La sfera sessuale e riproduttiva diventa oggetto di uno specifico segmento del Codice. Invariati gli articoli 42 e 43, dedicati all'informazione in materia di sessualità e all'**IVG**, mentre è stato rivisto l'articolo 44 dedicato alla **PMA**: i di-

## Il nuovo Codice di Deontologia Medica

vieti all'intervento medico non investono le specifiche situazioni della coppia o della donna, ma si rivolgono a "ogni pratica di procreazione medicalmente assistita a fini di selezione etnica o genetica; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca e ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali".

Ribaditi i limiti agli interventi sul **genoma** (articolo 45) e sull'utilizzo dei **test predittivi** (articolo 46).

### Titolo VII - Ricerca e sperimentazione

Una blanda apertura alle istanze animaliste nell'articolo 47, dove si dice che in materia di sperimentazione "Il medico incentiva modelli alternativi a quelli umani e animali, purché siano fondatamente equivalenti nei profili di efficacia sperimentale".

Più stringenti gli altri articoli sulle sperimentazioni cliniche, sull'uomo e sull'animale (articoli 48, 49 e 50).

### Titolo VIII - Trattamento medico e libertà personale

Più chiaro il titolo dato all'articolo 51, che nel 2006 era "Obblighi del medico", mentre ora è stato modificato in "Soggetti in stato di limitata libertà personale", mantenendo le indicazioni di rispetto della dignità della persona già previste.

Sostanzialmente immodificati l'articolo 52, dedicato alla **tortura**, e l'articolo 53, rivolto al **rifiuto consapevole di alimentarsi**.

### Titolo IX - Onorari professionali, informazione e pubblicità sanitaria

L'articolo 54 è ora esplicitamente dedicato all'esercizio libero professionale e prevede espressamente che "il medico libero professionista provvede a **idonea copertura assicurativa** per responsabilità civile verso terzi".

Resta la distinzione tra **informazione sanitaria** (articolo 55) e **pubblicità informativa sanitaria** (articolo 56) per la quale è vietata ogni forma di pubblicità comparativa. Vietato anche il **patrocinio** a forme pubblicitarie (articolo 57).

### Titolo X - Rapporti con i colleghi

Invariati nella sostanza l'articolo 58, sulla correttezza dei rapporti tra medici, l'articolo 59, sui rapporti tra specialisti e medici curanti, l'articolo 60, sul consulto, e l'articolo 61, sulle sostituzioni che si modifica però in "affidamento degli assistiti", improntandosi ad una maggiore reciprocità tra medici.

### Titolo XI - Attività medico legale

Ribaditi gli obblighi dell'attività medico legale (articolo 62) e della medicina fiscale (articolo 63), nel rispetto del Codice.

### Titolo XII - Rapporti intra e interprofessionali

Al primo posto di questo nuovo Titolo i rapporti con l'Ordine professionale, definiti dall'articolo 64 (già presente anche nel Codice 2006, anche se diversamente rubricato).

Ridefiniti poi i limiti delle **società tra professionisti**, articolo 65, investite anche in dimensione interprofessionale: "Il medico non può partecipare a intese dirette o indirette con altre professioni sanitarie o categorie professionali per svolgere attività di impresa industriale o commerciale o di altra natura che ne condizionino la dignità, l'indipendenza e l'autonomia professionale".

Oggetto di polemiche la riscrittura dell'articolo 66, dedicato al **rapporto con altre professioni sanitarie**, che secondo alcuni risulta troppo "ecumenico", rinunciando ad indicare una primazia del medico. "Il medico – recita ora l'articolo 66 – si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità".

Quasi invariato l'articolo 67, che sanziona **prestanomismo** e **abusivismo professionale**.

### Titolo XIII - Rapporti con le strutture sanitarie pubbliche e private

Riscritto, ma senza novità sostanziali, l'articolo 68 che regola i doveri del medico operante in strutture pubbliche o private, facendo prevalere gli obblighi deontologici e con una particolare attenzione a evitare il conflitto di interessi a favore della **libera professione intramoenia**.

Riscritto anche l'articolo 69, relativo ai medici che assumono incarichi di **Direzione Sanitaria**, per i quali è esplicitamente indicato il **divieto ad assumere "incarichi plurimi**, incompatibili con le funzioni di vigilanza attiva e continuativa".

Confermato nella sostanza anche l'articolo 70, relativo alla qualità delle prestazioni in relazione ai carichi di lavoro e alle condizioni della struttura sanitaria.

**Titolo XIV - Medicina dello sport**

Appena ritoccati gli articoli che regolano l'attività medica in ambito sportivo, ribadendo i principi di cautela nella valutazione dell'idoneità fisica alla pratica sportiva (articolo 71) e agonistica (articolo 72), nonché il divieto a prescrivere forme di doping (articolo 73).

**Titolo XV - Tutela della salute collettiva**

Identico alla formulazione del 2006 il testo dell'articolo 74, sul trattamento sanitario obbligatorio, e appena ritocato quello dell'articolo 75, sulla cura delle tossicodipendenze.

**Titolo XVI - Medicina potenziativa ed estetica**

È questo uno dei nuovi articoli introdotti nel Codice, che inserisce per la prima volta una nuova frontiera della medicina, rivolta al potenziamento delle capacità fisiologiche umane e accostata agli interventi di medicina estetica. "Il medico – recita il nuovo articolo 76 – quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta.

Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non suscita né alimenta aspettative illusorie, individuando le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate. Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento".

**Titolo XVII - Medicina militare**

Innovativo anche l'inserimento dei medici militari nel Codice, con un delicato gioco di equilibri tra il rispetto degli obblighi deontologici e la catena di comando delle Forze Armate. Il risultato è il nuovo articolo 77 del Codice: "Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra.

Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui.

È dovere del medico militare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano deposto le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona.

In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare".

**Titolo XVIII - Informatizzazione e innovazione sanitaria**

Altri due nuovi articoli del Codice 2014. Il primo, articolo 78, è dedicato alle **tecnologie informatiche in sanità** e sottolinea la necessità di rispettare le norme sulle sicurezza dei dati e sul consenso da parte della persona assistita, invitando il medico ad utilizzarle secondo "criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza".

Il secondo, articolo 79, è invece rivolto alle **innovazioni nell'organizzazione sanitaria**, sottolineando come "il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria". Fonte *quotidiano sanità.it*

**Chi non comprende il tuo silenzio probabilmente non capirà nemmeno le tue parole.**

*Elbert Hubbard*

**Un viaggio di mille chilometri inizia sempre con un piccolo passo.**

*Lao-Tze*



# XXXV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA



Il 23, 24, 25 Maggio 2014 a Roma si è tenuto, al Centro Congressi di Roma "Cavalieri Waldorf Astoria Hotels & Resort" il XXXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Estetica ed il IX Congresso Nazionale dell'Accademia Italiana di Medicina Anti Aging, ponendo un'attenzione particolare sulla Medicina Estetica nell'uomo, trattamento medico-estetico del tessuto adiposo, trattamento delle labbra e della regione mandibolare e nuove sinergie di sviluppo nelle tecniche medico-estetiche della zona perioculare.

A livello della zona perioculare l'invecchiamento può rilevare un aumento della colorazione vascolare della zona orbitale (occhiaie), un aumento del rilassamento cutaneo con accumulo di tessuto adiposo a livello della palpebra superiore ed inferiore; un aumento delle rughe perioculari. Tutti questi disturbi si possono

trattare avendo delle direttive: indicazioni di protocolli di trattamento del paziente in un modo ordinato e chiaro.

La sequenza e la scelta del metodo più appropriato permette di utilizzare: mesoterapia bio-rivitalizzante, peeling chimici, laser frazionato, laser al plasma, radiofrequenza, ossigeno-ozono terapia, carbossiterapia, ossigeno frazionato, ossigeno iperbarico, infiltrazioni con acido ialuronico, infiltrazioni con tossina botulinica, elettroforesi con acido ialuronico e prodotti vasoattivi e fili di sutura in PDO.

Le novità in materia dei fili in PDO sono le nuove varianti: mono-filamenti lisci, mono-filamenti dentellati monodirezionali e mono-filamenti dentellati bidirezionali, donando un ringiovanimento al tessuto, effetto lifting, luminosità, sostegno e tonificazione, aumento di volume ed attenuazione di rughe, linee e solchi.

La presentazione del nuovo filler a base di carbossimetilcellulosa Erelle Volume e nuove tecniche di utilizzo dell'acido ialuronico di Juvederm Volbella, Volift, Hydrate permette di ottenere nuovi traguardi e risultati migliori nel trattamento della zona peri-orbitale.

Il protocollo di trattamento si decide dopo la visita accurata del paziente, avendo come risultato finale un miglioramento notevole nel più breve tempo possibile, nel massimo confort.

#### **Dottor Stefan Dima**

Responsabile Reparto di Medicina Estetica

e-mail: [medestetica@usi.it](mailto:medestetica@usi.it)

Tel. 06 328681 Cell. 337 738694

**Il riso è il sole che scaccia l'inverno dal volto umano.**

*Victor Hugo*

## 2° CORSO ANNUALE DI FORMAZIONE PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA E GASTROENTEROLOGIA: RISULTATI E OBIETTIVI RAGGIUNTI

*“Un prodotto tutto Made in USI”  
A cura di Antonello Trecca e Gabriele Marinozzi*

La seconda edizione del corso di formazione in Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia per Medici di Medicina Generale ha riscosso un notevole ed indiscutibile successo anche quest'anno. La soddisfazione dei 15 medici partecipanti è stata sempre palpabile durante tutte le quattro giornate di incontri.

La cornice fornita dalla sede dell'USI di Via Orsini, peraltro molto raccolta e dove normalmente si svolgono le attività di endoscopia, ha indubbiamente favorito il dibattito aperto ed il confronto fra i docenti ed i discenti che hanno potuto mettere a fuoco tutte le principali problematiche presenti oggi in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Particolare rilevanza ed interesse ha riscosso la diretta dalla sala endoscopica. Gli operatori, il Dottor Gabriele Marinozzi ed il Dottor Antonello Trecca, hanno effettuato un totale di due esofagogastroduodenoscopie con apposizione del sistema di phmetria "Bravo", tre colonscopie totali ed una endoscopia capsulare del tenue e del colon. Tutte le procedure sono state eseguite in sedazione profonda con la presenza dei medici anestesisti, il Dottor Giancarlo Dessì ed il Dottor Stefano Serafini e della Infermiera Professionale Alessia Gigliucci.

L'esecuzione degli esami endoscopici in diretta ha consentito di focalizzare tutte le problematiche quotidiane che si riscontrano nella pratica clinica e quindi di indirizzare il dibattito proprio su quegli aspetti delle procedure che necessitano non solo dell'approfondimento specifico, ma anche dell'indispensabile interazione fra il medico di medicina generale ed il gastroenterologo.

Il problema della corretta preparazione intestinale sia per l'esplorazione del tratto digestivo superiore, sia per quello inferiore, le indicazioni assolute all'esecuzione delle procedure sono state passate in disamina con l'aiuto e la partecipazione anche del vissuto emozionale dei pazienti che durante la diretta hanno portato la loro esperienza personale. Tutte le giornate hanno previsto la partecipazione di personalità scientifiche di alto valore.

Nel **primo percorso** dedicato alla **malattia da reflusso gastroesofageo**, il Professor D'annibale, primario della chirurgia generale dell'Ospedale San Giovanni di Roma, ha rivolto la sua attenzione al trattamento chirurgico di questa patologia alla luce delle moderne acquisizioni in questo campo fornite dalla chirurgia partendo dalla laparoscopia fino alla chirurgia robotica che rappresenta l'ultima frontiera ed i cui risultati cominciano ad essere non solo promettenti.

Nel **secondo percorso** dedicato alla **stipsi**, il Professor Bassotti, ordinario di Gastroenterologia dell'Università di Perugia, ha svolto una lettura appassionata sulla stipsi, problematica clinica di notevole frequenza nella pratica clinica sia dello specialista sia del medico di medicina generale, passando in rassegna sia gli aspetti fisiopatogenetici sia fornendo una disamina accurata delle principali modalità terapeutiche a disposizione dello specialista oggi.

Il Dottor Pende, sempre dell'Ospedale San Giovanni di Roma, ha portato la sua esperienza nel trattamento chirurgico della stipsi da ostruita defecazione passando in rassegna tutte le principali opzioni chirurgiche illustrando per ciascuna metodica indicazioni, risultati e complicanze.

Il **terzo percorso** è stato dedicato alla presentazione delle principali **patologie proctologiche** dalla malattia emorroidaria, alla ragade anale ed agli ascessi e fistole perinali ed è stato trattato con impronta pratica ed esaustiva dal Professor Fabio Gaj dell'Università "Sapienza" di Roma. L'importanza della diagnosi accurata e la necessità di escludere sempre la patologia neoplastica in ogni paziente è stata sottolineata nella carrellata di quadri clinici e fisiopatogenetici proposti dal relatore. La giornata è proseguita con la presentazione da parte del Dottor Marinozzi della sua esperienza personale nell'utilizzo della **endoscopia capsulare nello studio delle patologie dell'intestino tenue e del colon**. Particolarmente nel primo distretto il ruolo imprescindibile di questa procedura è stato segnalato ai discenti che hanno potuto contestualmente apprezzare l'efficacia e l'accuratezza della metodica proprio grazie alla lettura dell'esame endoscopico condotto in diretta dall'operatore e rivalutato insieme ai discenti proprio dal Dottor Marinozzi.



La **quarta ed ultima giornata** è stata dedicata sia alla presentazione dei risultati clinici nel **trattamento delle patologie infiammatorie croniche intestinali**, sia alla **diagnosi e terapia dei tumori colorettali**. In particolare molto apprezzati i contributi del Professor Antonio Crucitti, primario dell'Ospedale Cristo Re di Roma e docente presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che ha presentato anche la sua esperienza nel trattamento chirurgico della **malattia diverticolare** alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche. La terapia medica della malattia diverticolare era stata affrontata nella sessione precedente dal Dottor Trecca, il quale nell'ultima giornata ha presentato anche i brillanti risultati dell'endoscopia digestiva nella diagnosi e nella terapia delle lesioni precoci colorettali mediante nuove metodiche di chirurgia resettiva endoscopica che si stanno sempre più diffondendo nella pratica clinica dopo le evidenze provenienti dai colleghi orientali. Il professor Crucitti in particolare ha presentato la sua esperienza personale nel trattamento laparoscopico dei tumori colorettali avanzati che al giorno d'oggi si avvalgono in quota sempre più considerevole di questa modalità terapeutica.

Un capitolo a parte meritavano le **neoplasie a localizzazione rettale** che sono trattabili mediante una nuova tecnica mininvasiva denominata Microchirurgia Endoscopica Transrettale, una sorta di rettoscopio operativo attraverso il quale sempre per via transanale e senza aggressione addominale è possibile eliminare definitivamente queste neoplasie.

Il Professor Giancarlo D'Ambrosio, docente presso l'Università "Sapienza" di Roma, non solo ha presentato i dati relativi alla sua cospicua esperienza, ma ha anche fornito una proiezione su quelli che potrebbero essere gli sviluppi futuri di questa procedura che presenta minore morbilità operatoria, sempre garantendo una corretta radicalità oncologica.

Il prodotto didattico, tutto "Made in USI" è risultato quindi di alta qualità e spessore ed è stato impreziosito dalla attribuzione di ben 32,8 crediti da parte del Ministero della Salute. Ci auguriamo quindi che il corso continuerà a rappresentare un punto di riferimento per la piattaforma didattica del medico di medicina generale.

Un ringraziamento affettuoso alla famiglia USI che ci ha consentito di portare a termine questo percorso con l'assistenza preziosa del personale di segreteria. Con altrettanto affetto e riconoscenza ringraziamo tutte le aziende farmaceutiche che ci sono state vicine nella realizzazione di questo ambizioso processo formativo.

**Tabella 1** - Elenco delle patologie trattate all'interno del Corso di Formazione

■ Malattia da Reflusso Gastroesofageo
■ Esofago di Barrett
■ Diverticolo di Zenker
■ Acalasia
■ Tumori esofagei
■ Tumori gastrici
■ Stipsi
■ Malattia diverticolare
■ Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
■ Patologia proctologica
■ Tumori colorettali

**Tabella 2** - Elenco delle procedure effettuate durante il corso

■ Esofagogastroduodenoscopia in sedazione profonda con applicazione del sistema di rilevazione pneumatico "Bravo"
■ Pancoloscopia ed Ileoscopia retrograda in sedazione profonda
■ Endoscopia Capsulare del Tenue e del Colon

**La donna impiega dieci anni per cambiare le abitudini del marito e poi si lamenta che non è più l'uomo che aveva sposato.**

*Barbra Streisand*



**CORSO ANNUALE  
DI FORMAZIONE  
PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
IN GASTROENTEROLOGIA  
ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
2° EDIZIONE**

16, 23, 30 NOVEMBRE e 7 DICEMBRE 2013

Unione Sanitaria Internazionale - Via Virginio Orsini 27/A - Roma

**Segreteria Scientifica**

Gabriele Marinozzi - Dipartimento Endoscopia Digestiva Operativa, Ospedale Santa Maria di Terni

Antonello Trecca: Responsabile Unità di Endoscopia Digestiva, Gruppo USI, Roma - Tel. 338 6905985 - [atrecca@alice.it](mailto:atrecca@alice.it)

**Normativa ECM**

Al corso sono stati attribuiti 35 (trentacinque) crediti di formazione

ALFA WASSERMANN



Shire

SOFAR

pharmaguida

Quest'anno allo Strega con **Giuseppe Catozzella** che ne racconta la storia corre anche Samia, la giovane atleta somala che dopo aver partecipato alle Olimpiadi di Pechino voleva vincere quelle di Londra, e invece...



## Vince sempre...chi corre per la libertà, e Samia lo sa

di **Michele Trecca**

**N**on dirmi che hai paura di Giuseppe Catozzella è una lama piantata nel cuore sin dalle prime parole della prima pagina. Quando leggi «La mattina che io e Ali siamo diventati fratelli...», subito riconosci in quella dolcezza la voce di Samia ed è un'emozione forte che non ti lascia più. Sai, infatti, che quella giovane atleta somala è morta il 2 aprile 2012 nel Mar Mediterraneo mentre inseguiva il sogno di raggiungere l'Europa per potersi allenare e partecipare alle imminenti Olimpiadi di Londra. Quei 200 mt. che erano la sua specialità lei già li aveva corsi a Pechino quattro anni prima, diciassettenne. Era arrivata ultima fra l'incitamento caloroso del pubblico che subito aveva riconosciuto la forza dirompente del suo sogno. Dopo quella gara Samia era diventata un simbolo della lotta di liberazione delle donne musulmane di tutto il mondo. E per loro lei a Londra avrebbe vinto. Lo aveva promesso a suo padre, che la chiamava «la mia piccola guerriera» ed era stato il primo con Ali a credere in lei.

Giuseppe Catozzella ha ricostruito in un romanzo in prima persona la straordinaria e drammatica storia di Samia Yusuf Omar dai primi anni di vita a Mogadiscio fino agli ultimi tragici momenti. È come se in qualche modo avesse strappato Samia a quelle onde al largo di Malta che invece l'hanno sommersa. Di sicuro ha salvato il suo mondo d'affetti. *Non dirmi che hai paura* è, infatti, prima di tutto il romanzo della piccola comunità felice della casa dell'eucalipto, l'enorme albero nel cortile attorno al quale erano state tirate su alla meno peggio le poche stanze dove vivevano in affitto la famiglia di Samia e quella del suo amico Ali, che a dieci anni con assoluta convinzione le dice: «Tu sei più veloce di me, ma io sarò il tuo allenatore».

Con il loro vincolo di solidarietà i due gruppi della casa dell'eucalipto riuscivano ad essere più forti della miseria e i bambini a crescere nella certezza dei propri sogni. Rispetto al gelo delle solitudini metropolitane d'occidente certi momenti d'innocenza e letizia di quella vita di stenti a Mogadiscio sembrano la favola d'un tempo di pienezza umana ormai irrimediabilmente perduto.

*Non dirmi che hai paura* è, però, anche il romanzo della guerra civile che dal 1991 ha devastato la Somalia ed è stato il dato *naturale* della vita di Samia, peraltro la sua famiglia e quella di Ali appartenevano a tribù in conflitto fra loro. Più violenta di tutte poi la furia ideologica degli integralisti islamici. Troppo anche per la capacità di resistenza della *social catena* della casa dell'eucalipto sulla quale s'abbatteranno sanguinosi dolori. Samia, però, non s'arrende e

con quel viaggio di ottomila chilometri attraverso Etiopia, Sudan, Sahara e Libia si fa carico delle speranze di liberazione di tutto il suo popolo che orgogliosamente voleva rappresentare a Londra come già in Cina. È andata come sappiamo.

**Giuseppe Catozzella** – milanese, trentasette anni, laurea in filosofia, esordio in versi, all'attivo reportage narrativi ed esperienze di giornalismo d'inchiesta – unisce il rigore documentario di un lungo e meticoloso lavoro di ricerca a una *celeste corrispondenza d'amorosi sensi* con il mondo interiore di Samia del quale riesce a dare con semplicità complessa una magistrale interpretazione letteraria. *Non dirmi che hai paura* è una lezione di vita. Dopo, il mondo lo guardi con altri occhi.



Giuseppe Catozzella  
*Non dirmi che hai paura*  
Feltrinelli, pagg. 236, € 15,00