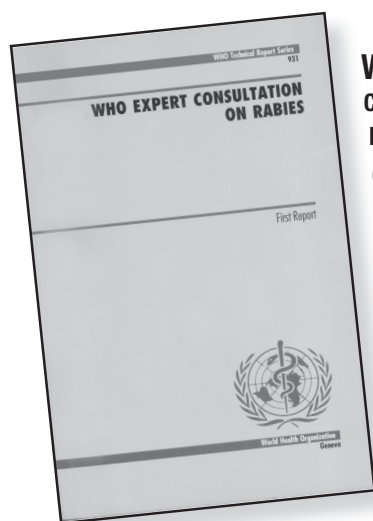


BOOK REVIEWS, NOTES AND COMMENTS/
RECENSIONI, COMMENTI E SEGNALAZIONI

A cura di
Federica Napolitani Cheyne



**WHO EXPERT
CONSULTATION ON RABIES
First Report.**

Geneva: World Health Organization; 2005.
(WHO Technical Report Series, 931).
ISBN 92-4-120931-3.
ISSN 05-12-3054.

A distanza di circa 13 anni dall'ultima consultazione promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i massimi esperti internazionali della materia (per la maggior parte anche responsabili dei centri di riferimento dell'OMS) si sono ritrovati a Ginevra per fare il punto sull'attività di ricerca e sui risultati ottenuti in applicazione dei diversi programmi di eradicazione della rabbia nel mondo. Il resoconto delle giornate di studio, opportunamente ordinato e integrato con il contributo scientifico di altri eminenti specialisti, è stato pubblicato nel volume 931 della serie dei rapporti tecnici editi dall'OMS. Il risultato dell'attività di consultazione ha portato all'elaborazione di un testo che per ricchezza e qualità dei contenuti può essere a ragione considerato come un validissimo strumento di consultazione per una vasta gamma di figure professionali, dagli operatori sanitari incaricati della predisposizione dei piani di controllo-eradicazione della rabbia o impegnati nella prevenzione della malattia nell'uomo e negli animali, a ricercatori, laboratoristi, studiosi, addetti dell'industria farmaceutica e produttori di vaccini. La struttura discorsiva e sequenziale adottata per la redazione del rapporto riflette la convergenza culturale degli esperti convocati a Ginevra o da questi successivamente consultati e dimostra come solo attraverso una programmazione comune degli obiettivi sia possibile affrontare le problematiche ancora irrisolte della lotta alla rabbia. Non a caso, quest'ultimo principio è stato il motivo conduttore delle giornate di consultazione, subito annunciato nella nota di apertura del coordinatore delle attività strategiche e di sorveglianza delle zoonosi dell'OMS, François-Xavier Meslin. A dispetto della

qualità degli strumenti e dell'entità delle risorse disponibili, l'OMS deve purtroppo registrare il fallimento dei programmi e delle strategie di intervento messi in atto proprio nei Paesi dove la rabbia costituisce ancora uno dei più gravi problemi di sanità pubblica. Più del 99% dei casi di mortalità per rabbia è riportato nei Paesi in via di sviluppo e in nessuna delle aree geografiche dove l'infezione è endemica si è riuscito a tenere sotto controllo la malattia. Per il coordinatore dell'OMS, le principali cause del fallimento dei piani messi in atto in questi Paesi, sono individuate nell'assenza di cooperazione internazionale e nella frammentarietà degli interventi. I principi della solidarietà e del coordinamento, continuamente riaffermati nel rapporto, devono essere considerati come elementi strategici per il successo di qualsiasi iniziativa di lotta alla rabbia.

Dopo una sintetica ma accurata analisi dell'impatto socio-economico della malattia, il rapporto propone un prezioso aggiornamento dei dati relativi alla classificazione dei ceppi di virus della rabbia isolati in diverse parti del mondo. La caratterizzazione genetica degli isolati e l'associazione tra il riscontro di particolari genotipi virali in determinate specie animali presenti in diverse aree geografiche hanno consentito una più corretta analisi del rischio e la messa a punto di specifici piani di sorveglianza. Proprio in considerazione dei risultati ottenuti dalle più recenti indagini epidemiologiche, gli esperti raccomandano con particolare enfasi la continuazione degli studi tesi a determinare il ruolo dei pipistrelli, riserve-vettori di sei dei sette genotipi del virus della rabbia a tutt'oggi identificati. Il rapporto analizza quindi i successi ottenuti con il progredire degli studi sulla patogenesi del virus della rabbia in funzione della migliorata qualità e dell'aumentata disponibilità di strumenti diagnostici. Una sintesi dei più recenti risultati ottenuti in questo settore ne riconosce la particolare importanza per arrivare a formulare una diagnosi clinica o di laboratorio tempestiva e corretta (di particolare rilievo per garantire, ad esempio, la sicurezza degli interventi di trapianto d'organo o l'incolumità degli addetti alla cura dei pazienti malati o deceduti dopo aver contratto l'infezione), per modulare al meglio l'efficacia dei trattamenti post-contagio (in funzione, ad esempio, dei tempi e dei diversi schemi di somministrazione di vaccini e immunoglobuline), per preconizzare la messa a punto di terapie cliniche potenzialmente mirate alla cura dei pazienti in caso di avvenuto contagio. All'approfondimento delle tematiche relative alla prevenzione della rabbia (in particolare agli aspetti legati alla qualità, all'efficacia

e alla sicurezza di impiego dei presidi immunizzanti destinati al trattamento pre e/o post contagio dell'uomo o degli animali delle diverse specie) è stata ovviamente rivolta grande attenzione da parte degli esperti. Storicamente, vaccini e immunoglobuline hanno costituito gli unici strumenti in grado di prevenire la malattia o impedire il propagarsi dell'infezione in caso di contagio. Per tale ragione i maggiori sforzi sono ancora oggi rivolti a migliorarne la qualità (soprattutto in termini di purezza delle preparazioni, di antigenicità dei ceppi usati per l'allestimento dei vaccini e di precisa determinazione della loro potenza) e a perfezionare i protocolli di impiego (vie di inoculazione, numero di dosi e tempi necessari a garantire l'instaurarsi di una immunità tempestiva e duratura). Considerata come una condizione indispensabile per debellare la malattia nell'uomo, all'eradicazione della rabbia negli animali (e, in particolare, all'esame dei programmi nazionali di sorveglianza e di controllo negli animali domestici e selvatici) è stato riservato un ampio spazio del rapporto. Particolare interesse è stato rivolto a esaminare il significato epidemiologico del ruolo svolto dalle varie specie animali nel mantenimento e nella diffusione del virus della rabbia nelle diverse regioni geografiche: dai pipistrelli in tutti i continenti (distinguendo il ruolo dei pipistrelli carnivori da quello dei pipistrelli insettivori e frugivori) ad alcune specie protette (lupi e cani selvatici) in Africa, dalle puzzole e i procioni negli Stati Uniti, alla volpe artica e alla volpe rossa in Europa. Un particolare rilievo è stato dato nel seguito del rapporto, all'analisi delle peculiarità dei programmi di vaccinazione di massa delle popolazioni di cani randagi nei Paesi in via di sviluppo e alla necessità del ricorso a strumenti di lotta accessori (controllo delle nascite attraverso campagne di sterilizzazione e, eventualmente, riduzione della popolazione canina) o alternativi (vaccinazione per via orale, mediante la somministrazione di esche come già sperimentato per la vaccinazione delle volpi). Di particolare utilità sono le due sezioni che il rapporto destina, in successione, all'esame degli aspetti normativi tesi a identificare il rischio sanitario (in base alla temporalità della presenza/assenza di casi di rabbia) nei diversi paesi e territori e a garantire la sicura movimentazione degli animali da e verso queste aree. La necessità di promuovere/rafforzare i sistemi già in atto per la raccolta e lo scambio delle informazioni e per la preparazione/aggiornamento del personale, trova spazio nella parte finale del rapporto. Una sezione conclusiva riassume tutti i temi trattati dagli esperti riproponendoli all'ulteriore approfondimento da parte dei ricercatori come tematiche per la ricerca del 21° secolo. Una ricca rassegna di dati bibliografici completa il rapporto unitamente alla presentazione di sei allegati, ciascuno dei quali costituisce una "guida" di pratica consultazione. Il primo dei sei allegati è una "guida" al trattamento post-esposizione nell'uomo e in una tavola vengono schematizzati i diversi tipi di intervento raccomandati tenuto conto dell'entità del rischio di esposizione (quest'ultimo classificato in tre categorie in base alle tipologie del contatto e all'entità dei dati disponibili sull'animale sospetto o responsabile

del contagio). Nell'allegato 5 è presentato un modello di catalogazione dei dati relativi ai casi di avvenuta esposizione dell'uomo al virus della rabbia. Modelli di certificazione dei diversi trattamenti eseguiti sull'uomo o sugli animali sono presentati rispettivamente negli allegati 2 e 4 (quest'ultimo, in particolare, rappresenta un prototipo di certificazione per la movimentazione internazionale di cani, gatti e furetti). Nell'allegato 3 viene presentata la lista (con indirizzi, nominativi e modalità di contatto) dei centri di collaborazione dell'OMS e di una serie di organismi e istituzioni (FAO, OIE, IUCN, ecc.) che, a livello internazionale, sono in grado di offrire la propria collaborazione alle varie autorità nazionali per lo sviluppo e l'attuazione di specifiche attività di controllo della rabbia. Nell'allegato 6 è presentato l'ultimo aggiornamento del sito web dell'OMS (www.who.int/rabies/rabnet) dedicato alla rabbia. Rabnet 2 è un interactive and information mapping system, ovvero una aggiornatissima banca-dati della rabbia nel mondo, censita a partire dal 1959 utilizzando lo "storico" World Rabies Survey (WRS) questionnaire.

Maria Tollis

Istituto Superiore di Sanità, Roma
m.tollis@iss.it



L'ANZIANO E LA SUA MEMORIA

Flora Dal Sasso e Alessandro Pigatto. Presentazione di Marco Trabucchi. Torino: Bollati Boringhieri; 2001. 234 p. ISBN 88-339-5663-6. € 15,49.

“Ed è subito sera”, così si apre questo assai utile testo a firma di due psicologi, con ampie culture filosofico-pedagogiche e, come si evince dal testo, con esperienze di profondo radicamento nei servizi sociali delle aziende sanitarie locali.

Si legge che l'invecchiamento non è affatto una malattia, né perdita globale irreversibile di tutte le funzioni fisiologiche: l'accento viene posto sul ruolo fondamentale delle condizioni di vita, che incidono su frequenza e gravità delle patologie neuropsicologiche degli anziani.

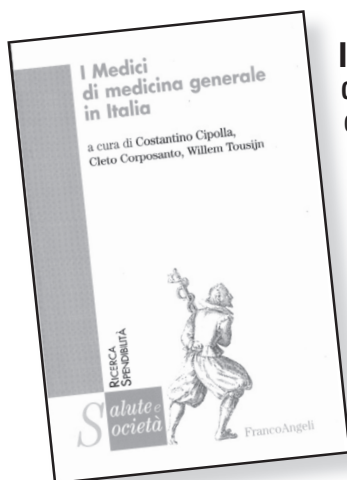
Con una prospettiva di antropologia fisica e nel contesto culturale, gli autori privilegiano l'età "sociale" rispetto alle età "biologica e psicologica". Propongono (capitolo 2) "La valutazione dei disturbi di memoria" una succinta ma esaustiva rassegna sui test per valu-

tare il decadimento delle funzioni mnestiche, che in un capitolo specifico per il loro rafforzamento indica nelle strategie cognitive una possibilità concreta. Una parte importante e originale del libro è contenuta nel paragrafo “Il demente nella vita di ogni giorno” (con un’importante serie di tabelle per la diagnosi differenziale per varie tipologie di demenze e pseudodemenze) e l’ancor più interessante paragrafo “Memorie e depressione” (p. 154); è infatti proprio nella disanima della complessa costellazione di quadri clinici, principalmente per le loro componenti ansiose e/o tratti ansio-genici dell’endofenotipo anziano, che risiedono nuove possibilità per approcci terapeutici, anche farmacologici, di potenziale efficacia.

Il testo, con un’impronta di antropologia medica davvero difficile da leggere altrove, è consigliato agli operatori del servizio sanitario nazionale (SSN) che fronteggiano quotidianamente i crescenti problemi di decadimento delle funzioni cognitive e mnestiche della senescente popolazione europea. Ma se ne consiglia vivamente la lettura ai famigliari degli anziani, o a nuclei sociali che considerino militanza civile accompagnare con adeguati cambiamenti socio-culturali il progressivo invecchiamento della popolazione.

Si vedano anche le recensioni di: E Alleva e R Solimini su “L’invecchiamento: una storia naturale”, Bologna: Zanichelli Editore; 1998 (pubblicata in *Ann Ist Super Sanità* 1999;35:350-1) e di A Queyras A e E Alleva su “Fondamenti di cognitivismo clinico” Torino: Edizioni Bollati Boringhieri; 2002 (pubblicata in *Ann Ist Super Sanità* 2003;39:130-1).

Enrico Alleva, Nadia Francia e Daniela Santucci
Istituto Superiore di Sanità, Roma
alleva@iss.it



I MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA

Costantino Cipolla, et al.
Milano: FrancoAngeli Editore;
2006. 240 p.
ISBN 88-464-7789-8.
€ 19,00.

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta uno dei principali cardini del SSN. È quindi indubbiamente positivo lo sforzo effettuato dagli autori del libro *I medici di medicina generale in Italia* di cercare di mettere a fuoco, all’interno di un’approfondita indagine sociologica, il ruolo di questi professionisti. Uno dei principali pregi del libro è inoltre quello di

inquadrate i risultati di una ricerca *ad hoc*, condotta su un campione di MMG, all’interno del contesto internazionale e dell’evoluzione di questa professione dal secondo dopoguerra a oggi.

Il primo capitolo del libro è infatti dedicato ad analizzare il ruolo del MMG nei diversi sistemi sanitari, da quelli più simile al nostro, come è il caso del Regno Unito, a quello di paesi nordici come Svezia e Finlandia nei quali il MMG è un dipendente del servizio sanitario, a quello di paesi con assicurazioni sociali obbligatorie come Germania e Francia, a paesi come gli USA nei quale l’assistenza sanitaria è prevalentemente affidata alle assicurazioni private. L’evoluzione del ruolo del MMG dal 1945 al 2005 è di grande interesse sia per la descrizione dei periodi più distanti – del medico condotto prima e del famoso “medico della mutua” poi – che per la ricostruzione del periodo successivo all’istituzione nel 1978 del SSN, fino agli anni più recenti, come il periodo successivo alla tangentopoli dei farmaci, che ormai sembrano eventi di un’altra era.

Nonostante il valore di questi capitoli di inquadramento, il cuore del libro è rappresentato dalla presentazione di una indagine che ha coinvolto un campione di 1162 MMG che operano in 10 regioni italiane. Come riconoscono gli autori, si tratta di un campione solo parzialmente rappresentativo dell’insieme dei MMG italiani, non tanto per il fatto che solo metà delle regioni sono rappresentate, ma piuttosto per il fatto che una proporzione rilevante – fino al 50% dei medici inizialmente contattati del Lazio – ha declinato l’invito a rispondere alle domande dell’indagine. Non si tratta certo di una novità. È facile tuttavia immaginare che coloro che decidono di dedicare una parte del ristretto tempo disponibile per rispondere a domande relative alla propria vita professionale non siano rappresentativi anche di coloro che, pur selezionati, hanno rifiutato di partecipare. Di questo si dovrebbe tenere conto, in quanto è ragionevole ipotizzare che coloro che hanno aderito siano rappresentativi del sottogruppo di medici più motivato.

È molto condivisibile la scelta degli autori di presentare i risultati, oltre che nei capitoli focalizzati su sezioni specifiche del questionario, anche in una appendice nella quale sono indicate le risposte a tutte le domande formulate. Sarebbe forse anche stato utile, sebbene più inerente alla sociologia della ricerca piuttosto che a quella della professione medica, avere a disposizione anche una sintesi del progetto di ricerca che ha guidato l’indagine. Si sarebbe probabilmente compreso meglio il significato di alcune domande e il significato attribuito ad alcune risposte.

Uno degli aspetti che emerge con più forza dall’indagine riguarda la modifica del rapporto fra medico e paziente. Oltre il 90% dei MMG avverte un ruolo più attivo dei pazienti nel richiedere maggiori spiegazioni, e oltre l’80% registra una volontà del paziente di partecipare maggiormente alle decisioni. Queste maggiori richieste dei pazienti sfociano anche in una maggiore conflittualità, ma soprattutto vengono gestite dal medico dedicando più tempo a ciò che ha da dire il paziente e spiegando in modo più approfondito lo spettro delle decisioni possibili.

Nonostante un'attenzione che cresce ogni giorno verso vincoli economici che il medico avverte come fortemente limitativi del proprio operato, solo il 7% dei MMG dichiara di non vedere soddisfatte le aspettative che avevano portato alla decisione di iscriversi alla facoltà di medicina. Se si tiene conto che fra le ragioni che hanno portato a scegliere questa facoltà, la maggiore frequenza – ben l'87% degli intervistati – si riferisce al desiderio di essere utile agli altri, emerge un quadro di grande motivazione. Un notevole attaccamento al proprio lavoro e anche al SSN emerge anche quando viene chiesto agli intervistati il grado di condivisione di affermazioni del tipo “la sanità dovrebbe essere privatizzata”, oppure “il SSN va bene ma dovrebbe essere più efficiente”. Solo l'11% si dice parzialmente o totalmente d'accordo con la prima affermazione, mentre quasi l'80% lo è nei confronti della seconda.

Gli inevitabili limiti di spazio di un qualunque questionario portano a sacrificare aspetti che avrebbero potuto richiedere una maggiore attenzione. Per esempio, solo due delle circa 60 domande rivolte ai MMG sono dedicate a chiarire l'atteggiamento nei confronti di alcune cosiddette medicine alternative o complementari (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, chiropratica, naturopatia). Ciò nonostante, un intero capitolo è dedicato a discutere la posizione dei MMG. La posizione degli autori sembra essere favorevole a una diffusione di queste terapie. Per esempio, nel riassumere la posizione del SSN come solo “tollerante” nei confronti delle medicine non convenzionali, si afferma che “non mancano i segnali e le aspettative per passare a un livello più avanzato”, lasciando prefigurare quindi un modello di maggiore diffusione di queste medicine. In coerenza con questa posizione si considerano come segnale di “resistenze” le posizioni – in fondo neppure particolarmente critiche – espresse dai MMG. Per esempio, oltre il 40% degli intervistati considera utile o molto utile l'omeopatia, e gli autori ricordano che in paesi come la Germania, l'Austria e l'Olanda, fino al 30% della popolazione ne fa uso. Forse sarebbe anche utile ricordare che la diffusione non è sinonimo di efficacia. Per esempio, l'omeopatia è praticamente assente in paesi quali gli Usa e il Canada. Non risulta che alcuno, in particolare negli Usa dove sono presenti notevoli problemi di accesso alle cure efficaci, posto di fronte alla necessità di individuare i principali settori di intervento abbia menzionato l'omeopatia come esempio di priorità per i cittadini.

Un ultimo aspetto sul quale sarebbe stata utile una maggiore riflessione, anche per lo spazio che ormai da circa un decennio ha su tutte le principali riviste biomediche, è quello dei conflitti di interesse. Si tratta di un problema ben presente ai medici – il 77% degli intervistati si riconosce nell'affermazione “la ricerca scientifica in sanità è troppo condizionata da industria farmaceutica e biomedica” – i quali tuttavia tendono spesso ad avvertire il conflitto di interesse come un problema che riguarda gli altri (altri medici, altri ricercatori) e non se stessi. A proposito di conflitti di interesse appare infine di dubbia opportunità avere chiesto al direttore esecutivo di una delle principali aziende farmaceutiche

mondiali di fare la presentazione del volume. In fondo, non doveva essere così complicato trovare una persona altrettanto competente, ma con minori conflitti di interesse, per quel compito.

Giuseppe Traversa
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma
G.Traversa@aifa.gov.it



DALL'ALTRA PARTE

Sandro Bartoccioni, Gianni Bonadonna e Francesco Sartori.
A cura di Paolo Barnard.
Milano: BUR RCS Libri;
2006. 252 p.
€ 9,40.

Questo testo è stato curato da Paolo Barnard al fine di far ripensare l'universo salute attraverso la voce di tre grandi clinici italiani di fama internazionale, nel ruolo non più di curanti, ma di curati in quanto seriamente malati di patologie gravi. Sandro Bartoccioni, pioniere della più avanzata cardiocirurgia italiana e ammalato di tumore allo stomaco, Gianni Bonadonna, uno dei padri dell'oncologia medica mondiale colpito da un invalidante ictus e Francesco Sartori, caposcuola nella chirurgia toracica europea sopravvissuto ad un melanoma triricidivo: dal loro incontro e dalle loro esperienze e sofferenze e soprattutto dalle carenze del servizio sanitario nazionale scaturiscono le tre storie del libro vissute in prima persona con rara schiettezza, autoironia e tragedia.

L'idea di Barnard consiste nel chiudere la distanza tra medici e malattia, per coniugare scienza e sofferenza unendo due mondi, così distanti, di chi studia la malattia e di chi invece la subisce grazie all'apporto di persone capaci di abbracciare, soprattutto con il cuore, uno spettro di esperienze vissute in prima persona e non solo studiate o discusse o immaginate. Troppo spesso il personale medico impone sofferenze senza rendersene conto e, dall'alto della propria professionalità, somministra assieme alle terapie anche una buona dose di dolore da cui non può che derivare disagio e uno stato d'ansia nel malato. Un'ansia destinata a raddoppiare in assenza di dialogo. È un testo su cui i sanitari dovrebbero riflettere proprio in quanto non tutti sanno stare “dall'altra parte” della barricata. Non per cattiveria, ma per debolezza e paura di

affrontare la malattia come una cosa che li riguarda: il paziente, infatti, è sempre *quello là, quella cosa là*, lontano, il più lontano possibile.

Il testo aiuta a non colpevolizzare l'incapacità di avvicinarsi al malato e invita il personale medico a incontrare se stesso e a perdonarsi la "pericolosa fascinazione per il grande potere che la scienza gli dona". Aiuta a capire che la malattia, quella grave, assomiglia a un sequestro di persona che non rispetta nessuna esigenza, né progetti né diritti e si ripercuote con un impatto importante su chi ci vuole bene. Facilita la comprensione del fatto che ammalarsi seriamente comporta una mole di esperienze esistenziali ed emotive di straordinaria complessità. Aiuta a sentire la per-

dità che provano gli ammalati dal sentirsi lontani dal loro contesto e dalle loro sicurezze, dagli affetti e dalla routine, dall'identità e dalla progettualità. Contribuisce infine a far sentire la nostalgia struggente che avverte il malato per un mondo rimasto a casa e a intuire come trovare la forza che serve per sopravvivere ogni giorno nelle condizioni di un malato grave.

Chiude il volume un decalogo scritto dai tre autori per una medicina rimodellata a partire dalle sofferenze dei pazienti.

Anna De Santi

Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma
desanti@asplazio.it

Tra i volumi ricevuti:

ARTRITE REUMATOIDE, SINGOLARE FEMMINILE.

Con il patrocinio di SIR – Società Italiana di Reumatologia. Milano: EDRA; 2006. 59 p.

BLUETONGUE. Proceedings of the Third International Symposium.

Taormina, 26-29 October 2003. N. James MacLachlan & James E. Pearson (Ed.). Numero speciale. Veterinaria Italiana 2004;40(4):399-730. ISSN 0505-401X. ISBN 88-901725-0-9.

COME DIAVOLO FUNZIONA LA TECNOLOGIA?

Milano: Arnoldo Mondadori Editore; 2006. 256 p.
ISBN 88-04-55325-1. € 19,90.

IL COMLOTTO DI MATUSALEMME. Come prepararsi a vivere in un mondo di ultrasettantenni

Frank Schirmmacher. Milano: Arnoldo Mondadori Editore; 2006. 207 p.
ISBN 88-04-55119-4. € 17,00.

COMUNICARE COL TUO STAFF. Strategie per migliorare la coesione e il lavoro di gruppo

American Medical Association. Presentazione di Ignazio R. Marino. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2006. 117 p.
ISBN 88-490-0133-9. € 13,00.

GUIDA ALLA VERSIONE 19.0 DEL SISTEMA DRG. Manuale pratico della classificazione dei ricoveri in vigore in Italia dal 2006

Marino Nonis e Luca Lorenzoni. Presentazione di Elio Guzzanti. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2006. 283 p.
ISBN 88-490-0155-X. € 28,00.

PENSIERI AFORISMATICI DI UN METODOLOGO CLINICO (su l'Uomo, la Vita, la Medicina, la Scienza e la Filosofia).

Pietro Cugini. Roma: Società Editrice Universo; 2004. 228 p.
ISBN 88-87753-88-1.

TROPPO DISTANTE PER ESSERE UDITO? Medicina e poesia nel Novecento. Un'antologia di 14 ritratti di Tullio Pericoli.

Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2003.
ISBN 88-490-0000-0. Edizione fuori commercio.

TUTTO QUELLO CHE FA MALE TI FA BENE. Perché la televisione, i videogiochi e il cinema ci rendono più intelligenti

Steven Johnson. Milano: Arnoldo Mondadori Editore; 2006. 203 p.
ISBN 88-04-55120-8. € 15,00.

VITA DI CHIRURGO. RICORDI E RIFLESSIONI.

Walter Montorsi. Roma-Bari: Editori Laterza; 2005. 180 p.
ISBN 88-420-7908-1.