

MEDAGLIONE MCS & GIUSTIZIA

a) ASPETTI SOCIO-SANITARI DELL'MCS

b) ASPETTI GIURICO-LEGALI DELL'MCS

POST

Quaderno n.4 - 2011 di Giancarlo Ugazio

a) ASPETTI SOCIO-SANITARI DELL'MCS

SCM SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA MCS MULTIPLE CHEMICAL SENSITIVITY

L'MCS è una condizione clinica patologica devastante caratterizzata da una eziologia multifattoriale e una sintomatologia multisistemica. Tale complessità nosologica è una tra le cause delle tante e tristi controversie che stanno alla base di questo capitolo della patologia umana combattute attualmente su diversi *ring* di contrapposizione bidirezionale: tra sanitari e sanitari, tra sanitari e pazienti, tra pazienti e pazienti.

Per cominciare, qualche sanitario la chiama malattia rara e definisce un certo *disagio* la sintomatologia lamentata dai pazienti, qualcun altro si maschera dietro alla distinzione semantica tra malattia e sindrome, altri stimano che i malati siano troppo numerosi rispetto alla presunta rarità, pertanto costerebbero troppo all'erario se fossero tutelati per davvero, altri ancora nascondono la loro ignoranza accusando il paziente di *aver lui nella testa il malanno*, come se fosse pazzo, infine diversi sanitari, sui *ring* della contrapposizione, usano il colpo basso del teorema psichiatrico per mettere del tutto fuori gioco *pazienti scomodi*, sia dal punto di vista semeiologico, sia perché sono testimonianza vivente di quanto le società evolute di oggi sacrificino sull'altare del progresso e dell'edificazione del P.I.L. Le storie cliniche riportate da Alison Johnson dimostrano che questo approccio, ispirato verosimilmente da interessi economici globalizzati, è transnazionale. Questa è proprio la causa principale di tanto pervicace ostilità di medici contro malati, simili sanitari sono proprio *medici senza frontiere*, nel senso della crudeltà.

Continuando, moltissimi agenti patogeni, chimici e/o fisici, che inquinano gli ambienti in cui vive e lavora la gente d'oggi, vengono in contatto con la totalità della popolazione; di essa, un individuo su dieci è predisposto geneticamente a perdere la tolleranza verso i veleni ambientali, poiché è venuto al mondo con un difetto genomico delle capacità di eliminarli o di difendersi da essi. Recenti ricerche scientifiche nel campo della genetica hanno trovato che l'MCS è provocata dalla combinazione di: alterazione di geni + esposizione a composti chimici presenti nell'ambiente. Christiane Tourtet afferma che è stato trovato che numerosi composti chimici nocivi sono capaci di trasformare geni normali in geni suscettibili. Una volta che geni sono stati trasformati in geni suscettibili, o geni alterati, basta un'esposizione successiva a qualunque composto chimico per innescare l'MCS. Le stime più aggiornate di questo fenomeno di predisposizione valutano che dall'1 al 10% della popolazione generale è suscettibile di questo rischio. E' verosimile che questa mutazione post-natale possa spiegare perché in certe collettività moderne la percentuale di gente a rischio superi il livello del 10%.

Quanto ai possibili agenti patogeni della condizione clinica, i vantaggi del progresso che è decollato negli ultimi decenni attraverso la rivoluzione industriale (I, II e III) hanno avuto l'effetto collaterale di versarci addosso, esponendoci, a: pesticidi, insetticidi, fumiganti, fertilizzanti, prodotti per la pulizia domestica, sbiancanti, ammorbidenti, rinfrescanti dell'aria, deodoranti, fumo secondario di tabacco, alcol denaturato, vernice fresca e solventi per vernici, colle, autoadesivi, tappeti, tendaggi, materiali nuovi per edilizia, inchiostri, toner emessi da fotocopiatrici e stampanti, carte senza inchiostro, carte per copiare prive di carbone, emissioni di scarico di motori a scoppio, benzina, nafta, propellenti, fumi

emessi dalla combustione di legna (bruciatore del barbecue ed altri), profumi e fragranze (naturali o di sintesi), prodotti profumati, aromi per alimenti (concentrati naturali o sintetici), conservanti per cibi e per bevande, carta carbone, shampoo, prodotti per capelli (soprattutto pigmenti per le tinte, collanti e brillantanti), prodotti cosmetici (kohl e mascara), fumo d'incenso, solventi per lavaggio a secco, e virtualmente tutto ciò che si trova nell'ambiente. Un importante agente patogeno è il mercurio dell'amalgama Hg-Ag con cui vengono otturate le cavità cariose dei denti; esso si libera lentamente nel cavo orale, viene assorbito dalle mucose dell'apparato gastroenterico, poi provoca neuro- e nefro-tossicità'. Secondo alcuni, la liberazione dell'Hg dall'amalgama dentaria sarebbe esaltata dai campi elettromagnetici (una concausa di effetto nocivo, imprevisto, dei C.E.M.) Un altro composto chimico patogeno è una molecola naturale estratta dagli agrumi, il limonene, che trova impiego nelle pulizie degli ambienti, come corroborante della candeggina, della formaldeide, della citrullina, con le quali può svolgere un'azione surrettizia di sinergismo, sia per efficacia della pulizia, sia per rischio tossicologico. Tra le Vittime del Progresso, di Alison Johnson, la storia clinica n. 20 di Connie, medico anatomopatologo, la quale riconosce di essersi *marinata* impunemente per lunghi anni con la formaldeide dei fissativi dei pezzi istologici, ma che è diventata ipersensibile quando è stata esposta anche al cloro della candeggina + il limonene e la citrullina, è emblematica di questi effetti nocivi ad effetto *cocktail*, noti solo ai pochi iniziati del tipo di Jean Huss dell'Assemblea della Comunità Europea. In tema di agenti patogeni e di relativa esposizione, va ricordato che per circa l'85% dei malati di MCS sono donne, mentre per circa il 15% sono uomini. Questi dati di fatto non dipendono dal genoma legato ai cromosomi sessuali X e Y, piuttosto sono in relazione col tipo di esposizione nell'ambiente di vita dei soggetti, predisposti geneticamente e affetti dalla perdita di tolleranza ai veleni ambientali. La donna, in casa o sul lavoro, come padrona o come colf, è esposta massicciamente, per parecchie ore al giorno, a quella moltitudine di agenti patogeni che sono i preparati per la pulizia ed il mantenimento della dimora domestica, elencati in precedenza, così come anche nei luoghi di lavoro cui attende un'addetta alle pulizie. Sull'organismo della donna, più che per l'uomo, gravano tutte le molecole nocive che fanno parte della formulazione della quasi totalità dei preparati cosmetici di cui lei fa un uso ragguardevole. Nella terza posizione dell'elenco si possono poi considerare tutti i pesticidi che una donna col pollice verde usa in prevalenza, rispetto ad un uomo, per proteggere le sue piante in casa contro i parassiti, insieme con i fertilizzanti sintetici che impiega per stimolare la rigogliosità delle sue piante. Questi rapporti si ripianano quando si prendono in considerazione le possibili esposizioni dell'agricoltore e della contadina: in queste circostanze, uomo e donna praticamente si equivalgono, quanto a rischi. Un altro aspetto peculiare dell'esposizione agli agenti patogeni che possono provocare la perdita della tolleranza, è che, da un punto di vista strettamente eziologico, non c'è differenza tra l'esposizione occupazionale e quella dell'ambiente di vita per la stessa molecola, o per il medesimo agente fisico. La patologia conseguente potrebbe differire leggermente nei due tipi di ambiente, perché ciascuno di esso può esporre l'organismo bersaglio a dosi diverse e per tempi differenti; tuttavia ciò che è neurotossico o nefrotossico in un posto, lo è anche nell'altro. Per esempio, il mercurio usato nell'amalgama delle otturazioni dentarie può causare disturbi comportamentali sia nell'odontoiatra (ambiente lavorativo), sia nel paziente (ambiente di vita). Tuttavia il sanitario, a qualunque specialità disciplinare appartenga, farebbe bene a tener conto degli effetti di sinergismo e/o di potenziamento tra le tre categorie di veleni ambientali.

Passato in rassegna il vasto ventaglio balistico dei proiettili – gli agenti patogeni – vediamo ora quali bersagli del nostro organismo sono pronti alla loro azione nociva, quali sintomatologie possono derivare da essa, e come. Dal momento che i tessuti e gli organi che fungono da porta d'ingresso dei composti chimici sono anche il primo bersaglio dei veleni esogeni e costituiscono il teatro delle prime manifestazioni morbose.

Infatti le prime vie dell'apparato respiratorio e di quello gastroenterico, cioè narici, seni paranasali, rinofaringe, laringe, trachea, bronchi, alveoli, da un lato, e cavo orale, orofaringe, esofago, stomaco, fegato, altri organi collegati all'apparato digerente, dall'altro, possono manifestare, rispettivamente: rino-sinusiti, starnuti, tosse, dispnea, asma, sibilo inspiratorio, tracheite, bronchite, secchezza del rinofaringe e dell'oro-faringe, edema delle relative mucose, ulcerazioni della mucosa orale, edemi gengivali, nausea, vomito, insufficienza funzionale epatica, epatomegalia, splenomegalia, crampi allo stomaco, reflusso gastro-esofageo, costipazione, stipsi, diarrea, incontinenza anale.

Un'altra importantissima via di ingresso e di contatto per i veleni ambientali è il tegumento cutaneo. Va da sé che il derma partecipa manifestando eruzioni cutanee, fenomeni flogistici, e disturbi del circolo sanguigno periferico, quali le ecchimosi spontanee, tutti sintomi patognomonici della dermatopatia da veleni ambientali.

La mucosa olfattiva posta nella cuspide delle cavità nasali è un'eccezionale via d'ingresso diretto per alcuni agenti patogeni di origine ambientale. Tale situazione riveste un'importanza particolare in quanto un veleno esogeno come il manganese, metallo pesante diffuso dalla metallurgia e da attività tecnologiche ad essa collegate, come la saldatura autogena, può penetrare direttamente nel sistema nervoso centrale, attraverso la scorciatoia della mucosa olfattiva e dalle vie nervose del primo paio dei nervi endocranici, bypassando quella provvidenziale barriera protettiva emato-encefalica che normalmente difende il cervello contro i veleni esogeni, ad eccezione della condizione clinica, incipiente o conclamata, dell'MCS. Infatti, secondo la letteratura scientifica, l'efficienza di questa barriera di difesa è infirmata dagli effetti negativi del ciclo del perossinitrile, denominato NO/ONOO da Martin Pall. Questo metallo pesante, localizzato successivamente nei nuclei della base cerebrale, il talamo, provoca quei disturbi che provocano il tremore involontario del morbo di Parkinson. D'altra parte, una sorgente insospettata del manganese è costituita dall'assunzione scervellata di esso nel complesso degli integratori alimentari (dall'alluminio allo zinco, A ÷ Z). A differenza del caso precedente, osservato per causa di lavoro, questo ha una motivazione salutistica, ma è volontario e, dal punto di vista eziopatogenetico, è la stessa cosa.

Ritornando al sistema nervoso centrale, esso partecipa al risentimento sintomatologico con emicrania, cefalea a grappolo, calo della memoria, labilità emozionale, sonnolenza, affaticabilità acuta, più o meno improvvisa, deficit di coordinamento, vertigini, perdita dell'equilibrio, disturbi del coordinamento, disturbi della concentrazione, disturbi della parola, dislessia e disartria, dismetria, depressione, insonnia, iperreattività, disturbi d'attenzione, disturbi d'apprendimento, nevralgie. L'insieme di tutti questi sintomi neuro-tossicologici viene regolarmente sfruttato da quei sanitari che vogliono passar per matti i malati di MCS. Però si deve tener conto che costoro sono venuti al mondo sani di mente, ma hanno perso buona parte delle funzioni dell'encefalo in seguito all'esposizione ai veleni ambientali portati dal progresso. Si deve anche ammettere che la labilità emozionale, uno dei sintomi della neurotossicità subita dalla gente affetta dalla condizione clinica, potrebbe essere la ragione per cui, sui vari *ring* della

contrapposizione bidirezionale citati all'inizio, aleggiano frequentemente comportamenti di diffidenza, di gelosia, di protagonismo, di separatismo, di dirigismo, tra pazienti e pazienti. Il 90% della popolazione generale non predisposto e indenne dall'MCS dovrebbe esercitare la miglior comprensione, e tolleranza, verso questi atteggiamenti che possono disturbare ma che sono sempre nei limiti della buona-fede. Infatti non è facile comportarsi in un modo che la maggioranza della popolazione definirebbe *normale* per i soggetti che devono affrontare una condizione clinica veramente devastante.

Dal canto suo, l'apparato neuromuscolare manifesta tic, tremori, fascicolazioni, crampi e spasmi muscolari, e crisi convulsive.

Lo scheletro e le articolazioni manifestano dolenzie delle giunture ed altri reattive.

Tra gli organi di senso, l'orecchio partecipa con acufeni, otalgia, prurito al canale uditivo, sordità; l'occhio presenta secchezza, dacriorrea (accentuata lacrimazione), dolori, infiammazioni congiuntivali, mentre il visus può subire diminuzioni, con visione confusa.

Alla sindrome possono partecipare i segni di disturbi metabolici, quali l'acidità, o pirosi, conseguente all'assunzione di composti che risultano nocivi, l'intolleranza a particolari alimenti, soprattutto le solanacee, i frutti vegetali contenenti solanina - un veleno naturale a cui sono particolarmente sensibili i malati di MCS - (pomodoro, peperone, melanzana, patata), dipendenza da particolari alimenti, intolleranza a farmaci, insofferenza al caldo e al freddo, reazioni contro tutto.

L'apparato genito-urinario può manifestare incontinenza vescicale, pollachiuria, stranguria, nicturia, enuresi, paralisi del muscolo detrusore della vescica, dolenzia alle reni.

L'apparato cardio-circolatorio può essere interessato da shock anafilattico o da agenti nocivi, palpitazioni cardiache, prolasso della valvola mitrale, edemi circoscritti.

A carico dell'apparato endocrino possono comparire squilibri dell'increzione dell'ormone tiroideo.

Nell'ambito delle manifestazioni oggettive della sindrome, il sanitario può incontrare una profonda ed imprevedibile variabilità dei sintomi evocato dal medesimo agente patogeno tra un individuo e l'altro, tanto che questa caratteristica potrebbe configurare una popolazione di soggetti affetti dalla condizione clinica come un campione emblematico di biodiversità, capace di sconvolgere le carte del gioco diagnostico nelle mani di qualunque sanitario, soprattutto se è poco esperto.

Una volta superato l'orizzonte clinico che, nel caso della sensibilità chimica multipla è anche un punto di non ritorno, la sindrome risulta irreversibile, secondo Christiane Tourtet, non curabile. L'unica possibilità che il paziente ha di contenere o di arrestare la progressione della gravità delle patologie e dei sintomi è l'evitamento di ulteriori esposizioni che lo stesso soggetto ha precedentemente riconosciuto essere causa dei suoi singoli sintomi, possibilmente anche con l'ausilio dell'arte sanitaria, evento piuttosto problematico. Questa è la ragione fondamentale che rende valido, prezioso, ogni tentativo di prevenzione. Si sa che, in genere, questa pratica può essere di tipo primario oppure secondario. Nel caso dell'MCS, il soggetto, a meno che non sappia già aprioristicamente, grazie ad esami preliminari del genoma e dell'assetto dell'equilibrio della bilancia perossidativa, che è predisposto geneticamente e/o che è a rischio metabolico, non può far di meglio che interrompere immediatamente e continuare ad evitare le esposizioni a qualunque agente patogeno di cui abbia sperimentato, osservando i sintomi

corrispondenti, e riconosciuto la nocività per se stesso. Si tratta in questo caso di prevenzione secondaria, messa in atto dopo la comparsa degli indicatori biologici di danno (sintomi).

Per quanto concerne la prevenzione primaria, sarebbe buona prassi praticarla per la popolazione generale, non solo per il 10% predisposto. Con questi intendimenti, prima il progettista degli ambienti confinati che saranno luoghi d'abitazione, di lavoro, di ricovero per diagnosi e cura, di didattica e d'insegnamento, di culto, di sport, di spettacolo ecc., poi il gestore della manutenzione delle strutture dette in precedenza dovrebbe tener conto che i valori limiti soglia (*T.L.V., threshold limit value*) che sono dettati dagli organismi regolamentatori, ed aggiornati periodicamente, devono essere ridotti ad almeno un decimo dei valori che sono adatti alla popolazione generale, se si vuol proteggere l'incolumità della frazione predisposta all'MCS. Ciò nonostante, non si può escludere che, anche esposizioni a concentrazioni o dosi minimali possano innescare un lento processo di perdita della tolleranza ai veleni ambientali, che può alla fine essere esaltato irrimediabilmente da un'esposizione scatenante. Le storie cliniche dei 57 *Canarini della miniera* di Alison Johnson e le 20 anamnesi della monografia MCS-III (www.gripp.org) sono emblematiche al riguardo.

A proposito di terapia, nonostante la perentoria sfiducia nelle possibilità di cura dell'MCS, nessuno può negare l'utilità, almeno come dovere morale, se non deontologico, di compiere ogni tipo di tentativo, ponendo in essere interventi commissivi oppure omissivi. I primi consistono nel somministrare molecole antiossidanti, nel tentativo di ripianare lo squilibrio generalizzato della bilancia perossidativa che consegue all'instaurarsi del circolo vizioso del NO/ONOO, con acido ascorbico e glutathione ridotto, composti idrosolubili, oppure con tocoferolo, molecola liposolubile. I secondi consistono nell'evitare o nel ridurre al minimo le esposizioni nocive, quali la somministrazione parenterale di ferro inorganico per una terapia marziale, pericolosa e talvolta inutile, le anestesi con farmaci gassosi, il consumo di alimenti derivati dall'ittiofauna (pesce) veicolo di mercurio e, infine, l'applicazione di otturazioni dentarie eseguite con amalgama di mercurio-argento.



Giancarlo Ugazio
ugazio.giancarlo@libero.it
www.grippa.org

Quaderno n.4 - 2011 di Giancarlo Ugazio

FIGURA 1. Agenti ambientali patogeni della perdita di tolleranza

① DETERSIVI

③ COSMETICI

⑤ ACROLEINA (da friggitura di olii vegetali)

⑦ CONCIMI CHIMICI

⑨ FUMO DI TABACCO

⑪ VOC (da colle di moquette e di tappezzerie)

⑬ FUMI DI CATRAME (asfaltatura)

⑮ AGENT ORANGE (erbicidi)

② PROFUMI

④ PIGMENTI (tinte per capelli)

⑥ INSETTICIDI

⑧ MERCURIO (da amalgama dentaria)

⑩ OLIO DI TESSITURA (abiti nuovi)

⑫ TONER (fotocopiatrici e stampanti)

⑭ FUMI DI SCARICO (di motori Diesel)

⑯ FUMI DI PETROLIO (pozzi incendiati)

FIGURA 2. Allegoria “Pilota d’aereo - Soggetto predisposto all’MCS”

1. Evoluzione verso l’MCS di soggetti predisposti ed esposti a veleni ambientali



0 Km/h

L’iter diagnostico - terapeutico illustrato in molte storie cliniche, che è improntato più sulla tecnica di evitare le esposizioni che intervenire con farmaci, dimostra senza ombra di dubbio l’importanza e l’efficacia di individuare in tempo utile e di capire il suono dei campanelli d’allarme, di pari passo con le luci rosse delle spie di pericolo.

2. Evoluzione verso l’MCS di soggetti predisposti ed esposti a veleni ambientali



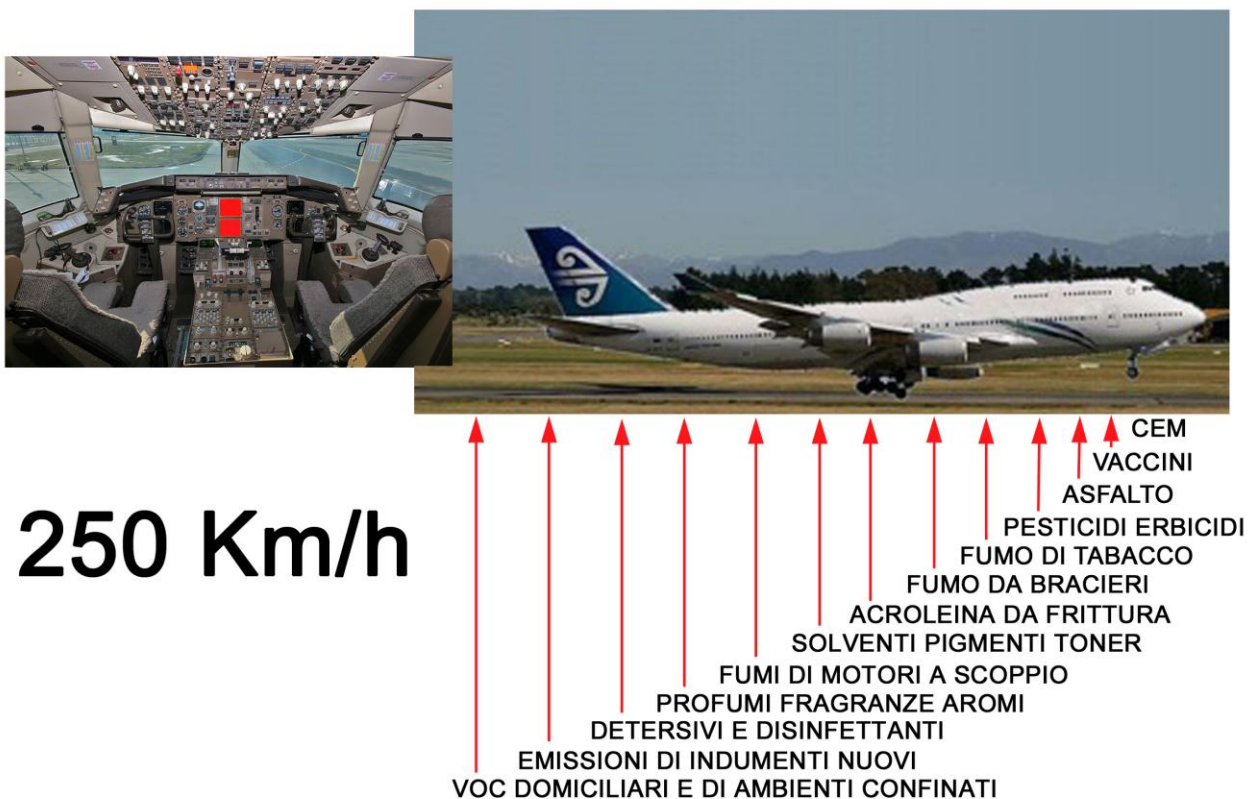
50 Km/h

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑

CEM
VACCINI
ASFALTO
PESTICIDI ERBICIDI
FUMO DI TABACCO
FUMO DA BRACIERI
ACROLEINA DA FRITTURA
SOLVENTI PIGMENTI TONER
FUMI DI MOTORI A SCOPPIO
PROFUMI FRAGRANZE AROMI
DETERSIVI E DISINFETTANTI
EMISSIONI DI INDUMENTI NUOVI
VOC DOMICILIARI E DI AMBIENTI CONFINATI

FIGURA 3. Allegoria “Pilota d’aereo – Perdita di tolleranza o evitamento”

3. Evoluzione verso l'MCS di soggetti predisposti ed esposti a veleni ambientali

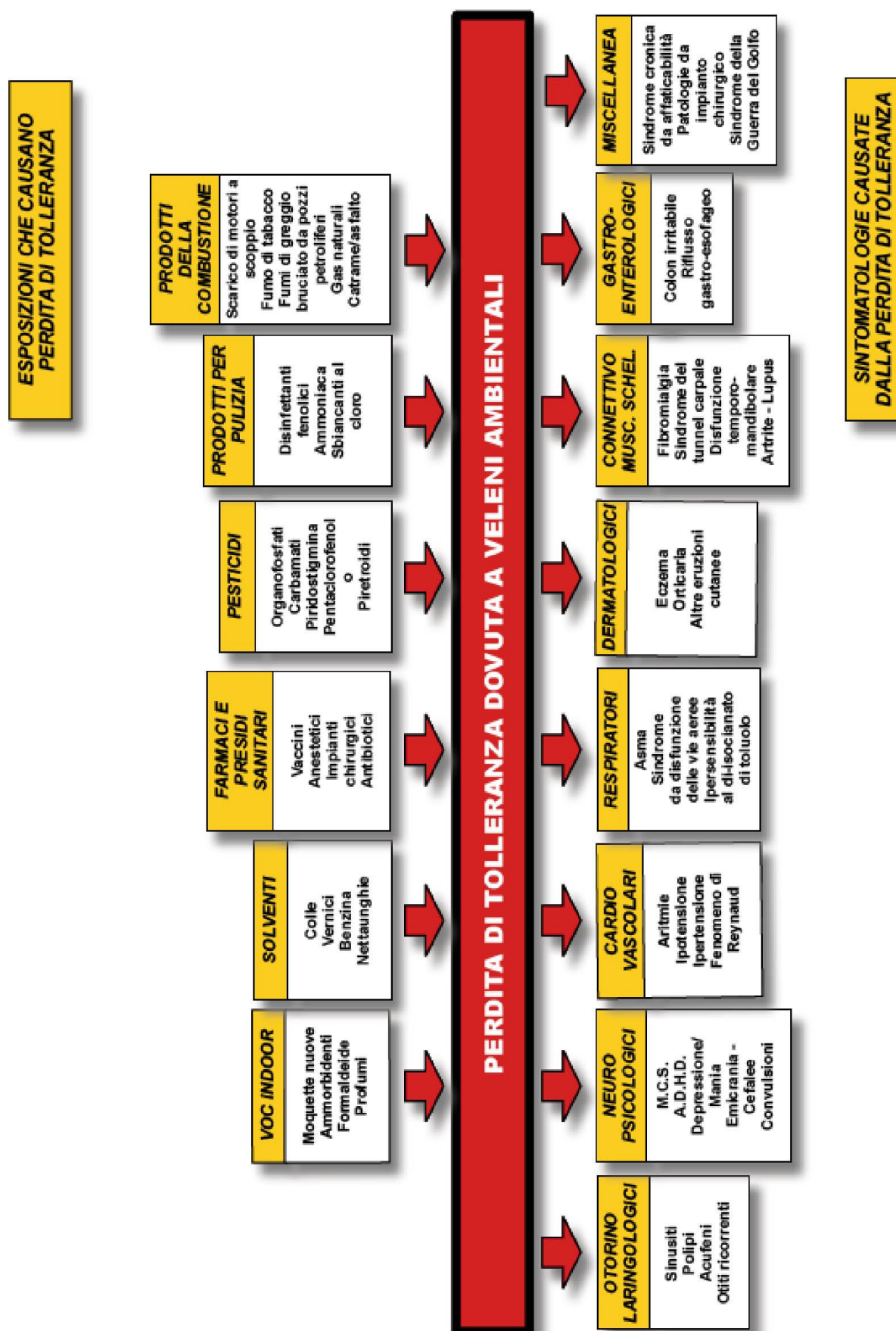


4. Evoluzione verso l'MCS di soggetti predisposti ed esposti a veleni ambientali



Tutto questo concerne la prevenzione, secondaria ma il più precoce possibile, del lungo decollo in quota che caratterizza quella progressiva ed irreversibile perdita di tolleranza che è propria del malato di MCS, come fosse un aeromobile votato ad un infausto destino, quanto alla qualità e all'attesa di vita.

**FIGURA 4. Dagli agenti eziologici alla perdita di tolleranza
Dalla perdita di tolleranza alla sintomatologia**



b) ASPETTI GIURIDICO-LEGALI DELL'MCS

A proposito della conservazione dell'ambiente, da un lato, e della salute della collettività, dall'altro, è utile e doveroso ricordare che, nella giurisprudenza a livello europeo è avvenuta recentemente una rivoluzione copernicana con l'assestamento della gerarchia delle fonti del diritto.

Questo progresso culturale – rivoluzionario - delle collettività degli Stati Membri dell'UE, il nuovo *status* del Vecchio Continente, si è concretato con il Trattato di Lisbona (sottoscritto dai capi di stato e di governo dei paesi europei il 13 dicembre 2007 ed entrato nell'ordinamento giuridico della nostra Repubblica con la legge n. 130 del 2 agosto 2008). Dall'articolo 6 di questo Trattato discendono sia l'effettiva entrata in vigore della Carta di Nizza sia il recepimento della Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali (CEDU). Dagli articoli 2 e 8 della CEDU discendono gli obblighi degli Stati Membri della tutela dei diritti della persona, tra i quali il diritto alla salute, all'ambiente salubre, che presuppone il rispetto della persona privata e della residenza privata, anche nei confronti delle immissioni di inquinanti e di ogni altro agente patogeno, finalizzati al rispetto della vita (art. 2 CEDU).

Tutta questa materia giuridica innovativa si ispira alla Dichiarazione di Alma Ata, punto I (1978) secondo la quale la salute può essere definita come *completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o di infermità*. Il Titolo XX del TFUE (Trattato di Funzionamento dell'Unione Europea) nell'articolo 191, traccia le modalità per la realizzazione della tutela della salute e della salubrità dell'ambiente, ancorandola sui principi della precauzione e della azione preventiva (prevenzione primaria), e sul principio della correzione, in via prioritaria alla fonte, dei danni causati all'ambiente, nonché sul principio *chi inquina paga*.

Qualora i fatti non evolvessero in senso ottimale, secondo il *dictum* e la *ratio* delle norme europee citate in precedenza, a causa d'inadempimenti degli obblighi suddetti, per comportamenti sconsiderati ed imprudenti, si tradurrebbero nella violazione delle norme di cui all'art. 8, in relazione con l'art. 2, della CEDU. Tale illecito legittimerebbe la condanna dello Stato Membro a risarcire i danni sofferti dal cittadino.

Grazie alla rivoluzione copernicana dell'ordinamento giuridico dell'UE, e in cascata dei singoli Stati Membri, il cittadino dispone ora della facoltà di azione diretta di tutela dei suoi diritti, potendo adire alla Corte di Giustizia dell'Unione Europea di Strasburgo, secondo quanto prescritto dagli articoli 34 e 35 della CEDU.

Nota aggiuntiva: queste considerazioni sugli aspetti giuridici si ispirano al contenuto della parte specifica dell'opera "MCS-AMIANTO & GIUSTIZIA" di Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2011.

Quaderno n.4 - 2011 di Giancarlo Ugazio

TESTIMONIANZE RICEVUTE POST - DIFFUSIONE DEL LIBRO

Quando un uomo-di-scienza fa ricerca, generalmente pubblica i risultati di questo suo lavoro, così la comunità scientifica è informata del progresso che essi rappresentano. Lo strumento impiegato comunemente per tale pubblicizzazione s'identifica con le riviste scientifiche specialistiche, dedicate alle singole discipline, dalla medicina alle scienze biologiche, alla farmacia, alla chimica, alla fisica e così via. Le case editoriali che svolgono il lavoro di pubblicare i lavori scientifici, in riviste periodiche su supporto cartaceo oppure informatico, da un lato devono cautelarsi sull'attendibilità scientifica delle ricerche e dei relativi risultati presentati dagli autori per la pubblicazione, mentre dall'altro addebitano agli autori stessi sia le spese di pubblicazione, sia quelle affrontate per compensare gli esperti membri degli appositi comitati redazionali che valutano l'attendibilità scientifica del materiale da divulgare. E' ovvio che questo lavoro di vaglio non può essere svolto da personale estraneo alla scienza stessa, per esempio un amministrativo, quindi alla bisogna sono invitati o chiamati a prender parte scienziati operanti nello stesso settore di ricerca. Va da sé che "la scienza referencia se stessa", per interposta persona, senza escludere il conflitto d'interessi. Per questo scopo è stato inventato il *peer reviewer*, o referente imparziale, teoricamente sopra le parti. In realtà è inevitabile che tutti i più bei nomi di un certo settore valutino, oggi, il lavoro di colleghi affini, dai quali, domani, saranno esaminati per il loro prodotto scientifico. Il "voto di scambio", in questo *tourbillon* interattivo, non è per nulla escluso a priori, anche se ci si attende teoricamente che questi controllori siano al di sopra delle parti.

Poi, negli ultimi decenni, a far tempo dagli anni 1950 in poi, qualche impresario preminente nei cartelli delle case editoriali ha inventato un parametro di misurazione del valore scientifico delle pubblicazioni: si tratta del cosiddetto *impact factor*, un metro che spesso è elastico, a causa dell'interscambio dei favori tra gli scienziati, ma ormai è sempre usato per valutare la "bravura" degli attori. Esso forma un "castelletto", un patrimonio di cui vanno fieri gli scienziati, soprattutto quelli che manipolano la salute della gente. Da esso dipende sia la progressione della carriera personale, sia l'entità dei finanziamenti dei progetti della ricerca futura degli stessi personaggi. Una piccola antologia bibliografica di quest'aspetto discende dai lavori di J. Stegmann (1997) e D. Schonbaert & G. Roelants (1998) che hanno trattato criticamente l'argomento. Però, al di là dell'aspetto esteriore, asettico ed elegante, di questa pratica applicata dalla scienza, come un francobollo su una busta da lettera, è utile che il profano, quel soggetto che è il fruitore dei farmaci, assunti per i due forami estremi del suo tubo gastroenterico, sappia che l'*impact factor*, in ultima analisi, potrebbe funzionare come una vera esca commerciale. Infatti, esso è paragonabile alla scheda di fedeltà di un esercizio commerciale, che colleziona i punti accreditati in proporzione dei quattrini spesi negli acquisti, e dà diritto a regali appariscenti ma talvolta superflui ed inutili. Ma i pesci abboccano sempre.

Dubbi sull'attendibilità morale dei referenti dell'attendibilità scientifica del lavoro eseguito dai membri di una cerchia ben delimitata di soggetti, aulici epigoni della cosiddetta "comunità scientifica", trovano un esplicito riscontro in un discreto numero di specifiche pubblicazioni scientifiche venute alla luce in questi ultimi anni. Esse considerano con pari valenze sia le pubblicazioni scientifiche finanziate da strutture pubbliche o da enti governativi, sia quelle foraggiate dall'impresa privata, soprattutto quella farmaceutica (H. K. Abrams, 1962; E. K. Silbergeld, 1997; I. F. Purchase, 2004).

Secondo queste analisi, nel primo versante, prevalgono gli interessi della consorzeria degli scienziati che si alternano nelle posizioni di controllori e di controllati. Invece, nel secondo versante, l'interesse economico-finanziario dei produttori dei beni di consumo, farmaci compresi, che si fingono benefattori ed impegnano parte dei loro introiti per potenziare il rientro in cassa di molto più denaro mediante la promozione delle vendite, troppo spesso fa aggio sugli scrupoli della moralità degli operatori addetti all'impresa "scientifica".

Tutto questo potrebbe anche essere tollerato da chi non sa, o nemmeno immagina, se si tratta di scienza pura ma, quando è in gioco la salute della gente, il magma degli interessi in conflitto con il suddetto bene indisponibile (la salute) non è più tollerabile. Non c'è dubbio che con la salute non si possa scherzare.

Questo è un convincimento che ho acquisito molto presto nel corso della mia vita accademica. Il mio *curriculum vitae et studiorum* riferisce che ho fatto il mio ingresso nell'accademia nel 1951, quale studente di medicina-chirurgia, ne sono uscito medico nel 1957, e vi sono rientrato quasi subito, nel 1958, quale assistente straordinario, cioè uomo-di-scienza apprendista. La mia vita professionale mi ha portato molto spesso ad affrontare difficoltà, materiali e spirituali, che non mi hanno impedito di raggiungere la posizione di professore ordinario, mantenuta fino al trattamento di fine rapporto (2007). Durante i venti anni di "decollo" (1958-1976), lottando contro le difficoltà accennate, mi resi conto dell'esistenza, nel mondo scientifico accademico, di un'atmosfera strana, innaturale, che nel tempo individuai con chiarezza come "congiura del silenzio". Con questo termine definii una certa omertà che tendeva a celare i risultati scomodi, la quale andava d'accordo con l'indulgenza di buona parte degli scienziati biomedici che si baloccavano narcisisticamente sul problema di cui si occupavano, quali novelli *Cicero pro domo sua*. Avvertii questa sensazione come un abito stretto addosso e, quando raggiunsi la cattedra universitaria, a metà degli anni 1970, ebbi la facoltà di liberarmene, quasi come fosse stata la muta di una crisalide. Come ho riferito nella prefazione del "Compendio di Patologia Ambientale" Edizioni Minerva Medica, Torino (2007), ho rigettato la tentazione di smettere di lavorare, e/o di indulgere a fare l'uomo-di-scienza-testa-d'uovo, vale a dire il *Cicero pro domo sua*, ed ho scelto di divulgare a favore dell'uomo della strada tutto ciò che avevo imparato - quanto a scienza biomedica - per merito del sostegno finanziario che il sopradetto, come contribuente dell'erario, mi aveva dato, e che continua a darmi tuttora. Questa scelta, che non mi è costata moralmente, ma che ho fatto in modo naturale e spontaneo, mi ha permesso di definirmi, nel corso della mia lunga ventura accademica, "medico-non-pentito". Qualcuno l'ha commentata con curiosità ironica: "Che vor di'?" Preciso in questa circostanza: sono "medico-non-pentito" di valutare la salute altrui preziosa come la mia, perciò fuori dal coro. Del resto, nelle pagine che seguono, riferisco l'apprezzamento di una malata di MCS, persona ben informata dei fatti, la quale ha colto nel segno il significato della mia auto-valutazione.

Inoltre, questa mia scelta di campo è stata preludio di un'altra scelta, che personalmente ritengo ancora più significativa: privilegiare la prevenzione primaria dei rischi dell'inquinamento dell'ambiente, parlando di patologia ambientale, per salvaguardare la salute ambientale, il suo reciproco. Da questo momento in poi, la mia vita accademica ha dovuto affrontare difficoltà più aspre. Infatti, tutta quella fauna che idolatra l'*impact factor*, e che applica i dettami del rapporto Flexner, in tutti i modi possibili, leva gli scudi contro il principio di precauzione, mettendo in guardia l'uomo della strada che la prevenzione porterebbe alla fame, all'inanizione, al disastro economico della collettività. Di rimando, ho sempre posto questa

domanda a me stesso ed al prossimo: “La salute non vale nulla, la salute non ha un costo?” Quindi ho sempre lottato ispirato da questi convincenti che affondano le loro radici, da un lato, nel pensiero che sta alla base del giuramento di Ippocrate, dall’altro da quanto ho imparato dai miei migliori Maestri (cfr *curriculum*). Non nascondo che la levata di scudi contro il mio lavoro si e’ concretata anche con un intervento ufficiale che, con la terminologia attuale, si può definire di *mobbing* (cfr Echi dal Target ⁻¹ del Compendio di Patologia Ambientale, sito web www.grippa.org). Tuttavia, il disagio subito per tanti anni come conseguenza del mio impegno morale ha avuto una ricompensa nel riconoscimento da parte della Direzione del periodico ODISSEA, stampato a Milano, il quale, pubblicando recentemente (2011) una mia nota sulla patologia da amianto, ha definito l’autore uno dei pochi scienziati-non-in-vendita.

Per concludere, la soddisfazione derivata dalle definizioni suddette è corroborata dalle valutazioni che ho ricevuto proprio dalle persone più competenti in materia, molto più di qualsiasi *peer reviewer* internazionale globalizzato, i malati di MCS che hanno avuto per le mani una copia di “MCS, AMIANTO & GIUSTIZIA”. Ciò mi dice a chiare lettere che tanta fatica non è stata vana.

Riferisco queste valutazioni non per esibizionismo o per narcisismo, ma semplicemente affinché i pensieri di questi malati costituiscano un precedente, uno stimolo, per voler lottare contro le sofferenze nei soggetti già malati, ma anche e soprattutto per prevenire (*riecchilo!*) i rischi dell’inquinamento ambientale per gli sfortunati che sono geneticamente predisposti (circa sei milioni di Italiani). Per esempio, la semplice, banale, allegoria del pilota d’aereo potrebbe ammaestrare molta gente, fatta di tanti uomini-della-strada, che dovrebbe far da se’, indipendentemente e talora contro quel “medico competente” *ope legis* (ex D. Lgs 626/94) che, provetto mentecattologo per l’altrui, eludesse gli obblighi morali del giuramento di Ippocrate e quelli prescritti dall’ordinamento giuridico del Belpaese (Art. 593 C.P.), del Trattato di Lisbona, della Carta di Nizza e della C.E.D.U.

Riporto in calce la locandina sull’avvenuta pubblicazione del libro per dare un’idea della tempistica con cui le persone-informate-dei-fatti si sono espresse.

Torino 20.01.2011

Ho il piacere di annunciare che, in data odierna, e’ stato pubblicato il libro “MCS-AMIANTO & GIUSTIZIA” (con questi termini sanitario-ambientali si correlano due “sindromi devastanti proprie del XXI e del XX secolo”, rispettivamente), scritto da Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio.

L’opera e’ disponibile presso l’Editrice Minerva Medica (Corso Bramante 83/85, 10126 Torino; 011-678282; e-mail: minervamedica@minervamedica.it; sito web: www.minervamedica.it) o attraverso le comuni librerie.

Chi apprezza la nostra impresa e’ invitato a diffondere la presente nota.

Grazie.

Giancarlo Ugazio

ugazio.giancarlo@libero.it

Infine, mi corre l’obbligo di segnalare ai lettori, in particolare ai malati di MCS, che il libro scritto a quattro mani mi è costato non poco lavoro (e, come dicono gli scienziati anglosassoni generosi: *labor donated*) ma gli autori hanno pagato in proprio alla casa editrice la pubblicazione dell’opera, e hanno ricevuto a titolo gratuito, in sostituzione dei diritti d’autore, il 10% della tiratura (150 copie su 1500). Sto dando in omaggio ai colleghi e amici che mi hanno sostenuto moralmente durante gli anni di ferro del *mobbing*, e soprattutto ai malati di MCS più disposti a conoscere questa nostra opera, le 75 copie a mia disposizione. Poi, com’è detto con chiarezza nella corrispondenza riportata qui di seguito, sono disponibile ad andare

presso gruppi di persone per presentare il libro, cioè per soddisfare le tante curiosità che il pubblico può avere su un argomento tanto crudele. Però, le condizioni che pongo sono che mi siano rimborsate le spese vive del viaggio, a piè di lista, alle tariffe più economiche per una sistemazione decente, oltre all'altruismo dei gruppi interessati al mio intervento, e che nessuno "remi contro".

A.M.S. 10.0211 C.C. 13.03.11 G.L.P. 16.03.11 I MIEI PEER REVIEWER

10 febbraio 2011

A.M.S. -> G.U. 10.02.2011

Gentilissimo Prof. Ugazio,

sono A.M.S., malata di MCS. Le scrivo per ringraziarLa per il suo libro appena finito di leggere, il libro è MCS-AMianto, il libro mi è stato segnalato da ass. XY, e immediatamente ne ho fatto richiesta alla casa editrice.

Complimenti per la completezza del testo, e per il coraggio.

Le porgo anche il grazie di una mia amica la quale 10 mesi fa ha perso a 49 anni il suo adorato marito e padre dei suoi 3 figli una delle quali ancora adolescente, Franco è morto per un Mesotelioma, da adolescente lavorava in una fabbrica di eternit e come garzone il suo compito era di spazzare la polvere di lavorazione. La mia amica proprio ieri doveva andare dal suo avvocato e le ho parlato del suo libro e mi ha chiesto di prestarglielo per farlo vedere al suo avvocato. Le ho detto che avrei messo nel sacchetto dei guanti in modo che l'avvocato li calzasse per evitare che mi contaminasse il libro con le mani profumate di dopobarba. L'avvocato non lo ha nemmeno toccato ed appoggiato sulla scrivania, ne ha letto la copertina e si è scritto i riferimenti per acquistarlo, ringraziando la mia amica per la segnalazione.

Caro Dottore, già conoscevo il suo sito www.grippa.org, sempre segnalato dalla ass. XY, per la quale faccio del volontariato al telefono, un paio d'ore alla settimana, e rispondo alle mail di chi mi scrive. Le faccio i complimenti anche per il sito e grazie, grazie, per non esser un medico pentito.

Carissimo e gentile Dottore le metto in allegato la mia storia con l'MCS, nel caso volesse usarla per metterla sul sito come testimonianza.

Mi scuso per averle rubato un poco del suo preziosissimo tempo.

Io per la malattia sono in causa con ASL, INPS e datore di lavoro che mi ha negato la mia liquidazione con il motivo (minaccia/consiglio) di non fare denuncia di malattia professionale.

Con tanta stima.

A.M.S.

G.U.-> A.M.S. 13.02.2011

Gentile Signora A. M. S.,

E' dovere mio esprimere a lei la mia gratitudine per l'apprezzamento dei frutti sia del mio lavoro di docente universitario (il sito web d'apertura - 2002) sia di quelli da pensionato (lo stesso sito dal 2007 a oggi, più i tre libri, per il momento). Dal pensionamento in poi, lavoro il doppio di prima ma raccolgo soddisfazioni dieci volte maggiori, le promozioni sul campo come la sua sono preziosi mattoni di questi risultati. Quindi sia certa che non mi ha fatto perdere tempo, che non è prezioso per me ma che può essere utile per tanti sfortunati.

Pertanto, penso di farle cosa gradita segnalando che: 1) sto per iniziare a andare a giro nel Belpaese per presentare il libro scritto con l'avvocato Ezio Bonanni; 2) ho programmato di scrivere una nuova monografia MCS-IV da inserire nel sito, entro il 2011, fatta a quattro mani insieme con una malata di MCS, giunta al

terzo stadio per "merito" di medici cosiddetti "curanti"; 3) ho accettato l'invito dell'avv. Bonanni di partecipare con lui alla ristampa del suo libro "Amianto killer" per aggiornare la parte eco-sanitaria.

Alcuni particolari:

per il punto 1, le richieste ed il programma prevedono: Cossato-BI, Fiumicino, Lecce, Ferrara, Sesto San Giovanni-Mi, Torino (Accademia di Medicina, e Polo biologico della Biblioteca centralizzata di Medicina-Chirurgia). Non potrò estendere troppo il ventaglio degli interventi divulgativi extramurali, sia per il logorio della mia età, sia perché, dopo aver coperto la mia parte delle spese di pubblicazione, non vedo né logico né possibile coprire personalmente anche le spese delle trasferte;

per il punto 2, la sua storia clinica, così come quella della malata che sarà coautrice con me della monografia MCS-IV, e delle tante che costei mi sta convogliando, mi insegnano che purtroppo i sanitari non sono i vostri migliori alleati, soprattutto nella fase in cui voi state "decollando", l'unico periodo in cui potreste essere fermati. Le quattro immagini in quadricromia che ho voluto includere nel libro rappresentano l'allegoria che ho inventato per dare a voi la possibilità di fermarvi in tempo utile. Affidarsi al medico non è sempre una sicurezza: 99 su 100 non ne fanno nulla, ho anche sentito dire da uno: "Che cosa è l'MCS, il Maurizio Costanzo Show?". Molti poi vi possono anche dire che la malattia l'avete voi nella testa (com'è ben documentato nelle Monografie MCS-I, MCS-II e MCS-III). L'MCS-IV avrà come titolo "Progresso + Affari + Omertà + Ingiustizia = MCS. Storie cliniche di canarini della miniera del Belpaese". È ovvio che si parlerà di malattie ma non di malati (come sempre, non solo la *privacy* ma il segreto professionale dettato dalla deontologia medica saranno ottemperati), così come si metteranno a nudo i disastri iatrogeni; si parlerà di errori ed inadempienze sanitarie, nel più completo anonimato, ma conservando nella memoria nomi e cognomi, fatti e testimonianze. Le testimonianze delle vittime del progresso e della malasana non insegneranno mai nulla a nessuno finché rimarranno nel buio dell'omertà e del silenzio.

Concludo ringraziandola per il contatto, esprimendole le mie congratulazioni per il coraggio e per la lucidità con cui accompagna la sua consapevolezza di fronte all'MCS, e le porgo i miei più cordiali auguri.

Per sua parziale consolazione, le posso dire che l'avv. Bonanni, quando sono riuscito a coinvolgerlo da "Amianto e Giustizia" ad "MCS e Giustizia" mi esternò questo commento: "Il mesotelioma è terribile, ma l'MCS è anche peggio". Io non ho mai classificato le malattie in base alle sofferenze fisiche ed emozionali - non siamo al Giro d'Italia, né al Tour de France - però sono piuttosto soddisfatto di quello che sto facendo.

Suo,

Giancarlo Ugazio

A.M.S. -> G.U. 16.02.2011

Caro Dottore,

grazie di avermi risposto in modo così esauriente.

Il suo impegno nella divulgazione sull'MCS in giro per l'Italia è una cosa eccellente.

Grazie per aver corretto il mio scritto, ne sarò felice se potrà metterlo sul suo sito e dare un'ulteriore testimonianza di invalidi resi tali da condizioni lavorative incompatibili con la salute umana, visto che lei, per professionalità, mette tutto in anonimato: ho già letto le altre testimonianze.

Grazie di tutto, un abbraccio Filiale, caro dott. Ugazio.

13 marzo 2011

CC -> GU 08.03.2011

Egregio Prof. Ugazio,

La ringrazio infinitamente per avermi inviato il libro per il quale resto debitore nei suoi riguardi.

Anche grazie a quanto appreso leggendo il libro ho preparato un ricorso d'urgenza al giudice per ottenere quanto dovutomi dall'ASL di appartenenza che a oggi non si è ancora pronunciata sull'autorizzazione "preventiva" al ricovero all'estero nè di settembre-ottobre, nè del ricovero di febbraio dal quale sono appena rientrato.

Vorrei poter organizzare qui in zona, una serata per la presentazione del suo prezioso libro, per questo avrei necessità di sapere se lei è disponibile e quale potrebbe essere la data giusta.

Non ho ancora ricevuto la relazione medica del direttore del Breakspear Hospital, anche mi ha già riferito che la mia condizione di salute è molto grave e complicata.

Un carissimo saluto

C.C.

GU -> CC 13.03.2011

Caro m. C.C.,

sono felice che abbia ricevuto il libro e che la lettura di esso l'abbia ispirata per mettere in atto adeguatamente un'iniziativa rivolta ad ottenere un certo risarcimento delle spese che ha affrontato per rimediare alla condizione clinica acquisita per causa di servizio.

Per il libro in se stesso non si senta debitore se non moralmente. Il gioco vale la candela.

La prima presentazione fatta in pubblico sabato scorso a Fiumicino è andata bene, nel suo complesso. C'era un'audience di circa 50-60 persone. La fluttuazione dei numeri ha effettivamente corrisposto al fatto che, tra quei 15-20 malati di MCS che c'erano, chi per la muffa dei muri antichi, chi per i profumi, chi per la polvere, si allontanava per brevi periodi, alcuni se ne sono andati definitivamente. Alcuni mi hanno esplicitato con entusiasmo la loro riconoscenza apprezzando che un medico non li aveva smerluzzati ma era stato, bontà loro, soddisfacente nelle spiegazioni e nelle risposte all'uditorio. A richiesta di costoro, ho accettato di ritornare sul posto, per tre giorni, 1) per ritrovarli in un ambiente all'aperto, senza rischi di esposizioni nocive, 2) per fare una presentazione in qualche classe delle scuole medie [l'assessore alla cultura ed alla scuola del Comune di Fiumicino, *rara avis*, è rimasta dal primo all'ultimo minuto, facendo anche un intervento intelligente mirato al coinvolgimento degli studenti delle medie] e 3) perche' voglio imparare dalla viva voce degli esperti (G.G., M.S. e P.R.) il reale valore patogenetico dei polimorfismi genetici per l'MCS. Tutto ciò potrebbe avverarsi a settembre, con la riapertura dell'anno scolastico.

Sabato 9 aprile p.v. andrò a Cossato dove, con Stefano, farò determinazioni delle PM aeree in prossimità di tre centrali di cogenerazione termica che bruciano chippato, di mattina, poi nel pomeriggio presenterò al pubblico il libro a 4 mani.

Probabilmente il 23 maggio presenterò il libro con il coautore all'Accademia di Medicina di Torino. Andrò nella fossa dei leoni, ma penso che ne valga la pena.

E' possibile che il 4 giugno p.v. vada a Milazzo per prendere parte, come relatore, ad un convegno su Amianto e Cancerogeni. La mia adesione dipende dalla

conoscenza del target, del panel dei relatori, se la motivazione del convegno implica la divulgazione della consapevolezza dei rischi piuttosto che da una manfrina politica, poi, fattore non trascurabile, se mi rimborsano le spese di viaggio e soggiorno (treno in 2a classe e ed albergo a tre stelle). Tra il 23 maggio e il 4 giugno sarei disposto a fare una tappa a Lecce. Io risparmierei, con un solo viaggio circolare, tanta fatica, voi risparmiereste quattrini nei rimborsi delle spese.

Questo è il mio programma di massima, secondo il quale offro a tante persone "informate dei fatti" qualche utile notizia scientifica, ma alle condizioni dette in precedenza. Le organizzazioni devono essere serie e costruttive, ed io non devo sborsare altro denaro dopo il lavoro che ho fatto e le spese che ho affrontato per la pubblicazione dell'opera.

In alternativa, non ho difficoltà a stare a casa mia, risparmiando fatica, salute e denaro.

Per ora la ringrazio, la saluto e le porgo i piu' sinceri auguri.

Giancarlo Ugazio

CC -> GU 13.03.1011

Egregio Prof. Ugazio,

sono veramente felice per quanto Lei mi ha scritto.

Certamente sono disponibile a dare informazioni riguardo alla mia personale esperienza, concreta, di ben 4 ricoveri, alla Sig.ra G.L.P. o a chi ne avesse bisogno, contattandomi al 331....040.

Sarò onorato di organizzare un evento per la presentazione del libro tra il 23 ed il 27 maggio visto che per il 28 avrò altri inderogabili impegni.

Domani il Direttore del Breakspear, m'inverà la relazione medica che mi riguarda e che io provvederò ad inviarLe appena tradotta in modo che Lei possa integrarla con dettagli importanti affinché il Servizio Sanitario Nazionale possa finalmente capire la gravità della mia condizione di salute.

RingraziandoLa anticipatamente, porgo cordiali saluti

C. C.

Quaderno n.4 - 2011 di Giancarlo Ugazio

RELAZIONE SUL CASO CLINICO DEL PAZIENTE C.C.**TO WHOM IT MAY CONCERN****PER CHI FOSSE INTERESSATO****SCIENCE PLUS CONSCIENCE EQUALS HEALTH****SCIENZA PIU' COSCIENZA SIGNIFICA SALUTE**

Documento redatto su richiesta del soggetto affetto
dalla condizione clinica, per gli usi consentiti dalla legge

Torino 20 aprile 2011

PREMESSA

Il sottoscritto, Giancarlo Ugazio, già professore ordinario di Patologia Generale presso la Scuola Medica dell'Università di Torino, dal 1976 al 2007, dichiara di ritenersi sufficientemente informato dei problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, sostanzialmente essenzialmente dalla sindrome definita *MCS (Multiple Chemical Sensitivity, Sensibilità Chimica Multipla)*.

L'esordio della letteratura scientifica biomedica - che oggi è liberamente disponibile, e che costituisce un corpo di sapere ragguardevole e del tutto affidabile - risale a più di un ventennio fa. I capisaldi fondamentali delle fonti di queste conoscenze scientifiche possono essere riassunti - per brevità - nelle seguenti pubblicazioni: David Overstreet *et al* (1996), Nicholas Ashford e Claudia Miller (1998), Jean Huss (1998), Alison Johnson (2000), Martin Pall (2009). A questo gruppo di ricerche fanno capo moltissimi altri lavori scientifici biomedici, nella fattispecie: 98 per DO *et al* (1996), 730 per NA & CM (1998), 17 per AJ (2000), e 116 per MP (2009).

Tale ricco patrimonio bibliografico-scientifico, per un totale di almeno 961 pubblicazioni, pur comprendendo inevitabili duplicature di citazione, è stato il fondamento delle conoscenze scientifiche utilizzate dai pubblici amministratori dei numerosi stati membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) - in particolare i responsabili della sanità pubblica - per riconoscere la condizione clinica della sindrome *MCS* e di quelle correlate, sia sotto il profilo strettamente giuridico, sia per quanto attiene le naturali implicazioni assicurativo-assistenziali proprie di una società moderna e civile.

Questo considerevole corpo di materia scientifica biomedica è affiancato e corroborato da significative note di studio non strettamente scientifiche, in senso classico. Autrici di esse sono, Christiane Tourtet, Douglas Salvador e l'A.S.E.H.A. (Queensland, Australia), citate nella Monografia *MCS-II* reperibile nel sito web www.grippa.org.

A sostegno dell'asserita conoscenza scientifica dei problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, riferita all'estensore della presente nota, è possibile citare la traduzione del lavoro originale di Alison Johnson "*Casualties of Progress*", autorizzata personalmente dall'autrice, e pubblicata sotto le vesti della Monografia *MCS-I*, col titolo "Vittime del Progresso" nel sito web sopra detto. Le pubblicazioni più recenti sul tema, derivate dagli studi riferiti in precedenza, sono la Monografia *MCS-III* nel sito web e il libro "*MCS, AMIANTO & GIUSTIZIA*", di Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio, Editore Minerva Medica, Torino, gennaio 2011.

Riguardo ai problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, bisogna tener presente che: 1) l'*MCS* insorge lentamente nel tempo a seguito di esposizioni ripetute, anche a bassissime concentrazioni degli

agenti patogeni, configurate in modo da implicare l'aggravante del sinergismo tossicologico [l'eziologia è multifattoriale], 2) è un'affezione prevenibile durante il lungo periodo di insorgenza, anche nei soggetti geneticamente predisposti perchè portatori di polimorfismi genetici, mediante la tecnica dell'evitamento delle esposizioni a rischio, 3) può superare drammaticamente l'orizzonte clinico a seguito di un'esposizione scatenante, 4) si può aggravare nel corso del tempo da un primo stadio, con un impegno nosologico moderato, ad un secondo e poi a un terzo stadio, sempre piu' gravi, tappa dopo tappa, invalidanti, devastanti, insopportabili [la sintomatologia è prevalentemente multisistemica], 5) in genere la sindrome risulta irreversibile, contenibile nelle sue manifestazioni cliniche, ma sostanzialmente irreversibile.

La latenza (1) che precede il superamento dell'orizzonte clinico [comparsa dei sintomi], e la multifattorialità (2) degli agenti patogeni [chimici e/o fisici], insieme con la multisistemicità (3) sintomatologica [variabilità degli organi e dei tessuti effettori dell'azione patogena], in combinazione con una carenza generalizzata di consapevolezza (4) sui rischi ambientali nella patogenesi di questa sindrome, insieme con la presa di posizione preconcepita di qualche sanitario, sono un perverso pacchetto di eventi che conduce ad una grave difficoltà nel diagnosticare nosologicamente la sindrome, per il sanitario, oltre che ad eseguire il collegamento tra causa [esposizione] ed effetto [sintomo], per il paziente.

Talora, anche la circostanza e la sede dell'esposizione possono influenzare in negativo la diagnosi dell'affezione, insieme con la relativa eziopatogenesi. Per esempio, nella vita civile, l'esposizione agli agenti patogeni avviene nell'ambiente occupazionale o nell'ambiente di vita, o in entrambi. Nella vita militare, avviene in un teatro bellico sede, a parte gli eventi direttamente mortali, dell'evoluzione tecnologica, balistica o di nocimento per le truppe e le popolazioni civili considerate nemiche. Nel corso del tempo, secoli, decenni, anni, i rischi specifici sono andati progressivamente aggravandosi *pari passu* con il progresso tecnologico legato alla rivoluzione industriale nella prima circostanza, oppure con l'evoluzione del potenziale distruttivo, individuale o di massa, delle armi messe in campo, nella seconda circostanza presa in considerazione.

A questo punto, è doveroso tener presente che, indipendentemente dalla sede e circostanza di esposizione, la lesione subita dal bersaglio, l'essere umano esposto, dipende *in primis* dall'agente chimico [molecola, elemento], e dalla natura dell'agente fisico [C.E.M., rumore, temperatura, microclima, ecc.] e così via. *In secundis*, essa dipende dalla reattività/tolleranza individuale. A questo proposito, dobbiamo tener conto che la risposta biologica dei nostri tessuti non obbedisce alle leggi di un qualsivoglia ordinamento giuridico di un paese singolo o di una struttura sovranazionale, ne' tanto meno ai cosiddetti "limiti di legge", ma alle leggi della natura, fattore meraviglioso e non sempre prevedibile e/o governabile.

OGGETTO

Alla luce dei dati di fatto scientifico-biomedici citati in premessa, sono prese in considerazione le risultanze delle indagini anamnestiche eseguite sul paziente Maggiore C. C. ad opera della Dr A Jean Monro, Direttore Medico del Breakspear Hospital.

Diagnosi:

- Mielodisplasia, con citopenia refrattaria e marcata displasia multilineare.
- Encefalopatia tossica da metalli pesanti.
- Epatite da virus B mutante, cronica, attiva.
- Ipotiroidismo.

- Ipogonadismo ipogonadotropo secondario ad insufficienza ipofisaria.
- Polineuropatia tossica, caratterizzata da perdita di sensibilità, debolezza muscolare, diminuzione dei riflessi tendinei e sintomi vasomotori (associata con la presenza di nitrosamine).
- Addotti di nitrosamine sul DNA.
- Disfunzione del sistema simpatico.
- Disfunzione del sistema parasimpatico.
- Disautonomia associata a sindrome da fatica cronica.
- Ipossia dei tessuti e ipercapnia.
- Sindrome di Gilbert.
- Basso livello di acidi grassi a catena corta che conduce alla tendenza ipoglicemizzante.
- Perdita della funzione vasomotoria e di termoregolazione in tre arti.
- Insufficienza renale di grado lieve.
- Intolleranza al glutine.
- Epatite cronica da virus B mutante.

Intervista anamnestica e visita del 23/11/09:

Ho parlato con il Signor C. C. il 23 novembre 2009: mi ha detto che ha lavorato come pilota di elicotteri per l'Esercito, e ho capito che era un ufficiale di rango elevato dell'Esercito Italiano.

Il Signor C. C. è stato impiegato nel 1996 nella missione Internazionale "*Joint Endeavour*" in Bosnia presso il Comando della Brigata Multinazionale Sarajevo Nord in qualità di Pilota Osservatore di Elicottero per servizio "*MEDEVAC*" (evacuazioni medico-sanitarie), svolgendo attività di soccorso sanitario sia a militari sia a civili feriti. Per la duplice attività di Pilota Osservatore e di Soccorritore, è venuto a stretto contatto sia col teatro di guerra (polveri di metalli pesanti derivati dall'esplosione di munizioni con uranio impoverito, facilmente inalabili) sia col sangue e altre sostanze organiche (urine, feci, ecc.), in qualche occasione infette, provenienti dai feriti o dai cadaveri recuperati.

Prima di quell'evento, è sempre stato bene, così com'è sempre stato confermato presso gli ospedali militari quando era sottoposto agli accertamenti per l'idoneità al pilotaggio, ogni anno; ma da quando ha cominciato a sviluppare i sintomi nel 2002, periodo in cui cominciò a essere costantemente stanco e ad addormentarsi spesso, ha avuto una continua *escalation*. Durante la notte si addormentava a fatica, per poi svegliarsi improvvisamente e mangiare, per fame nervosa-compulsiva, non appena sveglio.

I sintomi più frequenti e gravi del Signor C. C. sono elencati di seguito:

- Orticaria, eruzioni cutanee, prurito, sensazione di formicolio della cute, sudorazione eccessiva;
- Palpitazioni, dolore toracico, affanno;
- Nausea / vomito, stipsi, gonfiore allo stomaco / crampi, eruttazione / flatulenza;
- Visione offuscata, compromissione della vista;
- Naso chiuso, sinusite, eccesso di muco / catarro;
- Mal di testa / emicrania, svenimento, sensazione remota, perdita di memoria;
- Ulcere;
- Ronzio nelle orecchie, perdita dell'udito;
- Necessità compulsiva di cibarsi;
- Sbalzi d'umore, sentimenti di ansia, di panico o di paura, irritabilità, sentimenti di rabbia o di aggressione;
- Depressione;
- Apatia;

- Rigidità, artriti, ritenzione idrica;
- Dispnea, affanno, fame d'aria;
- Fatica / letargia, irrequietezza, insonnia;
- Dolori alle articolazioni e ai muscoli, debolezza;
- Scarsa memoria, confusione / indecisione, scarsa concentrazione;
- Frequenti malattie / virus / infezioni.

Trattamenti terapeutici:

Attualmente esegue trattamento con tiroxina, magnesio, aminoacidi per fleboclisi, bioarginina, baraclude (un farmaco anti-virale per l'epatite B), trattamento per l'asma, la chelazione con EDTA, nebid (una preparazione di testosterone), vitamina C, preparazione disintossicante del fegato (SAMYR, TAD), farmaci per la depressione, Fluimucil (un preparato espettorante), acido folico e vitamina B12, probabilmente, un multivitaminico, Aranesp (preparazione per i suoi globuli rossi), Saizen (somatotropina).

Gli è stata diagnosticata una mielodisplasia nel 2004 ed è in attesa di trapianto allogenico di midollo, sotto la cura del Professor Mazza del Centro Trapianti di Taranto.

Il paziente ha detto che lui ed i suoi medici italiani sarebbero felici se ci fosse la possibilità di indagare, presso il Breakspear Hospital, sugli inquinanti che sono presenti all'interno del suo organismo e che, indubbiamente, potrebbero essere la causa del suo grave stato clinico.

Intervista anamnestica, con visita, del 18 gennaio 2010;

Il Signor C. C. ha partecipato alla mia visita per la consultazione il 18 gennaio 2010 accompagnato da un suo interprete. Mi ha dato versione della sua storia come segue:

Storia:

Lui è un pilota di elicottero dell'Esercito Italiano ed è stato impiegato come pilota per servizio di soccorso e recupero sanitario "MEDEVAC" nella missione Internazionale in Bosnia-Erzegovina nel 1996.

Una settimana prima di partire per la Bosnia-Erzegovina è stato sottoposto ad un numero eccessivo di vaccinazioni in un periodo di soli 4-5 giorni.

Durante la missione a Sarajevo, ha volato per 50 ore nelle zone dove i bombardamenti con proiettili all'uranio impoverito erano terminati poco prima del suo arrivo, nel dicembre 1995.

Il particolare lavoro svolto dal Signor C. C. l'ha esposto gravemente ai rischi che hanno causato i danni alla salute "certamente" correlati con le enormi quantità di polvere che è stata sollevata a ogni atterraggio e decollo dell'aeromobile, cosicché il paziente ha inalato ripetutamente ed intensamente le polveri sottili contenenti metalli pesanti sotto forma di aerosol contaminati dall'uranio impoverito e contenenti molti metalli pesanti. Successivamente ha avuto una forma persistente di cefalea.

Poi, nel 2002, ha cominciato a sentirsi molto peggio in salute.

Il primo organo colpito fu la tiroide. Gli fu diagnosticata una forma di ipotiroidismo.

Gli fu anche rivelata un'anemia. Lamentava problemi al fegato e ai reni.

Era trattato con interferone, lamivudina ed eritropoietina.

Nel 2004 furono effettuate una biopsia al fegato poi, nel 2006, al midollo osseo, ad opera della Dott.ssa Antonietta Gatti, responsabile del Laboratorio di Biomateriali dell'Università di Modena Reggio Emilia, nonché coordinatrice di un progetto Europeo sulle Nanopatologie. Proprio la Dott.ssa Gatti, per mezzo di analisi di microscopia elettronica a scansione e di spettroscopia a dispersione

d'energia, mise in evidenza e dimostrò la presenza di diversi corpi estranei nei reperti bioptici del fegato e del midollo osseo del paziente, alcuni di tipo metallico (ferro, cromo, nichel, rame, alluminio, acciaio, zinco, piombo, mercurio), altri di tipo ceramico (calcio, carbonio). E' nota la patogenicità di questi materiali, poiché tutti hanno un elevato grado di tossicità chimica e fisica.

Il paziente lamentava stanchezza costante.

Successivamente furono diagnosticati: mielodisplasia, ipotiroidismo e ipogonadismo ipogonadotropo, secondario ad insufficienza ipofisaria.

Fu trovata anche un'elevata iperpiombemia, riconducibile all'esposizione all'uranio impoverito.

Egli è stato trattato per 2 anni con infusioni di EDTA in Italia, prima di arrivare qui. Ha inoltre assunto magnesio, arginina e potassio e gli sono stati somministrati antistaminici, vitamina C, acido folico, vitamina B12, somatropina e testosterone.

Lamenta un costante dolore al collo, ma le indagini ecografiche e a scansione sono state negative.

Ha avuto vari episodi, documentati, di fibrillazione atriale.

Storia della dieta:

Quando mangia carboidrati, sviluppa distensione addominale e ritenzione idrica.

Il paziente elenca la dieta di una tipica giornata come segue:

COLAZIONE: cereali e latte, più nutella senza zucchero.

PRANZO: pasta, carne o pesce, oltre a una grande quantità di verdura.

SPUNTINO: frutta o yogurt.

CENA: carne o pesce e tante verdure.

DOPO CENA: yogurt e cioccolato senza zucchero.

Elenco dei farmaci / integrazioni:

Essi sono i seguenti:

- Magnesio (Mag 2)
- Aranesp (per il trattamento dell'anemia associata ad insufficienza renale cronica)
- Baraclude (contro HBV)
- Epargriseovit (contiene vitamina B12)
- Vitamina C
- Bioarginina (Arginina)
- Fluimucil (N-acetil derivato della cisteina - usato come agente mucolitico per ridurre la viscosità delle secrezioni mucose)
- Eparmefolin (ad affrontare una carenza di vitamina B12 e folati)
- Samyr 400 (per problemi gastro-intestinali, contiene solfo-adenosil-L-metionina)
- TAD (sale sodico glutatione e glutatione ridotto)
- Nebid F IM 4ml 1000 mg (terapia sostitutiva con testosterone per l'ipogonadismo maschile - androgeno derivati di 3-ossandrosterone)
- Montegen (per il trattamento dell'asma)
- L-Thyroxine/Eutirox (per gli stati ipotiroidei, I di sodio ingrediente principale-tiroxina)

Esame obiettivo:

Aveva una marcata lesione da Herpes sul gluteo destro. La pelle della sua schiena era piena di eruzioni cutanee e lesioni su tutta la superficie, in particolar modo su entrambi i fianchi.

Altezza 174 centimetri, peso 76 kg.

Esame delle orecchie, naso e gola: la conduzione aerea superiore a conduzione ossea bilaterale; lingua normale, si muove palato centrale.

Aveva tenerezza nei triangoli anteriori del collo.

Tiroide non palpabile.

Polmoni normali e chiari.

Impulsi regolari, il cuore pulsa normale e la pressione sanguigna è 120/80.

Addome in parte morbido, in parte teso.

Fondoscopia reattiva e pupille reattive alla luce.

Riflessi presenti e uguali.

Risposte plantare flessore.

Sensazione di vibrazione totalmente assente nelle gambe; tocco leggero diminuito e il pin-prick sensazione è diminuita in generale.

Non c'è nistagmo.

Non c'è atassia dito-naso.

Test di Romberg positivo.

Raccomandazioni:

Ho raccomandato di eseguire le seguenti indagini:

- **Profilo cardiolipinico;**
- **Valutazione addotti del DNA;**
- **Ricerca di pesticidi nelle cellule;**
- **Ricerca di metalli pesanti;**
- **Studio del fruttosio;**
- **Test di sensibilità dei linfociti;**
- **Profilo lipidico;**
- **Valutazione delle immunoglobuline;**
- **Biopsia dei grassi;**
- **Analisi di pesticidi nel grasso cellulare;**
- **Studio sulla translocazione delle proteine;**
- **Profilo del rischio per la salute;**
- **Analisi completa delle feci per parassitologia e per accertare la funzione digestiva per il relativo assorbimento intestinale, evidenziando la flora e se ci sono parassiti e lieviti, la digestione e l'assimilazione e il profilo immunologico della funzione gastrointestinale.**
- **Analisi urinaria dei metalli tossici pre e post somministrazione di terapia chelante (EDTA);**
- **Esami biochimici ed ematologici con profilo eritrocitario;**
- **Valutazione dell'emoglobina glicosilata;**
- **Profilo immunologico;**
- **Valutazione del VEGF;**
- **Valutazione del 2,3-BPG;**

Ho inoltre raccomandato prove allergologiche per una gamma di alimenti, farmaci e composti volatili; di seguito gli saranno somministrate basse dosi di immunoterapia con lo scopo di desensibilizzarlo. Credo che questo gli gioverebbe.

Egli è attualmente in questa fase di studio.

Ho inoltre segnalato che trarrebbe beneficio effettuando ipertermia *total body*, seguita da terapia chelante ed infusioni di nutrienti.

E' necessario che il Signor C. C. contatti il nostro consulente nutrizionista, il Dott. Ron Leon, che ha raccomandato il regime allegato di integratori alimentari.

Ho inoltre raccomandato che abbia una consultazione e test con il mio collega, il dottor Peter Julu, Specialista Autonomo Neurofisiologo e Medico

Consulente / Docente Anziano di Clinica, per il *profiling* autonomo (la copia di questa relazione sarà allegata).

Risultati delle indagini:

Un certo numero di indagini sono state avviate, i risultati di alcune di queste sono riportate qui di seguito:

Il profilo di ematologia ha mostrato bassa conta piastrinica a 105×10^9 / litro (NR 150-400) e bassa conta di linfociti a $0,78 \times 10^9$ / litro (NR 1,2-3,65).

Il profilo della tiroide ha mostrato bassa concentrazione di T3 libero a 3,8 pmol / litro (NR 4,0-6,0).

Il profilo di biochimica ha mostrato: alto valore di urea a 8,4 mmol / litro (NR 1,7-8,3), basso di gamma GT a 8 UI / litro (NR 10-71), corretto di calcio 2,12 mmol / litro (NR 2,15-2,55), basso di acido urico a 250 μ mol / litro (NR 266-474), il ferro basso a 9,0 μ mol / litro (NR 10,6-28,3), saturazione della transferrina bassa al 16% (NR 20-55) e Ceruloplasmina basso a 0,17 g / litro (NR 0,20-0,60) .

Epatite A, ha mostrato il profilo positivo anti-epatite A IgG / IgM, in coerenza con una passata infezione da epatite A o da vaccinazione.

Profilo di epatite B, ha mostrato positivi HBsAg, anti-HBc positivi (IgG / IgM) e positivi anti-HBe, coerente con un'infezione in corso di epatite B.

L'Ab per l'epatite C (ELISA) non è stato rilevato.

L'indagine biochimica sul siero ha mostrato livelli normali di proteine totali, albumina, globulina, proteina C reattiva e immunoglobuline G, A e M.

Il profilo biochimico rileva un aumento della bilirubina a 21 μ mol/litro (NR 0-20), aumento dell'alanina transferase a 69 IU/litro (NR 10-35), bassi fosfati a 0,84 (NR 0.87-1.45) aumento della glicemia a digiuno a 6.5 mmol/L (NR 3.9-5.8) e basso colesterolo HDL a 1.1 mmol/litro (NR 1.2-1.7).

Il profilo dei minerali nei globuli rossi ha mostrato bassi livelli di potassio e di selenio degli eritrociti.

I risultati delle analisi funzionali del sangue, per le vitamine del gruppo B, dalle analisi degli enzimi, erano normali.

Il profilo di ATP ha mostrato una bassa presenza di ATP in tutte le cellule; per un blocco del 33% dei siti attivi che non sono in grado di effettuare la riconversione dell'ADP in ATP.

La ricerca delle cellule DNA libere nel plasma sanguigno ha evidenziato un livello altamente significativo di cellule DNA libere per litro di plasma.

Addotti del DNA (DNA genomico dai leucociti): una complessa indagine ha evidenziato benzoati e nitrosamine associate al DNA; i livelli di zinco sono stati molto bassi.

Globuli rossi-bisfosfoglicerato 2,3 & 2,3-bisfosfoglicerato-mutasi hanno mostrato un livello elevato.

Il test di sensibilità dei linfociti ha dimostrato una sensibilità in modo significativo a: nitrosamine, benzoati e formaldeide. Sensibilità *borderline* è stata notata verso il metabisolfito, i gas di scarico di benzina e il gas naturale. Il Calcio intracellulare è normale.

Gli studi della cardiolipina nelle membrane mitocondriali ha mostrato % CL basso. La disponibilità del substrato è povera (problema di L-Carnitina) e l'attività sintasi è bassa - addotti DNA suggerisce il blocco del fattore di controllo CL-sintasi. L'attività di ionizzazione in entrata è molto scarsa.

Le indagini hanno dimostrato che la presenza di nitrosamine nell'organismo del paziente ha attaccato il suo DNA come addotti: esse sarebbero derivate dalle

esplosioni e dalle altissime temperature delle esplosioni di ordigni bellici con uranio impoverito mentre stava lavorando per l'Esercito Italiano in Bosnia.

La prova di sensibilità dei linfociti ha confermato che è sensibile alle nitrosamine.

La valutazione del fruttosio-6-fosfato nei globuli rossi era normale.

Basso livello di acidi grassi a corta catena nel plasma sanguigno.

La determinazione della plasma lattato deidrogenasi (LDH) (isoenzimi) ha mostrato un aumento del DNA *cell-free* (indice di degrado tessutale), un aumento della LDH totale, il tipo di isoenzima dimostra che la ripartizione muscolo scheletrico / fegato è la causa di tale aumento.

Siero / plasma fattore di crescita endoteliale (FEG Vascolare) ha mostrato un certo aumento nel plasma-VEGF.

Trombina Plasma / complesso antitrombina (TAT) ha mostrato un aumento significativo del TAT.

Gli studi del *proteine translocator* hanno dimostrato livelli moderati di complessi benzoato, tracce di acetaldeide complessa e diminuito pH intracellulare.

La determinazione degli elementi di plasma dei globuli rossi ha mostrato scarso manganese a 8,7 nmol / litro [NR 9.0-40.0], bassi livelli di zinco 11,0 µmol / litro [NR 11.5-20.0] e poco magnesio a 0,65 mmoli / litro [NR 0.70-1.20].

La biopsia dei grassi, nelle cellule adipose, per la ricerca di pesticidi e sostanze correlate, ha mostrato "PCB sopra la media" a 0,51 mg / kg [NR 0.02-0,41] e Rotenone a 0.6 mg / kg. Un picco anomalo e' stato confermato come Rotenone da una nuova analisi aggiuntiva ripetuta in un secondo tempo.

L'elettroforesi delle proteine ha mostrato un andamento normale in tutto, senza alcuna anomalia significativa, non rilevate gammopatia monoclonale e paraproteina.

La valutazione delle Precipitine per *Aspergillus niger* ha dimostrato A. IgG, A. *fumigatus* IgG e IgG A. *versicolor* erano tutti all'interno dell'intervallo di normalità.

Mediante turbidimetria, il fattore reumatoide è stato di 13,8 UI / ml [NR <14].

Il profilo per auto-anticorpi e' stato negativo per tutto.

La ricerca del virus di Epstein-Barr ha mostrato un titolo di EBNA anticorpi IgG molto elevato a 600 U / ml [neg = <5]; primi EBV anticorpi antigene EBV anticorpi IgG e IgM VCA sono risultati negativi; questi risultati suggeriscono una pregressa o latente infezione da EBV.

Gli anticorpi IgG per *Toxoplasma* sono stati 46 UI / ml [7,2-8,8 equivoca]; anticorpi IgM negativo; risultato indicativo di una precedente infezione.

Anticorpi contro il citomegalovirus IgG sono stati 2,6 AU / ml [0,4-0,6 equivoca]; anticorpi IgM negativo; risultato suggestivo di una precedente infezione.

Anticorpi anti-*Legionella pneumophila*, *Chlamydia* CFT, anticorpi *Enterovirus*, *virus Cocksackie* Un mix CFT e mescolare B CFT; *ECHO virus* CFT mix N e mescolare P CFT e *B. burgdorferi* IgG e IgM sono stati tutti negativi.

La L-Carnitina sierica bassa indica scarsa disponibilità di L-carnitina.

Le Immunoglobuline E totali erano normali a 50 KUI / litro [NR <100].

La 25 OH vitamina D è stata bassa a 38 nmol / l [NR 51-163].

Le prove di agglutinazione della Brucella sono state negative.

Anticorpi anti-fosfolipidi sono normali a GPL 4,921 U / ml [NR <10].

L'ematologia ha mostrato un basso numero di piastrine a 106×10^9 / litro [NR 150-400].

La biochimica ha dimostrato elevati livelli di bicarbonato a 36 mmol / litro [NR 22-29], urea elevata a 9,9 mmol / litro [NR 1.7-8.3], gamma GT bassa a 7 UI / litro [NR 10-71] e basso acido urico a 228 µmol / litro [NR 266-474].

Profilo di Ematologia (del 01/02/10) ha mostrato bassa conta piastrinica a 106×10^9 / litro (NR 150-400).

Il profilo di biochimica del 01/02/10) ha evidenziato elevato bicarbonato a 37 mmoli / litro (NR 22-29), alto valore di urea a 9,9 mmoli / litro (NR 1,7-8,3), basso gamma GT a 7 UI / litro (NR 10 - 71), e basso di acido urico a 228 μ mol / litro (NR 266-474).

PROFILO DI RISCHIO DELLA SALUTE (DEL 20/01/10) HA DIMOSTRATO QUANTO SEGUE:

- Carenza di Vitamina E (alfa tocoferolo);
- Carenza di zinco;
- Carenza di L-carnitina;
- Elevata attività superossido dismutasi dei globuli rossi; questo dato evidenzia una risposta allo stress ossidativo;
- Marcatamente elevato nel siero il valore della proteina C-reattiva (CRP);
- Analisi urinaria di metalli tossici, pre-terapia con EDTA, ha dimostrato la presenza di metalli pesanti tossici come: alluminio, arsenico, bario, cadmio, cesio, nichel, tallio, stagno e tungsteno;
- Analisi Urinaria di metalli tossici, post-terapia con EDTA, ha dimostrato livelli molto elevati di metalli pesanti tossici come: alluminio, cadmio e piombo; la presenza elevata dei seguenti metalli pesanti tossici: antimonio, arsenico, bario, cesio, mercurio, nichel, tallio, stagno e tungsteno.

PROGRAMMA DI GESTIONE:

Il Signor C. C. deve continuare tutte le terapie in corso.

Il paziente è stato visitato dal Dottor Peter Julu, Specialista Autonomo di Neurofisiologia e Medico Consulente / Docente Anziano di Clinica in questa unità, che ha svolto varie prove ed esami su di lui. E' allegata una copia della relazione del Dottor Julu, datata 26/1/10, unitamente ad una sintesi e una spiegazione dei risultati in essa contenute.

Il Signor C. C. ha avuto immunoterapia a basso dosaggio per affrontare la sua sensibilità. Egli deve continuare con le dosi di immunoterapia, preparate *ad hoc*, da somministrare tutti i giorni al fine di affrontare la sua sensibilità.

La terapia di chelazione è necessaria per affrontare la sua contaminazione da metalli pesanti tossici.

E' necessario effettuare un trattamento per sostenere i suoi mitocondri ed i processi di detossificazione.

Il Rotenone e i PCB trovati nel suo grasso indicano che è necessario un programma di depurazione da effettuare con l'uso terapeutico di sauna con infrarossi che il paziente dovrà necessariamente avere in casa.

Presso il Breakspear Hospital ha avuto un trattamento specifico per le sensibilità sviluppate con somministrazione di basse dosi di immunoterapia.

Ha effettuato trattamento di ipertermia utilizzando il IRATHERM® ed ha avuto terapia chelante con infusioni che deve continuare a fare necessariamente come segue:

INFUSIONE A (da effettuare sotto stretto controllo medico)

Cloruro di sodio 0,45% 500ml x 2

EDTA 2 g

Vitamina C 12.5 g

B-Complex 4 ml

Piridossina 50 mg

Acido folico 15 mg
Dexpantenolo 250 mg
Solfato di magnesio 2 g
Solfato di zinco 2 ml
Taurina 2 ml
Tiamina 100 mg
Gluconato di calcio 5 ml

INFUSIONE B (da effettuare il giorno dopo la terapia chelante [ETDA] a casa)

Cloruro di sodio 0,45% 500 ml
Multitrace 7 5 ml
Vitamina C 12.5 g
B-Complex 4 ml
Piridossina 50 mg
Acido folico 15 mg
Dexpantenolo 250 mg
Solfato di magnesio 2 g
Solfato di zinco 2 ml
Taurina 2 ml
Tiamina 100 mg
Gluconato di calcio 5 ml

Inoltre deve assumere gli integratori nutrizionali come da elenco allegato.

CONCLUSIONI:

E' evidente, dalla storia clinica, che il Signor C. C. era sempre stato molto bene e in forma prima che lavorasse come pilota di elicottero. Egli era anche in grado di intraprendere ciclismo agonistico a livello professionale, conseguendo prestigiosi risultati sportivi: era anche in grado di affrontare gli allenamenti necessari a conseguire tali risultati, anche i più duri e più intensi, regolarmente, tutti i giorni e tutte le settimane. Il domicilio suo e quello dei suoi genitori sono traboccanti di coppe e di trofei vinti con i successi nelle gare ciclistiche (NdT).

Tuttavia, quando è stato impiegato come pilota e in servizio di soccorso sanitario "MEDEVAC" in Bosnia-Erzegovina nel 1996, ha volato per 50 ore in una zona dove i bombardamenti con proiettili all'uranio impoverito erano terminati da poco tempo, contaminando ed inquinando le zone dove giornalmente svolgeva attività di volo e soccorso.

Già in quel tempo erano noti i danni "certi" causati dall'uranio impoverito ed i suoi derivati post-esplosione sulla salute umana; oggi non ci sono dubbi: infatti l'uranio impoverito rappresenta il materiale di scarto del processo di arricchimento dell'uranio (uranio arricchito: utilizzato nei reattori nucleari o nelle armi nucleari). L'utilizzo bellico dell'uranio impoverito fu deciso riguardo a tre fattori: 1) costa poco; 2) è denso (elevato peso specifico), quindi possiede un'alta capacità di perforare il bersaglio; 3) è altamente piroforico, cioè si incendia facilmente.

Al momento dell'impatto, la temperatura generata dall'esplosione supera di molto i 3000 (tremila) gradi, più che sufficiente perché la materia solida di qualsiasi metallo, su cui impatta l'uranio impoverito, passi direttamente allo stato gassoso. Lo stato aeriforme dura qualche minuto, prima di risolidificarsi ed assumere la forma di micro particelle sferiche, non biocompatibili né biodegradabili, (le stesse particelle metalliche di forma sferica che sono state trovate nel materiale bioptico di fegato e midollo del Signor C. C., (rif. rispettivamente Rapporto n. 15/2004 e Rapporto n. 7/2006), che possono rimanere sospese nell'aria alcuni giorni prima di depositarsi al suolo. Queste polveri sono composte dal materiale colpito

contaminato da uranio impoverito. Sebbene la radioattività dell'uranio impoverito sia considerata "low-level" perché è costituita da particelle alfa: l'energia di una particella alfa però è molto alta (le radiazioni alfa sono le più ionizzanti) ed agisce solo a breve distanza, costituendo così il tipo più pericoloso di contaminazione se contenuta nel corpo umano, dove avviene la distruzione massiccia delle cellule vicine ad ogni singola particella, danneggiando irreversibilmente i tessuti nervosi, a causa della natura non proliferativa di queste cellule. La vera causa scatenante delle patologie sono i metalli pesanti (contaminati da uranio impoverito), che sotto forma di detriti (piombo, mercurio, ferro, rame, acciaio, alluminio, ecc.), di dimensioni ridottissime, entrano facilmente nel corpo umano, sia attraverso l'apparato respiratorio, sia attraverso quello digerente, raggiungendo e depositandosi in ogni parte di esso. Sono così piccoli, infatti, da superare agevolmente le naturali barriere di difesa (es. alveoli polmonari) e, attraverso il circolo sistemico e poi portale, raggiungere anche altri determinati organi bersaglio: soprattutto reni, fegato, midollo osseo e cervello. Alcuni studi hanno dimostrato come polveri metalliche, se respirate o ingerite, arrivano nel sangue in soli sessanta secondi ed in un'ora sono già nel fegato.

Quando si accumulano, la loro capacità tossica, sia chimica sia fisica, determina l'insufficienza d'organo, a cui si aggiunge l'azione mutagena della contaminazione da parte dell'uranio impoverito.

Infatti c'era una grande quantità di polveri sottili che veniva sollevata, ed alla quale il paziente è stato fortemente esposto, respirandone abbondanti quantità in ripetute occasioni, riportando una massiccia contaminazione da uranio impoverito, di metalli pesanti, di nitrosamine e di benzoati, tutti altamente tossici sia dal punto di vista fisico-chimico ed altamente cancerogeni.

Inoltre, prima di partire per la Bosnia-Erzegovina fu sottoposto a diverse vaccinazioni, che sono state somministrate nel corso di un periodo troppo breve (4-5 giorni). Questi vaccini hanno innescato uno stress più grave a carico del suo sistema immunitario.

Sicuramente i suoi danni hanno avuto origine e sono stati favoriti già da quel momento.

A seguito della contaminazione, ha sviluppato ipotiroidismo, mielodisplasia, ipogonadismo ipogonadotropo secondario con insufficienza ipofisaria, encefalopatia tossica.

Negli esami effettuati presso il Breakspear Hospital abbiamo sempre trovato che ha un basso numero di piastrine, bassi linfociti, scarsa funzionalità epatica, bassi valori di acido urico, basso ferro e bassa la saturazione della transferrina. Questi risultati sono coerenti con la sua diagnosi di mielodisplasia; per fortuna in questo caso, il paziente risponde bene alla terapia con eritropoietina.

Abbiamo accertato che egli ha tossici presenti nel suo DNA, in forma di addotti di benzoati e nitrosamine. Inoltre, gli studi di translocazione delle proteine hanno mostrato la presenza di complessi di benzoati, acetaldeide e basso pH intracellulare.

Questi indicano che è stato esposto a nitrosamine, probabilmente generate da materia organica sottoposta alle alte temperature durante le esplosioni, mentre era in volo con elicottero in quelle zone di guerra. Le nitrosamine e benzoati addotti al DNA sono legati al gene GST1, che si trova sul cromosoma 1.

I livelli di zinco nel DNA sono risultati bassi; basso manganese tra gli elementi dei suoi globuli rossi, così come zinco e magnesio bassi. Il sistema di ossido nitrico sintetasi risulta disturbato dalle nitrosamine: questo è molto grave. Questo è un requisito importante per la funzionalità della muscolatura liscia. In

aggiunta esiste molta letteratura sull'argomento che dimostra la validità dei risultati del Dr. Martin Pall in relazione al ciclo di ossido di azoto NO/ONOO, che è in fase di verifica. Alcune delle attività stanno causando un'induzione di attività superossido dismutasi suggerendo una risposta allo stress ossidativo. Ha Rotenone e PCB nel suo grasso, come accertato nel materiale biotico. Ha assoluto bisogno di un programma di chelazione e di depurazione per affrontare tutto questo.

I risultati degli studi del Dottor Julu hanno mostrato che il Signor C. C. ha frequenti anomalie di attivazione spontanea del tronco cerebrale, che indica un forte stato di allergia che quindi deve essere trattata con immunoterapia. Ha scarsa risposta inotropica durante l'esercizio isometrico, che porterà a rapido affaticamento che, in effetti, egli evidenzia. Egli è stato fornito con il supporto inotropo mediante integratori nutrizionali per la funzione mitocondriale. Ha ipossia e indotta ipocapnia da esercizio: ha necessità di effettuare ossigenoterapia, esercizi di respirazione a causa del rischio di un eccesso di atti respiratori ed ha bisogno di esercizi Buteyko per mantenere il biossido di carbonio. Poiché lui ha una risposta importante da adrenergici nel suo sistema nervoso autonomo, avrà bisogno di equilibrare il suo stile di vita in modo che lui non sia mai sotto stress. Questo dovrebbe essere integrato con le attività che incoraggiano la divisione del parasimpatico del suo sistema nervoso autonomo.

Questo è molto importante perché ha bisogno di imparare ad apprezzare i benefici della meditazione, o svolgere altre attività in cui si sente felice, come potrebbe essere quando riesce a stare in bicicletta.

Alla luce dei risultati delle ricerche effettuate, è mia opinione che i suoi sintomi molto distintamente hanno avuto origine e sono stati causati in relazione alla sua professione come un pilota di elicottero durante la missione internazionale in Bosnia-Erzegovina, zona massicciamente bombardata con ordigni bellici all'uranio impoverito, mentre lui svolgeva attività di volo e soccorso sanitario, le sostanze tossiche hanno interferito con la sua capacità genetica di disintossicare l'organismo e questo ha portato ad una accresciuta sensibilità fisica, sensibilità chimica multipla e perfino una sensibilità al cibo, come documentato dalle ricerche del Dottor Martin Pall.

Il Signor C. C. dovrà continuare il suo specifico trattamento in Italia, di cui non può fare a meno; avrà bisogno di ritornare presso il Breakspear Hospital per una rivalutazione ogni 3 (tre) mesi.

Avrà bisogno del trattamento in corso fino a quando non vi sarà la risoluzione delle sintomatologie cliniche che sono state osservate.

Il trattamento in corso e le cure prescritte non possono essere differite senza pericolo per la vita e danno per la salute del paziente.

Firmato:

A Jean Monro

Direttore Medico

GMC No: 0552174

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La relazione clinica redatta dalla Dr A. Jean Monro, Direttore Medico del Breakspear Hospital, insieme con le sue Conclusioni, e' uno splendido capitolo di medicina vera e non necessita di ulteriori commenti, perche' parla da se stessa - e la dice lunga - su uno spinoso problema sanitario che offre a considerare agghiaccianti risvolti di civiltà e di etica sociale.

Probabilmente potrebbe essere utile schematizzare i punti salienti di questo documento sanitario tanto importante e significativo quanto inusuale, almeno nella Sanità ufficiale del Belpaese. Lo schema che segue potrebbe anche risultare un testo didattico per tutti quei medici che classificano come malati di mente coloro che sono affetti dalla perdita di tolleranza per i veleni ambientali, cioè dall'MCS, tanto che talvolta l'unico intervento sanitario che svolgono e' la somministrazione di una scheda anamnestica psichiatrica. Quindi potrebbe valere anche in queste circostanze l'assunto del Maestro Alberto Manzi conduttore di un prezioso programma della televisione italiana ai suoi albori (1959-1968): *"Non è mai troppo tardi. Corso d'istruzione popolare per il recupero dell'adulto analfabeta"*.

Però, da osservatore esterno della sventura del Maggiore C. C., non posso esimermi dal proporre un accostamento tra l'avventura del Nostro e quella del Maggiore Denise Nichols, che ritornò dal servizio militare nella Guerra del Golfo, affetta dalla sindrome della Guerra del Golfo e dalla MCS. Alison Johnson, nella postfazione del suo libro *"Casualties of progress"* riferisce la seguente testimonianza di questa Americana, una volta smobilitata dal servizio militare, resa di fronte al Comitato Presidenziale Speciale per le Negligenze (Pres.: Sen. W.B. Rudman, N.H.), il 19 novembre 1998: *"Io, alla pari, scambierei una ferita da shrapnel o la perdita di un arto in cambio di queste malattie di cui noi soffriamo che sono croniche, debilitanti e che alterano la vita per sempre"*. In buona sostanza, Denise Nichols poneva sui piatti della bilancia l'amputazione di un arto contro *l'amputazione della vita*, ed era, senza ombra di dubbio, *persona informata dei fatti*.

A questo punto, piu' come *memento* che come commento, riporto le affermazioni salienti della Dr A. Jean Monro del Breakspear Hospital, desunte dalle interviste anamnestiche e visite sanitarie svolte il 23 novembre 2009 e il 18 gennaio 2010.

"Il Signor C. C. era sempre stato molto bene ed in forma prima che lavorasse come pilota di elicottero. Egli era anche in grado di intraprendere ciclismo agonistico a livello professionale, conseguendo prestigiosi risultati sportivi: era anche in grado di affrontare gli allenamenti necessari a conseguire tali risultati, anche i più duri e più intensi, regolarmente, tutti i giorni e tutte le settimane.

Lui, pilota di elicottero dell'Esercito Italiano, ufficiale di rango elevato nelle Forze Armate, è stato impiegato nel 1996 nella missione Internazionale *"Joint Endeavour"* in Bosnia presso il Comando della Brigata Multinazionale Sarajevo Nord in qualità di Pilota Osservatore di Elicottero per servizio *"MEDEVAC"* (evacuazioni medico-sanitarie), svolgendo attività di soccorso sanitario sia a militari che a civili feriti. Per la duplice attività di Pilota Osservatore e di Soccorritore, è venuto a stretto contatto sia col teatro di guerra (polveri di metalli pesanti derivati dall'esplosione di munizioni con uranio impoverito, facilmente inalabili) sia col sangue ed altre sostanze organiche (urine, feci, ecc.), in qualche occasione infette, provenienti dai feriti o dai cadaveri recuperati.

Una settimana prima di partire per la Bosnia-Erzegovina era stato sottoposto ad un numero eccessivo di vaccinazioni in un periodo troppo breve (di soli 4-5 giorni). Questi vaccini hanno innescato un grave stress a carico del suo sistema immunitario. Sicuramente i suoi danni alla salute hanno avuto origine e sono stati favoriti già da quel momento.

Durante la missione a Sarajevo, ha volato per 50 ore nelle zone dove i bombardamenti con proiettili all'uranio impoverito erano terminati poco prima del suo arrivo, nel dicembre 1995.

Il particolare lavoro svolto dal Signor C. C. (1996) l'ha esposto gravemente ai rischi che hanno causato i danni alla salute "certamente" correlati con le enormi quantità di polveri che è stata sollevata ad ogni atterraggio e decollo dell'aeromobile, cosicché il paziente ha inalato ripetutamente ed intensamente le polveri sottili contenenti metalli pesanti sotto forma di aerosol contaminati dall'uranio impoverito e contenenti molti metalli pesanti. Successivamente ha avuto una forma persistente di cefalea.

Poi, nel 2002, sei anni dopo le esposizioni patogene (vaccini + uranio impoverito + metalli pesanti nocivi + composti organici prodotti di pirolisi a 3000°C) ha cominciato ad avvertire un peggioramento della salute.

Successivamente furono eseguite una biopsia del fegato (2004) e una biopsia del midollo osseo (2006). Le analisi di microscopia elettronica a scansione misero in evidenza la presenza di diversi corpi estranei nei reperti biotipici del fegato e del midollo osseo del paziente, alcuni di tipo metallico (ferro, cromo, nichel, rame, alluminio, acciaio, zinco, piombo, mercurio), altri di tipo ceramico (calcio, carbonio). E' nota la patogenicità di questi materiali, poiché tutti hanno un elevato grado di tossicità chimica e fisica.

Già in quel tempo erano noti con certezza i danni causati dall'uranio impoverito ed i suoi derivati post-esplosione sulla salute umana; oggi non ci sono dubbi: infatti l'uranio impoverito rappresenta il materiale di scarto del processo di arricchimento dell'uranio (uranio arricchito: utilizzato nei reattori nucleari o nelle armi nucleari). L'utilizzo bellico dell'uranio impoverito fu deciso riguardo a tre fattori: 1) costa poco; 2) è denso (elevato peso specifico), quindi possiede un'alta capacità di perforare il bersaglio; 3) è altamente piroforico, cioè si incendia facilmente.

Al momento dell'impatto, la temperatura generata dall'esplosione supera di molto i 3000 (tremila) gradi, più che sufficiente perché la materia solida di qualsiasi metallo, su cui impatta l'uranio impoverito, passi direttamente allo stato gassoso. Lo stato aeriforme dura qualche minuto, prima di risolidificarsi e assumere la forma di microparticelle sferiche, non biocompatibili né biodegradabili, (le stesse particelle metalliche di forma sferica che sono state trovate nel materiale biotipico di fegato e midollo del Signor C. C., (rif. rispettivamente Rapporto n. 15/2004 e Rapporto n. 7/2006), che possono rimanere sospese nell'aria alcuni giorni prima di depositarsi al suolo. Queste polveri sono composte dal materiale colpito contaminato da uranio impoverito. Sebbene la radioattività dell'uranio impoverito sia considerata "low-level" perché è costituita da particelle alfa: l'energia di una particella alfa però è molto alta (le radiazioni alfa sono le più ionizzanti) ed agisce solo a breve distanza, costituendo così il tipo più pericoloso di contaminazione se contenuta nel corpo umano, irradiazione interna, dove avviene la distruzione massiccia delle cellule vicine ad ogni singola particella, danneggiando irreversibilmente i tessuti nervosi, a causa della natura non proliferativa di queste cellule. La vera causa scatenante delle patologie sono i metalli pesanti (contaminati da uranio impoverito), che sotto forma di detriti (piombo, mercurio, ferro, rame,

acciaio, alluminio, ecc.), di dimensioni ridottissime, entrano facilmente nel corpo umano, sia attraverso l'apparato respiratorio, sia attraverso quello digerente, raggiungendo e depositandosi in ogni parte di esso. Sono così piccoli, infatti, da superare agevolmente le naturali barriere di difesa (es. alveoli polmonari) e, attraverso il circolo sistemico e poi portale, raggiungere anche altri determinati organi bersaglio: soprattutto reni, fegato, midollo osseo e cervello. Alcuni studi hanno dimostrato come polveri metalliche, se respirate o ingerite, arrivano nel sangue in soli sessanta secondi e in un'ora sono già localizzati nel fegato.

Quando si accumulano, la loro capacità tossica, sia chimica sia fisica, determina l'insufficienza d'organo, a cui si aggiunge l'azione mutagena della contaminazione da parte dell'uranio impoverito.

Infatti c'era una grande quantità di polveri sottili che veniva sollevata, ed alla quale il paziente è stato fortemente esposto, respirandone abbondanti quantità in ripetute occasioni, riportando una massiccia contaminazione da uranio impoverito, di metalli pesanti, di nitrosamine e di benzoati, tutti altamente tossici sia dal punto di vista fisico-chimico ed altamente cancerogeni.

Alla luce dei risultati delle ricerche effettuate, è mia opinione che i suoi sintomi molto distintamente abbiano origine e siano stati causati in relazione alla sua professione come pilota di elicottero durante la missione internazionale in Bosnia-Erzegovina, zona massicciamente bombardata con ordigni bellici all'uranio impoverito, mentre lui svolgeva attività di volo e soccorso sanitario, le sostanze tossiche hanno interferito con la sua capacità genetica di disintossicare l'organismo e questo ha portato ad una accresciuta sensibilità fisica, sensibilità chimica multipla e perfino una sensibilità al cibo, come documentato dalle ricerche del Dottor Martin Pall.

Il Signor C. C. dovrà continuare il suo specifico trattamento in Italia, di cui non può fare a meno; avrà bisogno di ritornare presso il Breakspear Hospital per una rivalutazione ogni 3 (tre) mesi.

Avrà bisogno del trattamento in corso fino a quando non vi sarà la risoluzione delle sintomatologie cliniche che sono state osservate.

Il trattamento in corso e le cure prescritte non possono essere differite senza pericolo per la vita e danno per la salute del paziente.

Dr A. Jean Monro

Fin qui la Scienza. Ma poiché' la Scienza, come insegnò il Prof. Giovanni Favilli (docente di Patologia Generale nella scuola Medica dell'Ateneo di Bologna), non produce salute se non con l'ausilio della Coscienza, ritengo sia utile per la società, presentando i problemi correlati con il caso di C. C., che mi appelli alla Coscienza dei reggitori della Cosa Pubblica, sia quando agiscono nella società civile, legiferando, producendo, commerciando, sviluppando le tecnologie che stanno alla base del progresso globalizzato, sia quando, nelle vesti di strateghi militari svolgono la nobile missione del *Peacekeeping* versando nel crogiolo dei teatri di guerra esseri umani in carne ed ossa, così come se li versassero nella lava fluida e infuocata di un cratere vulcanico. L'impatto sulla salute umana non è poi molto dissimile tra i due casi: infatti, lo scoppio di un proiettile all'uranio da' anche molto di piu' (secondo caso) di ciò che deriva dal fumo di un braciore del vicino di casa, dal profumo usato per sostenere il *sex appeal*, da un deodorante per la casa, dal fumo di tabacco, dai pesticidi e dagli erbicidi di una risaia (primo caso).

Quindi agli illustri epigoni di queste due categorie di V.I.P. amerei dire che 1) e' sempre valido il baratto di Denise Nichols: l'amputazione di un arto contro

l'amputazione di una vita intera e 2) quando si tratta di salute, un bene non disponibile, al pari della libertà, con cui non si scherza, la prevenzione dei rischi e' sempre preferibile al risarcimento pecuniario, *a posteriori*, di una vita perduta.

L'edificazione del P.I.L. di una società moderna globalizzata, nella prima circostanza, e la coltivazione del prestigio di uno stato che, si fa chiamare Patria quando fa *Peacekeeping*, nella seconda circostanza, implicherebbero, in Coscienza, che chi ha pagato tutto ciò con la vita o con la qualità della sua esistenza, non sia mai posto nella condizioni che A. Jean Monro esprimeva crudamente con le affermazioni: "Il Signor C. C. dovrà continuare il suo specifico trattamento in Italia, di cui non può fare a meno; avrà bisogno di ritornare presso il Breakspear Hospital per una rivalutazione ogni 3 (tre) mesi. - Avrà bisogno del trattamento in corso fino a quando non vi sarà la risoluzione delle sintomatologie cliniche che sono state osservate. - Il trattamento in corso e le cure prescritte non possono essere differite senza pericolo per la vita e danno per la salute del paziente".

A buon intenditor, purché' Coscienzioso, poche parole!

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.S.E.H.A., Allergy, Sensitivity & Environmental Health Association, Qld Inc, PO Box 96 Margate QLD 4019, Parliament House, CANBERRA ACT 2600, Australia.
- Nicholas Ashford e Claudia Miller, Chemical Exposures. Low Levels and High Stakes. John Wiley & Sons Inc. , 1998.
- Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio, MCS, Amianto & Giustizia, Patologie Ambientali e Laborative, Edizioni Minerva Medica, Torino 2011.
- Jean Huss, Report "Environment And Health", Council of Europe, 2009.
- Alison Johnson, Casualties of Progress, Personal Histories from the Chemically Sensitive, MCS Information Exchange, Brunswick, ME, USA, 2000.
- David Overstreet, Claudia Miller, David Janowsky, Roger Russell, Potential animal model of multiple chemical sensitivity with cholinergic supersensitivity Toxicology 111, 119- 134, 1996.
- Martin Pall, Multiple Chemical Sensitivity: Toxicological Questions and Mechanisms. Chapter XX in General and Applied Toxicology, Bryan Ballantyne, Timothy C. Marrs, Tore Syversen, Eds., John Wiley & Sons Inc., London, 2009.
- Douglas Salvador, MCS America News su www.mcs-america.org, 2007.
- Christiane Tourtet, Brochure, An increasingly alarming World Wide Public Health Problem triggered by our Toxic Environment, 2007.
- Christiane Tourtet, Standard Accommodations under ADA for Persons Disabled by Multiple Chemical Sensitivities (MCS), 2007.
- Giancarlo Ugazio, www.grippa.org [DIVULGAZIONE], Monografia MCS-I, 2009.
- Giancarlo Ugazio, www.grippa.org [DIVULGAZIONE], Monografia MCS-II, 2009.
- Giancarlo Ugazio, www.grippa.org [DIVULGAZIONE], Monografia MCS-III, 2010.



Giancarlo Ugazio
Piazzetta Madonna degli Angeli, 2/D
10123 Torino
011-7640356; 335-5938275
ugazio.giancarlo@libero.it
www.grippa.org

16 marzo 2011

GU -> GLP 13.03.2011

Cara G.L.P.,
eccoti il piu' recente scambio epistolare con C. C.
Saluti cordiali.

Giancarlo

GLP -> GU 13.03.2011

Caro Giancarlo

come sempre confermi che sei unico e prezioso. Quando dico che sei un grande e' solo verità e, come vedi, lo riscontri continuamente con chiunque.

La tua sapienza ed il tuo operato, oltre ad imprimerlo nel libro, lo calchi dentro ognuno di noi.

Anche se hai scritto tante cose, questa e' "l'opera prima", quella che rimarrà per sempre, e che darà uno dei primi contributi che cambieranno la storia, il sistema sanitario, l'approccio medico e culturale, e questo darà una nuova visione e forse l'applicazione del Giuramento di Ippocrate.

Grazie grande Giancarlo.

G.L.P.

GLP -> GU 13.03.2011

Cara G.L.P.,

il tuo apprezzamento, come quello di altra gente, malata di MCS o sana, mi rende molto felice e soddisfatto che quel che ho imparato e che so, e che divulgo per tutti coloro che ne hanno bisogno, non solo i malati, ma specialmente i sani che vorrei rimanessero tali il piu' a lungo possibile.

Due altri Grandi mi hanno insegnato qualcosa d'importante.

Martin Luther King disse ai quattro venti "I have a dream" e Giorgio Perlasca, il commerciante che a Budapest, verso la fine della seconda guerra mondiale, si finse console spagnolo e salvò dalla Shoah molte migliaia di Ebrei, poi, a guerra finita, rispose al giornalista Mario Deaglio che, intervistandolo, gli domandava perchè avesse affrontato un grande rischio personale per salvare tanta gente che non conosceva da una morte crudele, rispose: "ma lei al posto mio cosa avrebbe fatto?" Ne uscì il libro "La banalità del bene", in contrapposizione a "La banalità del male", che parlava di Adolf Eichmann.

Coerente col Perlasca, non piu' tardi di questa sera, a Shila, di Focene, con la quale parlavo al telefono, quando mi ringraziava per quel che faccio per la gente, ho risposto che non saprei e potrei fare diversamente seguendo la mia religiosità naturale.

Un affettuoso saluto.

Giancarlo

Quaderno n.4 - 2011 di Giancarlo Ugazio

RELAZIONE SUI CASI CLINICI DI MADRE E FIGLIA AFFETTE DA MCS

**TO WHOM IT MAY CONCERN
PER CHI FOSSE INTERESSATO
SCIENCE PLUS CONSCIENCE EQUALS HEALTH
SCIENZA PIU' COSCIENZA SIGNIFICA SALUTE**

Documento redatto su richiesta del padre della bimba affetta da una condizione clinica compatibile con la sindrome multifattoriale e multisistemica denominata in alcune nazioni "Sensibilità Chimica Multipla".
(MCS, acronimo di *Multiple Chemical Sensitivity*),
per gli usi consentiti dalla legge

Torino 17 febbraio 2012

PREMESSA

Il sottoscritto, Giancarlo Ugazio, già professore ordinario di Patologia Generale presso la Scuola Medica dell'Università di Torino, dal 1976 al 2007, dichiara di ritenersi sufficientemente informato dei problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, sostanzianti essenzialmente dalla sindrome definita MCS (*Multiple Chemical Sensitivity*, Sensibilità Chimica Multipla).

L'esordio della letteratura scientifica biomedica - che oggi è liberamente disponibile, e che costituisce un corpo di sapere ragguardevole e del tutto affidabile - risale a più di un ventennio fa. I capisaldi fondamentali delle fonti di queste conoscenze scientifiche possono essere riassunti - per brevità - nelle seguenti pubblicazioni: David Overstreet *et al* (1996), Nicholas Ashford e Claudia Miller (1998), Jean Huss (1998), Alison Johnson (2000), Martin Pall (2003, 2009). A questo gruppo di ricerche fanno capo moltissimi altri lavori scientifici biomedici, nella fattispecie: 98 per D.O. *et al* (1996), 730 per N.A. & C.M. (1998), 17 per A.J. (2000), e 116 per M.P. (2009).

Tale ricco patrimonio bibliografico-scientifico, per un totale di almeno 961 pubblicazioni, pur comprendendo inevitabili duplicature di citazione, è stato il fondamento delle conoscenze scientifiche utilizzate dai pubblici amministratori dei numerosi stati membri della Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) - in particolare i responsabili della sanità pubblica - per riconoscere la condizione clinica della sindrome MCS e di quelle correlate, sia sotto il profilo strettamente giuridico, sia per quanto attiene le naturali implicazioni assicurativo-assistenziali proprie di una società moderna e civile.

Questo considerevole corpo di materia scientifica biomedica è affiancato e corroborato da rilevanti note di studio non strettamente scientifiche, in senso classico. Autrici di esse sono, Christiane Tourtet (2007a&b), Douglas Salvador (2007) e l'A.S.E.H.A. (Queensland, Australia, 2009), citate nella Monografia MCS-II del sito web www.grippa.org.

A sostegno dell'asserita conoscenza scientifica dei problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, riferita all'estensore della presente nota, è possibile citare la traduzione del lavoro originale di Alison Johnson "*Casualties of Progress*", autorizzata personalmente dall'autrice, e pubblicata sotto le vesti della Monografia MCS-I, col titolo "Vittime del Progresso" nel sito web sopra detto. Le pubblicazioni più recenti sul tema, derivate dagli studi riferiti in precedenza, sono la Monografia MCS-III nel sito web e il libro "*MCS, AMIANTO & GIUSTIZIA*", di Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio, Editore Minerva Medica, Torino, gennaio 2011.

Riguardo ai problemi sanitari correlati con la perdita della tolleranza per i veleni ambientali, bisogna tener presente che: 1) l'MCS può anche insorgere lentamente nel tempo a seguito di esposizioni ripetute, anche a bassissime concentrazioni degli agenti patogeni, configurate in modo da implicare l'aggravante del sinergismo tossicologico [l'eziologia è multifattoriale], 2) è un'affezione prevenibile durante il lungo periodo di insorgenza, anche nei soggetti geneticamente predisposti perchè portatori di polimorfismi genetici che conferiscono loro una condizione meiotragica di fronte alla necessità di detossicare agenti ambientali nocivi, mediante la tecnica dell'evitamento delle esposizioni a rischio, 3) può superare drammaticamente l'orizzonte clinico a seguito di un'esposizione scatenante, 4) si può aggravare nel corso del tempo da un primo stadio, con un impegno nosologico moderato, ad un secondo e poi a un terzo stadio, sempre più gravi tappa dopo tappa, invalidanti, devastanti, insopportabili [la sintomatologia è prevalentemente multisistemica], 5) in genere la sindrome risulta irreversibile, contenibile nelle sue manifestazioni cliniche, ma sostanzialmente irreversibile.

La latenza (1) che precede il superamento dell'orizzonte clinico [comparsa dei sintomi], e la multifattorialità (2) degli agenti patogeni [chimici e/o fisici], insieme con la multisistemicità (3) sintomatologica [variabilità degli organi e dei tessuti effettori dell'azione patogena], in combinazione con una carenza generalizzata di consapevolezza (4) sui rischi ambientali nella patogenesi di questa sindrome, insieme con la presa di posizione preconcetta di sanitari, sono un perverso pacchetto di eventi che conduce ad una grave difficoltà nel diagnosticare nosologicamente la sindrome, per il sanitario, oltre che ad eseguire il collegamento tra causa [esposizione] ed effetto [sintomo], per il paziente.

Talora, anche la circostanza e la sede dell'esposizione possono influenzare in negativo la diagnosi dell'affezione, insieme con la relativa eziopatogenesi. Per esempio, nella vita civile, l'esposizione agli agenti patogeni avviene nell'ambiente occupazionale o nell'ambiente di vita, o in entrambi, dagli stessi agenti nocivi presenti nei due scenari (per esempio al tricloroetilene è esposto tanto il lavorante di lavanderia a secco quanto il cliente che indossa il campo di vestiario dopo il lavaggio, altrettanto il DU [*depleted uranium*]) interessa sia gli operatori militari, sia i civili, esposti in condizioni di pari opportunità non solo a nanoparticelle dell'isotopo emettitore di particelle α ma anche a tutti gli elementi, metalli pesanti in testa, polverizzati dalle temperature di circa 3000°C sviluppate dall'effetto pirogenico del DU dei penetratori a causa dell'esplosione.) Nella vita militare, può avvenire sia in un teatro bellico sede, a parte gli eventi direttamente mortali, dell'evoluzione tecnologica, balistica o di nocimento per le truppe e le popolazioni civili considerate nemiche, sia in condizioni di pace, a seguito di mansioni operative che esponano agli agenti nocivi propri del maneggio – diretto e indiretto - di specifici mezzi bellici. Nel corso del tempo, secoli, decenni, anni, i rischi correlati sono andati progressivamente aggravandosi *pari passu* con il progresso tecnologico legato alla rivoluzione industriale nella prima circostanza (civile), oppure con l'evoluzione del potenziale distruttivo, individuale o di massa, delle armi messe in campo, nella seconda circostanza presa in considerazione (militare). A proposito di queste due fattispecie esemplificative, è ovvio che il sanitario dotato di una dose sufficiente di scienza e di coscienza, si dispone all'uso di un appropriato gas cromatografo per trovare il tricloroetilene, e di un adeguato microscopio elettronico per trovare le più disparate nano-particelle. Infatti, solo così può essere utile al paziente, quando si tratta di un campione biotico, per quello autotico è di fronte ad un problema medico di altro significato. Se invece “volge-lo-sguardo-altrove” e

fa carico al paziente di essere un malato immaginario, “fissato” dei suoi sintomi, non solo viola lo spirito del giuramento di Ippocrate (sia nella versione antica, sia nella moderna, amputata dell’affermazione “*E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell’arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro*”) ma anche lede la salute e la dignità umana del malato che ha di fronte e che gli chiede aiuto, probabilmente violando – piu’ per dolo che per colpa - la lettera e la *ratio* di qualche articolo del C.P. della nostra repubblica oltre che del Trattato di Lisbona, che prevale sul nostro ordinamento giuridico.

A questo punto, è doveroso tener presente che, in modo indipendente dalla sede e dalla circostanza di esposizione, la lesione subita dal bersaglio, l’essere umano esposto, dipende *in primis* dall’agente chimico [molecola, elemento], e dalla natura dell’agente fisico [campi elettromagnetici, rumore, temperatura, microclima, ecc.] e così via. *In secundis*, essa dipende dalla reattività/tolleranza individuale. A questo proposito, dobbiamo tener conto che la risposta biologica dei nostri tessuti, in dipendenza dal sinergismo e dal potenziamento tossicologico, non obbedisce alle leggi di un qualsiasi ordinamento giuridico di un paese singolo o di una struttura sovranazionale, ne’ alla volontà del capo dello stato o del *premier* dell’esecutivo, ne’ tanto meno ai cosiddetti “limiti di legge”, ma alle leggi della natura, fattore meraviglioso e non sempre prevedibile e/o governabile. Male sta nel fatto che troppi irchi nostrani, paludati da un camice bianco, ancora oggi, ignorano l’esistenza e gli effetti patogeni del sinergismo e del potenziamento tossicologico che sono già arrivati, da alcuni anni, all’osservazione degli esperti dell’Ue (Jean Huss, 1998) nel campo della patologia ambientale. Quindi, a questi Signori, viene piu’ comodo tentare di celare l’ignoranza intrinseca e la malafede legata a preconcetti sanitari trattando i malati da mentecatti. L’uomo-della-strada potrebbe anche pensare che, a livello sociale, tale approccio sia equiparabile a una novella *shoah* di cittadini inferiori, vittime del progresso perchè predisposti, per fortuna non ancora marchiati con l’equivalente della famigerata stella gialla a sei punte sul petto.

OGGETTO

Alla luce dei dati di fatto scientifico-biomedici citati in premessa, vengono prese in considerazione le risultanze delle indagini anamnestiche (osservazionali-descrittive e semeiologiche-strumentali) eseguite sulla piccola paziente, messe a disposizione dal padre, quale naturale portavoce della figlia minore.

A questo punto della trattazione, s’impone la considerazione pregiudiziale che la parte sana, seria e onesta della classe medica avanza a proposito del valore dell’anamnesi nel suo rapporto con una corretta diagnosi; essa recita: “*Anamnesi, mezza diagnosi*”. Questa frase, espressione tanto importante della fiducia e della collaborazione reciproca tra curante e paziente, è citata nelle Linee-guida della patologia ambientale (cap. 2.3 Approccio diagnostico, pag. 8) di “MCS, AMIANTO & GIUSTIZIA” E. Bonanni & G. Ugazio, Edizioni Minerva Medica, Torino 2011.

Le informazioni anamnestiche del primo contingente ci insegnano che la piccola paziente è stata partorita in una città capoluogo di una regione dell’Italia centrale il xx.xx.xxx in uno dei maggiori nosocomi cittadini, di livello regionale, dalla madre mediante parto cesareo a 31 settimane di gravidanza; alla nascita, pesava 1,2 Kg ed era alta 38 cm. All’inizio non ha avuto problemi di rilievo, se non una certa difficoltà ad assimilare il latte.

A due mesi di vita, quando pesava 1,9 Kg circa, le è stato somministrato il vaccino esavalente, allora obbligatorio nella regione di cui

sopra. Immediatamente dopo è comparsa una severa dermatite atopica, inoltre la bimba ha smesso di evacuare in modo spontaneo. Ha poi ripreso a evacuare spontaneamente all'età di tre anni circa. All'età di due anni e mezzo, sono comparsi i primi episodi di broncospasmo.

Pochi mesi dopo, la famiglia si è trasferita in un'abitazione nuova, appena costruita. Nuovo era anche l'arredamento interno. Quest'abitazione era poco distante (centinaia di metri) da un'autostrada di grande traffico veicolare ed era circondata da campi coltivati a mais ininterrottamente da circa trenta anni, quasi monocultura agricola. La zona circostante è caratterizzata dalla presenza di diversi piccoli insediamenti industriali. Inoltre quella zona è rinomata per la produzione di vino di pregio e i suoi vigneti sono costantemente trattati con grandi quantità di pesticidi. A circa 2 km dall'abitazione si trovano due vecchie discariche, adesso dismesse. In conseguenza del trasferimento abitativo, la condizione clinica della bimba precipita, com'è dimostrato dai frequentissimi e severi attacchi asmatici, seguiti da ricoveri nosocomiali d'urgenza, con esordio all'età di circa tre anni. Gli episodi di broncospasmo si sono fatti sempre più frequenti, fino a diventare in pratica continui.

La piccola paziente non traeva alcun beneficio terapeutico dai farmaci prescritti dai medici curanti, che i genitori le somministravano scrupolosamente. La situazione si aggravò al punto che la bimba non poteva più frequentare la scuola d'infanzia, come raccomandato dal pediatra. Anche questa precauzione non riuscì a migliorare la sua situazione. Episodicamente la paziente presentava improvvisi mal di gola, non compatibili con un quadro nosologico virale, che comparivano e scomparivano senza una causa apparente.

Poiché la bimba non stava bene, nell'abitazione di famiglia, in accordo con il pediatra, è ricoverata in un centro pediatrico di una stazione climatica di montagna, dove fruisce della compagnia della mamma. Le gravi crisi asmatiche, con severe desaturazioni, continuano anche in questa sede, nonostante le favorevoli proprietà climatiche del luogo. La paziente risponde poco ai farmaci somministrati dai medici e le sue crisi non sono controllabili. Si procede con tutte le indagini diagnostiche necessarie, eseguite presso un prestigioso nosocomio di una città capoluogo di provincia di una regione dell'Italia settentrionale, ma non emerge nulla che possa giustificare il grave quadro clinico della paziente. È rilevato anche un reflusso gastrico medio; è applicata una terapia per il reflusso, ma la patologia non cambia. Sono stati impiegati tre diversi farmaci per il reflusso, senza successo.

Il mal di gola, che all'inizio affliggeva la piccola paziente solo saltuariamente, diventa poi un sintomo costante, accompagnato da altri sintomi quali "bruciore forte al viso", e dolori articolari. Tali sintomi non sono inquadrabili nell'affezione asmatica, ma nessuno riesce a far luce su questo. La bimba fatica a mangiare qualsiasi alimento poiché tutti provocano un aggravamento della sua sintomatologia.

I genitori evitano di trasportare la figlia in auto perché tale circostanza rende insopportabile la sintomatologia.

La situazione continua a peggiorare e i genitori si accorgono che

l'esposizione di certe sostanze, come ammoniaca, detergenti, e simili comporta un severo aggravamento delle crisi.

In seguito, in conseguenza di queste constatazioni, un medico a giorno delle basi biomediche della condizione clinica dell'MCS, interpellato dai genitori, diagnostica che la bimba è affetta da Sensibilità Chimica Multipla.

Riguardo agli esantemi dell'infanzia, la piccola paziente, a oggi, è stata affetta solo da varicella, in forma piuttosto forte.

Dal punto di vista nutrizionale, si possono individuare tre fasi temporali nelle quali sono avvenuti cambiamenti rilevanti.

La prima fase è quella in cui non era stata ancora identificata la patologia di cui soffre. La bimba è sempre stata inappetente, ha sempre prediletto i cibi salati e aveva una dieta varia, ricca di verdura e frutta, a causa dei problemi gastro-intestinali suddetti. Non si alimentava ancora con cibi biologici o biodinamici.

Nella seconda fase, quella che precede la scoperta della malattia, è stato provato, per molti mesi, di togliere dalla dieta alcuni cibi come il latte e i suoi derivati, e il pomodoro, ed è stato dato inizio alla pratica di cucinare in pentole in ceramica.

Nella terza fase, dopo l'identificazione della malattia (MCS), la piccola paziente mangia solo ed esclusivamente cibi biologici e biodinamici. Segue una dieta varia e a rotazione legata ai valori di *end point* misurati sia in U.K sia U.S.A., beve solo acqua minerale in bottiglia di vetro. I cibi sono tutti cucinati in pentole di ceramica. La cucina è elettrica, non è usato gas.

Per quanto riguarda l'ambiente *indoor*, prima della scoperta della malattia, si usava ogni comune tipo di detersivo per lavare pavimenti, piatti, vetri e vestiti.

Prima della scoperta, era stato notato che certi detersivi, soprattutto l'ammorbidente, le provocavano mal di gola; quindi in un primo tempo si è iniziato a usare detersivi naturali. Dopo la scoperta, i genitori si sono organizzati meglio; hanno eliminato i detersivi comuni per pulire pavimenti e vetri sostituendoli con un apparecchio che lava solo con acqua e vapore a 170° C. Poi è stata ripulita la lavatrice da ogni residuo di detersivo e ammorbidente ed è stato iniziato a lavare i panni con un sapone liquido ecologico, aceto, bicarbonato e sale. Lo stesso procedimento è stato usato per il lavaggio dei piatti.

ASPETTI BIOMEDICI CORRELATI CON LA FAMILIARITÀ DELL'AFFEZIONE.

Un dato fondamentale che caratterizza la malattia della piccola paziente è il collegamento con la madre. Purtroppo la bimba, oltre ad aver ereditato un quadro genetico molto sfavorevole, ha assunto dalla madre anche un ingente carico tossico durante la gestazione.

Si può ritenere che il legame con la madre, genetico e tossico, sia un punto da documentare in modo approfondito. Infatti, la paziente sta così male già dalla prima infanzia probabilmente anche perché è partita con un elevatissimo grado d'intossicazione (pari a quello di un adulto). Poi, l'ambiente circostante, il trasferimento nella nuova casa, e l'errata diagnosi iniziale – riduttiva - di asma hanno accelerato l'evoluzione della malattia

verso la sua forma più grave.

La madre, nei cinque anni antecedenti la nascita della figlia è vissuta per tre anni nel centro della città dove è avvenuto il parto, poi, per due anni vicino all'aeroporto cittadino.

La madre lamentava sintomi compatibili con l'MCS ma, in famiglia, non si sapeva ancora di che si trattasse. L'hanno scoperto solo dopo la diagnosi sulla figlia. Infatti, è stato il medico che ha operato in U.K., dopo aver constatato la situazione genetica della bimba e dopo aver prescritto una serie di esami "tossicologici", ha chiesto di fare indagini mediche sia sulla madre sia sulla seconda figlia, sorella minore. Gli esami "tossicologici" davano dei risultati talmente elevati e del tutto abnormi, paragonabili a quelli di un adulto. Tuttavia, essendo la paziente una bimba di soli cinque anni, l'unica possibile e logica spiegazione poteva essere quella che anche la madre avesse la stessa patologia. E così è stato dimostrato dalle ricerche specifiche.

Per quanto riguarda i sintomi della madre, si possono elencare tre categorie di problemi clinici.

Prima: La madre ha iniziato a perdere i denti dall'età di dieci anni. Uno per volta dovevano essere devitalizzati, poiché improvvisamente e senza motivo apparente le carie evolvevano in pulpite. Ora le sono rimasti pochi denti vitali. In questo lungo periodo sono stati applicati amalgami di mercurio su quindici-venti denti, impianti in metallo e capsule in vari metalli. Dopo la scoperta della malattia, su consiglio del medico operante in U.K., la madre ha eliminato tutti i metalli presenti nella sua bocca.

Seconda: Da quando era piccola, la madre ha sofferto di mal di pancia che, con il tempo, si è trasformata in colite. Ha anche avuto un episodio molto grave di perdita ematica dall'intestino che l'ha portata in punto di morte. A suo tempo è stato sospettato il morbo di Chron, ma la colonscopia l'ha escluso.

Terza: La madre è laureata in Biologia con il massimo dei voti. Dopo la laurea ha provato più volte a lavorare in diversi laboratori di analisi. Purtroppo quando entrava a contatto con sostanze chimiche, stava male: fortissime cefalee, nausea, mal di stomaco. Ultimamente, le danno molto fastidio anche certe sostanze presenti nei negozi, in particolare nelle profumerie, in quelli che vendono calzature, nei negozi che smerciano detersivi e in generale dove ci sono sostanze chimiche tal quali.

L'analisi genetica è stata eseguita dopo la scoperta della malattia nella prima figlia.

A proposito dell'ambiente di vita, si aggiunge che, vicino al domicilio della famiglia non c'erano fabbriche molto grandi, con ciminiera, ma c'era tutta una serie di piccole fabbriche. Gli insediamenti

industriali vicini erano piccoli ma molto concentrati, e producevano un po' di tutto.

Un fatto importante avvenuto nel periodo in cui viveva la famiglia, compresa la piccola paziente, è la costruzione di un tratto di autostrada vicino al suo domicilio. Infatti, in quel tempo, sono ripresi i lavori per terminare un'autostrada molto trafficata. Per tutto quel periodo, il traffico nelle vicinanze di casa è aumentato notevolmente, con incessante transito di autocarri che trasportavano i materiali per formare la base della massicciata stradale su cui poi è stato applicato il manto stradale. La fase di asfaltatura dell'autostrada è durata per molto tempo. Inoltre, a poche centinaia di metri dal loro domicilio, è stato ristrutturato il casello dell'autostrada ed è stata costruita una strada sopraelevata per suddividere il traffico tra i veicoli diretti a e da due popolate località della regione.

Riguardo alle lavorazioni per quel tratto di autostrada c'è da rilevare che, durante il periodo estivo non si riusciva a tenere le finestre aperte sia per la polvere presente nell'aria sia per l'odore del catrame con cui era asfaltato il fondo stradale.

Inoltre, in quella zona, c'era costantemente il rischio di esposizione ai pesticidi correlati col settore produttivo vitivinicolo. L'area coltivata a vigneto è una fascia di circa 10 Km in larghezza e 50 Km in lunghezza.

Infine, le due discariche prossime all'abitazione erano allora già chiuse. Tuttavia, negli ultimi anni, una di queste ha subito importanti interventi di bonifica: in tutti questi casi le operazioni hanno comportato la diffusione di odori all'intorno, percepiti sensibilmente, una testimonianza della presenza di rischi patogeni.

CONSIDERAZIONI SUGLI ASPETTI BIOMEDICI CORRELATI CON LA MULTI-FATTORIALITA' E CON LA MULTI-SISTEMICITA' DELLA CONDIZIONE CLINICA (MCS)

I risultati delle indagini sul quadro genomico della madre e delle due figlie parlano chiaro sul contributo patogenetico della predisposizione a perdere la tolleranza dei veleni ambientali (TILT), e a sviluppare la sensibilità chimica multipla (MCS). Solo chi volesse essere cieco non le vedrebbe come una realtà scientifica, ma si deve dare atto che tale cecità potrebbe anche dipendere da un teorema preconcepito.

Riguardo agli elementi eziologici possibili, quelli che una notevole quantità di fonti bibliografiche dalla letteratura biomedica considera in modo favorevole, l'anamnesi (*mezza diagnosi*) riferita alla condizione clinica della piccola paziente la dice lunga su questo problema in due diverse situazioni.

IN PRIMIS, questa piccola paziente è stata esposta, contemporaneamente o in modo subentrante, alla maggior parte dei veleni ambientali patogeni per la condizione di TILT. Essi sono reperibili nel libro *“Casualties of Progress”* scritto da Alison Johnson (2000), tradotto e pubblicato, con l’autorizzazione di A. J., dall’autore della presente nota nella Monografia MCS-I nel sito web www.grippa.org col titolo *“Vittime del Progresso”*. Le storie cliniche dei cinquantasette “canarini della miniera”, autrice compresa, tutti malati di MCS e quindi “persone informate dei fatti”, presentano al lettore un catalogo complesso e completo dei possibili agenti eziologici della TILT. In tempi recentiori (2011), un quadro eziologico sintetico è stato presentato da Ezio Bonanni e Giancarlo Ugazio in *“MCS, AMIANTO & GIUSTIZIA”*. In quest’opera s’illustrano sia la complessità della sindrome multisistemica, sia un’ingegnosa allegoria la quale può favorire un’efficace prevenzione secondaria da parte degli individui predisposti nel genoma, esposti ai veleni, e che manifestano i sintomi patognomoni del primo stadio. Quest’opera s’interessa anche degli aspetti giurisprudenziali correlati con i difetti e le lacune della prestazione sanitaria a favore, o a sfavore, dei pazienti di MCS. Particolare attenzione è dedicata alle possibilità di tutela dei diritti del malato quando gli eventi non evolvessero in senso ottimale, secondo il *dictum* e la *ratio* delle norme europee vigenti, a causa di inadempimenti degli obblighi suddetti, per comportamenti sconsiderati ed imprudenti, si tradurrebbero nella violazione delle norme di cui all’art. 8, in relazione con l’art. 2, della CEDU. Tale illecito legittimerebbe la condanna dello Stato Membro a risarcire i danni sofferti dal cittadino. Con un progresso culturale – rivoluzionario - delle collettività degli Stati Membri dell’UE, il nuovo *status* del Vecchio Continente si è concretato con il Trattato di Lisbona (sottoscritto dai capi di stato e di governo dei paesi europei il 13 dicembre 2007 ed entrato nell’ordinamento giuridico della nostra Repubblica con la legge n. 130 del 2 agosto 2008). Dall’articolo 6 di questo Trattato discendono sia l’effettiva entrata in vigore della Carta di Nizza sia il recepimento della Convenzione Europea per i Diritti dell’Uomo e delle libertà fondamentali (CEDU). Dagli articoli 2 e 8 della CEDU derivano gli obblighi degli Stati Membri della tutela dei diritti della persona, tra i quali il diritto alla salute e all’ambiente salubre, che presuppone il rispetto della persona privata e della residenza privata, anche nei confronti delle immissioni di inquinanti e di ogni altro agente patogeno, finalizzati al rispetto della vita (art. 2 CEDU.) Questa materia giuridica innovativa si ispira alla Dichiarazione di Alma Ata, punto I (1978) secondo la quale la salute può essere definita come completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o d’infermità. Il Titolo XX del TFUE (Trattato di Funzionamento dell’Unione Europea) nell’articolo 191, traccia i modi per la realizzazione

della tutela della salute e della salubrità dell'ambiente, ancorandola sui principi della precauzione e dell'azione preventiva (primaria), e sul principio della correzione, in via prioritaria alla fonte, dei danni causati all'ambiente, e sul principio "chi inquina paga". Grazie alla rivoluzione copernicana dell'ordinamento giuridico dell'UE, e in cascata dei singoli Stati Membri, il cittadino dispone ora della facoltà di azione diretta di tutela dei suoi diritti, potendo adire alla Corte di Giustizia dell'Unione Europea di Strasburgo, secondo quanto prescritto dagli articoli 34 e 35 della CEDU.

Il nostro uomo-della-strada, in funzione di *greenman*, potrebbe anche pensare che un paziente di MCS, deriso, svillaneggiato, considerato pazzo, o "fissato", leso nei suoi diritti garantiti dal *dictum* e dalla *ratio* del Trattato di Lisbona ha ora in mano uno strumento incruento e civile di difesa, prima di dover ricorrere a manifestazioni pubbliche finalizzate ad attirare l'attenzione dei pubblici poteri. I malati di MCS non reggerebbero all'inquinamento della pubblica via quando volessero incatenarsi ai cancelli dei palazzi dove "lavora" la Casta, tanto meno meriterebbero le manganellate delle forze dell'ordine in azione antisommossa.

Passando dalla letteratura alla pratica, l'anamnesi compilata sulla piccola paziente presenta il seguente inventario degli agenti patogeni in causa, versante d'innescò:

1. vaccino esavalente somministrato a due mesi d'età,
2. VOC emessi dall'abitazione nuova e dagli arredi nuovi,
3. pesticidi e concimi dalle coltivazioni agricole vicini,
4. emissioni da insediamenti produttivi industriali vicini,
5. emissioni da discariche vicini con RSU,
6. detersivi per l'igiene dell'abitazione e degli indumenti,
7. ammorbidenti concomitanti con i detersivi per indumenti,
8. gas di scarico di motori a scoppio,
9. polveri (PM) da traffico veicolare e da ristrutturazione edile,
10. emissioni dall'asfaltatura delle strade.

Questo potrebbe rappresentare un inventario balistico dei veleni ambientali legati al progresso cui oggi sono esposte le popolazioni dei paesi industrializzati, parzialmente anche in quelli in via di sviluppo, mentre circa il loro 10% è suscettibile a perdere la tolleranza in conseguenza del polimorfismo genomico. Tale materia potrebbe usufruire del principio della saggezza medica d'altri tempi del "*ex nocentibus*". Del resto, per inoltrarci in tempi recenti, Pietro Capurro ha illustrato con semplicità ma efficacemente il significato del rapporto eziologico "causa ed effetto" (Compendio di Patologia Ambientale, G. Ugazio, Minerva Medica, Torino, 2007).

Percorrendo una seconda tappa di questo inventario, è interessante, oltre che doveroso, ripresentare al lettore lo schema della

sequenza dei sintomi (sofferenze) della nostra piccola paziente, versante consequenziale, come segue:

1. dermatite atopica,
2. stipsi dell'alvo, durata alcuni anni,
3. broncospasmo con attacchi asmatici,
4. faringite,
5. reflusso gastro-esofageo,
6. senso di bruciore alla cute del volto,
7. artralgie,
8. intolleranze alimentari.

In un quadro d'insieme, si può proprio dire che questa bimba, nei pochi anni della sua vita, ne abbia già viste di tutti i colori in concreto, anche se taluno delira affermando che è "fissata".

Le due aree nosologiche descritte in precedenza, che interessano la piccola paziente (quella eziologica & quella sintomatologica), ricalcano sia le storie cliniche riferite ai cinquantasette canarini della miniera (Johnson, 2000) (Monografia MCS-I) sia quelle riportate nei casi – i già malati e i malati *in fieri* - della Monografia MCS-III (Ugazio, 2010).

IN SECUNDIS, la stessa anamnesi dà conto anche di quell'aspetto diagnostico che è correlato con un altro saggio aforisma della medicina seria: il concetto di "*ex adiuvantibus*". Infatti, anche la Nostra piccola malata di MCS gode i benefici effetti nella sintomatologia quando - più per l'avvedutezza dei genitori che per il "sapere" e la "coscienza" dei sanitari nei quali le capita d'inciampare - evita le esposizioni agli agenti patogeni individuati, mettendo in pratica il cosiddetto "evitamento". Questo è il copione (non teatrale ma quello della rappresentazione di una vita costellata da sofferenze) di tutti i malati di MCS, almeno quella dei primissimi stadi nosologici, perchè in quelli più avanzati (II & III) i margini di recupero sono molto più limitati. La testimonianza del maggiore Denise Nichols di fronte alla commissione del Senato USA per le negligenze mediche, che affermava di aver preferito ritornare dalla guerra del Golfo senza un braccio piuttosto che essere un reduce di guerra amputata della vita intera come malata di MCS = sindrome della Guerra del Golfo, la dice lunga sul problema. Ciò può valere non solo per il nostro *greenman*, ma per tutti gli esseri umani che sappiano impiegare il cervello per pensare tanto bene da non definire "fissato" un militare servitore della patria in armi che, nella pratica del *peacekeeping*, ha perso completamente e definitivamente la qualità della vita (sindrome del Golfo = MCS) (Alison Johnson, 2000).

Riguardo ai risultati delle determinazioni semeiologico-strumentali sulla bimba, eseguite da laboratori nazionali e da centri sanitari di diagnostica e cura stranieri (U.K. & U.S.A.), si può dire che sostanzialmente siano in grado di avvalorare la definizione nosologica della condizione clinica in oggetto.

**DOCUMENTO BUROCRATICO LESIVO DELLA DIGNITA' UMANA =
GIURAMENTO DI IPPOCRATE⁻¹**

La commissione medica regionale investita del caso, tra l'altro, ha scritto su di esso:

Punto 3. Dalla revisione della letteratura è emerso che, sebbene se ne parli in ambito scientifico da oltre 50 anni, la MCS non è una malattia riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A commento di quest'affermazione merita ricordare:

a) MCS – OMS

La Sensibilità Chimica Multipla, *Multiple Chemical Sensitivity* o MCS, è una malattia moderna. I criteri per la sua definizione sono stati pubblicati una prima volta nel 1989 e ridefiniti dieci anni dopo da un gruppo di clinici Statunitensi. (Archives of Environmental Health, International Journal, May-June 1999, vol 54, numero 3).

Nel "consensus report" di Chicago (USA), tenutosi nel 2001, essa è stata definita come una malattia cronica, con sintomi ricorrenti e riproducibili in risposta alla esposizione a bassi livelli di sostanze chimiche, sostanze tra loro non correlate dal punto di vista molecolare.

I sintomi vengono a cessare o si risolvono quando viene meno l'esposizione alle sostanze chimiche in questione. La malattia colpisce più organi e sistemi e, non correttamente curata, si aggrava progressivamente conducendo a gravi danni d'organo come cardiopatia ischemica, neuropatie centrali e periferiche, epilessia, accidenti vascolari cerebrali, nefropatie ed epatopatie, neoplasie. (Meggs. WJ, Department of Environmental Medicine, East Carolina University, School of Medicine: Multiple Chemical Sensitivity and the immune system, Toxicology and Industrial Health, 1992.Jul-Aug.8 (4) 203-14)

Recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha inserito l'M.C.S. nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10 con il codice T 78.4 "allergie non altrimenti specificate".

Il Canada e la Germania hanno ufficialmente riconosciuto l'MCS come malattia non psichiatrica e concedono il rimborso delle cure mediche specifiche ai pazienti, nel Regno Unito si sta procedendo similmente.

In Germania e in Canada sono inoltre disponibili abitazioni speciali per le persone colpite che non possano modificarne una propria, mentre sono stati definiti protocolli di accoglienza nel caso di ricovero ospedaliero e indicate le caratteristiche degli studi medici che accolgono tali pazienti, come viene illustrato dettagliatamente nelle relazioni allegate dei Colleghi Tedeschi.

Ad oggi l'Italia non ha riconosciuto questa malattia come entità patologica né come malattia rara né come problema sociale.

Similmente per altre patologie emergenti da tossicità ambientale la prima e principale difficoltà di chi ne è colpito è il rapido e corretto riconoscimento della sua condizione.

I molteplici deficit di nutrienti, le insufficienze funzionali, gli accumuli di tossine presenti nelle patologie da tossicità ambientale, non sono evidenziabili con gli esami di laboratorio routinari, che anzi sono ingannevolmente “nella norma” sino allo svilupparsi secondario di patologie d'organo ormai senza ritorno, come neoplasie, cardiopatie, epatopatie e nefropatie, neuropatie centrali e periferiche.

Il mancato riconoscimento della malattia non solo non contrasta l'aggravamento progressivo della stessa, ma abbandona *de facto* il paziente all'evoluzione più sfavorevole della malattia e alla fallace interpretazione della stessa come nevrosi, quindi “non-malattia” o - quando i sintomi sono più gravi - come “psicosi”. L'isolamento familiare e sociale pesano ulteriormente sul paziente, aggravando le sue condizioni già precarie.

L'evoluzione progressiva della malattia da Sensibilità Chimica Multipla, spesso associata a elettro sensibilità e fibromialgia è inarrestabile e progressivamente invalidante, se non ci si sottrae all'ambiente inquinato, allontanandosi dalle città. Ciò significa spesso abbandono forzato dell'attività lavorativa, con perdita delle risorse economiche necessarie alle cure specifiche.

b. MCS - CANADA e GERMANIA

La Sensibilità Chimica Multipla, Multiple Chemical Sensitivity o MCS, è una malattia moderna. I criteri per la sua definizione sono stati pubblicati una prima volta nel 1989 e ridefiniti dieci anni dopo da un gruppo di clinici Statunitensi. (Archives of Environmental Health, International Journal, May-June 1999, vol 54, numero 3).

Nel “consensus report” di Chicago (USA), tenutosi nel 2001, essa è stata definita come una malattia cronica, con sintomi ricorrenti e riproducibili in risposta alla esposizione a bassi livelli di sostanze chimiche, sostanze tra loro non correlate dal punto di vista molecolare.

I sintomi vengono a cessare o si risolvono quando viene meno l'esposizione alle sostanze chimiche in questione. La malattia colpisce piu' organi e sistemi e, non correttamente curata, si aggrava progressivamente conducendo a gravi danni d'organo come cardiopatia ischemica, neuropatie centrali e periferiche, epilessia, accidenti vascolari cerebrali, nefropatie ed epatopatie, neoplasie. (Meggs. W. J., Department of Environmental Medicine, East Carolina University, School of Medicine: Multiple Chemical Sensitivity and the immune system, Toxicology and Industrial Health, 1992. Jul-Aug.8 (4) 203-214)

Recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha inserito l'M.C.S. nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10 con il codice T 78.4 “allergie non altrimenti specificate”.

Il Canada e la Germania hanno ufficialmente riconosciuto l'MCS come malattia non psichiatrica e concedono il rimborso delle cure mediche specifiche ai pazienti, nel Regno Unito si sta procedendo similmente.

In Germania e in Canada sono inoltre disponibili abitazioni speciali per le persone colpite che non possano modificarne una propria, mentre sono stati definiti protocolli di accoglienza nel caso di ricovero ospedaliero e indicate le caratteristiche degli studi medici che accolgono tali pazienti, com'è illustrato dettagliatamente nelle relazioni allegate dei Colleghi Tedeschi.

Ad oggi l'Italia non ha riconosciuto questa malattia come entità patologica nè come malattia rara ne' come problema sociale.

Similmente per altre patologie emergenti da tossicità ambientale la prima e principale difficoltà di chi ne è colpito è il rapido e corretto riconoscimento della sua condizione.

I molteplici deficit di nutrienti, le insufficienze funzionali, gli accumuli di tossine presenti nelle patologie da tossicità ambientale, non sono evidenziabili con gli esami di laboratorio routinari, che anzi sembrano essere ingannevolmente "nella norma" sino allo svilupparsi sottoforma di patologie d'organo ormai senza ritorno, come neoplasie, cardiopatie, epatopatie e nefropatie, neuropatie centrali e periferiche.

Il mancato riconoscimento della malattia non solo non contrasta l'aggravamento progressivo della stessa, ma abbandona *de facto* il paziente all'evoluzione più sfavorevole della malattia e alla fallace interpretazione della stessa come nevrosi, quindi "non-malattia" o - quando i sintomi sono più gravi - come "psicosi". L'isolamento familiare e sociale pesano ulteriormente sul paziente, aggravando le sue condizioni già precarie.

L'evoluzione progressiva della malattia da Sensibilità Chimica Multipla, spesso associata a elettro sensibilità e fibromialgia è inarrestabile e progressivamente invalidante, se non ci si sottrae all'ambiente inquinato, allontanandosi dalle città. Ciò significa spesso abbandono forzato dell'attività lavorativa, con perdita delle risorse economiche necessarie alle cure specifiche.

c. AUSTRIA

Il Dipartimento della Salute del Governo Austriaco riconosce la Sensibilità Chimica Multipla (MCS) come una malattia fisica.

Proprio come già avviene in Germania, l'Austria oggi classifica la Sensibilità Chimica/Sensibilità Chimica Multipla (MCS) come una patologia organica con il codice T78.4 dell'ICD-10 (Codice Internazionale delle Malattie). La notizia arriva da una lettera recente del Dipartimento della Salute del Governo dell'Austria.

La MCS nel codice ICD-10 in Germania

In una lettera datata 4 Settembre 2008, il DIMDI, partner della OMS che opera in Germania, ha dichiarato che la Sensibilità Chimica Multipla (MCS) è stata classificata nella versione tedesca dell'International Code of Disease, il codice ICD-10 GM con il codice: T78.4...Allergia, non specificata altrimenti; Capitolo 19 (Danni, Intossicazioni e altre conseguenze), Articolo T66-T78 (Altri danni non specificati prodotti da cause esterne).

La MCS riconosciuta in Austria come malattia fisica

Con una lettera datata 24 Giugno 2009 riguardante la "Sensibilità Chimica/Sensibilità Chimica Multipla (MCS) (T78.4)", il Dipartimento della Salute del Governo dell'Austria ha dichiarato che:

"In risposta alla Sua lettera datata 4/14/2009 indirizzata al Ministro della Salute Sig. Stoerger, La informiamo che il Codice WHO ICD-10 modificato per la Germania dal DIMDI è usato anche in Austria."

Anche in Austria la MCS non è una malattia psicologica

Bisogna sottolineare che l'Istituto Tedesco per la Documentazione e la Informazione Medica (DIMDI) dichiara esplicitamente che non c'è un'assegnazione della MCS al Capitolo 5 (Disturbi Mentali e comportamentali) del codice ICD-10-GM. Il dibattito sulla MCS come malattia mentale è, perciò, finito.

In Germania I medici che si occupano di documentazione delle diagnosi e le amministrazioni degli ospedali lavorano in base alla Legge per la Sicurezza Sociale V, che stabilisce di effettuare le diagnosi secondo l'elenco sistematico ICD-10-GM. In questo senso la classificazione ICD-10 è legalmente vincolante.

Il Dipartimento della Salute del Governo dell'Austria riferisce anche nella lettera che la MCS è riconosciuta in Austria come una malattia fisica perché anche in questo paese le viene assegnato il codice T78.4 nell'ICD-10.

Autrice: Silvia K. Müller, CSN – Chemical Sensitivity Network, 26 giugno 2009

Bibliografia in tedesco: Bundesministerium für Gesundheit, Chemikalien-Sensitivität / MCS – Multiple Chemical Sensitivity (ICD-10 T78.4), 24.06.2008, Wien, Österreich.

DIMDI Schreiben an CSN, MCS ICD-10, 04.09.2008 - DIMDI Schreiben, 04.09.2008http://www.csn-deutschland.de/icd-10_austria.pdf

<http://www.csn-deutschland.de/blog/2008/10/10/mcs-multiple-chemical-sensitivity-who-icd-10-t784>

Fonte in inglese: <http://www.csn-deutschland.de/blog/en/the-department-of-health-of-the-austrian-government-recognizes-mcs-%e2%80%93-multiple-chemical-sensitivity-as-a-physical-disease/>

d. GIAPPONE lunedì 15 giugno 2009

Il Giappone riconosce la Sensibilità Chimica

La Sindrome da Sensibilità Chimica entrerà, nell'ottobre 2009, nell'elenco delle malattie coperte dall'assicurazione medica statale giapponese.

Il Centro per lo Sviluppo del sistema informatico medico - Medical Information System Development Center (MEDIS-CC) - un'organizzazione collegata con il Ministero della Salute, del Lavoro e della Previdenza Sociale e il Ministero dell'Economia, del Commercio e dell'Industria del Giappone inserirà la Sensibilità Chimica, più precisamente, nella tessera medica elettronica e nei moduli elettronici per il pagamento dei trattamenti.

Si prevede che quest'operazione risponderà alla richiesta dei circa 700.000 giapponesi che soffrono di tale patologia e che stanno attualmente pagando di tasca propria dei trattamenti onerosi. In alternativa i medici erano abituati a fornire ai loro pazienti delle diagnosi alternative per fornire loro i trattamenti coperti dall'assicurazione sanitaria pubblica.

E' stata l'associazione per la Sindrome dell'Edificio Malato di Tokyo, lo scorso maggio, a richiedere al Ministero della Salute, del Lavoro e della Previdenza sociale di riconoscere ufficialmente la sensibilità chimica come una condizione medica.

Mentre la sindrome dell'edificio malato, in cui i sintomi sono innescati da sostanze chimiche presenti negli ambienti interni (come formaldeide e toluene), era già coperta dall'assicurazione sanitaria, non l'era ancora la Sensibilità Chimica, in cui a scatenare le reazioni sono sostanze presenti sia all'interno sia all'esterno (come pesticidi e fumo di sigaretta).

Il Ministero della Salute del Lavoro e della Previdenza Sociale del Giappone aveva fino ad ora rifiutato il riconoscimento della sensibilità chimica per "la mancanza di un consenso medico univoco".

Fonte originale in giapponese: (Mainichi Japan) June 12, 2009
<http://mainichi.jp/select/science/archive/news/2009/06/12/20090612ddm001040003000c.html>

Fonte in inglese:

<http://mdn.mainichi.jp/mdnnews/news/20090612p2a00m0na017000c.htm>

Dopo quanto ci insegnano i precedenti dei Paesi Virtuosi, Austria, Germania, Giappone, i cui Esecutivi hanno manifestato la grande onestà morale di ricompensare i loro cittadini predisposti a perdere la tolleranza verso i veleni ambientali legati al progresso privati della salute per l'edificazione del P.I.L. nazionale, mediante il riconoscimento dell'MCS come malattia fisica e non psichica, e' doveroso recuperare i documenti ufficiali di questi provvedimenti. L'autore della presente nota intende dedicarsi quanto prima a quest'operazione che potrà avere tante apprezzabili ricadute morali e sociali per il nostro Paese quanti sono i benefici effetti sulla salute.

CONCLUSIONE

A questo punto della trattazione del problema, il nostro uomo-della-strada, *alias greenman*, ancora in vena di scherzare, prima di inquietarsi per davvero, potrebbe anche domandarsi: “Ma cosa hanno i medici del Belpaese, il secondo paese al mondo per livello dell’eccellenza sanitaria, rispetto a quelli di Austria, Germania e Giappone, che permette loro, quali novelli *uebermenschen*, di tutelare l’equilibrio del bilancio economico-finanziario torturando così pervicacemente i malati di MCS? Hanno forse tre narici in mezzo alla faccia?”.

Greenman non s’inquieterebbe più’ quando si rendesse conto che non si tratta di una malformazione congenita di questi attori, ma di una questione morale e sociale vera e propria. E’ possibile che nella classe medica, almeno nella stragrande maggioranza, qui da noi, serpeggi ancor oggi quello spirito peculiare inaugurato un secolo fa dal Rapporto Flexner (1910), commissionato dai due magnati statunitensi del tempo, Rockefeller e Carnegie (E. Griffin, 2010).

La storia ci insegna che quell’elaborato fece compiere un grande balzo in avanti alla medicina d’allora, quanto ad efficienza operativa e tecnologica, ma in sovrappiù la trasformò anche da omeopatica in allopatica. Ne derivò una sempre maggiore cura per il profitto degli operatori sanitari e farmaceutici, a scapito del rispetto della dignità umana dei pazienti, valore morale passato in secondo piano. Questa rivoluzione fu mascherata da un peloso filantropismo.

Poi c’è da rammentare che la storia si ripete di regola ma quasi mai insegna qualcosa a qualcuno. Infatti, lasciati alle spalle la tragedia della prima guerra mondiale e l’avventura della Società delle Nazioni, di nuovo il secondo conflitto mondiale con l’istituzione dell’ONU, munita del globulo polare dell’OMS per la pertinenza sanitaria, l’umanità è approdata agli anni 1950. Nel 1952, un connubio plutocratico tra epigoni della famiglia Rockefeller e il principe consorte della regina Giuliana d’Olanda (magnate dell’industria petrolifera lei, già simpatizzante per il regime nazista lui, nel periodo prebellico - anni 1930) partorì il Club Bilderberg, con l’emanazione della Trilaterale per le competenze USA-Europa-Giappone (D. Estulin, 2009). Dalla metà del XX secolo, una volta l’anno, unica eccezione il 1976 per lo scandalo della tangente versata dalla Lockheed al principe Bernardo d’Olanda (uno dei fondatori), si riunisce in una località turistica d’alto bordo, alternativamente in Europa o in America settentrionale, un manipolo di più’ di cento personaggi esponenti della grande finanza mondiale, o degli interessi dei petrolieri, delle grandi compagnie di *mass media*, delle ditte farmaceutiche, delle fabbriche d’armi, della chimica fine, della petrolchimica, dell’OMS. Pur sorvolando sul fatto che questi novelli *Gauleiter*, nelle loro riunioni segrete, vanno divisando la costituzione di un governo mondiale

globale, soprattutto promuovono il profitto dei grandi produttori, e non prestano certo attenzione ai malati di MCS, le vittime di quel progresso tecnologico, derivato dalla rivoluzione industriale tra XX e XXI secolo che, imperterrito, procede ora speditamente. La peggiore conseguenza del “progresso” è la cospicua potatura dell’attesa di vita sana - quella totale continua a crescere - per i sette miliardi di bipedi umani che abitano l’orbe terracqueo.

Il nostro *greenman* potrebbe anche sospettare che la strenua e inumana lotta che certi sanitari combattono contro i malati di MCS affondi le sue radici in un *pabulum* utilitaristico che garantisce loro un allettante ritorno d’immagine, di carriera e/o di pecunia.

DULCIS IN FUNDO

Una nota favorevole deriva dalla biomedicina virtuosa che ci offre una chiave di lettura innovativa e rivoluzionaria per la possibile eziopatogenesi di una sintomatologia largamente diffusa tra i malati di MCS. Si tratta della fibromialgia, realtà nosologica, non “fissazione” di pazienti psicopatici. Secondo Yoshiaki Omura (2006), la presenza di fibrille di asbesto – veleno cancerogeno ubiquitario nell’ambiente - nei tessuti e nelle strutture dell’organismo che sono sede della sintomatologia dolorosa - spiega l’insorgenza e il perdurare ostinato di questa sofferenza invalidante. L’autore (Y. O.) aggiunge la proposta di uno schema terapeutico – farmacologico - capace di rimuovere il minerale dai tessuti implicati promuovendone l’escrezione attraverso l’emuntorio renale.

ADDENDUM

In corso d’opera, ho trovato in Internet il *Documento de Consenso – Sensibilidad Quimica Multiple del Gobierno de Espana, Ministerio de Sanidad, Politica Social, y Igualdad*.

Ho letto attentamente questo documento e sono stato affascinato dall’approccio etico e scientifico degli esperti che hanno lavorato per conto del governo spagnolo a favore della salute di chi ha perso o è destinato a perdere la tolleranza per i veleni ambientali dovuti al “progresso”.

I membri di questo gruppo di lavoro meritano una citazione esplicita *ad personam*, quale segno di riconoscimento per l’alto valore del patrimonio dell’umanità che hanno elargito, col loro operato, alla collettività internazionale, non solo spagnola.

Si tratta di: *Paul Arnold Llamosas, Benjamín Climent Díaz, Joaquín Fernández Sola, Francisca Lopez Crespi, Ceferino Maestu Unturbe, Julián Márquez Sánchez, Jordi Obiols Quinto, Nicolás Olea Serrano, Eduard Rodriguez Farré, Mar Rodriguez Gimena, Amelia Rus Garcia, Carmen Valls Llobet, Anunciacion Lafuente Gimenez, José*

Iglesias Piñeiro, Carmen Moya Garcia, Rosa López Rodríguez, Sonia Peláez Moya, Mercedes Lois Cabello (nell'ordine dell'elenco ufficiale).

Per prima cosa, lo studio di questo Documento mi ha suggerito l'utilità di tradurlo in lingua italiana, con lo scopo di offrire alla classe medica del Belpaese un adeguato strumento per interpretare a dovere lo spirito del Giuramento di Ippocrate, e con la speranza di non trovare il classico muro di gomma costituito dalla sordità di chi non vuol udire.

Nello stesso tempo, l'aver gustato il valore etico-professionale del Documento spagnolo mi ha stimolato la secrezione delle ghiandole salivari, con quella conseguenza che il nostro *greenman* chiamerebbe "acquolina in bocca".

Infatti, dopo aver elaborato tre monografie sulla SCM, inserendole nel sito web www.grippa.org ed aver pubblicato il libro "MCS, Amianto & Giustizia" – con l'avvocato Ezio Bonanni - mi sono reso conto che il nostro paese è tuttora carente di adeguati centri sanitari dedicati in concreto alla diagnosi, alla cura, e soprattutto alla prevenzione della perdita della tolleranza per i veleni ambientali, lavorativi e/o domiciliari. Questa mia esperienza non mi ha mai offerto la possibilità d'incontrare luoghi e situazioni in grado di mettere in pratica i suggerimenti del Documento spagnolo, "Si deve eseguire una minuziosa intervista clinica per individuare i sintomi e i segni, con domande sull'ambiente chimico dell'inizio (lavorativo o domiciliare) e dell'evoluzione, e sull'ambiente chimico attuale. - Si deve ascoltare attentamente il racconto del paziente attraverso l'intervista clinica diretta. - Si deve tener conto dei criteri diagnostici approvati in questo documento." e "L'esame fisico deve essere sistematico e centrato specialmente sui sistemi che sono oggetto dei sintomi manifesti." (dalle sezioni 5 & 6, del capitolo della PARTE III. Conclusioni e Raccomandazioni approvate dal Gruppo di redazione.)

La prassi posta in atto regolarmente nei Centri di Riferimento nostrani consiste nell'impacchettamento dei pazienti nella categoria dei malati di mente, senza alcun tentativo e/o la volontà di capire i fattori eziopatogenetici dei sintomi lamentati, tantomeno di intervenire con i preziosi e insostituibili interventi di "evitamento" delle esposizioni nocive-scatenanti lavorative e domiciliari.

Per merito di tale situazione di netta violazione dei principi della tutela della salute pubblica della carta costituzionale della nostra Repubblica così come di quelli insiti nel Trattato di Lisbona (*corpus iuris* vincolante per tutti gli Stati Membri dell'EEUU), è inevitabile che qualunque cittadino della Comunità, defraudato dei suoi più elementari diritti alla salute e al benessere, aspiri a spostarsi dove sa di poter trovare ciò di cui ha bisogno.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ASEHA Qld Inc, Allergy, Sensitivity & Environmental Health - Allergia, Sensibilità e Salute Ambientale - Organizzazione volontaria della comunità che fornisce aiuto alla gente affetta da allergia, e sensibilità a cibi e a composti chimici. - Segreteria del Comitato, Camera dei Rappresentanti, Comitato Permanente degli Affari Legali e Costituzionali. PO Box 6021, Camera del Parlamento, AUSTRALIA
Legge di Camberra 2600, 27 febbraio 2009

Ashford Nicolas, and Miller Claudia, (1998) Chemical Exposures: Low Levels and High Stakes. New York, Wiley & Sons

Bonanni Ezio e Ugazio Giancarlo, MCS, Amianto & Giustizia, Minerva Medica Editrice, Torino, 2011.

Bundesministerium für Gesundheit, Chemikalien-Sensitivität / MCS – Multiple Chemical Sensitivity (ICD-10 T78.4), 24.06.2008, Wien, Österreich.

Estulin Daniel, Il Club Bilderberg, Arianna Editrice, Bologna, 2009.

Griffin Edward G. World Without Cancer: The Story of Vitamin B17, Chapter XVIII, American Media (CA), 2010.

Huss Jean, Report "Environment And Health", Council of Europe, 2009.

Johnson Alison, Casualties of Progress, Personal Histories from the Chemically Sensitive, MCS Information Exchange, Brunswick, ME, USA, 2000.

Mainichi Japan

<http://mainichi.jp/select/science/archive/news/2009/06/12/20090612ddm001040003000c.html> June 12, 2009

Meggs. W. J. Multiple Chemical Sensitivity and the immune system, Toxicology and Industrial Health, 8, 203-214, 1992.

Omura Yoshiaki, Asbestos as a possible major cause of malignant lung tumors (including small cell carcinoma, adenocarcinoma and mesothelioma), brain tumors (i.e. astrocytoma and glioblastoma multiforme), many other malignant tumors, intractable pain including fibromyalgia, and some cardio-vascular pathology: safe and effective methods of reducing asbestos from normal and pathological areas, Acupuncture & Electro-Therapeutics Res., Int. J. 31, 61-125, 2006

Overstreet, David, Miller, Claudia, Janowsky, D., & Russell, R. Potential Animal Model of Multiple Chemical Sensitivity with Cholinergic Supersensitivity ." Tox. 111: 119-134, 1996.

Pall Martin L., Elevated Nitric Oxide/Peroxy-nitrite Theory of Multiple Chemical Sensitivity: Central Role of N-Methyl-D-Aspartate Receptors in the Sensitivity Mechanism, Environ Health Perspect 111:1461–1464, 2003.

Pall Martin L., Multiple Chemical Sensitivity: Toxicological Questions and Mechanisms. Chapter XX in General and Applied Toxicology, Bryan Ballantyne, Timothy C. Marrs, Tore Syversen, Eds., John Wiley & Sons Inc., London, 2009.

Salvador Douglas, MCS America News su www.mcs-america.org, 2007.

Tourtet Christiane, Brochure, An increasingly alarming World Wide Public Health Problem triggered by our Toxic Environment, 2007 a.

Tourtet Christiane, Standard Accommodations under ADA for Persons Disabled by Multiple Chemical Sensitivities (MCS), 2007 b.

Ugazio Giancarlo, Monografia MCS-I, sito web www.grippa.org, 2009.

Ugazio Giancarlo, Monografia MCS-II, sito web www.grippa.org, 2009.

Ugazio Giancarlo, Monografia MCS-III, sito web www.grippa.org, 2010.



Giancarlo Ugazio
Piazzetta Madonna degli Angeli, 2/D
10123 Torino
011-7640356; 335-5938275
ugazio.giancarlo@libero.it
giancarlo.ugazio@grippa.org
www.grippa.org

MEDICO-NON-PENTITO
SCIENZIATO-NON-IN-VENDITA
RICERCATORE-BIOMEDICO-NON-PRODUTTORE-DI-PACCOTTIGLIA-CHE-SSPP*
*[Serva Solo Per Profitto]

COMMENTO DEL MARITO-PADRE COMMITTENTE

Gentilissimo Prof. Ugazio,
ho appena terminato di leggere il suo capolavoro.
E' eccezionale! Complimenti vivissimi sia da parte mia che di mia moglie.
Ha spiegato in modo chiaro e diretto la malattia, il contesto storico-sociale e l'evoluzione che ha avuto questa patologia, dalla prima ipotesi di esistenza ai giorni nostri.
Sono sicuro che questa esauriente relazione avrà un forte impatto in Tribunale, sia da un punto di vista scientifico che emotivo. La ringrazio particolarmente per lo spazio dedicato agli aspetti scientifico-legali che emergono. Come sa, ci contestano il riconoscimento della malattia da parte del WHO. Le chiedo se Ha un documento ufficiale dove si evinca che la malattia è classificata con il codice T74.8.
Allo stesso modo sono a chiederLe documenti ufficiali che attestino i Paesi in cui la malattia è riconosciuta (ad esempio Germania, Austria Canada da Lei citati).
Anche per il Giappone Le chiedo se è possibile avere il certificato che attesta che le cure sono a carico dello Stato.
Inoltre Le chiedo se conosce qualche Paese in cui l'MCS è in via di riconoscimento. Il nostro avvocato infatti ci ha detto che è necessario produrre documentazione certa per contestare quanto scritto dalla Commissione Veneta.
Nei prossimi giorni sarà mia cura contattare l'avvocato E.B. per un consiglio. Non so se Glielo ho già detto, ma all'inizio di questa avventura avevo chiamato l'avvocato E.B. (tramite G.L.P.). Purtroppo però l'avvocato era molto impegnato e non siamo riusciti ad intraprendere una difesa assieme.
La ringrazio ancora per l'eccezionale lavoro. Non capita tutti i giorni di conoscere persone straordinarie quanto Lei e le siamo profondamente grati per la Sua straordinaria collaborazione.
Le chiedo gentilmente di indicarmi cifra e modalità di pagamento per il lavoro svolto.
Con profonda riconoscenza. *Lettera firmata*

RISPOSTA dell'AUTORE

Gentile Signor X.Y. mi fa molto piacere il suo apprezzamento del mio lavoro. Esso mi gratifica dopo tanti anni del mobbing subito nella vita accademica che puniva la mia libertà di pensiero e di azione, oltre che la mia difesa dei deboli e dei malati.

Sto tentando di recuperare, per vie burocratiche, i documenti di Austria, Germania e Giappone, a dimostrazione delle decisioni civili di questi paesi virtuosi.

Non sono informato di altri paesi che siano in via di riconoscimento dell'MCS.

Riguardo a un compenso per il mio lavoro, di cui fa cenno, la ringrazio per il pensiero gentile ma le faccio presente che non ho mai percepito denaro per me per il lavoro che svolgo nel divulgare informazioni scientifiche di un certo valore che discendono dalle mie ricerche e che possono alleviare le sofferenze dei malati e prevenire i malanni delle persone sane. Attuo il motto "*labor donated*", ma non rifiuto che cittadini che riconoscono il valore del mio lavoro facciano un'erogazione liberale a credito del G.Ri.P.P.A. (Gruppo di Ricerca per la Prevenzione della Patologia Ambientale) [parametri IBAN] Associazione Onlus che fondai nel 2000 per tentare di stare a galla dopo la punizione dei revisori ignoti (*peer reviewer*) del M.U.R.S.T. L'eventuale somma erogata, libera e di sua scelta, sarà iscritta a bilancio del G.Ri.P.P.A. e l'erogante riceverà regolare ricevuta.

Ls ringrazio, la saluto e le porgo i migliori auguri per lei e per i suoi familiari.

Giancarlo Ugazio