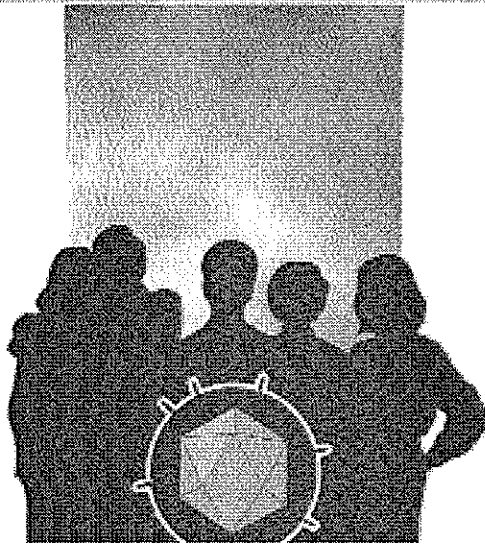


Per Owvere



EDITORIALE

Etica del paziente neoplastico pag. 2

ASSOCIAZIONI

Aian Modena: Sentenze di vite pag. 4
Anfcc Trento: Il nuovo direttivo pag. 5
Aian Roma: Unica nostra preoccupazione: aiutare i malati pag. 6
Ass. pro malati neoplastici - Mentana: Lettera al Ministro pag. 7
Testimonianze: Centro ascolto malati di cancro - Brescia pag. 8

DOMANDE

Quesiti sui farmaci pag. 8



Prof. Luigi Di Bella

Il prof. Luigi Di Bella nasce a Linguaglossa (Catania) il 17 luglio 1912, ultimo di tredici figli. Conseguita la maturità s'iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e nel 1936 si laurea a Bari con 110/110 e lode. Nello stesso anno consegue l'abilitazione all'esercizio della professione medica presso l'Università di Parma, presso la quale è aiuto incaricato alla Cattedra di Fisiologia Umana per tre anni. Nel 1939 è nominato, a 27 anni, assistente ordinario alla Cattedra di Fisiologia Umana all'Università di Modena. Nel 1943 è incaricato dell'insegnamento di Fisiologia generale per i corsi di Laurea in Scienze Naturali, Scienze Biologiche e Farmacia. Nel 1948 consegue la libera docenza in Fisiologia Umana e Chimica Biologica. Per completare il bagaglio culturale che, a suo giudizio, ogni medico dovrebbe possedere, il prof. Di Bella consegue anche la Laurea in Chimica e, successivamente, in Farmacia. Gli sono riconosciute le seguenti maturità: scientifica e didattica alla Cattedra di Fisiologia Generale e Speciale con elementi di Chimica Biologica; alla Cattedra di Fisiologia Umana. Successivamente è incaricato di Fisiologia Umana fondamentale nella facoltà di Medicina e Chirurgia. È socio della Soc. Medico Chirurgica di Modena, della Società Italiana di Biologia Sperimentale, della Società Italiana di Nutrizione Umana, della Società Italiana di Fisiologia, della European Chemoreception Organisation, dell'European Pineal Study

Etica del paziente neoplastico

La fatale notizia della diagnosi suscita reazioni molto diverse nei singoli pazienti: da un'indescrivibile disperazione, ad un'apparente calma e saggia accettazione, con tutti i gradi e le motivazioni responsabili. Una causa di questa stridente realtà, dipende dalle accettazioni comuni di ordine diagnostico prognostico, dalle diverse reazioni che suscitano, dai caratteri dei singoli pazienti, e infine dalla comprensione comune dell'identità nosologica dominante nel quadro sintomatico.

Un aspetto comune è relativo alla facilità con la quale non pochi oncologi, osano emettere una prognosi molto grave "seduta stante" quo ad vitam e quo ad valetudinem, in base alla quale si prospettano le più fosche previsioni, ovvero anche una rassegnata accettazione di gravi sofferenze di una accettabile durata. Il comportamento del medico curante si origina dal carattere personale, dall'educazione professionale e sociale e, non molto raramente, anche da aspetti economici. Dal punto di vista professionale il tumore "maligno" viene considerato come il prototipo della malattia inguaribile, confinante con la morte dopo lunghe sofferenze di ogni tipo; purtroppo note.

In effetti il trattamento è largamente cambiato, sia per il prodigioso progredire delle tecniche chirurgiche, come per i presidi terapeutici affioranti da tecniche farmaco - dinamiche ed immuno - profilattiche. La tecnica chirurgica affiancata a questi presidi, ha fatto mutare, addirittura capovolgere, la prognosi di numerosi tumori. Basti pensare agli interventi sul SNC per neuro - glioblastomi, nonché per gli insidiosi ependimomi e neuro-angiomi; alle tecniche delle affezioni d'insorgenza e della conduzione e regolazione degli impulsi cardiotropi; ai trapianti di polmone, fegato, rene ecc., per constatare i passi da gigante confinanti in questo campo e che contribuiscono ad attenuare la gravità della prevedibile diagnosi. Oltre ai mezzi chirurgici e affini, metodiche recenti stanno avanzando e sostituendo le consuetudini, relative alla chemioterapia: l'ineluttabilità delle metodiche relative, si sta attenuando, fino a scomparire in larghi strati sociali e nella neutralità comune di molti pazienti. Questa affermazione emerge chiara da numerose constatazioni, quali ad esempio il sempre più largo rifiuto di accettare la proposta chemioterapica, optando per metodi a volte irrazionali o quantomeno tutt'altro che sperimentati.

Si tratta di evoluzioni non sempre espressioni di ignoranza generale o specifica, ma a volte emergenti da constatazione di precise statistiche inoppugnabili, e quindi reperibili in nazioni considerate molto evolu-

te, come gli Stati Uniti. Con i metodi che si stanno largamente e direi imperiosamente affermando in Italia (MDB), può risultare molto utile il raffronto con gli altri diffusi in nazioni indubbiamente molto progredite e largamente note per le informazioni giornalistiche. Progredire in quest'ordine di idee potrebbe equivalere a suscitare reazioni di classi e categorie di sanitari, reazioni non sempre giustificate e soprattutto dettate da motivi personali, non certo ispirati alla dirittura scientifica.

Gli organi di stampa e gli atteggiamenti politici, le condizioni economiche ed il grado di cultura, gli orientamenti caratteriologici sociali dominanti, tutti contribuiscono in varia misura all'atteggiamento risultante. L'approfondimento rigorosamente scientifico non può non accettare l'eccezionale miglioramento della prognosi con i metodi recentemente proposti, e basati su tecniche relativamente recenti e metodi indubbiamente scientifici: i concetti dei mediatori, lo sviluppo dei marcatori, il ricorso alla validità della semi vita di un farmaco, ecc.

Purtroppo agli inoppugnabili valori di queste nuove rivoluzionarie metodiche, fa riscontro una serie di tentativi pur sostenuti da vivida fantasia, accoppiata a delicatezze di tecnica, quanto purtroppo inutili o dannosi. Intendiamo riferirci alla perfusione con liquidi opportuni nei noduli e lobi interi di organi importanti, ovvero ai tentativi di applicazione locale di tecniche, nefaste, per i tumori. Purtroppo nella creazione e progettazione di questi metodi, non raramente si dimentica che l'organo colpito scambia funzioni, sostanze, innervazione, irrorazio-

ne sanguigna e linfatica con l'organismo intero. Particolarmente trascurata è in queste condizioni l'emodinamica, lo scambio attraverso i capillari sanguigni e linfatici, ma soprattutto il contributo dominante del sistema nervoso centrale e periferico, volontario e vegetativo, simpatico e parasimpatico. La complessità del problema non consente di emettere previsioni, ma prevede la giustificazione dell'estrema prudenza ogni qualvolta ci si voglia accingere ad emettere ardite prognosi.

Se il paziente oncologico prendesse coscienza della sua ignoranza e, purtroppo, anche di quella dei sanitari, andrebbe molto più cauto nell'esprimere i giudizi a carico di tutta l'organizzazione neoplastica, che pur nelle sue deficienze mostra crescenti manifestazioni di solida validità. L'esposizione di queste idee non persegue già fini propagandistici, ma si propone unicamente di tutelare il precipuo ed inviolabile interesse del paziente; non mira ad alcun interesse remoto economico e clientelare, ma è animata dall'anelito di preservare la vita, la salute, di attenuare le irrimediabili disperazioni che accompagnano inevitabilmente la prognosi di un tumore maligno, così com'è tratteggiato oggi. Curare il paziente con i mezzi non solo tradizionali, ma soprattutto moderni e scientifici, diventa un dovere morale ed un imperativo categorico. Sotto questi aspetti può considerarsi un'operadi alto contenuto umano e sociale l'accettazione e l'applicazione di indirizzi solo apparentemente nuovi, e, purtroppo, a volte boicottati stoltamente.

Prof. Luigi Di Bella

Grazie per la sua straordinaria capacità nell'affrontare un tema così delicato per tutti noi, potentemente attuale e carico di sofferenza per quanti sono affetti dalla "malattia". Di fronte alla sua nobile testimonianza non oso aggiungere null'altro. Ogni mia parola sarebbe superflua.

Roberto Rinaldi