



lega  
italiana  
tumori  
sezione di napoli

---

Rubrica del presidente	pag.	2
L'angolo della lettura	"	4
Notizie dal mondo	"	6
Quando lo psicologo entra in corsia	"	8
Il Progetto "Mamme libere dal fumo	"	10
La scheda sui tumori	"	13
News	"	22
Attività e Manifestazioni		26

---

**Direttore Responsabile:**

Maurizio Montella

**Direttore Scientifico:**

Renato Cimino

**Consiglio Direttivo:**

Adolfo Gallipoli D'Errico · Presidente

Maurizio Montella · Vice Presidente

Gaetano Altieri

Annalisa De Paola

Giuseppe Del Barone

Loredana Gilliberti Incoglia

Renato Mandile

Angelo Antonio Mastro

Donato Zarrilli

Francesco Claudio · Presidente Emerito

**Collegio dei Revisori:**

Rosario Mazzitelli · Presidente

Antonio Basso,

Armando Carotenuto

**Segreteria di Redazione:**

Giuseppe Illiano

Anna Pastore

Alessandra Trocino

Maria Luigia Mazzone

**Direzione, redazione, amministrazione:**

Lega Italiana Lotta contro i Tumori

Via M. Semmola · 80131 Napoli

Tel. 081 5465880

Fax 081 5466888

Autorizz. Trib. di Napoli n. 3439 del 26-9-85

**Fotocomposizione e Stampa:**

ORPI s.r.l., via Corolano 7 bis, 80124 Napoli

Per le immagini di cui, nonostante le ricerche eseguite, non è stato possibile rintracciare gli aventi diritto, l'editore si dichiara pienamente disponibile ad assolvere i propri doveri.

La foto di copertina è stata gentilmente concessa dalla famiglia Masucci dell' Hotel Terme Tritone di Forio d' Ischia

# Editoriale



**C**on questo quarto numero del 2005 si chiude il primo anno del "nuovo" Obiettivo Vita.

Pensiamo di essere riusciti ad innovare pur nel segno della continuità.

Abbiamo rinnovato grafica e colori, abbiamo istituito delle rubriche fisse: le news, l'angolo della

lettura e dei soci, la scheda sui tumori, abbiamo, insomma, tentato di informare a largo raggio i nostri soci, continuando a curare con attenzione grafica ed immagini.

Il compito ci è stato reso facile dalla collaborazione di tutto lo staff della Lega e soprattutto dalla possibilità di poter far riferimento alla vasta attività della Sezione di Napoli della Lega Tumori.

Basti ricordare la Settimana della Prevenzione Oncologica celebrata durante il mese di marzo nella Villa Comunale di Napoli e presso la Città della Scienza di Bagnoli, la Giornata Mondiale Senza Tabacco con il Convegno del 31 maggio presso l'Ordine dei Medici, la Staffetta della Vita in Piazza Dante, il Progetto Quadrifoglio nelle scuole della Regione Campania, la Campagna Nastro Rosa per la prevenzione del tumore del seno, il progetto "Mamme libere dal Fumo" con il relativo corso per le ostetriche, l'attività di assistenza domiciliare ai malati in fase avanzata e l'attività ambulatoriale presso le nostre sedi periferiche.

L'anno che si chiude ha visto a livello nazionale la rielezione del Prof. Francesco Schittulli a Presidente Nazionale e l'elezione di un campano, il Prof. Giuseppe Pistolese, a componente del Consiglio Direttivo Centrale.

L'anno che verrà sarà un anno importante per la Sezione di Napoli. Infatti, oltre alle attività consuete, prevediamo di potenziare e migliorare il nostro sito internet ([www.legatumorinapoli.it](http://www.legatumorinapoli.it)) con lo sviluppo di un collegamento con i medici di medicina generale per lo scambio on line delle informazioni relative ai pazienti ricoverati e/o ambulatoriali, di organizzare un Corso di Psico-oncologia ed un Convegno Regionale sulle strategie di prevenzione dei tumori e, infine, speriamo di poter aprire la nostra nuova sede in Via S. Teresa, ove contiamo di centralizzare la nostra attività ambulatoriale e le nostre iniziative di formazione.

Non mi resta che augurare BUON NATALE e UN FELICE NUOVO ANNO a tutti i nostri collaboratori, soci e sostenitori.

**Maurizio Montella**

## Prevenire è vivere



**S**ono trascorsi in fretta questi primi 18 mesi da quando, dopo l'improvvisa scomparsa di Giovanni D'Errico il Consiglio Direttivo mi diede l'onore, affidandomi l'incarico di Presidente, di continuare, con il contributo di tutta "la famiglia" della Sezione di Napoli, il prezioso e certosino lavoro che il leggendario Presidente aveva svolto fino a pochi giorni prima. Da poco mi sembra di aver terminato di scrivere le mie prime note introduttive e già urge presentare l'anno 2006 che bussa alla porta.

Se all'esordio tutto è da continuare e costruire e l'attesa dei Soci e simpatizzanti reca in sé una componente di curiosità per l'incarico nascente, nel prosieguo è legittimo che tutti si attendono conferme e, perché no, progressi, aumentando conseguentemente la responsabilità di tutto il Consiglio Direttivo e di chi lo presiede. Ed è proprio "la crescita" l'obiettivo che il Consiglio Direttivo, il Comitato Promotore, la Consulta Femminile e l'Associazione Donna come Prima si sono prefissi nel progettare l'anno 2006.

**Prevenire è vivere** è lo slogan coniato negli ultimi tempi dalla Lega Italiana Tumori ed è molto bello quanto ha sostenuto recentemente un caro amico, Michele Quaranta, Presidente della Sezione di Bari della Lega Tumori, scrivendo che bisogna usare "la vita al servizio della vita".

Michele Quaranta giustamente si chiede: ci vogliamo bene? E quanto? Forse non abbastanza per riuscire ad eliminare del tutto le cattive abitudini che quotidianamente seguiamo.

I cardini del lavoro dell'Associazione a livello nazionale resteranno la Lotta al Fumo di Tabacco; pur conoscendone tutti i danni, gli Italiani ed in particolare le donne, non sembrano voler

abbandonare questa cattiva abitudine; la corretta alimentazione, ricetta indispensabile per una vita più sana e migliore: una dieta equilibrata e variegata, l'attività fisica costante, il controllo della pressione arteriosa e di qualche indice funzionale ematologico sono minimi ma essenziali fattori che allontanano i rischi di neoplasie e malattie cardio-vascolari; la prevenzione oncologica: da sempre cardine della nostra opera che continuerà martellante nella popolazione spettrale tra i giovani e nelle scuole con incontri, dibattiti e con specifiche campagne di prevenzione clinica nei 390 ambulatori della Lega Italiana Tumori distribuiti sul territorio nazionale, di cui 4 presso la Sezione Provinciale di Napoli; la collaborazione con le altre Istituzioni Oncologiche Nazionali Regionali e Provinciali per continuare i lavori di ricerca oncologica. La Sezione di Napoli ha in corso n. 34 progetti di ricerca, molti dei quali con l'Istituto Nazionale Tumori di Napoli con il quale da sempre siamo legati da una preziosa e intensa collaborazione.

A questi temi, come avviene da sempre, la nostra Sezione non farà mancare il proprio contributo e, a tal proposito, vi comunico che già dai primi mesi dell'anno 2006 partirà, in collaborazione con l'Istituto Nazionale Tumori, un nuovo progetto per il recupero psico-fisico dei pazienti oncologici durante il ricovero. Si tratta di uno studio molto interessante di cui si sente un grandissimo bisogno e che solo in pochi Centri al mondo si sta sperimentando.

Ultima notizia che ritengo vi farà piacere e spero abbia la vostra approvazione è l'acquisizione, mediante asta pubblica presso il Tribunale di Napoli, di un appartamento in via Santa Teresa degli Scalzi dove nascerà un ambulatorio di prevenzione.

L'immobile dovrà essere totalmente ristrutturato e ci auguriamo che tra la fine del 2006 e l'inizio del 2007 possa entrare in funzione.

Il fondamento della nostra attività è, e rimane, il "team" dei Soci e dei Volontari, tra cui tanti giovani che ci auguriamo continuino a crescere ed a credere nella nostra Associazione.

E' nostra precisa volontà, nell'ambito delle nostre possibilità, contribuire alla valorizzazione del volontariato nella nostra Provincia.

Non mi resta che augurarvi sinceri, affettuosi, auguri di Buon Natale e sereno Anno Nuovo.

**Adolfo Gallipoli D'Errico**



*Il Consiglio Direttivo,  
il Comitato Promotore, la Consulta Femminile,  
l'Associazione Donna come Prima  
e il personale della Sezione di Napoli della Lega Cumori  
augurano un sereno Natale ed un felice anno nuovo  
a tutti i soci ed ai volontari ringraziandoli  
per la consueta sensibilità e solidarietà.*



## Il Regno delle Due Sicilie: ultimo atto

I percorsi storici di un Paese sono periodicamente rivisitati non solo per il reperimento di documenti originali ma anche per una maggiore obiettività derivante dal passare degli anni; ciò consente talvolta di giudicare alcuni eventi importanti diversamente dalla versione cosiddetta ufficiale, spesso inquinata da inesattezze e partigianeria.

In questa ottica va riconsiderata l'impresa garibaldina dei "Mille" che portò alla fine del regno borbonico ed all'annessione a quello sabauda sancita con il plebiscito "farsa" del 21 ottobre 1860.

Nel 1859 il Regno Delle Due Sicilie che Francesco II, nato da Maria Cristina di Savoia, la "santa", aveva ereditato il 22 Maggio dal padre Ferdinando II, (Re Bomba), aveva una situazione prospera sotto il profilo economico e sociale.

L'opera dei sovrani borbonici aveva comportato, negli anni, un innegabile progresso economico, culturale, istituzionale; alla fine del decennio 1850 si contavano nel Regno quattro Università Statali, (Napoli, Catania, Messina e Palermo), le tasse erano molto basse, il costo della vita accettabile, la pubblica istruzione, gratuita fino al 1859, raccomandata, l'emigrazione quasi assente; si registrava inoltre un incremento annuale del PIL intorno all'1% ed un tasso di "veri" poveri dell'1,34% come verrà poi accertato nel censimento del 1861.

Tuttavia, la critica liberista ha sempre accusato, non sempre a ragion veduta, la politica dei sovrani meridionali di paternalismo, protezionismo e del mancato ammodernamento delle strutture statali e sociali.

In questo contesto sociale, che comprendeva anche una media borghesia molto attiva nel campo commerciale, divenne sempre più forte nelle elites intellettuali napoletane l'aspirazione verso un' unica Nazione Italiana sulla base degli scritti di Foscolo, Berchet, Mazzini, Balbo, Gioberti, Manzoni e altri.

Giuseppe Garibaldi che si era conver-



Scuola di Francesco Solimena : Ritratto di Carlo III di Borbone.

tito alla teoria di Cavour dell'Unità d'Italia sotto la corona sabauda, si fece interprete di questi ideali unitari ed a tal fine raccolse a Quarto, da ogni parte d'Italia, nei primi di maggio 1860, i famosi Mille della storiografia risorgimentale ufficiale che poi in effetti furono esattamente 1.089.

Le loro radici genealogiche non erano certo raffinate come lo stesso Garibaldi dovette ammettere parlando di loro al Parlamento di Torino il 5 Dicembre 1861.

I garibaldini si imbarcarono su due vapori, "Piemonte" e "Lombardo", e partirono da Quarto il 5 maggio 1860; dopo aver fatto scalo a

Talamone per rifornirsi di munizioni, puntarono verso la Sicilia.

Nello stesso tempo fu organizzata una spedizione diversiva con 60 uomini verso lo Stato Pontificio, al comando del Col. Callimaco Zambianchi, per celare il vero scopo dell'impresa.

Lo sbarco avvenne a Marsala l' 11 maggio, sulla base di informazioni giunte dall' isola che consigliavano lo sbarco in quel porto perché praticamente sguarnito di navi da guerra borboniche.

Le navi garibaldine giunte in porto resero tra l' altro impossibile qualunque azione di sbarramento posizio-

mandosi vicino a due fregate inglesi, la "Argus" e la "Intrepid", presenti nella rada. Garibaldi sapeva bene infatti che il rischio di sollevare un incidente diplomatico con l'Inghilterra avrebbe sconsigliato il bombardamento delle navi dei Mille, come infatti avvenne.

Lo sbarco si svolse indisturbato e consentì agli invasori di puntare su Salemi dove Garibaldi assunse la dittatura dell'isola il 14 maggio col motto "Italia e Vittorio Emanuele".

Il Principe Paolo Ruffo di Castelcicala, Governatore della Sicilia, cercò a quel punto di opporsi all'avanzata delle poche centinaia di camicie rosse con gli effettivi dell'esercito borbonico presenti nell'isola ammontanti a 23.000 unità.

Il primo vero scontro avvenne a Calatafimi e si risolse in una sconfitta per le truppe di Francesco II con la conseguenza, tra l'altro, di convincere molti insorti locali ad unirsi ai garibaldini. Il 20 giugno fu occupata Milazzo, successivamente Palermo, Messina e Siracusa subirono la stessa sorte rendendo completa la conquista della Sicilia da parte dei garibaldini.

L'andamento negativo delle operazioni militari per l'esercito borbonico è stato etichettato sinteticamente dagli storici come "una serie di fatali errori", anche se in effetti ebbe tutte le caratteristiche di una farsa, considerato il rapporto numerico delle forze in campo. Principali responsabili di questi insuccessi furono gli errori tattici e strategici dei Generali Landi e Lanza, ambedue di età avanzata, insieme a quelli del loro capo, il Principe Carlo Filangieri, anch'egli assai anziano, il quale aveva addirittura combattuto nelle guerre napoleoniche di inizio secolo.

Il Generale Lanza fu addirittura deferito alla Corte Marziale, che però non ebbe mai la possibilità di giudicarlo, per lo sfaldamento del Regno borbonico.

Le bande garibaldine sbarcarono in Calabria il 19 agosto 1860 e puntarono rapidamente verso Napoli dopo aver sbaragliato le truppe borboniche

che agli ordini dei Generali Briganti e Ghio, anch'essi inetti e pavidi; Reggio Calabria, Cosenza e Salerno furono le tappe vittoriose di questa rapida avanzata.

Le truppe borboniche deluse dai loro comandanti si sbandarono e molti soldati disertarono per ritornare alle loro case o per unirsi ai garibaldini.

Il Re tentò a quel punto di salvare il salvabile rimettendo in vigore la Costituzione del 1848 e concedendo una amnistia generale; fu anche adottato il tricolore sabaudo con le armi borboniche nel campo bianco.

Ma anche questi provvedimenti si dimostrarono tardivi ed inefficaci ed il Re, che si era circondato di consiglieri incapaci come Antonio Spinelli o addirittura equivoci come don Liborio Romano, capo della Polizia, si convinse a lasciare Napoli con la speranza di ritornarvi dopo la riorganizzazione del suo esercito sul Volturno.

La partenza da Napoli per Gaeta avvenne il 6 settembre 1860 sulla nave "Messaggero" dopo aver denunciato al popolo, con un mesto proclama, l'ingiustizia di cui veniva fatto oggetto e dichiarato, nello stesso tempo, di voler evitare a Napoli altre distruzioni.

La superba flotta da guerra meridionale, orgoglio del Regno, consistente in circa 100 navi si rifiutò di seguire il Re a Gaeta e si consegnò, senza sparare un colpo, all'Ammiraglio sabaudo Persano che veleggiava al largo di Napoli.

Garibaldi fece il suo ingresso trionfale a Napoli il 7 settembre 1860, seduto comodamente in treno ed accolto festosamente dalla "feccia della popolazione" (G. Mundy. *La fine delle Due Sicilie*, Berisio, Napoli, 1966).

Le ultime sconfitte riportate nell'ottobre e novembre 1860 dall'esercito borbonico, sotto il comando prima del Generale Ritucci e poi del Generale Salzano, ad opera delle truppe garibaldine e piemontesi, nelle battaglie del Garigliano e del Volturno, costrinsero Francesco II all'ultima disperata resistenza nella

fortezza di Gaeta con gli ultimi 20.000 uomini rimasti.

L'assedio, condotto dal generale piemontese Cialdini, ebbe la durata di 3 mesi, dal 12 novembre 1860 al 13 febbraio 1861, quando fu firmata la capitolazione con l'onore delle armi.

Intanto Garibaldi aveva consegnato la dittatura del Regno conquistato, nelle mani del Re Sabauda Vittorio Emanuele II, ricevendone, in ricompensa, un semplice benserivito che lo indusse a partire per Caprera il 9 novembre 1860 con un sacco di semi, del pesce salato e 1.500 lire.

Una delle prime misure adottate dal governo piemontese fu di incamerare sia il cospicuo patrimonio personale di Re Francesco II che quello della Tesoreria di Stato Borbonica, ammontante in tutto a circa 1.820 milioni di Euro, al cambio attuale.

La storia dell'assedio di Gaeta e dei suoi 800 morti è ricca di episodi valorosi che ebbero come protagonisti soldati, ufficiali, allievi della Nunziatella, e la stessa coppia regale.

In particolare, la diciannovenne regina Maria Sofia, "l'aquileta bavara" dannunziana, rischiò più volte la vita per soccorrere notte e giorno i soldati feriti o moribondi.

Il 14 Febbraio 1861, Francesco II e Maria Sofia partirono per l'esilio romano a bordo della corvetta francese "Mouette" messa a disposizione da Napoleone III, mentre risuonavano sul molo per l'ultima volta le note dell'inno reale di Giovanni Paisiello.

Fini così il Regno indipendente Delle Due Sicilie, dopo 126 anni di sovranità borbonica ed iniziò la questione meridionale che perdura tuttora.

**Renato Cimino**

---

### Bibliografia essenziale

Antonio Ghirelli. *La storia di Napoli*. Einaudi, 1973

Giuseppe Coniglio. *I Borboni di Napoli*. Corbaccio, 1992

Giuseppe Ressa. *Il Sud e l'Unità d'Italia*. Brigantino - Il Portale del Sud, 2004

## La Storia di Babbo Natale: dalle origini al Babbo Natale “Napoletano”

Nell'antica Roma Imperiale, fra gli anni 243 e 366 dopo Cristo, amici e parenti si scambiarono le prime "stranae" per festeggiare il "dies natalis" in una fredda notte d'inverno.

Agli auguri si accompagnarono cesti di frutta, dolciumi e doni di ogni tipo perché la nascita di Gesù e l'anniversario dell'ascesa al trono dell'Imperatore divenissero il simbolo di una prosperità che avrebbe dovuto protrarsi per l'intero anno.

Intorno al 1800 il rito trovò la sua personificazione in un forte vecchio rubicondo dalla barba bianca, residente al Polo Nord, che aiutato da numerosi gnomi, costruirebbe giocattoli da distribuire come doni la notte di Natale, con l'ausilio di una slitta trainata da renne volanti e passando attraverso i camini delle case.

Nella storia esiste realmente un personaggio con queste caratteristiche. Si tratta di San Nicola. Nato a Patara, in Turchia, da una ricca famiglia, nel IV secolo divenne vescovo di Myra. Quando morì le sue spoglie furono deposte a Myra, fino a che nel 1087 vennero trafugate da un gruppo di cavalieri italiani travestiti da mercanti e portate a Bari dove sono attualmente conservate.

Una tra le più famose leggende, confermata da Dante nel Purgatorio (XX, 31-33) racconta che San Nicola, commosso dalle preghiere di un nobile impossibilitato a sposare le sue tre figlie perché caduto in miseria, decise di lanciare per tre notti consecutive, attraverso una finestra sempre aperta del castello, i tre sacchi di monete che avrebbero costituito la dote delle ragazze. La prima e la seconda notte le cose andarono come stabilito, tuttavia la terza notte San Nicola trovò la finestra chiusa. Deciso a mantenere comunque fede al suo proposito, il vecchio dalla



lunga barba bianca si arrampicò così sui tetti e gettò il sacchetto di monete attraverso il camino, dov'erano appese le calze ad asciugare, facendo la felicità del nobiluomo e delle sue tre figlie. In versioni posteriori semplificate per i bambini, San Nicola regalava cibo alle famiglie meno abbienti calandoglielo anonimamente attraverso i camini o dalle loro finestre. San Nicola divenne così nella fantasia popolare "portatore di doni", compito eseguito grazie ad un asinello nella notte del 6 dicembre (San Nicola, appunto) o addirittura nella notte di Natale.

### IL BABBO NATALE NAPOLETANO

Ma chi finora pensava che Babbo Natale vivesse fra i boschi e le nevi della Lapponia si deve ricredere. Oggi, la sua residenza è vicino Napoli. Merito di Armando Narciso, un campano pieno d'inventiva: ha brevettato il nome e ora solo lui può chiamarsi Babbo Natale.

Il vecchietto vestito di panno rosso, dai grandi occhioni azzurri e la candi-

da barba bianca che incornicia il simpatico faccione, vive in Italia, anzi, per essere più precisi, a Quarto, una cittadina in provincia di Napoli. Si è "incarnato" nella figura di un ferroviere in pensione che è in grado di bloccare chiunque si serva della figura di Santa Claus per scopi economici poiché è riuscito a "brevetare" il popolare Santa Claus e, nel 1992, è diventato legalmente il Babbo Natale italiano.

No, non si tratta di uno scherzo.

La singolare iniziativa, con tanto di brevetto e di copyright, è frutto della fortunata combinazione tra l'immancabile inventiva tipicamente mediterranea, un pizzico d'arguzia e pazienza certossina, miscelati nella mente vulcanica di impiegati napoletani residenti a Quarto.

Ne è scaturita la Napoletana Servizi, una società che oramai vanta l'esclusiva del marchio d'impresa di Babbo Natale.

Diritto che ha fatto prevalere anche nei confronti delle Poste Italiane che hanno dovuto chiedere a lui, e solo a lui, il permesso di emettere un francobollo con l'immagine di Babbo Natale.

Ma andiamo con ordine.

Intanto non ci aveva pensato nessuno. L'idea nacque nel 1986, e il sig. Narciso, avviando con tutta la sua famiglia, attraverso uno studio notarile, un'accurata ricerca per verificare se esisteva un brevetto della fantastica immagine, scoprì che in Italia ne esistevano tre, ma soltanto relativi alla testa del leggendario personaggio. La scritta, invece, non era mai stata registrata. Così, nel 1991, dopo quindi una lunghissima procedura, i Narciso ottennero la registrazione dall'Ufficio Brevetti ed il Copyright dal Ministero dell'Industria.

E arriviamo al 1996.

La Consulta per la Filatelia, con l'ap-

provazione dalla "Competente Giunta d'Arte", il 29 luglio 1996 decidono di emettere un francobollo natalizio raffigurante la figura di Babbo Natale e alcuni giocattoli. Ma nasce subito un imprevisto: nessuno sapeva che Babbo Natale dal 1991 era stato oramai privatizzato, e che quindi per poter usare il suo nome e la sua immagine ci si sarebbe dovuti rivolgere al legittimo proprietario, Armando Narciso, pensionato delle FS, residente a Napoli in Via Caravaggio 30 e, più precisamente alla Napoletana Servizi, la società da lui fondata, di cui era anche Amministratore.

Le Poste Italiane hanno dovuto quindi richiedere alla società titolare del brevetto la sottoscrizione di una licenza per la riproduzione dell'immagine in questione, richiesta a cui il Sig. Narciso ha magnanimamente acconsentito ponendo però due condizioni: che sul francobollo venisse indicato come luogo di nascita (una dicitura comune a tutti i valori bollati) la città di Napoli e che gli fossero regalati un numero cospicuo di cartoncini natalizi, con l'affrancatura ad hoc, tramite i quali rispondere ai minicorrispondenti.

Tutta la famiglia Narciso poi ha chiesto alle Poste di intestare una casella postale al mitico personaggio natalizio, con il risultato che i bambini di tutta Italia, e non solo, non devono più scrivere genericamente a "Babbo Natale, via del Cielo, Paradiso", ma possono indirizzare i loro desideri in modo più preciso a "Babbo Natale, Casella Postale 70, 80010 Quarto

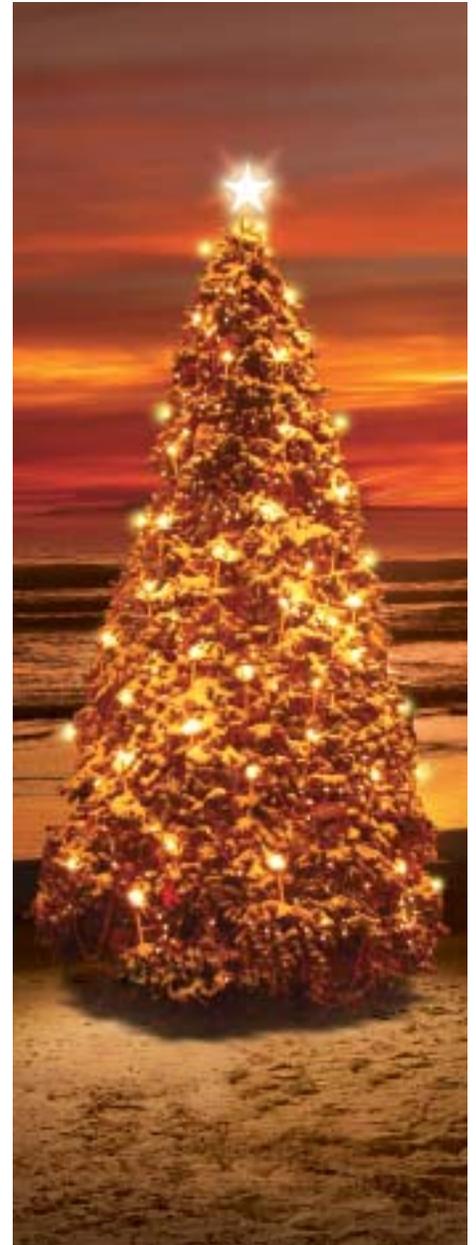
(NA)" certi che qualcuno leggerà i loro sogni e risponderà alle loro richieste.

Ma il dato più deliziosamente confortante è che a scrivere a Babbo Natale non sono solo i più piccoli ma anche diversi adulti, che si rivolgono a lui con il desiderio forse di prolungare la fiaba infantile.

E' stato ovviamente creato un sito Internet ([www.babbonatale.it](http://www.babbonatale.it)) a cui i bambini, ormai sempre più informatizzati, inviano le loro e-mail. Una ricca scelta della lettere più interessanti giunte al signor Armando sono state raccolte e pubblicate in un libro intitolato "Babbo Natale Casella Postale 70 80010 Quarto. Napoli" (ed Agami, Cuneo) con la prefazione di Don Luigi Ciotti. I proventi delle vendite sono stati destinati in beneficenza alla Comunità Abele e al Seminario della Diocesi di Pozzuoli.

Questa è la storia di Babbo Natale. E' una storia bella, poetica, creata dagli uomini per far posto a un poco di speranza e di letizia anche nel cuore dell'inverno più duro, quando sembra che tutto sia morto e sterile e invece il seme comincia a germinare nella terra e ha inizio la rivoluzione delle stagioni e la rapida, felice corsa dei giorni verso la fioritura di primavera.

*Alessandra Trocino*



## ATTENTI ALLE TRUFFE

Non sono state incaricate o autorizzate persone della nostra Associazione per la distribuzione di materiale informativo o la raccolta di fondi a domicilio. Diffidate da chiunque si presentasse a nome della Lega Italiana Tumori e denunciatelo alla Polizia (113) o ai Carabinieri (112)

## Quando lo Psicologo entra in corsia

L'esperienza di malattia rappresenta una dolorosa lacerazione nella condizione umana. Nella nostra cultura centrata sull'efficienza, sul benessere, "sull'immagine" e sulla bellezza, si osserva una profonda resistenza nei confronti della sofferenza, della malattia e della morte.

Quando la malattia è il cancro, si vive l'angoscia di una diagnosi che ancora oggi evoca fantasmi di morte, di dolore, di interventi demolitivi: una "diagnosi sentenza".

Il cancro è per tutti un ospite scomodo.

Per alcuni rimane solo un'ingiustizia, una punizione, un destino prestabilito; per altri può trasformarsi in un'importante esperienza conoscitiva che permette di confrontarsi con il "limite" della condizione umana.

La crisi causata dalla diagnosi di cancro può rappresentare un pericolo ma anche un'opportunità.

Il pericolo è l'eventualità di avere un crollo psichico.

L'opportunità è la possibilità di cambiamento, di crescita personale e di riassetto dei valori esistenziali.

I pazienti hanno l'esigenza di "dare un senso" alla malattia; una causa è preferibile ad un disordine senza legge.

Ogni paziente ha il bisogno, il diritto ed il potere di cercare un senso e di trovarlo nella propria storia familiare e personale.

L'assenza di spiegazioni rimanda alle peggiori paure: paura della morte, paura della sofferenza, paura della perdita del proprio ruolo, paura di non essere accettati, paura di essere identificati con la malattia.

Molti medici, temendo che l'ammalato non sia in grado di reggere la diagnosi, si rifugiano dietro l'utilizzo di una terminologia strettamente scientifica sperando di eluderne le richieste.

In realtà, in questo modo, attuano una strategia di fuga che serve solo a se stessi.

E' vero invece che con la diagnosi la

malattia, definita nell'ambito organico, passa dal codice del corpo a quello della parola con cui si cerca di descriverla e di renderla comprensibile.

Ogni evento della vita va inserito nella storia di ciascuno di noi e la rievocazione storica, cioè la narrazione, è un atto imprescindibile perché i fatti possano essere trasferiti in una dimensione simbolica.

La narrazione che il paziente fa della sua malattia fornisce al medico notizie sul codice interpretativo e sui meccanismi utilizzati.

Le reazioni psicologiche dei pazienti affetti da neoplasie tendono a modificarsi a seconda della fase di malattia.

Le reazioni alla diagnosi possono essere diverse da quelle vissute durante il ricovero o in fase di trattamento.

Pertanto l'intervento psicologico dovrà adattarsi a tali cambiamenti.

Alla diagnosi, ad esempio, le paure più diffuse sono senz'altro quelle legate al "limite" (della vita, dell'autosufficienza) e quindi paura di separazione e di perdita degli affetti, con in più i timori legati al rischio di perdita dell'integrità corporea e mentale, del distacco dalla famiglia ed del ricovero in ospedale.

Va sottolineato che ogni persona, a seconda della propria struttura di personalità, reagirà in modo diverso alla diagnosi di cancro.

Reazioni possibili possono essere il rifiuto, la reazione combattiva, la rassegnazione, l'ansia e la depressione.

Durante il ricovero, altro momento altamente ansiogeno è rappresentato dal timore dei dolori provocati dall'intervento.

Lo stato d'animo è condizionato da vari fattori come l'essere lontano dal nucleo familiare, con i vissuti di solitudine e di abbandono. All'intervento chirurgico si può arrivare anche con sensazioni di panico, soprattutto relativa alla perdita di una parte del corpo, con angosce di morte.

Lo psicologo, in questi casi, riveste un



ruolo fondamentale, perchè può aiutare a fronteggiare tutte queste fasi che, per durata ed intensità, sono sempre condizionate dalla gravità della malattia e dalla personalità del paziente.

Va comunque sottolineato che occorre sempre un po' di tempo prima che un paziente oncologico riesca ad acquisire un certo equilibrio psicologico.

Tutte queste modalità non fanno altro che nascondere, in pratica, il bisogno di una soluzione a tutti i costi al problema della morte che la malattia evoca. Ma la paura del cancro, come nemico interno, rimane sempre, anche quando si è stati curati con successo.

In moltissimi casi il vero bisogno è di stabilire un rapporto "umano" con qualcuno che si prenda "cura di sé".

Con il paziente ammalato di cancro



l'abilità del medico è nell'attraversare questi meccanismi, utilizzandoli a volte, aggirandoli altre volte, prudentemente destrutturandoli in altre ancora.

Forse l'impegno più gravoso si presenta proprio nel caso di recidiva. L'ammalato era convinto di aver superato la malattia; aveva creduto di aver definitivamente risolto il problema.

Ora lo spettro ritorna e con esso l'incubo di dover riaffrontare esami diagnostici, a volte invasivi, nuovi trattamenti, ancora una volta un ciclo di chemioterapia.

E' un evento critico devastante per affrontare il quale non sempre sono sufficienti le risorse personali.

Le speranze dell'ammalato vengono infrante.

Tutto quello che è stato progettato viene rimesso in discussione.

Il capitolo diventa difficile perché di fronte a questa realtà emergente non è in discussione solo il futuro del malato ma lo è altrettanto il lavoro del medico, frustrato per l'insuccesso: impegnato nella ricerca improbabile di un protocollo utile, messo in crisi rispetto ai contenuti e alle speranze alimentate nella prima parte del rapporto terapeutico.

Il vero problema forse è tutto lì: il medico deve ritrovare dentro di sé le risorse per mettersi ancora in gioco e recuperare la fiducia e la compliance del paziente.

Fino alla metà del secolo scorso l'annuncio ad una persona, gravemente sofferente, di un imminente trapasso, era un compito affidato al sacerdote.

Questi, quando il medico prendeva atto di non aver più risorse terapeutiche ed usciva di scena, proponeva l'estrema unzione, cioè rivelava l'approssimarsi della fine.

Forse i costumi allora dominanti, di taglio più provinciale, e un tessuto sociale più coeso, accordavano alla dimensione spirituale un ruolo di primo piano.

L'attuale organizzazione socio-sanitaria riaffiderebbe al medico l'accompagnamento del paziente fino alla morte, impegnandolo nelle cure palliative.

E' difficile ammettere con l'ammalato e con la sua famiglia che le risorse disponibili non sono più sufficienti. Né a garantire una guarigione, né, almeno, una "disperata" remissione.

E' la fase in cui si possono solo praticare trattamenti palliativi.

Ora il medico può principalmente avere una funzione di accoglienza e di testimonianza.

L'accoglienza è quella di considerare e contenere i bisogni del paziente. Bisogni che non sono soltanto materiali ma forse, soprattutto, di natura psicologica ed emotiva.

La comunicazione potrà limitarsi a codici paraverbali con messaggi che testimoniano l'esserci, l'essere disposto ad accompagnare, l'alimentare e

conservare nel paziente il senso di appartenenza.

I medici potrebbero aiutare ad evitare morti solitarie, ma per farlo devono essere accessibili come persone, non solo disponibili come medici.

La dignità del morire dipende dalla volontà degli altri di considerare il morente in grado di prendere parte alle decisioni riguardanti la sua prossima fine.

Per curare una persona affetta da cancro in fase terminale, è necessario sforzarsi di comprendere cosa significa per quella persona essere mortalmente malato.

Coloro che si tengono lontani da questi pazienti, perché sentono di non poter "fare" nulla, dovrebbero rendersi conto che è il desiderio di "tentare" di capire, e non il successo nel farlo, ciò che allevia quella solitudine così difficile da sopportare.

Il medico non deve sentire "come" il paziente, ma "con" lui.

In quest'ottica, la presenza di un Servizio di Psicologia Oncologica all'interno di una struttura ospedaliera è necessario per migliorare la qualità di vita dei pazienti, per garantire un sostegno alle famiglie e per permettere al personale di condividere i momenti difficili del lavoro quotidiano.

**Francesco De Falco  
Valentina Abate  
Daniela Barberio**

#### BIBLIOGRAFIA

Balint M., *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli Milano, 1990

Biondi M., Costantini A., Grassi L., *La mente e il cancro*. Il Pensiero Scientifico. Ed. Roma 1995.

De Falco F., *Psicologia in Oncologia*. Ed. Scientifiche Cuzzolin, 1997

Grassi L. (a cura di) *Il disagio Psicologico in Oncologia*. Spazio Libri Ferrara 1993

Pellegrino F., *La comunicazione in medicina*. Mediserve Marzo 2004

## Il Progetto “Mamme Libere dal fumo”

Il progetto “Mamme libere dal Fumo” rappresenta una delle progettualità attivate dalla Consulta Femminile Nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

La Consulta Femminile sin dalla sua nascita nel 2000, rappresenta un'importante realtà interna all'Associazione a supporto delle attività Istituzionali della Lega Tumori e, pertanto, fu fortemente voluta dal Consiglio Direttivo Centrale per rispondere alla necessità interna all'Associazione di dare voce, corpo e forza

alla sua stessa componente femminile che da sempre svolge un ruolo peculiare ed insostituibile, fornendo un apporto particolarmente prezioso.

La Consulta esprime consulenza agli organi della LILT su ogni argomento richiesto e, in particolare, sulle tematiche che più caratterizzano le peculiarità dell'apporto femminile.

Le componenti della consulta collaborano attivamente a sostegno delle iniziative promosse dalla LILT e promuovono inoltre direttamente iniziative che attengono a tutti gli ambiti operativi della Lega Tumori. Le diverse Sezioni Provinciali della LILT possono esprimere una Consulta Femminile che si riferisce a quella Nazionale operando a livello locale.

La Consulta Femminile della Sezione Provinciale di Napoli, ha mosso i suoi “primi passi” nel 2004 per volontà e lungimiranza dell'allora Presidente Prof. Giovanni D'Errico, personalità di indiscusso rilievo, sempre attento a

cogliere gli aspetti innovativi e stimolanti per il progredire dell'Associazione.

E', attualmente, costituita da un gruppo di donne pienamente inserite nel tessuto sociale della specifica realtà territoriale, che, nonostante i loro impegni e le loro diverse attitudini e professionalità, desiderano trovare il tempo ed il modo, ma principalmente l'energia e la determinazione, per promuovere uno sguardo al femminile sul problema oncologico, con particolare riguardo alla cura della salute delle donne. Un laboratorio sperimentale di idee per affermare una cultura centrata sulla persona, teso a cogliere, attraverso la sensibilità femminile, i problemi umani e sociali del malato nella sua globalità esistenziale.

La Consulta sta portando avanti il suo impegno a Napoli e Provincia grazie al sostegno del Consiglio Direttivo Sezionale ed alla ferma determinazione e al costante appoggio del Presidente, prof. Adolfo Gallipoli d'Errico e del Vicepresidente dott. Maurizio Montella.

Il progetto “Mamme libere dal fumo” rappresenta il primo progetto nel quale la Consulta femminile si è impegnata a Napoli e Provincia.

Si tratta di un progetto già portato avanti con successo in diverse Sezioni Provinciali della LILT nel nord-est ed adottato a livello regionale in Veneto. E' un progetto di notevole attualità per l'argomento, la lotta al fumo di tabacco, argomento del quale si sono interessate largamente sia la legislazione nazionale che internazionale a garanzia della salute dei cittadini contro i danni alla salute provocati dal fumo di tabacco.

Il fumo di tabacco, infatti, costituisce una delle principali cause di morbosità e morbilità nei paesi occidentali. L'abitudine tabagica è correlata a malattie gravi invalidanti e spesso letali quali tumori (ca. polmone, laringe, rene, vescica ecc.), malattie cardiocircolatorie (infarto del miocardio, ipertensione, ictus, vasculopatie), malattie polmonari (enfisema, asma



ecc.) e numerose altre.

Ciononostante, ogni anno, centinaia di milioni di persone in tutto il mondo continuano a fumare e a queste, ogni anno, se ne aggiungono milioni di altre, in particolare abitanti delle aree in via di sviluppo e, in numero sempre crescente, donne.

La donna costituisce infatti un target privilegiato delle strategie promozionali di marketing delle industrie del tabacco che, puntando principalmente su argomenti di "immagine", esercita un'incessante pressione sulla componente femminile della popolazione, sia associando esplicitamente il prodotto alla donna, sia favorendo la affermazione di una cultura in cui la donna di successo e "di classe" sia fumatrice.

Di fronte a tali pressanti strategie di marketing, l'OMS ha incoraggiato e suggerito iniziative di educazione e promozione della salute rivolte specificamente alle donne.

Il fumo di tabacco determina gravi danni già a partire dal periodo pre-concezionale, per i potenziali danni alla capacità riproduttiva, incidendo negativamente sulla fecondità dell'uomo e della donna; inoltre, in corso di gravidanza, può produrre danni al feto e, alla nascita, danni al neonato di madre fumatrice. Il fumo è associato, infatti, in modo statisticamente significativo ad un aumento di complicanze per la donna che fuma in gravidanza (gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, inserzione bassa della placenta, rottura precoce delle membrane ecc..) ed a numerosi effetti dannosi per il bambino, tra i quali, ridotto peso alla nascita, parto prematuro, mortalità perinatale, disturbi cognitivi. Di estremo rilievo sono inoltre i danni alla salute riconducibili al fumo passivo in bambini di madri e padri fumatori, quali una maggiore incidenza di bronchiti acute, di broncopolmoniti, di asma bronchiale e di otiti ricorrenti

Il progetto "Mamme libere dal fumo" prende in carico uno degli aspetti più delicati dei danni da fumo di tabacco: quello relativo ai danni sul feto e sul

neonato di madre fumatrice, e ai danni da fumo passivo su bambini di madri e padri fumatori.

Tale progetto parte da un'attività di counselling ostetrico alle donne fumatrici in gravidanza ed ha come obiettivo ulteriore il coinvolgimento e la sensibilizzazione della comunità sociale sullo specifico problema, "arruolando" per tale fine professionisti della sanità, genitori e docenti, con l'ambizioso obiettivo di ridurre concretamente non solo l'abitudine al fumo nelle donne che programmano una gravidanza o che già stanno vivendo tale periodo, ma anche, ridurre il fumo passivo nei bambini di madri e padri fumatori. L'obiettivo a più lungo termine è infine contrastare il fumo nella adolescenza, qualora il bambino sia cresciuto in un contesto culturale libero dal fumo.

Tuttavia, a riguardo, il quadro descritto dai dati epidemiologici disponibili (ISTAT 1999 e 2001) propone un insieme contraddittorio di situazioni comportamentali che evidenziano una popolazione di giovani donne fumatrici, che smettono di fumare durante la gravidanza e riprendono dopo il parto, con una conseguente alta esposizione dei bambini al fumo passivo.

La necessità di informare e sensibilizzare risulta pertanto particolarmente urgente ed ancora di più nei riguardi di donne fumatrici che intendono programmare una gravidanza o siano già gravide; in tal caso, infatti, oltre ai rischi per la salute che condivide con tutti i fumatori, la donna va incontro a situazioni di rischio specifico legate alla sua particolare condizione.

In proposito, è stata ormai dimostrata l'efficacia di appropriati programmi per la cessazione del fumo in gravidanza (cochrane review, 2001), in particolar modo, il counselling breve, cioè l'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale da parte di personale sanitario adeguatamente preparato, si è imposto



per la sua relativa facilità, il basso costo e la grande efficacia.

In Italia, il SSN (attraverso le ASL) e la rete sociale (associazioni di volontariato, ordini e collegi professionali, società scientifiche) associate alla competenza, sensibilità e disponibilità di gruppi professionali, ginecologi e principalmente ostetriche, che maggiormente hanno contatto nel loro operato con la donna ed il suo nucleo familiare, rappresentano i punti di forza tali da favorire l'avvio di progetti specifici, i punti di partenza per qualsiasi azione di sensibilizzazione e di counselling in questo ambito.

L'iniziativa della LILT si è sviluppata a livello nazionale in collaborazione con i Collegi delle Ostetriche e si è inteso affrontare questo grave problema di Sanità Pubblica articolando un piano strutturato in più fasi:

A Napoli e provincia, la Consulta Femminile della sezione di Napoli della LILT ha deciso di attivare questo progetto adottando la progettualità nazionale, attuando un percorso in più fasi conseguenti e opportunamente adattate al contesto locale.

In primo luogo, si è voluto ricercare il più vasto coinvolgimento e la più ampia partecipazione nel mondo sociale, del volontariato e nel mondo delle professioni sanitarie potenzialmente coinvolte, attraverso un'azione di comunicazione ed informazione che ha preso l'avvio simbolicamente il 31 maggio, "Giornata Mondiale senza Tabacco", con un Convegno dal titolo "Mamme Libere dal Fumo", realizzato in collaborazione con l'Associazione Italiana Donne Medico e la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche e con il patrocinio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli, cui sono stati invitati rap-

presentanti delle professioni sanitarie, delle associazioni operanti sul territorio e delle scuole.

In seguito, si è proceduto all'organizzazione di un corso di formazione per il personale ostetrico, in collaborazione con il Collegio Provinciale di Napoli delle Ostetriche, con il patrocinio dell'INT Fondazione Pascale, che ha ospitato il corso, e del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della SUN, con l'obiettivo di preparare a questa specifica attività di counselling i rappresentanti di questa professione che più di altre ha occasione di contatto con le future madri.

Il corso, strutturato in due moduli formativi, è stato accreditato dal Ministero della Salute con 16 crediti ECM (Formazione Continua in Medicina) a dimostrazione della importanza dei contenuti proposti, del rilievo dei docenti impegnati e della validità della pianificazione didattica. Le tecniche di formazione sono state rappresentate da lezioni frontali, lavoro di gruppo e role playing. Il 26 e 27 novembre ha avuto corso, con ottimo riscontro di gradimento, il primo modulo cui hanno partecipato circa 30 rappresentanti del personale ostetrico, mentre sono previste circa 50 presenze per il secondo modulo programmato per i giorni 1-2 dicembre p.v.

In sede è prevista la distribuzione del materiale informativo e formativo differenziato per le mamme e il personale ostetrico. Tale materiale è stato già predisposto congiuntamente dai diversi promotori del progetto a livello nazionale, ed è stato già utilizzato in altre regioni. Le sedi destinatarie della distribuzione a Napoli e in Provincia sono prioritariamente le sedi operative del personale sanitario che è stato specificamente formato.

Il corso di formazione rappresenta un importante fase del progetto cui farà seguito la attività di counselling



opportunamente monitorata per la verifica dell'efficacia dell'intervento.

L'ultima fase prevede la valutazione dell'intervento, attraverso il follow-up delle donne e l'analisi della percentuale rimasta astinente.

Ovviamente sarà opportuno e di estrema importanza divulgare le valutazioni positive e/o negative effettuate a valle dell'intervento educativo.

D'altra parte, si può certamente affermare che, qualsiasi siano i dati di risultato, la valutazione globale dell'intervento non potrà prescindere dall'essere stata una delle prime azioni, forse la prima ad ampio raggio, finalizzate alla lotta al fumo di tabacco nelle donne sul territorio napoletano.

*Simona Creazzola*



## L'epitelioma cutaneo



Epitelioma basocellulare varietà pianocatrizziale

**L**a cute per la sua posizione offre l'immagine del lungo e complesso cammino che va dal "precancro al cancro"; mostra con dovizia di forme esterne le molteplici espressioni evolutive dei tumori maligni tegumentali e porge un modello inimitabile del rapporto tra tumori e organismo.

I tumori maligni cutanei sono in continuo aumento, per maggiore attenzione e impegno diagnostico ma anche per il deterioramento ambientale e per depauperamento immunitario individuale.

La prognosi dei tumori cutanei (a parte il melanoma) è meno grave di quella degli omologhi tumori viscerali, ma sono la diagnosi precoce, la maggiore accessibilità terapeutica, la visiva comprensione del decorso, i motivi che rendono lieve tale prognosi.

Da qui la necessità di un tempestivo riconoscimento, di una radicalità nelle decisioni terapeutiche (con molte possibilità disponibili: terapia chirurgica, radiante, diatermica, criologica, laser, antiblastica), di un attento follow-up post-trattamento.

Le neoplasie cutanee sono senz'altro tra le manifestazioni tumorali più frequenti.

La maggior parte degli epiteliomi colpisce regioni del corpo fotoesposte (terzo superiore del volto, labbro inferiore, dorso delle mani) tanto da far sospettare l'irradiazione solare quale fattore che favorisce l'insorgenza neoplastica.

Avvalora tale ipotesi un dato epidemiologico: la maggiore incidenza, per alcuni gruppi razziali, dei tumori cutanei nelle latitudini in cui l'irraggiamento solare è maggiore (ad esempio nel Sud-Ovest degli USA l'incidenza del cancro cutaneo si avvicina a 1000 casi ogni 100.000 abitanti).

Oltre che con il sole, la correlazione è strettissima con il fototipo cutaneo: quanto più un soggetto è fotosensibile tanto più è a rischio.

I tumori maligni cutanei più frequenti sono gli epiteliomi basocellulari (80% circa) seguiti dagli epiteliomi spinocellulari (20% circa).

Circa le sedi anatomiche, la più colpita è quella del viso: circa il 90% contro il 10% delle restanti parti del corpo.

### Classificazione degli Epiteliomi Cutanei.

Tra gli epiteliomi cosiddetti "in situ" meritano un accenno particolare: la malattia di Bowen e la Eritroplasia di Queyrat, tumori maligni a lenta crescita con un'evoluzione bifasica.

Nella cute la malattia di Bowen si presenta, nella prima fase, con chiazze avvicinate, tondeggianti, lenticolari, di colorito roseo-grigiastro coperte da squamo-croste, che si estendono alla periferia confluendo tra loro per formare placche leggermente infiltrate, cheratosiche e persistenti.

Nella seconda fase, distante dalla prima di mesi o di qualche anno, compaiono sulle placche ulcerazioni alternate a vegetazioni che evolvono verso epiteliomi spinocellulari.

### Epiteliomi "in situ" (intraepidermici)

- Morbo di Bowen
- Eritroplasia di Queyrat
- Morbo di Paget extramammario

## Epiteliomi ad invasività dermica

- Epitelioma basocellulare
- Epitelioma spinocellulare
- Epitelioma misto

Nelle mucose l'eritroplasia del Queyrat manca della componente cheratosica e appare sottoforma di eritema intenso a superficie laccata o vellutata. Anche questa forma evolve a distanza di anni verso l'epitelioma spinocellulare per lo più vegetante.

Il morbo di Paget nella quasi totalità dei casi colpisce la donna, in corrispondenza del capezzolo.

Clinicamente si presenta come una chiazza eczematoide, a margini netti, eritematosa, essudante, talvolta ricoperta da squamo-croste. La malattia di Paget prende origine nella totalità dei casi da un carcinoma dei dotti galattofori sottostanti.

Secondo la teoria classica si tratta dell'espressione epidermotropa di una neoplasia intraduttale e quindi della migrazione in superficie di cellule maligne localizzate in profondità.

L'esame citologico è utile per la conferma diagnostica perché evidenzia le cellule di Paget. Il morbo di Paget extramammario si localizza soprattutto alla vulva, alla regione perianale, al perineo, alle ascelle, cioè dove sono presenti ghiandole apocrine. La lesione appare come una chiazza eritematosa in genere unica, più o meno essudante, ma ben delimitata e resistente ai comuni trattamenti locali.

## Epitelioma basocellulare

(sinonimi: basalioma, carcinoma basocellulare)

Il basalioma è il tumore cutaneo più frequente, predilige il sesso maschile, colpisce generalmente soggetti con pelle chiara (fototipo 1, 2) di età superiore ai 40 anni.

Più colpiti sono coloro che si sono sottoposti a lunghe esposizioni solari (marinai, contadini), a particolari agenti chimici (arsenico) e a radiazioni ionizzanti.

La crescita del tumore è in genere lenta (mesi o anni). Numerose sono le varietà clinico-evolutive. L'epitelioma

basocellulare nodulare è la forma più comune prevalentemente localizzata nelle zone fotoesposte. Inizia con piccoli noduli che man mano aumentano di volume. Tali noduli presentano colore perlaceo, talora rosso o roseo, forma arrotondata, superficie liscia con le tipiche teleangectasie. Essi hanno consistenza dura e nella loro naturale evoluzione presentano una ombelicatura centrale.

**L'Epitelioma basocellulare Page-toide** si presenta sotto forma di chiazza a superficie rosea, a contorni arrotondati, ricoperta caratteristicamente da piccolissime squamo-croste su un derma "atrofico". Ai margini può essere apprezzato un finissimo orletto costituito da perle minute. Questa varietà tumorale, che ha un decorso clinico lento e relativamente benigno, si presenta più spesso in persone anziane e predilige il tronco.

**L'Epitelioma basocellulare pianocicatrizziale** appare come una chiazza, di forma irregolare, a contorni policiclici, atrofica nella parte centrale, in vari punti bordata da un orletto rilevato costituito da catenelle di "piccole perle" traslucide. Tale neoplasia, che ha come sede preferita quella temporale, evolve molto lentamente. Se il trattamento è corretto la prognosi è buona, ma il paziente deve essere controllato nel tempo per la possibile insorgenza di nuovi elementi.

**L'Epitelioma basocellulare nodulare cistico** si presenta come un nodulo unico rilevato di dimensioni che variano da un pisello ad una mandorla, di aspetto traslucido, solcato da teleangectasie. Sedi preferenziali sono l'angolo dell'orbita ed il dorso del naso.

**L'Epitelioma basocellulare vegetante** è caratterizzato da una superficie irregolare su cui prevalgono processi esofitici con aspetto talora condilomatoso.

**L'Epitelioma basocellulare pigmentato** è un'epitelioma nodulare con notevole pigmentazione per cui crea talora problemi diagnostico-differenziali con il melanoma.

**L'Epitelioma basocellulare ulcerato (ulcus rodens)** appare sottoforma di

ulcerazione profonda non dolente che interessa tutto il derma, con una base indurita, senza orletto perlaceo.

L'evoluzione e la prognosi sono più impegnative rispetto alle forme precedenti. Tale neoplasia infatti infiltra in profondità i tessuti se non viene trattata subito ed in modo adeguatamente ampio.

Le localizzazioni più frequenti sono il cuoio capelluto, l'angolo interno dell'occhio, il solco naso-genieno. Qui il tessuto connettivo lasso favorisce la progressione serpigginosa in profondità.

**L'Epitelioma basocellulare terebrante** può rappresentare la fase evolutiva avanzata delle forme precedenti, ma può manifestarsi anche primitivamente e sin dall'inizio con tutta la sua aggressività. La neoplasia e l'ulcerazione progrediscono più in profondità che in superficie, dando luogo a veri e propri "crateri". I bordi infiltrati dell'ulcera sono tagliati a picco, il fondo è irregolare e facilmente sanguinante. Tale forma di neoplasia tende ad essere distruttiva, mutilante e, a differenza delle altre forme, spesso dolorosa.

## Epitelioma spinocellulare

(sinonimo: spinalioma, carcinoma spinocellulare, carcinoma squamo-cellulare)

L'epitelioma spinocellulare nasce in genere da cheratinociti precedentemente danneggiati da "cancerogeni" chimici (arsenico, olii, catrami) o fisici (luce solare, radiazioni ionizzanti, ustioni).

La neoplasia colpisce soggetti di età oltre i 55 anni. Sedi preferite sono il labbro inferiore e i padiglioni auricolari; la parte estensoria degli avambracci e delle mani, gli arti inferiori.

Anche per lo spinalioma la razza bianca è la più colpita e di questa, in particolare gli individui con fototipo 1 e 2, specie se fotoesposti.

L'epitelioma spinocellulare a differenza del basalioma ha una evoluzione meno lenta ed una malignità non solamente locale.

Dopo il trattamento, preferibilmente chirurgico, la media delle remissioni a

5 anni è del 90% includendo in questa percentuale statistica anche lo spinolioma del labbro inferiore. L'incidenza di metastasi non è elevata (3%) nelle forme che compaiono su cheratosi solare; maggiore (20%) è invece la metastatizzazione nelle forme che si sviluppano su radiodermi o su cicatrici di antiche scottature.

**L'Epitelioma spinocellulare superficiale** può simulare un morbo di Bowen. Si presenta con chiazze discoidi, nummulari poco infiltrate, di colorito rosso scuro, ricoperte da squamocroste o con placche policicliche bruno-grigiastre a fondo squamoso.

**L'Epitelioma spinocellulare papillomatoso o vegetante** è costituito da un nodulo roseo-biancastro, con superficie vegetante irregolare (condilomatosa) e può raggiungere, in taluni casi, dimensioni considerevoli.

**L'Epitelioma spinocellulare nodulo-ulcerativo** è caratterizzato da un nodulo più o meno rilevato, profondamente incassato nella cute, a superficie irregolare, mammellonata, con base infiltrata e con limiti spesso indistinti. Rapidamente il tumore si ulcera assumendo l'aspetto di un piccolo cratere il cui fondo, facilmente sanguinante, presenta frammenti bianco giallastri costituiti da materiale corneo e piccole croste ematiche.

**L'Epitelioma spinocellulare a sede cutaneo-mucosa** si localizza prevalentemente nelle zone di passaggio tra cute e mucosa (labbra, quasi sempre quello inferiore; genitali). Si manifesta come chiazze infiltrate, di varie dimensioni, a bordo netto. Evolvendo manifesta un aspetto nodulare; la sua consistenza aumenta notevolmente e la sua parte centrale si ulcera sanguinando facilmente. Questo tipo di neoplasia è particolarmente maligno e può dar luogo rapidamente a metastasi.

Forma meno frequente è **l'Epitelioma misto (baso-spinocellulare)** in cui si osservano due tipi di neoformazioni, le une circondate da spazi chiari (come nel basalioma), le altre costituite da cellule spinose.

**Antonio Rossi**



*Epitelioma basocellulare varietà adenoide pigmentata*



*Carcinoma spinocellulare ulcerovegetale*

## Il modello di Gail nella valutazione del rischio per il cancro della mammella

**I**l tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente per le donne, sia in Europa sia negli Stati Uniti; è una malattia multifattoriale in cui elementi endogeni, genetici e ormonali si intrecciano con quelli ambientali.

In Italia, oggi, vengono diagnosticati ogni anno circa 33.000 nuovi casi di tumore alla mammella e la probabilità per una donna di ammalarsi nel corso della vita di questo tipo di tumore è di 1 su 13, ossia il 6,3% di tutte le donne. Il numero di donne viventi in Italia che hanno avuto un cancro della mammella è stimabile in oltre 300.000 casi.

Si tratta certamente di uno dei tumori per cui più si è fatto in termini di anticipazione diagnostica, ma gli interventi ed i risultati sono stati molto diversi in rapporto alla residenza e ad altre variabili socio-economiche. Il tumore della mammella, una malattia che fino a 30 anni fa veniva trattata con interventi demolitivi e devastanti e che aveva sopravvivenza modesta, è oggi sempre più guaribile, soprattutto se scoperto precocemente. Tale neoplasia in stadio iniziale ha una probabilità di guarigione superiore al 90%, e comporta effetti minimi dal punto di vista estetico. Questo risultato è dovuto in primo luogo alla diffusione e all'efficacia della diagnosi precoce: individuare il tumore in fase iniziale comporta un approccio terapeutico che permette alla donna di poter superare la malattia senza riportare nessuna complicazione di ordine fisico e/o psicologico.

Poter disporre di strumenti che permettano di individuare donne a maggior rischio di sviluppare un cancro della mammella, costituisce un punto di rilevanza strategica.

I principali fattori di rischio per il cancro della mammella sono oggi ben conosciuti (età menarca, età menopausa, età primo figlio, numero parenti di primo grado affetti da cancro, obesità, terapie ormonali in menopausa, scarsa attività fisica, familiarità, ecc.), ma è altrettanto noto che l'eccesso di rischio è legato

alla presenza simultanea e alla interazione, in particolare con la familiarità.

Il modello di Gail è un primo approccio nella stima individuale del rischio di cancro della mammella. Tale modello, ottenuto sulla base della popolazione USA sottoposta al primo studio randomizzato di screening mammografico (Breast Cancer Detection and Demonstration Project), sembra particolarmente indicato per identificare donne ad alto rischio. I fattori di rischio che entrano nel modello per il calcolo del rischio relativo sono: età, età al menarca, età al primo figlio nato vivo, numero di parenti di primo grado con tumore della mammella, numero di precedenti biopsie benigne.

Il modello di Gail permette di calcolare la probabilità di sviluppare un cancro della mammella nei prossimi 5 anni (predire l'incremento di rischio nei cinque anni successivi) ed il rischio cumulativo, fino all'età di 90 anni della donna indagata, non affetta da tumore alla mammella al momento della stima, rispetto ad una donna che non riporti alcuno dei fattori di rischio considerati.

La valutazione del rischio di cancro al seno secondo il modello di Gail è molto usata negli Stati Uniti, meno in Europa, anche perché finora il modello non risulta sufficientemente validato sulle donne Europee, che presentano un'incidenza minore ed alcuni fattori di rischio diversamente espressi, rispetto alle donne degli Stati Uniti.

Il modello di partenza include informazioni sulla familiarità esclusivamente di primo grado; noi abbiamo inserito nel modello anche il secondo grado di familiarità valutandone l'interazione con il primo grado. L'obiettivo del nostro studio è stato sia quello di valutare l'efficacia del modello di Gail nella stima del rischio del cancro della mammella in popolazione mediterranea, sia di esaminare i risultati derivanti alla stima del rischio data dall'estensione del grado di parentela inserito nel modello stesso. Tra il 1997 e il 2000 abbiamo reclutato

**TABLE 1 VARIABILI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER CANCRO DELLA MAMMELLA**

	Controls	Hysterectomy	Breast cancer
<b>Age</b>			
No. reported	1207	1032	558
No. unavailable	0	0	0
Mean (range) in years	53.1 (19-87)	50.4 (35-70)	55 (24-86)
<b>Age at menarche</b>			
No. reported	1207	1032	554
No. unavailable	0	0	4
Mean (range) in years	12.7 (9-18)	12.4 (8-17)	12.5 (9-18)
<b>Age at first pregnancy</b>			
No. reported	1195	943	470
No. unavailable	12	89	88
Mean (range) in years	24.5 (17-41)	24 (14-39)	25.6 (15-42)
<b>Percentage of women with first-degree relative (FDR) with breast cancer</b>			
No. reported	1207	1032	558
No. unavailable	0	0	0
Percentage 1 FDR	8.8	8.9	13.8
Percentage ≥ 2 FDRs	0.2	0.1	0.7
<b>Percentage of women with second-degree relative (SDR) with breast cancer</b>			
No. reported	1207	1032	558
No. unavailable	0	0	0
Percentage 1 SDR	7.5	8.8	13.8
Percentage ≥ 2 SDRs	0.8	0.2	2.9
<b>Percentage of women with first- and second-degree relative with breast cancer</b>			
No. reported	1207	1032	558
No. unavailable	0	0	0
Percentage 1 FDR+SDR	15.7	17.0	25.4
Percentage ≥ 2 FDRs+SDRs	1.0	0.2	3.6
<b>Percentage of women with a previous breast biopsy</b>			
No. reported	339	1032	558
No. unavailable	868	0	0
Percentage	4.4	12.7	8.1
<b>Age at menopause</b>			
No. reported	497	1032	330
No. unavailable	710	0	228
Mean (range) in years	49.6	43	48.8
<b>OCs use</b>			
No	800	–	337
Yes	405	–	96
<b>HRT</b>			
No	117	829	–
Yes	751	203	–

to 3.297 donne divise in tre gruppi. Il primo gruppo era formato da 558 donne che hanno subito un intervento di cancro della mammella; il secondo gruppo era costituito dalle donne arruolate nello studio sul Tamoxifen (n=1.032) riferite esclusivamente al centro di Napoli; infine 1.207 erano controlli ospedalieri che fanno parte di uno nostro studio caso-controllo. Questi tre gruppi sono stati utilizzati in modo indipendente per la stima del modello di Gail. La familiarità è stata considerata secondo il numero di parenti di primo grado (madre, sorella, figlia) e di secondo grado (zia, cugina, nonna) e dell'età alla diagnosi.

E' stato calcolato l'odds ratio attraverso l'analisi della regressione logistica stratificata poi per stato menopausale; l'età anagrafica è stata presa come covariata nel modello. E' stato calcolato l'indice di concordanza con l'intervallo di confidenza al 95%, ottenuto attraverso le curve ROC per confrontare i risultati del modello di Gail USA e quelli ottenuti dal modello con più gradi di familiarità.

La media dell'età per le 3.297 donne è di 52 anni, l'età al menarca è 12.5 anni, l'età al primo figlio è di 24 anni. Poche donne risultano essere nullipare ed il numero di parenti con cancro mammario di primo e/o di secondo grado varia tra lo 0.2% e il 13.8%, l'interazione dei due gradi varia tra l'1% e il 25.4%.

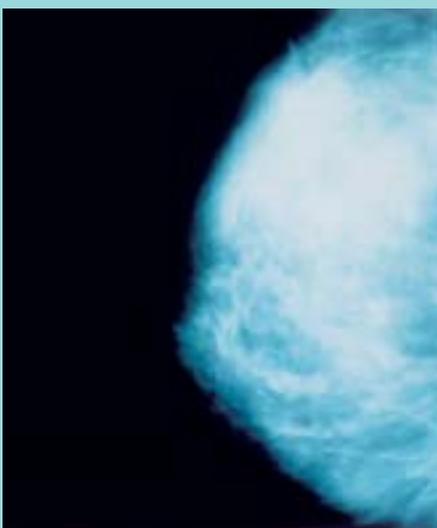
La tabella 2 mostra i rischi per familiarità nelle donne che hanno già sviluppato il cancro della mammella. L'odds ratio per 1 parente di primo grado è 1.25 e aumenta a 4.41 per 2 o più parenti (non significativi per la scarsa numerosità). Per il secondo grado di parentela i rischi sono statisticamente significativi per un parente (2.39, 95% CI 1.61-3.55) e 2 o più (3.78, 95% CI 1.62-8.80). La combinazione dei 2 gradi di parentela evidenzia il più alto rischio nella categoria con 4 o più parenti (OR=6.14, 95% CI 1.75-21.56). Nella tabella 3 sono ripetuti gli odds ratio per familiarità questa volta stratificati per stato meno-

pausale e il rischio più alto si verifica per le donne in post-menopausa e 2 o più parenti di primo e/o secondo grado (OR=4.37, 95% CI 1.34-14.27). Nella Tabella 4 e 5 sono riportate le stime ottenute dallo studio di *Gail et al 1989* e le stime ottenute dalle nostre 2 popolazioni (donne isterectomizzate e donne con cancro mammario).

La valutazione dell'indice di Gail nei quattro gruppi di donne diverse selezionate, conferma la validità di questo modello nella stima del rischio anche in popolazioni di donne diverse dalle americane.

L'aggiunta di informazioni riguardanti la familiarità di secondo grado e la relativa interazione col primo grado, rafforza l'efficacia del modello nella stima del rischio. Infine il modello conferma che le donne in post menopausa con una anamnesi di familiarità positiva (primo grado e secondo grado) sono ad alto rischio.

**Maurizio Montella**  
**Anna Crispo**



**TABLE 2** ODDS RATIO (OR) E INTERVALLO DI CONFIDENZA (CI)<sup>1</sup> AL 95% PER CANCRO DELLA MAMMELLA SECONDO LA STORIA FAMILIARE

Family History (FH)	Breast cancer patients	Controls	
	N.	OR (95%CI)	N.
<b>First-degree relative with breast cancer</b>			
No FH (FDR)	477	1 <sup>2</sup>	1099
1 FDR	77	1.25 (0.83-1.87)	106
≥2 FDRs	4	4.79 (0.77-29.78)	2
<b>Second-degree relative with breast cancer</b>			
No FH (SDR)	465	1 <sup>2</sup>	1106
1 SDR	77	2.39 (1.61-3.55)	91
≥2 SDRs	16	3.78 (1.62-8.80)	10
<b>First-degree + Second-degree relatives with breast cancer</b>			
No FH	396	1 <sup>2</sup>	1005
1 F-S DR	132	1.59 (1.15-2.19)	184
2 F-S DRs	10	4.44 (1.49-13.17)	6
3 F-S DRs	12	3.15 (1.20-8.28)	8
≥4 F-S DRs	8	6.14 (1.75-21.56)	4

<sup>1</sup> Estimated from unconditional logistic regression adjusted for age, age at menarche, age at first live birth, number of births, number of previous biopsy. <sup>2</sup> Reference category.

**TABLE 3** ODDS RATIO (OR) E INTERVALLO DI CONFIDENZA (CI)<sup>1</sup> AL 95% PER CANCRO DELLA MAMMELLA SECONDO LA STORIA FAMILIARE E LO STATO MENOPAUSALE

Family History (FH)	Breast cancer patients	Controls	
	N.	OR (95%CI)	N.
<b>Menopausal status and Number of relatives</b>			
<b>Pre-menopausal women</b>			
No FH (FDR)	204	1 <sup>2</sup>	546
≥ 1 FDRs	29	0.99 (0.52-1.89)	53
No FH (SDR)	188	1 <sup>2</sup>	536
≥ 1 SDRs	45	2.47 (1.51-4.05)	63
No FH	166	1 <sup>2</sup>	485
1 F-S DR	56	1.37 (0.86-2.17)	107
≥2 F-S DRs	11	3.83 (1.39-10.6)	7
<b>Postmenopausal women</b>			
No FH (FDR)	273	1 <sup>2</sup>	553
≥ 1 FDRs	52	1.53 (0.92-2.55)	55
No FH (SDR)	277	1 <sup>2</sup>	570
≥ 1 SDRs	48	2.79 (1.62-4.82)	38
No FH	230	1 <sup>2</sup>	520
1 F-S DR	86	2.05 (1.34-3.14)	83
≥2 F-S DRs	9	4.37 (1.34-14.27)	5

<sup>1</sup> Estimated from unconditional logistic regression adjusted for age, age at menarche, age at first live birth, number of births, number of previous biopsy. <sup>2</sup> Reference category.

**TABLE 4 CONFRONTO TRA I RISCHI RELATIVI DEI FATTORI DI RISCHIO DEL MODELLO ORIGINALE DI GAIL ET AL 1989 PER CANCRO DELLA MAMMELLA E QUELLI CALCOLATI USANDO LA POPOLAZIONE MEDITERRANEA**

**ASSOCIATED RELATIVE RISKS<sup>1</sup>**

Risk factors	Gail et al. <sup>14</sup> 1989	Women with Hysterectomy	Breast cancer patients	No. of cases Hysterectomised	No. of cases Breast cancer	No. of controls (n=1,207)	
<b>AGEMEN</b>							
≥14	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	214	135	352	
12-13	1.099	1.32 (1.04-1.67)	1.22 (0.95-1.57)	571	268	606	
<12	1.207	1.52 (1.14-2.03)	1.68 (1.26-2.24)	247	151	249	
<b>NBIOPS</b>							
Age <50 yr							
0	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	428	176	495	
(≥)1	1.698	6.6 (3.04-14.31)	5.63 (2.48-12.75)	54	18	9	
≥2	2.882						
Age ≥50 yr							
0	1.000	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	473	337	694	
(≥)1	1.273	8.4 (4.01-17.7)	6.18 (2.87-13.28)	77	27	9	
≥2	1.620						
<b>AGEFLB FDR</b>							
<20	0	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	106	37	102
	(≥)1	2.607	3.81 (1.12-13)	0.96 (0.32-2.87)	8	5	14
	≥2	6.798					
20-24	0	1.244	2.51 (0.52-11.98)	0.99 (0.65-1.51)	383	146	405
	(≥)1	2.681	2.79 (0.85-9.23)	1.54 (0.80-2.94)	38	22	38
	≥2	5.775					
25-29 or null.	0	1.548	2.76 (0.85-9.23)	1.35 (0.89-2.04)	304	220	462
	(≥)1	2.756	2.09 (0.63-6.92)	2.31 (1.27-4.19)	34	34	40
	≥2	4.907					
≥30	0	1.927	2.83 (0.78-10.31)	1.5 (0.92-2.42)	66	70	128
	(≥)1	2.834	1.81 (0.53-6.19)	3.25 (1.52-6.95)	4	20	16
	≥2	4.169					

<sup>1</sup>Relative Risk compared to an individual of the same age without any risk factors is estimated by locating the person's associated relative risk for AGEMEN, NBIOPS, and combination AGEFLB and NUMREL and multiplying these three numbers together.

**TABLE 5 MODELLO CON ESTENSIONE DELLA STORIA FAMILIARE ED I RISCHI RELATIVI CORRISPONDENTI PER CANCRO DELLA MAMMELLA**

ASSOCIATED RELATIVE RISKS						
Risk factors		Women with Hysterectomy	Breast cancer patients	No. of cases Hysterectomised	No. of cases Breast cancer	No. of controls (n=1,207)
AGEFLB	SDR					
<20	0	1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	103	32	107
	≥1	2.21 (0.81-6.04)	4.44 (1.64-12)	11	10	9
20-24	0	2.78 (0.69-11.22)	1.16 (0.75-1.81)	393	141	413
	≥1	1.72 (0.65-4.51)	3.25 (1.68-6.29)	28	27	30
25-29 or null.	0	1.7 (0.56-5.16)	1.69 (1.09-2.6)	301	217	453
	≥1	1.31 (0.49-3.43)	2.8 (1.56-5.04)	37	37	49
≥30	0	1.45 (0.5-4.2)	1.83 (1.12-3.0)	62	71	131
	≥1	1.07 (0.39-2.93)	5.01 (2.21-11.35)	8	19	13

AGEFLB	FDR + SDR						
<20	0		1 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	97	30	93
	1	}	0.75 (0.34-1.67)	1.73 (0.77-3.91)	17	9	23
	≥2				0	3	0
20-24	0		0.73 (0.5-1.05)	1.0 (0.63-1.59)	358	120	377
	1		0.69 (0.41-1.15)	1.91 (1.07-3.41)	61	39	64
	≥2		1.29 (0.13-12.66)	14.3 (2.91-70.3)	2	9	2
25-29 or null.	0		0.53 (0.37-0.78)	1.46 (0.93-2.29)	269	187	415
	1	}	0.65 (0.4-1.07)	2.5 (1.47-4.26)	69	61	80
	≥2				0	6	7
≥30	0		0.47 (0.29-0.77)	1.46 (0.86-2.47)	60	55	118
	1		0.32 (0.14-0.77)	4.42 (2.24-8.71)	10	33	23
	≥2		-∞	1.88 (0.3-11.9)	0	2	3

<sup>1</sup> Relative Risk compared to an individual of the same age without any risk factors is estimated by locating the person's associated relative risk for AGEMEN, NBIOPS, and combination AGEFLB and NUMREL and multiplying these three numbers together.



Ricordiamo che la sezione di Napoli della lega italiana Tumori organizza i seguenti corsi

## CORSI DI FORMAZIONE PER VOLONTARI IN ONCOLOGIA



### Il volontario

- ✓ Confida nella solidarietà contro l'egocentrismo
- ✓ Crede nei valori umani contro l'epicureismo
- ✓ E' vicino a chi soffre
- ✓ Stringe la mano a chi gliela tende
- ✓ Accende i sorrisi che si sono spenti
- ✓ Asciuga le lacrime di chi piange
- ✓ Gioisce della gioia altrui
- ✓ Gratifica la sua vita migliorando quella degli altri

*Per informazioni:*

**081 5903597**  
**081 5903395**  
dal lunedì al venerdì  
dalle ore 14,00  
alle ore 16,00



Lega Italiana Tumori  
Sezione di Napoli

## CORSI GRATUITI PER SMETTERE DI FUMARE

*Per informazioni:*

**081 5465880**  
**081 5903444**  
fax **081 5466888**



## Il tè verde: un rimedio per la buona salute

**I**l tè verde è una bevanda antica al centro dell'attenzione del mondo scientifico del 21° secolo per le sue straordinarie capacità di combattere numerose malattie che affliggono la nostra società. Il tè verde si ricava dai germogli delle foglie e dalle foglie giovani della pianta conosciuta come "camellia sinensis". In Cina si narra che l'imperatore Shen Nung fu il primo bevitore di tè verso il 2700 a.C., mettendo le foglie della pianta dentro una brocca di acqua bollente dando così inizio a questa usanza. Inoltre dal secondo secolo dopo Cristo (d.C.) numerosi testi medici cinesi riportano i benefici ottenibili dal consumo del tè. Comunque che si creda oppure no a queste storie, dobbiamo sapere che le foglie di questa pianta sono utilizzate ormai da almeno 4000 anni per correggere malattie come le allergie, arteriosclerosi, asma, colera, raffreddore, congestioni, tosse, depressione, diarrea, mal di testa, tifo, infezioni digestive. Il tè verde reprime anche diversi virus oncogeni, incluso quello dell'epatite e, recentemente, all'Università di Nagoya in Giappone, è stato dimostrato che esso può inibire anche l'enzima (trascriptasi inversa) usato dal virus HIV per la sua replicazione. Prenderlo assieme ai cibi inoltre può aiutare ad eliminare i batteri del cavo orale responsabili di carie ed alito cattivo e ridurre il rischio di avvelenamento da alimenti. Un altro gruppo di ricercatori costituito da Nie Guangjun, Cao Yuanling e Zhao Baolu, ha mostrato anche che il tè verde ed in particolare la catechina EGCG svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione e terapia di patologie neurodegenerative (es. il morbo di Parkinson ecc.), inibendo l'apoptosi delle cellule nervose indotta da varie neurotossine). In particolare il tè verde e l'EGCG, inibiscono l'apoptosi nelle cellule PC12 catecolaminergiche indotta dalla 6-idrossidopamina (6-OHDA), una neurotossina catecolaminergica selettiva, comportandosi da efficaci agenti neuroprotettivi e neuropreventivi per il trattamento delle malattie neurodegenerative.



Secondo recenti scoperte sembra anche che il tè verde svolga un ruolo importante nella prevenzione del rischio di malattie cardiovascolari.

L'effetto antiossidante protettivo in questo caso, è esercitato attraverso vari meccanismi, di cui i principali sono: 1) l'inibizione dell'ossidazione del colesterolo LDL (colesterolo cattivo).



### Come preparare correttamente il tè verde

Per evitare di distruggere la maggior parte dei principi attivi del tè verde, è consigliato che l'acqua che viene versata nella tazza o teiera non sia molto bollente, ma qualche grado inferiore (circa 80°C); lasciare in infusione per non più di 1.5-2 minuti e bere il tè possibilmente tiepido. Bere questa bevanda con maggior consuetudine, al posto del solito cappuccino e cornetto, sicuramente offrirà maggiori vantaggi per la salute.

### Controindicazioni

Un uso eccessivo di tè verde nelle persone predisposte può leggermente alzare la pressione del sangue, causare irritabilità per la caffeina che contiene ed aggravare l'ulcera. In questi casi possono essere consigliati altri tipi di tè giapponesi (es. il tè kukicha e bancha) poiché sembra che presentino meno effetti collaterali.



sclerotiche dalla parete della arterie; 4) la riduzione dell'ipertensione arteriosa responsabile della perdita di elasticità delle arterie; 5) l'inibizione dell'attività dell'enzima amilasi (necessario per trasformare gli amidi assunti con l'alimentazione in zuccheri semplici) e riduzione del livello di glucosio ed insulina nel sangue, responsabili del diabete e malattie cardiovascolari ed un'accelerazione dell'invecchiamento; 6) riduzione dell'accumulo di grassi nel corpo.

Tecnicamente, per essere definito tè, il prodotto deve essere ricavato dalle foglie della camellia sinensis, la pianta sempreverde del tè. Si conoscono almeno tre tipi di tè: nero, oolong e verde, così classificati secondo il metodo di preparazione. Questi differiscono per la durata della fermentazione delle foglie: quello nero viene essiccato e fermentato, l'oolong parzialmente fermentato, mentre quello verde viene solamente lavato e riscaldato per prevenire la fermentazione. I vari nomi con i quali il tè viene identificato, in genere, si riferiscono alla regione dove cresce la pianta (Ceylon, Souchong, Darjeeling ecc.), comunque tutti i tipi provengono dalla camellia sinensis.

**Aldo Giudice**



vo) nelle arterie, causa principale nella formazione di placche aterosclerotiche; 2) l'inibizione della formazione di coaguli di sangue (trombi) responsabili di infarti e colpi apoplettici con la stessa efficacia dell'aspirina; 3) l'aumento dei livelli del colesterolo HDL (colesterolo buono) responsabile della rimozione delle placche atero-

## Ricordo di due cari Amici



Il 27 novembre è trascorso un anno dalla scomparsa dell'indimenticabile Oreste Celentano, per noi tutti *Titta*.

A Serena, Benedetta e Lorenza e a tutta la famiglia l'abbraccio della Sezione di Napoli della Lega Italiana Tumori.



Il giorno 11 novembre è scomparso l'arch. Francesco Valensise dopo una breve malattia vissuta con grande dignità e accudito dall'affetto della famiglia.

Per la Lega Italiana Tumori resterà indimenticabile il disinteressato apporto professionale nell'acquisizione dell'immobile romano della Sede Centrale del nostro Ente.



**ALDO VECCHIONE**  
Direttore Scientifico  
dell'Istituto Tumori Napoli

Il Prof. Aldo Vecchione, 70 anni, è stato nominato nell'ottobre u.s. Direttore Scientifico dell'Istituto Tumori Napoli "Fondazione Pascale".

Il Prof. Vecchione, già Preside della II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma, è Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia della stessa Università, membro del Consiglio Superiore di Sanità e Consigliere di Amministrazione dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. E' Autore di 360 pubblicazioni scientifiche ed è un'altissima personalità scientifica.

Siamo certi che darà un contributo significativo per la crescita dell'Istituto che è stato chiamato a dirigere.

Al prof. Vecchione ed ai suoi collaboratori gli auguri più sinceri di buon lavoro da parte del Consiglio Direttivo della Sezione di Napoli della Lega Tumori.

## UN NATALE DI SOLIDARIETÀ



**DAL 12 AL 23 DICEMBRE**

In collaborazione con il San Paolo Banco di Napoli, l'Istituto Banco di Napoli - Fondazione e l'Unione Pensionati del Banco di Napoli, si terrà una raccolta fondi a favore della nostra Associazione in dieci filiali di Napoli e Provincia.

## Incontro al Cinema

In collaborazione con l'Istituto Capri nel Mondo e per gentile concessione della FilmAuro **giovedì 22 dicembre alle ore 20,30** presso il cinema Filangeri (via Filangeri, 43/47- Napoli) vi sarà la proiezione speciale del film **"Natale a Miami"**.

Il ricavato della serata sarà devoluto alla Lega Italiana Tumori di Napoli.

Alla Serata intervengono vari Artisti.

Il Maestro Patrizio Zona da sempre affettuosamente vicino alla Sezione di Napoli della nostra Associazione, organizza dal 29 gennaio al 26 febbraio 2006, in collaborazione con la Presidenza della Camera dei Deputati e il Comune di Napoli, una mostra nello splendido scenario del Maschio Angioino.

I Soci e i simpatizzanti della nostra Associazione sono gentilmente invitati a visitarla.



Il Sindaco di Napoli  
ha l'onore di invitarla  
all'inaugurazione della mostra

**Patrizio Zona**

***Lo stile della Completezza***

sabato 29 gennaio 2006 ore 17,30

Castel Nuovo - Maschio Angioino  
Piazza Municipio - sala Carlo V

**EVENTO  
FORMATIVO IN  
PSICO-ONCOLOGIA**

La Lega Italiana Tumori organizza per aprile 2006 un evento formativo in Psico-oncologia "Finchè morte non ci separi .." .

L' evento in accreditamento è riservato a psicologi e infermieri.

Per informazioni rivolgersi alla Lega Tumori di Napoli tel 081 5903597 - 081 5903444



**GENEROSO LASCITO ALLA  
NOSTRA  
ASSOCIAZIONE**

La sig.ra Luisa Solipago, pensionata, socia benemerita della Sezione di Napoli, ha lasciato all'Associazione la somma di € 32.900,00, così come ha disposto nel testamento pubblico redatto presso lo studio del Notaio Chiari di Napoli.

Tale importo sarà speso per i fini istituzionali dell'Ente.

**FIRMATO PROTOCOLLO D'INTESA  
TRA LA LEGA TUMORI DI NAPOLI  
E L'ASSOCIAZIONE HOUSE HOSPITAL**

Il 5 marzo 2005, presso la Sede dell' Associazione House Hospital in Via Giuseppe Verdi, 18, Napoli, presenti i vertici, soci, volontari e personale delle due Associazioni, è stato firmato, nell'ambito di una collaborazione che è stata instaurata nel 2000 e che ha portato notevoli risultati, il nuovo Protocollo d'Intesa tra la nostra sezione e l'House Hospital Onlus.

Tale collaborazione si attuerà nei settori di reciproco interesse, allo scopo di:

- Incrementare gli sforzi nell'ambito dell'informazione e dell'educazione alla salute in oncologia nei vari campi della prevenzione oncologica
- Collaborare nell'assistenza sanita-

ria oncologica con attività ambulatoriali e con prestazione mediante gli Hospital Car in dotazione dell'Associazione House Hospital

- Incrementare intese con altre Istituzioni Scientifiche pubbliche e/o private
- Promuovere e favorire i processi innovativi in oncologia
- Promuovere le conoscenze, la formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'istituzione di scuole di formazione e l'organizzazione di manifestazioni scientifiche
- Prodigarsi per il miglioramento e l'incremento dei mezzi di lotta contro le neoplasie in campo provinciale e comunale.



VISITATE IL NUOVO SITO DELLA LEGA TUMORI DI NAPOLI  
[www.legatumorinapoli.it](http://www.legatumorinapoli.it)

# CAMPAGNA NASTRO ROSA 2005



Anche quest'anno la sezione di Napoli della LILT ha partecipato attivamente al progetto "Nastro Rosa" per la Prevenzione del tumore al Seno. La Campagna ha incontrato un'importante adesione da parte delle donne di Napoli e Provincia.

Il Progetto ha come obiettivo la sensibilizzazione per la diagnosi precoce del tumore della mammella, che rappresenta l'arma più efficace per sconfiggere questa malattia.

In tal senso l'attivazione di un ambulatorio (Dr. Roberto Mabilia, Dr.

Giovanni Manganello, Dr.ssa Maria Rosaria Grasso, sig.ra Paola Manzo) dedicato per questo periodo ad incontrare e visitare donne, ha consentito di svolgere un ruolo di grande interesse ai medici ed ai volontari della LILT.

Sono state visitate, sino ad oggi, 162 pazienti delle quali 18 sono state inviate ad effettuare ulteriori accertamenti diagnostici per lesioni sospette.

La maggior parte delle donne ha ricevuto richiesta ed informazione di praticare i controlli previsti per fasce di età (ecografia, mammografia) nei tempi e nei modi previsti; inoltre sono state fornite notizie sui fattori di rischio e raccomandazioni sugli stili di vita da adottare

per ridurre il rischio di malattia.

Nell'ambito della Campagna Nastro Rosa, sabato 5 novembre, tutti i medici ed i volontari della Lega Tumori di Napoli erano presenti nella zona di Borgo Marinari, sottostante al Castel dell'Ovo che per l'occasione è stato illuminato di rosa, per la distribuzione, in appositi stand, di opuscoli "nastro rosa" e del n.3/2005 della rivista trimestrale "Obiettivo Vita" dedicata in gran parte all'evento "Nastro Rosa".

Sono stati distribuiti numerosi opuscoli sulla prevenzione senologica invitando le persone ad effettuare SMS al n.ro 48582 ed a prenotarsi presso i nostri ambulatori per effettuare visite senologiche gratuite.

## IL MINISTRO STORACE AL PASCALE

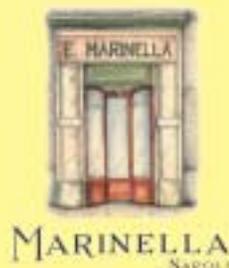


Sabato 3 dicembre, il Ministro della Sanità, On. Francesco Storace, alla presenza del Presidente Nazionale della Lega Tumori, Prof. Francesco Schittulli, ha dedicato il Nuovo Complesso Operatorio dell'Istituto Pascale di Napoli al Prof. Giovanni D'Errico che dal 1956 al 1980 ricoprì la carica di Direttore Generale Sanitario dell'Istituto.



La pubblicazione di  
**OBIETTIVO  
 VITA**

è stata possibile anche grazie al contributo di queste Aziende



**de Laurentiis**  
 Argentieri dal 1897



*Consorzio Agrario Provinciale di Benevento*



**I.R.S.V.E.M. s.r.l.**  
 Stabilimento di Depurazione  
 Molluschi  
 Sede : via Lucullo, 43  
 BAIA - BACOLI (NA)  
 tel. 081 868 7633  
 081 8687665  
 fax 081 8687277  
 telex 722409

*Consorzio Agrario Provinciale Caserta*



AUGUSTISSIMA ARCICONFRATERNITA  
 ED OSPEDALI DELLA SS. TRINITA'  
 DEI PELLEGRINI E CONVALESCENTI  
 FONDATA NEL 1578  
 ENTE DI CULTO (D.P.R. 25/2/1970) - NAPOLI



**EDUARDO TENE S.R.L.**  
 Gli allestimenti del Cavaliere

Unica sede : via Cinthia, 19 - 80126 Napoli  
 Uffici : tel. 081 7674641  
 Lab. : tel. 081 50923699  
 fax 081 7663814

[www.tene.it](http://www.tene.it)



ISTITUTO  
BANCO DI NAPOLI  
FONDAZIONE

SANPAOLO  
BANCO DI NAPOLI



Banca  
Popolare di  
Sviluppo



BANCA  
POPOLARE  
DI BARI



Società Ossigeno Napoli  
S.O.N. S.p.A.  
Via G.Ferraris 144  
80142 Napoli

**BANCA STABIESE**

DIREZIONE CENTRALE via E. Tito - tel. 081 8701842  
Servizi della Dir. Centrale : tel. 081 8728390 - Telefax 081 8702733

FILIALE DI CASTELLAMMARE  
via E. Tito  
Direzione e uffici : tel. 081 871140  
(n. 2 linee urbane)

AGENZIA DI CITTÀ N. 1  
piazza Municipio 1  
tel. 081 8712223 (n. 2 linee urbane)  
AGENZIA DI CITTÀ N.2  
via Ponte di Tappia 52  
tel. 081 8723929



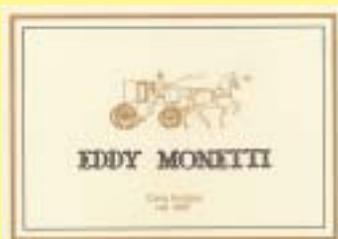
REGINAUTO s.n.c.  
Concessionaria Alfa Romeo



*Vicina alle imprese, vicina alle famiglie*



PRESTIGE  
*barolo*



Monetti  
GIOIELLERIA - OROLOGERIA

NAPOLI  
VIA S. BRIGIDA, 60 - TEL. 081 - 552.38.67  
VIA DEI MILLE, 12-14 - TEL. 081 41.14.68

ROMA  
VIA DELLE CONVERTITE, 15  
TEL. 06 679.03.16