

il caduceo

Vol.14, n° 2 - 2012



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbatì

DIRETTORE SCIENTIFICO
CO-EDITOR
B. Trinti

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

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

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

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

FINITO DI STAMPARE NEL MESE
DI GIUGNO 2012
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Eclipse

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

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

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



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

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



SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Potenziali complicanze dell'angioplastica in pazienti con infarto miocardico acuto
Marina Polacco, Cesare Greco, Carlo Gaudio
7. Effetto del Dipyridamolo intracoronarico nell'Infarto Miocardico Acuto (IMA) durante angioplastica primaria
Emilio Centaro, Elisabetta Popolizio, Gaetano Pero, Cesare Greco e Carlo Gaudio
12. L'isteria tra la concezione classica e l'attualità clinico-nosografica
Giuseppe Mattia Carluccio, Liliana Todini, Michele Majorana, Luigi Orso, Nicoletta Giacchetti
16. Il diritto alla guarigione per tutti: le aspettative dei pazienti, il ruolo dell'innovazione terapeutica
Intervista a Ivan Gardini
20. Ferita fetale accidentale durante un parto cesareo: aspetti medico-legali a margine di un caso di personale osservazione
Aniello Maiese, Marianna Magliozzi, Giorgio Bolino
25. Focus su: Disturbo da Attacchi di Panico
Guido Trabucchi, Amedeo Minichino, Lucilla Vergnani, Rossella Pannese, Roberto Delle Chiaie, Massimo Biondi
29. Life skills
Barbara Andreotti
31. Diario di viaggio: dalla Tanzania, i racconti di una realtà vissuta da vicino...
Giulia Bonanni
34. "Il Milione News": Cure radioterapiche di qualità, nonostante tutto...
Rubrica a cura di Enrico Rosati
35. La forza dei sentimenti
Michele Trecca

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Potenziali complicanze dell'angioplastica in pazienti con infarto miocardico acuto

Marina Polacco, Cesare Greco, Carlo Gaudio

Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche.
Policlinico Umberto I. Università "Sapienza" Roma

Definizione di no-reflow

È ormai noto come il goal primario della terapia dell'infarto miocardico acuto (IMA) sia la precoce, completa e stabile ricanalizzazione del vaso coronarico con un'adeguata perfusione tissutale miocardica. L'angioplastica coronarica transluminale percutanea primaria (pPTCA), con successivo impianto di stent, rappresenta, pertanto, il gold standard attuale della terapia dell'IMA. Tuttavia, un sempre maggior numero di evidenze sperimentali e cliniche indica che la pPTCA nell'IMA non sempre ottiene un'efficace ripercussione miocardica nonostante la ricanalizzazione del vaso epicardico. Tale fenomeno è indicato come "no-reflow" ed è caratterizzato da un'incompleta o non uniforme ripercussione microvascolare. L'esistenza del fenomeno del no-reflow interessa fino al 50% dei pazienti con IMA. Questo dato è estremamente variabile tra gli studi disponibili e dipende dal contesto clinico, dal tipo di lesione e del vaso trattati e dalla metodica utilizzata per l'analisi del fenomeno. Soprattutto quest'ultimo parametro tende ad essere responsabile di un'eventuale sottostima del fenomeno. Le attuali tecnologie consentono, infatti, di valutare anche gradi minori di danno del microcircolo e ridotto flusso miocardico. La notevole incidenza di tale fenomeno in corso di pPTCA ha portato, inoltre, nel tempo a ridefinire i criteri di un'ottimale ripercussione che includono, oltre alla pervietà della coronaria responsabile della necrosi, anche una microvascolarizzazione miocardica intatta ed una normalizzata perfusione tissutale. Il fenomeno del no-reflow miocardico può essere "sostenuto" o "reversibile" (Fig.1). Il primo, molto probabilmente, è il risultato di cambiamenti *anatomici* irreversibili del microcircolo coronarico; il secondo, invece, può essere considerato come il risultato di cambiamenti *funzionali*, e quindi reversibili, del microcircolo. Interessante è evidenziare come i pazienti con no-reflow sostenuto subiscano un rimodellamento ventricolare sfavorevole; mentre i pazienti con no-reflow reversibile tendano a conservare inalterati nel tempo i volumi ventricolari. L'evidenza che il no-reflow possa essere spontaneamente reversibile apre uno scenario nuovo nello studio della patogenesi del fenomeno, con importanti implicazioni terapeutiche.

Meccanismi etiopatogenetici del no-reflow

Il fenomeno del no-reflow miocardico fu descritto per la prima volta da Klöner e collaboratori nel 1974 su

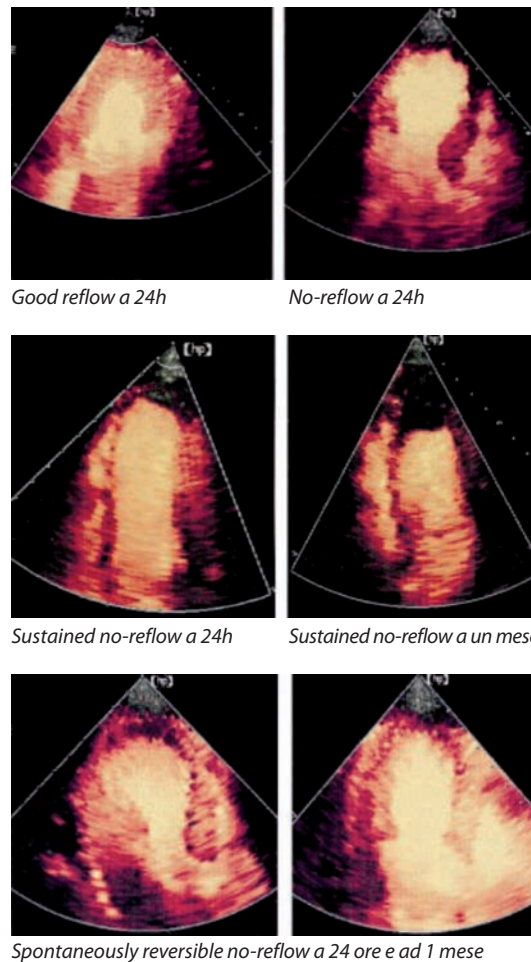


Fig. 1 - Il fenomeno del no-reflow.

modello sperimentale. Essi dimostrarono, mediante microscopia elettronica, come l'ischemia prolungata (90 min) e la successiva ricanalizzazione dell'arteria epicardica siano in grado di determinare un significativo danno microvascolare. I meccanismi patogenetici del no-reflow, tuttavia, non sono, a tutt'oggi, ancora completamente conosciuti, ma appare chiaro come tale fenomeno presenti un'etiopatogenesi multifattoriale. Nell'uomo, la variabile combinazione di 4 componenti patogenetiche sembra svolgere un ruolo chiave nel determinare l'insorgenza del fenomeno: 1) embolizzazione distale di materiale aterotrombotico; 2) danno da ischemia; 3) danno da ripercussione; 4) suscettibilità individuale al danno del microcircolo coronarico. (Fig.2)

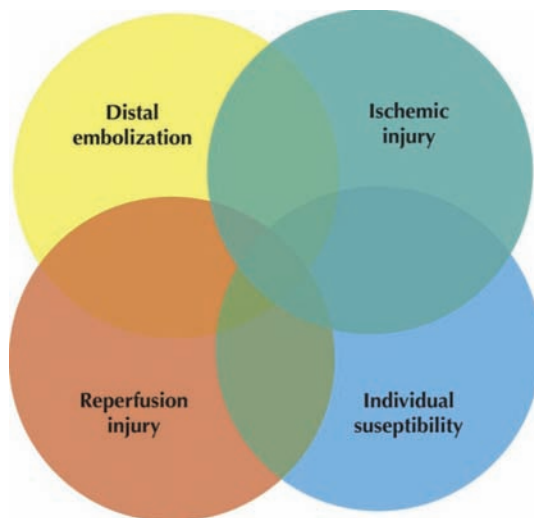


Fig. 2 - Meccanismi etiopatogenetici del no-reflow.

L'ischemia prolungata, in particolare, è responsabile del rigonfiamento e della protrusione intraluminale delle cellule endoteliali. L'edema delle cellule miocardiche, l'edema interstiziale ed il rigonfiamento delle cellule endoteliali determinano una compressione dei capillari ed una stasi del microcircolo, facilitando la formazione locale di aggregati piastrinici e di leucociti, soprattutto neutrofili. Questo processo patologico può essere accelerato dalla riperfusione miocardica dopo angioplastica, con la successiva liberazione di radicali liberi di ossigeno, chinine e sostanze vasocostrittrici che aggravano il danno, contribuendo al progressivo declino del flusso coronarico ed all'irreversibilità del fenomeno. L'embolizzazione distale di microparticelle (15-100 micron) costituite da piastrine, corpi ialini e cristalli di colesterolo derivati dalla placca, contribuiscono al mantenimento del no-reflow, in quanto determinano sia un'ostruzione meccanica capillare, sia una reazione infiammatoria che peggiora la disfunzione endoteliale e la vasocostrizione. In questo contesto, la pPTCA, potenzialmente, accelera il processo patologico responsabile di piccoli infarti periprocedurali. Le tecniche di rivascolarizzazione possono, quindi, causare danni addizionali rappresentati da mionecrosi ad opera di detriti ateromasi mobilizzati durante la procedura e da insulti da ischemia/riperfusione associati alla ricanalizzazione stessa. Infine, nella patogenesi del no-reflow sembra emergere una nuova componente rappresentata dalla suscettibilità individuale al danno del microcircolo. La predisposizione può essere genetica e/o acquisita. In particolare, il diabete è stato associato con una peggiore riperfusione microvascolare dopo pPTCA e l'ipercolesterolemia, nel modello animale, aggrava il danno da riperfusione aumentando lo stress ossidativo endoteliale. Infine, i maggiori determinanti del no-reflow indicati in letteratura sono: la durata dell'occlusione vascolare, l'entità della necrosi miocardica e la durata della riperfusione. La comprensione dei meccanismi cellulari e molecolari

responsabili dell'insorgenza del no-reflow miocardico risulta fondamentale in quanto consentirà l'uso di appropriate strategie per prevenire o trattare ognuna di queste componenti nel tentativo di ridurre la prevalenza del no-reflow.

Diagnosi di no-reflow

Il fenomeno del no-reflow può essere valutato mediante indici angiografici e diverse metodiche strumentali. L'angiografia coronarica e gradi di flusso Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI) sono stati utilizzati ampiamente per valutare la qualità del flusso coronarico e la riuscita della riperfusione. Storicamente, un flusso TIMI 0/1 è considerato come un fallimento della riperfusione; un flusso TIMI 2/3 identifica, invece, pazienti con efficace riperfusione. Non sempre però al raggiungimento di un flusso TIMI 3, corrisponde un'effettiva riperfusione tissutale. Un altro indice angiografico utilizzato per valutare il fenomeno del no-reflow è rappresentato dall'analisi del Myocardial Blush Grade (MBG). Tale parametro è un buon predittore di un'efficace microperfusione e di un conseguente recupero miocardico e la sua rilevazione in corso di pPTCA fornisce al cardiologo interventista uno strumento immediato di valutazione. Un MBG 0-1 è suggestivo di no-reflow e tale evenienza si osserva in circa il 50% dei pazienti con flusso TIMI 3. Considerando entrambi gli indici, il no-reflow angiografico può essere definito come un flusso TIMI < 3 o un flusso TIMI 3 con MBG 0-1. Un altro metodo ampiamente usato nella pratica clinica ed anche negli studi clinici è la misurazione della risoluzione del tratto ST (STR) 60 o 90 minuti dopo pPTCA. La mancata risoluzione del tratto ST di almeno il 50% o il 70% è considerata come marker di no-reflow. Interessante è che circa un terzo dei pazienti con flusso TIMI 3 e MBG 2-3 non mostrano risoluzione del tratto ST. Numerose evidenze scientifiche dimostrano che l'integrazione del MBG e della STR consentono una migliore stratificazione del rischio del paziente con IMA. In particolare, pazienti con MBG 2-3 e STR > 70% presentano un outcome marcatamente migliore rispetto a pazienti con MBG 0-1 e STR < 70%; mentre la prognosi appare intermedia in quei pazienti con risultati discordanti tra gli indici angiografici ed elettrocardiografici di no-reflow. TIMI, MBG e STR sono poco costosi, facilmente accessibili e aggiungono informazioni prognostiche, pertanto la loro determinazione dovrebbe entrare nella pratica clinica corrente. Queste modalità diagnostiche, però, non consentono una diretta misurazione della riperfusione microvascolare. L'ecocontrastografia (MCE), al contrario, è una tecnica di imaging non invasiva, estremamente sensibile, che permette la valutazione dei difetti di perfusione microvascolare consentendo l'individuazione di gradi minori di ostruzione microvascolare e ridotto flusso miocardico. Infine, la risonanza magnetica cardiaca con gadolinio rappresenta un'altra modalità per misurare la perfusione cardiaca regionale e l'edema associato all'ischemia prolungata.

Potenziali complicanze dell'angioplastica in pazienti con infarto miocardico acuto

Impatto clinico del fenomeno del no-reflow

Il no-reflow può essere clinicamente silente o manifestarsi con angina, instabilità emodinamica e/o turbe della conduzione. Numerosi studi scientifici hanno indagato l'impatto clinico di tale fenomeno che risulta essere associato ad un danno miocardico maggiore, fino ad annullare il potenziale beneficio della pPTCA. La presenza del no-reflow predice l'insorgenza di complicanze acute dopo IMA. I pazienti con no-reflow rappresentano, infatti, il sottogruppo di pazienti sottoposti a pPTCA a più alto rischio di scompenso cardiaco congestizio precoce e sostenuto, aritmie ventricolari, rottura di cuore, e morte. Inoltre, i pazienti con no-reflow hanno una ridotta funzione contrattile del ventricolo sinistro con ridotta frazione d'eiezione. La presenza di no-reflow determina, di fatto, un'espansione della zona infartuata ed una precoce dilatazione ventricolare sinistra, con maggiore probabilità di sviluppare un ventricolo sinistro aneurismatico. È stato chiaramente dimostrato che l'ostruzione microvascolare evidenziata alla risonanza magnetica cardiaca predice un rimodellamento negativo post-infartuale del ventricolo sinistro ed uno scarso recupero funzionale. I meccanismi con cui il fenomeno del no-reflow influenzi il rimodellamento ventricolare non sono ancora del tutto conosciuti.

In conclusione, i pazienti con no-reflow hanno una maggior prevalenza di: 1) complicanze post-infartuali precoci (aritmie, versamento pericardico, tamponamento cardiaco, scompenso cardiaco precoce); 2) rimodellamento avverso del ventricolo sinistro; 3) reospedalizzazione tardiva per scompenso cardiaco; 4) mortalità.

Il no-reflow - sinossi

Indica l'impossibilità di raggiungere una riperfusione miocardica uniforme dopo prolungata ma reversibile occlusione coronarica epicardica;
Nega i vantaggi prognostici dell'angioplastica primaria;
Ha un'eziopatogenesi multifattoriale;
Può essere evidenziato in modo non invasivo;
Può essere spontaneamente reversibile anche in assenza di farmaci;
Esistono approcci farmacologici e meccanici utili nella prevenzione e nel trattamento del fenomeno.

Prevenzione e trattamento del fenomeno del no-reflow

Il no-reflow è un fenomeno multifattoriale, le cui cause principali sono solo parzialmente prevedibili. Tutto ciò rende particolarmente difficoltoso un approccio preventivo e terapeutico standardizzato e costituisce il razionale per la sperimentazione e l'utilizzo di sistemi

farmacologici e/o meccanici di prevenzione. In caso di infarto acuto, l'incidenza del no-reflow può essere ridotta iniziando precocemente il trattamento riperfusivo, farmacologico o meccanico. La riapertura precoce del vaso epicardico riduce le dimensioni della necrosi miocardica e previene la dilatazione del ventricolo, favorendo la cicatrizzazione della zona infartuata. Per il trattamento di lesioni particolarmente trombotiche o ad elevato contenuto di placca è stato recentemente proposto l'uso della trombo-aspirazione, allo scopo di minimizzare l'embolizzazione di quella quota di placca e/o trombo che, in forma di microframmenti, può migrare distalmente durante la procedura interventistica ed ostruire il microcircolo. Un approccio tecnico promettente nel prevenire il no-reflow durante la riperfusione meccanica è rappresentato, inoltre, dall'uso di filtri di protezione distale che sembrano avere un ruolo particolarmente utile nel trattamento dei grafts venosi. Fondamentale risulta, anche, essere la gestione del danno correlato alla riperfusione tramite diverse strategie farmacologiche. In particolare, i pazienti ad alto rischio di no-reflow possono essere trattati tramite la somministrazione intracoronarica o endovenosa di farmaci, con l'intento di contrastare l'attivazione endoteliale, piastrinica e neutrofila. Uno di questi approcci è basato sulla possibilità di ridurre la proliferazione leucocitaria ed il rilascio di radicali liberi di ossigeno con l'uso degli inibitori delle glicoproteine anti-recettore IIb/IIIa (abciximab), caratterizzati, inoltre, da azioni antiaggregante. È stato ormai definitivamente dimostrato, infatti, che nei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica vi è una significativa riduzione degli eventi cardiaci avversi (morte, IMA, reintervento, bypass di emergenza, o impianto di stent) quando trattati con inibitori delle glicoproteine anti-recettore IIb/IIIa. Altri potenziali approcci farmacologici sono basati sull'uso di farmaci con attività vasodilatante, come l'adenosina, il nitroprussiato e il verapamil. Futuri studi randomizzati, condotti su larga scala, sono, comunque, necessari per poter confermare il beneficio clinico dei farmaci citati in pazienti con no-reflow ed individuare un loro corretto dosaggio.

Conclusioni

Nonostante i benefici clinici di una precoce rivascolarizzazione epicardica nei pazienti con IMA siano indiscussi, in una percentuale variabile di pazienti persiste una ipoperfusione miocardica a causa del fenomeno del no-reflow. Tale fenomeno presenta una eziopatogenesi multifattoriale; è dovuto ad una alterazione del microcircolo coronarico ed è associato ad una prognosi peggiore. I diversi indici angiografici e metodiche non invasive consentono attualmente una sua precoce e sensibile identificazione. Infine, la prevenzione ed il trattamento del fenomeno del no-reflow è indispensabile e si avvale di approcci meccanici e farmacologici. Riconoscere, prevenire e trattare il no-reflow miocardico rappresenta, quindi, un passaggio fondamentale nel trattamento dei pazienti con IMA sottoposti a pPTCA.

Bibliografia

1. Keeley EC, Boura JA, Grines CI. *Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials*. Lancet 2003; 361: 13-20.
2. Rezkalla SH, Kloner RA. *Coronary no-reflow phenomenon: from the experimental laboratory to the cardiac catheterization laboratory*. Catheter Cardiovasc Interv 2008; 72: 950-957.
3. Galiuto L, Lombardo A, Maseri A, et al. *Temporal Evolution and Functional Outcome of No-Reflow: Sustained and Spontaneously Reversible Patterns Following Successful Coronary Recanalization*.
4. Limbruno U, De Carlo M, Pistoletti S, et al. *Distal embolization during primary angioplasty: histopathologic features and predictability*. Am Heart J 2005; 150: 102-108.
5. Collet JP, Montalescot G. *The acute reperfusion management of STEMI in patients with impaired glucose tolerance and type 2 diabetes*. Diabetes Vasc Dis Res 2005; 2: 136-143.
6. Galiuto L, Garramone B, Scarà A, et al.; AMICI Investigators. *The extent of microvascular damage during myocardial contrast echocardiography is superior to other known indexes of post-infarct reperfusion in predicting left ventricular remodeling: results of the multicenter AMICI study*. J Am Coll Cardiol 2008; 51: 552-559.
7. Burzotta F, Tsta L, Giannico F, et al. *Adjunctive devices in primary or rescue PCI: a meta-analysis of randomized trials*. Int J Cardiol 2008; 123: 313-321.
8. Gorog DA. *The role of distal myocardial protection devices during percutaneous coronary interventions*. Curr Treat Options Cardiovasc Med 2007; 9: 52-59.
9. Montalescot G, Antoniucci D, Kastrati A, et al. *Abciximab in primary coronary stenting of ST-elevation myocardial infarction: a European meta-analysis on individual patients' data with long-term follow-up*. Eur Heart J 2007; 28: 443-449

Autore referente:

Dott.ssa Marina Polacco

e-mail: polamari@libero.it

Terapia antiplastrinica, si personalizza al letto del paziente

È stato messo a punto un nuovo test genetico "point-of-care", rapidamente eseguibile al letto del paziente, da effettuare in seguito a intervento coronarico percutaneo (Pci): ciò consente di identificare i portatori dell'allele Cyp2C19*2, frequente variante associata a tassi aumentati di eventi avversi in caso di somministrazione di clopidogrel, e di istituire un trattamento antiplastrinico personalizzato alternativo, per esempio con prasugrel. Il risultato è stato ottenuto da un'équipe dell'university of Ottawa Heart Institute (Canada) guidata da Derek Y. F. So, attraverso uno studio prospettico di fattibilità (proof of concept) circa un approccio farmacogenetico alla terapia antiaggregante.

Sono stati coinvolti 187 pazienti avviati a Pci per sindrome coronarica acuta o angina stabile, assegnati in modo randomizzato alla genotipizzazione rapida (n=91) o al trattamento standard (n=96). Ai soggetti identificati come carrier dell'allele Cyp2C19*2 sono stati somministrati 10 mg/die di prasugrel, mentre i non-carrier e i pazienti del gruppo in trattamento standard hanno ricevuto 75 mg/die di clopidogrel.

Come endpoint primario si è considerata la quota di portatori dell'allele Cyp2C19*2 con elevata reattività piastrinica in corso di trattamento – ossia con un valore dell'Unità di reattività piastrinica (Pru) superiore a 234 – dopo 1 settimana di doppia terapia antiplastrinica; reattività che è un marker di maggiori eventi cardiovascolari. I cardiologi interventisti e gli analisti dei dati non erano a conoscenza dello status genetico dei pazienti, mentre questi ultimi sapevano in quale gruppo di trattamento erano stati assegnati. Dopo la randomizzazione, 23 pazienti in ogni gruppo erano portatori di almeno un allele Cyp2C19*2. Nessuno dei 23 carrier nel gruppo di genotipizzazione rapida ha evidenziato un valore di Pru superiore a 234 al giorno 7, contro 7 (30%) del gruppo standard. Il test rapido ha mostrato una sensibilità del 100% e una specificità del 99,3%. Lancet, 2012 Mar 28. [Epub ahead of print]

Non si vede bene che con il cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi.

Antoine de Saint Exupéry

Effetto del Dipyridamolo intracoronarico nell'Infarto Miocardico Acuto (IMA) durante angioplastica primaria

Emilio Centaro, Elisabetta Popolizio, Gaetano Pero, Cesare Greco e Carlo Gaudio
Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche,
Policlinico Umberto I, Università "Sapienza" Roma

Da decenni è noto lo stretto legame tra aterosclerosi coronarica e cardiopatia ischemica. L'aterosclerosi coronarica, infatti, è un lento processo infiammatorio cronico dell'intima vascolare che, incominciando verso i 14-15 anni di età, porta alla formazione di una placca, la quale con gli anni può ostruire il flusso sanguigno e condurre proprio ad ischemia cardiaca.

L'endotelio vasale, che costituisce la tonaca più interna della parete arteriosa, è da sempre conosciuto come semplice barriera anatomica che permette il passaggio selettivo delle macromolecole plasmatiche. In realtà, da non più poco tempo, grazie ad uno studio pubblicato nel 1980 da Furchgott et al.^[1], viene considerato un vero e proprio organo, anzi il più grande ed attivo organo paracrino del corpo umano, capace di produrre potenti sostanze vasoattive, anticoagulanti, procoagulanti e fibrinolitiche (Fig. 1).

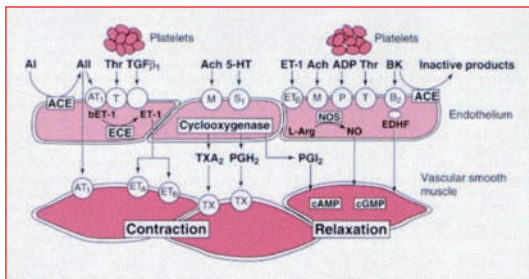


Fig. 1. Molecole prodotte dall'endotelio vasale (*Nature* 1980).

Negli ultimi anni, perciò, si sta affacciando nel panorama scientifico la convinzione di un ruolo sempre più importante rivestito dalla cosiddetta *Disfunzione Microvascolare Coronarica (CMD)* nella patogenesi della cardiopatia ischemica. Tale disfunzione viene definita come qualsiasi alterazione di natura strutturale (per es. rimodellamento vascolare, fibrosi perivascolare, ecc.), funzionale (per es. disfunzione endoteliale, disfunzione della tonaca media, ecc.) o extravascolare (per es. compressione extramurale, aumento delle pressioni endocavitarie, ecc.) che colpisca il microcircolo coronarico.

Fenomeno del no-reflow

La CMD sembrerebbe responsabile, nel territorio infartuato e poi ricanalizzato, del fenomeno del no-reflow,

comunemente definito come una riduzione o un completo arresto del flusso ematico (flusso TIMI3<) nell'arteria coinvolta, nonostante un'efficace riapertura del vaso occluso e l'assenza di stenosi residue, dissezioni o trombosi coronariche angiograficamente evidenti^[2]. Tale fenomeno interessa fino al 50% dei pazienti affetti da Infarto Miocardico Acuto (IMA), anche se quest'ultimo dato, a causa della variabilità degli studi disponibili e delle metodiche di valutazione utilizzate, tende sicuramente ad essere sottostimato. Il no-reflow, comunque, insorge generalmente dopo angioplastiche primarie, cioè effettuate durante la fase acuta dell'IMA (ovvero entro 12h dall'insorgenza dei sintomi) e sembra essere dovuto ad una mancanza di integrità microvascolare, causata molto probabilmente da tre ordini di fattori che intervengono sinergicamente tra loro: l'ischemia con la conseguente necrosi miocardica, la successiva riperfusione del vaso colpito e l'ateroembolismo di frammenti di placca o trombo nel letto distale^[2,3]. Tutto ciò determinerebbe poi, nel microcircolo coronarico, cambiamenti di tipo strutturale e/o di tipo funzionale, generando così rispettivamente un no-reflow denominato "sostenuto" (o irreversibile) e uno denominato "reversibile" (Fig. 2)^[3].

Dipyridamolo

Un potente farmaco ad azione vasodilatatrice ed antiaggregante è il dipyridamolo, attualmente utilizzato nella diagnostica per immagini come stress farmacologico e, a livello terapeutico, in associazione ad altri antiaggreganti (per es. aspirina o ticlopidina) nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, dell'ictus cerebri, dell'embolia da protesi valvolari e della malattia da occlusione arteriosa periferica^[6]. Il dipyridamolo (Fig. 3) presenta due tipi di effetti: effetti sul microcircolo ed effetti metabolici. A livello microvascolare, incrementando i livelli intracellulari di cAMP e cGMP, inibisce l'attivazione e l'aggregazione piastrinica e, agendo positivamente sulle vie endotelio-dipendenti dell'ossido nitrico (NO) e, contrastando la degradazione dell'adenosina circolante da

parte dei globuli rossi, esercita una potente azione vasodilatatoria^[7]. Sul piano metabolico, invece, esplica una potente azione antiossidante nei confronti delle LDL e dei radicali liberi dell'ossigeno^[8], possiede attività antiproliferativa nei confronti di vari tipi cellulari che compongono la parete vascolare^[9] ed infine è anche dotato di effetti antiinfiammatori^[10].

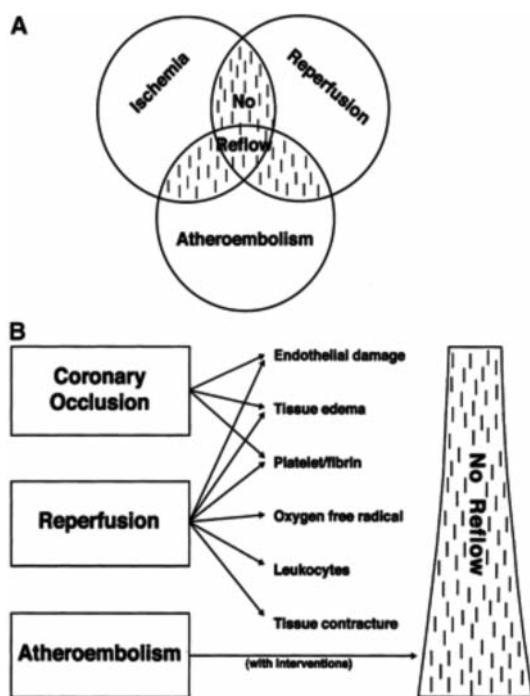


Fig. 2. A: Il No Reflow è un processo che inizia durante il periodo ischemico e incrementa durante la riperfusione. L'ateroembolismo aumenta la sua estensione. B: Vari meccanismi sono implicati nella genesi del fenomeno del No Reflow (*Circulation 2002*). Ovviamente la presenza del no-reflow, poiché determina di fatto un'espansione della zona infartuata, costituisce un indice prognostico negativo, in quanto aumenta il rischio di insorgenza di complicanze acute dopo IMA, come ad esempio il rimodellamento con conseguente dilatazione del ventricolo sinistro, lo scompenso cardiaco congestizio precoce, le aritmie ventricolari, la rottura di cuore e la morte cardiaca. Numerosi ed importanti trials clinici, inoltre, hanno accertato il ruolo di farmaci e dispositivi nella prevenzione del no-reflow: in particolare, studi sulla trombo-aspirazione^[2] hanno evidenziato una significativa riduzione del rischio di no-reflow ed importanti farmaci vasodilatatori come l'adenosina^[4], il verapamil^[5], la nicardipina ed il nitroprussiato hanno mostrato effetti benefici^[2].

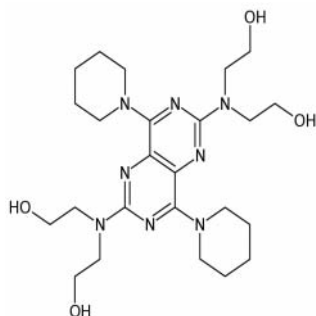


Fig. 3. Struttura del Dipiridamolo (*Free Radical Biology & Medicine 1995*)

Effetto del dipiridamolo versus verapamil nel trattamento del no-reflow

Pertanto abbiamo realizzato un trial clinico randomizzato prospettico, valutando, in 320 pazienti giunti per STEMI e trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) primaria, l'efficacia e la sicurezza del dipiridamolo nel trattamento del no-reflow rispetto al verapamil, uno degli agenti vasodilatatori che già ha mostrato benefici nel trattamento di tale fenomeno^[5]. Poiché l'unico modo per studiare il microcircolo coronarico è averne una misura indiretta attraverso la quantificazione del flusso ematico nelle arterie coronariche epicardiche durante esame coronarografico, come principali parametri di riferimento (end-point) sono stati valutati i valori di TIMI Frame Count corretto (CTFC) e di TIMI Myocardial Perfusion Grading (TMPG) dei nostri pazienti dopo somministrazione dei suddetti farmaci a livello intracoronarico. I risultati mostrano che il dipiridamolo è efficace almeno quanto il verapamil nel trattamento del no-reflow. Gli end-point primari dello studio non risultano significativamente differenti dopo infusione di verapamil o dipiridamolo, ma si evidenzia un consistente andamento favorevole per il dipiridamolo. Quest'ultimo, infatti, produce un miglioramento della perfusione miocardica in pazienti con incompleta risposta al verapamil, mentre, viceversa, il verapamil non è altrettanto capace di aumentare la perfusione miocardica nei pazienti con incompleta risposta al dipiridamolo (Fig. 4). Inoltre, quest'ultimo non mostra effetti collaterali o fenomeni di blocco A-V quando iniettato a livello intracoronarico, mentre il verapamil è associato a blocco A-V nel 9% dei casi^[2].

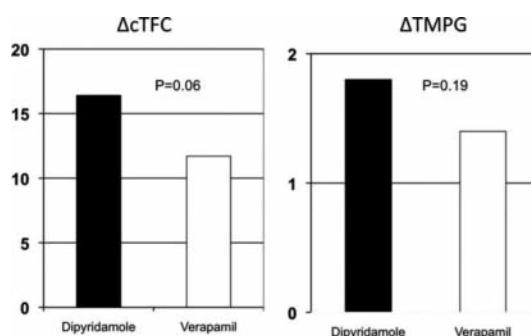


Fig. 4. Miglioramento del cTFC (nel pannello sinistro) e del TMPG (nel pannello destro) dopo infusione di dipiridamolo o di verapamil nei pazienti.

Conclusioni

Emerge, quindi, chiaramente che il dipiridamolo può essere utilizzato come trattamento di prima linea del fenomeno del no-reflow e può essere considerato la terapia di scelta per i pazienti con incompleta risposta al trattamento con verapamil.

Effetto del Dipyridamolo intracoronarico nell'IMA durante angioplastica primaria

Bibliografia

1. Furchgott RF, Zawadzki JV. *The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine*. Nature, 1980; 288: 373-6.
2. Greco C, Tanzilli G, Pasceri V, Pelliccia F, Arrivi A, Placanica A, Mangieri E. *Dipyridamole versus Verapamil for treatment of no-reflow during primary angioplasty*. Catheterization and Cardiovascular Interventions, 2010; 76: 787-93.
3. Reffelmann T, Klöner RA. *The no-reflow phenomenon: a basic mechanism of myocardial ischemia and reperfusion*. Basic Res Cardiol, 2006; 101: 359-372.
4. Marzilli M, Orsini E, Marraccini P, Testa R. *Beneficial effects of intracoronary adenosine as an adjunct to primary angioplasty in acute myocardial infarction*. Circulation, 2000; 101: 2154-9.
5. Taniyama Y, Ito H, Iwakura K, Masuyama T, Hori M, Takiuchi S, Nishikawa N, Higashino Y, Fujii K, Minamino T. *Beneficial effect of intracoronary verapamil on microvascular and myocardial salvage in patients with acute myocardial infarction*. J Am Coll Cardiol, 1997; 30: 1193-9.
6. Fitzgerald GA. *Dipyridamole*. New England Journal of Medicine, 1987; 316: 1247-1257.
7. Wilson RF, Wyche K, Christensen BV, Zimmer S, Laxson DD. *Effects of adenosine on human coronary arterial circulation*. Circulation, 1990; 82: 1595-1606.
8. Iuliano L, Quintarelli C, Alessandrini M, Alessandri C, Colavita AR, Violi F. *Dipyridamole is a powerful antioxidant that inhibits LDL oxidation by endothelial cells*. Clin. Res., 1994b; 42: 178A.
9. Hewitson TD, Tait MG, Kelynack KJ, Martic M, Becker GJ. *Dipyridamole inhibits in vitro renal fibroblast proliferation and collagen synthesis*. J. Lab. Clin. Med., 2002; 140: 199-208.
10. Brozna JP, Horan M, Carson SD. *Dipyridamole inhibits O₂-release and expression of tissue factor activity by peripheral blood monocytes stimulated with lipopolysaccharide*. Thromb Res, 1990; 60: 141-156.

Autore referente:
Dott. Emilio Centaro
e-mail: emiliazu83@tiscali.it

Efficacia degli antivirali nel trattamento dell'influenza

Le terapie con oseltamivir in somministrazione orale e inalazione di zanamivir possono fornire un beneficio netto rispetto all'assenza di trattamento nell'influenza, secondo una revisione sistematica e meta-analisi degli studi osservazionali pubblicati in letteratura. A fronte di una generale mancanza di evidenze rigorose riguardo agli effetti delle terapie antivirali nei pazienti con influenza, la revisione si è posta l'obiettivo di raccogliere le indicazioni provenienti da trial osservazionali in merito ai benefici e ai rischi di oseltamivir, zanamivir, amantadina o rimantadina. I criteri di inclusione sono stati soddisfatti da 74 studi, da cui è emerso che, nella popolazione ad alto rischio, il trattamento orale con oseltamivir può ridurre la mortalità, la necessità di ricovero in ospedale e la durata dei sintomi rispetto all'assenza di terapia. L'inizio precoce dell'assunzione del farmaco si è associato generalmente a risultati migliori. Lo zanamivir somministrato per via inalatoria può abbreviare la durata dei sintomi e diminuire la frequenza delle ospedalizzazioni, ma si associa a più complicanze rispetto al mancato trattamento; tuttavia un confronto diretto non mostra differenze significative riguardo ai parametri chiave di efficacia tra oseltamivir e zanamivir. Infine, da uno studio emerge che l'amantadina orale è in grado di ridurre la mortalità e i casi di polmonite associati all'influenza A, mentre non è stato individuato nessuno studio che valutasse l'efficacia della rimantadina. *Ann Intern Med*, 2012; 156(7):512-24

Fluorochinoloni orali e aumentato rischio di distacco retina

In seguito all'assunzione di fluorochinoloni orali, i pazienti si trovano a maggior rischio di incorrere in un distacco della retina anche se il rischio assoluto rimane basso. Sono queste le conclusioni di uno studio canadese che ha preso in considerazione tutti i pazienti che in British Columbia hanno effettuato una visita oculistica tra il gennaio 2000 e il dicembre 2007. Si tratta di un'ampia coorte di 989.591 soggetti, da cui sono stati estratti 4.834 casi di distacco della retina e 43.840 persone che hanno costituito il gruppo di controllo. L'uso di fluorochinoloni si è associato a un rischio notevolmente superiore di incorrere in distacco della retina: la percentuale è stata del 3.3% rispetto allo 0,6% calcolato tra i partecipanti inclusi nel gruppo di controllo. L'aumento assoluto del rischio è stato di quattro ogni 10.000 persone. Tuttavia, il rischio è limitato al periodo di assunzione, mentre una terapia passata, anche recente, con fluorochinoloni non si è associata a una frequenza maggiore di distacco retinico. «Come ci si attendeva» rassicurano gli autori «nessun rischio aggiuntivo di incorrere in un distacco della retina è stato riscontrato negli antibiotici beta-lattamici o negli agonisti beta-lattamici a breve durata d'azione». Inoltre avvertono: «siccome i soggetti considerati erano tutti pazienti oftalmologici, il nostro studio non consente di estendere il rischio di distacco della retina secondaria all'uso di fluorochinoloni alla popolazione generale». *JAMA*, 2012; 307(13):1414-9

Progettare il benessere

La società in cui viviamo oggi è caratterizzata da disagi e problematiche sociali che sperano di risolversi tramite azioni di informazione e prevenzione adeguate, attraverso l'ausilio di strutture fondate sull'assistenza alla popolazione che, nel nostro paese purtroppo scarseggiano, soprattutto nei confronti della terza età. A tal riguardo si è verificata una vera e propria evoluzione demografica: nel 2000 nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050.

La longevità della popolazione anziana incide inevitabilmente sulla società che, troppo spesso sottovaluta il problema, perfino quando il soggetto disabile fa parte del proprio nucleo familiare. Gli ultimi dati in proposito ci dicono che: una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno.

Oltre un anziano su quattro vive solo, emarginato in uno stato di disinteresse generale, malgrado il basso livello di autonomia che la demenza senile, la disabilità fisica e le multipatologie croniche, causano al soggetto.

Spesso, pur abitando l'anziano all'interno del proprio nucleo familiare, che si impegna nella sua cura e sostegno, si manifesta comunque la necessità di un supporto esterno per

affrontare più serenamente l'organizzazione pratica ed emotiva dell'intera famiglia e delle complesse dinamiche psicologiche che in essa possono innescarsi.

HAI BISOGNO D' ASSISTENZA?

Rivolgiti a

“PROGETTO SALUTE”

Da oltre 30 anni la cooperativa sociale “Progetto Salute” opera con successo nel settore dell'assistenza domiciliare rivolta a persone anziane e in difficoltà

Per un preventivo e maggiori informazioni
Tel: 06.88643473-75-76
Cell: 338.8753306

Operatori specializzati sempre a vostra disposizione



Per questo è stata creata l'Assistenza Sociale Domiciliare nei confronti degli Anziani, per semplificare la gestione delle molteplici pratiche quotidiane che, altrimenti, affrontereb-

bero da soli e spesso con mezzi inadeguati.

Con il numero di Anziani e Disabili in Italia aumenta notevolmente la richiesta di assistenza continua che

va da interventi esclusivamente di tipo sociale, preparazione di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, pulizia dell'appartamento, etc. ad interventi

misti socio-sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, interventi del podologo, etc.).

Un ruolo fondamentale è quindi ricoperto da strutture come la

"PROGETTO SALUTE SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE"

che offre Assistenza, altamente qualificata, su tutto il territorio romano dal 1980. Emancipare l'anziano e sollevarlo dal suo stato di solitudine e difficoltà, offrire sostegno alle famiglie che ospitano un soggetto disabile e riconquistare insieme a lui la sua dignità e la sua identità personale e sociale: sono questi gli obiettivi dei servizi svolti da operatori qualificati e promossi dalla Cooperativa, che mantiene un successo trentennale in questo settore.

Fiammetta Gigantino



SERVIZI OFFERTI

"PROGETTO SALUTE" offre servizi domiciliari accuratamente pensati per il benessere della persona e della famiglia

➤ Assistenza domiciliare

- Bagno e igiene personale
- Sorveglianza, cura della persona
- Preparazione pasti
- Controllo e assunzione dei pasti
- Compagnia e socializzazione
- Mobilizzazione, ausili e protesi
- Disbrigo pratiche burocratiche
- Parrucchiere, pedicure e manicure
- Assistenza notturna

➤ Assistenza ospedaliera

- Cure igieniche
- Nutrizione
- Supporto per la deambulazione
- Assistenza notturna

➤ Accompagnamento per

- Visite mediche
- Terapie
- Spesa assistita o a domicilio
- Passeggiate

www.scvprogettosalute.com

L'isteria tra la concezione classica e l'attualità clinico-nosografica

Giuseppe Mattia Carluccio, Liliana Todini, Michele Majorana, Luigi Orso, Nicoletta Giacchetti
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Università "Sapienza" Roma

Introduzione

L'isteria, rappresentando un "caposaldo" della psicoanalisi e della psicopatologia, è andata progressivamente perdendo la sua funzione di ordinatore psicopatologico, defluendo nelle varie categorie dei moderni sistemi classificativi basati su principi "descrittivi e ateoretici". In quest'articolo si vuole recuperare la visione unitaria e l'attualità clinica di questa entità nosografica, rispetto al rischio di perdita della comprensione del suo nucleo profondo. Lo studio si propone di rivisitare storicamente il concetto di isteria, focalizzandosi sugli approcci psicodinamici e fenomenologici, con l'obiettivo di analizzare la sua frammentazione odierna nel DSM-IV.

Rivisitazione storica del concetto di isteria

È noto come il termine *isteria* (dal greco: "che soffre all'utero") sia stato per la prima volta codificato in ambito medico da Ippocrate di Cos (460 a.C.-377 a.C.), ossia 2400 anni fa; la sua teoria dell'"*utero vagante*", rimasta inalterata fino alla metà del 1800, inficiò a lungo le ricerche su questa malattia. Il medico greco spiegò il meccanismo patogenetico dell'isteria mediante la sua famosa "teoria degli umori": se nella cavità uterina ristagnano umori tossici e sangue mestruale, essi vanno in putrefazione, favorendo così l'emissione di "*vapori tossici*" che gonfiano l'utero come un pallone; questi, vagando per il corpo, producono sintomi negli organi colpiti. Secondo Ippocrate quindi la donna coinciderebbe con l'utero, l'uomo rappresenterebbe il miglior medico, e il coito l'unica medicina.

Durante l'Impero Romano, Claudio Galeno (129-212 d.C.), superando parzialmente la precedente visione ippocratica, teorizzò: «L'isterica ha una sessualità coartata ed il sintomo è una sorta di scarico somatico della tensione psico-emozionale».

Roccatagliata interpreta la visione della medicina classica dei sintomi isterici come il prodotto della "repressione delle donne che protestavano contro millenni di regime maschile".

Durante il '600 e il '700, sotto la spinta dell'Illuminismo, emersero delle nuove teorie, che si discostarono dalla concezione dell'isteria come disfunzione primaria dell'apparato genitale femminile.

La prima "critica" al modello classico "utero-centrico", appartenne al neurologo ed anatomista Thomas Willis (1621-1675). Secondo questo autore sarebbero "malinconia, tristezza e rabbia" a squilibrare la chimica cerebrale ed a causare il "male convulsivo"; in pratica l'isteria come "depressione mascherata".

Nella seconda metà dell'800 l'isteria assunse importanti proporzioni, fino a divenire un'importante piaga sociale.

Jean Martin Charcot (1825-1893), fu il primo studioso a considerare la sintomatologia presentata dai pa-

zienti isterici degna di essere studiata semeiologicamente al pari degli altri disturbi neurologici, dubitando del fatto che tali fenomeni fossero esclusivamente il prodotto di una simulazione. Fu anche il primo ad utilizzare l'ipnosi come cura ufficiale per questa patologia ed in medicina. Per Charcot gli elementi fondamentali del quadro clinico dell'isteria, "catalogati" secondo il suo metodo, erano rappresentati da: «accessualità, intermittenza, alternanza degli stati di coscienza e l'accessibilità all'ipnosi» da una parte, «deliri, allucinazioni e conversioni somatiche che discriminano fra *grande e petite hystérie*» dall'altra. Parallelamente, Charcot e la sua scuola inclusero la "*railway spine*" o "nevrosi traumatica" come facente parte del quadro dell'isteria; l'autore sopracitato considerò psicogeni i sintomi isterici, ritenendo tuttavia sia il *fattore ereditario* che la *degenerazione congenita dell'encefalo* i fattori più importanti nel determinare la sintomatologia isterica.

Coeva a quella di Charcot fu la teoria di Pierre Janet (1859-1947): l'isteria deriverebbe da una costituzionale deficienza nell'attività mentale (la *misère psychologique*), che si manifesterebbe nell'incapacità di dare unità alle molteplici funzioni dell'attività psichica. Questa "insufficienza psicologica" sarebbe la *conditio sine qua non* dello stato di *disgregazione psichica*, substrato a sua volta del disturbo isterico.

Sigmund Freud (1856-1939) già nel suo primo lavoro sull'argomento, *Isteria* (1888), affermò: «L'isteria è una nevrosi nel senso più stretto della parola – vale a dire che non soltanto in questa malattia non si sono trovate alterazioni percettibili del sistema nervoso, ma che non ci si deve neppure aspettare che un perfezionamento delle tecniche anatomiche ne riveli alcuna; dobbiamo respingere l'idea che alla base dell'isteria esista qualche disturbo organico». Originariamente Freud postulò che nelle pazienti isteriche vi fosse la repressione di un forte eccitamento, anziché il suo normale "deflusso". La malattia insorgeva allorché veniva sbarrata la normale via di uscita all'eccitazione; questi affetti, "incapsulati", in parte continuavano a sussistere come oneri permanenti della vita psichica e

L'isteria tra la concezione classica e l'attualità clinico-nosografica

fonti di continuo eccitamento per la stessa, in parte subivano una trasposizione in sintomi somatici inconsueti: Freud per questo processo coniò il termine di "conversione isterica". Usando le sue parole: «In tutte queste vicende era avvenuto che affiorasse un impulso, un desiderio, in netto contrasto con gli altri desideri dell'individuo, [...] incompatibile con le esigenze etiche ed estetiche della personalità. [...] L'incompatibilità di codesta rappresentazione con l'Io del malato era dunque il motivo di meccanismi di rimozione della rappresentazione stessa nell'inconscio». In seguito propose la rimozione come un importante meccanismo di difesa dell'Io.

Sigmund Freud ritenne l'isteria come una nevrosi risultante dalla presenza di conflitti inconsci irrisolti, generatori di una sintomatologia somatica e psichica simbolicamente connessa agli stessi conflitti. In altre parole i sintomi di conversione sarebbero espressioni simboliche di desideri sessuali inconfessabili, rimossi ma permanenti nell'inconscio. Essi venivano utilizzati per ottenere vantaggi secondari, manipolare gli altri, realizzare un compromesso con le proprie fantasie inconse.

Carl Gustav Jung (1875-1961), nella sua visione della teoria dei complessi, accomunò l'isteria alle altre nevrosi. Quando un avvenimento, carico affettivamente, tocca direttamente o simbolicamente un complesso già esistente, lo rafforza fino a far scatenare esplosioni emotive ("tempesta complessuale"): questo spiega come nell'isterismo cose apparentemente futili possono indurre i più grandi accessi emotivi.

Oltre Freud e Jung vi furono altri contributi interessanti di matrice psicoanalitica.

Il primo fu di Wittels (1930), il quale esaminò le difficoltà nella strutturazione della personalità isterica: «[...] al fine di catturare l'attenzione dell'altro, le isteriche impersonano diversi ruoli, utilizzando atteggiamenti imitativi e teatrali che le fanno somigliare ad attrici. L'isterica, [...] ha inoltre una tendenza a straripare, ignorando i propri limiti e confini e confondendosi così con il mondo esterno».

Jacques Lacan (1901-1981), rielaborò in modo originale la teoria freudiana. Per Lacan, a differenza di Freud, l'inconscio sarebbe strutturato come un linguaggio. Egli parlò di *enunciati fondamentali*: il discorso del Padrone, dell'analista, dell'Università, e per l'appunto, il discorso dell'isterica; relazionò il discorso dell'isterica con quelli del Padrone e dell'analista: il focus principale di tale discorso sarebbe il *desiderio d'insoddisfazione*. L'isterizzazione del discorso rappresenterebbe la volontà del soggetto di sapere qualcosa sulle proprie sofferenze. L'isterica non parla di sé, ma pone sempre all'Altro interrogativi su di lei, tramite i suoi sintomi per lo più somatici. Essa cerca un *Padrone* per cercare il desiderio dell'Altro, eleggendolo e detronizzandolo a suo piacimento; con le sue richieste peculiari, l'isterica tenderebbe a svelare la castrazione del suo Padrone.

Shapiro (1965) descrisse la personalità isterica in maniera dettagliata. Coniando il termine "cognizione impressionistica", egli si riferisce allo stile cognitivo utilizzato da questi pazienti per esplorare la realtà. Second

do quest'autore i pazienti isterici avrebbero una marcata difficoltà a focalizzare l'attenzione, una forte suggestionabilità delle qualità espressive teatrali, immaturità emotiva e manifesterebbero "belle indifferenze" (indifferenza) nei confronti dei loro sintomi.

Karl T. Jaspers (1883-1969) nella quinta parte della sua "Psicopatologia Generale", intitolata "La vita psichica anormale nella società e nella storia", descrisse la "storia dell'isteria": «Esiste una storia dell'isteria. Le sue manifestazioni più appariscenti in convulsioni, in trasformazioni della coscienza, in realizzazioni teatrali, hanno avuto momenti salienti nella storia. Si trasformano nella loro forma secondo le situazioni e le concezioni generali. Le grandiose manifestazioni che nel secolo passato, [...] sono state minutamente osservate e descritte [...] attualmente si vedono di rado. Allora, retrospettivamente, si è anche riconosciuto il ruolo dell'isteria nella storia. Questa storia mostra come fenomeno fondamentale l'utilizzazione di un meccanismo invariato [...] al servizio di movimenti spirituali, di concezioni, di scopi molto diversi. Perciò nell'insieme di queste manifestazioni isteriche vi è da osservare molto di più della semplice isteria; anche fra le vere manifestazioni morbose l'isteria ha un'importanza di primo piano accanto alle manifestazioni schizofreniche e di altre malattie». Jaspers incluse, nel campo dei fenomeni isterici, le manifestazioni che nel corso della storia dell'umanità furono associate a superstizioni, miracoli, magie. Fenomeni quali possessioni, epidemie psichiche, stati orgiastici e riti di stregoneria sarebbero presenti in tutte le epoche e riconducibili alla patologia isterica.

L'isteria nei moderni sistemi nosografici

Classicamente l'isteria venne inclusa da Freud e Fenichel nelle *Nevrosi di transfert* differenziandola dalle Nevrosi narcisistiche o Psicosi. Altre manifestazioni potenzialmente riconducibili all'isteria, quali ipocondria e depersonalizzazione, furono raggruppate da Freud nella categoria delle Nevrosi attuali, da causa probabilmente biologica, tossica o genitale.

Attualmente i manuali internazionali più utilizzati per la classificazione dei disturbi mentali in psichiatria, sono il DSM-IV-TR e l'ICD-10. Il primo non contempla i termini "isteria" o "isterico". Infatti, un approccio categoriale-ateoretico, suddivide l'isteria in numerose componenti, comunque riconducibili ai "meccanismi isterici" e allo "stile isterico".

Fin dall'inizio del Novecento i disturbi di conversione e quelli dissociativi vennero ascritti alla grande categoria dell'isteria. Già dal DSM-I (1952) vennero nettamente distinte la reazione dissociativa da quella di conversione, anche se vennero nuovamente riunificate sotto il termine di "isteria" con il DSM-II (1968); la dicotomia venne ripresa nel DSM-III (1980), fino all'ulteriore disgregazione del DSM-IV (1994) e del DSM-IV-TR (2000), in cui la classica categoria nosografica "isteria", caratterizzata da peculiari sintomi somatici e psichici, venne frammentata in: 1. Disturbi Somatoformi; 2. Disturbi Dissociativi; 3. Disturbo Istrionico di personalità (Tab. 1-2-3).

Tab. 1 - Disturbi Somatoformi

• Disturbo di Somatizzazione
• Disturbo Somatoforme Indifferenziato
• Disturbo di Conversione
• Disturbo Algico
• Ipocondria
• Disturbo di Dismorfismo Corporeo
• Disturbi Somatoformi NAS

Tab. 2 - Disturbi Dissociativi

• Amnesia Dissociativa
• Fuga Dissociativa
• Disturbo Dissociativo dell'Identità
• Disturbo di Depersonalizzazione
• Disturbo Dissociativo NAS

L'International Classification of Diseases, giunta alla sua decima revisione nel 2000 (ICD-10), classifica l'isteria nel "Settore V: Disturbi psichici e comportamentali" e sotto la voce «Disturbi dissociativi (di conversione)». È evidente come nell'ICD-10 i disturbi isterici, classicamente definiti "di conversione", vengono assimilati ai disturbi "dissociativi"; allo stesso tempo però, viene mantenuto il termine "isteria" che compare inoltre nella descrizione del "Disturbo istrionico di personalità", praticamente paragonato al "vecchio" "Disturbo isterico di personalità". Vengono invece distinti i «Disturbi somatoformi» in un'altra sottocategoria.

Fulvio Marone (2002) afferma che all'isteria di conversione il DSM-IV fa corrispondere il disturbo di conversione, che appartiene al capitolo dei disturbi somatoformi, in cui compaiono sintomi fisici senza una base organica e che comprende anche il disturbo di di-

smorfismo corporeo (la vecchia *dismorfofobia*), l'ipocondria, il disturbo di somatizzazione (la vecchia *sindrome di Briquet*) e il disturbo algico (da dolore psicogeno). All'isteria con sintomi dissociativi corrisponde, nel DSM-IV, il capitolo dei disturbi dissociativi, che comprende l'amnesia dissociativa, la fuga dissociativa, il disturbo di depersonalizzazione, il disturbo dissociativo dell'identità (o personalità multipla) e il disturbo dissociativo NAS, diagnosi all'interno della quale possono essere fatti rientrare quadri clinici classici quale ad esempio la "gravidanza isterica". La vecchia *personalità isterica* viene ridefinita nelle due classificazioni come disturbo di personalità istrionica, denominazione che tende ad evidenziare quegli atteggiamenti drammatici, intensamente emotivi, quasi teatrali da sempre riconosciuti all'isteria.

L'opinione corrente è che l'isteria, al di là dell'espressione sintomatologica, si caratterizzi soprattutto per una struttura particolare di personalità con una peculiare modalità di relazionarsi. Patologie largamente diffuse nella società occidentale, quali il dolore psicogeno, i vari disturbi "psicosomatici", l'anoressia, la bulimia, l'ipocondria, alcuni tipi di depressione reattiva ed il suicidio "dimostrativo" sembrano avere in comune il fatto che esprimono, tramite sintomatologia somatica e/o psichica, conflitti emotivi e relazionali inconsci.

Prospettive attuali e conclusioni

Dal 1952, anno della sua prima pubblicazione, il DSM frammenta in numerose sottoclassificazioni la sindrome isterica, sino a fare scomparire del tutto il termine isteria. Tuttavia, ricercando il termine "*hysteria*" su *Pubmed* (principale motore di ricerca medico-scientifico) gli articoli scientifici registrati sono ben 4395. L'ultimo articolo è del 2012, il primo risale addirittura all'ottobre del 1842. Nei paesi occidentali il numero dei casi clinici di disturbi di conversione riportati è ormai basso, ma ciò non vale per i paesi in via di sviluppo. Molti *case reports* dimostrano che le classiche manifestazioni isteriche non sono del tutto scom-

Tab. 3 - Disturbo Istrionico di Personalità

Criterio A per la diagnosi

Un quadro pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione
2. l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da comportamento sessualmente seducente o provocante
3. manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale
4. costantemente utilizza l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé
5. lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli
6. mostra autodrammatizzazione, teatralità, ed espressione esagerata delle emozioni
7. è suggestionabile, cioè facilmente influenzato dagli altri e dalle circostanze
8. considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente

L'isteria tra la concezione classica e l'attualità clinico-nosografica

parse, ma sono diminuite e si sono trasformate. Sono infatti numerosi gli articoli scientifici sulla conversione che vanno da pseudocrisi epilettiche a paralisi motorie, disturbi visivi, disturbi della fonèsi, pseudo-narcolessie, disturbi viscerali, ai disturbi dissociativi. Alla luce di quanto detto si può pertanto affermare che i radicali mutamenti storici, culturali, sociali e tecnologici abbiano influenzato questo particolare modo di esprimere la sofferenza umana, trasformandone l'estrinsecazione fenomenica. D'altra parte il cambiamento del paradigma di osservazione della malattia psichica, supportato dai moderni sistemi nosografici, contribuirebbe a non includere diverse entità sindromiche nell'isteria, perdendo così quella visione unitaria propria dei modelli psicodinamici e fenomenologici.

Bibliografia

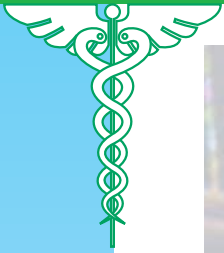
1. Roccatagliata G., *La nascita dell'isteria e la sua storia dal mito alla prima metà del XIX secolo*, in C. Albarella, A. Racalbutto (a cura di), *Isteria*, «Rivista di Psicoanalisi», Edizioni Borla, Roma 2004.
2. Willis T., *Opera Omnia*, Wetstenium, Amsterdam 1682.
3. Charcot J.M., *Clinique des maladies du Système Nerveux*, Bureaux du Progrès Médical, Paris 1892.
4. Janet P., *L'automatisme psychologique*. Alcan, Paris 1889.
5. Freud S. *Opere di Sigmund Freud vol. 1-11. Casi clinici ed altri scritti 1909-1912*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
6. Jung C.G., *Il problema della malattia mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
7. Lacan J. (1956), *Scritti*. Einaudi, Torino 1974.
8. Shapiro D., *Stili nevrotici (1965)*. Astrolabio, Roma 1969.
9. Jaspers K.T., *Psicopatologia generale*. Il pensiero scientifico, Roma 1964.
10. Fenichel O. *Trattato di Psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabio, 1951.
11. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson, 2001.
12. Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R et al., (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria, 2ª edizione*. Milano, Masson, 1999.
13. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10)*. Ginevra: 2000.
14. Marone F., *Il discorso isterico*, in Mattioli G., Scalzone F. (a cura di), *Attualità dell'isteria – Malattia desueta o posizione originaria?*, Franco Angeli, Milano 2002.
15. Edwards M., *Hysteria (2009)*. «Lancet», 374(9702): 1669.

Efficacia e tollerabilità di lasmiditan orale contro l'emicrania

Il lasmiditan appare come un trattamento sicuro ed efficace contro l'emicrania, secondo uno studio multicentrico europeo. Agonista altamente selettivo del recettore 5HT-1F, privo di attività vasoconstrictoria, il lasmiditan è un nuovo principio che aveva già fornito prove di efficacia nel trattamento dell'emicrania acuta in infusione intravenosa. Ora i ricercatori hanno voluto verificarne l'efficacia anche nella somministrazione orale. In 43 centri di cinque paesi europei, 512 pazienti affetti da emicrania con o senza aura sono stati assegnati con criteri randomizzati a cinque gruppi e trattati, a fronte di attacchi moderati o gravi, con 50 mg, 100 mg, 200 mg o 400 mg di lasmiditan, oppure con placebo. Gli studiosi hanno rilevato un'associazione lineare tra la risposta al mal di testa a due ore dalla somministrazione e il dosaggio del farmaco e, in ogni caso, qualunque dose si è mostrata superiore alla sostanza placebo: da una differenza del 17,9% per chi aveva assunto 50 mg del farmaco si è passati al 38,7% con 400 mg. Purtroppo, anche l'insorgenza di reazioni avverse, sia pur di intensità lieve o moderata, è aumentata con il dosaggio: effetti avversi sono stati registrati rispettivamente nel 65%, 72%, 84% e 86% dei pazienti, rispetto al 22% dei soggetti trattati con placebo. Gli eventi più comuni sono stati: capogiri, affaticamento, parestesia e sonnolenza. *Lancet Neurol.* 2012 Mar 27. (*Epub ahead of print*)

Non fare mai profezie. Se sono sbagliate, nessuno se lo dimenticherà; se sono giuste, nessuno se lo ricorderà.

Josh Billings



Il diritto alla guarigione per tutti: le aspettative dei pazienti, il ruolo dell'innovazione terapeutica

Intervista a Ivan Gardini

Presidente EpaC

Quali sono le ripercussioni sul vissuto di una persona causate dalla sieropositività all'HCV?

Questa è una domanda molto difficile: io dico sempre che l'epatite C è una malattia *double face*, con vari livelli di gravità. Finché la malattia non crea problemi fisici, anche visibili, il disagio resta confinato nella sfera psicologica, ovvero il malato vive un problema che è, soprattutto, di natura sociale: non poter o, al contrario, essere costretto a comunicare di essere malati, ad esempio in famiglia, in ambito lavorativo o con il partner, crea un disagio anche nelle fasi meno gravi. Purtroppo, quasi sempre per via di scarsa conoscenza, una malattia infettiva trasmissibile genera sempre inquietudine, sia nel portatore sia in chi gli sta vicino. Inevitabilmente, il paziente-portatore viene spesso discriminato sotto varie forme, dalle più plateali a quelle più sottili e subdole.

E quando la malattia diventa cronica?

Quando poi la malattia si evolve in una fase avanzata, manifestandosi con sintomi e danni fisici cronici, i disagi sono ben maggiori: la persona perde progressivamente la sua indipendenza, ha bisogno e deve farsi aiutare da altri, è costretta a comunicare che è ammalata. Scattano una serie di meccanismi che cambiano radicalmente la vita quotidiana del soggetto ammalato: la vita sociale si riduce sempre più e i rapporti si limitano alle persone su cui può veramente contare, di solito familiari e amici intimi. Contestualmente, anche i soggetti che normalmente sono a stretto contatto con il paziente risentono della situazione e la qualità di vita si abbassa per l'intero nucleo familiare.

Fino ad oggi i pazienti sono stati curati con la "duplice" terapia a base di peg-interferone e ribavirina: quali sono gli unmet needs di questo regime terapeutico?

L'eradicazione permanente del virus è il principale obiettivo del paziente, possibilmente con una terapia che dia luogo a pochi effetti collaterali, che duri il meno possibile, che funzioni su tutti i genotipi virali e anche in presenza di comorbidità: a tutt'oggi la "duplice" non ha raggiunto questi obiettivi nella loro totalità. Tutti noi ci auguriamo che l'avvento di nuovi farmaci possa colmare progressivamente queste necessità fi-

no al punto in cui la malattia potrà essere sconfitta definitivamente e in tutti i pazienti. Il mio personale pensiero ovviamente va a tutti coloro che non riescono a sconfiggere il virus, e in particolare a quei sottogruppi di pazienti difficili da trattare come i cirrotici in fase avanzata, i co-infetti HIV-HCV, i trapiantati di fegato con recidiva da HCV, tanto per citarne alcuni. L'auspicio è che cresca l'attenzione verso questi gruppi di pazienti che sono più a rischio di decesso di altri.

Dal punto di vista dei pazienti, quali sono i benefici da tenere in considerazione nel momento in cui si valuta la sostenibilità di una terapia innovativa?

Senza dubbio il beneficio maggiore è rappresentato dall'aumento di possibilità di guarigione. Non sono poi così tanti i farmaci antivirali che guariscono definitivamente da infezioni virali così pericolose come l'epatite. Per un paziente con HCV, quindi, guarire significa raggiungere il massimo del beneficio. E ogni farmaco nuovo che facilita il raggiungimento di questo obiettivo è salutato con grande favore, rappresentando un grande valore per il paziente e anche un risparmio notevole sui costi sostenuti dal SSN. Vanno poi valutate la tollerabilità in termini di effetti collaterali, la durata del trattamento, il costo e, quindi, il numero di pazienti che può realmente beneficiare dell'innovazione. Se, per una qualunque ragione, il farmaco innovativo può essere utilizzato solo da una piccola frazione di pazienti, lo considero un'innovazione "elitaria" di difficile accesso, poiché i benefici vanno a pochi, rispetto alla massa dei pazienti in attesa di essere curati. Voglio sottolineare che sono già trascorsi diversi mesi dall'approvazione delle nuove molecole, gli inibitori delle proteasi, da parte di FDA ed EMA e non è tollerabile il fatto che AIFA non abbia ancora concesso l'autorizzazione alla loro rimborsabilità in Italia, nonostante le chiare evidenze scientifiche di efficacia e le analisi positive in termini di costo-efficacia, come quella realizzata dal NICE, *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Ci sono centinaia di pazienti, in cirrosi, che sono al limite della eleggibilità alle nuove cure: più passa il tempo, più si allontana la loro unica possibilità di bloccare l'evoluzione della malattia. Se questi pazienti non sono curati, sono destinati alle inenarrabili sofferenze dello scompenso epatico, al decesso o al trapianto di fegato per i

più fortunati. Non riusciamo a capire come il nostro Ente Regolatorio non prenda in considerazione questa situazione di estrema emergenza, dove un'approvazione rapida può salvare vite umane. Non esistono più buoni motivi per ritardare ulteriormente l'approvazione delle nuove molecole: medici e pazienti le stanno aspettando con impazienza.

Come rappresentante della più importante Associazione di pazienti, può illustrarci le necessità da loro espresse per garantire che l'innovazione terapeutica sia alla portata di tutti?

L'Associazione si è posta recentemente il problema di come portare le necessità, i desideri e le aspettative dei pazienti ai tavoli di lavoro con Istituzioni pubbliche e Associazioni scientifiche. Il modo migliore di rappresentare i pazienti è quello di chiedere direttamente a loro un'opinione su argomenti ritenuti di primaria importanza.

Per questo motivo abbiamo deciso di scattare una "fotografia" sulle percezioni dei pazienti riguardo all'accesso ai nuovi farmaci in un periodo di "pre-commercializzazione", attraverso un sondaggio tra i nostri iscritti. Alla domanda "Qual è la presa di posizione più giusta che l'Associazione EpaC dovrebbe tenere pubblicamente sull'accesso ai nuovi farmaci?", l'83% dei 727 intervistati ha risposto che l'Associazione deve chiedere, sempre e comunque, che siano stanziati i fondi per garantire le terapie per tutti i pazienti eleggibili alla cura, a prescindere dalla gravità della malattia. Ci pare un plebiscito sufficiente a dimostrare che il desiderio di guarire è indipendente dalla gravità della patologia: in base alla nostra esperienza, possiamo confermare che nessun paziente (pienamente consapevole della malattia) riesce a convivere felicemente con un virus che quasi sempre condiziona una parte o l'intera sua esistenza. In sostanza, che sia con duplice o con triplice terapia, il diritto alla guarigione va comunque garantito a tutti i pazienti.

EpaC

Associazione Onlus

Dalla fondazione del Comitato il 7 luglio 1999, EpaC ha sviluppato un *know how* concreto e operativo che ha reso possibile lo svolgimento di attività nel settore dell'educazione, informazione, prevenzione, solidarietà e *counselling* a favore dei soggetti infetti da epatite virale e malattie del fegato correlate, e di chiunque desideri documentarsi maggiormente sulle patologie epatiche, in particolare sulle infezioni da virus dell'epatite. Attraverso servizi di consulenza, informazione e prevenzione e sostegno alla ricerca, EpaC fornisce supporto gratuito a tutti i cittadini con riguardo ai soggetti più svantaggiati, quali malati affetti da epatite virale non eleggibili ai trattamenti antivirali,

e/o che versano in condizioni di salute particolarmente precarie, come ad esempio pazienti con cirrosi epatica, con epatocarcinoma, in lista d'attesa per il trapianto di fegato, trapiantati, che non rispondono alle attuali terapie. Nello specifico:

- sviluppa comunicazione e attività mirata per l'accesso precoce alle sperimentazioni cliniche;
- ove possibile, offre un sostegno mirato di tipo materiale;
- tutela i malati oggetto d'ingiuste discriminazioni e vessazioni attraverso l'offerta di servizi informativi e consulenze orientative di natura giuridica;
- favorisce e finanzia progetti di ricerca finalizzati a migliorare le attuali conoscenze sull'epatite C e sull'impatto sociale, economico e sanitario causato dalla patologia epatica.

Nel Giugno 2004 è stata fondata l'Associazione EpaC Onlus in sostituzione del Comitato, per dare continuità a quanto è stato creato e raggiungere nuovi obiettivi, sempre nell'ottica di migliorare la qualità della vita dell'ammalato e aumentarne il benessere. EpaC è ora il gruppo non profit più attivo in Italia nel fornire assistenza informativa sull'epatite, con oltre 100.000 consulenze fornite, 9 milioni di pagine visualizzate, migliaia di documenti scientifici tradotti in italiano, documenti e interviste pubblicate sui siti internet, articoli stampa, spot radiofonici e televisivi. EpaC ora può contare su un "club dei traduttori" che traduce i documenti scientifici in italiano, su 6 delegati regionali e su numerosi volontari. Attualmente EpaC è impegnata in una serie d'iniziative, tra cui:

- *Valutazione dei costi socio/sanitari e della qualità di vita nei soggetti affetti da malattia epatica in Italia*, uno studio finalizzato alla dimostrazione pratica che la diagnosi precoce dell'epatite può far risparmiare risorse al Servizio Sanitario Nazionale e aumentare la qualità della vita dei pazienti;
- *Progetto SOS fegato*, per garantire un'informazione scientifica di qualità, equilibrata e semplificata, attraverso 7 siti internet con dominio separato, su epatite C, epatite B, cirrosi, tumore del fegato, trapianto di fegato e steatosi;
- *L'Esperto Risponde*, un servizio informativo per consentire a chiunque lo desideri di porre una domanda e ricevere una risposta in tempi ragionevoli da un medico esperto e qualificato.

Inoltre, EpaC ha appena concluso un sondaggio su **l'accesso ai nuovi farmaci in triplice terapia** riservato ai pazienti HCV positivi eleggibili a un trattamento antivirale, per conoscere nel dettaglio l'opinione dei pazienti. Infine, EpaC si distingue anche in Europa, poiché membro fondatore e membro del consiglio direttivo della della European Liver Patient Association (ELPA) e coordinatore delle attività con EMA, Ente regolatorio Europeo per i farmaci.

EpaC Associazione Onlus

Sede di Vimercate

Via Luigi Cadorna 17/A
20871 Vimercate (MB)
Tel. 039 6083527

Sede Operativa di Roma

Via Colonnello Tommaso Masala, 42
00148 Roma (RM)
Tel. 0660200566
Sito web : www.epac.it

I "PROGETTI"

L'Unione Sanitaria Internazionale, mediante i pacchetti di esami (coupons) qui di seguito indicati, ha studiato per caratterizzare clinicamente gli utenti che giornalmente confidano nella professionalità. La citazione dei codici identificativi degli stessi consentirà, al pubblico, di usufruire di tecnologie di punta. Per ulteriori chiarimenti tecnici e/o utilizzo degli sconti promozionali, contattare il numero telefonico...



Il progetto **Demetra**

Messo a punto per le donne, consente di integrare lo screening citologico classico (pap-test) con la ricerca dei principali agenti infettivi configurabili quali probabili cause di patologie oncologiche cervicali e/o di infertilità.

Codice Accettazione **AJ05**



Il progetto **Cassandra**

Propone una integrazione di indagini della branca di citogenetica classica (cariotipo da sangue periferico) in entrambi i partners, oltre allo studio dei polimorfismi dei fattori trombotici ed allo screening infettivo del partner femminile, al fine di caratterizzare coppie con storie di poliabortività.

Codice Accettazione **AJ06**



Il progetto **Kystis**

Uno strumento importante per la caratterizzazione delle lesioni del sistema genito-urinario, allo scopo di prevenire e caratterizzare le patologie oncologiche vescicali, prostatiche e renali. A tal fine si è pensato ad una integrazione di metodiche di Microbiologia classica, Citologia urinaria e Virologia Molecolare.

Codice Accettazione **AJ00**

.i. - Coupons promozionali

ti, intende offrire una gamma di servizi analitici di medicina di laboratorio classica e molecolare
tà di quanti operano all'interno delle sue strutture. La presentazione di tali coupons o la semplice
vanguardia nella diagnostica sanitaria a condizioni economiche particolarmente vantaggiose.
onico 06/32868-370 o inviare una e-mail a genetica.molecolare@usi.it

Il progetto **Venere**

Questo progetto si propone per il partner di sesso femminile, qualora si abbiano esigenze di caratterizzazione della coppia a scopo riproduttivo, anche in previsione di procedure di procreazione medicalmente assistita.

Codice Accettazione **AJ07**



il progetto **Adamo**

Questo progetto si propone per il partner di sesso maschile, qualora si abbiano esigenze di caratterizzazione della coppia a scopo riproduttivo, anche in previsione di procedure di procreazione medicalmente assistita.

Codice Accettazione **AJ08**



Il progetto **Elios**

Combinazione dei due progetti Adamo e Venere per lo studio della coppia

Codice Accettazione **AJ07** (partner femminile)

Codice Accettazione **AJ08** (partner maschile)



Ferita fetale accidentale durante un parto cesareo: aspetti medico-legali a margine di un caso di personale osservazione

Aniello Maiese, Marianna Magliozzi, Giorgio Bolino

Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico-Legali e dell'Apparato Locomotore - Sezione di Medicina Legale Università "Sapienza" Roma - Viale Regina Elena 336, 00161 Roma

Parole chiave: Ferita fetale accidentale, Parto cesareo, Responsabilità professionale.

Key words: Accidental fetal lacerations, Cesarean delivery, Professional liability.

Riassunto

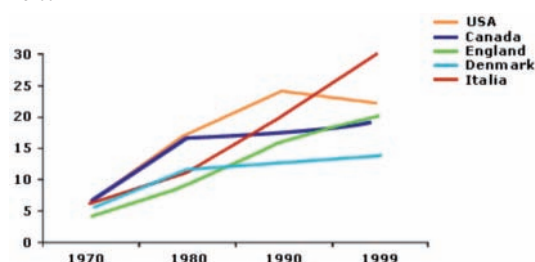
Negli ultimi vent'anni in Italia si è osservato un aumento esponenziale dei parti assistiti con il taglio cesareo. Tale procedura presenta dei rischi materno-fetali non trascurabili, collegati con l'effettuazione del parto cesareo, i così detti "rischi meccanici", direttamente connessi alla procedura chirurgica. Circa la metà dei rischi a cui è esposto il feto è rappresentata da ferite superficiali da taglio. Di seguito presenteremo un caso di personale osservazione, relativo ad una piccola paziente nata con una lesione di continuo in regione zigomatica, verificatasi nel corso di parto cesareo.

Introduzione

Negli ultimi anni, in molti paesi europei ed extra-europei, si osserva un aumento dei parti che vengono assistiti con il taglio cesareo (TC), con frequenze che si collocano intorno al 25-30%^[1] (Tab. 1). Anche nel Lazio si osserva un andamento simile: in un periodo di vent'anni, dal 1985 al 2005^[2], i TC sono aumentati dal 23% al 42,7% con un incremento pari all'85,7%. Confrontando questi valori con quelli di altre regioni italiane^[3] il Lazio insieme alla Campania, Basilicata, Sicilia, Puglia, Molise e Calabria si colloca ai primi posti, mentre altre regioni come la Lombardia, il Veneto e la Toscana presentano una frequenza di TC notevolmente inferiore (al di sotto del 30%); il Friuli Venezia Giulia ha la frequenza di TC più bassa (22%). Valori così elevati non sembrano giustificati da una maggiore frequenza di quelle condizioni cliniche (ad esempio ritardo di crescita intrauterino o patologie della placenta) che, correttamente, possono rappresentare un'indicazione ad assistere il parto con taglio cesareo. Anche escludendo dalla valutazione del fenomeno i cesarei ripetuti, che nel 2005 rappresentavano nella regione il 27,2% del totale dei cesarei, il tasso osserva-

to di primi cesarei (35,3%) risulta ancora molto più elevato di quello di altri paesi e regioni italiane. C'è inoltre da sottolineare che sia il Piano Sanitario Nazionale del 2006-2008 che quello precedente hanno indicato tra gli obiettivi da raggiungere la riduzione del ricorso al taglio cesareo. E' quindi opportuno valutare anche il contributo svolto da fattori "non clinici". Un'analisi delle schede di nascita di tutti i parti effettuati nella regione Lazio ha evidenziato che, a parità di condizioni cliniche della donna e del feto, la probabilità di ricorso al TC è più alta del 35% nelle maternità private convenzionate e del 64% in quelle completamente private rispetto a quella osservata nelle maternità pubbliche. L'effetto del punto nascita, che a sua volta è determinato da fattori organizzativi della struttura ed individuali dei singoli operatori, spiega parte della variabilità osservata fra i singoli istituti. Da una analisi effettuata da Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica sulle nascite del 2003-2005, emerge una notevole diversità nel ricorso al taglio cesareo, anche fra centri di pari livello di complessità. Nel 2005 negli ospedali pubblici i valori osservati erano compresi fra il 28% e il 64%; in quelli universitari, fra il 44% ed il 54%; nelle maternità private accreditate, fra il 35% ed il 64%; e nelle maternità completamente private, fra il 72% e l'86%. Tale variabilità rimane confermata anche controllando l'effetto di fattori clinici^[4]. Le implicazioni di queste evidenze sono numerose: il fatto che una donna, a parità di condizioni cliniche, possa ricevere cure differenti a seconda del "luogo" presso il quale viene assistita, pone importanti interrogativi sulla appropriatezza, efficacia ed eticità della professione sanitaria. In questo contesto, la realizzazione di interventi finalizzati alla diffusione di pratiche diagnostiche e terapeutiche di documentata efficacia appare di estrema attualità e rilevanza per la sanità pubblica, per i singoli operatori e per l'u-

Tab. 1



Ferita fetale accidentale durante un parto cesareo

tenza. Le linee-guida sul TC del 2006 che rappresentano un aggiornamento di quelle pubblicate nel 1999 costituiscono uno sforzo in questo senso. Vale la pena ricordare che le linee-guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche"^[5]. Non devono quindi essere considerate in alcun modo come "percorsi" o protocolli diagnostico-terapeutici, ma possono essere un utile strumento per il miglioramento delle pratiche cliniche.

Quindi da quanto fin qui asserito si sottolinea come l'avviamento di una donna al parto cesareo deve seguire ben precise e non casuali indicazioni^[6]. La donna in gravidanza dovrebbe ricevere informazioni sul taglio cesareo, basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, che includano le indicazioni, la tecnica chirurgica, e soprattutto i rischi e i benefici e le implicazioni per la gravidanza attuale e per le successive. Le più accreditate linee guida sottolineano l'indicazione a sottoporre a taglio cesareo programmato particolari categorie di donne, ovvero:

- donne con gravidanza singola a termine e feto in presentazione podalica (se il rivolgimento per manovre esterne sia controindicato o fallito);
- gravidanza gemellare con il primo gemello in presentazione podalica;
- infezione da HIV o infezione HCV associata a HIV;
- infezione da herpes genitale in atto al momento del parto;
- placenta previa centrale totale o parziale.

Al contrario sconsigliano l'effettuazione di un taglio cesareo di routine a donne con:

- gravidanza gemellare con ambedue i gemelli in presentazione cefalica;
- parto pretermine, con peso fetale stimato >1500 gr;
- ritardo di crescita intrauterina;
- epatite B e C.

Nel caso invece di richiesta materna di taglio cesareo, attualmente ipotesi non infrequente, va sottolineato

come di per sé tale richiesta non costituisca una indicazione al taglio cesareo, andranno quindi valutate e discusse attentamente le ragioni della donna, i rischi e i benefici del taglio cesareo, ricordando sempre che i medici non sono obbligati ad effettuare procedure prive di sicuri benefici per la salute^[7]. Inoltre è noto che tale procedura messa a confronto con il parto vaginale determina un aumento del dolore addominale, danno vescicale e ureterale materno, la necessità di un'altra chirurgia, rottura dell'utero ed isterectomia, ricovero in terapia intensiva, malattia trombo embolica, degenza ospedaliera prolungata, il rischio di placenta previa, morte materna e fetale, problemi respiratori per il neonato. A fronte di tali rischi si sono invece prospettati con certezza solo i seguenti vantaggi: riduzione del dolore perineale, della incontinenza urinaria e del prolasso utero-vaginale.

Oltre ai suddetti rischi materno-fetali, collegati in via generale con l'effettuazione del parto cesareo, sono ben noti in letteratura complicanze, così detti "rischi meccanici" per il feto, direttamente connesse alla procedura chirurgica, per cui si raccomanda che l'esecuzione di tale tecnica sia affidata ad esperti nel settore ed eseguita con oculata attenzione nei suoi vari momenti operativi. In particolare, si sottolinea come vada condotta l'incisione dell'utero trasversale sul segmento uterino inferiore lungo la sua circonferenza con incisione leggera, utilizzando dapprima il bisturi e poi le forbici e l'ausilio delle dita da introdurre direttamente in cavità proprio per evitare l'effetto menomativo di uno strumento affilato in profondità, come il bisturi^[8]. I rischi di traumatismo fetale direttamente collegati con l'estrazione del feto per via laparotomica sono noti da tempo anche se in generale non molto diffusi; circa la metà degli stessi è rappresentata da ferite superficiali da taglio prodotte dal chirurgo all'atto di incidere l'utero, a volte legate all'inesperienza dello stesso operatore, altre volte giustificate da un ridotto quantitativo di liquido amniotico, che fa sì che l'utero si trovi in stretta aderenza alla parte fetale sottostante.^[9,10,11,12,13] (Tab.2). Di seguito presenteremo un caso di personale osservazione, relativo ad una piccola paziente nata con

Tab. 2

Fetal lacerations according to fetal presentation, location, and type				
Fetal presentation	Laceration location	Mild lacerations (n)	Moderate lacerations (n)	Severe lacerations (n)
Cephalic	Scalp	63 (64.9%)	2 (2.0%)	—
	Frontal region	15	—	0
	Occipital region	34	—	—
	Parietal region	14	—	—
	Face	21 (21.6%)	0	0
	Ear	9	—	—
	Maxilla	7	—	—
	Supraciliary crest	5	—	—
	Orbital region	—	1	—
	Neck	—	1	—
	Breech		8 (8.2%)	0
Buttock		8	—	—
	Thigh	—	—	1
Transverse		2 (2.06%)	0	0
	Shoulder	1	—	—
	Forearm	1	—	—

una lesione di continuo in regione zigomatica, verificata nel corso di parto cesareo, in un nosocomio campano, in assenza dei fattori di rischio descritti in letteratura legati al parto stesso, quali una situazione di particolare urgenza clinica, scarso quantitativo di liquido amniotico e pareti uterine sottili o pregresso tentativo di parto vaginale non riuscito, tali da poter giustificare o in qualche modo comprendere le ragioni della verifica della lesione. Come vedremo nel caso concreto, i profili di censurabilità medica riguardano vari ambiti procedurali, da una mala compilazione della cartella clinica ad una evidente incompletezza e superficialità del consenso informato, ad una imperita ed imprudente esecuzione tecnica del parto stesso, fino ad una gestione post-operatoria della lesione della neonata non conforme alle legis artis, mancanze che si intrecciano ed interagiscono tra loro, in una complessiva, a tratti poco giustificata, mal practice medica.

Case Report

Oggetto del presente contributo è il caso di una donna di giovane età, ricoverata in elezione presso la U.O. di ginecologia ed ostetricia, di un nosocomio campano, onde effettuare taglio cesareo alla 41 esima settimana di gestazione. Si premette che i dati relativi all'anamnesi patologica remota e prossima, nonché quelli relativi all'intervento, sono stati raccolti con grosse difficoltà stante la cattiva compilazione della cartella clinica, scritta a mano e con grafia illeggibile, contravvenendo quindi anche a quanto espressamente raccomandato dal codice deontologico^[14] tra i doveri del medico. In ogni modo, da quanto possibile dedurre, si evince che le condizioni generali della donna al momento del ricovero erano buone, l'esame degli organi ed apparati appariva indenne da elementi degni di nota. All'esame ginecologico veniva sottolineato unicamente la presentazione cefalica del feto al momento del parto. Durante l'esecuzione dello stesso, avvenuto in prima giornata di ricovero, la grafia assai poco comprensibile della descrizione dell'atto operatorio permetteva di dedurre unicamente: *"disinfezione... si segnala incisione dello zigomo sinistro del feto che si sutura..."*. Per quanto riguarda lo stato della neonata le uniche informazioni contenute in cartella sono: *"peso 3000, lunghezza 51, c. cranica cm 36... APGAR^[15] a 5 min 09..."*. Durante la successiva degenza durata cinque giorni non emergono complicazioni a carico della donna che viene dimessa con diagnosi: *"gravanza protratta, lieve anemia, presentazione di faccia"*. La neonata, invece, immediatamente dopo il parto viene trasferita presso il reparto di pediatria dello stesso presidio ospedaliero con diagnosi: *"nata da T.C. ferita da taglio zigomo sn, isoimmunizzazione"*. Dalla scheda compilata in entrata si evince la presenza per la piccola di condizioni generali buone: *"peso gr 3200, non malformazioni punteggio apgar a 10 minuti 9"* e tra le note aggiuntive viene sottolineato: *"aspirato ed ossigenato in sala operatoria. Ferita sovra zigomatica di 1,5 cm a sx trattata in sala operatoria con applicazione di punti di sutura..."*(Fig.

1). La presenza della medesima soluzione di continuo "ferita da taglio" viene ribadita in seguito anche in dia, in assenza di dati degni di nota.



Fig. 1.

Discussione e Conclusione

Prima di addentrarsi nella discussione relativa al caso concreto, ovvero sulla paternità causativa della suddetta lesione di continuo a carico della regione zigomatica della neonata obiettivata al momento del parto, occorre precisare che il ricorso al taglio cesareo ha trovato una diffusione crescente negli ultimi anni rispetto al parto vaginale, pur non essendo affatto scevra da rischi e controindicazioni sia per la gestante che per il nascituro. Non è noto, e non si evince dalla documentazione in possesso, quale siano state le motivazioni che hanno condotto nel caso di specie tale scelta operativa. In ogni modo, tale delicata pratica, proprio per i rischi ad essa connessa, va eseguita da esperti nel campo e con oculata attenzione nei suoi vari momenti operativi. Dalla descrizione dell'intervento, poc'anzi riportata, poco si comprende della tecnica utilizzata, ma è facilmente intuibile ipotizzare che le suddette accortezze non siano state adoperate al fine della salvaguardia dell'integrità del feto. È difatti lo stesso chirurgo operatore, che descrive (uniche parole tra l'altro ben comprensibili) l'incisione, durante l'atto, sulla regione zigomatica sinistra del neonato, lesione che viene successivamente meglio caratterizzata come da taglio, lasciando quindi adito a pochi dubbi circa la verifica della stessa e il mezzo che l'avrebbe causata. Al di là della presentazione cefalica del feto, non vengono mai descritte complicanze o situazioni di particolare urgenza e difficoltà di esplicazione del medesimo parto che possano far presupporre una condizione di rischio per la salute materna o fetale, tale da giustificare un'impellenza nell'atto e quindi una disattenzione, figlia di motivazioni di ordine superiore, quali appunto la salvaguardia della vita stessa dei due soggetti.

Ferita fetale accidentale durante un parto cesareo

Se in letteratura i rischi di traumatismo fetale sono un argomento non nuovo, anche se non molto diffuso, si comprende bene come gli stessi vengano ricollegati a due cause prevalenti, di cui la prima legata all'inesperienza del chirurgo operatore e la seconda collegata a cause per così dire esterne all'agire del medico, ovvero un ridotto quantitativo di liquido amniotico, che fa sì che l'utero si trovi in stretta aderenza alla parte fetale sottostante^[16] in condizioni di urgenza medica. Ma nel caso in questione tale situazione non viene mai segnalata dal chirurgo che ha eseguito l'atto.

In uno studio prospettico effettuato da Dessole^[17], presso diversi policlinici ospedalieri italiani, lo stesso ha evidenziato che la percentuale delle lesioni cutanee a carico del feto si aggirano intorno all'1-2%, e tale frequenza sembra essere direttamente collegata all'esperienza del chirurgo, con concause deponenti, quali un utero di dimensioni più sottili della norma e uno scarso quantitativo di liquido amniotico. Inoltre, nel medesimo studio lo stesso ha evidenziato come spesso tale infausta evenienza si verifica in parti cesarei in emergenza, con sofferenza fetale e rottura prematura delle membrane. Evenienze anche queste che non sembrano interessare il caso in questione. La collocazione della lesione, è inoltre direttamente collegata alla modalità di presentazione del feto, dato questo che nel nostro caso, presentazione cefalica o di faccia, doveva spingere il chirurgo ad adoperare maggiore accortezza, dal momento che una ferita in corrispondenza del volto di una bambina non consiste semplicemente in danno funzionale, ma anche estetico. Inoltre gli autori raccomandano la massima attenzione nel raccogliere il consenso informato; essendo ormai il danno al feto in corso di parto cesareo un'evenienza sempre possibile, è doveroso che il professionista specifichi con attenzione alla gestante, nella lista delle complicanze collegate alla procedura, anche la possibilità del verificarsi della ferita cutanea del nascituro. E dunque scorrendo la cartella clinica relativa alla degenza della signora, compare un modulo prestampato di consenso informato in cui come uniche complicanze prospettate alle gestante compaiono: "la morte fetale e la rottura dell'utero". Nessun accenno viene fornito di tale nota evenienza.

Altri autori^[18,19,20] descrivono la possibilità di "lacerazioni cutanee fetali" durante parti cesarei eseguiti in urgenza e con condizioni stressanti per il chirurgo operatore, in parti particolarmente difficoltosi, come dopo un tentativo fallito di parto vaginale, in cui l'esigenza di tempi assai stretti per salvaguardare la vita del nascituro può portare il chirurgo ad incisione uterina meno precisa e più sbrigativa. Ma come innanzi sottolineato, il parto della donna non sembra aver avuto tali complicanze ed essere stato preceduto da un tentativo di parto vaginale non riuscito.

Inoltre, proprio per la particolarità della zona attinta, zona assolutamente visibile in quanto sita in pieno volto (regione orbito-zigomatica) ed in ragione della lunghezza non trascurabile (la profondità della lesione al momento del parto non è stata descritta, ma si presuppone consistente in quanto necessitante di apposizione di punti di sutura), buona prassi medica avreb-

be suggerito di affidarne il trattamento a mani maggiormente esperte, onde evitare o almeno limitare la possibilità di esiti permanenti. Anche alla luce del fatto che si trattava di un neonato, la cui cute per sua natura risulta differente da quella di un adulto e quindi necessitante di maggiore accortezza. Di fatti, la cute del neonato al momento della nascita è estremamente sottile, nei giorni dopo la nascita diminuisce la secrezione sebacea, protettiva, assumendo maggiore secchezza; l'epidermide invece, ha uno spessore che è circa la metà di quello dell'adulto. E' quindi comprensibile come la stessa sia passibile di modificazione e come l'apposizione di punti di sutura debba tenere in particolare conto della maggiore fragilità dei suoi componenti e delle successive modificazioni intrinseche che essa subisce nei giorni e mesi successivi alla nascita. Non è infatti un caso, che i punti di sutura apposti sul volto della piccola, si siano in breve tempo diastasi, esitando in una cicatrice visibile e menomativa dell'estetica della piccola. Difatti all'esame obiettivo personalmente svolto, l'esito cicatriziale sito in regione zigomatica sinistra, è apparso con forma a losanga della lunghezza complessiva di 3 cm e larghezza di 1,5 cm, nettamente discromica di colore bianco madreperlaceo e lievemente depresso rispetto ai tessuti circostanti, tale da creare pregiudizio estetico attuale e futuro (Fig. 2).

Dovendo passare alla quantificazione numerica del danno biologico, la menomazione della piccola, di certo in grado di alterare la normale estetica ed euritmia del volto, può essere stimata almeno in via orientativa utilizzando la formula C.R.E.S.O.^[21], acronimo che tiene conto del colore, rilievo, estensione, sede e orientamento del danno estetico-cicatriziale, stabilendo un valore crescente (da un valore minimo di 5 ad un massimo di 25) in base alla gravità delle modificazioni rispetto alla norma. Nel caso in questione l'esito cicatriziale risulta discostarsi dalla norma per tutti i caratteri precedentemente espressi, con complessiva discromia, anzi più propriamente ipocromia, apprezzabile depressione, con una estensione non irrisoria e



Fig. 2.

soprattutto in una sede corporea massimamente esposta alla visione altrui, come è appunto la regione zigomatica del volto.

Nel caso concreto, pertanto, può attribuirsi un valore di 15 per il fattore **Colore**, un punteggio di 5 per il **Rilievo** cicatriziale e lo stesso punteggio per l'**Estensione**, nonché un punteggio di 25 per la **Sede** e di 1 per l'**Orientamento** del disestetismo. Applicando la formula proposta, si perviene ad un fattore numerico di 40 che corrisponde ad una percentuale del 10% di danno biologico. Tenendo anche conto della giovanissima età della piccola, della incidenza che la stessa potrebbe avere su eventuali attività lavorative e sociali future e sulla evenienza di ulteriori interventi chirurgici estetici a cui potrebbe sottoporsi per emendare il danno, ben si comprende il valore ed il significato della stessa.

Del resto, se la predetta modalità di valutazione del danno può sembrare un po' artificiosa, è anche vero che il risultato cui consente di pervenire collima sostanzialmente con quanto previsto dalla Guida per la valutazione del danno biologico curata da Bargagna et al. sotto l'egida della Società Italiana di Medicina Legale^[22]; nonché dalle indicazioni valutative proposte – ai sensi del codice delle assicurazioni private – dalla Commissione Ministeriale di cui al DM 26.5.04^[23] che, infatti, propone siffatta percentuale per il pregiudizio estetico complessivo di grado lieve-moderato esemplificato da cicatrici dai caratteri evidenti comprese tra sopracciglio e labbro superiore, che si accompagnano a coscienza di menomazione resa obiettiva anche dal giudizio negativo di chi osserva il soggetto. Quindi, non solo l'applicazione della predetta formula valutativa, ma il suo armonico convergere con le principali indicazioni in tema di valutazione del danno biologico, consentono di quantificare l'entità del pregiudizio biologico attualmente presente nella piccola in misura pari al 10%.

Nessun dubbio permane circa la paternità causativa della stessa in corso di parto cesareo, denunciando un comportamento del professionista operatore censurabile per essersi discostato dalla giusta attenzione che il caso meritava, non essendo incorse condizioni di impellente pericolo ad imporre una situazione di fretta operativa. Risulta infine, altrettanto imprudente l'essersi cimentato in operazioni, come la sutura della ferita stessa, che avrebbero sicuramente giovato di trattamento in mani maggiormente esperte al fine di scongiurare qualsivoglia esito permanente, in una regione tanto delicata quale il volto di una bambina. In definitiva, gli ovvi riflessi in tema di responsabilità professionale del caso presentato sono ben sintetizzati nel noto brocardo per il quale "*culpa lata*" significa: "*non intelligere quod omnes intelligunt!!!*".

Bibliografia

- World Health Organization Europe 2006-2007.
- Laziosanità <http://www.asplazio.it/>
- Ministero della Salute 2005 <http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=2&tipo=old>
- Linee guida 2006.
- Institute of Medicine 1992.
- Adattato da NCC-WCH, Caesarean section. Clinical guideline, London, Uk: RCOG; April 2004. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG13/guidance/pdf/>
- Artt.4-13-18-22 del Codice di Deontologia Medica del 16 dicembre 2006.
- Aburezq H. et al: *Iatrogenic fetal injury*. *Obstet Gynecol.*, 2005; 106: 1172.
- Baxter J.K. et al: *Fetal injury associated with cesarean delivery*. *Obstet Gynecol.*, 2007; 109: 783.
- Smith JF, Hernandez C, Wax JR. *Fetal laceration injury at cesarean delivery*. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 344-6.
- Dessole S. et al: *Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: experience in an italian level III university hospital*. *American Journal of Obstet. And Gynecol.*, 2004; 191: 1673.
- Nadas S, Gudinchet F, Capasso P, Reinberg O. *Predisposing factors in obstetrical fractures*. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 195-8.
- Levine MG, Holroyde J, Woods JR, Siddiqi TA, Scott M, Miodovnik M. *Birth trauma: incidence and predisposing factors*. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 792-5.
- Art. 26: "...la cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate". Codice di deontologia medica 2006.
- L'indice di Apgar è il risultato di una serie di controlli che servono a valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo. Ha lo scopo di stabilire se il bimbo appena nato abbia superato senza problemi lo sforzo legato al parto o abbia presentato qualche sofferenza che richieda eventuali cure. Per la sua determinazione vengono presi in considerazione cinque parametri vitali, che sono indicativi della capacità del neonato di sopravvivere in modo autonomo e, a ciascuno di questi fattori, viene attribuito un punteggio da zero a due. I neonati con punteggio alla nascita compreso tra 7 e 10 sono considerati *normali*; quelli con punteggio tra 4 e 6 *moderatamente depressi* (per cui necessitano di assistenza e vigilanza da parte del medico con determinazione di un nuovo punteggio ogni 5 minuti); infine quelli con meno di 4 punti sono *gravemente depressi* e quindi necessitano di rianimazione primaria immediata.
- Baxter J.K. et al: *Fetal injury associated with cesarean delivery*. *Obstet Gynecol.*, 2007; 109: 783.
- Vedi nota 12.
- Alexander J.M. et al: *Fetal injury associated with cesarean delivery*. *Obstet. Gynecol.*, 2006; 108: 885.
- Gerber A.H. et al: *Accidental incision of the fetus during section delivery*. *Int. J. Gynaecol Obstet*, 1992; 12: 46.
- Wiener JJ et al: *Fetal laceration at cesarean section*. *J. Obstet. Gynaecol*, 2004; 22: 23.
- La formula C.R.E.S.O. (Colore, Rilievo, Estensione, Sede, Orientamento; cfr. Iorio M., Navissano M.: *Il danno da cicatrici cutanee. Classificazione e valutazione medico-legale*. Minerva Medica, Torino, 1997.
- Giuffrè, Milano, 2001.
- Cfr. Palmieri, Bolino et al.: *La valutazione medico legale del danno biologico in responsabilità civile*. Giuffrè, Milano, 2006, p. 221.

Focus su: Disturbo da Attacchi di Panico

*Guido Trabucchi, Amedeo Minichino, Lucilla Vergnani, Rossella Pannese,
Roberto Delle Chiaie, Massimo Biondi*

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I.
Università "Sapienza" Roma

Il Disturbo di Panico (DP) è uno dei disturbi psichiatrici più diffusi ed è una delle patologie su cui si è più discusso negli ultimi anni.

La quantità di spazio che i media hanno riservato a questo disturbo ha focalizzato l'attenzione dell'opinione pubblica su questo fenomeno patologico, in parte diminuendo la vergogna dei pazienti che ne sono affetti (lo "Stigma", che è proprio l'emarginazione sociale che i pazienti psichiatrici avvertono a causa della patologia da cui sono affetti) e in parte diffondendo molte informazioni, importanti per la prevenzione e il riconoscimento dei sintomi. D'altra parte, spesso, la qualità delle informazioni date è scarsa e si fornisce una conoscenza superficiale del DP; si sono, così, diffuse false credenze e falsi miti riguardo molteplici aspetti di questa patologia. Tale fenomeno si è amplificato poiché, spesso, il paziente non si rivolge direttamente allo psichiatra per comprendere i sintomi vissuti; questo avviene soprattutto a causa dello stigma e della vergogna che si prova. Il paziente che ha avuto un attacco di panico (o una crisi d'ansia acuta) spesso chiede consigli ad amici o a parenti, oppure cerca notizie su internet. Questo potentissimo strumento spesso si rivela essere un calderone di notizie infondate, il cui problema principale è la grande quantità di informazioni e la difficoltà che si incontra è proprio nel selezionare quelle corrette.

Il principale obiettivo di questa rubrica dedicata è proprio sfatare queste false credenze attraverso un'approfondita spiegazione del disturbo e sensibilizzare attraverso un'informazione scientifica.

Definizione

Il Disturbo di Panico (DP)

È una patologia psichiatrica classificata tra i disturbi d'ansia secondo il DSM-IV-TR^[1]. Sebbene le manifestazioni siano acute e si sviluppino in un lasso di tempo molto breve (10-20 minuti), il DP è una patologia che tende a cronicizzare e in cui residua una sintomatologia inter-episodica.

Dal punto di vista clinico è caratterizzato dal susseguirsi di uno o più attacchi d'ansia acuti caratterizzati da sintomi somatici (prevalentemente respiratori e cardiaci) e psichiatrici (senso di derealizzazione, senso di depersonalizzazione e paura di morire o di impazzire). Non sempre vivere un Attacco di Panico provoca lo strutturarsi di un DP: seppur raramente, questi attacchi possono rimanere isolati e non ripresentarsi nel corso dell'intera vita. Per diagnosticare un DP è necessaria la presenza di un periodo in cui la vita del paziente sia significativamente modificata dalla paura del verificarsi di un nuovo attacco; il paziente si adatterà a questa esigenza, dettata dalla paura di un evento che non si vuole più vivere, evitando le situazioni che associa all'evento. In alcuni casi questo comportamento si struttura in un atteggiamento *agorafobico* (vedi dopo).

Leziopatogenesi è molto complessa e non completamente chiarita, sebbene esistano numerosi modelli biologici, psicologici e sociali che hanno portato allo sviluppo di trattamenti psicofarmacologici e psicoterapici efficaci nel limitare l'acuzie del disturbo.

Ciononostante, il tasso di ricadute a lungo termine è molto elevato e il trattamento integrato sembra essere il più efficace nel prevenirle.

Una menzione a parte merita l'**Agorafobia**, entità clinica spesso (ma non sempre) presente nel DP. Il termine indica letteralmente la "paura degli spazi aperti", ma dal punto di vista psichiatrico è la paura di situa-

zioni in cui il paziente si senta vulnerabile ad ulteriori attacchi. Tale fobia si sviluppa, infatti, in seguito agli attacchi di panico ed è caratterizzata dall'estrema difficoltà ad affrontare le situazioni che generano sintomatologia ansiosa (*l'ansia anticipatoria*) con conseguenti *condotte di evitamento*, che ne sono le manifestazioni più caratteristiche e che rispondono all'esigenza di non vivere tali sensazioni spiacevoli.

Cenni storici

La storia del DP ha origine sin dai tempi di Ippocrate di Còs, che aveva classificato disturbi simili al DP con la categoria dell'*"Isteria"*. Secondo le sue osservazioni erano colpite solo le donne; da ciò trasse la conclusione che la causa dovesse risiedere nell'utero (*Hýsteron* in greco), il quale, contenendo sangue "corrotto" e ristagnante, produceva vapori e sostanze tossiche. Questi, risalendo le vie digerenti, si diffondevano a tutto l'organismo, compreso il cervello; inoltre, poiché migrante, l'utero stesso poteva comprimere le vie respiratorie e i vasi afferenti al cervello causando la comparsa di tremori, palpitazioni e sensazioni di soffocamento (sintomi che ricordano proprio gli attacchi di panico).

Gli attacchi di panico hanno da sempre suscitato l'attenzione di ogni branca della medicina per la presenza di segni obiettivi riguardanti l'intero organismo, tanto che verso la fine del XIX secolo fu l'otorinolaringoiatra Krishaber (probabilmente incuriosito dalla presenza di sintomi quali ronzii, acufeni e vertigini) a studiare il disturbo, chiamandolo *"Neuropatia Cerebro-Cardiaca"*. Dopo di lui fu Béard a considerare gli attacchi di panico come sintomo essenziale della *"Neurastenia"* (macro-categoria che comprendeva tutti i disturbi d'ansia attualmente considerati nel DSM-IV). Da Costa, invece, riscontrò la *"Sindrome del Cuore Irritabile"* nei soldati della guerra civile americana che dovevano intervenire nei campi dove si svol-



gevano le battaglie, situazioni evidentemente stressanti e spaventose (come la "Sindrome da Sforzo" di Lewis riscontrata nella I Guerra Mondiale).

Con l'arrivo di Freud c'è stata una sistematizzazione maggiormente rigorosa dei disturbi ansiosi con la categoria delle "Nevrosi", ideando una classificazione che, per oltre mezzo secolo, è stata alla base dello studio delle patologie psichiatriche. Egli descrisse attacchi di panico *maggiore* e *minori* ("Nevrosi d'ansia acute") ed individuò come nucleo patologico l'aspettativa ansiosa e lo stato di allarme. Proprio per mezzo di queste osservazioni ebbe il gran merito di collegare gli attacchi di panico alle condotte di evitamento fobiche. Già nel 1871, infatti, Westphal aveva coniato il termine "Agorafobia" per i pazienti che sembrava avessero "paura ad avventurarsi negli spazi aperti", ma senza collegarla agli attacchi di panico.

Neanche il comportamentista Marks, pur avendo avuto il merito di distinguere l'Agorafobia dalla Fobia Sociale e dalle Fobie specifiche, legò quest'aspetto alle manifestazioni ansiose.

L'autonomia nosografica del disturbo è mancata per lungo tempo, in quanto gli attacchi di panico erano considerati manifestazioni aspecifiche presenti nelle generiche nevrosi d'ansia (distinte in base ai diversi meccanismi di difesa che le generavano) e non un disturbo ansioso a parte. D'altronde attacchi di panico possono manifestarsi in pazienti affetti da molte patologie psichiatriche e non solo da disturbi d'ansia, compresi i disturbi psicotici.

A Klein^[1] (negli anni '60) si deve la definitiva aggregazione di queste entità (ansia anticipatoria, attacchi di panico ed agorafobia) in un unico disturbo, ma differenziandole tramite il principio della *dissezione farmacologica*. Grazie ad esso furono distinti gli attacchi di panico, sulla cui prevenzione era efficace l'imipramina, dall'ansia anticipatoria e le condotte di evitamento, in quanto queste si risolvevano in seguito e non grazie al trattamento con il farmaco sperimentato.

Tale corrente unificatrice proseguì, tanto che nel DSM-III (1983)^[2] venne accantonato il concetto di *Nevrosi d'Ansia* e fu introdotto il *Disturbo da Attacchi di Panico* distinguendolo dagli altri disturbi d'ansia.

Questa intuizione fu seguita dallo sviluppo di trattamenti farmacologici dedicati, finché si è giunti all'attuale classificazione con "Disturbo da Attacchi di Panico con Agorafobia", "Disturbo da Attacchi di Panico senza Agorafobia" e "Agorafobia senza Attacchi di Panico".

Epidemiologia

Il Disturbo di Panico è molto diffuso nella popolazione. Nell'arco della vita può colpire dall'1% fino al 5% della popolazione (*life-time prevalence*).

Le differenze di prevalenza descritte in diversi studi possono essere attribuite ai diversi criteri diagnostici utilizzati, che sono stati modificati anche con la pubblicazione di diverse edizioni degli stessi manuali (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR).

Incidenza: ogni anno viene fatta diagnosi di DP dallo 0,1% al 2,2% della popolazione.

Il rapporto tra maschi e femmine è a favore del sesso femminile, di 2-3 volte superiore. Questo tipo di rapporto tende a scendere con l'aumento dell'età^[3].

L'età mediana d'esordio è di 25 anni.

Non sembrano esserci particolari differenze di etnie. Tra le comorbidità più segnalate c'è la Depressione Maggiore, i Disturbi di Personalità, i Disturbi correlati a sostanze e (per quel che riguarda l'infanzia) il Disturbo d'Ansia da separazione^[4;5].

Sono stati descritti molti **fattori di rischio**: un livello culturale basso sembra legato ad una maggiore probabilità di sviluppare attacchi di panico, DP e DP con agorafobia.

I periodi particolarmente stressanti sembrano essere quelli in cui i pazienti sono maggiormente vulnerabili agli AP.

Come già detto, il sesso femminile sembra essere maggiormente predisposto a questa patologia.

Superata l'età di 60 anni la probabilità di vivere un AP è molto più bassa che nei precedenti 30 anni di vita.

Per quanto riguarda il rapporto con i genitori, i pazienti indicano (in questionari somministrati in diversi studi^[6]) la presenza della madre avvertita come "iper-protettiva".

E' stato ipotizzato che il comportamento materno possa essere conseguenza di un tratto ansioso della genitrice, ma d'altra parte potrebbe essere conseguente alla personalità fobica del bambino che induce il genitore ad assistere maggiormente il figlio^[6].

Il tasso di morbilità per i parenti di persone malate (soprattutto di primo grado) è molto più elevato dei controlli, e va da 7,7% al 20,5% (contro il 2% dei controlli).

Gli studi sui gemelli hanno poi confermato tale tendenza; confrontando la morbilità del DAP nei gemelli monozigoti e dizigoti si è visto che è 5 volte maggiore nei monozigoti. Va però sottolineato che la concordanza è risultata essere ben al di sotto del 100%, e ciò rafforza il ruolo dei fattori psicologici e sociali^[7].

Nei successivi numeri della rivista affronteremo ulteriori aspetti del Disturbo di Panico, dalle cause al quadro clinico e al trattamento.

Bibliografia

1. Klein, Donald. *Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes* Psychopharmacology; Springer Berlin / Heidelberg; 1964; 6, 5: 397-408.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition - DSM-III" 1983. Trad. it. V. Andreoli, G. B. Bassano, R. Rossi (a cura di), Masson Italia, Milano 1984.
3. Goodwin R.D., Faravelli C., Rosib S., Coscib F., Trugliab E., de Graaf R., Wittchen H.U. *The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe*. European Neuropsychopharmacology, 2005; 15: 435-443.
4. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition, 2001.

Focus su: Disturbo da Attacchi di Panico

5. Franco Giberti, Romolo Rossi. *Manuale di Psichiatria - per studenti, medici, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, operatori psichiatrici*. Piccin Nuova Libreria, VI edizione, 2007.
6. Faravelli, C., Paionni, A., 2001. *Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity*. In: Griez, E.J.L., Faravelli, C., Nutt, D., Zohar, J. (Eds.), "Anxiety Disorders. An Introduction to Clinical Management and Research." Wiley, Chichester, pp. 51-79.
7. Perugi G., Toni C., Musetti L., Petracca A., Cassano G.B. *Disturbo di panico e agorafobia - Correlati biologici* in "Capitolo 50- Disturbi d'ansia" in "Trattato italiano di Psichiatria" di Pancheri P., Cassano G.B., Pavan L., casa editrice Masson, 2002 seconda edizione, pp. 2045-2047

Autore referente:
Dott.ssa Rossella Pannese
Email: rossellapannese@libero.it

Quest'anno ci aiuti?

dona il tuo 5 x mille all'associazione Epac Onlus



**Per la prevenzione
delle epatiti, della cirrosi
e del tumore al fegato**



Non ti costa nulla!

Inserisci il nostro Codice Fiscale
97375600158

e la tua firma nella sezione
a sostegno del volontariato
e delle ONLUS



Per info: tel. 0660200566 - 0396083527 - www.epac.it - info@epac.it

APPUNTAMENTO DAL MEDICO ESTETICO PRIMA DELLA PROVA COSTUME



Un'alimentazione scorretta, uno stile di vita sedentario, poche accortezze nei confronti del nostro corpo durante i mesi invernali hanno contribuito a accentuare accumuli adiposi preesistenti o a mettere in evidenza un'antiestetica condizione di pannicolopatia, alterazione del tessuto sottocutaneo comunemente nota col termine di cellulite o "buccia d'arancia".

Le diete dell'ultimo minuto o la palestra a ritmo serrato non sono sempre le soluzioni più

indicate ed efficaci, anzi spesso possono rivelarsi persino dannose per l'organismo. E' necessario perciò ricorrere a delle risposte più incisive e mirate che solo un esperto di medicina estetica può proporre. Il medico estetico in questi casi deve essere il nostro punto di riferimento e principale interlocutore. Analizzando il caso specifico (patologia e stato fisico), il medico estetico infatti è in grado di suggerire al paziente il trattamento più indicato. E non si tratta soltanto di soluzioni chirurgiche.

Soprattutto per inestetismi mediamente evidenti, sono sempre più consigliati dai centri di medicina estetica più aggiornati, i trattamenti a radiofrequenza. I Centri U.S.I. in questo sono tra i poli di medicina estetica più all'avanguardia di Roma, tanto da attirare una clientela esigente, che ama prendersi cura del proprio fisico nel totale rispetto di quest'ultimo. Infatti nei Centri U.S.I. sono utilizzate solo metodiche, che pur non essendo invasive, sono efficaci quanto la chirurgia ed altamente sicure. Una di queste è la radiofrequenza Medical RF di Triworks.

Non invasiva e completamente indolore, la radiofrequenza è utilizzata nei mesi di preparazione all'estate soprattutto per rimodellamento corporeo con una preferenza della zona dei glutei, dell'interno coscia e dell'addome, quest'ultimo scelto sia dalle donne che dagli uomini. Il vantaggio nell'uso della radiofrequenza è nell'efficacia del trattamento con tempi contenuti. Questa metodica agisce infatti a livello del derma, provocando un riscaldamento del connettivo profondo che non danneggia minimamente le strutture epidermiche. Agire a livello del derma significa affrontare il problema alla radice attivando quel processo di ringiovanimento cutaneo che porta al ripristino delle normali funzioni metaboliche soprattutto a livello di collagene e fibroblasti.

L'effetto estetico è pari a quello di un lifting con risultati che, visibili sin da subito, diventano ancor più accentuati man mano che trascorrono le settimane. I fenomeni biologici attivati infatti raggiungono la loro maturazione nel giro di tre settimane allorquando sono completamente visibili i risultati del trattamento, con ancora maggiore soddisfazione della cliente. B.M.

RIFERIMENTI MEDICI

Dottor Stefan Dima
Tel 337 738694 Tel U.S.I. 06 328681
medestetica@usi.it

Life-skills



Barbara Andreotti
TSRM Reparto di Radioterapia, Casa di Cura Marco Polo, Roma

“Life-skills sono abilità/capacità che ci permettono di acquisire un comportamento versatile e positivo, grazie al quale possiamo affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana.”
(WHO, Divisione della salute mentale)

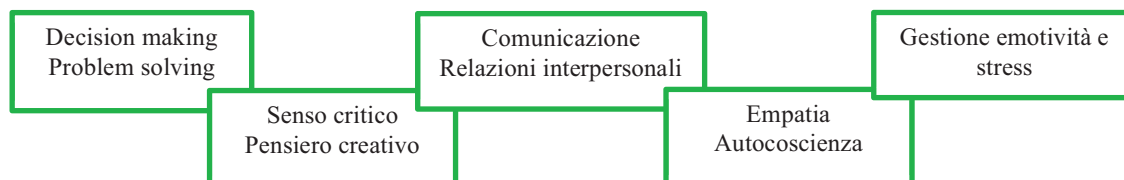


Introduzione

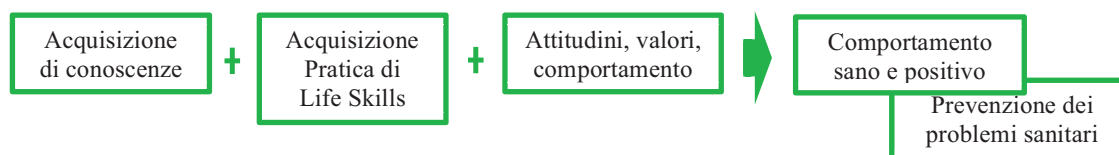
Le capacità che l'operatore attiva, o in qualche modo sviluppa, in risposta alle esigenze ambientali sono la base d'appoggio della sua professione, da qui il bisogno d'incentivare una formazione psicologica che aiuti a sviluppare competenze di ruolo su come aiutare se stessi e gli altri e che incentivi lo sviluppo delle competenze relazionali, quali empatia, dinamicità, flessibilità, contingenza.

Sono l'insieme di abilità personali e relazionali che servono per governare i rapporti con il resto del mondo e per affrontare positivamente la vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità, abilità e competenze che è necessario apprendere per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana.

Le life skills possono essere raggruppate in 5 aree principali e lo sviluppo di ognuna di queste costituisce il fondamento per la gestione delle relazioni sociali e per la promozione della salute.



Le skills fanno da tramite fra fattori cognitivi (attitudini, valori) e lo sviluppo di un comportamento sano e positivo, quindi attraverso l'apprendimento è possibile tradurre le nostre conoscenze in capacità ed azioni concrete.



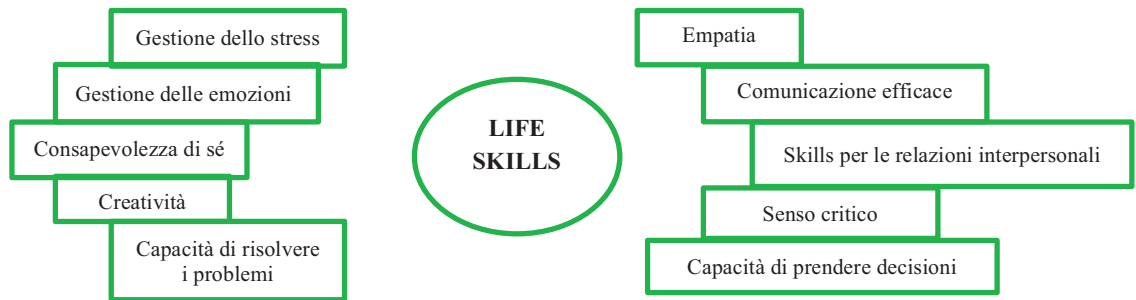
Bisogna evidenziare però che le skills non sono i soli fattori che influenzano il comportamento; se inseriamo tale modello in un ambiente più ampio, s'individuano molti altri fattori che condizionano la motivazione e l'abilità a comportarsi in un modo positivo e sano (fattori ambientali, culturali, familiari,...). L'acquisizione e l'attuazione pratica delle life skills può influenzare il modo in cui ci si mette in relazione con gli altri, con sé stessi e il modo in cui si viene percepiti dagli altri. Inoltre contribuisce nel percepire maggiormente le capacità proprie di ciascuno ad incrementare la fiducia in se stessi e l'autostima. Le life skills, infine, rivestono un ruolo importante nella promozione del benessere mentale, motivando ad occuparsi di sé stessi e degli altri e contribuendo alla prevenzione dei disturbi mentali e dei problemi di comportamento.

Il "nucleo fondamentale" delle life-skills è costituito da:

- Capacità di leggere dentro se stessi (Autocoscienza): conoscere se stessi, il proprio carattere, i propri bisogni e desideri, i propri punti deboli e i propri punti forti; è la condizione indispensabile per la gestione dello stress, la comunicazione efficace, le relazioni interpersonali positive e l'empatia;
- Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri (Gestione delle emozioni): "essere consapevoli di come le emozioni influenzano il comportamento" in modo da "riuscire a gestirle in modo appropriato" e a regolarle opportunamente;

- c. Capacità di governare le tensioni (Gestione dello stress): saper conoscere e controllare le fonti di tensione “sia tramite cambiamenti nell’ambiente o nello stile di vita, sia tramite la capacità di rilassarsi”;
- d. Capacità di analizzare e valutare le situazioni (Senso critico): saper “analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo, valutandone vantaggi e svantaggi, al fine di arrivare a una decisione più consapevole”, riconoscendo e valutando “i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti e il comportamento, quali ad esempio le pressioni dei coetanei e l’influenza dei mass media”;

Le Life Skills: abilità della vita quotidiana



- e. Capacità di prendere decisioni (Decision making): saper decidere in modo consapevole e costruttivo “nelle diverse situazioni e contesti di vita”; saper elaborare “in modo attivo il processo decisionale può avere implicazioni positive sulla salute attraverso una valutazione delle diverse opzioni e delle conseguenze che esse implicano”;
- f. Capacità di risolvere problemi (Problem solving): saper affrontare e risolvere in modo costruttivo i diversi problemi che “se lasciati irrisolti, possono causare stress mentale e tensioni fisiche”;
- g. Capacità di “affondare” in modo flessibile ogni genere di situazione (Creatività): saper trovare soluzioni e idee originali, competenza che “contribuisce sia al decision making che al problem solving, permettendo di esplorare le alternative possibili e le conseguenze delle diverse opzioni”;
- h. Capacità di esprimersi (Comunicazione efficace): sapersi esprimere in ogni situazione particolare sia a livello verbale che non verbale “in modo efficace e congruo alla propria cultura”, dichiarando “opinioni e desideri, ma anche bisogni e sentimenti, ascoltando con attenzione gli altri per capirli, chiedendo, se necessario, aiuto”;
- i. Capacità di comprendere gli altri (Empatia): saper comprendere e ascoltare gli altri, immedesimandosi in loro “anche in situazioni non familiari”, accettandoli e comprendendoli e migliorando le relazioni sociali “soprattutto nei confronti di diversità etniche e culturali”;
- j. Capacità di interagire e relazionarsi con gli altri in modo positivo (Skill per le relazioni interpersonali): sapersi mettere in relazione costruttiva con gli altri, “saper creare e mantenere relazioni significative” ma anche “essere in grado di interrompere le relazioni in modo costruttivo”.

Conclusioni

Si è voluto con questo articolo evidenziare le capacità necessarie al raggiungimento dell’obiettivo finale della professione sanitaria, ossia l’ascolto del paziente, liberi da pregiudizi o preconcetti, aiutarlo nella comprensione e gestione del proprio problema così che questo lo ridefinisca e trovi le risorse necessarie a fronteggiarlo aumentando così anche la percezione di tutela della propria salute.

Bibliografia

1. Cocco G., Tiberio A. *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario*. Franco Angeli 2007.
2. Cunti A. *Le competenze relazionali in ambito sanitario. Per una formazione all’agire riflessivo*. 2010 Rogers, C. R. (2007) *Counseling and psychotherapy*, Rogers Press.
3. AntoniaTanese A., Negro G., Gramigna A. *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche, valutare la qualità percepita dai cittadini*. Rubbettino 2003.
4. Paola Marmocchi, Claudia Dall’Aglio e Michela Zannini. *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l’organizzazione Mondiale della Sanità*. Erickson, Trento 2004 OMS. *Life skills education in schools*. 1993.



LE NOSTRE ORME UNA TRACCIA PER IL LORO FUTURO

Diario di viaggio: dalla Tanzania, i racconti di una realtà vissuta da vicino...

Roma 03/04/2012

La missione ha inizio. Insieme ad un volontario di Sensacional onlus, Fabio Bianchi, ci rechiamo all'aeroporto di Fiumicino, dove ci aspetta un volo per Dar es Salaam (Tanzania). Il viaggio procede bene, nonostante sia molto lungo, a causa di uno scalo a Dubai di diverse ore. Arrivati a Dar es Salaam, l'accoglienza è decisamente "africana"! Caldo umido, caos nelle strade della città e disorganizzazione totale persino in aeroporto. Ad attenderci c'è il presidente dell'altra onlus Sensacional, nonché responsabile del progetto, che è in Tanzania da circa due mesi. Spostarsi è veramente difficoltoso; non vi sono regole stradali, semafori, ognuno segue la sua direzione e fare anche pochi chilometri diventa un'impresa quasi impossibile. Soggiorniamo una notte in un piccolo albergo in città, in quanto alle 8.30 della mattina seguente abbiamo un appuntamento con un fornitore, da cui acquisteremo un'autoclave, macchinario utile alla sterilizzazione degli strumenti da laboratorio.

Alle 9.30 ci aspetta il pullman che ci porterà alla Missione di Ilula, che dista circa 500 km da Dar es Salaam. Il viaggio durerà 10 ore; gli scenari sono tanti e vari. Le baracche si diradano con l'allontanarsi della città; più ci addentriamo nella savana più la natura domina incontaminata. Mi guardo intorno nel pullman e mi accorgo della presenza di molte donne e bambini, sguardi pazienti e rassegnati al tempo che qui scorre lento, lentissimo. La mia meraviglia nasce nell'osservare quei bambini che non si lamentano mai. Attendono e basta. Nelle donne osservo la pazienza, ma soprattutto la solidarietà che dimostrano l'una con l'altra: c'è un atteggiamento assolutamente altruistico e di comunità tra loro.

Arriviamo ad Ilula. Il clima ed il paesaggio sono decisamente diversi dalla città! Entriamo nella Missione e la prima struttura che incontriamo è la chiesa, dalla quale esce il suono di canti, c'è in corso una messa. E' subito chiaro quanta importanza riveste l'aspetto religioso nella vita di tutte le persone del luogo; la chiesa è gremita di donne, uomini e tanti, tanti bambini. La maggior parte di loro sono gli orfani che vivono all'interno della Missione; molti sono disabili, sono seduti tutti vicini e si aiutano, sempre. Partecipiamo a tutte le loro attività giornaliere e ci immergiamo totalmente nel clima della Pasqua, che qui è molto sentita. Nei giorni a seguire partecipiamo alla via crucis, alle varie funzioni di Pasqua e quant'altro! Il contatto con i bambini avviene nei frammenti di tempo tra un rito e un altro, ed è emozionante. La loro voglia di vivere, di farcela è entusiasmante e non lascia spazio a pietismi inutili. La parola d'ordine è agire. Stabilire con loro un rapporto alla pari, in cui possano sentire di essere parte di qualcosa, del "nostro" progetto.



Il nostro obiettivo è quello di mettere a disposizione della comunità di Ilula e dintorni un polo sanitario che offra servizi come: laboratorio d'analisi, counseling e fisioterapia.

C'è grande aspettativa e fermento, e questo rende più facile la realizzazione del progetto. La figura che rende possibile l'avanzamento dei lavori, è quella di Padre Filippo Mammano, prete missionario italiano, legato alla diocesi di Nicosia, in Sicilia. Capisco con il passare dei giorni quanto lui sia un punto di riferimento per tutti, dai più grandi ai più piccoli; ho la possibilità di parlare e confrontarmi con lui durante i pasti, che avvengono sempre alla stessa ora, tutti i giorni. Padre Filippo mi racconta come lui è partito vent'anni fa, quando è arrivato ad Ilula, quanto è stato difficile raggiungere i risultati ottenuti ad oggi. La Tanzania è difficile, è

dura ed è un compromesso continuo. Qualsiasi iniziativa da lui presa nel tempo è dovuta passare sotto il controllo del Governo, che l'unico interesse che ha è guadagnare, su tutto.

Cerca di spiegarmi che il problema fondamentale della Tanzania non è il cibo, ma la mancanza di interesse da parte dello Stato verso il popolo, che è completamente abbandonato a se stesso. Moltissimi dei Villaggi che sorgono sui cigli delle strade che abbiamo percorso, si sostengono grazie a tutte le Missioni di diverse appartenenze religiose. Per questo motivo il parroco può essere considerato una figura chiave per la comunità; è uno dei pochi che può intervenire su più livelli per offrire servizi "pubblici" di base come: dispensari (piccoli centri medici di primo soccorso), scuole, dormitori. Vicino alla nostra Missione, oltre le strutture elencate, sorge un centro di accoglienza, chiamato Villaggio di San Felice, una splendida struttura che nasce dalla necessità di dare maggiore libertà e migliore assistenza ai disabili residenti all'interno della Missione di Ilula, diventati troppi in uno spazio disegnato per accoglierne all'incirca la metà. Il centro offre loro assistenza sanitaria (è presente anche una palestra attrezzata per la fisioterapia), istruzione, ma soprattutto una vera e propria famiglia, in cui ognuno ha il suo ruolo; i bambini vengono istruiti fin da subito ad essere indipendenti e collaborativi: tutti aiutano tutti.

Il parroco ha spinto fin dall'inizio per l'esecuzione di iniziative utili e concrete, per offrire un'opportunità lavorativa ai giovani del luogo, ma soprattutto per raggiungere l'autosufficienza alimentare e quella economica, anche al fine di supportare direttamente le attività di riabilitazione per i disabili del Villaggio.



Padre Filippo con Rosa, una bambina orfana

Il giorno dopo arriviamo al Villaggio di San Felice, l'impatto è forte. Vedo tanti bambini, ognuno con una disabilità; alcuni si trascinano da soli, altri hanno bisogno di assistenza continua. Le condizioni sono disagiate, ma ben presto capisco che questi bambini possono essere considerati "fortunati", in quanto al di fuori di questa struttura sarebbero morti sicuramente nel primo anno di vita. La prima difficoltà che incontro è accettare gli standard "africani", ovvero capire che il loro stile di vita è profondamente diverso dal nostro. Tutto è approssimativo, si pensa a sopravvivere e ad arrivare a fine giornata. All'interno della Missione, i bambini crescono con una migliore prospettiva di vita: una visione di FUTURO. Infatti anche il disabile viene incaricato di fare qualcosa, sempre. Questo dà loro la dignità di cui hanno bisogno per proseguire nel loro cammino, sentendosi utili e parte di qualcosa.



Il Villaggio di San Felice è gestito da Fausta, una ragazza orfana, cresciuta all'interno della Missione di Ilula; allevata personalmente da padre Filippo, l'ha fatta studiare in Italia, conseguendo prima il diploma di scuola superiore e poi la laurea in Scienze Biologiche. Lei sarà la responsabile del laboratorio che stiamo costruendo; per lei questo progetto rappresenta la realizzazione di un sogno personale ma anche per la comunità. Decidiamo infatti di inserirla nel nostro video reportage che stiamo girando giorno per giorno, qui ad Ilula. Con il supporto di un volontario di Sensacional onlus, video maker specializzato, raccogliamo più materiale possibile, in modo da poter rendere visibile a tutti l'andamento delle attività, ma soprattutto per rendere partecipi i nostri sostenitori della realtà che stiamo vivendo.

Tutti i giorni monitoriamo i lavori di realizzazione del laboratorio; i tempi africani sono decisamente più lenti dei nostri, anche solo per montare una porta o una finestra ci vogliono 3-4 giorni! Gli operai vanno seguiti attentamente e con pazienza. Costruire un laboratorio in un contesto come questo non è semplice: il clima, la polvere, la mancanza spesso di personale dedicato, rendono il tutto più difficoltoso. Ma dalla nostra parte c'è l'entusiasmo e le aspettative delle persone che aspettano da molto tempo un'iniziativa come questa.



Ogni giorno, qui ad Ilula, è diverso dall'altro, nonostante i tempi siano scanditi da orari ben precisi in cui c'è posto per il lavoro, per stare con i bambini e per partecipare alle funzioni religiose, soprattutto adesso, che siamo nel periodo di Pasqua. Conosciamo ogni giorno molte persone che lavorano nella Missione e cerchiamo di parlare con loro per capire le loro esigenze ed individuare

Le nostre orme una traccia per il loro futuro

eventuali altre iniziative da intraprendere per migliorare il loro stile di vita. I bambini sono i primi a partecipare alle nostre attività giornaliere, come giochi di gruppo, attività creative: il penultimo giorno decidiamo di chiedere loro di contribuire alla "creazione" di "shopping bag" dedicate al progetto, che verranno poi vendute durante i nostri eventi di promozione in Italia. Il lavoro consiste nel far "intingere" le loro mani nella tempera colorata e imprimere le loro impronte sulle borse. Tutto riesce in un clima di contentezza generale; trascorriamo un intero pomeriggio con loro e con le loro educatrici, che hanno un ruolo fondamentale nell'organizzazione di tutte le attività giornaliere; offrendoci la loro disponibilità rendono questo lavoro un gioco da ragazzi!

È ormai l'ultimo giorno nella Missione e decidiamo di organizzare una festa al centro di accoglienza con tutti i bambini, che sono circa 160 tra disabili e non. Allestiamo la sala più grande e, mentre le donne cucinano, noi cerchiamo di intrattenere i bambini, che come è normale che sia, hanno voglia di giocare e divertirsi dopo tante ore dedicate ai riti della Pasqua! La festa procede tra balli, canti e una lunga cena. Inizio a pensare che l'indomani dovremo ripartire, e questo genera tristezza e gioia nello stesso momento. Tristezza nel dover lasciare questi bambini, con cui si sono stretti legami particolari e con alcuni molto profondi; gioia nel sapere che abbiamo realizzato qualcosa di molto importante per loro, avendoli resi partecipi della nostra esperienza, che senza di loro non avrebbe avuto senso di esistere.



L'indomani ci aspetta lo stesso pullman dell'andata che ci riporterà nella capitale Dar es Salaam, dove ritroveremo di nuovo il caos spietato di una città che pulsa a ritmo di clacson e macchine che sembrano impazzite! Il tempo di un saluto commovente con i bambini, che ci deliziano con i loro canti di ringraziamento; quando, mi sento di dire, il ringraziamento lo dobbiamo fare noi a loro per averci donato la loro gioia di vivere, nonostante tutto, il loro modo di giocare senza giocattoli, la loro solidarietà, i loro sforzi di comunicare con noi, la loro voglia di non arrendersi mai.

Ciò che ti lascia un'esperienza come questa è consapevolezza e accettazione di un mondo così diverso e lontano dal nostro, ma che esiste tutti i giorni ed è capace di ricondurre persone abituate come noi ad avere ogni comfort, al senso proprio della vita.

Devo fare un ringraziamento particolare a Padre Filippo Mammano, per la sua ospitalità e disponibilità; a Luca Bazoli, responsabile del progetto, ma soprattutto alla stessa Luigi Sperone Onlus per avermi permesso di vivere quest'esperienza.

Grazie a tutti.
Giulia Bonanni

Con l'occasione ricordo ai nostri lettori che è possibile visualizzare tutto il materiale riguardante il progetto sul nostro sito www.luigisperoneonlus.it. Inoltre partecipando alle nostre iniziative di promozione e raccolta fondi che stiamo preparando per il mese prossimo. Sarà distribuito in tutti i nostri centri un flyer con tutte le coordinate per partecipare ai nostri eventi. Vi aspettiamo numerosi!

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

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



COME FARE PER SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE ONLUS:

- Tramite bollettino c/c postale (n. 000005574880) intestato ad Associazione Luigi Sperone
- Tramite bonifico bancario Poste Italiane cod. IBAN: IT 61T0760103200000005574880

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



Cure radioterapiche di qualità, nonostante tutto...

"Oggi la frontiera tra legalità e illegalità viene continuamente e illegalmente attraversata da truppe sempre più numerose, tra il plauso di chi si bea d'una definizione della politica come <<merda e sangue>>, che è una maniera per svilire la questione, serissima, della politica come forza (...).

Se davvero la politica vuole riprendere il sopravvento, deve rendersi conto che le sue regole devono essere assai più severe di quelle del codice penale".

Stefano Rodotà (da: "Elogio del moralismo")



Rubrica a cura di **Enrico Rosati**
Direttore Sanitario Casa di Cura "Marco Polo" (Roma)
Clinica oncologica monospecialistica per acuti

L'Unità Operativa di Radioterapia Oncologica della Casa di Cura (CdC) "Marco Polo" ha ottenuto recentemente due importanti riconoscimenti: il primo è stato l'inserimento nel "Progetto DISO", uno studio italiano multicentrico di fisica medica finalizzato al miglioramento dei parametri qualitativi in Radioterapia ("Assicurazione di qualità del trattamento radioterapico"), attraverso l'impiego di tecniche di dosimetria *in vivo* con l'estensione dell'utilizzo del sistema di immagini portali (aSi Epid), oltre che alla localizzazione del volume bersaglio, anche alla ricostruzione *in vivo* della dose nel paziente.

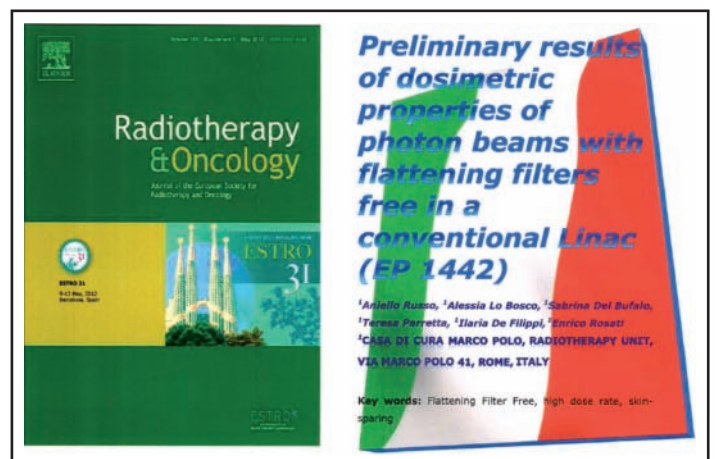
L'obiettivo è quello di offrire al medico radioterapista, all'esperto in fisica medica e al tecnico sanitario di radiologia medica un rapido confronto per l'attuazione di procedure di correzione da adottare in presenza di errori dosimetrici o variazioni morfologiche del volume da irradiare.

Tra le strutture partecipanti al progetto, oltre alla CdC "Marco Polo", vi sono il Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma (Ente promotore, Coordinatore: Prof. Angelo Piermattei, UCSC), il Policlinico Universitario "Campus Biomedico", la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" di Campobasso, il Presidio ospedaliero "Belcolle" di Viterbo, l'IRCCS "Oncologico della Basilicata" (Rionero, PZ) e l'Ospedale "Businco" di Cagliari (per maggiori informazioni: www.infndiso.altervista.org).

Il secondo prestigioso traguardo è stato la presentazione di un lavoro scientifico in seno al Congresso Europeo di Radioterapia (ESTRO 2012, Barcellona 9-13 maggio) dal titolo "*Preliminary results of dosimetric properties of photon beams with flattening filters free in a conventional Linac*", durante il quale è stata illustrata un'originale e pregevole applicazione dell'Acceleratore Lineare in dotazione alla CdC "Marco Polo".

Ma l'onda positiva e propositiva per l'attuazione di un servizio sempre più attento e incondizionato nei confronti del paziente oncologico, s'infrange sulle *scogliere nefaste* dei decisori politici della nostra Regione che, da un lato, ostacolano sotto il profilo organizzativo chi cerca, con fermezza e professionalità, di garantire quanto più possibile cure qualitativamente migliori; dall'altro si "preoccupa" di accreditare discipline inesistenti, acconsentire all'erogazione di assistenza sanitaria indiretta (sebbene abrogata) in campo oncologico, negare l'accesso alla rendicontazione di farmaci chemioterapici particolarmente onerosi, promuovere bizzarre "estensioni" di branche specialistiche contrarie al dettato normativo regionale, riconvertire attività riabilitative in altre dove il fabbisogno regionale risulta già soddisfatto. Le recenti "bocciature" da parte del Ministero della Salute circa l'operato regionale rappresentano una sterile consolazione nei confronti di chi vorrebbe offrire sempre di più ai propri pazienti, senza per questo dover gravare ulteriormente sulla spesa pubblica, al contrario...

Il contributo presentato dall'equipe dell'U.O. di Radioterapia Oncologica della CdC "Marco Polo" all'ultimo Congresso Europeo di Radioterapia Oncologica (ESTRO 2012), tenutosi a Barcellona dal 9 al 13 maggio, e pubblicato sulla rivista scientifica "Radiotherapy & Oncology".





BLSD: Biomedical Laboratory Science Day 2012

Il ruolo del Laboratorio nella gestione delle malattie trasmissibili

A cura di Alba Marzo, componente del Comitato Scientifico della Società Scientifica TELESA

Nella prestigiosa Sala del Refettorio di Palazzo San Macuto della Camera dei Deputati, in via del Seminario 76 a Roma, la Confederazione ANTEL-ASSIATEL- AITIC, lo scorso 27 aprile 2012, in occasione della celebrazione del *Biomedical Laboratory Science Day*, ha organizzato il convegno "Il ruolo del Laboratorio Biomedico nella gestione delle malattie trasmissibili". Il convegno, che ha registrato la partecipazione di circa un centinaio di colleghi, ha visto il patrocinio del *Ministero della Salute* e dell'*Istituto Superiore di Sanità*. La celebrazione del *Biomedical Laboratory Science Day* è stata istituita dalla *International Federation of Biomedical Laboratory Sciences*: in ogni parte del mondo, in ogni città, le Associazioni che rappresentano i *Biomedical Technologists* o *Scientists* nel mondo e che sono membri della IFBLS celebrano la giornata delle Scienze Biomediche di Laboratorio, organizzando manifestazioni o eventi formativi su un unico tema scelto dalla Federazione.



In Italia, e in particolare per la Confederazione ANTEL-ASSIATEL-AITIC la celebrazione ha assunto una particolare importanza, perché coincide con la richiesta di ingresso della confederazione, e in particolare di ANTEL, nella IFBLS. Tale richiesta infatti già è stata accettata: siamo infatti ad oggi *Previous Member*. Siamo, inoltre, molto speranzosi che il processo di affiliazione possa chiudersi con buon esito in occasione del prossimo Congresso Internazionale che si terrà a Berlino dal 12 al 18 agosto 2012. Tema della giornata, scelto dalla IFBLS, è "**The role of Biomedical scientist in the global management of Communicable Diseases**". Noi abbiamo voluto rendere il senso dell'interdisciplinarietà caratteristico del mondo del laboratorio biomedico italiano intitolando l'evento "Il ruolo del laboratorio nella gestione delle malattie trasmissibili". Al 130° meeting dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che si è tenuto a Ginevra dal 16 al 23 gennaio di questo anno, il Direttore generale dell'Executive Board ha riconfermato la necessità di concentrare gli sforzi ancora sulle "*communicable diseases*" ovvero tutte le malattie trasmissibili. Gli eventi atmosferici catastrofici degli ultimi anni, le carestie, l'impoverimento delle classi medie, la recessione mondiale, inducono la necessità di implementare sempre di più servizi di pubblica utilità al cittadino compresa quindi anche la salute. Ma tutto ciò necessita di un aumento dei costi e potrà essere attuato solo se tutela della salute, cura e politiche economiche procederanno insieme. La *International Federation of Biomedical Laboratory Sciences* supporta le azioni della *Organizzazione Mondiale della Sanità* a tutela della salute pubblica, a sostegno della cura alle persone e della tutela della salute di tutti gli operatori della salute. Si tratta di un tema che in Italia è di particolare impatto grazie al ruolo di Paese di confine, ai processi migratori e quindi oltre ad un rischio di infezione oltre il confine, si ha anche un rischio interno. E proprio al ruolo di Paese di confine è stato dedicato il primo modulo del convegno. Tra i relatori erano presenti il Prof. Giovanni Rezza, Direttore del Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, dell'Istituto Superiore di Sanità, il Prof. Alessandro Bartoloni, PA di Malattie Infettive dell'Università di Firenze, la Dr.ssa Stefania Iannazzo della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della salute. Ha chiuso il modulo il Dr. Tiziano Zanin, Direttore Scientifico di TELESA, la *Società Italiana per la Ricerca nelle Scienze Biomediche e Tecniche Laboratoristiche*, a testimoniare il contributo di molti colleghi nella prevenzione, nella diagnosi, nel monitoraggio e nella cura di patologie così importanti anche nel mondo di oggi. Il Prof. Rezza, con la relazione "Infezioni emergenti e riemergenti" ha messo in evidenza la necessità di attenzione alla "malattia infettiva" in generale come rischio mai debellato e che periodicamente ritorna nel mondo. Il Prof. Bartoloni con la relazione "Patologie da Importazione: nuovi scenari per il clinico" è entrato nello specifico di alcuni agenti eziologici di importazione, che colpiscono quindi non solo il viaggiatore, ma anche tutte le persone infettate dai viaggiatori, come il caso dell'agente virale Dengue. La Dr.ssa Iannazzo ha invece affrontato il ruolo delle politiche sanitarie attraverso il monitoraggio, le campagne vaccinali e tutti gli strumenti di controllo adottati dal nostro paese. Il secondo modulo era invece dedicato al Laboratorio e agli attori che lo costituiscono. Il Prof. Fernando Aiuti, Emerito dell'Università "Sapienza", ha moderato la sessione nella quale si sono avvicendati il Prof. Carlo Federico Perno, Prof. Ordinario di Virologia, dell'Università di Tor Vergata, che ha sottolineato il ruolo di tutti i professionisti nei Laboratori Biomedici più moderni nei quali l'utilizzo delle tecnologie più avanzate è ormai una routine consolidata; il Prof. Massimo Andreoni, Prof. Ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Tor Vergata, che ha fatto un breve richiamo alla eziologia e alla diagnostica delle malattie sessualmente trasmesse, il Prof. Enrico Tortoli (Unità Patogeni Emergenti, del S. Raffaele di Milano), esperto in Micobatteriologia, che con la relazione "Il laboratorio di micobatteriologia: professionalità e sicurezza" ha presentato l'importanza della cultura della salute e della prevenzione non solo a scopo educativo e/o preventivo nella comunità, ma anche nelle attività lavorative che coinvolgono tutti i professionisti, in particolare nella gestione dei micobatteri. A chiudere la giornata il Dr. Antonio Silvestri, della Direzione Sanitaria Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS, ha rimarcato la necessità di un sistema organizzativo che punti non solo sugli investimenti nella sicurezza e affidabilità del sistema e sulle risorse umane, ma anche sull'appropriatezza della indagine diagnostica, sulla gestione razionalizzata del Laboratorio di Microbiologia, attraverso il sistema hubs and spokes ad esempio, attraverso una forte attenzione al Time Around Time, spesso tema troppo trascurato nei laboratori di Microbiologia. Alla giornata hanno portato il loro saluto alcune Società Scientifiche di fama, la Croce Rossa Internazionale con la presenza del Dr. Massimo Barra, e personalità del mondo politico molto vicine alla sanità e alle professioni sanitarie, come la Senatrice Maria Pia Garavaglia e l'Onorevole Augusto Battaglia che hanno testimoniato l'attenzione del mondo politico al fenomeno analizzato e all'evoluzione del mondo della diagnostica di laboratorio. I lavori si sono conclusi secondo gli orari previsti dal programma. Il Dott. Fernando Capuano, Presidente della Confederazione ANTEL-AITIC-Assiatel ha chiuso i lavori alle 18.30. L'appuntamento è quindi a Berlino dal 12 al 18 agosto e al prossimo *Biomedical Laboratory Science Day* del 2013.

Un grande romanzo, una saga familiare in due libri nel cuore della Roma contemporanea: dalle colpe, ingiuste, del padre, un luminare della pediatria oncologica, alla fortuna, immeritata, del figlio, disegnatore di storie a fumetti. Persecuzione e Inseparabili sono una grande storia che attraversa tutto l'arco dei sentimenti. Alessandro Piperno è il Philip Roth italiano.



La forza dei sentimenti

di Michele Trecca

Diciamola tutta e subito: *Inseparabili* di Alessandro Piperno è un romanzo di valore assoluto, una di quelle opere che con il cono di luce della loro storia illuminano di senso un tempo ampio, perché sanno cogliere in esso le dinamiche nuove di sentimenti eterni. Com'è noto, *Inseparabili* è la seconda parte di *Persecuzione*, pubblicato nell'ottobre di due anni fa e concluso dall'autore con la mannaia di un perentorio CONTINUA... calata nello snodo cruciale del ritrovamento del cadavere del professor Leo Pontecorvo, illustre clinico d'oncologia pediatrica, d'origine ebraica come la moglie, rinchiusosi per la vergogna nel seminterrato della propria villa dell'Olgiate a Roma: era stato accusato d'aver sedotto la fidanzatina dodicenne del suo secondogenito Samuel.

Persecuzione ha il suo caposaldo narrativo nel 1986. Il 13 luglio di quell'anno la famiglia Pontecorvo riunita a cena apprende dal telegiornale la notizia dell'infamante accusa nei confronti del professore. Il romanzo poi spazia fra il presente della colpa e il passato del ricordo di alcuni momenti significativi della storia di Leo e della moglie Rachel e della vita della famiglia. *Inseparabili* riparte dal 2010 ed è la storia delle svolte decisive dell'età adulta dei due fratelli, Filippo e Samuel, ormai prossimi ai quarant'anni, inframmezzata dal racconto della terra di mezzo delle loro tormentate adolescenze e giovinezze. A Filippo accade esattamente il contrario che al padre, un contrappasso rovesciato o risarcimento del fato. Anch'esso esagerato. Come il padre Leo era stato colpito da una sciagura improvvisa ed immeritata, direttamente proporzionale alla sua fiduciosa ed ingenua bontà d'animo o superficialità o irresponsabilità, così il primogenito Filippo conosce un successo inaspettato ed internazionale grazie alla propria passione quasi segreta per i disegni a fumetti dai quali ricava un film presentato senza pretese al Festival di Cannes dove invece è osannato dalla critica e dal pubblico. Ancora: Leo era stato crocefisso per un presunto abuso su una ragazzina, il film di Filippo è una denuncia delle violenze sui bambini con testimonianze raccolte dall'autore nel corso della propria esperienza con *Medici senza frontiere*. Intanto Filippo ha sposato Anna, ricca e nevrotica ereditiera nonché attrice di seconda fila, e fino a quella fatidica ap-

parizione a Cannes trascina la propria vita all'ombra della moglie fra ipocondria e vitalismo sessuale. Poi tutto cambia, velocemente e in modo sconvolgente. Samuel, invece, ha studiato Economia, ha ottime prospettive di carriera e guadagni nel gotha della finanza internazionale. È prossimo al matrimonio dopo un lungo fidanzamento. Anche nel suo caso, però, gli eventi avranno sviluppi del tutto imprevedibili con un colpo di scena finale che lo rimette in una situazione quasi analoga a quella patita al tempo della prima fidanzatina. Fra Filippo e Samuel, la madre Rachel, con la sua imperturbabile operosità e su tutti l'ombra del padre e marito Leo. L'ipocondria di Filippo, le difficoltà sessuali di Samuel, l'asettico stakanovismo domestico di Rachel hanno un denominatore comune nel rapporto irrisolto dei tre Pontecorvo con la vicenda del proprio congiunto. La "colpa" di Leo è stata vissuta con l'ineluttabilità d'un fato avverso o tabù e aggravata nell'inconscio di ciascuno dal *fall out* radioattivo d'un silenzio tombale.

I due romanzi di Piperno si possono appiattare sul presente e leggere in essi riferimenti a casi di cronaca recenti (dalla vicenda del prof. Marcelletti a quella del giornalista Boffo) o a tutta una stagione politica (il craxismo e la presunta aggressività giudiziaria della magistratura). Si possono cogliere in essi echi del nostro passato prossimo letterario (*Il bambino che sognava la fine del mondo*, Scurati) o della grande letteratura internazionale (*La metamorfosi* di Kafka). Per legami di consanguineità territoriale e affetto, il talento naturale per il disegno e certo fascino e carisma di Filippo ci fanno pensare alla leggenda sempre viva di Andrea Pazienza, così come un'imprevedibile svolta nella vita del primogenito dei Pontecorvo chiama in causa la vicenda in corso di Roberto Saviano. Tutto è lecito: un romanzo è di chi lo legge. Ciò che ci colpisce particolarmente, però, dei due romanzi di Piperno è la capacità dell'autore di serrare i destini della famiglia Pontecorvo nella morsa di una fitta trama di corrispondenze pur nel pirotecnico e centrifugo sviluppo delle vite di ciascuno, in particolare dei due fratelli. Su tutti incombe un ordine superiore che punisce e premia al di là di colpe e meriti. I due romanzi di Piperno hanno suggestione biblica di vecchio e nuovo testamento.

Alessandro Piperno - *Inseparabili* - Mondadori, pagg. 351, € 20,00

