

Oncologia palliativa o oncologia psichiatrica?

M. MAZZOCCHI¹, M.G. ONESTI, S. DI RONZA, E. TRIGNANO, N. SCUDERI

RIASSUNTO: **Oncologia palliativa o oncologia psichiatrica?**

M. MAZZOCCHI, M.G. ONESTI, S. DI RONZA, E. TRIGNANO, N. SCUDERI

Al giorno d'oggi è sempre più raro riscontrare evoluzioni massive dei carcinomi spinocellulari di origine cutanea nel distretto cervicale. Queste forme oltre a richiedere un trattamento complesso, hanno un notevole impatto sulla psiche dell'individuo in quanto alterano l'estetica delle parti più visibili del corpo ed alcune importanti funzioni fisiologiche, quali alimentazione, respirazione e comunicazione. È giunto alla nostra osservazione un paziente di 71 anni per la presenza da circa 8 anni di una neoformazione vegetante a partenza dalla columella e dal labbro superiore con invasione delle cavità nasali. Gli esami clinici e strumentali hanno evidenziato inoltre la presenza di una tumefazione a livello della guancia sinistra, di tre tumefazioni a livello della regione sottomandibolare sinistra e di due tumefazioni a livello della regione sottomandibolare destra.

Riportiamo alla vostra osservazione questo caso clinico oltre che per la complessità dal punto di vista diagnostico, terapeutico e di follow-up, anche per le difficoltà di comunicazione che sono insorte tra medico e paziente legate alla negazione della malattia da parte dello stesso.

SUMMARY: **Palliative oncology or psychiatric oncology.**

M. MAZZOCCHI, M.G. ONESTI, S. DI RONZA, E. TRIGNANO, N. SCUDERI

The excessive development of squamous cell carcinomas that originate from the skin in the cervicocephalic area is an increasingly rare condition. These carcinomas require complex treatments and have a deep psychological impact on the patient because they disfigure highly visible parts of the body and compromise some important physiological functions, such as feeding, breathing and verbal communication. A 71-year-old patient presented with a severe, growing neoplasm that had started 8 years before. The lesion had originated in the columella and inferior lip and invaded the nasal cavity. The clinical and diagnostic examinations showed a tumefaction in the left cheek, three tumefactions in the left submandibular area and two tumefactions in the right submandibular area.

The aim of our study was to highlight the problems related to the diagnosis, treatment and follow-up that arose between the surgeon and patient as a result of the latter's refusal to acknowledge the presence of the disease.

KEY WORDS: Carcinoma spinocellulare - Naso - Oncologia - Psichiatria.
Squamous cell carcinoma - Nose - Oncology - Psychiatry.

Introduzione

La storia naturale dei carcinomi del distretto cervico-cefalico consiste nell'evoluzione clinica degli stessi in assenza di ogni forma di trattamento. Oltre il 90% dei carcinomi di tale distretto sono rappresentati dall'istotipo squamo cellulare. La storia naturale di un carcino-

ma del distretto cervico-cefalico è difficile da stimare in quanto, nell'epoca moderna, è rarissima l'assenza di qualsiasi forma di trattamento. Studi condotti nel Regno Unito dimostrano come pazienti affetti da carcinomi del distretto cefalico in stadio avanzato abbiano un'aspettativa di vita, senza trattamento, di 6-12 mesi, con una mediana di 101 giorni, dipendente essenzialmente dal performance status e dalle comorbidità (1).

Il carcinoma squamoso, protagonista assoluto, nelle sue varietà, della patologia neoplastica del distretto, è tipicamente infiltrante nella grande maggioranza dei casi già nelle sue manifestazioni iniziali. L'infiltrazione raggiunge rapidamente la ricca rete linfatica sottomucosa del distretto, aprendo la strada alla colonizzazione dell'altrettanto ricca dotazione di linfonodi del collo. Per

Università degli Studi di Perugia
¹ Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Radiologiche ed Odontostomatologiche
"Sapienza" Università di Roma
Dipartimento di Ematologia, Oncologia, Anatomia Patologica e Medicina Rigenerativa

ragioni ancora non completamente chiarite (azione di filtro? reazioni immunitarie? minore capacità intrinseca delle cellule epiteliali neoplastiche migrate di impiantarsi?) a questa diffusione piuttosto precoce e ricca non si accompagna una elevata tendenza alla diffusione a distanza per via ematica, se non in fasi tardive. Più della metà dei pazienti affetti da HNC decede per l'estensione locale e loco/regionale della malattia. Metastasi a distanza, che occorrono con relativa bassa frequenza, sono clinicamente evidenti solo nel 10-15% dei casi (2,5).

La diffusione linfatica rappresenta dunque una caratteristica modalità di progressione dei carcinomi cervico-facciali e in particolare del carcinoma squamoso. La sua frequenza e importanza varia da localizzazione a localizzazione del tumore primitivo e aumenta con la differenziazione istologica e con il grado di alcune caratteristiche di progressione locale (fronte di invasione, spessore, invasione perineurale e vascolare, neo-angiogenesi, ecc.) (6,7). Il carcinoma squamoso, una volta colonizzati i linfonodi, tende a riprodurre in essi gli atteggiamenti invasivi del tumore primitivo (infiltrazione e rottura della capsula, estrinsecazione nei tessuti circostanti) (8-10).

Il Patologo ha un ruolo molto importante nella diagnostica e nella definizione delle caratteristiche istomorfologiche e biologiche utili nella programmazione terapeutica e nella formulazione prognostica delle neoplasie della testa e del collo. Per poter svolgere nel modo ottimale questo ruolo è di fondamentale importanza una stretta collaborazione fra Clinico e Patologo, al fine di informare adeguatamente e correttamente il paziente circa gli eventuali trattamenti e la prognosi della sua condizione clinica (11).

Purtroppo i tumori del distretto cervico-cefalico, oltre a richiedere un trattamento complesso, hanno un notevole impatto sulla psiche dell'individuo in quanto alterano l'estetica delle parti più visibili del corpo ed alcune importanti funzioni fisiologiche, quali alimentazione, respirazione e comunicazione (3, 5, 8-10).

Gli autori riportano il caso di un anziano paziente con un voluminoso carcinoma squamoso verrucoso a partenza dalla columella e dal labbro superiore con invasione delle cavità nasali, presente da circa 8 anni, che ha creato notevoli difficoltà sia per la complessità dal punto di vista diagnostico, terapeutico e di follow up sia per la problematica comunicazione tra medico e paziente legata alla negazione della malattia da parte dello stesso.

Case report

Nel mese di maggio 2009 giungeva alla nostra osservazione un paziente di 71 anni che presentava da circa 8 anni una neoformazione vegetante a partenza dalla columella e dal labbro superiore con invasione delle

cavità nasali e tendenza ad un rapidissimo accrescimento soprattutto nell'ultimo periodo. L'esame obiettivo locale evidenziava inoltre alla palpazione la presenza di una tumefazione a livello della guancia sinistra, di tre tumefazioni a livello della regione sottomandibolare sinistra e di due tumefazioni a livello della regione sottomandibolare destra (Fig. 1). Il paziente veniva sottoposto ad:

- esame Tc del massiccio facciale che documentava la presenza di voluminoso tessuto patologico a livello delle cavità coanali con aspetto pseudo-polipoide e base d'impianto in prossimità del setto nasale e la presenza di un nodulo vascolarizzato a livello della guancia sinistra;
- esame ecotomografico della regione del collo che confermava la presenza di linfonodi patologici nelle sedi sottomandibolare sinistra e destra e la presenza di linfonodi reattivi in sede latero-cervicale destra;
- esame TC total-body che confermava la presenza delle linfoadenopatie in sede sottomandibolare e latero-cervicale.

Si procedeva quindi ad intervento chirurgico di amputazione subtotale della piramide nasale, comprendente le cartilagini quadrangolari, parte delle cartilagini triangolari e parte della cartilagine settale, asportazione della tumefazione della guancia sinistra e linfoadenectomia laterocervicale funzionale bilaterale. Intraoperatoriamente veniva eseguito esame estemporaneo della tumefazione della guancia sinistra che deponeva per carcinoma metastatico. La residua ampia perdita di sostanza veniva in parte ricoperta con un innesto dermo-epidermico prelevato in regione sovraclaveare sinistra. La diagnosi istopatologica definitiva deponeva per carcinoma squamoso verrucoso delle cavità nasali metastatico a linfonodo laterocervicale sinistro e ai tessuti molli della guancia. Il decorso post-operatorio è stato regolare ed il paziente veniva dimesso in quinta giornata post-operatoria con l'indicazione da parte dell'oncologo di effettuare radioterapia a scopo citoreducente/palliativo, alla quale il paziente rifiutava di sottoporsi. Nel mese di settembre 2009 il paziente veniva ricoverato nuovamente presso il nostro dipartimento per la comparsa di una nuova neoformazione a livello del solco naso-labiale sinistro, tendente all'accrescimento e all'ulcerazione e di una tumefazione a livello della loggia parotidea destra (Fig. 2). Veniva effettuato esame TC che evidenziava tessuto neoplastico a livello della loggia parotidea destra che si estendeva ai tessuti circostanti non più contenuto in strutture linfonodali ma infiltrando i tessuti molli del collo e raggiungendo la parete laterale destra del faringe, la base della lingua ed il muscolo pterigoideo esterno destro. Non sussistendo indicazione chirurgica per l'impossibilità di effettuare una rimozione radicale della lesione nella regione del collo si procedeva soltanto all'asportazione della neoformazione naso-labiale il cui riscontro istologico deponeva per carcinoma squamoso infiltrante, e si consigliava nuovamente al paziente di effettuare radioter-

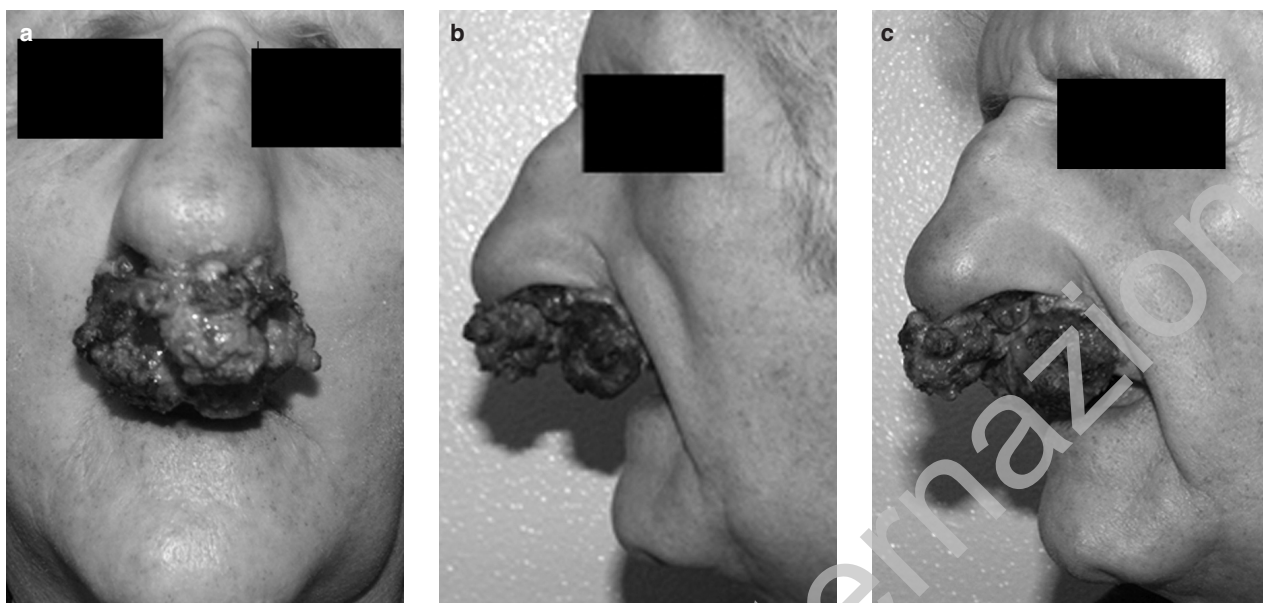


Fig. 1 a, b, c - Aspetto preoperatorio.

pia a scopo citoriduttivo/palliativo, alla quale il paziente rifiutava di sottoporsi.

Circa un mese dopo la dimissione il paziente faceva pervenire una lettera in cui accusava l'équipe operatoria di "aver spinto una ghiandola contro la carotide" e per tale motivo di "aver sofferto e soffrire tutt'ora" e di "aver causato tutto questo disastro anticipato". Nella stessa il paziente afferma che "la trascuratezza, l'indifferenza e l'incoscienza hanno portato alla sua rovina senza scampo perché stare per morire, come è il destino, è una

cosa ma che qualcuno abbia provveduto ad aiutarlo è un'altra".

Nonostante sia stato più volte sollecitato il paziente non ha eseguito i normali controlli di follow-up.

Discussione

Il distretto cervico-cefalico possiede una notevole importanza estetica. L'insorgenza di tumori maligni in tale

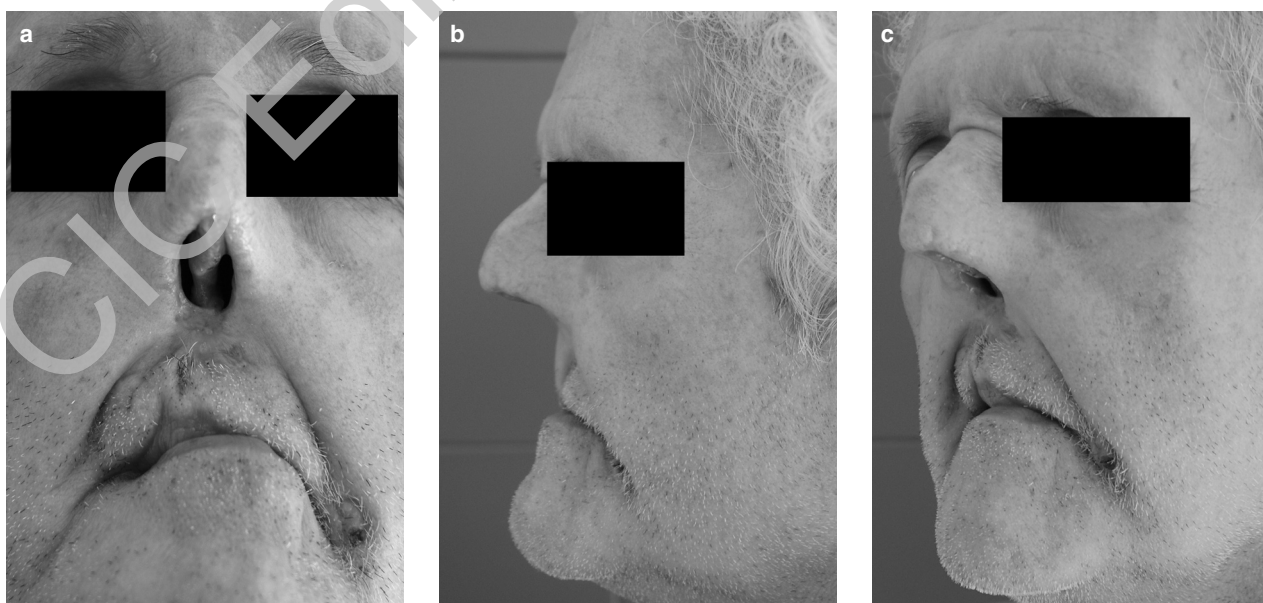


Fig. 2 a, b, c - Aspetto postoperatorio.

distretto pone l'individuo di fronte a dei grandi problemi sia di natura funzionale che di natura psicologica. Grande importanza assume allora l'esperienza dell'"essere malato" nella propria autopercezione, autoimmagine, autostima (12). Compito del chirurgo plastico è quello di migliorare la qualità di vita del paziente, recuperare la massima funzionalità possibile e conseguire il miglior risultato estetico ottenibile. I tumori della regione nasale rappresentano circa il 25% di tutti i tumori cutanei che si sviluppano nel distretto cervico-cefalico. A causa della sua prominenza e della sua localizzazione a livello del volto, il naso è stato associato con il carattere e l'identità personale. L'importanza di questa struttura deve quindi essere presa in considerazione nel caso di una sua ricostruzione (13), nella quale è necessario utilizzare cute con colore e caratteristiche tessutali il più possibile vicine alle caratteristiche delle regioni limitrofe. In caso di ricostruzione totale della piramide nasale è necessario l'utilizzo di vari lembi, associati o meno ad innesti ossei o cartilaginei per poter ricreare una struttura tridimensionale efficace da un punto di vista funzionale e in grado di dare un'accettabile risultato estetico (14). Il lembo frontale appare il lembo di scelta per una ricostruzione totale della piramide nasale perché è in grado di fornire un'elevata quantità di cute dalle caratteristiche morfologiche simile a quelle delle altre strutture del volto (15) e può poi essere facilmente associato ad altri lembi per la ricostruzione delle ali nasali e della punta (16).

Di notevole importanza, appare poi, il ripristino di una struttura di sostegno della piramide nasale, in grado di fornire una corretta conformazione tridimensionale con mantenimento di un'adeguata proiezione (17). Oltre all'aspetto estetico, tale struttura di sostegno deve garantire la pervietà delle vie aeree, rivestendo così un importante aspetto funzionale. A tale scopo, l'innesto osseo ad "L" sembra fornire risultati soddisfacenti (18-20).

Un aspetto da tenere in particolare considerazione è l'effettuazione di visite di follow-up per la valutazione sia cutanea che endonasale dell'insorgenza di recidive per poterle trattare non appena si rendano manifeste. Nonostante sia stato più volte sollecitato il nostro paziente non si è presentato ai normali controlli di follow up.

Nel nostro caso è stato impossibile considerare l'eventualità di un intervento ricostruttivo a causa dello stile di reazione alla malattia adottato dal paziente, noto in psicologia come "reazione di negazione-evitamento", in cui è presente un'indifferenza verso la malattia, accompagnata da una tendenza a minimizzarla, con un desiderio di continuare a vivere come se nulla fosse accaduto (21). Durante la raccolta anamnestica infatti appariva evidente come il problema per il paziente non fosse incentrato sulla patologia neoplastica quanto sui problemi derivanti dall'eccessivo ingombro sterico provo-

cato dal tumore che gli creava difficoltà nell'alimentazione e nella respirazione.

È evidente come una persona malata di cancro sia una condizione in cui la propria percezione di controllo di sé e del mondo è principalmente negativa; essa si trova in balia di una malattia che ruba la vita, la forza ed appare inarrestabile. Ciò può provocare un crollo della propria immagine di sé innescando un timore della dipendenza ed una fuga da essa (22).

Nel nostro paziente è mancato completamente il processo reattivo ad una situazione (il tumore) caratterizzata da incertezza e minaccia di morte, il passaggio quindi "dall'essere sani all'essere malati". Si tratta di un processo con elevati costi psicologici; all'insorgere della malattia infatti l'autostima come altre caratteristiche personali del paziente subiscono una forte pressione. Un danno di questo genere non permette a pazienti con un'autostima non ben strutturata di utilizzare in maniera adeguata le risorse interne disponibili (23, 24)

L'evenienza della comparsa di disturbi psichiatrici clinicamente rilevati nei pazienti affetti da cancro è tutt'altro che rara (25). Gli stati confusionali, l'ansia e la depressione si collocano chiaramente nella nosologia psichiatrica classica. I pazienti neoplastici sono sottoposti a notevoli stress, vivono stati emotivi drammatici e tendono spesso ad enfatizzare comuni stati d'animo, quali l'irritazione ed il dolore (26).

La depressione dei pazienti neoplastici appare come un disturbo dell'umore in cui il nucleo depressivo è centrato sui sintomi di inerzia, marcata inibizione e stati di solitudine, definita "hopeless" da Greene (27). Il nostro paziente aveva annullato le sue relazioni sociali, vivendo in uno stato di profonda solitudine, godendo esclusivamente della vicinanza della moglie.

Il vissuto delle persone affette da cancro implica tipiche reazioni emotive che si configurano come una vera e propria sindrome definita "Sindrome Psiconeoplastica" (28). L'insorgenza di tale sindrome è determinata da un insieme di fattori che dipendono dalla struttura di personalità del soggetto, dalle caratteristiche specifiche della malattia oncologica e dalle caratteristiche specifiche dell'ambiente sociale. La Sindrome Psiconeoplastica è un processo formato da un insieme di dinamiche psicologiche profonde in cui si cerca di affrontare la realtà con la minor sofferenza possibile; essa si presenta sempre con dei sintomi psicopatologici pressoché costanti che nel nostro paziente hanno provocato modificazioni dello stile di vita, perdita del ruolo familiare, dubbi sulla capacità di mantenere un ruolo attivo nei legami affettivi, senso di perdita del gruppo di appartenenza sociale, ostilità ed aggressività verso l'ambiente circostante, senso di ingiustizia ed uso massiccio dei meccanismi di difesa quali negazione e rimozione.

L'aggressività ed il senso di ingiustizia del nostro paziente sono chiaramente manifeste nella lettera indiriz-

zata all'équipe operatoria nella quale il paziente afferma che "la trascuratezza, l'indifferenza e l'incoscienza hanno portato alla sua rovina senza scampo perché stare per morire, come è il destino, è una cosa ma che qualcuno abbia provveduto ad aiutarlo è un'altra".

Altro aspetto fondamentale nel nostro caso è la cosiddetta "compliance", definita da McMaster (29) come "aderenza, da parte del malato alle prescrizioni mediche includendo in ciò i farmaci, gli esami di laboratorio, i controlli clinici e quanto altro attenga alla cura della malattia". È stato dimostrato come i processi di negazione e di diniego adottati dal nostro paziente abbiano favorito il ritardo diagnostico e compromesso l'adesione del paziente ai trattamenti ed ai normali controlli di follow-up (30-34).

Conclusioni

Il cancro costituisce un avvenimento di estrema significatività nella vita di una persona e le reazioni a questo evento possono essere considerate risposte di fron-

te allo sgomento che la diagnosi di una tale malattia provoca nel paziente. In effetti la reazione all'annuncio che è affetto da cancro ha per lui tutte le caratteristiche di quello che viene definito uno shock da trauma e da luogo ovviamente ad un complesso di reazioni.

I meccanismi di difesa posti in atto dal paziente incidono sul decorso e quindi sulla prognosi della malattia e sul reinserimento nella vita di tutti i giorni.

Il nostro caso vuole essere un invito alla riflessione: è evidente che l'obiettivo principale di un trattamento medico è migliorare la qualità di vita del paziente; è però altrettanto evidente come un paziente con complicanze psicologiche derivanti da un contatto alterato con la realtà possa male interpretare un trattamento medico eseguito con lo scopo di migliorare la sua qualità di vita, permettendogli di recuperare una normale vita di relazione ed allungare la sua sopravvivenza. In queste situazioni è quindi facile per un medico incorrere in problematiche medico-legali. Al fine di evitarle è bene cercare di approfondire quanto più possibile la conoscenza psicologica di ogni singolo paziente, cercando di stabilire un rapporto medico-paziente basato sulla fiducia e sulla stima professionale.

Bibliografia

1. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Linderberg RD. Controversies in multimodality therapy for head and neck cancer: clinical and biological perspectives. In: Collins SL, ed. Comprehensive management of head and neck tumors. Second Ed. WB Saunders Company 1999.
2. Schwaab G, Mamelle G, Zbaren P, Marandas P, Domenge C, Eschwewe F. Cancers of the upper face. The experience of the Gustave Roussy Institute. A propos of 162 cases (1965-1980). *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 105:173-8, 1988.
3. Barnes L., Johnson J. Clinical and pathological considerations in the evaluation of major head and neck specimens, part I. *Pathol. Ann.*, 21: 173-250, 1986.
4. Carbone A., Micheau C., Bosp J., et al. Superficial extending carcinoma of the hypopharynx (report of 26 cases of an underestimated carcinoma). *Laryngoscope*, 93: 1600-1606, 1983.
5. Carbone A., Volpe R., Barzan L. Superficial extending carcinoma (SEC) of the larynx and hypopharynx. *Pathol. Res. Pract.*, 188: 729-735, 1992.
6. Ferlito A., Carbone A., De Santo LW., et al. "Early" cancer of the larynx: the concept as defined by clinicians, pathologists, and biologists. *Ann. Oto. Rhinol. Laryn.*, 105: 245-250, 1996.
7. Ferlito A. (Ed.). *Neoplasms of the larynx*. Churchill Livingstone Edinburgh, 1993.
8. Gnepp D., Barnes L., Crissman J, Zarbo R. Recommendations for the reporting of larynx specimens containing laryngeal neoplasms. *Virchows Arch.*, 431: 155-157, 1997.
9. Shanmugaratnam K., et al. Histological typing of tumours of the upper respiratory tract and ear. World Health Organization. *International Histological Classification of Tumours*, 2nd edn., Springer-Verlag, Berlin 1991.
10. Million RR, Cassisi NJ. Management of head and neck cancer: a multidisciplinary approach. Philadelphia: Second Ed. JB Lippincott Company 1994.
11. Facchetti F, Antonelli AR, Nicolai P. Correlazioni clinico-patologiche. In: Rel. Uff. I tumori maligni dei seni paranasali. LXXXII Congr. Naz. Viterbo Maggio 1995:106-222.
12. Arieti S., *Manuale di Psichiatria*, Vol.: 1. Boringhieri, Torino, 1985
13. Raghavan U., Jones N.S.: Use of the auricular composite graft in nasal reconstruction. *J Laryng Orol*, 115: 885-891, 2001.
14. Conte C., Razack M., Sako K.: Skin cancer of the nose : options for reconstruction. *J Surg Oncol*, 39: 1-7, 1988.
15. Iida N., Ohsumi N., Tonegawa M., Tsutsumi K.: Repair of thickness defect of the nose using an expander [orebell flap and a glabellar flap. *Aesth Plast Surg*, 25: 15- 19,2001.
16. Mignogna F., Garay K.: Surgical rescue of recurrent carcinoma of the nasal columella. *Am J Surg*, 170: 453-470, 1995.
17. Iida N., Ohsumi N., Tsutsumi Y.: Use of bilateral retroangular flaps for reconstruction of the gabella and nose. *Br J Plast Surg*, 54: 451-455,2001.
18. Menick F.J.: Anatomic reconstruction of the nasal tip cartilages in secondary and reconstructive rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 104: 2187-2201, 1999.
19. Menick F.J.: A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. *Plast Reconstr Surg*, 109: 1839-1855,2002.
20. Brackley P.T.H., Jones N.S.: The use of a periosteal forehead flap with sandwiched conchal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg*, 110: 831-835, 2002.
21. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 13;2(8146):785-7, 1979.
22. Ahmed P., *Coping with the Medical Issues. Living and Dying with Cancer*. Elsevier, New York, 1981.
23. Canestrari R., *Psicologia Generale e dello Sviluppo*. 3° Edizione Clueb, Bologna 1990.
24. Canestrari R., Campione F., *Il Coping in Oncologia*. In: Comazzi M., Morselli R., (a cura di) *Argomenti di Psico-Oncologia*. CNR Progetto finalizzato "Oncologia" Sottoprogetto 11: "Va-

- lutazioni Socioeconomiche e Riflessi Psicologici della Malattia Neoplastica” 1988
25. Chiari G., Nuzzo M.L. (a cura di), La ricerca psicologica sul cancro. Teorie psicobiologiche, psicogenetiche e psicosociali. Milano: Franco Angeli Editore, 1992 pp. 206
 26. Hinton, J., Il reparto di cancerologia. In: Freyberger H. 1983. (a cura di) Psicoterapia nelle malattie che minacciano la vita. Pàtron Editore, Bologna 1983
 27. Greene S.M., The Relationship Between Depression and Hopelessness. British Journal Of Psychiatry, 154: 650-659, 1989
 28. Guarino A., (1994). I bisogni psicologici del paziente oncologico per il suo reinserimento sociale. Associazione Oncologica Assistenza e Ricerca Convegno su: “Trattamento oncologico domiciliare» (Fara Sabina, 29 ottobre 1994)
 29. McMaster G., University Medical Center, Ontario, (1972). In: Gianfriglia (1995), Informazione e compliance. Atti del IV Congresso Nazionale Sipo; 28/29- Settembre 1995, Cnr Roma
 30. Goldberg R.J., Systematic Understanding of Cancer Patients who Refuse Treatment. Psychotherapy Psychosomatic, 39:180-189, 1983
 31. Green J.A., Compliance and Cancer Chemoterapy. British Medical Journal, 287: 778-779, 1983.
 32. Lewis C., Linet M.S., Abelof M.D. Compliance with Cancer Therapy by Patients and Physicians. The American Journal of Medicine, 74: 673-678, 1983
 33. Tamaroff MH, Festa RS, Adesman AR, Walco GA. Therapeutic Adherence to Oral Medication Regimens by Adolescents with Cancer. Clinical and Psychologic Correlates. The Journal of Pediatrics, 120: 812-817, 1992.
 34. Costantini A.. Il biofeedback come tecnica di autocontrollo nella nausea e vomito anticipatori in chemioterapia. Medicina psicosomatica. In: Biondi M., Costantini A., Grassi L. La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.

Per richiesta estratti:

M. Mazzocchi
Via Portuense, 331
00149 Roma Italy
Tel: +39065581815 - Fax.: +39065581815
E-mail: mazzocc@mclink.it