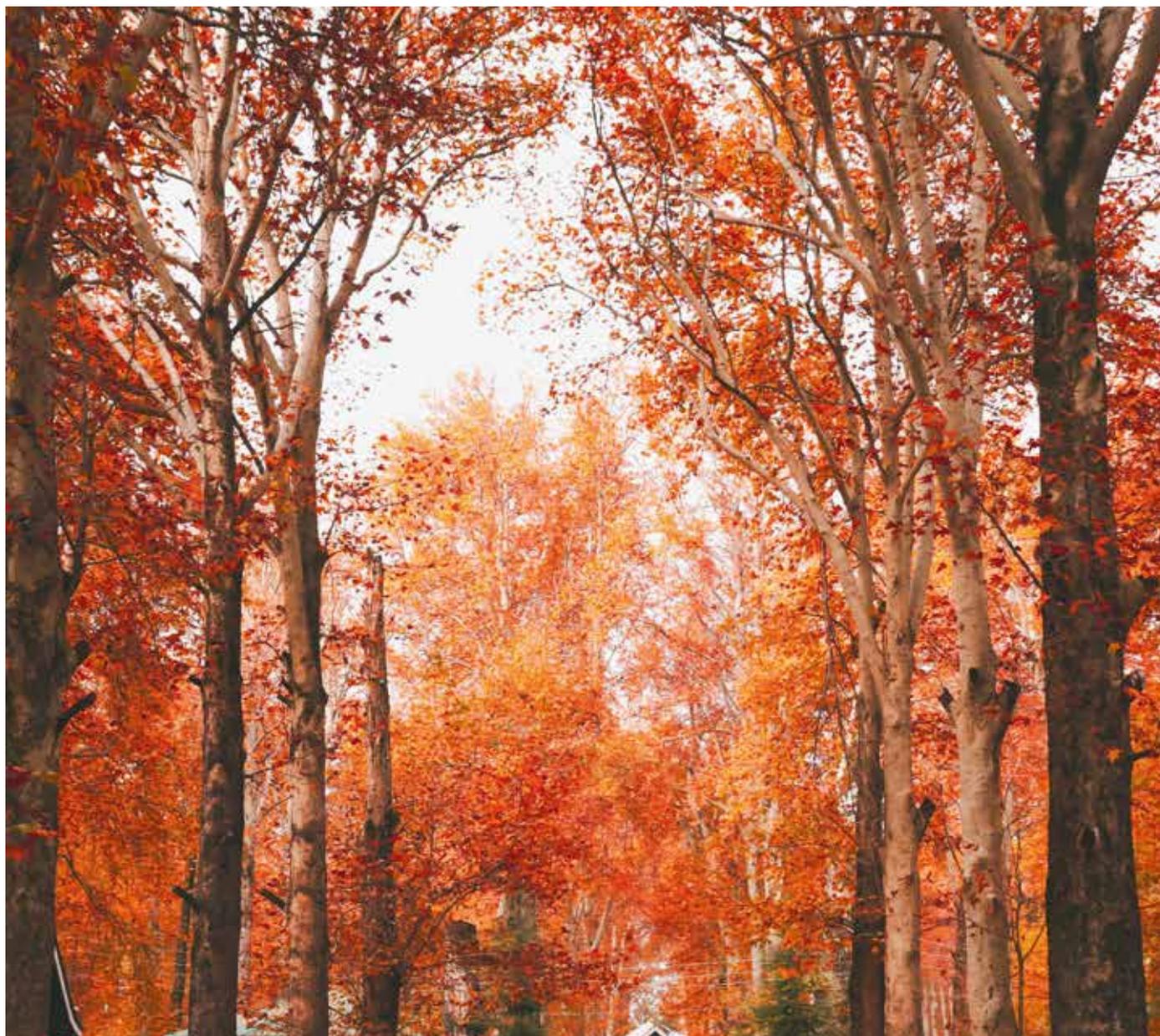




SETTEMBRE 2023

VOL. 25 N.° 3

# IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA

# Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
**CSQ**  
UNI EN ISO 9001:2008



**Unione Sanitaria Internazionale**  
Tel. 06.32868.1 r.a. Lazio  
Tel. 0583.495482 Toscana

## LAZIO

### USI-PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)  
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00  
prelievi: 7.00-12.00  
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

### AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### BORGHESIANA\*

Via Casilina, 1838 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00  
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

### COLLATINO

Viale della Serenissima, 22 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### EUR-LAURENTINA

Via V. Cerulli, 2/b (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### EUR-SERAFICO

Via P. di Dono, 9 (RM)  
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### EUR-MARCONI

Viale G. Marconi, 139 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 36 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 17/b (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

### PIAZZA VITTORIO\*

Via Machiavelli, 22 (RM)  
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00  
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

### PIETRALATA

Via dei Durantini, 362 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### POLICLINICO

Viale R. Margherita, 279 (RM)  
Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

### SERPENTARA

Via G. Pacchiarotti, 95 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA MAZZINI

Viale Angelico, 39 (RM)  
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### FURIO CAMILLO

Via Cerreto di Spoleto, 9/21 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### CINECITTÀ

Viale Bruno Rizzieri, 203 (RM)  
Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### TRIESTE

Corso Trieste, 22 (RM)  
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### COLLE PRENESTINO

Via Mirabella Eclano, 27 (RM)  
Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### NUMIDIO QUADRATO

Via Tuscolana, 703 (RM)  
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### IGEA\*

Via Igea, 12/a (RM)  
Orari: 07.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-14.30 - prelievi sabato: 7.00-11.00  
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30  
Via Igea, 18 (RM)  
Orari: 08.00-19.00

### LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 3 (RM)  
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a (RM)  
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00  
sabato chiuso

### USI Doc - PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)  
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00  
domenica: 8.00-13.00  
Via V. Orsini, 27/a  
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

### USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f (RM)  
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

Viale M. Polo, 41 (Ostiense)  
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

## TOSCANA

### CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)  
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30  
prelievi: 7.30-12.00

### SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150 (LU)  
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30

### Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)  
Lunata Via Pesciatina, 236 (LU)  
Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25 (LU)  
Porcari Via Romana Est, 76 (LU)  
Lammari Via delle Ville, 128 (LU)

\* **APERTURA DOMENICALE**

Centri **USI-PRATI, BORGHESIANA, PIAZZA VITTORIO, IGEA e USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)

# il caduceo

VOL. 25 N.° 3 2023



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE  
**F. Barbati**

DIRETTORE SCIENTIFICO  
Co-EDITOR  
**F. Borzillo**

COORDINAMENTO EDITORIALE  
**C. Borzillo**

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
**A. Cecchi**

EDITORE  
**U.S.I. S.p.A.**  
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA  
**Digitalia Lab Srl**  
Via Giacomo Peroni, 130  
00131 Roma



Su carta Respecta 60  
con fibre riciclate al 60%  
e inchiostri vegetali

FINITO DI STAMPARE  
A SETTEMBRE 2023  
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina  
**Azeen Shah**  
*Alley in Park in Autumn*  
(Fonte: Pexels)

Grafica della copertina a cura di  
**A. Quattrucci**

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



Associato USPI  
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:  
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma  
Tel. 06.32868.335  
Fax 06.77250482  
fulvio.borzillo@usi.it  
[www.usi.it](http://www.usi.it)



## SOMMARIO

3. I veri nodi dei venti sistemi sanitari italiani e del rapporto tra pubblico e privato  
*Luigi Tivelli*
4. "Un Sogno nel Pallone", superare l'isolamento sociale attraverso lo sport  
*L. Boiardi, B. Galimberti, M. Mazzantini*
10. Medicina sportiva, prevenzione e salute  
*Roberto Curcuruto*
11. Nuovi trattamenti mininvasivi per l'ipertrofia prostatica benigna  
*Rossana Lucera, Massimiliano De Vecchis*
14. Un argomento di terapia che ha appassionato il XIX secolo.  
L'uso della segale cornuta in ostetricia  
*Ettore Calzolari, Chiara Bartolucci*
18. Lipoaspirazione con ultrasuoni  
*Sara Egidi*
21. Reperto occasionale di un nodulo polmonare: problematiche inerenti  
*Claudio M. Sanguinetti*
24. Il "Fegato Grasso":  
una patologia diffusa, sottostimata e pericolosa  
*Umberto Vespasiani Gentilucci*
27. HIFU - Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità  
*Stefan Dima*
28. Scarpette rosse  
*Daniela D'Agosto*
31. Cure oncologiche integrate: certezze e prospettive future della moderna ipertermia oncologica  
*Pasquale Trecca*
34. Quando la cura può apparire peggiore della malattia  
*Vito Manduca*
36. Immortale come l'arte... l'amore  
*Michele Trecca*



Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web [www.usi.it](http://www.usi.it), per avere tutte le informazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo di comunicarlo:

- scrivendo all'indirizzo e-mail [privacy@usi.it](mailto:privacy@usi.it)
- inviando una comunicazione a mezzo posta all'indirizzo della redazione:  
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma.

Grazie

U.S.I. S.p.A.

## ISTRUZIONI AGLI AUTORI

*Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico. Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.*

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

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

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

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

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

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

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile 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 A.** Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

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

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

### Figure, immagini o foto

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

### Tabelle

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

### Didascalie

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

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sottoscritto (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.**

# I veri nodi dei venti sistemi sanitari italiani e del rapporto tra pubblico e privato

Luigi Tivelli

Giurista, già consigliere parlamentare e capo di gabinetto



**N**on è chiaro quante centinaia di milioni andranno alla, per certi versi, semidisastrosa sanità italiana ma è chiaro che la questione della sanità si sta rivelando man mano una sorta di emergenza per il Paese. Bisogna essere grati tra l'altro ai geniali artefici della riforma del titolo V della Costituzione, i capi parlamentari del centro sinistra nel 2000-2001, se non abbiamo un vero servizio sanitario nazionale ma sostanzialmente 20 sanità regionali. Una gratitudine onestamente un po' penosa che diventerebbe ancora più penosa e carica di ironia alla rovescia se poi per assurdo si realizzasse l'autonomia differenziata. Una geniale invenzione, che trova la sua premessa giuridica in quella stessa riforma della Costituzione e che spaccherebbe ancora di più il Paese in due come una mela. Rendendo ancora più ricche regioni come il Veneto e la Lombardia e ancora più povere le regioni del centro sud. Non si capirebbe poi come si potrebbero reperire le entrate fiscali visto che, sulla base di questo geniale progetto, proprio le regioni che portano più entrate fiscali allo stato dovrebbero trattenerne una gran parte per sé. Un genio italico che non trova quasi confini. Ma tornando alla Sanità, è vero che l'Italia è una penisola lunga con tante distinzioni ma per questo aspetto lo è ancora di più. Perché si passa da quella da decenni commissariata della Calabria a quella apparentemente ricca della Lombardia. Sono noti, poi, gli effetti sui costi del sistema sanitario del turismo. Un "turismo sanitario" che, per dirla in termini semplici, riguarda quei non pochi cittadini, ad esempio calabresi, che in presenza di una sanità commissariata e dell'assenza di specializzazioni cruciali nei loro ospedali, emigrano provvisoriamente in Lombardia, in Emilia Romagna e in Veneto.

Ma non sono solo questi i nodi del sistema sanitario italiano. Pesa su di esso quel modello che già dal 2000 ebbi a definire "partiburocrazia", elaborato proprio osservando il nostro anomalo sistema sanitario. Una "partiburocrazia", appunto, perché alle deviazioni del sistema sanitario, ma non solo in quello, contribuisce la "partitocrazia" che ora si presenta sostanzialmente come "partitocrazia senza partiti", in un contesto di partiti liquidi e gassosi, con pochi militanti, in cui quasi assente è la democrazia interna. Una latitanza dei partiti che però non impedisce a questa versione della partitocrazia di agire con gli strumenti operativi della lottizzazione a livello regionale ancor più che a livello nazionale. Quella parola "lottizzazione" che Alberto Ronchey mutuò dal gergo dell'edilizia, che nei

sistemi sanitari regionali è oggi più che mai all'opera. Partiburocrazia perché a tale degenerazione partecipano le burocrazie deviate, spesso composte di "lottizzati", ben agevolate e sostenute dai sindacati, che, insieme agli altri agenti sopra menzionati, contribuiscono a questo complesso sistema operativo che soggioga la sanità. Credo che sia anche per questo che nella sanità italiana sono giunti al pettine nodi molto aggrovigliati: dalla ben nota questione delle code alla questione delle nomine (per via partitocratica ovviamente) dei direttori generali delle ASL. Dalle quali un certo tipo di lottizzazione discende per i rami, colpendo purtroppo anche i primari di primo livello e di secondo livello. Nel miracolo italiano per fortuna abbiamo i "nati per caso" anche nei nostri sistemi sanitari perché, nonostante queste vergognose degenerazioni e deviazioni, ci sono pure ottimi primari ed ottimi medici grazie ai quali abbiamo potuto far fronte alla pandemia da Covid. Il problema, purtroppo, è saperli distinguere e sapere su quali basi di professionalità sono stati nominati. Purtroppo però le 20 sanità regionali sono attese da appuntamenti cruciali, quali quelle del PNRR, come la configurazione e l'avvio delle "case della salute" e la digitalizzazione che dovrebbe migliorare il rapporto tra cittadini e sanità. Appuntamenti a cui molte sanità regionali, compresa quella del Lazio (da non molto tempo uscita dal commissariamento) arrivano purtroppo molto debilitate.

C'è poi la questione cruciale del rapporto tra pubblico e privato nel sistema sanitario perché non si può rispondere alle istanze dei cittadini senza un più equilibrato, serio e maturo rapporto tra pubblico e privato. Certo poi, come avviene per i medici "nati per caso" della sanità pubblica, anche in quella privata bisogna distinguere il grano dall'olio. Perché in non pochi casi, anche in regioni importanti, ci sono connubi tra spezzoni di sanità privata e burocrazia e classi politiche regionali non certo ispirate al principio della meritocrazia e della concorrenza. Qualche partito, specie della sinistra e del centro, come il PD e Azione, sembra impegnato per portare al centro la questione della sanità, insistendo molto sull'esigenza di ulteriori grossi finanziamenti ai sistemi sanitari. Non è chiaro, tuttavia, quanto sia un problema di finanziamenti e quanto sia un problema, invece, di modelli, regole, metodi di azione, introduzione, finalmente, di sani principi di meritocrazia e concorrenza. Sarà interessante però vederne gli sviluppi.

# “Un Sogno nel Pallone”, superare l’isolamento sociale attraverso lo sport



**Luca Boiardi**

Sede Nazionale ANED APS  
E-mail: [comunicazione@aned-onlus.it](mailto:comunicazione@aned-onlus.it)  
Tel.: 02.805.79.27



**Bruno Galimberti**

Comitato ANED Sport  
E-mail: [bruga77@gmail.com](mailto:bruga77@gmail.com)



**Margherita Mazzantini**

Consigliere Nazionale ANED con delega allo sport  
E-mail: [margherita@aned-onlus.it](mailto:margherita@aned-onlus.it)



Associazione Nazionale Emodializzati  
Dialisi e Trapianto - APS  
Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica

## ABSTRACT

L'attività fisica e sportiva è uno dei maggiori elementi che può fornire benessere ai pazienti con malattia renale cronica, in attesa di trapianto e ai trapiantati, senza controindicazioni. Quando si parla di giovani e adolescenti, questa convinzione si dimostra ancora più vera. Per questo, ANED ha creato un progetto per permettere a tanti ragazzi dializzati o trapiantati di praticare sport in sicurezza, combattere l'isolamento sociale dato dalla malattia e sentirsi parte di un gruppo di persone affini.

Preso atto degli insegnamenti della Ricerca scientifica, a Roma, ha preso vita, grazie a un nutrito ed instancabile gruppo di famiglie e volontari, il Progetto “Un sogno nel pallone”, con l'obiettivo di creare un ambiente sicuro di amicizia, solidarietà e impegno sportivo per tutti quei ragazzi che, a causa dell'insorgere della malattia cronica, hanno visto la propria vita venire sconvolta.

Il Progetto “Un sogno nel pallone”, i Giochi dei Trapiantati, sia estivi, sia invernali, così come tutte le attività promosse da ANED Sport, hanno più di una valenza, perché, accanto alla competizione, si associano il valore del traguardo scientifico del trapianto, la testimonianza diretta e tangibile di chi ha ricevuto un organo con il trapianto e il significato particolare del dono nei casi di trapianto da vivente.

## 1. CHI È ANED?

**ANED, Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto – APS**, è una associazione senza scopo di lucro di pazienti, famigliari e professionisti sanitari che, nel 1972, sotto la guida di Franca Pellini, si sono uniti per garantire una vita migliore a tutte le persone che soffrono di malattie renali.

*“L'associazione difende e tutela i diritti civili e sociali dei nefropatici cronici, dei dializzati e dei trapiantati di tutti gli organi e tessuti...” (art. 1 Statuto ANED)*

L'attività di ANED si concentra, quindi, su quattro temi principali:

### La prevenzione delle malattie renali

Realizziamo campagne di educazione sanitaria a livello nazionale attraverso tutti i mezzi d'informazione.

### Un posto dialisi per tutti e il più possibile vicino a casa

Stimoliamo l'attivazione ed il buon funzionamento dei centri dialisi ospedalieri. Diamo impulso alla creazione di centri ad assistenza limitata dove i pazienti si autogestiscono con il solo controllo infermieristico. Ci battiamo, inoltre, per l'estensione della dialisi domiciliare (extracorporea e peritoneale), che dà al paziente la massima autonomia e consente un miglior utilizzo delle risorse.

### Il potenziamento dei trapianti renali

Organizziamo incontri, convegni, dibattiti; elaboriamo, pubblichiamo e distribuiamo materiale informativo per promuovere il trapianto come cultura di vita e suscitare un'espressione di volontà favorevole.

### L'esercizio fisico come terapia e fonte di benessere nei pazienti

Tramite la sezione ANED Sport dell'Associazione, promuoviamo lo sport per tutti i pazienti che soffrono di malattie croniche o che si siano sottoposti al trapianto, come una vera terapia, in grado di curare e promuovere un corretto approccio alla malattia.

Organizziamo, quindi, eventi sportivi a carattere nazionale, gestendo direttamente le Nazionali Italiane dei Dializzati e dei Trapiantati.

## 2. INTRODUZIONE

Dalla costituzione del Comitato ANED Sport, nasce l'opportunità di affrontare una delle principali criticità che riguarda le persone affette da malattia cronica e, in particolare, quelle affette da malattia renale: l'isolamento sociale<sup>[1]</sup> (Sclauzero et al., 2023).

## “Un Sogno nel Pallone”, superare l’isolamento sociale attraverso lo sport

I bambini e ragazzi affetti da malattia renale cronica, dializzati o trapiantati, infatti, non possono prendere parte a molte delle attività sportive organizzate per i loro coetanei in buona salute, quali, ad esempio, le scuole calcio. La malattia, infatti, è un fattore di emarginazione, a partire dalla difficoltà nell’ottenere, per i pazienti, i certificati medici sportivi obbligatori per legge. Un altro degli aspetti più rilevanti che portano all’isolamento e, quindi, all’impossibilità da parte dei ragazzi di svolgere una vita “normale”, riguarda il tempo necessario a seguire il trattamento emodialitico. Come chi ha esperienza con la dialisi sa fin troppo bene, sia esso paziente o personale sanitario, questo particolare tipo di terapia ha un grande impatto sulla vita personale e relazionale dell’individuo; basti pensare, semplicemente, alla quantità di tempo che i ragazzi nefropatici devono passare in ospedale: nell’emodialisi viene utilizzata una macchina artificiale per la depurazione del sangue, è effettuata solitamente in ospedale e il paziente viene sottoposto al trattamento per circa 4 ore, tre volte la settimana. È proprio questa caratteristica della terapia che rende la malattia renale terminale una condizione molto particolare: un noto psichiatra americano, Levy<sup>[2]</sup>, che da oltre 30 anni studia la qualità della vita del paziente nefropatico, scrive in un articolo “i pazienti in dialisi conducono una vita estremamente anomala”, una vita scandita dai ritmi legati al trattamento; un giorno sì e uno no in ospedale per l’emodialisi, quattro scambi al giorno per i pazienti che fanno la dialisi peritoneale, oppure “attaccati” ad una macchina che scambia il liquido di dialisi mentre si dorme. Questi ritmi richiedono al paziente e alla famiglia molte risorse fisiche, psicologiche e organizzative<sup>[3]</sup> (Paris, 2004). Inutile dire che, queste ore passate in ospedale, a cui vanno aggiunte le ore di trasporto verso e dagli ospedali, le visite di controllo e la gestione di eventuali imprevisti medici, siano tutte ore sottratte al tempo della scuola e della socializzazione coi propri coetanei.

### 2.1. Conseguenze psicologiche della dialisi

Come detto, la malattia cronica ha un effetto pervasivo che coinvolge, e sconvolge, tutti gli ambiti della vita, partendo da quello più ovvio della salute fisica e arrivando a colpire anche le sfere famigliari, scolastiche e relazionali.

I pazienti con insufficienza renale cronica (IRC), salvo nel caso di riuscire ad ottenere il trapianto, sono costretti a seguire trattamenti che li accompagneranno per tutta la vita. Gli aspetti emotivi e relazionali legati alla malattia stessa possono danneggiare la propria percezione di sé, finendo per vedersi non più come persone, ma unicamente come malati. Queste difficoltà sono ancora più vere quando a subire gli effetti della malattia cronica sono i giovani in età scolare e gli adolescenti.

Il rischio è quello che in questi ragazzi si formi una sorta di blocco emotivo nella costruzione del senso di autonomia, messo in crisi dalla condizione di dipendenza che la malattia cronica comporta, di sicurezza, data dall’incertezza sull’evolversi della malattia e sulla possibilità di “uscirne” (tramite il trapianto), e dell’immagine di sé, penalizzata dalle conseguenze fisiche della malattia e della dialisi<sup>[4]</sup> (Borsari e Mancini, 2015). Questa condizione rappresenta per il ragazzo una condizione di stress permanente, con difficoltà ad avere atteggiamenti positivi e costruttivi<sup>[5]</sup> (Fantuzzi et al., 2016). La malattia cronica e l’isolamento sociale, infine, sono stati dimostrati essere predittori significativi dello sviluppo di disturbi psicologici e comportamentali, come ansia, depressione e senso di deumanizzazione, tanto nei pazienti, quanto nei loro famigliari<sup>[6]</sup> (Emiliani et al., 2010), oltre ad aumentare le probabilità di morte prematura per tutte le cause<sup>[7]</sup> (Blazer, 2020).

La disabilità fisica, come nei casi di malattia renale cronica, tuttavia, può essere vissuta anche come un’opportunità di crescita personale, di sviluppo di competenze, e di integrazione sociale. Numerose



Giochi Nazionali dei Dializzati e dei Trapiantati 2022, presso Centro Sportivo Saini di Milano

ricerche condotte nell'ambito della Psicologia Positiva sottolineano come gli individui siano in grado di percepire un buon livello di qualità della vita anche in condizioni di salute sfavorevoli<sup>[8]</sup> (Delle Fave e Bassi, 2013). La ricerca scientifica nell'ambito della salute ha abbandonato da tempo la definizione di "benessere" come assenza di problematiche fisiche o psicologiche, definendolo, invece, come basato sul perseguimento di obiettivi e scopi di vita, sul senso di appartenenza e di identificazione sociale, pur in una condizione di malattia<sup>[9]</sup> (Ryff e Keyes, 1995).

### 2.2. L'attività sportiva nei dializzati

Nonostante il sempre crescente consenso tra i nefrologi dell'importanza dell'esercizio fisico e dello sport nei pazienti nefropatici, la valutazione delle funzioni fisiche e l'incoraggiamento dell'attività sportiva non sembra essere parte dello standard di prescrizione nei programmi di cura dei malati renali cronici<sup>[10]</sup> (Timo e Timio, 2017). Nonostante il personale sanitario di dialisi sia nella miglior condizione per incoraggiare e facilitare l'attività fisica nei pazienti, può non essere in possesso delle competenze necessarie ad assegnare programmi sportivi adatti e per questo necessitare di un aiuto da parte di professionisti esterni. Timo e Timio ci confermano, però, come una prescrizione corretta di attività sportiva garantisca una crescita positiva Qualità di vita e nelle capacità di adattamento alla condizione patologica<sup>[10]</sup>.

In un articolo pubblicato sulla rivista *Archives of Internal Medicine*, è stato presentato uno studio di Willis et al.<sup>[11]</sup>, durato 26 anni, su una popolazione composta da 18.000 persone, volto alla valutazione del rapporto tra performance fisica (fitness) e insorgenza di patologie croniche renali e cardiache, dimostrando come uno scarso livello di fitness nella persona, comporti un grande aumento nella probabilità di sviluppo di cronicità. Lo stesso studio, inoltre, riporta come l'attività fisica riesca anche a rallentare il decorso della malattia cronica<sup>[12]</sup> (Flocari et Al., 2023), permettendo alle persone ai primi stadi dell'insufficienza renale cronica di posticipare anche di molti anni l'arrivo alla dialisi.

Nei pazienti in emodialisi, molti studi hanno dimostrato l'essenzialità di una attività fisica regolare: l'esercizio fisico è risultato positivamente associato ad un mantenimento delle capacità motorie nel tempo, miglior qualità del sonno, minor dolore corporeo e un appetito maggiore, oltre che a una minor possibilità di sviluppo di comorbilità<sup>[13]</sup> (Tentori et Al., 2010). La perdita di massa muscolare è piuttosto comune nei pazienti con malattia renale cronica, e questo può portare a casi di atrofia, soprattutto nelle gambe, fragilità e scarsa energia nello svolgere le attività della vita quotidiana. Per mantenere livelli accettabili di benessere e di capacità funzionale dei pazienti, l'attenzione dovrebbe essere rivolta alla strutturazione di programmi di allenamento sulla forza muscolare e aerobici, tanto quanto viene posta sulla funzione renale e sull'anemia<sup>[14]</sup> (Leikis et Al., 2006).

### 2.3. L'attività sportiva nei trapiantati

Per quanto riguarda le persone portatrici di trapianto, la sedentarietà rimane uno dei principali fattori di rischio, in particolare a causa della sua incidenza

nello sviluppo di malattie cardiovascolari. Le malattie cardiovascolari sono estremamente frequenti nelle persone che hanno ricevuto un trapianto di rene, con un tasso di mortalità del 38%<sup>[15]</sup> (Mosconi et Al., 2011). Nella popolazione dei trapiantati di rene, oltre ai fattori di rischio comuni (genetica, età, fumo, ...) e a quelli derivati dalla malattia (insufficienza renale, dialisi prolungata nel tempo, anemia, ...), si aggiungono anche i fattori derivati dalle terapie immunosoppressive necessarie al conseguimento del trapianto, come il diabete e la Sindrome Metabolica. Nello studio di Mosconi che ha analizzato gli effetti a breve e medio termine dell'attività fisica su pazienti con trapianto di rene, dopo un anno sono emersi risultati estremamente positivi nella capacità aerobica massimale, nel tono muscolare e nella percezione di benessere.

Come confermato dalla letteratura, i trapiantati d'organo solido (cuore, fegato, rene), praticanti sport agonistici presentano buona tolleranza alla terapia immunosoppressiva, buona funzionalità dell'organo trapiantato, a riposo e sotto sforzo, buona forma fisica generale come risultato dell'allenamento e una percezione positiva della propria condizione psicofisica<sup>[16]</sup> (Roi et Al., 2014). Nella Ricerca pubblicata su "*Medicina dello Sport*", il principale rischio per i pazienti trapiantati che praticano sport rimane quello delle conseguenze dell'immunosoppressione, come le infezioni, ma che possono essere gestiti con la dovuta attenzione per le norme igieniche. Il rischio traumatico, invece, non sembra comportare pericoli per l'organo trapiantato, neanche negli sport di contatto come il calcio o la pallacanestro.

Le evidenze ci dicono che i trapiantati possono tornare a praticare sport allo stesso livello precedente alla malattia che ha portato al trapianto, riuscendo anche a competere alla pari con atleti sani, mentre non risultano casi di pazienti che abbiano riportato conseguenze negative sull'organo trapiantato praticando sport, anche agonistico<sup>[16]</sup>.

Un ultimo studio che conferma la bontà, se non addirittura necessità, della strutturazione di programmi di allenamento per i pazienti trapiantati, è quello svolto nell'ambito del Protocollo di Ricerca "Trapianto... e adesso sport"<sup>[17]</sup>, promosso dal Centro Nazionale Trapianti e presentato al Ministero della Salute. Come riportato sul sito del Ministero stesso: "dopo sei mesi di esercizio personalizzato, effettuato tre volte alla settimana, per un'ora ogni volta, si è osservato che:

- la percentuale di grasso corporeo è diminuita in media del 5%;
- la forza degli arti superiori e inferiori ha fatto registrare un aumento medio compreso tra l'8 e il 18% a seconda dei gruppi muscolari considerati;
- la massima potenza aerobica è aumentata in media del 10%.

Questi dati indicano complessivamente che l'esercizio personalizzato, prescritto dal Medico dello Sport e somministrato con la supervisione di personale appositamente preparato, porta in un tempo ragionevolmente breve a un miglioramento delle condizioni fisiche dei pazienti trapiantati. Tale risultato si manifesta con il miglioramento della composizione corporea (diminuzione della percentuale di tessuto adiposo) e con l'aumento della capacità di lavoro (aumento della

## “Un Sogno nel Pallone”, superare l’isolamento sociale attraverso lo sport



World Transplant Games 2023, presso Perth, in Australia

forza muscolare e della resistenza cardiorespiratoria). Questi effetti sono accompagnati da un miglioramento della percezione del proprio stato di salute fisica (+9%), di salute generale (+7%) e del benessere psico-fisico (+10%).

I risultati preliminari dello studio sono quindi assai incoraggianti e confermano l’ipotesi che l’esercizio fisico sia indispensabile per migliorare le condizioni di salute psico-fisica dei pazienti che hanno subito un trapianto di organo solido e soprattutto per prevenire gli effetti negativi che le terapie immunosoppressive hanno sull’apparato cardiocircolatorio e sul metabolismo glucidico e lipidico dei pazienti trapiantati. L’esercizio fisico si configura quindi come un vero e proprio farmaco<sup>[17][18]</sup>.

### 3. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Appurato come l’attività fisica e sportiva sia uno dei maggiori elementi che può fornire benessere ai pazienti con malattia renale cronica, in attesa di trapianto e ai trapiantati, senza controindicazioni, i benefici specifici dell’attività sportiva nei giovani sono numerosi e vogliamo citarne solo alcuni: favorisce un corretto sviluppo di organi e apparati, la crescita armonica del corpo, il mantenimento di un peso corporeo adeguato, un ottimale controllo della pressione arteriosa e contrasta gli effetti collaterali dei farmaci; l’attività sportiva, in particolare quella di gruppo, garantisce, inoltre, il miglioramento delle capacità cognitive e del buon umore.

Il sentirsi parte di un determinato contesto sociale, in questo caso il gruppo sportivo, è uno dei bisogni primari che guidano la crescita dei ragazzi e, infatti, in diversi studi che hanno indagato le motivazioni allo sport, sono emerse quelle di appartenenza e identificazione<sup>[19][20]</sup> (Weiss e Chaumont, 1992; Cei, 1998). Il beneficio formativo è fuori discussione: saper rispettare le regole del gruppo, collaborare anche in un ambiente competitivo, imparare ad anteporre i propri obiettivi personali a quelli della squadra/gruppo sono fra gli elementi chiave nell’educazione di ogni individuo.

### 4. “UN SOGNO NEL PALLONE”, IL PROGETTO DI ANED SPORT

Preso atto degli insegnamenti della Ricerca scientifica, a Roma, ha preso vita, grazie a un nutrito ed instancabile gruppo di famiglie e volontari, il progetto “Un sogno nel pallone”, promosso dal Comitato Speciale ANED Sport e rivolto a bambini e ragazzi nefropatici, in dialisi oppure trapiantati d’organo, con il supporto ed il sostegno del CIP (Comitato Italiano Paralimpico, di cui ANED APS è Associazione benemerita riconosciuta).

L’obiettivo del progetto è fornire ai pazienti la possibilità di allenarsi in gruppo e di partecipare ad allenamenti e competizioni amichevoli appositamente organizzate, traendo tutti i benefici dell’attività sportiva e dello stare in gruppo illustrati in precedenza.

Le discipline sportive attualmente proposte sono le seguenti: il Calcio a 5, a cui, essendo lo sport inizialmente proposto nel Progetto, il nome è stato ispirato, il Nuoto, l’Atletica leggera e il Tennis, e si spera di poter presto aggiungere altri sport.

Tutte le attività sono rivolte a partecipanti sia di sesso maschile, sia femminile e si svolgono sotto la supervisione di tecnici qualificati e di un medico supervisore, con la finalità di fornire un momento di svago ai ragazzi in cura, permettere loro di praticare sport in sicurezza, insegnare le basi delle discipline sportive affrontate, al fine di un miglioramento non solo tecnico-tattico ma anche motorio, della coordinazione e, soprattutto, di creare un gruppo, una “squadra”, che possa aiutare tutti nei momenti difficili e condividere quelli lieti.

Per ANED e gli organizzatori del Progetto, è importante per i ragazzi porsi un obiettivo sportivo, che sia motivante e che possa avere un impatto positivo su tutto il gruppo dei partecipanti. Una volta migliorate le proprie prestazioni e abilità sportive, è realistico pensare che i nostri piccoli allievi possano aspirare a indossare la maglia azzurra e prendere parte ai World Transplant Games (WTG), organizzati ogni due anni dalla World Transplant Games Federation, di cui ANED è Membro e Rappresentante unico per l’Italia e con cui condivi-



Squadra di "Un sogno nel pallone", di fronte al Comitato Italiano Paralimpico

de l'onore e l'onere di gestire e accompagnare la Nazionale Italiana Trapiantati. IWTG si tengono ogni due anni e sono il più importante evento mondiale per atleti trapiantati, con la partecipazione di più di 60 Paesi del Mondo e circa 5000 atleti che si affrontano nelle varie discipline sportive, gareggiando per le medaglie d'oro, d'argento e bronzo, e soprattutto per dimostrare, in un clima di festa, armonia e solidarietà, come dopo il trapianto si possa tornare a vivere in modo completo, diventando, così, una testimonianza vivente dell'importanza della donazione degli organi e tangibile motivo di speranza per chi ancora è in attesa del dono. È un momento bellissimo di aggregazione e condivisione tra persone con un vissuto e percorso di malattia simile, ove il sentimento di gratitudine verso i donatori trova la sua massima espressione.

La condivisione delle proprie esperienze passate in termini di malattia, dello stato di salute attuale, dei sogni e degli obiettivi per il futuro è di ancor più fondamentale importanza per i ragazzi in cura, oltre che per le loro famiglie. Il progetto "Un sogno nel pallone" è nato anche per fornire un momento di allegria, divertimento e condivisione anche fuori dall'ospedale: si è man mano creato un legame di vera amicizia tra loro, e hanno iniziato a confrontarsi e sostenersi reciprocamente. Queste dinamiche rappresentano il più grande risultato auspicabile, perché in grado di incidere significativamente sulla loro Qualità di Vita, oltre che uno stimolo incredibile per tutti gli operatori che si occupano del Progetto.

Nel corso del 2022, a titolo esemplificativo, il Progetto ha coinvolto 21 ragazzi (11 ragazze e 10 ragazzi), che hanno effettuato allenamenti personalizzati per due domeniche al mese, con conseguente miglioramento della loro condizione fisica e delle loro prestazioni.

A coronamento del loro impegno, nel mese di giugno 2022, hanno partecipato ai Giochi Nazionali Dializzati e Trapiantati ANED, dove si sono resi protagonisti, nonostante la loro giovane età, ottenendo numerose medaglie nelle più svariate discipline. Il gruppo è

stato invitato a varie manifestazioni, tra cui la 24h di Roma, a Vallelunga (gara di endurance in bici da corsa), e la ciclo-pedalata di 80 km "IO DONO PER L'IRPINIA - IO DONO PER LA VITA", dove i ragazzi hanno presentato la loro testimonianza.

#### 4.1. World Transplant Winter Games 2024 di Bormio

La promozione dell'attività sportiva è un caposaldo degli scopi sociali di ANED; il Comitato ANED Sport è diventato un punto di riferimento per i pazienti dializzati e trapiantati che, in Italia, vogliono fare sport. Grazie a questo impegno continuo, ad ANED è stato assegnato il compito di organizzare la prossima edizione dei **Giochi Mondiali Invernali dei Trapiantati (World Transplant Winter Games), che si terranno a Bormio dal 3 all'8 marzo 2024.**

In occasione dei Giochi, verrà inoltre svolta la "Nicholas Cup", un evento in onore di Nicholas Green, un bambino statunitense di 7 anni che, nel 1994, venne ucciso in Italia a causa di una rapina mentre, con i genitori, si stava dirigendo verso la Sicilia. I genitori scelsero di donare gli organi del loro figlio, salvando ben sei vite di persone che aspettavano un trapianto. ANED offrirà a ogni bambino trapiantato di età compresa tra gli 8 e i 15 anni, partecipante alla Nicholas Cup, una settimana di divertimento sulla neve. Durante lo svolgimento dei Giochi, questi bambini verranno coinvolti in diverse attività ludico-formative, condideranno la permanenza a Bormio e riceveranno lezioni gratuite di sci, che culmineranno nella Nicholas Green Race, una gara non competitiva che si terrà l'ultimo giorno dell'Evento.

I Giochi dei Trapiantati, sia estivi, sia invernali, così come tutte le attività promosse da ANED Sport, hanno più di una valenza, perché, accanto alla competizione, si associano il valore del traguardo scientifico del trapianto, la testimonianza diretta e tangibile di chi ha ricevuto un organo con un trapianto, il significato particolare del dono nel trapianto da vivente, quando possibile.

## “Un Sogno nel Pallone”, superare l’isolamento sociale attraverso lo sport

La certezza di ANED è che la realtà di queste Iniziative possa rafforzare ulteriormente il messaggio di cui si sente portatrice, perché consentirà di far emergere una sensibilità diffusa e favore della Scienza, della donazione di organi e della solidarietà.

### 5. CONTATTI DEL GRUPPO DI “UN SOGNO NEL PALLONE”

L’attività presso il “Centro di Preparazione Paralimpica” di Via delle Tre Fontane, a Roma, sta proseguendo, e questo è solo grazie ai volontari che prestano il loro tempo e impegno per garantire un lavoro di qualità e senza i quali tutto questo non sarebbe stato possibile.

Chiunque voglia aggiungersi, può contattare il Coordinatore Nazionale ANED Sport o i referenti locali del progetto:

#### Marco Mestriner

Coordinatore Nazionale ANED Sport  
E-mail: [aned.sport@aned-onlus.it](mailto:aned.sport@aned-onlus.it)

#### Bruno Galimberti

Allievo Istruttore tecnico FITRI  
e motore infaticabile della iniziativa  
E-mail: [bruga77@gmail.com](mailto:bruga77@gmail.com)

#### Liliana Castellani

Referente ANED Sport Lazio;  
E-mail: [lilla.castellani@hotmail.it](mailto:lilla.castellani@hotmail.it)

#### Ludovico Rao

Medico supervisore e membro  
dell’Esecutivo di ANED Sport;  
E-mail: [Ludovico.rao@hotmail.com](mailto:Ludovico.rao@hotmail.com)

#### Sede Nazionale ANED:

E-mail: [info@aned-onlus.it](mailto:info@aned-onlus.it)  
Telefono: 02.805.79.27

### 6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Sclauzero P., Galli G., Carraro M., Barbati G., Panzetta G., Un nuovo fenotipo di pazienti in dialisi è diventato attuale. Ruolo dei componenti della fragilità sulla qualità di vita in questa popolazione: studio trasversale. *G Clin Nefrol Dial.* 26 gennaio 2018; 24(3):31-7.
- 2) Ashby D., Borman N., Burton J., Corbett R., Davenport A., Farrington K., Flowers K., Fotheringham J., Andrea Fox R.N., Franklin G., Gardiner C., Martin Gerrish R.N., Greenwood S., Hothi D., Khares A., Koufaki P., Levy J., Lindley E., Macdonald J., Mafri B., Mooney A., Tattersall J., Tyerman K., Villar E., Wilkie M., Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC Nephrol.* 2019 Oct 17;20(1):379.
- 3) Paris V., Vivere in dialisi. Conoscere e sostenere il disagio psicosociale. In “Vivere in dialisi: dalla qualità dei servizi alla qualità della vita”. Ministero della Salute; Atti del Seminario.
- 4) Borsari G., Mancini T., Relazione fra identità e malattia cronica: una rassegna sistematica, in “Psicologia sociale, *Social Psychology Theory & Research*” 2/2015, pp. 97-122.
- 5) Fantuzzi A.L., Giannini R., Penna M., Medici G. Trattamento dei pazienti con insufficienza renale cronica: un’esperienza di presa in carico multidisciplinare. *G Tec Nefrol Dial.* 2016; 28 (1): 29-34
- 6) Emiliani F., Palareti L., Melotti G., Famiglie con bambini affetti da malattia cronica: prospettive di studio e di ricerca, in “*Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale*” 2/2010, pp. 233-266, doi: 10.1449/32687
- 7) Blazer D., Social Isolation and Loneliness in Older Adults - A Mental Health/Public Health Challenge. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(10):990-991.
- 8) Delle Fave, A. & Bassi, M., *Psicologia e salute. Esperienze e risorse dei protagonisti della cura.* 2013, Torino: UTET Università
- 9) Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M., The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology,* 1995, 69(4), 719-727.
- 10) Timio M., Timio F., Sport and Dialysis: A Changing Bioethics Outcome. *G Tec Nefrol Dial,* 2017;29(3):193-195.
- 11) Willis B.L., Gao A., Leonard D., Defina L.F., Berry J.D., Midlife fitness and the development of chronic conditions in later life. *Arch Intern Med* 2012; 172 (17): 1333-40.
- 12) Floccari F., Di Lullo L., Rivera R., Timio M., Lo sport ti fa invecchiare con il giusto stile (di vita). *G Clin Nefrol Dial.* 15 gennaio 2014; 25(4):332-4.
- 13) Tentori F., Elder S.J., Thumma J., Pisoni R.L., Bommer J., Fissell R.B., Fukuhara S., Jadoul M., Keen M.L., Saran R., Ramirez S.P., Robinson B.M., Physical exercise among participants in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): correlates and associated outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25:3050-3062.
- 14) Leikis M.J., McKenna M.J., Petersen A.C., Kent A.B., Murphy K.T., Leppik J.A., Gong X., McMahon L.P., Exercise performance falls over time in patients with chronic kidney disease despite maintenance of hemoglobin concentration. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1:488-495.
- 15) Mosconi G., Roi G.S., Costa A.N., Stefoni S., Attività fisica nei pazienti con trapianto di rene - *G Ital Nefrol* 2011; 28 (2): 174-187
- 16) Roi G.S., Stefoni S., Mosconi G., Brugin E., Burra P., Ermolao A., Granito M., Macini P., Mastrosimone S., Nacchia F., Pegoraro C., Rigotti P., Sella G., Sgarzi S., Tamè MR., Totti V., Trerotola M., Tripi F., Nanni Costa A. Physical activity in solid organ transplant recipients: organizational aspects and preliminary results of the Italian project. *Transplant Proc.* 2014 Sep;46(7):2345-9.
- 17) Capone S.; Ermolao A., Project “Trapianto ... e adesso sport”. Effects of exercise on quality of life of solid organ transplant patients: preliminary results. - Book of abstracts of the 19th Annual Congress of the European College of Sport Science
- 18) Stefoni S., Mosconi G., Protocollo di Ricerca “Trapianto... e adesso sport” – effetti dell’attività fisica nel paziente con trapianto di organo solido, Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)), 11 ottobre 2012
- 19) Weiss M., e Chaumont N., Motivational orientation in sport. In T. S. Horn (a cura di), *Advances in Sport Psychology.* 1992, Champaign, IL: Human Kinetics.
- 20) Cei, A. (1998). *Psicologia dello Sport.* Bologna: Il Mulino.

## Medicina sportiva, prevenzione e salute

**Dott. Roberto Curcuruto**

**Medico dello Sport**

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Policlinico - Viale R. Margherita, 279

«**A**vanti il prossimo!»: la voce dell'infermiera richiama l'attenzione del ragazzo seduto nella sala d'attesa. Giovanni, venticinque anni, un metro e novanta, con un fisico da statua greca, chiude la rivista che stava svogliatamente leggendo, solleva il borsone da palestra ed entra nello studio del medico.

Dopo una breve anamnesi, dove non emerge nessuna familiarità per patologia cardiaca, si distende sul lettino per fare un elettrocardiogramma. L'esame è una semplice formalità in fondo, poco più di una tassa per potersi allenare. Lo scorso anno addirittura neanche lo ha fatto visto che il proprietario del circolo che frequentava ha chiuso un occhio.

Il medico applica gli elettrodi sul torace depilato del ragazzo e si concentra sul piccolo monitor dell'apparecchio. Giovanni osserva il viso del professionista fare una smorfia di perplessità.

«C'è qualcosa che non va?» chiede preoccupato.

Il medico fa cenno di aspettare, poi strappa la lingua di carta millimetrata uscita dall'elettrocardiografo e la osserva con cura.

«Aspetti un attimo, ripetiamo l'esame».

Dopo alcuni interminabili secondi ed un'attenta lettura il medico si pronuncia:

«Purtroppo il tracciato del suo ECG non è perfetto, c'è un segno che non mi piace e dobbiamo approfondire, il mio consiglio è quello di andare in ospedale. Magari è una stupidaggine ma con il cuore non si scherza».

Giovanni sbianca, non è possibile, il dottore si starà sicuramente sbagliando.

Dopo una lunga e paziente spiegazione il ragazzo decide di assecondare il medico. Controvoglia raggiunge l'ospedale, racconta l'accaduto e poco dopo ripete l'esame. I sanitari confermano il sospetto diagnostico e lo ricoverano. In pochi giorni Giovanni si riprende, il suo cuore è guarito.

Christian è un ragazzino di 14 anni dalla faccia sveglia e i capelli rasati ai lati mentre un ciuffo biondo gli copre la fronte. Essendo minore entra accompagnato dal padre. A sentire quest'ultimo il figlio è una sicura promessa calcistica.

«Un bomber, un campione, non lo dico perché è mio figlio...».

Mentre il padre continua ad elogiare le doti del pargolo, il medico lo ascolta divertito mentre continua la visita. Ogni giorno padri e madri di futuri presunti campioni raccontano le gesta dei loro figli.

«L'anno scorso ha vinto la classifica di capocannoniere e domenica ha una partita importante, viene anche un osservatore della Juventus a vederlo».

Il tracciato però non è bello, qualcosa non va nel cuoricino del campione, il medico si fa serio.

«Non posso darle l'idoneità, prima dobbiamo approfondire con un ecocardiogramma».

Il padre sbianca ma non per la paura, perché in questo

modo il suo "campione" dovrà saltare la partita.

«Ma così salta la partita!» esclama con aria tesa.

«Capisco, ma credo sia più importante accertarsi che il cuore di suo figlio funzioni bene, la salute viene prima della carriera» risponde il medico conciliante; «Se poi l'ecografia dimostrerà che non ci sono problemi, sarò ben felice di lasciarle l'idoneità».

«Ho capito, dobbiamo spendere altri soldi per avere questo pezzo di carta».

«Non è un pezzo di carta» risponde il dottore «ma qualcosa che certifica la salute di suo figlio».

Queste due storie, ispirate a situazioni realmente accadute, mostrano come da semplici controlli di routine possiamo riscontrare patologie, potenzialmente pericolose per la salute dei pazienti, senza che questi ne siano minimamente a conoscenza.

La medicina dello sport rappresenta una vera e propria medicina preventiva, dove il paziente non si rivolge al medico perché affetto da sintomi evidenti ma si sottopone a controlli solo perché il protocollo lo prevede.

La domanda che dobbiamo porci è:

«Cosa sarebbe potuto succedere ai protagonisti delle storie precedentemente raccontate se non avessero dovuto fare il certificato medico sportivo? Come si sarebbe comportato il loro cuore quando veniva messo sotto stress durante l'attività fisica?».

Quindi, anche se questo tipo di certificazione può sembrare a volte superfluo, in alcuni casi e per alcune persone finisce per rappresentare un vero e proprio salvavita.

Fare attività sportiva in una palestra o all'aria aperta, sollevare pesi o fare una semplice corsetta nel parco, giocare a calcetto tra amici o sfidarsi a padel nel torneo del circolo sono tutte occasioni per star bene e mantenersi in forma; occorre, però, sincerarsi che il motore del nostro corpo sia in perfetta forma.



freepik.com/foto-gratuito/atleta-all'appuntamento-di-fisioterapia-di-tiro-medio

# Nuovi trattamenti mininvasivi per l'ipertrofia prostatica benigna

**Dott.ssa Rossana Lucera**

Medico-Chirurgo  
Specialista in Urologia  
Urologia ginecologica

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22  
U.S.I. Pietralata - Via dei Durantini, 362  
U.S.I. Eur Serafico - Via P. di Dono, 9  
USI DOC Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f  
USI DOC Prati - Via V. Orsini, 18

**Dott. Massimiliano De Vecchis**

Specialista in Urologia

U.S.I. Policlinico - Viale R. Margherita, 279  
U.S.I. Borghesiana - Via Casilina, 1838  
U.S.I. Cinecittà - Viale Bruno Rizzieri, 203



freepik.com/foto-gratuito/ascoltando-il-dottore - Immagine di DCStudio

## INTRODUZIONE

L'ipertrofia prostatica (IPB) è una patologia che colpisce oltre 6 milioni di italiani dai 45 anni di età in poi.

Una stima parla di una percentuale del 50% degli uomini tra 51 e 60 anni, del 70% tra i 61 e i 70 anni e del 90% degli uomini oltre gli 80 anni.

La prima scelta terapeutica (a scopo conservativo) dell'ipertrofia prostatica benigna è, indipendentemente dall'età, quella farmacologica.

I farmaci a disposizione, quali tamsulosina, silodosina, alfuzosina, finasteride e dutasteride, spesso sono accompagnati da effetti collaterali quali ipotensione, eiaculazione retrograda, rinite, ginecomastia e, in alcuni casi, disfunzione erettile.

Per tale motivo spesso la terapia farmacologica viene abbandonata con peggioramento della sintomatologia disurica e comparsa nel corso degli anni di complicanze secondarie come:

- infezioni delle vie urinarie
- ipotonia del detrusore
- calcoli vescicali
- episodi di ritenzioni acute di urine.

Negli ultimi anni si sono sviluppate numerose alternative chirurgiche che garantiscono, come la terapia farmacologica, una gestione conservativa della patologia.

## MATERIALI E METODI

Tali tecniche, proprio perché a minimo impatto sulla qualità della vita post-operatoria, sono chiamate MININVASIVE.

Le tecniche più utilizzate sono:

**I-TIND:** si tratta di uno stent temporaneo costituito da un materiale particolare (Nitinol) che viene introdotto per via endoscopica e rimosso dopo 5 giorni. Lo stent esercita sul tessuto prostatico una forza che incide l'adenoma in tre punti; tale fenomeno provoca, a sua volta, una necrosi del tessuto stesso migliorandone l'ostruzione.

**UROLIFT:** si tratta di uno stent permanente costituito da Nitinol, acciaio inossidabile e polietilene. Viene introdotto per via endoscopica, provoca una minima reazione infiammatoria acuta ed una compressione del tessuto prostatico migliorando così i sintomi ostruttivi (flusso di urina) entro tre/ quattro settimane dall'impianto.

**AQUABLATION:** si tratta di una procedura che utilizza un getto d'acqua per rimuovere la porzione ostruente della prostata.

Si utilizza un'apparecchiatura che, sulla base di un'immagine ecografica ottenuta con sonda trans rettale

e sulla guida di un cistoscopia, permette di introdurre uno strumento che eroga acqua a temperatura ambiente capace di rimuovere il tessuto prostatico ostruente.

**REZUM:** consiste nella somministrazione di vapore acqueo all'interno dell'adenoma prostatico tramite uno strumento endoscopico che viene inserito per via transuretrale. In tal modo si genera un "raggrinzimento" dell'adenoma prostatico.

**VAPORIZZAZIONE LASER (PVP):** si tratta di un intervento che consiste nella vaporizzazione dell'adenoma prostatico tramite uno strumento endoscopico inserito per via transuretrale e sulla cui guida viene introdotta una fibra laser (greenlight o altre) ad alta potenza che convoglia energia sull'adenoma e lo vaporizza. Durante la vaporizzazione si ottiene anche emostasi grazie all'effetto coagulativo superficiale del laser.

**TRANSPERINEAL PROSTATE LASER ABLATION (TPLA):** tecnica che utilizza una fonte laser a diodi per indurre una necrosi coagulativa del tessuto prostatico. Gli aghi con fibra laser in questo caso sono posizionati per via transperineale.

#### RISULTATI

**I-TIND** si esegue in sedazione profonda, ha una durata di 15-20 minuti e non necessita di catetere post intervento.

La rimozione dello stent avviene, invece, in ambulatorio.

Gli effetti collaterali più frequenti sono ematuria, bruciore, urgenza minzionale. Remissione dei sintomi in tre/quattro settimane.

**UROLIFT** si esegue in sedazione profonda, ha una durata di circa 50 minuti.

In genere dopo la procedura non occorre posizionare un catetere.

Gli effetti collaterali più frequenti sono di tipo irritativo come bruciore durante la minzione, ematuria, urgenza minzionale. In genere la remissione avviene entro un mese dalla procedura.

**AQUABLATION** si esegue in anestesia generale o spinale e dura circa 10 minuti.

Gli effetti collaterali più frequenti sono ematuria e disturbi irritativi.

**REZUM** si esegue in anestesia generale o spinale e la durata è variabile da 15 a 45 minuti a seconda delle dimensioni dell'adenoma.

Dopo l'intervento è necessario mantenere un catetere vescicale per 7-10 giorni.

Gli effetti collaterali più frequenti includono disturbi irritativi ed ematuria.

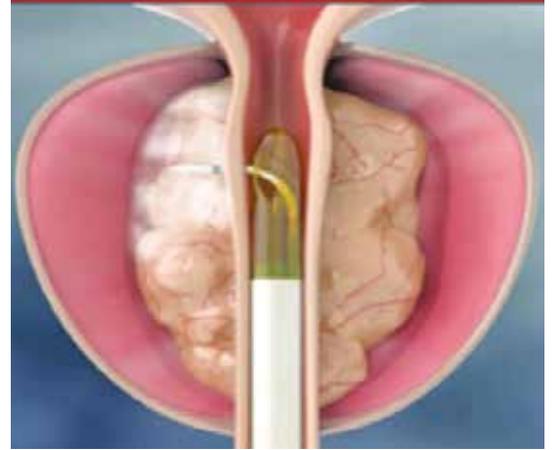
**VAPORIZZAZIONE LASER** si esegue in anestesia generale o spinale. Durata variabile in base alle dimensioni dell'adenoma.

Dopo l'intervento si posiziona un catetere vescicale che verrà mantenuto per 2-3 giorni.

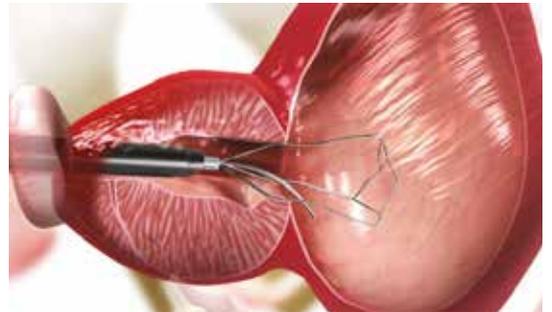
Gli effetti collaterali più frequenti sono disturbi irritativi.

**TPLA** si esegue in anestesia generale o spinale. Durata di circa 30-60 minuti a seconda della grandezza dell'adenoma. Dopo la procedura è necessario un catetere vescicale che viene rimosso dopo circa 1 settimana.

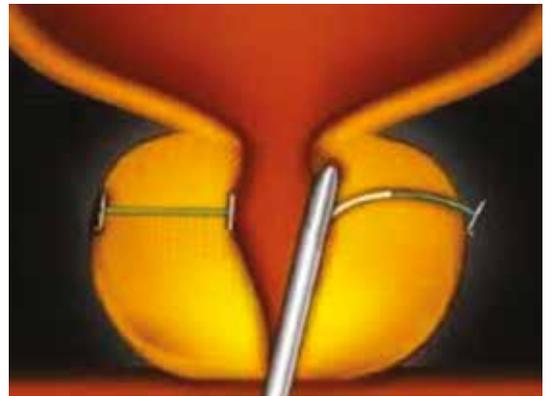
Gli effetti collaterali più frequenti sono disturbi irri-



Rezum



I-tind



Urolift

tativi.

#### DISCUSSIONE

Caratteristiche principali di questi approcci non chirurgici sono:

- minima degenza ospedaliera (day-surgery o una notte di degenza);
- minimi disturbi post-intervento (nella maggior parte dei casi si tratta solo di tollerare un catetere vescicale per una settimana);
- mantenimento della funzione eiaculatoria;
- mantenimento della continenza urinaria.

Il recupero dal sollievo dei sintomi ostruttivi ed irritativi, tipici dell'ipertrofia prostatica, avviene in un tempo variabile da 1 a 3 mesi a seconda della tecnica utilizzata e della situazione pre-intervento.

Lo scopo delle tecniche mininvasive è ridurre la sintomatologia irritativa ed ostruttiva legata alla ipertrofia

## Nuovi trattamenti mininvasivi per l'ipertrofia prostatica benigna

prostatica con basso rischio di complicanze e consentire una rapida ripresa della quotidianità.

Ogni tecnica ha una tecnologia unica.

Tutte le tecniche garantiscono la preservazione dell'eiaculazione e della continenza.

Gli studi a disposizione dimostrano risultati stabili a 5 anni dal trattamento tranne in una piccola percentuale di pazienti in cui si è dovuto reintervenire.

Il target di pazienti per queste procedure è variabile:

- giovani uomini che manifestano controindicazioni o rifiuto della terapia farmacologica;
- uomini più anziani con patologie concomitanti a rischio di complicanze con procedure chirurgiche standard.

Gli effetti collaterali più frequenti sono sintomi di tipo irritativo della durata sovrapponibile alle procedure standard.

### CONCLUSIONI

Ormai sono svariati gli studi che, coinvolgendo migliaia di uomini, hanno dimostrato efficacia e sicurezza di queste nuove procedure.

Le tecniche mininvasive sono sicuramente da preferire se si guarda al rapporto rischio-beneficio, ai tempi di ospedalizzazione e alla ripresa delle attività di vita quotidiana.

Di contro è necessario tener conto di una probabile minore radicalità chirurgica ma ancora non siamo in grado di poterlo affermare o negare. Il follow-up non è ancora così lungo a seguito della recente introduzione delle tecniche stesse.

### BIBLIOGRAFIA

1. Benign prostatic hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation. Vuichoud C et al. *Can J Urol* 2015
2. Pathophysiology of benign prostatic hyperplasia and benign prostatic enlargement: a mini review. Madersbacher S et Al. *Gerontology* 2019
3. Rezum water vapor thermal therapy for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: 4-year result from randomized controlled study. McVary KT et Al. *Urology* 2019
4. Treatment for Benign Prostatic Hyperplasia: Arkadiusz M et Al. *Dtsch Arztebl Int* 2020
5. The role of novel minimally invasive treatments for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. Modersbacher S. et Al. *BJU Int* 2020
6. Indications, technique, and role of new minimally invasive benign prostate hyperplasia surgical options. Yalcin S et Al. *Turk J Urol* 2020
7. The new American urological association benign prostatic hyperplasia clinical guidelines: 2019 update. Dornbier R et Al. *Curr Urol Rep* 2020.
8. Minimally invasive treatments for benign prostatic hyperplasia: a Cochrane network meta-analysis. Franco JVA, et al. *BJU Int.* 2022
9. Minimally Invasive Treatments for benign prostatic hyperplasia: systematic review and network meta-analysis. Sajan A et al. *Vasc Interv radiol* 2022.
10. New technologies for treatment of benign prostatic hyperplasia. Elterman D et al. *Urol Clin North Am* 2022
11. Minimally invasive treatments for Benign Prostatic Obstruction: a systematic review and network meta-analysis. Cornu JN et Al. *Eur Urol* 2023.
12. Update on the management of benign prostatic hyperplasia and the role of minimally invasive procedure. Franco JVA et Al. *Prostate Int* 2023.
13. Ablative minimally invasive surgical therapies for benign prostatic hyperplasia: a review of aquablation, rezum, and transperineal laser prostate ablation. Nguyen DD et Al. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2023
14. Transperineal Laser ablation of the prostate (TPLA) for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic obstruction. Sessa F. et Al. *J Clin Med* 2023



# Un argomento di terapia che ha appassionato il XIX secolo. L'uso della segale cornuta in ostetricia

**Ettore Calzolari**

Professore Associato (fr) di Scienze Ginecologiche  
Università di Roma «La Sapienza», Corso di Laurea in Ostetricia «A»

**Chiara Bartolucci**

Dottoressa in Lingue e Letterature Straniere

È assai difficile dire quanti, tra i sanitari che oggi in tutto il mondo usano, sotto varie denominazioni commerciali, uno dei farmaci più diffusi nell'ambito dell'ostetricia, la *metilergometrina*, possano essere consapevoli delle sue origini e del lungo cammino che, a partire da un esponente del mondo vegetale estremamente tossico, ha portato a realizzare un preparato sufficientemente maneggevole ed estremamente utile per promuovere il distacco della placenta, ridurre e frenare l'emorragia dopo il parto, vincere l'atonìa uterina e la subinvoluzione del viscere dopo il parto e l'aborto<sup>1</sup>.

Se per risalire alle origini di questo preparato, oggi così diffuso e utile nei reparti di ostetricia, si è soliti parlare di "segale cornuta" questa denominazione ci dà un'immagine distorta di un innocente cereale come la segale, del tutto innocuo come alimento se non quando è infettato da un fungo denominato *Claviceps purpurea*.

Questo fungo genera, nelle piante che infetta, delle escrescenze chiamate sclerozi a forma di corna, da cui è derivato il nome comune di *segale cornuta* per indicare il cereale affetto dalla parassitosi denominata anche ergotismo. Quest'ultimo termine deriva dal fatto che l'escrescenza che si manifesta sulle spighe di segale ha ricordato ai primi studiosi una sorta di sperone di gallo (*ergot*), ragion per cui spesso è stata denominata semplicemente *ergot* la segale così contaminata<sup>2</sup>.

La storia medica della segale cornuta decorre seguendo due filoni, quello tossico-patologico con riferimento alle grandi manifestazioni epidemiche tra le popolazioni vittime della infestazione<sup>3</sup>, e l'altro relativo ai suoi utili principi medicali, con particolare riferimento all'area dell'ostetricia.

È noto a molti che diverse comunità umane vennero afflitte in più occasioni, nei secoli passati, da vere e proprie epidemie, oggi conosciute come ergotismo, causate dalla segale infestata che veniva poi usata come alimento. Due le principali forme con cui si manifestava l'ergotismo. Quella convulsivo-allucinatoria, con manifestazioni che talvolta in passato vennero associate alla stregoneria; e quella gangrenosa, che danneggiava soprattutto le estremità, giungendo persino, in alcuni casi molto gravi, a provocare la perdita degli arti, in tutto o in parte, a causa degli effetti degli alcaloidi dell'ergot sul sistema



Figura 1 Una raffigurazione d'epoca di una spiga di segale infestata dalla *Claviceps purpurea* (Villeneuve, 1827)

vascolare attraverso la vasocostrizione.

L'ergotismo, come dicevamo, oltre a dare origine a manifestazioni fisiche, legate perlopiù alla vasocostrizione periferica, spesso e volentieri provocava sintomi psichici, come le allucinazioni.

Per tale ragione, questi fenomeni, di cui non si conoscevano le cause scatenanti, erano spesso associati alle forze maligne, alla stregoneria e al demonio. Questo oggi non deve stupire sapendo che dalla segale cornuta si è arrivati ad estrarre un potente allucinogeno l'LSD<sup>4</sup>.

Un altro nome comune che è stato usato per l'ergotismo è stato quello di "Fuoco di Sant'Antonio". Questo facendo riferimento ai fratelli dell'ordine di Sant'Antonio, monaci che circa dall'anno 1000 si specializzarono nel

<sup>1</sup> Smakosz A, Kurzyrna W, Rudko M, Dqsal M. The Usage of Ergot (*Claviceps purpurea* (fr.) Tul.) in Obstetrics and Gynecology: A Historical Perspective. *Toxins* (Basel). 2021 Jul 15;13(7):492.

<sup>2</sup> Lee MR. The history of ergot of rye (*Claviceps purpurea*) I: from antiquity to 1900. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009 Jun;39(2):179-84.

<sup>3</sup> Van Dongen PW, de Groot AN. History of ergot alkaloids from ergotism to ergometrine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995 Jun;60(2):109-16.

<sup>4</sup> Jean Vitaux. *Une histoire de l'ergot de seigle : du mal des dents au LSD*. Presses universitaires de France. Paris 2023

## Un argomento di terapia che ha appassionato il XIX secolo. L'uso della segale cornuta in ostetricia



Figura 2 Peter Bruegel, 1568, mutilazioni attribuibili forse all'ergotismo gangrenoso

trattare le vittime dell'ergotismo e alle sensazioni di intense bruciature agli arti e in altre zone del corpo che caratterizzavano la sintomatologia degli individui infettati. Si può ben dire che l'ergotismo è stato il primo esempio documentato di "micotossicosi". Fu solo centinaia di anni più tardi - più precisamente, nel 1853 - che il ciclo riproduttivo della *Claviceps purpurea* fu identificato e descritto dal botanico francese Louis René Tulasme<sup>5</sup>, facendo luce in maniera definitiva sulle cause scatenanti l'ergotismo.

Secondo alcuni studiosi, il primo a ipotizzare una correlazione fra l'assunzione dei farinacei ricavati dalla segale cornuta e i fenomeni patologici che questa determina, sarebbe stato Sigebert di Gembloux, in latino *Sigebertus Gemblacensis* (1030 – 1112)<sup>6</sup>. Secondo altri scrittori, nel 1596 fu il medico tedesco Wendelin Thalius<sup>7</sup> a descriverne i suoi effetti con qualche accenno alla capacità di arrestare l'emorragia uterina.

Va comunque detto che è assai probabile che le caratteristiche nocive di questa parassitosi fossero note da molti secoli nel vicino e nell'estremo oriente. Alcuni studiosi hanno individuato accenni agli effetti dannosi di questa intossicazione persino in tavolette di argilla di origine as-

sira databili intorno al 600 avanti Cristo.

Adam Lonicer, Adam Lon latinizzato in *Adamus Lonicerus* (10 Ottobre 1528 – 29 Maggio 1586) è stato un illustre botanico tedesco autore del *Kreuterbuch*, uno degli erbari più importanti nella storia dell'erboristeria e della farmacia<sup>8</sup>. Questo autore è stato, con molta probabilità, tra i primi ad accennare nei suoi scritti ad un uso empirico della segale cornuta in campo ostetrico. Egli infatti ha scritto che certe praticone usavano ai suoi tempi somministrare tre sclerozi di *Claviceps purpurea* per indurre nelle partorienti o nelle puerpere un'energica contrazione uterina, per accelerare il parto e forse anche nell'intento di provocare l'aborto.

Secondo altri autori Joachim Camerarius (Norimberga, 6 novembre 1534 – Norimberga, 11 ottobre 1598), detto il Giovane, medico, botanico e naturalista tedesco<sup>9</sup>, sarebbe stato il primo a segnalare le proprietà ostetriche della segala cornuta<sup>10</sup>. Nei suoi scritti giunge ad affermare che porre degli sclerozi di segale cornuta sotto la lingua avrebbe l'effetto di combattere l'emorragia del post partum.

Per arrivare a tempi più recenti e a scritti di una qualche

<sup>8</sup> Lonicer, A. *Kreuterbuch*; Frankfurt am Main, Germany, 1582

<sup>9</sup> E' interessante sapere che dal 1559 al 1561 Camerarius studiò medicina a Padova, quindi si spostò a Bologna dove nel 1562 si laureò con Ulisse Adrovandi. Dopo la laurea, rimase in Italia ancora diversi mesi, viaggiando sicuramente fino a Roma e a Napoli, e stringendo proficui rapporti personali con molti importanti naturalisti

<sup>10</sup> Camerarius, Joachim (1534-1598) *Hortus medicus et philosophicus*. Autore loachimo Camerario, Francofurti ad Moenum, 1588 (*Impressum Francofurti ad Moenum : apud Iohannem Feyerabend, 1588*)

<sup>5</sup> Louis René Tulasme detto Edmond (Azay-le-Rideau, 12 settembre 1815 – Hyères, 22 dicembre 1885) è stato un noto botanico francese

<sup>6</sup> Monaco benedettino, fu un cronista medievale, autore del *Chronicon*, conosciuto anche come *Chronographia*, opera storica che abbraccia il periodo compreso tra il 381 e il 1111

<sup>7</sup> Johann Thal, latinizzato Johannes Thalius, (1542 a Erfurt; 18 luglio 1583 a Peseckendorf) è stato un medico e botanico tedesco

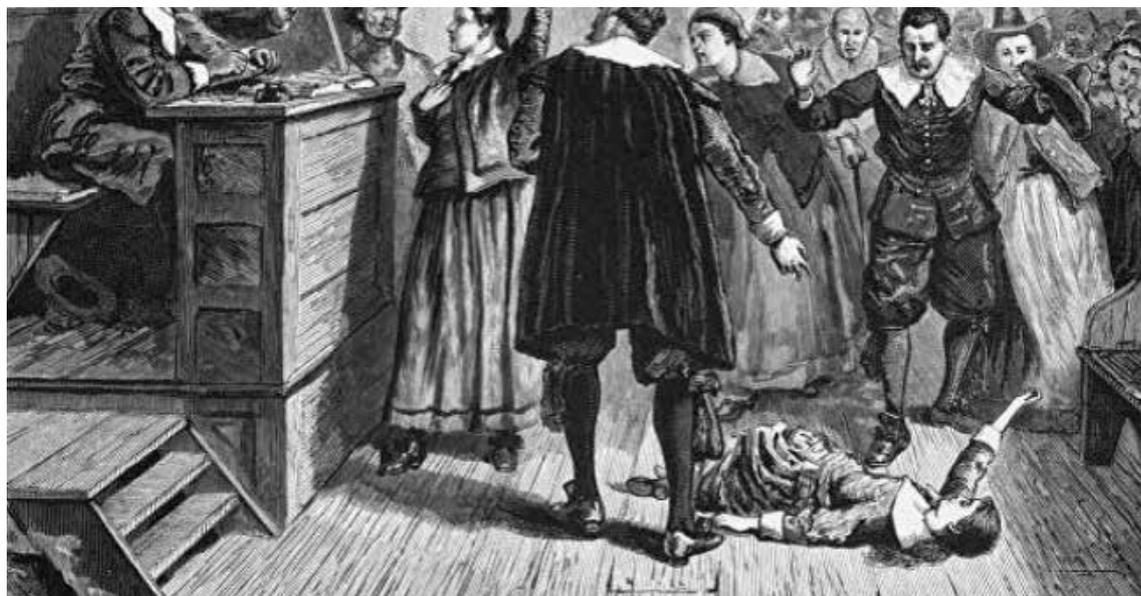


Figura 3 Manifestazioni convulsive attribuibili anche a fenomeni di ergotismo

consistenza scientifica sembra possibile fare riferimento a Antoine Augustin Parmentier (Montdidier, 17 agosto 1737 – Parigi, 17 dicembre 1813), farmacista, agronomo, igienista e nutrizionista francese che segnalava le proprietà ossitociche degli sclerozi della segale cornuta nel 1774.<sup>11</sup> All'origine di queste sue segnalazioni sarebbero stati i suggerimenti di un'ostetrica, tale Madama Dupile che affermava il potere stimolante sulle contrazioni della polvere di segale cornuta diluita in acqua o vino.

Sta di fatto che nella sua monografia su *"Ergot and Ergotism"*<sup>12</sup> il professor Giorgio Barger, professore di chimica medica all'università di Edimburgo e grande studioso dell'argomento, ha scritto che la prima indiscutibile menzione della segale cornuta come farmaco, ben diversa da i suoi effetti tossici va rinvenuta nel libro germanico del 1582 opera di Adamo Lonicer come abbiamo visto sopra.

Jean-Baptiste Desgranges (1751 - 1831), medico francese, viene indicato tra i primi che abbiano tentato di sistematizzare in modo scientifico l'uso della segale cornuta in medicina mentre è molto probabile che alcune levatrici in Europa e in Nord America usassero la polvere di ergot in modo empirico. Proprio alcune levatrici da lui incontrate a Lione avrebbero stimolato l'interesse del medico per il potere ossitocico dei derivati della segale cornuta, inducendolo ad arricchire il suo armamentario terapeutico con questa sostanza per diversi anni senza alcun inconveniente.

Se Desgranges è considerato un precursore, va detto che pubblicò le sue osservazioni soltanto nel 1818 mentre 10 anni prima una lettera pubblicata da John Stearns nel *"Medicai Repository"*<sup>13</sup> di New York e intitolata «Rapporto sulla polvere per le partorienti, un rimedio per accelerare il parto» segnò l'introduzione della segale

cornuta nella medicina pratica; questo medico, venuto a conoscenza da parte di alcuni immigrati tedeschi dell'uso ostetrico della segale cornuta da certe levatrici nel vecchio continente, e resosi conto della possibilità di usarla su basi cliniche, la sottopose ad indagini meno empiriche e nel 1808 pubblicò le sue osservazioni<sup>14</sup>. L'uso della segale cornuta in ostetricia si diffuse piuttosto rapidamente negli USA mentre la sua adozione in Europa fu ritardata per le segnalazioni relative ai pericoli che accompagnavano l'uso del preparato. Questo stato di cose continuò, tra alti e bassi, sino a quando si ebbe a disposizione la sola droga grezza, questo naturalmente a causa delle grandi differenze di attività fra i campioni di droga di diversa provenienza.

Un grande passo avanti ufficiale nell'accettazione dei preparati di segale cornuta da parte della classe medica può essere considerato l'inserimento nel 1837 nel Codice della Farmacopea Francese dei derivati della segale.<sup>15</sup> Come in altre circostanze della medicina, una volta accertata l'efficacia del farmaco, il problema si poneva soprattutto in termini di indicazioni e condizioni permissibili da valutare rigorosamente prima del suo impiego. Un italiano, Bigeschi Giovanni (1782 –1829)<sup>16</sup>, professore di ostetricia nello Spedale degli Innocenti di Firenze, richiamava l'attenzione degli ostetrici sul fatto che per consentire l'uso di farmaci così energici come i preparati di segale: «il feto deve presentarsi con alcune di quelle parti, per cui può venire in luce naturalmente, né devono esistere dei vizi tali di ristrezza nel bacino, o nelle parti molli, capaci di opporre un forte ostacolo all'uscita del feto. Insomma, vi devono essere tutte le condizioni necessarie per il parto naturale.».

Nel 1822 il medico David Hosack<sup>17</sup> di New York afferma-

<sup>11</sup> Antoine Augustin Parmentier: «Lettre sur bergot», in : *Observations sur la physique, sur l'histoire naturelle et sur les arts*, t. IV, août 1774, pp. 144-145

<sup>12</sup> *Ergot and ergotism*, George Barger. Gurney and Jackson, Edimburgo, 1931

<sup>13</sup> Stearns J. N. *Y. Med. Repository*. 1807; 11

<sup>14</sup> *Observations on the secale cornutum, or ergot : with directions for its use in parturition*. Stearns, John, 1770-1848

<sup>15</sup> *Codex, pharmacopée française 1837*, p. 215: Poudre de seigle ergoté

<sup>16</sup> Giovanni Bigeschi. *Medico ostetrico, Professore di ostetricia a Firenze, Socio dell'Accademia dei Georgofili e dell'Accademia di Pistoia. 1782-1829*

<sup>17</sup> David Hosack (New York, 31 agosto 1769 – New York, 22 di-

## Un argomento di terapia che ha appassionato il XIX secolo. L'uso della segale cornuta in ostetricia

va che molte morti dei neonati erano dovute dall'improprio uso della segale cornuta seguito da rottura d'utero e da morte materna.

Quel preparato che cominciava a circolare con la denominazione di "pulvis ad partum" doveva per questo autore essere etichettato come "pulvis ad mortem". Hosack consigliava così un uso limitato al solo controllo dell'emorragia postparto. Non vi è dubbio che questo portò ad una restrizione dell'uso della polvere grezza.

Come se non bastasse, nel vecchio continente, in Inghilterra, William Michell (1796–1872), medico britannico e membro del parlamento, nel suo compendio nel quale valuta le proprietà della segale cornuta<sup>18</sup>, conclude che il suo utilizzo e la sua somministrazione nel corso della gravidanza e del travaglio di parto sono associati ad una maggior incidenza di morte neonatale. Va segnalato che nei suoi studi tentò di utilizzare la Claviceps purpurea anche nei casi di amenorrea.

L'italiano Vincenzo Balocchi<sup>19</sup> nel suo Compendio di Ostetricia, tornava invece a sottolineare l'importanza delle indicazioni e delle condizioni permissenti: "Le rotture d'utero citate in simili casi, o provano una semplice coincidenza, o il mal uso che si è fatto di questo medicamento, non avendo riconosciuto, per esempio, che la lentezza del soprapparto, si doveva ad una presentazione della spalla."

Teodoro Lovati (Pavia, 12 marzo 1800 – Pavia, 18 settembre 1872) che per molti anni fu professore all'Università degli Studi di Pavia, dove tenne la cattedra di ostetricia teorico pratica, non esitava ad esprimersi come segue: "La segale cornuta è uno dei più preziosi acquisti fatti nella pratica dell'ostetricia; per essa si risparmiano molte operazioni, le quali sono sempre di qualche pericolo per la madre e molte volte fatali al feto".

D'altra parte il medico francese Villeneuve, che si colloca tra i precursori nell'uso del farmaco, (*Mémoire historique sur l'emploi du seigle ergoté pour accélérer ou déterminer l'accouchement ou la délivrance dans le cas d'inertie de la matrice, par A.-C.-L. Villeneuve 1827*) limitava prudentemente le sue indicazioni all'uso della segale cornuta nel parto soltanto all'ultima fase del periodo espulsivo.

Entusiasta invece della capacità del preparato nel dominare l'emorragia del post partum, sosteneva che siccome le emorragie che succedono al parto sono spesso talmente rapide da lasciar appena il tempo di rimediarevi, considerava come una precauzione indispensabile per ogni ostetrico, di essere sempre munito di qualche dose di segala cornuta quando venisse chiamato presso una donna in travaglio; nei suoi scritti infatti giunge alla precauzione di elencare quelle farmacie parigine che davano garanzie di esserne costantemente fornite.

Louis Charles Roche<sup>20</sup>, nel *Dizionario di Medicina, Chirurgia e Farmacia* del 1841, pubblicato anche in Italia, fece una compiuta analisi dell'argomento «Segale Cornuta», esprimendosi sostanzialmente a favore del me-

<sup>18</sup> cembre 1835) è stato un medico e botanico statunitense

<sup>18</sup> "On difficult cases of Parturition; and the use of ergot" W. Michell. Editore T. & G. Underwood, 1828

<sup>19</sup> Vincenzo Balocchi (Arezzo, 1818 – Firenze, 31 gennaio 1882) è stato un chirurgo e ginecologo italiano

<sup>20</sup> Louis Charles Roche (Nevers, 27 juillet 1790 - Paris, 4 avril 1875) Grand dictionnaire universel du XIX siècle par Pierre Larousse

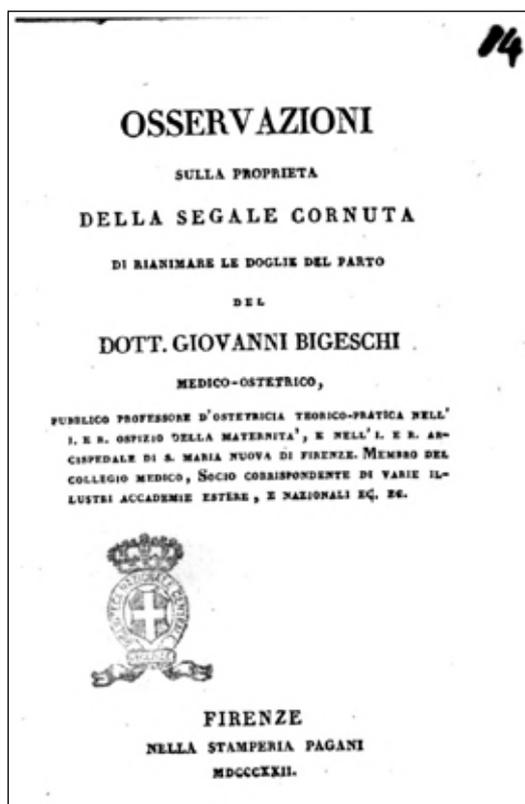


Figura 4 Dott. Bigeschi, 1822, considerazioni sull'uso della segale cornuta in ostetricia

dicamento in questi termini: «Una di quelle conquiste ardite di cui la terapeutica si arricchisce tuttodi cangiando degli agenti di malattia e di morte in agenti di salute e di vita. Di tutte queste proprietà, la meglio stabilita è quella di accelerare il travaglio del parto e di arrestare le emorragie uterine per inerzia, provocando le contrazioni della matrice.». E aggiungeva: "L'introduzione della segala cornuta nella pratica ostetrica renderà sempre più raro l'uso del forcipe, perocchè, facendo cessare l'inerzia dell' utero, essa rimedia alla causa che richiede nel più dei casi il ricorso a questo strumento."

L'isolamento sempre più perfezionato sul finire del secolo XIX delle sostanze contenute nella segale cornuta ha poi messo a disposizione dei medici dei preparati via via sempre più efficaci e sicuri.

Il derivato che attualmente è più in uso è rappresentato oggi dalla metilergometrina, un alcaloide dell'ergot semisintetico e un derivato dell'ergonovina, utilizzato essenzialmente per la prevenzione e il controllo di emorragie postpartum e post-aborto, oltre che nella subinvoluzione uterina della puerpera.

Definitivamente tramontata una delle indicazioni originarie, che animò nella classe medica i dibattiti del XIX secolo, quella relativa alla possibilità di incrementare le contrazioni uterine durante il parto.

In ogni caso il dibattito resta aperto, anche in tempi recenti, nel confronto tra derivati dell'ergot e altri farmaci con le medesime indicazioni<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjanarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun 7;6(6):

# Lipoaspirazione con ultrasuoni

**Dott.ssa Sara Egidi**

Medico-Chirurgo Specialista in Chirurgia Maxillo Facciale

Medico Estetico

Ph Dr in malattie dello scheletro e del distretto oro-cranio-facciale

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

**L**a liposuzione non è un'alternativa al miglioramento dello stile di vita ma piuttosto un modo di trattare alcune zone del corpo che risultano resistenti alla dieta e all'esercizio, in cui sono accumulate in quantità eccessiva le cellule adipose (ricche di grasso).

La quantità di grasso rimossa dipende dall'aspetto dell'area e dal volume delle cellule adipose e può interessare:

- cosce
- glutei
- fianchi
- petto
- schiena
- addome
- braccio superiore
- collo e sottomento.

Poiché dopo la liposuzione la pelle deve adattarsi ai nuovi contorni del corpo, le persone che hanno una pelle tonica ed elastica sono i migliori candidati a questo tipo d'intervento. Se, invece, la pelle è sottile e con scarsa elasticità, nelle aree trattate potrà apparire allentata.

Le modifiche apportate sono di lunga durata, a condizione che il peso rimanga stabile.

La liposcoltura e la liposuzione sono interventi che permettono di ridefinire il corpo eliminando gli antiestetici accumuli di grasso.

Talvolta è anche possibile procedere ad un reimpianto del grasso rimosso allo scopo di ottenere una forma del corpo più armonica (lipofilling).

La liposuzione non va, comunque, intesa come sostitutivo di una dieta sana e bilanciata o di una regolare attività fisica.



## PREPARAZIONE

Prima che il paziente si sottoponga ad un intervento di liposuzione il chirurgo o l'anestesista dovranno essere informati su:

- storia clinica
- farmaci assunti
- integratori (anche se naturali)
- qualsiasi patologia (passata o in corso)
- eventuale vizio del fumo.

Nel caso di piccoli interventi questi possono, talvolta, essere eseguiti a livello ambulatoriale mentre per interventi più invasivi sarà necessario ricorrere al ricovero ospedaliero (che richiederà anche uno screening dei principali parametri ematici attraverso un semplice esame del sangue ed eventualmente delle urine).

Per alcune procedure può essere sufficiente la sola anestesia locale o regionale, ossia limitata ad una specifica zona del corpo.

Nel caso di anestesia locale il chirurgo effettuerà iniezioni di anestetico in diversi punti al fine di preparare la zona da trattare, seguite da farmaci che verranno iniettati anche durante l'intervento vero e proprio. Spesso si procede anche alla somministrazione di sedativi e ansiolitici per via sistemica (per bocca o per via endovenosa) al fine di ridurre ulteriormente il disagio del paziente.

L'anestesia regionale prevede invece un'iniezione peridurale, con cui viene anestetizzata una parte molto più estesa del corpo (per esempio dalla vita in giù); quando possibile è preferita all'anestesia totale perché associata a minori rischi per il paziente.

## LA TECNICA

La liposcoltura e la liposuzione possono essere eseguite sia in anestesia locale (con o senza sedazione) sia in anestesia generale, a seconda dell'estensione dell'area da trattare.

L'intervento viene realizzato attraverso l'inserimento di cannule all'interno di piccole incisioni chirurgiche. In questo modo si possono asportare gli accumuli adiposi, sfruttando l'elasticità della pelle e lavorando su due livelli: una prima lipoaspirazione superficiale ed una seconda più profonda. Gli ultrasuoni focalizzati possono essere utilizzati con una cannula intradermica per sciogliere il grasso e ridurlo di grandezza così da aspirarlo più facilmente. Gli ultrasuoni ci aiutano anche a migliorare il tessuto che viene "svuotato" dal grasso perché migliorano la lassità residua.

Il modo in cui viene portata avanti la procedura di liposuzione dipende dalla tecnica utilizzata:

1. Liposuzione tumescente. Durante questa procedura di liposuzione, che è la più comunemente

## Lipoaspirazione con ultrasuoni

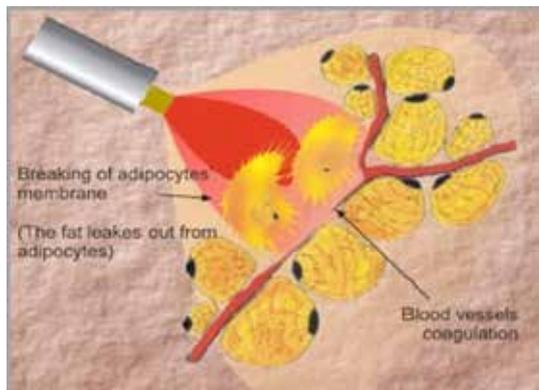


Immagine 1 ultrasuoni sugli adipociti

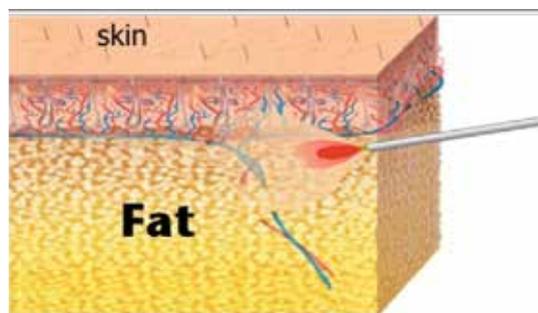


Immagine 2 cannula nel grasso

utilizzata, il medico inietta dei fluidi nella zona del corpo da trattare, che potrà conseguentemente gonfiarsi e irrigidirsi. La quantità di liquido può variare a seconda della dimensione e dell'area su cui si sta lavorando. Il liquido iniettato è una miscela composta da acqua salata, un anestetico (lidocaina) e un farmaco che provoca la costrizione dei vasi sanguigni (epinefrina) in modo che si perda meno sangue durante la procedura. L'anestetico aiuta ad alleviare il dolore. L'acqua salata aiuta il medico a rimuovere il grasso e viene aspirata fuori insieme con il grasso. Il chirurgo effettua quindi dei piccoli tagli sulla pelle ed inserisce sotto la pelle stessa un tubo chiamato cannula, che è spesso quanto una sottile penna da scrivere. Attraverso la cannula vengono, quindi, risucchiati grasso e liquidi dal corpo. Poiché durante l'aspirazione oltre ai grassi si perdono anche liquidi, il chirurgo può alimentare il liquido corporeo attraverso una linea endovenosa.

2. Lipoaspirazione ad ultrasuoni. La lipoaspirazione ad ultrasuoni è talvolta usata in combinazione con la lipoaspirazione tumescente. Durante questa procedura il medico inserisce un emettitore di ultrasuoni sotto la pelle; in questo modo si rompono le pareti delle cellule di grasso e questo si liquefa in modo da consentire una più facile rimozione. Alcuni strumenti prevedono l'applicazione della vibrazione a livello esterno. La lipoaspirazione ad ultrasuoni aumenta la possibilità di rischi chirurgici; può provocare, ad esempio, ustioni della pelle e danni al sistema nervoso, tuttavia può essere utile per rimuovere i grassi fibrosi o densi, come ad esempio nel busto di un uomo.
3. Lipoaspirazione laser. Utilizza l'energia di un laser per

liquefare le cellule adipose ed aspirarle così più facilmente attraverso piccole cannule, con diametro inferiore a quello usato per le altre tecniche e più adatto agli spazi stretti (per esempio mento, guance e fronte); il laser, inoltre, presenta un altro grande vantaggio ossia la stimolazione della produzione di collagene, che riduce il rischio di una pelle cadente a seguito dell'intervento.

Durante la procedura, se effettuata in anestesia locale, potrebbe essere avvertita una fastidiosa sensazione "stridente" dovuta alla cannula che si muove sotto la pelle: questo fastidio è assolutamente normale. Una volta concluso l'intervento va indossata una guaina compressiva per 4 settimane.

### POST INTERVENTO

I primi giorni si potrà avvertire dolore e fastidio localizzato alle zone trattate ma tutto scomparirà nell'arco di pochi giorni.

A partire dal terzo giorno sarà possibile riprendere le normali attività quotidiane.

L'attività lavorativa leggera può essere ripresa dopo una settimana. Dopo due o tre settimane edema e gonfiore andranno via e lasceranno intravedere i primi risultati.

A seguito dell'intervento è assolutamente normale che si avverta un leggero dolore, associato a gonfiore e lividi, che verrà gestito con farmaci specifici ed eventuali antibiotici per ridurre il rischio di infezione. Potrebbe, inoltre, essere necessario indossare per alcune settimane degli indumenti stretti di compressione, che aiutino a ridurre il gonfiore.

I punti di sutura verranno rimossi entro 5-10 giorni dall'intervento.

Viene, in genere, consigliato di attendere alcuni giorni prima di tornare al lavoro e poche settimane prima di riprendere l'attività sportiva, soprattutto se intensa; di solito si recupera completamente al massimo in due settimane, molto prima se l'intervento è stato limitato a piccole zone.



Lividi e gonfiore di solito scompaiono entro 3 settimane ma in alcuni casi possono protrarsi fino a qualche mese.

### RISULTATI

Il risultato finale sarà raggiunto dopo circa 3-6 mesi dall'intervento ma diventerà PERMANENTE se si osserverà una dieta bilanciata e si effettuerà esercizio fisico regolarmente. Questo perché le cellule adipose sono cellule perenni e quindi non si moltiplicano nel corso della vita.

Circa quattro settimane dopo la procedura, quando la maggior parte del gonfiore si è attenuata, la zona in cui il grasso è stato rimosso dovrebbe apparire meno voluminosa. Entro sei mesi il corpo dovrebbe avere un aspetto molto più snello e gradevole.

In sintesi, se si mantiene stabile il proprio peso i risultati dell'intervento possono essere permanenti. Se, invece, dopo la liposuzione si mette su qualche chilo, la distribuzione del grasso può cambiare; ad esempio, se pancia e fianchi sono stati sottoposti ad intervento, successivamente potrebbero diventare zone problematiche le cosce o i glutei.

### BIBLIOGRAFIA

1. Body sculpturing. Clin Plast Surg 1984;11(3):419-43. BECKER H.
2. DE LA CRUZ LOPEZ M, MAIZ J, VIDAL C et al. Unusual complication in liposuction due to metals hypersensitivity. Plast Reconstr Surg 1997;99(5):1463-4.
3. DILLERUD E. Suction lipoplasty: a report on complications, undesired results, and patient satisfaction based on 3511 procedures. Plast Reconstr Surg 1991;88(2):239-46.
4. FISHER A, FISHAR GM. The latest improvements of the body sculpturing technique by "fat aspiration". Bull Int Acad Cosmetic Surg 1982;7-27.
5. FOURNIER PF, OTTENI FM. Lipodissection in body sculpturing: the dry procedure. Plast Reconstr Surg 1983;72:598.
6. GASPAROTTI M. Liposcultura, body contouring, cellulite. Padova: Ed. Piccin, 2006.
7. 770-1. GRAY LN. Update on experience with liposuction breast reduction. Plast Reconstr Surg 2001;108(4):1006.
8. ILLOUZ YG. Body contouring by lipolysis: a 5 years experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg 1983;72:59.
9. ILLOUZ YG Surgical remodelling of the silhouette by aspiration lipolysis or selective lipectomy. Aesth Plast Surg 1985;9:7. IVERSON RE. Liposuction. Plast Reconstr Surg 2008;121(4 suppl):1-11.
10. LILLIS PJ. Liposuction of the arms. Dermatol Clin 1999;17(4): 783-97. MATARASSO A, COURTISS EH.
11. MATARASSO A, KIM RW, KRAL JG. The impact of liposuction on body fat. Plast Reconstr Surg 1998;102(5):1686-9. MLADICK RA.
12. ROSS RM, JOHNSON GW. Fat embolism after liposuction. Chest 1988;93(6):1294-5.
13. ROUSTAEI N, MASOUMI LARI SJ, CHALIAN M et al. Safety of ultra- sound-assisted liposuction: a survey of 660 operations. Aesthetic Plast Surg 2009;33(2):213-8. Epub 2008 Dec 18.
14. SHAIKH N, HANSENS Y, KETTERN MA et al. Liposuzione in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. Roma: Verduci Editore, 1992. WANG HD, ZENG JH, DENG CL et al.



# Reperto occasionale di un nodulo polmonare: problematiche inerenti

*Dott. Claudio M. Sanguinetti*

Pneumologo

Già Direttore UOC di Pneumologia e Terapia Semi-Intensiva Respiratoria  
Azienda Ospedaliera San Filippo Neri - Roma  
USI DOC Prati - Via Virginio Orsini, 18 (3° piano)



La scoperta di un nodulo polmonare è piuttosto frequente in ambito pneumologico, specie da quando la tomografia computerizzata (CT) del torace ha assunto impiego così esteso, talvolta anche non giustificato. Spesso il nodulo viene diagnosticato durante studi radiologici del torace o di distretti limitrofi effettuati per altri motivi e innesca tutta una serie di problematiche sia diagnostiche da parte clinica, sia anche psicologiche da parte del soggetto cui è stato fatto il riscontro e anche dei suoi familiari. La frequenza di rilievo occasionale è piuttosto elevata (25-51%) nella popolazione sana e molto spesso si tratta di riscontri non patologici o comunque di lesioni non maligne, specie nei soggetti con basso rischio di patologie neoplastiche (1,2).

Dal punto di vista terminologico come nodulo polmonare si intende una opacità rotonda a margini ben definiti, di dimensioni inferiori o uguali a 3 centimetri, circondato da parenchima polmonare sano, non associato ad altre manifestazioni patologiche come linfadenopatie, atelettasie o versamento pleurico. I noduli sono poi classificati dal punto di vista radiologico come solidi e subsolidi e in quest'ultimo ambito come noduli in parte solidi oppure totalmente non solidi, di aspetto a vetro smerigliato ("ground glass") (3-5) (tab.1) Fig.1(a,b,c)

Tabella 1.  
Classificazione radiografica dei noduli polmonari

|  |
|--|
| - SOLIDI   |
| - NON SOLIDI   |
| o Con componente solida (parzialmente solidi)                      |
| o Completamente non solidi (a "vetro smerigliato", "ground glass") |

Pur non essendo indicativo della natura in maniera assoluta, l'aspetto del nodulo può orientare verso gruppi diagnostici prevalenti e in questo contesto i noduli solidi possono essere l'espressione sia di lesioni benigne (granulomi, cicatrici) che di patologie neoplastiche primitive o secondarie. I noduli subsolidi in generale sono l'espressione di processi infettivi o emorragici ma non raramente anche di adenocarcinomi, che possono esprimersi con aspetti "ground glass" o con componente solida (6-8).

Da tutto ciò si deduce che l'aspetto radiologico del nodulo non è sufficiente, se non in maniera del tutto ipotetica, a far diagnosticare la natura della lesione e quindi è necessario associare altri criteri per definire la natura del riscontro. Il problema è quello di stabilire la c.d. "probabilità pre-test" che il nodulo diagnosticato possa essere maligno oppure benigno in

base alle caratteristiche del nodulo stesso e a quelle del soggetto cui è stato diagnosticato il nodulo (9). Questo ha lo scopo principale di diagnosticare e trattare in maniera rapida e possibilmente efficace i noduli tumorali maligni e di evitare inutili e costose procedure diagnostiche nei noduli benigni.

Le caratteristiche radiologiche del nodulo possono essere utili per orientare la diagnosi perché è stato riportato che l'incidenza di malignità è più elevata per i noduli parzialmente solidi, meno per quelli non solidi e ancor meno per quelli solidi (10). Ragionando in termini di probabilità relativamente al paziente cui è stato riscontrato il nodulo polmonare, l'età avanzata, l'esposizione ad alcuni agenti pneumotossici o radioattivi come l'asbesto, il radon e altri, la familiarità per neoplasie, la presenza di fibrosi polmonare e soprattutto l'abitudine al fumo, la principale di tutte le cause, sono fattori di rischio per noduli neoplastici, per cui pazienti con riscontro di un nodulo polmonare che abbiano più di 40 anni e siano forti fumatori sono ad alto rischio di malignità, al contrario se scarsi fumatori o non fumatori di età inferiore a 40 anni. Anche le dimensioni del nodulo sono importanti perché l'incidenza di malignità aumenta parallelamente con le dimensioni del reperto fino ad arrivare ad oltre 82% nei noduli superiori ai 2 cm di diametro e inoltre la localizzazione nei lobi polmonare superiori si associa più frequentemente con la natura neoplastica (11). I margini del nodulo debbono essere ben caratterizzati perché in molti studi la presenza di margini spiculati ha un valore predittivo di malignità superiore al 90%. Ovviamente se si dispone di studi radiologici prospettici è possibile valutare il tempo di raddoppiamento volumetrico del nodulo che se è rapido (tempo compreso fra uno e dieci mesi) è indicativa di malignità (12). Non raramente nella diagnostica di un nodulo polmonare viene consigliata la valutazione della attività metabolica dello stesso mediante PET (Positron Emission Tomography, Tomografia ad Emissione di Positroni) che comporta la somministrazione per via endovenosa di una sostanza normalmente presente nell'organismo (per lo più glucosio, ma anche metionina o dopamina) marcata con un isotopo radioattivo, che viene accumulata preferenzialmente e attivamente in sede tumorale. Questo esame ha una sensibilità elevata (capacità di diagnosticare i casi realmente positivi) ma una specificità più bassa (capacità di escludere il tumore nei casi realmente negativi), poiché risultati falsi positivi possono essere dovuti ad infezioni e granulomi e falsi negativi a particolari adenocarcinomi o a lesioni neoplastiche di piccole dimensioni (diametro inferiore a 1 cm). I fattori di rischio per malignità desunti dalla combinazione delle caratteristiche del nodulo e del paziente sono riassunti nella tabella 2.

Tabella 2.  
Fattori di rischio per malignità di un nodulo polmonare e grado di probabilità. Modificata da (5)

| PROBABILITÀ (%)     | FATTORI DI RISCHIO   |
|---------------------|--|
| Bassa (<5%)         | Non fumatore<br>Età inferiore a 40 anni<br>Anamnesi negativa per cancro<br>Margini del nodulo lisci<br>Sede del nodulo :<br>lobo medio o lobi inferiori            |
| Intermedia (5-65 %) | Caratteristiche sia della probabilità bassa che di quella elevata  |
| Elevata (>65%)      | Fumatore di $\geq 30$ pack-years*<br>Età superiore a 60 anni<br>Anamnesi di cancro<br>Margini del nodulo spiculati<br>Sede del nodulo:<br>lobi polmonari superiori |

\*Pack-years = numero dei pacchetti di sigarette fumati ogni giorno moltiplicato per il numero degli anni di fumo

Una volta valutate le caratteristiche del nodulo e del paziente cui il nodulo è stato diagnosticato, come dobbiamo comportarci ?

È chiaro che un nodulo che aumenta di dimensioni deve essere sottoposto a biopsia o addirittura ad asportazione chirurgica, se la probabilità pre-test di malignità è alta, dopo una serie di accertamenti volti a chiarire lo stato della malattia e del paziente (eventuali metastasi, funzionalità respiratoria e cardiaca ecc.).

Dopo il reperto di un nodulo polmonare solido non calcificato la decisione da prendere deriva da una combinazione delle caratteristiche del nodulo e del paziente (4). Infatti:

- a) Se le dimensioni del nodulo sono inferiori a 6 mm e il soggetto ha un basso rischio di malignità la necessità di controllo CT nel tempo (non prima di 12 mesi) sarà stabilita caso per caso e in base alla presenza di determinate condizioni ( ad esempio se il nodulo è localizzato nei lobi polmonari superiori o ha caratteristiche morfologiche sospette)



freepik.com/foto-gratuito/illustrazione-3d-dell-anatomia-del-rene-umano-il-concetto-di-salute-e-medicin

ma non effettuata di routine, come invece si deve fare in caso di soggetto ad alto rischio. È stato anche stabilito che noduli di dimensioni inferiori ai 6 mm in soggetti a basso rischio non richiedono un follow up di routine (l'incidenza di tumori maligni è inferiore all'1 % nei soggetti giovani non fumatori rispetto a quelli ad alto rischio).

- b) nei tumori con dimensioni comprese fra 6 e 8 mm in soggetti a basso rischio è raccomandato un follow up iniziale a 6 mesi o 1 anno a seconda delle caratteristiche del nodulo e la preferenza del paziente. Permanendo il sospetto morfologico del tumore o una dubbia stabilità delle dimensioni è indicato fare un ulteriore controllo CT dopo 6-12 mesi, estendendo al massimo l'osservazione a due anni. Diverso è il comportamento nei soggetti ad alto rischio con noduli di queste dimensioni, perché si raccomanda un primo controllo CT a 6-12 mesi e successivamente a 18-24 mesi. Il rischio di malignità in questi pazienti è risultato dello 0,5-2%.
- c) Per i noduli solitari non calcificati delle dimensioni superiori a 8 mm il periodo di osservazione è di 3 mesi, ma vengono consigliati anche caso per caso accertamenti tipo TC/PET, broncoscopia e biopsie a seconda delle caratteristiche sia del nodulo che del paziente. In questi casi il rischio di malignità è in generale del 3% ma in alcuni pazienti può essere di molto superiore.

Se le caratteristiche del reperto sono quelle di un nodulo subsolido le linee guida della Fleischner Society (4) consigliano:

- a) se le dimensioni del nodulo, sia parzialmente solido che ground glass, sono inferiori a 6 mm non si raccomanda in generale alcun monitoraggio, con l'eccezione di casi particolari in relazione alle caratteristiche del nodulo e del paziente;
- b) se le dimensioni sono  $\geq 6$  mm: con aspetto a "ground glass" TC iniziale entro 6-12 mesi e poi ogni due anni fino a 5 anni; con aspetto "parzialmente solido" controllo entro 3-6 mesi e, se la componente solida è stabilmente inferiore a 6 mm, TC ogni anno fino a 5 anni.

Questi tempi di osservazione del nodulo sono basati su numerosi e corposi studi in cui è stato controllato il comportamento dei noduli polmonari e stabilita l'incidenza di malignità e sono riferiti alla generalità dei pazienti, ma è chiaro che ogni caso debba essere attentamente valutato nello specifico in rapporto alle caratteristiche del nodulo e al rischio presentato dal paziente per poter decidere la condotta da tenere.

Recentemente sono apparsi in letteratura diversi studi sull'utilizzo di biomarcatori di vario tipo (proteine, biopsie liquide, composti organici volatili espirati e altri) per assistere nella interpretazione di un nodulo polmonare, ad esempio per indirizzare una probabilità pre-test di tipo intermedio, ma pochi sono entrati nella pratica corrente, sia singolarmente che sotto forma di pannello di marcatori associati, poiché a tutt'oggi non vi sono dimostrazioni di chiara utilità clinica. Infatti, sebbene sia evidente la validità biologica di alcuni di questi marcatori, essi sono tuttavia poco utilizzati in relazione alla complessità di esecuzione, al costo e soprattutto alla mancanza di dimostrazioni della loro capacità di migliorare l'esito dei pazienti (13). Il discorso è comunque del tutto aperto e sono presenti in letteratura sempre maggiori dati di protocolli atti

## Reperto occasionale di un nodulo polmonare: problematiche inerenti

a dimostrare un valore predittivo negativo di malignità molto elevato in caso di noduli solitari (14).

Infine vorrei soffermare l'attenzione su una problematica di ordine psicologico che investe il paziente e i propri familiari. È chiaro che la scoperta di un nodulo polmonare ingenera nel paziente una condizione di disagio ed ansia relativamente alla natura dello stesso, alle possibilità di cura e alla prognosi. Lo stato di ansia dovuto alla presenza del nodulo è stato di recente studiato in un campione di oltre 37 mila pazienti americani di cui una minore percentuale (circa il 6%, 2048 soggetti) ha risposto ad un questionario di base. Sono stati applicati da 6 a 8 settimane dopo il riscontro del nodulo polmonare due questionari validati, uno per la valutazione del disturbo emozionale (Impact of Event Scale-Revised [IES-R]) e l'altro per lo stato di ansia (State-Trait Anxiety Inventory-6 item [STAI-6]). Il questionario IES-R obiettivava un disturbo emozionale leggero nel 32% dei casi, moderato nel 9,4% e grave nel 7,2%. Il disturbo era maggiore se i noduli erano di più grandi dimensioni, se la presenza del nodulo non era stata comunicata tempestivamente dal medico, nei soggetti di sesso femminile e di giovane età, da sempre fumatori. Similmente il questionario STAI-6 dimostrava in generale la presenza di livelli da lievi a moderati di ansia, sempre con preferenza nei più giovani e nel sesso femminile. Importante il fatto che più del 30% degli intervistati si dichiarava molto preoccupato che il nodulo fosse un tumore e più del 90% dei fumatori dichiarava di voler smettere di fumare a causa della presenza del nodulo (15).

In conclusione, il riscontro di un nodulo polmonare non è evenienza rara nella pratica clinica e per fortuna la maggioranza di questi noduli hanno una bassa probabilità di essere maligni (16), tuttavia il loro reperto causa un rilevante stato di ansia nel paziente e rappresenta un impegno molto complesso e talora difficile per i clinici che, in collaborazione con i radiologi, debbono stabilire, con la maggiore sicurezza possibile e se possibile in modo meno invasivo per il paziente, la natura del nodulo. Il calcolo della probabilità pre-test è sicuramente un ausilio molto importante per il clinico ma non esclude in maniera assoluta il percorso di un iter diagnostico anche invasivo. Il nodulo polmonare è una delle tante sfide che la medicina ci propone e bisogna affrontarla nel modo migliore possibile nell'interesse del paziente.

### BIBLIOGRAFIA

- Gould MK, Donington J, Lynch WR, Mazzone PJ, Midthun DE, Naidich DP, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidencebased clinical practice guidelines. *Chest*. 2013;143:e935--1205.
- Henschke CI, McCauley DJ, Yankelevitz DF, Naidich DP, McGuinness G, Miettinen OS, et al. Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening. *Lancet*. 1999;354:99--105.
- Baldwin DR, Callister MEJ, On behalf of the members of the Guideline Development Group. The British Thoracic Society guidelines on the investigation and management of pulmonary nodules. *Thorax* 2015;70:794-798.
- McMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung ANC, Mayo JR, et al. Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: from the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017;284:228--43.
- Trinidad López C, Delgado Sánchez-Gracián C, Utrera Pérez E, Jurado Basildo C, Sepúlveda Villegas CA. Nódulo pulmonar incidental: caracterización y manejo. *Radiología*. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2019.03.002>
- Kakinuma R, Muramatsu Y, Kusumoto M, Tsuchida T, Tsuta K, Maeshima AM, et al. Solitary pure ground-glass nodules 5 mm or smaller: frequency of growth. *Radiology*. 2015;276:873--82.
- Lee SM, Park CM, Goo JM, Lee HJ, Wi JY, Kang CH. Invasive pulmonary adenocarcinomas versus preinvasive lesions spearing as ground-glass nodules: differentiation by using CT features. *Radiology*. 2013;268:265--73.
- Nie X, Li L, Huang J, Zhang P, Shi H, Cheng G, et al. From focal pulmonary pure ground-glass opacity nodule detected by low-dose computed tomography into invasive lung adenocarcinoma: a growth pattern analysis in the elderly. *Thorac Cancer*. 2018;9:1361--5.
- Tanner NT, Porter A, Gould MK, Li X-J, Vachani A, Silvestri GA. Physician Assessment of Pretest Probability o Malignancy and Adherence With Guidelines for Pulmonary Nodule Evaluation. *Chest* 2017;152: 263-270.
- Henschke CI, Yankelevitz DF, Mirtcheva R, et al. CT screening for lung cancer: Frequency and significance of part-solid and nonsolid nodules. *AJR* 2002; 178:1053-105.
- Austin JHM. The incidental Small Pulmonary Nodule and the Fleischner Criteria 5 years later. Have we learned anything more? *J Thorac Imaging* 2011; 2: 88-89.
- Hasegawa M, Sone S, Takashima S, et al. Growth rate of small lung cancers detected on mass CT screening. *Br J Radiol* 2000; 73:1252-1259.
- Paez R, Kammer MN, Tanner NT, Shojaae S, Heidemann BE, Peikert T, Balbach ML, Iams WT, Ning B, Lenburg ME, Mallow C, Yarmus L, Fong KM, Deppen S, Grogan EL, Maldonado F, Update on biomarkers for the stratification of indeterminate pulmonary nodules, *CHEST* (2023), doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.05.025>.
- Long KJ, Pitcher T, Kurman JS, Pritchett MA, Silvestri GA. Utilizing a Blood Biomarker to Distinguish Benign from Malignant Pulmonary Nodules: A Subgroup Analysis Comparing Screen Detection, Sex, Smoking History and Nodule Size, *CHEST* (2023), doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.06.037>.
- Gould MK, Creekmur B, Qi L, Golden SE, Kaplan CP, Walter E, Mularski RA, Vaszar LT, Fennig K, Steiner J, de Bie E, Musigdilok VV, Altman DA, Dyer DS, Kelly K, Miglioretti DL, Wiener RS, Slatore CG, Smith-Bindman R, Emotional Distress, Anxiety and General Health Status in Patients with Small Pulmonary Nodules Shortly after their Identification: Results from the Watch the Spot Trial, *CHEST* (2023), doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.06.022>.
- Mc Williams A, Tammemagi MC, Mayo JR, Roberts H, Liu G, Soghrati K, et al. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *N Engl Med*. 2013;369:910--9.

# Il “Fegato Grasso”: una patologia diffusa, sottostimata e pericolosa



**Prof. Umberto Vespasiani Gentilucci**

Professore Associato di Medicina Interna  
Università Campus Bio-Medico di Roma  
Unità Operativa Complessa di Medicina Clinica ed Epatologia  
Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico  
Contatto e-mail: [u.vespasiani@policlinicocampus.it](mailto:u.vespasiani@policlinicocampus.it)

## 1. Prof. Vespasiani, quale ruolo ricopre e di cosa si occupa esattamente?

Dal punto di vista clinico, sono responsabile di funzioni di natura professionale di alta specializzazione (funzioni complesse) presso l'Unità Operativa di Medicina Clinica ed Epatologia della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma. Dal punto di vista accademico, sono Professore Associato di Medicina Interna presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma, docente nell'ambito dei corsi di Fisiopatologia/Semeiotica Medica e Medicina Interna e Vice-Direttore delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna e Medicina d'Urgenza.

## 2. Ci può descrivere cosa significa avere un “fegato grasso”?

Avere un fegato grasso, o meglio avere la steatosi epatica, significa avere un accumulo di grasso superiore al 5% distribuito all'interno delle cellule epatiche (epatociti).

## 3. Il fegato grasso viene scientificamente indicato come Steatosi epatica. Che differenza esiste tra steatosi e steato-epatite/alcolica o non alcolica (NASH)?

Sia l'eccesso di alcool che i disturbi di tipo metabolico (sovrappeso/obesità, adiposità viscerale, alterazioni del metabolismo glicidico, dislipidemia) possono favorire lo sviluppo di steatosi epatica e steatoepatite. Per questa ragione, la differenza tra alcolica e non alcolica è dipendente solo dal dato anamnestico, ossia dalla presenza o meno di una storia di abuso alcolico da parte del/la paziente. Viceversa, la differenza tra steatosi e steatoepatite consiste nel fatto che, mentre la steatosi rappresenta un accumulo epatico di grasso non associato con infiammazione significativa, nella steatoepatite l'accumulo di grasso si accompagna con spiccata reazione infiammatoria e con segni di sofferenza epatocitaria (rigonfiamento ballooniforme degli epatociti). Infatti, letteralmente, il termine steatoepatite significa “epatite da grasso” e la steatoepatite, se non trattata, ha la potenzialità di evolvere in stadi progressivi di fibrosi sino alla cirrosi epatica.

## 4. Nelle ultime linee guida AISF (Associazione Italiana Studio fegato) in collaborazione con altre società scientifiche che riguardano la steatosi epatica non alcolica, spesso si leggono le sigle NAFLD e NASH, ma cosa significano?

I due termini sono acronimi derivati dall'inglese: non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) e non-al-

coholic steatohepatitis (NASH). Il termine NAFLD circoscrive l'intero spettro patologico del fegato grasso su base non alcolica, a partire dalle forme di steatosi semplice sino alle forme di steatoepatite più aggressiva ed in evoluzione fibrotica. Il termine NASH viene specificamente riservato alla steatoepatite, ossia alla condizione nella quale l'accumulo di grasso è accompagnato da infiammazione e sofferenza epatocitaria.

## 5. In quale modo viene diagnosticata la steatosi epatica, la NASH e la NAFLD?

La diagnosi generica di NAFLD può essere posta semplicemente mettendo insieme il dato anamnestico relativo all'assenza di abuso alcolico con il riscontro di aumentata ecogenicità/brillantezza epatica all'esame ecografico, reperto altamente specifico per la presenza di un eccesso di grasso. La diagnosi di NASH, viceversa, è rigidamente vincolata all'esame istologico di una biopsia epatica, nel quale l'anatomopatologo dovrà verificare se sono contemporaneamente presenti tutti i criteri necessari per la diagnosi (oltre alla steatosi, infiammazione e rigonfiamento ballooniforme epatocitario). Non è corretto parlare di NASH solo perché in un paziente con steatosi ecografica viene rilevata un'alterazione delle transaminasi; un quadro del genere può, al limite, generare un sospetto che necessita, laddove ritenuto necessario per ragioni cliniche, di verifica istologica.

## 6. Ci sono pazienti con predisposizione genetica che sviluppano malattia severa negli anni, anche se non sono obesi? Esiste qualche test per scoprire la predisposizione a queste patologie?

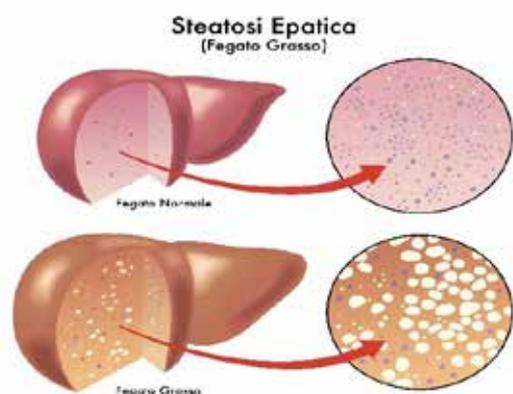
Negli ultimi 15 anni si sono acquisite informazioni crescenti riguardo il ruolo della predisposizione genetica nello sviluppo di epatopatia steatosica ed anche nel diverso comportamento della malattia in termini di aggressività. Si è compreso come vi siano una serie di fattori genetici predisponenti relativamente comuni nella popolazione generale, che possono favorire sviluppo e progressione di malattia soprattutto quando combinati tra di loro ed in associazione con i disordini metabolici, configurando il classico quadro di una cosiddetta malattia multifattoriale. Viceversa, i pazienti che presentano fegato grasso pur essendo apparentemente privi di dismetabolismo (soggetti magri, senza adiposità viscerale, non insulino-resistenti) hanno spesso dei fattori genetici predisponenti più rari ma al contempo più forti nel loro impatto biologico, capaci di indurre steatosi/steatoepatite anche in assenza

## Il “Fegato Grasso”: una patologia diffusa, sottostimata e pericolosa

dei disordini metabolici di base. L'analisi della predisposizione genetica a NAFLD e NASH non è ancora entrata nell'attività clinica routinaria; tuttavia, presso centri di riferimento per queste malattie, è già possibile venire testati almeno per i fattori genetici predisponenti più comuni.

### 7. Quali sono i fattori principali che portano allo sviluppo della steatosi non alcolica?

La sindrome da insulino-resistenza, favorita da dieta squilibrata e scarso movimento fisico e caratterizzata da alterazioni del metabolismo glicolipidico, è senza dubbio il fattore di rischio principale per lo sviluppo di malattia. L'insulino-resistenza favorisce infatti l'eccessivo rilascio di trigliceridi dal tessuto adiposo verso il fegato così come l'aumentata sintesi epatica di grassi e la ridotta capacità da parte del fegato di metabolizzarli.



### 8. Qual è il decorso clinico della steatosi o steato-epatite?

La steatosi epatica ha un decorso clinico relativamente benigno, con scarsa se non nulla propensione alla formazione del tessuto fibrotico che caratterizza la progressione di malattia. La NASH, come tutte le epatiti, è una patologia con la potenzialità di evolvere attraverso stadi crescenti di fibrosi e sino alla cirrosi epatica. Tuttavia, per fortuna, non tutte le NASH hanno questo andamento. Infatti, la malattia può talvolta presentare un decorso benevolo, caratterizzato da una sorta di spegnimento spontaneo nel tempo. Ancor più frequentemente, sono semplici interventi sullo stile di vita a provocare uno spiccato miglioramento, con regressione sia della steatosi che della componente infiammatoria.

### 9. L'insulino-resistenza e la sindrome metabolica sono correlate con lo sviluppo della steatosi?

Assolutamente sì. Come spiegato in precedenza, esse rappresentano il primum movens per lo sviluppo di malattia.

### 10. Molti pazienti con epatite C progressiva, spesso sviluppano steatosi non alcolica, quando è opportuno rivolgersi allo specialista?

Le malattie di fegato non sono selettive né si escludono l'una con l'altra. Per questa ragione, è comune che i pazienti con un'epatite virale cronica, in atto o risol-

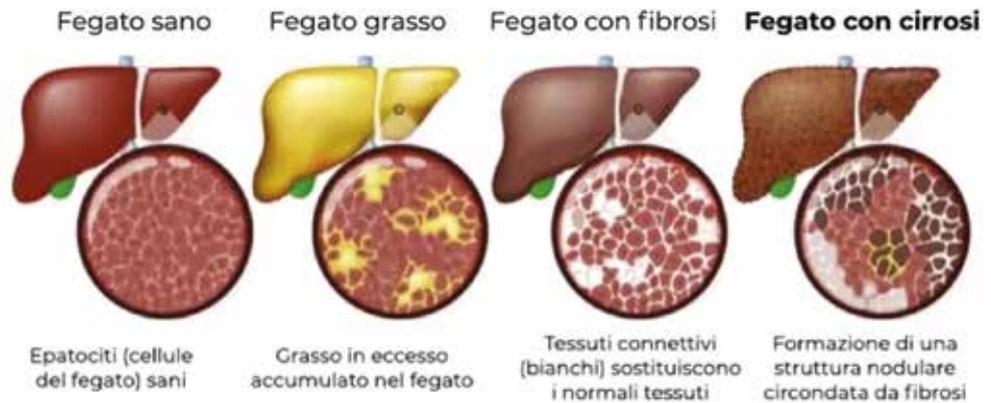
ta, o con un'altra malattia qualsiasi di fegato, possano presentare anche steatosi/NASH qualora coesistano in essi i fattori di rischio metabolici associati con l'insorgenza delle stesse. Particolare attenzione alla presenza di steatosi/NASH deve essere riposta proprio nei pazienti con epatite C risolta grazie a trattamento antivirale, perché il danno persistente su base metabolica può determinare una ulteriore progressione di quello apportato in precedenza dal virus.

### 11. Spesso si parla di stile di vita sano e alimentazione, cosa può suggerire ai pazienti che hanno questo tipo di problema?

Regime alimentare sano ed attività fisica rappresentano tutt'ora il cardine del trattamento della steatosi/NASH. È infatti da sottolineare come nessun farmaco attualmente in sperimentazione per la NASH sia ad oggi riuscito a raggiungere a livello epatico risultati paragonabili a quelli ottenibili con un calo ponderale >10%. Sebbene vi siano dati contrastanti sull'effetto di ridotte quantità di alcool (vino, birra, superalcolici), la maggior parte degli esperti ne suggerisce una abolizione completa perché, oltre al possibile effetto tossico diretto, l'alcool è fortemente calorico e riduce l'efficacia delle misure tese ad ottenere calo ponderale. Dal punto di vista della dieta, oltre a ridurre i grassi di derivazione animale, è fondamentale ridurre i carboidrati raffinati, prediligendo quelli integrali. Particolarmente nocive sono le bevande zuccherate, i cosiddetti soft drink. Per raggiungere un calo ponderale, tuttavia, non è sufficiente solo un'attenzione qualitativa alla dieta ma è altrettanto importante l'attenzione quantitativa, ossia la valutazione e limitazione dell'apporto calorico complessivo quotidiano. Per questa ragione, quando è opportuno un calo ponderale significativo, è senza dubbio utile farsi assistere da specialisti del settore (dietista, nutrizionista). L'attività fisica è fondamentale per coadiuvare l'effetto della dieta, ottimizzarne i risultati e permettere di mantenerli nel tempo. Normalmente, sono da prevedere almeno 3 sedute di attività fisica alla settimana, ciascuna di almeno 45-60 minuti di durata. L'attività aerobica (camminate a passo svelto, corsa, cyclette, nuoto) ha sicuramente un maggiore impatto dal punto di vista del calo ponderale ma anche l'attività di resistenza (esercizi ginnici a corpo libero o con pesi) ha comprovati effetti benefici. Prima di



## Patologie epatiche



intraprendere qualsiasi regime di attività fisica è molto importante accertarsi della propria salute cardiovascolare (visita cardiologica).

### 12. Prof. Vespasiani, esiste attualmente qualche terapia per la steatosi e/o per migliorare la salute del fegato?

Ad oggi nessun farmaco è stato ancora immesso in commercio con indicazione specifica per il trattamento della steatosi/NASH. Sono reperibili come "prodotti da banco" una serie di integratori, la cui efficacia non è tuttavia supportata da studi scientifici mirati. Uno studio rilevante pubblicato ormai più di 10 anni addietro ha dimostrato una certa efficacia sulla NASH di dosaggi elevati di vitamina E, in virtù del suo forte potenziale anti-ossidante e quindi anti-infiammatorio. Altri farmaci, soprattutto alcuni in uso corrente per il trattamento del diabete mellito di tipo 2, hanno dimostrato una parallela azione benefica anche sul fegato. Gli specialisti con esperienza sulla NASH possono certamente guidare ed orientare al migliore utilizzo terapeutico di quanto attualmente disponibile.

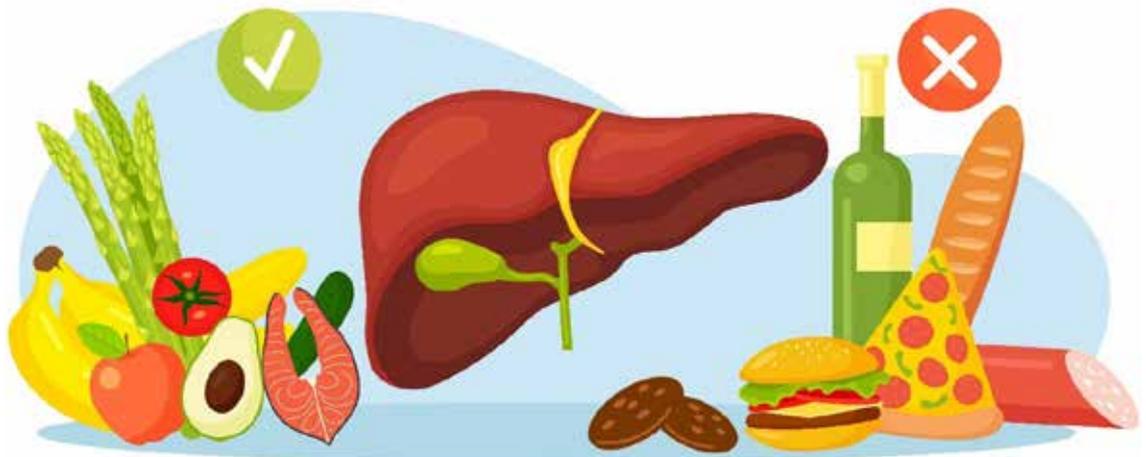
### 13. A che punto è la ricerca clinica per la steatosi e steato-epatite?

La ricerca su questa malattia procede a passo spedito. Il target del trattamento non è la steatosi sempli-

ce, perché questa non presenta aggressività biologica e potenzialità di progressione, ma la NASH. Molte molecole sono state sperimentate e sono attualmente in fase di sperimentazione per il trattamento della NASH. Diverse di esse hanno fallito e la ricerca su di esse è stata sospesa, alcune hanno dato risultati promettenti e le case farmaceutiche di riferimento iniziano ad applicare con gli enti regolatori per ottenere una possibile indicazione. È difficile esprimersi con certezza sui tempi che dovremo attendere per vedere la prima molecola approvata specificamente per il trattamento della NASH, ma è verosimile che ormai si parli di un numero molto limitato di anni.

### 14. Nel centro in cui opera è in corso una sperimentazione: ce ne può parlare?

La nostra Unità di Epatologia è un centro di riferimento per il trattamento della steatosi/NASH. Per tale motivo, abbiamo sia in atto programmi tesi a caratterizzare al meglio il livello di rischio epatico di ciascun paziente sia la possibilità di offrire eventuale accesso a trattamenti con molecole innovative nell'ambito di trials clinici internazionali. In sintesi, dopo una attenta valutazione di ogni paziente, a coloro con malattia epatica a maggior rischio di progressione abbiamo già modo di offrire anche possibilità terapeutiche estremamente innovative.



# HIFU

## Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità

**Dott. Stefan Dima**

Responsabile Reparto di Medicina Estetica  
Master Universitario di 2° livello in "Medicina Estetica e Terapia Estetica"  
(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)  
Tel. 06/32868.288-32868.1 - Cell. 337/738696 - e-mail: medestetica@usi.it



### CHE COS'E'

HIFU Top è un dispositivo medico che rappresenta l'efficacia alternativa non invasiva al lifting chirurgico; attraverso l'uso di due tecnologie quali elettroporazione ed ultrasuoni focalizzati ad alta intensità permette al paziente di ottenere velocemente sensibili miglioramenti in termini di ringiovanimento cutaneo e di rimodellamento e rassodamento del viso e del corpo.

HIFU rappresenta l'acronimo di High Intensity Focused Ultrasound - Ultrasuoni Focalizzati ad Alta Intensità.

Gli ultrasuoni focalizzati sono concentrati in un unico punto, generando calore, e sono in grado di stimolare e rinnovare il collagene, migliorando la texture e riducendo il rilassamento cutaneo.

Le profondità di lavoro a livello del viso sono: 1,5 mm. - 3 mm. - 4,5 mm. arrivando fino alla SMAS (Superficial Muscular Aponurotic System).

Le profondità di lavoro a livello del corpo sono: 8 mm. - 13 mm. con conseguente termoablazione del grasso e relativo effetto rassodante.

### INDICAZIONI

- Lifting del viso e del collo non invasivo (non chirurgico)
- Rughe frontali
- Rughe perilabiali
- Rughe perioculari
- Zampe di gallina



- Doppio mento
- Pelle ruvida ed invecchiata
- Lassità del mento e delle guance
- Acne vulgaris
- Lassità addominale e di altre parti del corpo
- Cedimento da dimagrimento
- Adiposità localizzata
- Addome, braccia e cosce

### ZONE TRATTATE

- Fronte
- Arcata sopraccigliare
- Zigomi
- Guance
- Mandibola
- Zona perilabiale
- Collo
- Braccia
- Addome
- Cosce

### NUMERO DI SEDUTE

Il numero delle sedute varia da tre a quattro, che si possono effettuare mensilmente o a due/tre mesi di distanza in base alle esigenze cliniche del paziente.

### ECOGRAFIA DIAGNOSTICA

Il sistema ecografico ci offre immagini della pelle e degli strati sottocutanei con conseguente possibilità di determinare la posizione precisa dello SMAS e, quindi, di scegliere correttamente la profondità di utilizzo del sistema HIFU. Ancora una volta U.S.I - Unione Sanitaria Internazionale - dimostra di essere all'avanguardia con i trattamenti più efficaci, duraturi ed innovativi per il benessere dei suoi pazienti.



**Daniela D'Agosto**  
Editrice e scrittrice

**È** da qualche tempo, e purtroppo con una certa frequenza, che ci viene proposta, sia dalla stampa sia dai media sia da esperienze dirette, l'immagine delle scarpe rosse (rigorosamente rosse): ballerine, décolleté tacco alto e basso, sandali, boots, scarpe da ginnastica... In questo momento non riesco a citare altri nomi, tuttavia è sufficiente fare un tour su Internet per ritrovare i modelli già conosciuti (e sperimentati) e scoprire il nome dei nuovi che la fervida fantasia degli stilisti produce per rendere i piedi e le gambe delle donne più attraenti... Ma qui non voglio parlare di stile, di *fashion*...

Scarpe dunque ben appaiate, in fila sulla strada, sui gradini, sulle piazze per... gridare, urlare... altro che sedurre! Ma non sarà sufficiente il clamore silenzioso delle scarpe per portare in emersione la sofferenza che nasconde il rosso esibito appunto con le scarpe... sui cappelli, con i foulard al collo, sugli striscioni delle dimostrazioni pubbliche che seguono di recente i fatti di cronaca che abbiamo imparato a definire "femminicidi", tanto per fare il paio con "omicidio" con buona pace della diversità di genere. A rigore il paio dovrebbe farlo con "maschicidio" che non esiste, è evidente, ma già questo pone un problema: forse la femmina di *homo* è meno *homo* del maschio? Appare chiaro dal momento che da una costola maschile deriva quella più... fragile femminile! Questo ci tramanda la tradizione che attraverso i secoli ci ha permeato silenziosamente fino al punto di indurci a credere che questo *sentiment* sia una verità da assumere acriticamente... e da difendere con forza quando segni di "insubordinazione" affiorano, diremmo inopinatamente, sul viso delle donne, per secoli considerate deboli, uterine... Meno intelligenti!

L'argomento è vastissimo e di non facile gestione: si toccano ambiti religiosi, sociali... psicologici insostenibili e che ritengo di lambire appena.

Per associazione di idee (nel titolo dell'articolo il richiamo) ricordo qui la fiaba di Hans Christian Andersen, una delle tantissime, che mi appare suggestiva in questo tempo... di scarpe rosse.

Karin è una bambina povera, orfana, quasi abbandonata a sé stessa. D'estate cammina a piedi scalzi, d'inverno calza degli zoccoli che non la riparano dal freddo... Punto centrale della sua vicenda è il dono di un paio di scarpette rosse di marocchino. Vedendola così misera e povera, una ricca signora si prende cura di lei: non solo le dona quel paio di scarpette ma si occupa di tutto il resto, compresa la sua educazione.

Karin indossa costantemente le scarpette rosse anche in quelle occasioni che richiederebbero altri colori; non riesce a separarsene e questo le produr-

rà ampie sofferenze fino al... distacco totale dalle scarpette per mano di un boia che le troncherà i piedi che, impazziti per una sorta di maleficio legato alle scarpe, la costringevano a ballare notte e giorno, nei boschi, sui campi, sotto il sole e sotto la pioggia. Sarà Karin a chiedere l'amputazione al boia che, impietosito dalle gravi condizioni della bambina, a malincuore opera il taglio, emendando il fatto con delle protesi di legno.

Claudicante e sofferente, Karin paga con il dolore e la contrizione, fino alla morte per la gioia di essere stata "perdonata" da Dio, la vanità di sentirsi bella, leggiadra, abile ballerina, graziosissima con quelle belle scarpette rosse, oggetto del desiderio suo, e ritengo, altrui...

Se le fiabe hanno una finalità educativa, rabbrivisco al pensiero di come dovesse essere la mortificazione della vanità nelle giovani donne in un tempo non particolarmente lontano. E se *Cappuccetto Rosso* (ecco di nuovo il colore, a questo punto, incrinato segno di una femminilità appena iniziata...) l'ha scampata alla fine, ha pur fatto l'esperienza d'essere... mangiata dal lupo! imparando quella lezione, che qualcuno oggi vorrebbe riproporre, secondo la quale mai dare retta agli sconosciuti che, "per contratto", sono sostanzialmente "cattivi"; mai ritenere che la cordialità, la gentilezza apparenti siano segno di bontà d'animo, che l'amicizia sia sinonimo di protezione, che la domestichezza non nasconda secondi fini... La conclusione è scontata: la disavventura, se sei stata poco accorta, in fondo in fondo, "te la sei cercata tu"!

Bambine, piccole donne, tenere nell'inseguire sogni di vita futura, senza tutela e in territori difficili e desolati, private disumanamente delle "scarpette rosse" simbolo della felicità dell'essere "femmine" giovani e lanciate nella vita sui passi di danza dell'energia in espansione... questo ci racconta la cronaca di questi giorni: due piccole Karin abbandonate nel deserto dei sentimenti, incustodite nella danza sfrenata per lande periferiche desolate, nel parco mostruosamente "Verde" di Caivano, sotto il sole e sotto la pioggia, mortificate nella persona e come tali, titolari comunque e sempre fin dal primo battito intrauterino, di dignità e rispetto, ma solo oggetti da usare nei modi e nei tempi scelti da altri. Amputazioni costanti che hanno cancellato in loro la speranza del "perdono" di essere femmine...

Le due piccole vittime, insieme ad altre di cui è dato conoscere attraverso la cronaca la vicenda, seppure in superficie, hanno pagato (e altre ancora pagheranno) quel vuoto di sentimenti che le ha circondate e tuttora circonda non solo loro ma anche gli stessi carnefici...



Foto di Luca da Pixabay

È benché facile inveire, odiare persino... al punto di chiedere per costoro la castrazione chimica, di cui tanto si parla attualmente non solo per la vicenda accennata ma in generale per gli esecutori di violenza di genere che possa concludersi anche con la morte fisica. Non meno grave è certamente l'altra morte: il perdere la speranza, la gioia di vivere, di progettare il futuro, di sentirsi amati...

Castrare chimicamente può essere una vera soluzione? Agire a livello ormonale per tenere a bada la libido, seppure temporaneamente, per far sì che "l'ammalato" possa conquistare un equilibrio psicologico che controlli le pulsioni, grazie anche all'aiuto di un percorso riabilitativo? E se l'atto educativo viene a mancare? Che ne sarà di quella libido, temporaneamente ottusa, una volta nuovamente libera di spaziare intorno? Difficile una risposta, almeno sul piano scientifico, su quello morale e naturale chi scrive non ha dubbi: si tratta di pratica aberrante, tanto quanto quella applicata sugli animali per il tornaconto della specie umana. Fortunatamente il nostro Paese rifugge da tale pratica (almeno per il momento) devastante con effetti potenzialmente irreversibili e sicuramente tragici che potrebbero condurre anche al suicidio!

Il Consiglio d'Europa, con la risoluzione n. 1945 del 2013, ha dichiarato che «nessuna pratica coercitiva di sterilizzazione o castrazione può essere considerata legittima nel XXI secolo». Negli Stati Uniti

alcune associazioni per i diritti civili ne contestano l'applicazione, considerandola contraria alla Costituzione. In Europa la dottrina penalistica afferma che «la riduzione di un condannato, sia pure per reati gravissimi ed odiosi, a mero "soggetto" di una operazione farmacologica (...) avrebbe l'effetto di (re)introdurre nell'ordinamento giuridico una pretesa, o meglio, una presa del potere politico, legislativo e giudiziario sul corpo di criminali, che anche nel momento della punizione, "devono" restare persone e non possono essere ridotti a cose»<sup>1</sup>. Ecco che, messa così, sarebbe poi lo Stato a sentirsi in diritto di "usare" il corpo del criminale nello stesso modo con cui i criminali hanno agito sulle vittime; una sorta di legge del taglione dove lo Stato si sostituisce alla vittima infliggendo una pena altrettanto grave. Mi rendo conto che a molti piacerebbe poter trionfare sulla violenza con un'altra... violenza!

Impraticabile e censurabile pertanto, a giudizio di chi scrive, una tale metodologia che nei casi in argomento sarebbe adottata nei confronti di giovanissimi che, forse, nel vuoto intorno non hanno trovato sostegni formativi specifici in famiglia e nella scuola, semmai informazioni distorte, perché parziali e non mediate dall'educatore, riguardo il si-

<sup>1</sup> NELLO ROSSI, *Castrazione chimica: il dibattito politico e la proposta di legge n. 272 del 2018, Questioni Giustizia*, 9 maggio 2019.

gnificato e le premesse della pratica sessuale visionata sui media digitali accessibilissimi da chiunque (un cellulare non si nega a nessuno).

Se ne deduce quindi che i giovanissimi, più o meno maggiorenni, abili nell'uso informatico non trovino difficoltà ad accedere a spettacoli particolari, verosimilmente ai confini della legalità (chi può certificarlo?) privi di giuste informazioni generali, scientifiche o morali, che rendano ragione di quanto viene agito in quel momento e con ciò ci si riferisce a quel famoso "consenso" che sembra scontato e che realmente è acquisito ab origine nella fiction, che non esisterebbe se gli attori e le attrici sui generis non lo dessero per contratto, giusta remunerazione: "L'ho visto sul sito porno..." (caso dello stupro di Palermo). La realtà, che sfugge ai giovanissimi in argomento, è ben altro ed è distante da quell'aura voyeuristica (che pure esiste) e che spinge alla visione.

La realtà ci dice che le relazioni interpersonali non sono così semplicistiche come ci fa piacere pensare, per cui a un diniego altrettanto semplicisticamente corrisponde una reazione di forza finalizzata a piegare quel diniego e a ottenere quanto si vuole: "O me la dai o me la prendo..." ("O me la dai o... scendi" di un tempo) e comunque si pensi al riguardo a qualsiasi "cosa": non ci farebbe piacere, per esempio, sapere che Putin si è preso l'Ucraina solo dopo aver chiesto a Zelens'kyj di farsi da parte, senza spendere un solo colpo d'artiglieria e senza aver condannato a morte migliaia di persone, militari e civili? Lo stesso dicasi per tutti i casi, anche del passato più remoto, in cui qualcuno ha preteso di avvantaggiarsi di ciò che era nella disponibilità altrui. Gli esempi sono infiniti.

Ma tornando ai due fatti di cronaca recenti, a cui mentre scrivo se ne sono aggiunti altri di uguale segno in un crescendo che a momenti destabilizza, tante le possibili cause che possono aver determinato situazioni terribili: la lenta e graduale emancipazione femminile, lenta per le numerose battute d'arresto subite; la veloce evoluzione tecnologica, fredda per natura e poco incline a porsi, tra i possibili fini, l'adeguata formazione delle persone che usano e useranno gli strumenti sempre più sofisticati; la mancata attenzione delle forze politiche e dei governi verso la formazione e verso il welfare, inteso nel senso più esteso del termine, che dovrebbe garantire la sicurezza e il benessere generale dei cittadini. Ecco che allora la scuola in primis, mancando di mezzi e ricca di penuria (ossimoro) di figure professionali, non è ancora pronta a iniziare un percorso formativo adeguato alla mutazione veloce del costume. Il mondo della cultura tutto dovrebbe concorrere a diffondere la conoscenza della sessualità, sempre improntata al rispetto della persona. Noi, come editori, siamo costantemente attenti a selezionare opere che vadano in questa direzione. *Insegnami ad amare* della giovane autrice Elena F. è un contributo efficace: i due giovani partner si alternano nell'insegnare l'uno all'altra e viceversa la cultura dell'affettività (che potremmo definire amore) e il piacere della sessualità condivisa. Tuttavia, pur tenendone conto e studiando le contromisure, le cause scatenanti di tale degrado (mo-



rale e civico) che tocca giovani e adulti, educatori e genitori, non devono costituire alibi per assolvere i carnefici e demonizzare le vittime. Chi si macchia di tali reati, e di reati in genere, certo nel rispetto dei diritti costituzionali e umani, deve trovare nella società del diritto la giusta punizione, senza potersi fare scudo della minore età. È forse giunto il tempo, con le opportune cautele e tutele, di rivedere i canoni di "minore età", e di capacità giuridica, sia sotto il profilo penale sia civile. Insomma, non è più sostenibile il concetto che il minore (magari oltre i 14 anni) possa dire e sé stesso e al gruppo/branco: "Facciamolo, tanto non possono farci nulla..."

Qui non si tratta più di dichiarare al botteghino del cinema: "Sono maggiorenne", per vedersi accordato l'accesso alla sala per il film vietato ai minori, come si faceva un tempo, col sorrisetto complice della "mascherina"...

**DOTT.SSA DANIELA D'AGOSTO**, laureata con lode in Lettere presso La Sapienza Università di Roma, forte delle ricerche e degli studi accademici e anche delle competenze acquisite, in parallelo, nei settori amministrativi, fiscali e della formazione, sia in ambito professionale privato, sia in istituti scolastici della Pubblica Istruzione, dà concretezza al progetto di costituire una casa editrice. Nel 2010 fonda, con Vito Manduca e Valentina Manduca, EDDA Edizioni (dove EDDA è acronimo di Edizioni di Daniela D'Agosto), seguendo la sua antica passione per i libri ([www.eddaedizioni.it](http://www.eddaedizioni.it))

Collabora con SNFIA – Sindacato delle Professionalità Assicurative per la rivista *NotizieSnfia*. Recenti pubblicazioni: *A.D.MMX (2020 d. C.)*, EDDA Edizioni, 2021; *Donne nella Historia. Nobiltà e miserie dal Cinquecento al... 2023*, EDDA Edizioni, 2023.

# Cure oncologiche integrate: certezze e prospettive future della moderna ipertermia oncologica

**Dott. Pasquale Trecca**

Oncologo Radioterapista  
Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico di Roma



In ambito oncologico l'ipertermia è una modalità terapeutica che prevede la somministrazione di calore a livello tumorale al fine di raggiungere e mantenere per un tempo sufficiente una temperatura compresa tra 40° e 45°C (1). Vari studi in vitro e in vivo hanno dimostrato la relazione tra la morte cellulare tumorale e la temperatura (2-3). Questo ha portato all'utilizzo dell'ipertermia da sola o in combinazione con la radioterapia e la chemioterapia per il trattamento di varie neoplasie. Inizialmente però non ha avuto grande diffusione nella pratica clinica per via di apparecchiature poco performanti.

Attualmente, sia grazie ad una migliore comprensione dei meccanismi attraverso cui il calore agisce sul tessuto tumorale, sia grazie allo sviluppo di nuove tecnologie, vi è un rinnovato interesse in ambito scientifico per questo argomento. La rivoluzione appena avvenuta in oncologia medica con l'introduzione dei farmaci immunoterapici ha reso di grande interesse tutto ciò che influenza l'attività del sistema immunitario e l'ipertermia vede tra i suoi principali meccanismi di azione terapeutica proprio la stimolazione del sistema immunitario contro le cellule tumorali. Pertanto, vi sono, ampie e promettenti prospettive di interazione fra questa nuova classe di farmaci antitumorali e il calore.

## Razionale biologico ed interazione con il sistema immunitario

I meccanismi attraverso cui l'ipertermia potenzia l'effetto citotossico della radioterapia e della chemioterapia sono diversi e possono essere così riassunti:

- aumento dell'ossigenazione delle cellule ipossiche
- inibizione della riparazione del danno del DNA radio e chemio indotto
- induzione della morte cellulare
- stimolazione immunitaria.

L'architettura vascolare nei tumori solidi è caotica determinando aree a scarso contenuto di ossigeno e con un basso livello di pH non riscontrabili nei tessuti sani. Questi fattori rendono le cellule tumorali più sensibili al calore, specialmente nelle aree a scarso afflusso di sangue. La presenza di una bassa concentrazione di ossigeno a livello tumorale rappresenta un importante ostacolo terapeutico in quanto, da una parte riduce la sensibilità tumorale all'azione delle radiazioni ionizzanti a causa di una minore formazione di radicali liberi dell'ossigeno, e dall'altra contrasta l'azione dei farmaci chemioterapici poiché ne riduce la loro concentrazione e disponibilità (4).

È stato dimostrato che l'aumento della temperatura determina a livello tissutale un miglioramento della perfusione ematica dell'area riscaldata. Ne comporta un aumento della disponibilità di ossigeno attraverso una microcircolazione più efficace (5,6).

Un altro meccanismo attraverso cui l'ipertermia svolge la sua azione potenziante è l'inibizione dei meccanismi di riparazione del DNA su più livelli bloccando la riparazione delle lesioni sia a singolo che a doppio filamento, permettendo così che gli effetti dannosi per il DNA delle cellule tumorali indotti dalla radioterapia e dalla chemioterapia risultino potenziati (7).

L'ipertermia inoltre, ha la capacità di innescare nella cellula tumorale un meccanismo di morte cellulare programmata detta "apoptosi". Questa è causata, dalla formazione di proteine, all'interno del nucleo della cellula, che bloccano le normali funzioni del DNA come la trascrizione, la replicazione e la riparazione. A livello della membrana plasmatica invece, il calore determina una disregolazione della pompa per il Ca<sup>2+</sup> che ne altera la normale permeabilità (8).

Come già accennato, l'aumento della temperatura a livello tissutale stimola l'attività del sistema immunitario. L'ipertermia agisce sia sulle risposte immunitarie di tipo innato sia in quelle di tipo adattativo.

Il calore stimola l'induzione, la maturazione, l'attivazione e la migrazione delle cellule dendritiche (DC), aumentando la presentazione dell'antigene tumorale alle cellule deputate allo loro distruzione e potenzia inoltre, la mobilità dei leucociti che vengono pertanto facilitati a raggiungere il sito tumorale. Il movimento delle cellule immunitarie, viene potenziato da una maggiore perfusione e permeabilità determinata dal calore attraverso un aumento dell'espressione all'interno del tumorale dell'interleuchina-6 e dall'aumentata espressione di molecole di adesione cellulare come ICAM-1 (9-10).

Un ulteriore aspetto interessante dell'azione dell'ipertermia sul sistema immunitario è dato dalla sua interazione con gli altri trattamenti oncologici. Sia la chemioterapia che la radioterapia, infatti, determinano distruggendo le cellule determinano il rilascio di frammenti cellulari che possono essere riconosciuti ed attaccati dal sistema immunitario e l'ipertermia agisce da accelerante a questa reazione (11).

Attualmente sono in corso numerosi trial clinici di fase I e II che mirano ad indagare le potenzialità cliniche dell'utilizzo dell'ipertermia con farmaci inibitori del checkpoint immunitario per la cura di varie patologie tumorali (12).

## Esempi di patologie in cui sono stati ottenuti importanti risultati clinici con l'utilizzo dell'ipertermia

### Sarcomi dei tessuti molli

I Sarcomi dei Tessuti Molli sono tumori rari che possono originare da muscoli, tendini, tessuto adiposo e vari tessuti connettivi. Hanno una incidenza globale

di 3-5 casi/100.000 abitanti/anno e rappresentano in Italia l'1% delle neoplasie in età adulta. La prognosi è determinata dalle dimensioni del tumore, dalla sua localizzazione e dal grado di differenziazione. Nel sarcoma dei tessuti molli di alto grado e localmente avanzato, l'elevato rischio di metastasi e di recidiva locale ha portato a regimi multimodali di trattamento che comprendono la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia.

La terapia sistemica preoperatoria viene impiegata per colpire il più precocemente possibile le micrometastasi, cioè le cellule tumorali che si sono sganciate dal sito tumorale iniziale non ancora visibili agli esami diagnostici, e per facilitare una resezione chirurgica oncolologicamente completa.

Un recente studio randomizzato di fase III ha dimostrato per la prima volta la maggiore efficacia della chemioterapia sistemica se associata all'ipertermia regionale nel trattamento dei sarcomi dei tessuti molli. L'ipertermia regionale, eseguita due volte per ciclo di chemioterapia, ha dimostrato di migliorare significativamente il controllo locale del tumore. Dopo un follow-up mediano di oltre 11 anni, questi risultati si sono tradotti anche in un significativo prolungamento della sopravvivenza globale. Questa è risultata aumentata del 27% rispetto alla sola chemioterapia (numeri assoluti di sopravvivenza a 5 e 10 anni: 62,7 vs. 51,3% e 52,6 vs. 42,7%, rispettivamente) (13).

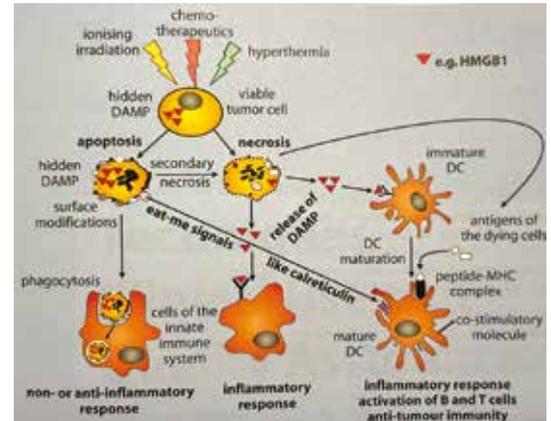
L'importanza di questi risultati ha portato ad inserire questa combinazione di trattamento nelle attuali linee guida di Oncologia sia europee che italiane. Tuttavia, la disponibilità sul territorio di questa metodica è molto limitata ma va sottolineato che essendo i sarcomi dei tessuti molli una malattia rara, dopo la diagnosi i pazienti dovrebbero essere indirizzati verso centri di riferimento per questa patologia in modo che il percorso terapeutico si condivida all'interno di un team multidisciplinare.

#### *Tumori pelvici*

L'ipertermia viene utilizzata anche per aumentare la sensibilità del tessuto tumorale alla radioterapia. Uno studio multicentrico Olandese ha valutato l'aggiunta dell'ipertermia alla radioterapia nel trattamento dei tumori pelvici (cervicale, rettale e vescicale) gravati da elevati tassi di recidiva locale e con prognosi sfavorevole.

L'aggiunta dell'ipertermia regionale profonda ha aumentato le remissioni complete in tutte le entità dal 39% al 55%. Il carcinoma della cervice uterina, in particolare, ha mostrato risultati impressionanti in termini di sopravvivenza dopo 12 anni di follow-up (14). Sebbene la vaccinazione contro l'HPV ha ridotto molto l'incidenza di questa malattia, questa rappresenta ancora il quarto tumore più comune nelle donne di tutto il mondo. La combinazione di ipertermia e radioterapia può essere utilizzata come opzione terapeutica nei casi in cui la chemioterapia a base di platino è controindicata o la dose clinicamente applicabile di radioterapia è insufficiente.

L'ipertermia regionale si è dimostrata utile anche nel trattamento del carcinoma rettale. Recentemente sono stati pubblicati due studi di fase II che hanno evidenziato buoni risultati clinici della radiochemio-



Attivazione del sistema immunitario attraverso l'apoptosi e la necrosi tumorale indotte dalle terapie oncologiche (Hyperthermia in Oncology-Principles and therapeutic Outlook. O.J.Ott, R.D.Issels, R. Wessalowski Uni-Med)

terapia preoperatoria in combinazione con l'ipertermia regionale profonda in assenza di aumento di tossicità del trattamento (15-16).

Questo dato può acquisire notevole importanza in rapporto all'attuale dibattito scientifico sull'opportunità di risparmiare l'asportazione del retto nei casi in cui le terapie preoperatorie abbiano portato ad una regressione completa del tumore. In questo senso l'ipertermia potrebbe contribuire ad aumentare la percentuale di pazienti a cui proporre una preservazione d'organo associata ad una stretta sorveglianza endoscopica.

Dati clinici convincenti sulla combinazione di ipertermia e radiochemioterapia sono presenti anche per il tumore dell'ano. Anche in questo caso l'associazione dell'ipertermia è volta a prevenire una chirurgia di tipo demolitivo. Attualmente è in corso uno studio multicentrico, internazionale (tre Centri in Germania e uno in Italia), randomizzato, di fase III che punta ad ottenere, con l'aggiunta dell'ipertermia regionale profonda alla radiochemioterapia standard, un tasso di risposta completa al trattamento non inferiore al 95%. L'arruolamento dei 120 pazienti previsti dallo studio è quasi completato e nei prossimi mesi saranno disponibili i risultati preliminari.

#### *Carcinoma Mammario*

Anche i tumori superficiali possono beneficiare dell'applicazione dell'ipertermia. Tra questi il più importante è senz'altro il cancro del seno, in assoluto il tumore più frequente nel sesso femminile.

Una recente meta-analisi di 32 studi per un totale di 2.110 pazienti con recidiva locoregionale di malattia mammaria ha mostrato un tasso di risposta completa al trattamento significativamente superiore con l'associazione dell'ipertermia alla radioterapia rispetto alla sola radioterapia (radio e ipertermia: 60,2%; sola radioterapia: 38,1%). In particolare, nelle pazienti che già erano state sottoposte in precedenza a radioterapia (779 pazienti), è stato riscontrato un tasso di risposte complete pari al 66,4%. Inoltre è stato evidenziato che l'aggiunta dell'ipertermia non ha determinato alcun aumento degli effetti collaterali (17) portando a ritenere il

## Cure oncologiche integrate: certezze e prospettive future della moderna ipertermia oncologica



Logo 35° Congresso della Società di Ipertermia Oncologica Europea (ESHO)

suo utilizzo in questa situazione clinica efficace e sicuro. L'ipertermia in associazione alla radioterapia è attualmente inserita nelle linee guida oncologiche italiane per il trattamento delle recidive di cancro al seno non operabili.

### CONCLUSIONI

L'ipertermia è una modalità di trattamento in grado di potenziare l'effetto della chemioterapia e della radioterapia senza il rischio di eventi avversi severi. Questo è stato già dimostrato per alcune entità tumorali. Dal 26 al 29 settembre si è svolto a Colonia (Germania) il 35° Congresso della Società Europea di Ipertermia Oncologica (ESHO).

Con circa 200 partecipanti on-site e contributi scientifici giunti da diversi Paesi europei e non, è stato un'ulteriore prova di quanto questo argomento stia assumendo crescente importanza nel panorama oncologico.

Il cambiamento portato dall'immunoterapia nell'oncologia moderna ha aperto la strada a innumerevoli ed ancora inesplorate possibilità di integrazione con le altre terapie oncologiche in termini di tempistiche di utilizzo, dosi farmacologiche, frazionamenti di dose radioterapica ed effetti collaterali.

In questo contesto l'ipertermia si presenta come una promettente risorsa a fronte del suo profilo di tollerabilità unico se confrontato con quello degli altri trattamenti ad oggi disponibili nella lotta contro il cancro.

### BIBLIOGRAFIA

- van derZee J, Vujaskovic Z, Kindo M, Sugahara T. The Kadota Fund International Forum 2004 – clinical group consensus. *Int J Hyperthermia* 2008
- Horsman MR, Overgaard J. Hyperthermia: a potent enhancer of radiotherapy. *ClinOncol (R Coll Radiol)* 2007
- Dewey WC. Arrhenius relationships from the molecule and cell to the clinic. *Int J Hyperthermia* 1994
- Vaupel PW, Otte J, Manz R. Oxygenation of malignant tumors after localized microwave hyperthermia. *Radiat Environ Biophys* 1982
- Temperature-dependent changes in physiologic parameters of spontaneous canine soft tissue sarcomas after combined radiotherapy and hyperthermia treatment. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 2000
- Song CW, Rhee JG, Haumschild DJ. Continuous and non-invasive quantification of heat-induced changes in blood flow in the skin and RIF-1 tumour of mice by laser Doppler flowmetry. *Int J Hyperthermia* 1987
- Oei AL, Vriend LEM, Crezee J, Franken NAP, Krawczyk PM. Effects of hyper-thermia on DNA repair pathways: one treatment to inhibit them all. *RadiatOncol* 2015
- Mackey MA, Lanzini F. Enhancement of radiation-induced mitotic catastrophe by moderate hyperthermia. *Int J RadiatBiol* 2000
- Repasky EA, Evans SS, Dewhirst MW. Temperature matters! And why it should matter to tumor immunologists. *Cancer Immunol Res* 2013
- Schildkopf P, Frey B, Ott OJ, Rubner Y, Multhoff G, Sauer R, et al. Radiation combined with hyperthermia induces HSP70-dependent maturation of dendritic cells and release of pro-inflammatory cytokines by dendritic cells and macrophages. *RadiotherOncol* 2011
- Hader M, Frey B, Fietkau R, Hecht M, Gaipf US. Immune biological rationales for the design of combined radio- and immunotherapies. *Cancer Immunol Immunother.* 2020
- Yang X, Gao M, Xu R, Tao Y, Luo W, Wang B, Zhong W, He L, He Y. Hyperthermia combined with immune checkpoint inhibitor therapy in the treatment of primary and metastatic tumors. *Front Immunol.* 2022
- Issels RD, Linder LH, Verweij J, et al. Effect of neoadjuvant chemotherapy plus regional hyperthermia on long-term outcomes among patients with localized high-risk soft tissue sarcoma: the EORTC 62961-ESHO 95 randomized clinical trial *JAMA Oncol.* 2018
- van der Zee J, González González D, van Rhoon GC, van Dijk JD, van Putten WL, Hart AA. Comparison of radiotherapy alone with radiotherapy plus hyperthermia in locally advanced pelvic tumours: a prospective, randomised, multicentre trial. *Dutch Deep Hyperthermia Group. Lancet.* 2000
- Gani C, Lamprecht U, Ziegler A, Moll M, Gellermann J, Heinrich V, Wenz S, Fend F, Königsrainer A, Bitzer M, Zips D. Deep regional hyperthermia with preoperative radiochemotherapy in locally advanced rectal cancer, a prospective phase II trial. *Radiother Oncol.* 2021
- Ott OJ, Gani C, Lindner LH, Schmidt M, Lamprecht U, Abdel-Rahman S, Hinke A, Weissmann T, Hartmann A, Issels RD, Zips D, Belka C, Grützmann R, Fietkau R. Neoadjuvant Chemoradiation Combined with Regional Hyperthermia in Locally Advanced or Recurrent Rectal Cancer. *Cancers (Basel).* 2021
- Datta NR, Puric E, Klingbiel D, Gomez S, Bodis S. Hyperthermia and radiation therapy in locoregional recurrent breast cancers: a systematic review and meta-analysis. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 2016

# Quando la cura può apparire peggiore della malattia

Tangentopoli patologia (cronica?) e Mani Pulite tentata cura (efficace?) dell'Italia del secolo scorso



**Vito Manduca**

Editore, Saggista, Scrittore

**a colloquio con Antonio Picarazzi autore di 1992-1995 Il Diario**

**(strettamente personale)**

**Parte I e Parte II**

Tangentopoli per i millennials, possiamo giurarci, non produce le medesime suggestioni delle generazioni precedenti che, ovunque socialmente e politicamente collocate nell'ultimo ventennio del secolo scorso, hanno dovuto fare i conti con un fenomeno corruttivo che a tratti sembrava mettere davvero a rischio quella democrazia nata dalla Resistenza e sancita dalla Costituzione repubblicana. Tangentopoli, a partire dai primi anni Novanta, sconvolse la Repubblica da nord a sud come un'epidemia. Per fortuna non con le stesse conseguenze sulla salute di quelle prodotte nel 2020 dal virus Covid-19 in termini di paure e di morti, ma con rischi non meno severi per la democrazia e quindi per le persone.

Sia la malattia – Tangentopoli ovvero il vasto “sistema” di tangenti venuto in emersione in seguito al pentimento di un “mariuolo” di nome Mario Chiesa, arrestato nel febbraio del 1992 in flagranza di reato, mentre incassava una tangente – sia la cura – la maxi inchiesta denominata Mani Pulite – hanno presentato tratti inquietanti, se pure con finalità diverse, con rischi enormi per i diritti degli individui, che fossero rei o meno. Certo ancor di più per gli innocenti, finiti nel tritacarne di quel giustizialismo, armato dello strumento nefasto della “carcerazione preventiva”, per il solo fatto di ricoprire ruoli, talvolta anche marginali, all'ombra di quel potere corrotto.

L'autore, Antonio Picarazzi, in coincidenza col trentennale dall'inizio dell'emersione del fenomeno *Tangentopoli*, rompe gli indugi e pubblica **1992-1995 Il Diario (strettamente personale) Parte I e Parte II**. EDDA Edizioni (2022-2023), sperando di contribuire alla diffusione di un pezzo di storia repubblicana, così come vissuta da una parte interessata, supportata da copiosa documentazione (testate giornalistiche di diverso orientamento e pubblicazioni ufficiali varie, a garanzia della pluralità delle fonti).

La Redazione ha avuto l'opportunità di intervistare l'Autore offrendo alle giovani generazioni testimonianze genuine di una persona direttamente coinvolta come dirigente politico del principale partito che col suo leader Bettino Craxi, a torto o a ragione, vide gravare su di sé il maggior fardello della madre di tutte le inchieste per corruzione.



**Antonio Picarazzi** è laureato in Lingue Orientali, ha un Executive presso SDA Bocconi e un diploma triennale presso ISMEO Roma. È sposato e ha due figli.

È presidente dell'Associazione Culturale *Tivoli Città della Cultura*; membro del Comitato Scientifico Culturale dell'Associazione *DMO Tivoli e la Valle dell'Aniene*, partecipata da molti Enti Pubblici e strutture private. È stato manager apicale presso società

finanziarie, banche, servizi, organizzazioni nazionali di imprese.

Nel 2021 pubblica con EDDA Edizioni il suo romanzo di esordio *La vita diversa e nel 2022 il saggio YUKIO MISHIMA. Gioventù, Bellezza, Morte tra Mito e Illusione*.

**D. Dottor Picarazzi, può delineare in poche parole, a beneficio delle lettrici e dei lettori, la storia narrata nei due corposi volumi del suo saggio 1992-1995 Il Diario (strettamente personale) Parte I e Parte II pubblicato da EDDA Edizioni?**

R. Non è la storia rappresentata oggettivamente, ma quella che io ho avuto l'onere e il piacere di vivere. Un assaggio di contemporaneità a ritroso, perché questo è il succo del Diario. E allora ho ritrovato ciò che è stato, ciò che è, ciò che avrebbe potuto essere e non è stato, ciò che ho voluto e potuto essere. Perché quella storia ha segnato anche le mie scelte. Per tale motivo la contemporaneità non rappresenta il quotidiano ripetersi di una monotonia amorfa, ma è il frutto di scelte ponderate, visibili, trasparenti e in parte anche sofferte. Nel corso del tempo l'ansia di quei giorni si è trasformata in amarezza, sconcerto, delusione, angoscia e poi, via via, in assoluta e serena consapevolezza...

**D. Se le venisse chiesto di dare la sua definizione del fenomeno Tangentopoli, che abbiamo paragonato a epidemia sociale, e di Mani Pulite, la tentata cura, cosa risponderebbe alle nuove generazioni?**

R. Tangentopoli è stata la punta di diamante di un sistema, legato alla cosiddetta Prima Repubblica, largamente frequentato e ampiamente tollerato sia dalla Magistratura sia dall'opinione pubblica, oltre che dai vari protagonisti istituzionali e dalle imprese. Nel 1990 venne approvato frettolosamente dal Parlamento con ampia e solidale maggioranza un condono sui finanziamenti illeciti ai partiti fino al 1989, con l'approvazione contemporanea del finanziamento pubblico agli stessi. Ciò non distolse i partiti, tutti indistintamente, dal continuare ad accedere ai finanziamenti illegali, così identificati dalla legge che gli stessi partiti avevano a suo tempo approvato nelle competenti sedi istituzionali. Fu, questa, un'ipocrisia palese e fuorviante: da una parte si punivano quelle scelte declinate nel Codice Penale come reati e, dall'altra, si continuava imperterriti ad aggirare le norme, anche quelle di recente istituzione. La cura fu peggiore della malattia per ripetere una riflessione dell'attuale Ministro di Grazia e Giustizia, Carlo Nordio. È ormai storicamente dimostrato che la stagione di Mani Pulite, le inchieste, le sommarie e frettolose incarcerazioni che coinvolsero anche persone innocenti, le decine di suicidi e le molte inchieste che, distrutturando governi nazionali, regionali e locali entrarono a gamba tesa nei processi democratici, non fu una rivoluzione, ma una resa dei conti che portò a un cambio di regime e dei gruppi di potere, all'indomani del Trattato di Maastricht che definiva una più cogente linea di comportamento nelle scelte di governo del Paese.

## Quando la cura può apparire peggiore della malattia

### D. Quella malattia, la corruzione, fu sconfitta dall'inchiesta?

R. Purtroppo la statistica e le cronache giudiziarie ci dimostrano che la corruzione nel nostro Paese dopo gli anni di Tangentopoli è aumentata e che si è adeguata al rischio, comportando altresì un aumento del valore della tangente. Ciò a dimostrazione del fatto che l'inchiesta non è stata il frutto di una rivoluzione culturale partita dal basso, cioè dalla coscienza diffusa nel Paese e da un rigurgito miracoloso di estesa onestà e di etica sociale.

### D. Quale fu il comportamento della stampa e dei media in generale durante quel drammatico periodo?

R. Vorrei evitare di esternare riflessioni particolarmente strumentali su questo aspetto. Basta leggere le cronache dell'epoca per capire quale fu il ruolo della stampa e come essa da una parte si fece eco di un giustizialismo forzato e, dall'altra, contribuì a creare nel Paese un clima molto brutto. Era sufficiente un titolo per distruggere carriere politiche e personali e, in alcuni drammatici casi, per indurre le persone coinvolte fino a scelte tristissime. La stampa garantì all'inchiesta i sostegni indispensabili presso l'opinione pubblica, in una fase oltretutto segnata da una forte crisi economica e sociale. Sono ormai trascorsi più di trent'anni da quel lontano 1992 e dalle vicende iniziali che videro coinvolto l'ingegner Mario Chiesa, presidente del Pio Albergo Trivulzio, e ancora adesso il veleno di quegli anni non viene dimenticato da alcuni protagonisti, mentre altri hanno fatto un'ampia autocritica che, però, non ripara i danni causati.

### D. Secondo lei quali sono stati questi danni?

R. Quella stagione avviò la delegittimazione della politica e non consentì alcuna soluzione diversa da quella che io definisco la deriva della democrazia. Il Populismo venne alimentato proprio dai risultati, dalle modalità e dalla via d'uscita adottata all'epoca. Né sul piano economico e sociale sono migliorati i fondamentali del Paese, direi anzi che sono ampiamente peggiorati. Basta osservare le tendenze e la composizione del debito pubblico, le privatizzazioni forzate, la legislazione del lavoro e la gestione delle relazioni sociali. Per non parlare dell'evidente scadimento della classe dirigente che ha spalancato la via a una evidente e preoccupante incompetenza politica e istituzionale.

### D. Quella stagione comportò un radicale cambiamento nel rapporto tra cittadini e politica, quali sono le sue specifiche riflessioni nel merito?

R. In genere sono moderatamente sereno nel valutare questi aspetti. Sono però anche abbastanza realista. Tutto è peggiorato e la politica ha smesso di avere una visione e un'idea di sviluppo verso cui indirizzare l'Italia. Non è solo una carenza della classe dirigente, mi sembra che il Paese si sia adagiato a guardarsi l'ombelico e a sostenere ipotesi di corto respiro e di bassa valenza strategica. Manca la spinta sociale al cambiamento e mancano le stesse formule del cambiamento. Tutto è sussunto dalla convenienza di sopravvivere e il valore del vivere è ormai relegato in un angolo dell'esistenza. Un popolo che non crede nell'utopia del miglioramento, individuale e collettivo, è destinato a soccombere senza molte speranze. Inoltre, è totalmente assente l'azione educativa della politica, che è insieme valore etico e istituzionale. Ciò che ci domina è la convenien-

za e l'appartenenza, senza un minimo di spirito critico, e questo lo dico senza distinzioni tra destra, centro e sinistra.

### D. Il Diario è anche la storia di un pezzo di esperienza personale però.

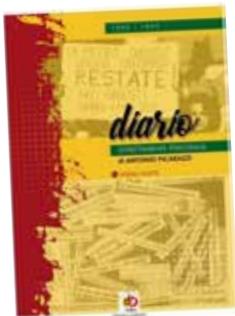
R. Sì, lo è. L'opera, che si divide in due volumi pubblicati per i tipi editoriali di EDDA Edizioni, parte da un diario, il mio, scritto dal 1992 al 1995. Al diario ho aggiunto una parte di cronaca reperendo fonti e documenti ampiamente citati al fine di offrire un quadro di connessione tra le spinte emotive personali e lo sviluppo storico reale. Ne è venuta fuori una narrazione strana e a mio avviso pertinente a quella fase valutata anche e soprattutto nella sua evoluzione temporale. Ogni storia scelta è descritta dall'inizio alla fine e ciascuna conclusione spesso ha contraddetto gli inizi e i punti di partenza. Così come ho descritto le fortune politiche di alcuni magistrati che hanno seguito, impostato e gestito quelle inchieste, anche quelle che si sono esaurite con il pieno riconoscimento dell'innocenza degli imputati. L'inchiesta abruzzese e quella pugliese, per esempio, comportarono un ribaltamento degli equilibri istituzionali nelle rispettive regioni e dopo moltissimi anni i personaggi coinvolti vennero assolti per assoluta estraneità ai fatti. Io stesso, che ebbi la sfortuna di venire eletto nel mio Comune alla carica di consigliere comunale nel 1990 tra le file del PSI, con dimissioni presentate nel 1992, ben

prima dell'avvio di Tangentopoli, mi trovai coinvolto in un'inchiesta che ipotizzava il reato di abuso d'ufficio per 45 persone, cioè l'intero Consiglio Comunale e 5 tecnici amministrativi. Non mi venne inviato alcun avviso di garanzia e mi venne comunicata nel 1994 semplicemente la richiesta di proroga dei termini di indagine, senza ulteriori specificazioni. E pensare che ero persino un consigliere di opposizione! Poi la cosa finì come doveva finire dopo qualche anno, cioè con l'archiviazione in sede di GIP per l'assenza totale del reato. Ma questi erano i tempi di Tangentopoli, un periodo in cui iniziò la deriva democratica del Paese e le garanzie costituzionali vennero costrette all'interno di interpretazioni piuttosto discutibili.

\*Vito Manduca, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già middle manager del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in attualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista Notiziesnfia e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010.

Ha pubblicato con Liocorno Editore Vite Rubate (2000); con Ediesse Rottami eccellenti (2004); con A&B Editrice Il doppio gioco (2007), Figli di Santa Pupa (2008), La terza porta (2009), Morire di Sport (2009) e Onora il padre e la madre (2010).

Con Edda Edizioni Kazimir (2010-2011), Cohiba (2011), Lera del cavallo (2012) targa Premio Internazionale Montefiore 2017, Il fante e la collina delle vette gemelle 1942 (2014) Premio Cerruglio 2015, Labirinto. Naufragio nella Sanità (2017), NOVECENTO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta (2020), CoronaVersus (2020), La peste gialla oltre la Grande Muraglia (2021). SeTTanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite (2022).





**La ragazza immortale di Camillo Langone sottrae l'amore a luoghi comuni e sdolcinatezze della narrativa rosa e lo restituisce alla letteratura. Quello che racconta Camillo Langone è un amore che tutto muove e quindi il suo romanzo è un vero e proprio viaggio culturale per l'Italia, raffinato e controcorrente.**

## Immortale come l'arte... l'amore di Michele Trecca

*La ragazza immortale* di Camillo Langone avevo cominciato a leggerlo io. Poi il libro è finito fra le mani di mia moglie. L'ha sfogliato: Mi sa che è proprio bello. Ho capito che avrei dovuto aspettare. Infatti. L'attesa è stata minima - un paio di giorni - e, soprattutto, fruttuosa. Tipo: Dice delle cose che penso anch'io. Per esempio, le chiedo. Mi passa il libro aperto a pagina 16. Leggo. Un assolo di costume. Arguto e brillante. Ben ritmato, con introduzione e rientro. Eccolo, giudicate voi.

«È andata in bagno danzando sui tacchi con le sue gambe di gazzella e il culo alto. Mi irritano, come mi irrita ogni forma di stupidità, le donne che non sanno camminare coi tacchi e che tuttavia li portano. Le incontri ai matrimoni. Sono vestite come non si vestono mai, in pratica sono travestite, hanno abiti vistosi, trucchi spinti, pettinature complicate, tutto senza alcun nesso con la loro vita mediocrissima: quando si guardano allo specchio faticeranno a riconoscersi. Calzano scarpe comprate per l'occasione, nuove, costose, dure, e appena sedute se ne liberano sotto il tavolo. Purtroppo devono alzarsi più volte, ad esempio per ballare, reinfilandosi negli strumenti di tortura i piedi pulsanti di dolore. Per poi barcollare fino alla pista rischiando storte rovine e in seguito, nel lungo declino della festa, fino al prato dove si scattano le foto di gruppo, e lì sorge il problema ulteriore dei tacchi affondati nell'erba. Molte sono donne basse che alla protesi calzaturiera affidano l'allungamento della coscia, l'innalzamento del gluteo. Riuscendo solo a risultare goffe e penose. Non è questo il caso di Benedetta che di tacchi non avrebbe bisogno e sui tacchi sembra esserci nata. E che adesso ritorna, sorridendo col trucco rinfrescato.»

Sorrido associando quelli matrimoniali ai quotidiani e laboriosi travestimenti che impazzano in rete. L'autenticità, penso, è una chimera. Non ce n'è più. Troppo facile barare. E allora, mi chiedo, può essere autentico un romanzo con tutto il suo carico di finzione? È autentico questo romanzo? Conosco l'autore da tempo. So bene della sua vasta ed eterogenea cultura. Camillo Langone è un esteta, raffinato ed eretico. Ha scritto libri sulla pittura, sulla liturgia, sul cibo, sul vino, sull'Italia. Mi ha detto di questo romanzo l'amico scrittore Enzo Verrengia, anch'egli supercampione di nomadismo intellettuale: «È ricchissimo di citazioni, belle e preziose. Un vero godimento. Confesso, mi ha commosso.»

L'autenticità non è un dono né un punto di partenza, ma di arrivo. Non è innocente. È una conquista. Devi sbaragliare con le armi della cultura il fronte avversario. È una guerra di liberazione dall'esercito invasore dell'artificio e del cattivo gusto. Servono rifornimenti continui di bellezza da parte degli alleati arte e letteratura perché il nemico è potente, subdolo, cangiante. Conosce le debolezze dell'umana vanità. E allora, come può essere autentico un romanzo congegno perfetto per sussiegosi narcisisti? È autentico questo romanzo?

L'inizio de *La ragazza immortale* è un potente inno all'amore degno del Cantico dei cantici. Eccolo, giudicate voi.

«Non voglio che muoia. Non voglio nemmeno che invecchi. Se ingrassa non è un problema grave ma non vorrei nemmeno che ingrassasse:

qualche chilo può anche andar bene ma non vorrei perdesse la sua grazia, l'eleganza flessuosa, le movenze da cerbiatta. Non voglio che le venga la pancia. Non voglio che un giorno guardandosi allo specchio si scopra un capello bianco. Non voglio che cominci a tingersi i capelli, non voglio che abbia mai problemi di ricrescita. Non voglio che le vengano i denti gialli per il fumo (purtroppo fuma). Non voglio che gli uomini smettano di guardarla: a lei piace tanto essere guardata ed è giusto che sia così perché è giovane e bella, di una bellezza speciale, gloriosa. Non voglio che a un certo punto venga scavalcata da donne più giovani, che si senta superata, scartata. Non voglio che un giorno smettano di considerarla una ragazza. Non voglio che un giorno, in un negozio o in un ufficio, la chiamino signora. Non voglio che un giorno un ragazzo le dia del lei. Non voglio che smetta di ascoltare la musica del momento, i brani appena usciti, e che cominci a considerare insuperabili le canzoni dei suoi diciott'anni. Non voglio che inizi a rimpiangere il periodo dell'università. Non voglio che parlando con un'amica, un pomeriggio di novembre, le sfugga di dire "ai nostri tempi". Ma soprattutto non voglio che muoia. Voglio che Benedetta e la sua bellezza e la sua giovinezza vivano per sempre.»

Lei è studentessa universitaria. Di San Benedetto del Tronto. È giovane ma senza gli ammiccamenti civettuoli dell'età. Studia Legge a Bologna. Lui di anni ne ha almeno quanti il padre, forse anche qualcuno in più. Abita a Mantova, non è ricco ma benestante. Vive di rendita. Non sposato. Storie varie, tendenzialmente misantropo (lei lo chiama Orsacchione). Sprezzante di mode, conformismi ed eccessi, coltiva buongusto dentro il perimetro

puntiglioso di armonia, equilibrio, ragione e tradizione. Entrambi leggono classici. Lei di filosofia. Lui latini e greci. Lei Cioran, lui Ceronetti. L'amore che li lega muove da questa chimica comune delle rispettive sensibilità. È fanelico. Ma come renderlo immortale? Facendo ritrarre Be-ne-det-ta (dentro di sé lui non la chiama, la scandisce). E non da uno solo, ma da tutti i migliori ritrattisti sparsi per l'Italia, addensati soprattutto nei centri cosiddetti minori. Se l'amore vince ogni cosa, solo l'arte può consentire a quell'amore di vivere finché il Sole risplenderà sulle sciagure umane. È questo il tema del romanzo. E allora, che autenticità c'è in tutto questo? L'autenticità non è verità. Come la pittura non è fotografia. L'autenticità è una costruzione letteraria... Autenticità è quando, per virtù di scrittura, coincidono tutti i tasselli del gioco narrativo e ciò che sulla pagina è così a te che leggi sembra che non poteva che essere così... e non importa se nella vita o in quale vita sia stato così perché potrebbe essere o essere stato così nella tua vita o in quella di chiunque.

*La ragazza immortale* è una storia d'amore senza falsi pudori. Fra i tanti riferimenti che chi vuole se vuole può leggere in filigrana c'è ovviamente anche Lolita-fuoco-dei-miei-lombi di Nabokov. Ma per postura narrativa, ricchezza culturale e discorsività icastica, *La ragazza immortale* ha una salutare forza pedagogica di civismo controcorrente. Un tempo impazzavano Lettere varie a mia figlia, mio figlio su questo e su quello. Sia lieve a questi libri il macro. *La ragazza immortale* racconta l'amore e ti fa amare bellezza e libertà.

Camillo Langone, *La ragazza immortale*, La nave di Teseo, pagg.156, €18



# Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute



**Unione Sanitaria Internazionale**

**Tel. 06.32868.1 r.a. Lazio**

**Tel. 0583.495482 Toscana**

## LAZIO

### USI-PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00

prelievi: 7.00-12.00

domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

### AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### BORGHESIANA\*

Via Casilina, 1838 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00

domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

### COLLATINO

Viale della Serenissima, 22 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-LAURENTINA

Via V. Cerulli, 2/b (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-SERAFICO

Via P. di Dono, 9 (RM)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-MARCONI

Viale G. Marconi, 139 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 36 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 17/b (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

### PIAZZA VITTORIO\*

Via Machiavelli, 22 (RM)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00

domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

### PIETRALATA

Via dei Durantini, 362 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### POLICLINICO

Viale R. Margherita, 279 (RM)

Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

### SERPENTARA

Via G. Pacchiarotti, 95 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA MAZZINI

Viale Angelico, 39 (RM)

Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## FURIO CAMILLO

Via Cerreto di Spoleto, 9/21 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## CINECITTÀ

Viale Bruno Rizzieri, 203 (RM)

Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## TRIESTE

Corso Trieste, 22 (RM)

Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## COLLE PRENESTINO

Via Mirabella Eclano, 27 (RM)

Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## NUMIDIO QUADRATO

Via Tuscolana, 703 (RM)

Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## IGEA\*

Via Igea, 12/a (RM)

Orari: 07.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-14.30 - prelievi sabato: 7.00-11.00

domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

Via Igea, 18 (RM)

Orari: 08.00-19.00

## LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 3 (RM)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a (RM)

Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00

sabato chiuso

## USI Doc - PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)

Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

domenica: 8.00-13.00

Via V. Orsini, 27/a

Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

## USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f (RM)

Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

Viale M. Polo, 41 (Ostiense)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## TOSCANA

### CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)

Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30

prelievi: 7.30-12.00

### SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150 (LU)

Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30

### Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)

Lunata Via Pesciatina, 236 (LU)

Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25 (LU)

Porcari Via Romana Est, 76 (LU)

Lammari Via delle Ville, 128 (LU)

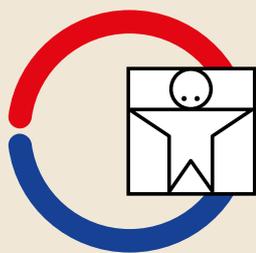
unione sanitaria internazionale

www.usi.it

# \* APERTURA DOMENICALE

Centri **USI-PRATI**, **BORGHESIANA**, **PIAZZA VITTORIO**, **IGEA** e **USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)

**ANED**



**Associazione Nazionale Emodializzati  
Dialisi e Trapianto - APS**  
*Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica*

**DAL 1972  
a fianco dei  
trapiantati  
e dei  
dializzati**



Via Hoepli, 3  
20121 Milano  
Tel. 02.805.79.27  
info@aned-onlus.it  
www.aned-onlus.it

 ANED.onlus |  @aned\_onlus

**ANED**



**Dona il tuo 5x1000 ad ANED**  
**CODICE FISCALE 80101170159**

**Con poco si può fare molto, se lo facciamo insieme**