



SETTEMBRE 2024

VOL. 26 N° 3

IL CADUCEO

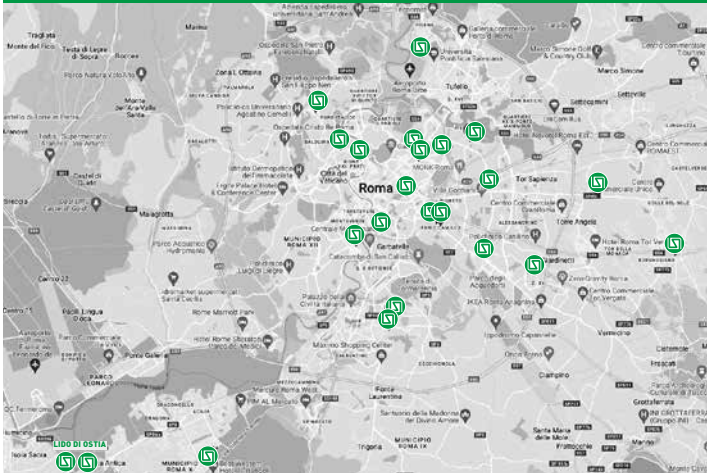


RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

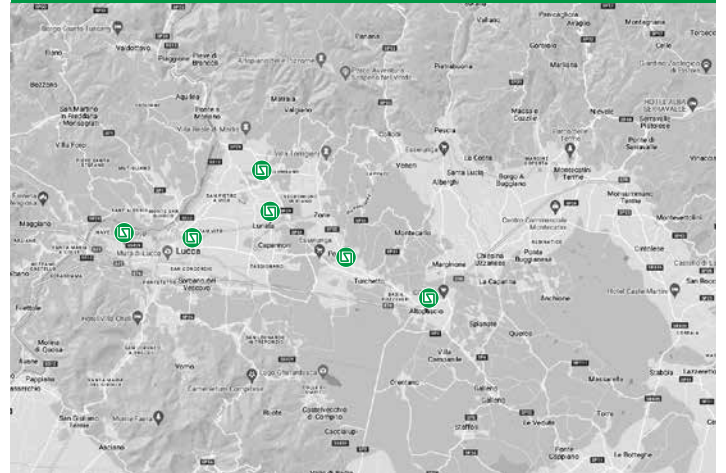


PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA

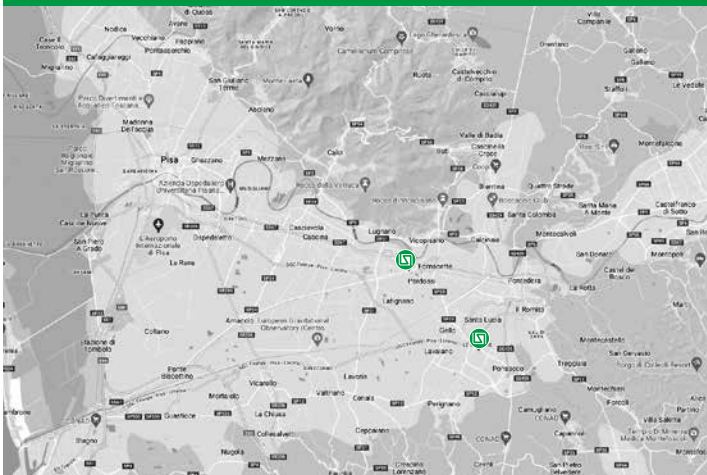
LAZIO ROMA



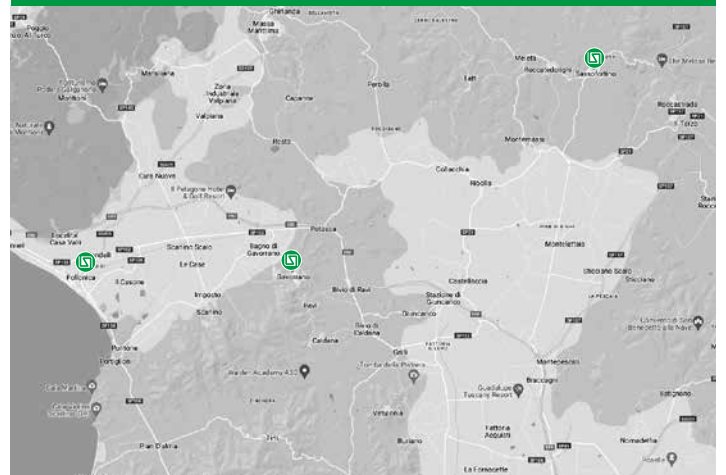
TOSCANA LUCCA



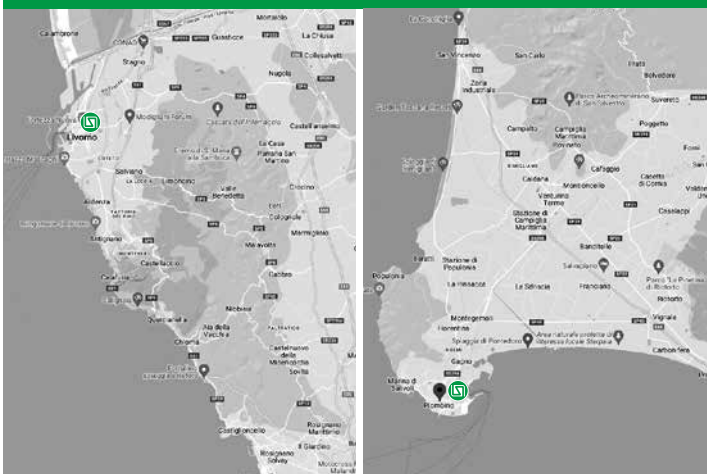
TOSCANA PISA



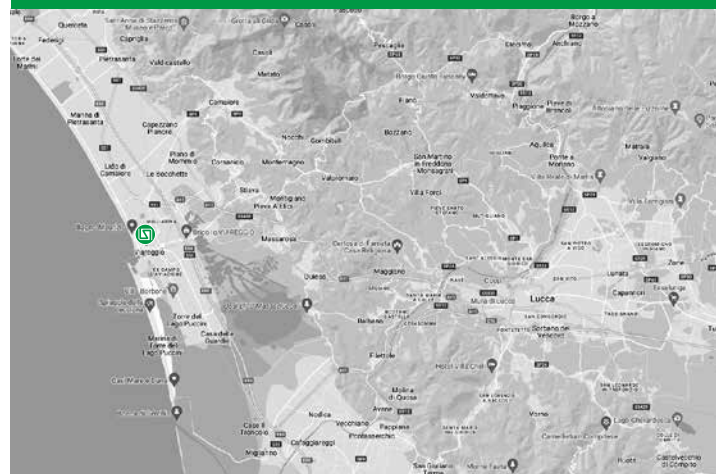
TOSCANA GROSSETO



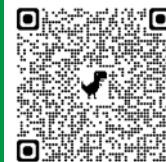
TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE
Scansiona il QR-Code - www.usi.it



il caduceo

VOL. 26 N.° 3 2024



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE
AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO
Co-EDITOR
F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE
C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

EDITORE
U.S.I. S.p.A.
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA
Digitalia Lab Srl
Via Giacomo Peroni, 130
00131 Roma



Su carta Respecta 60
con fibre riciclate al 60%
e inchiostri vegetali

FINITO DI STAMPARE
A SETTEMBRE 2024
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Kordula Vahle
*Dolomiten wanderin
und küsten freak*
(Fonte: Pixabay)

Grafica della copertina a cura di
A. Quattrucci

Rivista medica periodica a distribuzione gra-
tuita, edita a cura dell'U.S.I. (Unione Sanitaria
Internazionale) S.p.A.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli
della rivista devono essere autorizzate per
iscritto dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti
pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto
la responsabilità degli autori
e degli inserzionisti.



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32868.335
Fax 06.77250482
fulvio.borzillo@usi.it
www.usi.it



SOMMARIO

3. Musicoterapia, un'avventura lunga millenni
Fabrizio Dadò
9. Disturbi neurocognitivi e depressione
Giulia Marchiani
10. Demenza: un'emergenza sociale
che richiede risposte integrate e innovative
Dott. Aladar Ianes
15. Valutazione dell'efficacia clinica dell'Integratore
Alimentare (Axol Fast) nel trattamento
della malattia emorroidaria
*Evaluation of the clinical efficacy
of the Food Supplement (Axol Fast) in
the treatment of haemorrhoidal disease*
Antonello Trecca, Esther Otano Ruiz
20. Nevi ed epiluminescenza
Stefano Simoni
24. Le macchie cutanee
Alessandra Grassi
26. I dolori addominali ricorrenti nei bambini
Giovanni Federici di Abriola, Luigi Dall'Oglio
28. La flussimetria delle arterie uterine:
valutazione e utilità clinica
Paolo D'Alessio
30. Radioterapia senza tatuaggi (*tattoo free*)
Sabrina Del Bufalo
33. Nuovo studio combinato tra anatomia,
campioni biologici e medicina estetica
per evitare danni di tipo nervoso
Stefan Dima
34. Rugby in carrozzina a Roma:
socialità e agonismo targato USI
Romanes Wheelchair Rugby
36. Un nuovo caso per il dott. Masina,
investigatore dell'inconscio
Michele Trecca



Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web www.usi.it, per avere tutte le informazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo di comunicarlo:

- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- inviando una comunicazione a mezzo posta all'indirizzo della redazione:
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma.

Grazie

U.S.I. S.p.A.

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico. Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. **SOMMARIO.** Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. **INTRODUZIONE.** Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. **MATERIALI E METODI.** Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. **RISULTATI.** Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. **RINGRAZIAMENTI.** Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. **BIBLIOGRAFIA A.** Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch F.X, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione^[1].

Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sottoscritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma. Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

Musicoterapia, un'avventura lunga millenni

Fabrizio Dadò

dal 1989 editore e direttore di testate tecniche professionali musicali,
copy-writer e social media manager



Sommario - L'articolo tratta delle origini e degli sviluppi della Musicoterapia, un approccio terapeutico distribuito in modo complementare tra musica, medicina e psicologia. Si vedrà come l'interdisciplinarietà della Musicoterapia abbia radici antiche e basi scientifiche sempre più solide, fino a proporre gli esiti di studi recenti e i principali modelli terapeutici.

COMUNICARE E CURARE CON IL SUONO

Il suono, la musica, il "rumore" sono parte intrinseca della natura di ogni essere umano, società e cultura. Come il linguaggio, la musica coinvolge più sistemi e aree cerebrali. L'ascolto suscita emozioni attraverso parametri fisici (intensità, altezza, durata, timbro) e dinamici (modo, genere, agogica, stile esecutivo). Al pubblico dei non addetti può tuttavia risultare difficile accettare che la musica abbia anche un valore clinico e una possibilità di utilizzo pratico nelle terapie della Musicoterapia. Questa disciplina utilizza musica e suono come strumenti di comunicazione non verbale per intervenire a livello educativo, riabilitativo o terapeutico in varie condizioni patologiche e para-fisiologiche, sfruttando la neuro-plasticità, ovvero la capacità del cervello di adattarsi nella struttura e nelle funzioni secondo l'attività dei neuroni, correlata, ad esempio, a stimoli esterni.

Come l'ha definita lo psichiatra e musicista argentino Rolando Omar Benenzon, uno dei fondatori della musicoterapia moderna:



Immagine 1 - Benenzon

"La Musicoterapia è una disciplina scientifica che ha come obiettivo quello di instaurare una relazione terapeutica stabile tra musicoterapeuta e paziente attraverso il canale non-verbale e l'uso del canale corpo-sonoro-musicale, con l'obiettivo di far acquisire al paziente nuove modalità di comunicazione con se stesso, il proprio nucleo familiare, il mondo esterno".

Antico Oriente: corpo e suono tra Taoismo e Yoga

L'uso di strumenti musicali e voce fa parte della storia ancestrale dell'Uomo. Da decine di migliaia di anni, ancora oggi è potente nelle pratiche sciamaniche delle culture primitive la relazione tra credenze religiose, musica, liberazione dello spirito e cura del corpo. Risale al terzo millennio a.C. il primo scritto cinese che

tratta al contempo di medicina e musica. Nel VI sec. d.C. il letterato e medico Tao Hongqing pratica una vocalizzazione di suoni le cui vibrazioni andrebbero a influire direttamente sui cinque organi Yin: cuore, fegato, milza, polmone e rene. Musica e medicina si intrecciano nel pensiero taoista, con le dodici note equamente suddivise tra Yin e Yang.



Immagine 2 - Tao Hongqing

Restando nell'Oriente antico, il Nāda Yoga (unione attraverso il suono) è un sistema metafisico che include filosofia, medicina e pratiche yoga. La musica esterna (canto e musica meditativa), convogliata dall'udito e trasformata in vibrazioni nel nostro corpo, aiuta a recepire la propria musica interna (vibrazioni del sé) e aspirare all'illuminazione. La scrittrice e consulente per il benessere mentale statunitense Laurel Elisabeth Keyes conierà il termine *toning* per l'uso di vocalizzazioni volte a ottenere modelli armonici ottimali nell'individuo e aiutarlo nella guarigione.

Dall'Antica Grecia al Medioevo: musica, medicina e filosofia

Passando a influenze più significative per la cultura occidentale, nell'antica Grecia il concetto educativo della *paideia* si basa sull'insegnamento iniziale della ginnastica e della musica, materia questa comprendente anche la danza. Sempre dall'antica Grecia giunge la commistione etimologica tra le parole *aula*

Fabrizio Dadò

(corte in cui si svolge l'insegnamento) e flauto (*aulos*). Il dio Apollo presiede sia alla musica che alla medicina, stabilendo un nesso divino tra le due arti, e il canto sotteso al suo culto (peana) è anche uno strumento terapeutico.



Immagine 3 - Apolo

I pensatori del mondo ellenistico attribuiscono alla musica grande importanza nella formazione dell'individuo. Pitagora teorizza e descrive l'uso terapeutico della musica, del ritmo e della danza nella cura e nel riequilibrio psicofisici (VI sec. a.C.).

Nel II sec. d.C. il filosofo e medico dell'imperatore romano Marco Aurelio, Claudio "Galeno, il padre della scienza medica, raccomandava di suonare il flauto sulle parti sofferenti del corpo" (cit. E.A.Vescelius: *Music and Health, The Musical Quarterly*, 1918).



Immagine 4 - Galeno

L'effetto benefico della musica sulle malattie è noto anche agli Egizi, mentre il suono del flauto compare nella cultura araba antica per curare i disturbi mentali. Durante il Medioevo la conservazione delle conoscenze, incluse quelle mediche e musicali, è curata nei monasteri da personaggi come l'abate musicista svizzero Notkero I di San Gallo (840 - 912).

Settecento e Ottocento in Europa

A metà del '700 il medico francese Joseph-Louis Roger (1696 - 1761) scrive il *Traité des effets de la musique sur le corps humain* (ed. Brunot, 1803), in cui l'alternanza di parti cave e piene nel corpo viene paragonata a strumenti musicali percorsi da vibrazioni sonore. Nel 1749 viene pubblicato in Inghilterra *Reflections on Antient and Modern Musick with the Application to*

the Care of Disease, dell'ufficiale medico e musicista Richard Brocklesby (1722 - 1797), il quale sostiene: "La musicoterapia (...) cerca di suscitare un influsso terapeutico sui pazienti servendosi (...) di diverse forme di ricezione e attività musicali.

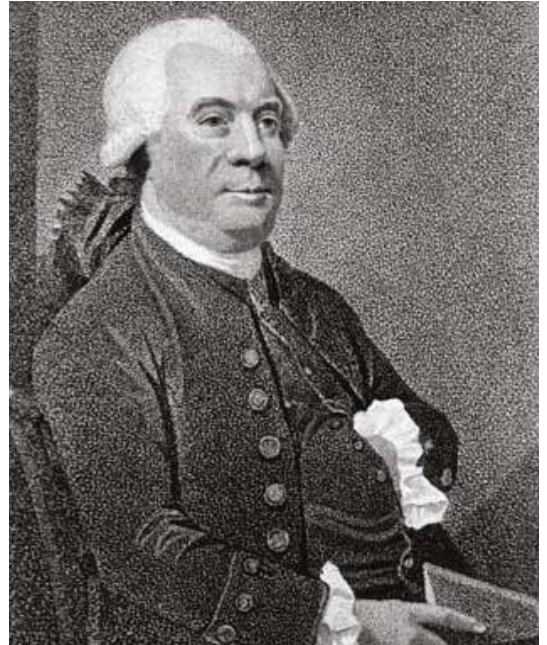


Immagine 5 - Brocklesby

Tale influsso si estende tanto all'*umore* soggettivo dell'uomo quanto alle sue funzioni fisiologiche."

Sempre nel Secolo dei Lumi, in Toscana, un altro medico militare, il francese Luigi Desbout, sperimenta un'aria di Giovanni Paisiello per trattare una ragazza afflitta da convulsioni apparentemente causate da tarantismo.

È interessante annotare la provenienza militare di Brocklesby e Desbout alla luce degli sviluppi che vedremo nel '900.

Nell'800 lo psichiatra, poeta e patriota Biagio Miraglia (1814 - 1885) effettua i primi esperimenti di musicoterapia nel Real Morotrofo di Aversa.

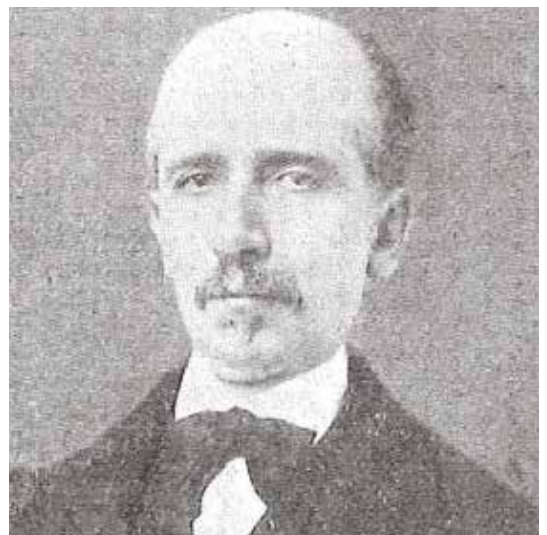


Immagine 6 - Miraglia

Musicoterapia, un'avventura lunga millenni

Fondatore della prima rivista italiana di psichiatria (*Giornale medico-storico-statistico del reale morotrofo del Regno delle Due Sicilie per la parte citeriore al Faro*), egli utilizza musicoterapia e psicodramma nel trattamento dei disturbi psichiatrici.

Lo psicologo e filosofo tedesco Karl Stumpf (1848 - 1936) si applica alla psicologia del suono e pubblica i due volumi della *Tonpsychologie* (1883/1890).

Fin qui qualche cenno sulla musicoterapia dall'antichità al XIX sec. nel Vecchio Continente. I passi più importanti si svolgono però tra XIX e XX sec. nel Nuovo Mondo.

Semi di musicoterapia in Nord-America

Le prime fasi di sviluppo della musicoterapia in chiave moderna si intravedono negli Stati Uniti d'America già nel 1789, quando viene pubblicato sul mensile *Columbian Magazine* di Filadelfia il saggio anonimo *Music Physically Considered* (Valutazione clinica della musica), considerato la prima testimonianza moderna di studio della musica come coadiuvante nella cura delle malattie.

Tra i primi concreti sostenitori della valenza clinica della musica troviamo il medico, docente e politico Benjamin Rush (1746 - 1813) con i suoi allievi Edwin Augustus Atlee e Samuel Mathews, le cui tesi di dottorato affrontano il tema dell'uso terapeutico della musica.

I primi esperimenti registrati di uso clinico della musica sono opera del neurologo James Leonard Corning (1855 - 1923).

Gli esiti, pubblicati nel 1899 su *Medical Record: A Weekly Journal of Medicine and Surgery*, riportano i risultati sugli stati emotivi di pazienti con lievi disturbi del comportamento e del sonno. Corning ritiene che, durante la fase dormiente, le vibrazioni musicali penetrino nel subconscio e agiscano sui "pensieri malsani" del paziente.



Immagine 7 - Corning

Un altro caso, documentato nel 1914, riguarda il chirurgo Evan O'Neill Kane (1861 - 1932), il quale in sala operatoria usa la musica di un fonografo per ridurre l'ansia nei pazienti e migliorare l'effetto dell'anestesia locale di cui è un grande sostenitore.

Periodo bellico e associazionismo

La prima figura di musicoterapeuta compare durante le due Guerre Mondiali. Si tratta di un musicista, amatore o professionista, che supporta con la voce e/o il suo strumento i militari ricoverati. L'influenza positiva della musica sui pazienti spinge il personale sanitario a richiedere sempre più spesso l'intervento di questi musicoterapeuti in fieri, facendo emergere al contempo la necessità di svilupparne in senso medico la preparazione.

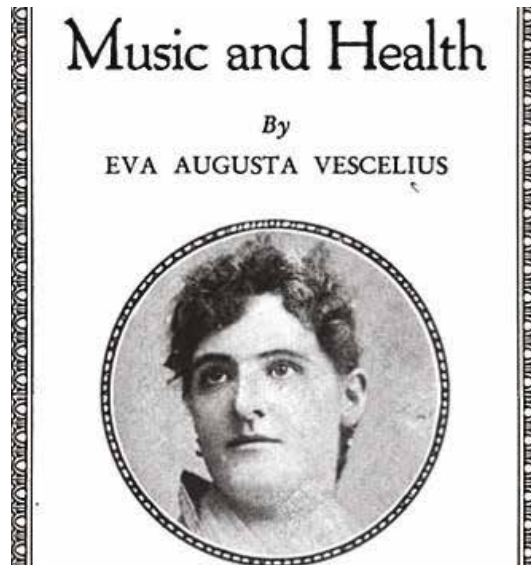


Immagine 8 - Vescecius

Nelle prime associazioni di musicoterapia statunitensi, è rilevante la presenza di illuminate figure femminili. La National Society of Musical Therapeutics viene fondata nel 1903 da Eva Augusta Vescecius, che nel 1918 pubblica l'articolo *Music and Health* su *The Musical Quarterly*. La Vescecius sperimenta gli effetti della musica sulla salute, appronta una pratica della musicoterapia e diffonde il primo giornale dedicato. Una citazione va anche a Isa Maud Ilsen, che fonda la National Association for Music in Hospitals nel 1926.

Primi professionisti

La figura vera e propria del musicoterapeuta clinico si delinea negli Anni '40 grazie agli statunitensi Ira Maximilian Altshuler (1893 - 1968), psichiatra e pianista, Willem van de Wall (1887 - 1953), docente di musica e autore del primo manuale di musicoterapia (*Music in Institutions*, 1936), ed Everett Thayer Gaston (1901 - 1970). Quest'ultimo rinuncia agli studi di medicina per mancanza di risorse economiche e si dedica professionalmente alla sua seconda passione, la musica. Divenuto direttore del Dipartimento di Educazione Musicale dell'Università del Kansas, Gaston organizza il primo programma di studi dedicato ai musicoterapeuti. Nel 1944 la Michigan State University istituisce un corso accademico quadriennale di Musicoterapia, presto seguita da altri istituti.

Dal supporto ai militari ricoverati durante la guerra del Vietnam (1964 -1975) consegue un forte impulso allo studio della musicoterapia, in particolare per curare il disturbo da stress post-traumatico.

Associazioni professionali nel mondo

Nata nel 1998 dalla fusione di precedenti istituzioni, l'American Music Therapy Association (AMTA) è il riferimento dei music therapists professionisti e studenti negli USA, promuove la ricerca e produce pubblicazioni, rappresenta la categoria a livello statale e federale negli USA e in altri paesi.

A livello internazionale è attiva dal 1985 la World Federation of Music Therapy (WFMT), mentre in Europa opera dal 1990 la European Music Therapy Confederation (EMTC). In Italia sono attive l'Associazione Italiana professionisti della Musicoterapia (AIM) e la Federazione Italiana Musicoterapeuti (FIM), che si occupano di rappresentanza e formazione.

Inquadramento del musicoterapeuta in Italia

Il quadro di riferimento professionale per il musicoterapeuta italiano è quello della disposizione UNI 11592 sulle "Attività professionali non regolamentate - Figure professionali operanti nel campo delle Arti Terapie - Requisiti di conoscenza, abilità e competenza - (2015). La normativa, scaricabile dal sito <https://store.uni.com>, è stata elaborata da un gruppo di lavoro di categoria e delinea i requisiti relativi all'attività dei Professionisti delle Arti Terapie (Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Terapia, Teatro Terapia, Dramma Terapia).

Dopo una fase sperimentale a partire dalla seconda metà degli Anni 2000, il Decreto Ministeriale del 6 dicembre 2021 ha riconosciuto ai Conservatori, in collaborazione con le Università, la competenza per formare i musicoterapeuti. È caduta la distinzione tra i termini musicoterapeuta e musicoterapista, con l'abbandono del secondo.

Il percorso di studi include insegnamenti scientifici universitari e tirocini in ambiti clinici e di ricerca, con l'acquisizione di competenze afferenti dalle aree medica e psicologica.

La Musicoterapia in Italia oggi

La musicoterapia va trovando spazi nel nostro Paese nelle aziende sanitarie locali, nei consultori, nei centri di riabilitazione, nelle case-famiglia. L'approccio può essere di tipo relazionale o riabilitativo, integrato con il lavoro di medici, psicologi, fisioterapisti e logopedisti. Le applicazioni, anche se non tutte validate a livello medico, vanno dal campo preventivo (gravidanza, prima infanzia) a quello riabilitativo (deficit mentale e motorio), da quello terapeutico (autismo, sindrome di Down, malattia di Alzheimer, psicosi, nevrosi, pazienti oncologici e terminali) alle unità di terapia intensiva neonatale.

Il cervello plastico

Superate da tempo le teorie che ritenevano il cervello suddiviso in parti responsabili di determinate funzioni e immutabile nelle tre fasi dello sviluppo psichico (evoluzione nell'infanzia, stabilità in età adulta e involuzione in età senile), l'avanzamento degli studi e delle sperimentazioni nella biologia, nella genetica e nelle neuroscienze, nonché l'ausilio di tecniche diagnostiche quali risonanza magnetica, elettroencefalografia e magnetoencefalografia, hanno portato a dimostrare l'influenza della musica sul cervello umano e l'importanza dell'allenamento musicale prolungato nel favorire i processi neuroplastici sia strutturali che

funzionali, con aumenti di numero, volume e densità delle sinapsi in determinate zone del cervello. L'esperienza del piacere durante l'ascolto è inoltre associata al rilascio di dopamina.

Evidenze della risonanza con tensore di tensione

Uno studio del China Rehabilitation Research Center sull'effetto della musicoterapia sui disturbi di coscienza si è svolto tra il 2019 e il 2022 su 15 pazienti in stato di minima coscienza suddivisi in 3 gruppi: uno trattato con ascolto di musica nota per essere gradita al singolo soggetto; uno trattato con stimoli sonori di provenienza familiare; uno trattato in maniera convenzionale senza stimoli sonori. Sottoposti per 4 settimane a 30 minuti delle rispettive terapie per 5 giorni alla settimana, i soggetti hanno manifestato comportamenti diversi negli indicatori del sistema nervoso periferico e delle reti cerebrali (Sistema Nervoso Autonomo [ANS], Scala del Coma di Glasgow [GCS], Risonanza Magnetica con Tensore di Diffusione [fMRI-DTI]). In particolare, si sono evidenziati livelli di attività superiori durante l'esposizione alla musica per i pazienti così trattati rispetto a quelli sottoposti alla sola conversazione familiare o alle cure convenzionali. Ricordando che le attività riferite non erano inserite in una vera musicoterapia con un operatore professionale, le conclusioni hanno comunque sottolineato l'influenza positiva del trattamento sul risveglio di Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

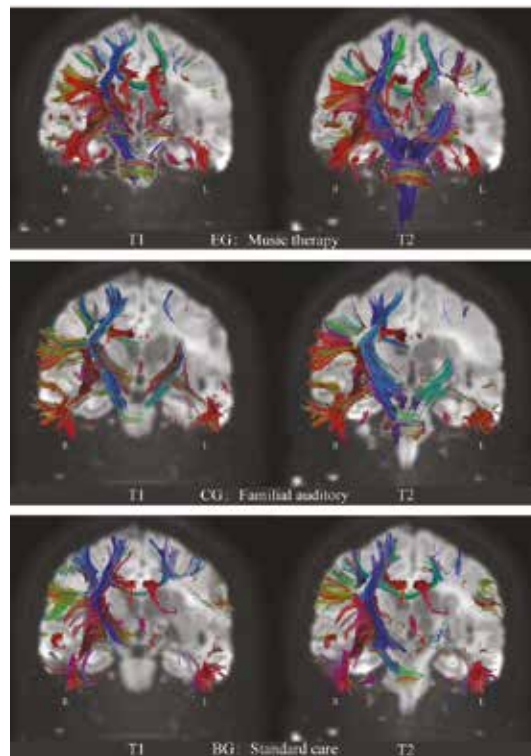


Immagine 9 - Risonanza EG: gruppo sperimentale con stimolazione musicale; CG: gruppo di controllo con stimolazione uditiva familiare; BG: gruppo con cure standard. T1: prima della sperimentazione; T2: 1 mese dopo. R: emisfero destro; L: emisfero sinistro. Blu: direzione superiore-inferiore del fascio di fibre nervose; Rosso: direzione anteriore-posteriore del fascio di fibre nervose; Verde: direzione sinistra-destra del fascio di fibre nervose.

Musicoterapia, un'avventura lunga millenni



freepik.com/foto-gratuito/cuffie-vista-dall-alto-con-cuori-di-carta - Immagine di freepik

Musicoterapia e stress

La quantità di dati sperimentali sull'utilizzo della musica come semplice ausilio d'ascolto sembra molto più ampia rispetto a quella dei trattamenti basati su veri inserimenti in una pratica musicoterapica di relazione tra professionista e paziente. Per ovviare alla discrepanza, nel 2020 è stata condotta in Olanda una meta-analisi statistica con il supporto della Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Presi in esame 47 studi con 2.747 partecipanti e 76 effetti misurabili, si sono valutati i risultati della musicoterapia su stress fisiologico e psicologico sia in contesti medici che di salute mentale. Un effetto migliorativo della musicoterapia da medio a elevato è stato dimostrato su entrambi i tipi di stress rispetto a mancanza di cure, cure usuali o altri interventi tesi alla riduzione dello stress.

Lo studio attribuisce gli effetti superiori del trattamento al coinvolgimento tra paziente e musicoterapeuta. Non va quindi commesso l'errore di ritenere l'elemento sonoro-musicale dotato autonomamente del valore di un progetto riabilitativo e relazionale con il terapeuta.

Lo studio inoltre sprona a un sempre maggiore sviluppo di protocolli musicoterapici standardizzati per condurre ricerche sempre più solide sull'argomento.

Modelli musico-terapeutici

I modelli di musicoterapia sono molti e con diversi livelli di accreditamento, utilizzo e successo clinico. Proponiamo un elenco dei principali, iniziando con i cinque modelli approvati dalla World Federation of Music Therapy.

- **Musicoterapia Benenzoniana** (o **Mu-Psicoterapia**), dal nome dello psichiatra e musicista argentino Rolando Omar Benenzon. Questo modello di stampo psicoanalitico è basato sul concetto di Identità Sonora (ISO), ovvero l'insieme di archetipi, fenomeni acustici ed esperienze sonore di ciascun individuo, dai rumori naturali e corporei alla voce materna. Tramite suono e movimento, ricerca effetti regressivi

per aprire canali di comunicazione e attivare il processo di socializzazione.

- **Musicoterapia Creativa** - Il modello è dovuto a Paul Nordoff (1909 - 1977), compositore e musicoterapeuta americano, e Clive Robbins (1927 - 2011), educatore e musicoterapeuta inglese. Si basa su un approccio improvvisato, che sfrutta la naturale reattività umana alla musica e diviene un contesto non-verbale in cui favorire la comunicazione del paziente con difficoltà intellettive, sensoriali o motorie.
- **Musicoterapia Orientata Analiticamente** - Il modello creato dalla musicista e musicoterapeuta britannica Mary Priestley (1925 - 2017) abbinava musicoterapia e psicoanalisi. Soffrendo di disturbo bipolare, Priestley visse esperienze di ospedalizzazione, entrando in contatto con l'ambiente terapeutico. Utilizzando il concetto di transfert tra utente e terapeuta, il modello si basa sull'improvvisazione di parole e musica come comunicazione simbolica.
- **Musicoterapia Comportamentale** - Il modello ha come principale teorico il professore statunitense Clifford Madsen e si basa sul concetto di stimolo-risposta su uno specifico sintomo, nella prospettiva di migliorare i comportamenti di adattamento ed eliminare quelli non adattivi.
- **Immaginario Guidato e Musica** (G.I.M. o Musicoterapia Recettiva) - Il modello nasce negli Anni '60-'70 dalle esperienze della musicoterapeuta Helen Lindquist Bonny (1921 - 2010). Si basa sull'ascolto di musica classica e sul training autogeno per portare il soggetto a uno stato di rilassamento profondo. L'esperienza vissuta viene poi riportata dal paziente utilizzando forme artistiche anche diverse, come disegno o poesia.

Altri modelli musico-terapeutici

Citiamo alcuni modelli alternativi a quelli validati dalla WFMT.

- **Musicoterapia Passiva** - Il metodo si basa sul co-

siddetto "effetto Mozart", sperimentato e analizzato dagli scienziati Frances Rauscher, Gordon Shaw e Catherine Ky in un noto articolo pubblicato su *Nature* nel 1993 (*Music and Spatial Task Performance*), secondo cui il QI visuo-spaziale di soggetti sottoposti a 10 minuti di ascolto della *Sonata in Re maggiore per due pianoforti K448* di W.A. Mozart migliora temporaneamente di 8-9 punti.

- **Musicoterapia neurologica** - È un modello nato negli Anni '90 dallo studio con risonanza magnetica degli effetti della musica sul cervello. Si basa sulla somministrazione di esercizi musicali e stimoli ritmici per la riabilitazione neurologica di soggetti con deficit cognitivi, sensoriali, del linguaggio e motori.
- **Musicoterapia della libera improvvisazione** - Juliette Alvin (1897 - 1982) fonda nel 1958 la Society of Music Therapy and Remedial Music. Per la violoncellista franco-britannica, la musica migliora rilassamento, gratificazione, memoria, attenzione e interazione con il prossimo. Le tecniche, sia di tipo attivo che recettivo, sono applicate soprattutto a bambini con handicap.
- **Musicoterapia Orchestrale (MTO)** - È stata sviluppata a partire dagli Anni '70 presso la Fondazione Sequeri Esagramma di Milano da Pierangelo Sequeri, docente, teologo e musicista, e Licia Sbattella, docente, bio-ingegnere, psicoterapeuta e musicista. Si basa su osservazione diretta e tenuta di un diario nel seguire la fusione tra comportamenti verbale/relazionale e musicale/strumentale.

Un'analisi bibliografica

Uno studio bibliometrico del 2021 effettuato da ricercatori della Shanghai University of Sport e dello Shanghai Shangti Orthopedic Hospital ha analizzato le pubblicazioni inerenti la musicoterapia tra il 2000 e il 2019 al fine di verificarne le tendenze globali. Lo studio ha individuato 1.004 titoli (352 statunitensi) di 2.531 autori che rispettavano i criteri di selezione. È stata rilevata una crescita importante delle pubblicazioni e una grande disponibilità di informazioni utili a studenti, ricercatori e terapeuti, dimostrando in conclusione che l'interesse per la Musicoterapia è vivo e forte nel mondo, con prospettive di sempre maggiore sviluppo e affinamento delle tecniche terapeutiche.

RIFERIMENTI

1. Bonny H., *Facilitating GIM sessions*. AN ICM Publication - 1999
2. Campbell D., *The Mozart Effect*, Avon Books - 1997
3. Davis W.B., *Ira Maximilian Altschuler: psychiatrist and pioneer music therapist*. J Music Ther. - 2003
4. de Witte M., da Silva Pinho A., Stams G.J., Moonen X., Bos A.E.R., van Hooren S., *Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis*, Health Psychology Review - 2022
4. Desbouts L., *Ragionamento fisico-chirurgico sopra l'effetto della musica nelle malattie nervose, dedicato all'illustriss. Sig. dottore Giorgio de Lagusius*. Calderoni e Faina - 1780
5. Ferguson K., *La musica di Pitagora*, Le Scienze - 2010
6. Keyes L.E., *Toning: the Creative Power of the Voice*, Devorss & Co. - 1973
7. Li K., Weng L., Wang X., *The State of Music Therapy Studies in the Past 20 Years: A Bibliometric Analysis*. Frontiers in Psychology - 2021
8. Nordoff P., Robbins C., *Creative Music Therapy*. Harper Row Publishers - 1977
9. Priestley M., *Music therapy in action*. Barcelona Publishers - 1975
10. Veselius E.A., *Music and Health. The Musical Quarterly, Vol. 4 No. 3.*, Oxford University Press - 1918
11. Xiang X., Wenyi C., Xiaoying Z., *The effect and mechanisms of music therapy on the autonomic nervous system and brain networks of patients of minimal conscious states: a randomized controlled trial*, Frontiers in Neuroscience - 2023.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

1. Benenzon R.O., *Manuale di Musicoterapia*. Edizioni Borla, Roma - 1998
2. Benenzon R.O., Wagner G., de Gainza V.H., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma - 1997
3. Benenzon R.O., Casiglio L., D'Ulisse M.E., *Musicoterapia e professione tra teoria e pratica. Dal primo contatto alla supervisione*, Il Minotauro, Roma - 2005
4. Bruscia K., *Definire la musicoterapia. Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione*, Ismez, Roma - 1993
5. Critchley M., Henson R.A., *La musica e il cervello. Studi sulla neurologia della musica*, Piccin, Padova - 1987
6. Wigram T., Saperston B., West R., *Manuale di arte e scienze della musicoterapia*, Ismez, Roma - 1997.



freepik.com/foto-gratuito/close-up-di-fratelli-con-la-chitarra - Immagine di freepik

Disturbi neurocognitivi e depressione

Dott.ssa Giulia Marchiani

Psicologa Clinica, Forense e Psicoterapeuta
USI Pietralata - Via dei Durantini, 362



I **disturbi neurocognitivi** rientrano in quella categoria di condizioni cliniche generalmente caratterizzate dalla progressiva perdita delle competenze acquisite in precedenza dall'individuo in ordine alla sfera bio-psico-sociale del soggetto.

Tra questi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: malattia di Alzheimer, *delirium*, degenerazione fronto-temporale, malattie vascolari, trauma cranico, uso di sostanze psicotrope, infezione da HIV, malattie da prioni, morbo di Parkinson, malattia di Huntington e i corpi di Lewy.

Dette patologie danno adito al decadimento cognitivo che è un fenomeno notevolmente spinoso sul quale influiscono numerosi elementi e, pur se non appare corretto deliberare un parallelismo tra senilità e disturbi neurocognitivi, è risaputo che la demenza sia più riscontrabile in età avanzata.

Sfortunatamente, infatti, correlando tali disturbi con l'età dei soggetti che ne sono affetti (classificazione eziopatogenetica: *l'eziopatogenesi* è lo studio delle cause di una malattia e del loro meccanismo di azione), questi si manifestano in genere con incidenza esponenzialmente crescente nei più anziani.

Come noto, anche se l'età cronologica di una persona non coincide necessariamente con la sua età biologica, nella fase dell'invecchiamento, la solitudine, la progressiva perdita dei ruoli sociali e familiari oltre che la consapevolezza dell'inevitabile e progressiva riduzione dell'esistenza, risultano essere fattori direttamente proporzionali al crescente deterioramento delle funzioni neurofisiologiche e neuropsicologiche delle persone anziane, pertanto, scemando l'attenzione e assistendo alla limitazione delle capacità della memoria a breve e lungo termine, potrebbe verificarsi la diminuzione delle capacità di apprendimento di nuove conoscenze e abilità manuali fino al totale annichilimento.

Dati alla mano (cfr. *Prontuario di Psichiatria, 2010*), si evince che, su base percentuale, la perdita neuronale tipica della senescenza cerebrale è di circa il 10-20% sugli ottanta anni di età e raggiunge il valore di circa il 40% verso i novanta, interessando su larga scala le diverse aree cerebrali, in particolare, la corteccia frontale e temporale intaccando in special maniera i neuroni più piccoli, mentre, nel caso della presenza di Alzheimer, la perdita neuronale è di entità maggiore e riguarda soprattutto i neuroni più grandi.

Non di rado, infatti, nelle persone ricomprese nelle fasce di età di cui sopra, possono riscontrarsi terribili cambiamenti comportamentali in quanto una lesione bilaterale nelle aree prefrontali (con esclusione di ulteriori disturbi percettivi, motori e linguistici), muta il vissuto emotivo e cognitivo dell'individuo, pertanto, verosimilmente, in presenza di tale dispersione neuronale nella senescenza potrebbe conseguentemente verificarsi un disturbo di tipo depressivo maggiore

quanto più maggiore risulti essere il relativo decadimento cognitivo.

Vale la pena specificare che il disturbo depressivo maggiore è caratterizzato da episodi distinti (intervalli di almeno due settimane) che comportano nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative; per considerare un episodio depressivo come tale, un sintomo deve essere di nuova comparsa o essere peggiorato rispetto allo status pre-episodico della persona. L'episodio deve essere accompagnato da disagio clinicamente significativo o da compromissione del funzionamento in ambito sociale o lavorativo (DSMV).

Detto disturbo non va però confuso con tristezza e dolore fisiologico (DSMV). La depressione maggiore è riscontrabile nel 10-20% dei pazienti affetti da demenza, tuttavia, alla luce degli studi condotti sull'incidenza della depressione nelle diverse forme di demenza i quali non hanno fornito risultati univoci, rileva di fondamentale importanza l'opportunità di poter effettuare una corretta diagnosi differenziale (cfr. *Prontuario di Psichiatria*).

Il paziente affetto da demenza può apparire infatti apatico, con assidua labilità emotiva, depresso, ansioso e irritabile, per tale ragione molti sintomi della depressione maggiore coincidono con i disturbi neurocognitivi quali il rallentamento motorio, l'insonnia, l'abilità emotiva, perdita di peso e pessimismo.

La ricerca scientifica, ad oggi, nonostante gli apprezzabili risultati conseguiti, non ha fatto altro che evidenziare l'estrema complessità che esiste nella formulazione di una diagnosi basata sull'indagine patogenetica e sulla sintomatologia dei soggetti sottoposti ad esame in quanto, depressione maggiore e demenza apparentemente sembrano essere sovrapposte clinicamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthony W, Cohen M, Farkas M, et al.: Riabilitazione psichiatrica. C.I.C. Ediz. Internazionali, Roma, 2003
2. Ba G: Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Franco Angeli, Milano, 2003
3. Bellack AS, Mueser KT: Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003
4. Bellia V: Danzare le origini, Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Roma, 2000
5. Brenner H, Roder V, Hodel B, et al.: Terapia Psicologica Integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico. McGraw-Hill, Milano, 1997
6. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione DSMV, Raffaello Cortina Editore, 2018

Demenza: un'emergenza sociale che richiede risposte integrate e innovative



Dott. Aladar Ianes

Direttore Medico & Qualità Gruppo Over
Vicepresidente Fondazione Longevitas - ETS



Foto di JIUN-JE LIN: <https://www.pexels.com/it-it/foto/persona-donna-creativo-tavolo-4566528/>

La longevità è in aumento negli ultimi decenni ma tale condizione rappresenta dei rischi da un lato sul comparto della salute e dall'altro sul welfare.

È stato previsto che in Europa le persone anziane passeranno da 85 milioni del 2008 a 151 milioni nel 2016.

Nel 2017 quasi un quinto (19%) della popolazione dell'UE era composto di persone di età pari o superiore ai 65 anni.

Si prevede che la percentuale di persone di età pari o superiore agli 80 anni risulterà più che raddoppiata nel 2080 e pari al 13 % della popolazione totale.

Con il trascorrere degli anni l'individuo vede aumentare proporzionalmente la condizione di comorbilità e quindi di cronicità della precarietà di salute.

Se consideriamo che a livello mondiale nel 2010 si contavano 36 milioni di persone affette da demenza e che nel 2013 erano 44 milioni, dobbiamo allarmarci di fronte ad una stima nel 2030 di 76 milioni e nel 2050 di ben 135 milioni. I trend evidenziano che gli ammalati di demenza sono destinati a raddoppiare ogni 20 anni. Si tratta di un costo enorme per l'economia mondiale con un costo equiparabile al budget di un paese avanzato; si stima che abbia raggiunto i mille miliardi di dollari nel 2018 ed arriverà ai duemila miliardi di dollari nel 2030.

In Italia si stimano già più di 1.200.000 persone affette da demenza delle quali circa 800.000 malate di

Alzheimer con più di 3 milioni di persone dedicate all'assistenza.

Assistere la popolazione anziana clinicamente compromessa nel nostro Paese costerà sempre più, tanto che la ragioneria generale dello Stato valuta la spesa per l'assistenza Long Term Care del 1,9% del Pil nel 2015 al 3,2% del Pil nel 2016. Ad oggi, per la prima volta nel Paese, la copertura dei servizi e degli interventi per anziani presenta segni negativi come indica il rapporto Auser 2017. Diminuiscono gli anziani presi in carico dai servizi, gli ospiti delle strutture residenziali nell'intervallo del quinquennio 2009-2013 sono diminuite del 9,1% con un decremento delle indennità di accompagnamento dal 12,6% del 2011 al 12% del 2013. Si registra un'insufficienza di risorse sia una frammentazione delle competenze istituzionali disperse tra sistema sanitario, Inps e comuni.

Le famiglie sono quindi chiamate ad auto organizzarsi per ricomporre la filiera dei servizi attraverso l'impegno diretto nella cura del proprio parente o con l'aiuto di un Care Giver informale, o ricorrendo al ricovero socio-sanitario in solvenza completa³. Inoltre, va segnalato che il sistema sanitario per il Long Term Care copre solo il 65% delle spese.

Oltre a questo, per la prima volta nella storia, assistiamo ad un cambiamento nella dinamica della famiglia: il 31% dei nuclei famigliari oggi è composta

Demenza: un'emergenza sociale che richiede risposte integrate e innovative

da una persona sola che in termini assoluti sono più di 4 milioni di persone over 60 che vivono soli oltre a 5,4 milioni di coppie senza figli. È chiaro che oggi ci troviamo di fronte ad un grande cambiamento ma soprattutto a dei nuovi bisogni.

Premessa la statistica demografica e collegandola al numero di persone colpite da demenza ne scaturisce che il fenomeno sociale è drammatico e che incide pesantemente sulla vita del singolo paziente e sulla rete parentale.

Pertanto, la demenza, definita epidemia silente del terzo millennio, non è destinata a ridursi nonostante gli interventi di prevenzione ed il miglioramento delle condizioni economiche e tutto ciò rappresenta una delle maggiori sfide per l'attuale sistema socio-sanitario che si trova inadeguato a gestire una patologia così devastante non solo per chi ne è direttamente colpito ma anche per chi è chiamato a farsene carico sul piano dell'assistenza.

Nonostante si tratti di una patologia grave, data la mancanza di interventi in grado di variare una prognosi comunque infausta, troppo spesso accade che all'anziano venga negato il diritto alla diagnosi perché semplicemente viene fatalisticamente legata all'età e pertanto non passibile di terapia. Spesso l'elevata variabilità dei sintomi determina un ritardo diagnostico e contestualmente una minore tempestività nelle misure terapeutiche e/o farmacologiche al solo fatto di ritardarne l'evoluzione o controllare i sintomi alla ricerca della migliore qualità di vita.

Si manifesterà sempre più un aumento della disabilità secondaria alla demenza.

In ambito geriatrico, l'inquadramento nosografico delle demenze è spesso difficoltoso per vari motivi: il declino cognitivo è caratteristico dell'invecchiamento, tale declino cognitivo secondario all'invecchiamento ha espressività diversa da soggetto a soggetto, esistono gradi diversi di deterioramento cognitivo tra fisiologia e patologia (MCI, ovvero Mild Cognitive Impairment), è possibile che al declino cognitivo concorrano momenti casuali differenti (polifattorialità) ed infine molte sono le entità cliniche che si manifestano con deterioramento mentale e che possono coesistere quali la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare, la demenza multi-infartuale, le malattie neurodegenerative, la demenza da malattia dei corpi di Lewy. Clinicamente il primo approccio deve essere anamnestico senza attribuire che la perdita di memoria sia legata necessariamente all'età: in realtà la grande varietà dei sintomi è causa principale di una diagnosi precoce tramite la quale si potrebbe elaborare e sperimentare un trattamento farmacologico di freno evolutivo ed anche non farmacologico legato allo stile di vita o all'introduzione di metodologie di stimolazione cognitiva o di mantenimento delle abilità residue, al fine di limitare l'evoluzione del danno neuronale, riconoscere le forme reversibili della demenza, determinate da patologie sottostanti trattabili dal punto di vista clinico, ed operare una migliore gestione delle problematiche della malattia, influenzando positivamente anche sull'equilibrio del contesto familiare e sociale in cui un ammalato è inserito.

Nel contesto di ipotesi di una forma di demenza in persona anziana è fondamentale valutare il rappor-

to fra situazione cognitivo-comportamentale e coesistenza di malattie croniche: infatti la comorbilità favorisce il peggioramento dello stato cognitivo e dello stato fisico-funzionale del paziente, oltre che a complicare la valutazione inerente alla patologia prevalente che causa la disabilità.

La complessità della cura, l'impegno costante reso più problematico da una rete dei servizi ancora inadeguata, le implicazioni su di un piano relazionale ed emozionale, i costi economici diretti ed indiretti, mettono a dura prova l'equilibrio psico-fisico del caregiver e dell'intero nucleo familiare, a sua volta in continua evoluzione.

Il "Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025" si propone l'obiettivo di prevenzione e contenimento del danno tramite il riconoscimento delle demenze come priorità di salute pubblica, creare campagne educative e di riduzione dello stigma sociale, ridurre i rischi legati a patologie quali l'ipertensione, il diabete mellito, la correzione delle abitudini alimentari e dello stile di vita, evitando ad es. obesità, consumo eccessivo di bevande alcoliche, fumo e stimolando l'attività fisica contrastando la sedentarietà. A questo si aggiungono il miglioramento della qualità del sonno, la cura delle apnee notturne ed il mantenimento di una buona attività cerebrale volta alla stimolazione cognitiva oltre che vincere l'isolamento, la solitudine, stimolando la socializzazione a diversi livelli correlati alla situazione di vita ambientale. L'attuale orientamento diagnostico è quello di comprendere se un individuo normale presenti o meno un MCI anche in presenza di valori normali ai test neuropsicologici, quali il noto MMSE (Mini Mental State Examination).

Non è pertanto vero che questo test con valori superiori a 24/30 indichi che non vi sia un MCI celato, e per tale finalità si sta cercando di intercettare l'inizio del decadimento cognitivo proprio in contesto di assoluta assenza sintomatologica, cercando segnali particolari che possono essere interpretati come "a rischio". Quando presenti, si va strumentalmente alla ricerca dei depositi di Beta-amiloide e, se riscontrata, si utilizzano somministrazioni di anticorpo monoclonale umano allo scopo di rimuovere i depositi di sostanza amiloide e per altri versi ridurre la reazione neuroinfiammatoria del cervello ad insulti esogeni, tuttora in fase avanzata di sperimentazione e, speriamo, con risultati clinici sempre più confortanti.

Il decorso delle demenze è complesso ed imprevedibile sia dal punto di vista dell'evoluzione che per la frequenza e la sequenza dei disturbi denominati produttivi, ovvero disturbi cognitivi e del comportamento. Per la valutazione delle funzioni cognitive vengono proposti solo strumenti che hanno un significato di screening o di valutazione complessiva delle funzioni cognitive. Tali test non esauriscono certamente la valutazione neuropsicologica soprattutto per finalità diagnostiche, ma rappresentano solamente il minimo indispensabile in qualsiasi ambito in cui viene ricoverata od istituzionalizzata una persona con demenze.

La complessità della cura, l'impegno costante reso più problematico da una rete dei servizi ancora inadeguata, le implicazioni su di un piano relazionale ed emozionale, i costi economici diretti ed indiretti,



freepik.com/foto-gratuito/donna-che-affronta-la-malattia-di-alzheimer - Immagine di freepik

mettono a dura prova l'equilibrio psico-fisico del caregiver e dell'intero nucleo familiare, a sua volta in continua evoluzione.

Le demenze sono patologie progressivamente ingravescenti con esito infausto e per tale motivo risulta importante definire quali siano gli obiettivi legati alla terapia assistenziale, complessivamente rivolta con aspetto riabilitativo, non al ripristino delle funzioni perdute ma al mantenimento delle attività e della partecipazione alle attività della vita quotidiana. Ciò significa che l'obiettivo deve essere quello di massimizzare la capacità di mantenere ruolo ed autonomia nel proprio ambiente ed aiutare la persona ad adattarsi alle condizioni migliori possibili.

Nell'attuale realtà siamo pertanto scoperti dal poter contare su una terapia farmacologica e contestualmente deontologicamente obbligati ad occuparci di queste Persone afflitte da Demenza.

Pertanto, il familiare, il caregiver e tutti gli operatori devono comprendere che l'obiettivo è volto al mantenimento al più possibile delle autonomie della vita quotidiana (ADL- ACTIVITIES OF DAILY LIVING) quali attività primarie come il lavarsi, vestirsi, alimentarsi; attività necessarie come il riposo ed il sonno; attività essenziali come muoversi e comunicare ed infine attività significative come il gioco, la stimolazione cognitiva.

Nel paziente istituzionalizzato è possibile assistere tali Persone vestendo individualmente delle attività di coinvolgimento cognitivo, motorio, di conservazione delle abilità residue e di riduzione dei disturbi comportamentali.

Per tali finalità un team multidisciplinare o meglio interdisciplinare composto dall'animatore, psicologo, arteterapeuta, si concentrano, dopo attenta valutazione del singolo individuo all'applicazione di trattamenti mirati per il mantenimento delle attività e funzioni residue tramite l'applicazione di tecniche e materiali diversi per l'area manipolativa ed espressivo-grafica (disegno, pittura, etc.), l'area ludico-ricreativa, l'area riabilitativa-cognitiva e l'area del territorio, socialità e cultura che permette la partecipazione ad eventi, visite ai musei, partecipare a spettacoli, incontro con associazioni e scuole.

La terapia occupazionale permette il miglioramento delle prestazioni cognitive, delle relazioni sociali ed un complessivo miglioramento della qualità della vita nella persona con demenza lieve o moderata.

La musicoterapia ambientale e recettiva si configura come trattamento che permette di comunicare, esprimersi e mettersi in relazione utilizzando l'improvvisazione libera, riducendo i disturbi del comportamento nelle demenze di grado moderato-severo.

La modifica dell'ambiente che va costruito simile ad una casa trasmette la possibilità far stare meglio le persone affette da demenza, migliorandone l'autonomia ed aiutandole a riconoscere gli ambienti vivendoli in maniera più adeguata, regalando conforto e dignità. Spesso fenomeni di agitazione, ansia e wandering sono scatenati da ambienti inadeguati, male allestiti con conseguente disorientamento perché non riconosciuti.

Molte terapie non farmacologiche quali la ROT (Reality Orientation Therapy), ovvero la stimolazione all'orientamento temporale, spaziale e personale, Memory Cards, Empaty Box, doll Therapy, ecc. oltre alla già citata musicoterapia, arteterapia, aromaterapia, adattate al singolo soggetto determinano un benessere psico-fisico con riduzione dei disturbi comportamentali quali il delirio, le misidentificazioni, le allucinazioni, la depressione, l'ansia e riduzione dell'apatia laddove presente.

È fondamentale l'approccio autonomo e comunicativo con i soggetti disorientati e con disturbi dell'area cognitiva secondo tecniche specifiche, insegnate al personale assistenziale e trasmesse al familiare e/o caregiver per comunicare con queste persone che non possono comunicare con ciò che la circonda ma nelle quali permane integra e forte, anche nelle fasi più avanzate della malattia, quella spinta emotiva e affettiva che parla attraverso il corpo, il gesto e lo sguardo. La persona con demenza non può e non deve essere parte passiva delle nostre cure ma, dopo corretta ed attenta valutazione clinica volta ad individuare quali siano le abilità residue, essere coinvolta in specifici percorsi di mantenimento di tali funzioni. Questa attività assistenziale mira al mantenimento dell'au-

Demenza: un'emergenza sociale che richiede risposte integrate e innovative

tonomia mirando alla centralità del paziente con coinvolgimento e partecipazione al fine di aiutare a preservare o quantomeno ridurre la potenziale rapida perdita di dette autonomie.

Con lo stesso spirito si deve cercare di coinvolgere i familiari e caregiver nel processo di cura, coniugando il modello di approccio personalizzato al fine di soddisfare le esigenze e consentire il miglior coordinamento dell'assistenza per la continuità delle cure. La gestione della malattia demenza trova ostacoli difficili da superare:

Il costo elevato delle spese di assistenza sanitaria e sociale, la frustrazione di medici ed operatori sanitari che vedono nella sindrome demenza come una patologia destinata ad una progressione inesorabile e quindi poco "gratificante" professionalmente perché priva di una possibilità di successo terapeutico, la difficoltà da parte dei familiari ad accettare l'evoluzione e le complicità di una malattia che porta ad un totale sovvertimento delle capacità cognitive e relazionali del proprio congiunto, che non è più in grado di assolvere il ruolo di genitore o di compagno di vita. La pratica quotidiana, secondo quanto precedentemente esposto, dimostra però che un lavoro di equipe in grado di creare una alleanza terapeutica fra personale della RSA e caregiver ponendo al centro dell'attenzione la persona affetta da demenza sia in grado di soddisfarne i bisogni e di garantirgli dignità anche nelle ultime fasi della vita.

Ed è proprio in questo contesto che la "terapia della Bambola" rappresenta uno dei punti più importanti e nel passato discussi, nel trattamento dei disturbi psico-comportamentali delle persone affette da demenza. L'attuale mancanza di trattamenti farmacologici efficaci e la neuroplasticità cerebrale rappresentano le

motivazioni del crescente interesse per le terapie non farmacologiche che di fatto rappresentano una risposta supplementare finalizzata al voler aiutare questi pazienti migliorandone la qualità di vita.

Le terapie non farmacologiche consistono in interventi che agiscono sulla sfera cognitiva, comportamentale, relazionale ed emotiva in pazienti con demenza da grado lieve a severo. Uno di questi interventi è rappresentato dalla Terapia della Bambola (Doll Therapy): nata alla fine degli anni '90 in Svezia dall'idea di Britt Marie Egedius Jakobsson, psicoterapeuta, che l'aveva pensata per stimolare l'empatia e le emozioni del proprio figlio autistico.

Da allora la bambola "Empaty Doll" si è trasformata dal semplice oggetto "giocattolo" ad uno strumento terapeutico, dalla bambola al bambino da accudire quale esempio di maternage o, in altri casi, di paternage.

Grazie alle caratteristiche di costruzione inerenti alla distribuzione del peso, dimensioni, tessuto morbido, sguardo, capelli sbarazzini, posizione delle braccia e gambe, tratti somatici, favorisce in una folta parte di pazienti l'interesse al fine di un accudimento e contestualmente una riduzione della produzione espressiva dei disturbi psico-comportamentali ed in altri casi la miglior riduzione di tali disturbi in caso di insorgenza improvvisa. La terapia consiste nel saper porgere e ritirare la bambola in tempi ben scanditi ed in altri casi utilizzarla come strumento volto alla riduzione dei disturbi produttivi: la bambola, che riveste un significato di un oggetto capace di scaturire in un aiuto per la qualità di vita dei pazienti affetti da demenza in genere e nell'Alzheimer in particolare, permette che possano essere esternate le personali emozioni e ricevere stimoli per la relazione interpersonale. Infatti, la persona affetta da demenza, tra-



mite la bambola, può ripetere le proprie esperienze vissute nell'infanzia, recuperare gesti e funzioni dell'accudimento vissuto e pertanto fare emergere i propri conflitti, oggettivare la propria aggressività e trovare un oggetto che comprima e tamponi le proprie angosce attuali. Nel rivivere queste esperienze la persona con demenza viene stimolata a comunicare con gli altri, a stimolare la memoria, ad allentare lo stress ed a gestire i disturbi comportamentali. Il risultato derivato dalla somministrazione della Bambola determina alcuni benefici ormai noti ed associati quali:

- la modulazione degli stati d'ansia e di agitazione e dei conseguenti disturbi produttivi quale l'aggressività, l'insonnia, l'apatia e wandering
- la possibilità di meglio modulare la terapia farmacologica ed in alcuni casi ridurla
- la riduzione di condizioni di apatia e depressione caratterizzata da disinteresse e inattività
- la capacità di rispondere ai bisogni emotivi-affettivi che, malgrado l'entità del decadimento cognitivo, rimangono presenti ma non sono più soddisfatti come in tempi antecedenti

- la possibilità di ostacolare il deterioramento di alcune abilità cognitive e di sostenere l'utilizzo di prassi motorie che fungono da stimolo delle abilità residue. Alcuni studi sull'utilizzo della Doll Therapy hanno fornito un supporto alle ipotesi che, dopo l'introduzione di tale trattamento, i pazienti valutati hanno evidenziato un aumento dei comportamenti positivi ed una diminuzione di quelli negativi quali gli episodi di aggressione rispetto al periodo precedente l'introduzione della bambola.

Va considerato che la Doll Therapy non è un trattamento estendibile a tutti i pazienti con demenza. In primo luogo, sono maggiormente le donne che scelgono tale trattamento in confronto agli uomini e, che in quest'ultimi, si sono tratti dei risultati positivi tanto che non si devono tralasciare dal loro reclutamento. Partendo da tali considerazioni la terapia della bambola può essere considerata un metodo integrativo piuttosto che alternativo, ma anche uno strumento di riabilitazione in grado di ridurre e compensare le compromissioni funzionali degenerative.

È fondamentale considerare che la capacità di porsi in relazione con l'oggetto bambola è data dall'integrazione delle componenti istintuali del soggetto e la capacità di porsi in relazione con l'altro è data dalla sua identità. È pertanto da considerare il ruolo che occuperà la bambola all'interno di una relazione affettiva con il soggetto e le prospettive possono riguardare 3 possibilità.

1. Riconosce la bambola solo come oggetto inanimato e quindi la manipola inizialmente per poi dimenticarla, non considerandola come elemento relazionale
2. Accudisce la bambola riconoscendola come bambino a tutti gli effetti e accudendola più o meno intensamente durante i vari momenti della giornata
3. È possibile assistere all'alternarsi a momenti di forte accudimento a momenti di disattenzione o indifferenza o rifiuto.

La terapia della bambola pertanto riesce a captare l'attenzione di una persona affetta da demenza o da

patologie con compromissioni simili verso una funzione semplice, rappresentata dall'azione di accudimento, evitando la concentrazione su pensieri e stati affettivi che, dissociati, generano stati di confusione e di disagio che precludono ai disturbi produttivi del comportamento.

Il ruolo simbolico attribuito alla bambola e l'affettività riversata su di essa sono evidenziate dall'agitazione emotiva che si manifesta quando si allontana la bambola o la sostituisce con un oggetto con caratteristiche rievocative diverse, come ad esempio, una scatola.

Anche le fasi di valutazione al reclutamento del paziente alla terapia della bambola sono scandite da un'attenta valutazione preliminare ed un punteggio cut off renderà eleggibile o meno il paziente a questo trattamento. La somministrazione iniziale della bambola è diretta da personale formato che guida il processo di scelta, di come porgere e di come ritirare la bambola, valutando su apposita scheda i punteggi relativi agli item che contraddistinguono gli atteggiamenti e pertanto valutando i progressi e la stimolazione del percorso riabilitativo in alcuni momenti della giornata, giungendo al giudizio di quale sia il rapporto simbolico nascente anche tramite il coinvolgimento della famiglia e del team assistenziale.

La bambola può anche essere proposta in tutti quei momenti in cui i pazienti iniziano a manifestare o manifestano sintomi comportamentali disturbanti, ovvero quando appaiono irrequieti o apatici, specie durante momenti di aggressività e di rifiuto assistenziale che si notano con particolare frequenza durante l'igiene o la vestizione.

Certamente le bambole terapeutiche hanno dimostrato di essere maggiormente efficaci con l'utilizzo in pazienti che evidenziano disturbi del comportamento quali l'agitazione, l'ansia, il wandering, disturbi del ritmo sonno/veglia. Si è inoltre notato che questo miglioramento si presenta con modalità differenti a seconda del disturbo e dell'obiettivo da perseguire, ad esempio nei disturbi d'ansia, anche al bisogno, la somministrazione della bambola agisce come una qualunque terapia farmacologica ed interessa varie dinamiche emozionali.

La terapia della bambola si inserisce con peculiarità nel trattamento dei disturbi psico-comportamentali ma anche nella routine giornaliera, al pari di un trattamento farmacologico. Viene altresì evidenziato il miglioramento della qualità di vita e questo sottolinea che rappresenta uno strumento psicoterapeutico facilitante il rapporto emozionale che fa risaltare l'affettività.

Per usare una frase di Pablo Neruda: "Il bambino che non gioca non è un bambino, ma l'adulto che non gioca ha perso per sempre il bambino che ha dentro di sé".

BIBLIOGRAFIA

1. European Commission and the Economic Policy Committee, 2009
2. Costs and Resource Use Associated with Alzheimer's Disease in Italy: Results from a Observational Study, G. Bruno, M. Mancini, G. Bruti, G. Dell'Angello, C. Reed, J Prev Alz Dis 2018;5(1):55-64.
3. Rapporto Oasi 2016
4. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025

Valutazione dell'efficacia clinica dell'Integratore Alimentare (Axol Fast) nel trattamento della malattia emorroidaria

Evaluation of the clinical efficacy of the Food Supplement (Axol Fast) in the treatment of haemorrhoidal disease

Antonello Trecca

MD, PHD Responsabile Endoscopia Digestiva USI Piazza Vittorio - Roma



Esther Otano Ruiz

PHD Dipartimento Medico Mar-Farma Srl - Milano



RIASSUNTO

Introduzione

La malattia emorroidaria (HD) è una delle patologie più frequenti dell'apparato gastrointestinale, con una prevalenza stimata tra il 2,7% e il 27,9% a livello mondiale. La sintomatologia include sanguinamento anorettale, prolasso, prurito e talvolta dolore e piccole perdite fecali. Nella fase iniziale della malattia emorroidaria si utilizzano approcci conservativi basati su modifiche dello stile di vita. La terapia farmacologica viene impiegata per alleviare i sintomi acuti, utilizzando farmaci ad azione sia locale che sistemica, che agiscono sul sistema venoso. Lo scopo dello studio è stato valutare l'efficacia clinica di un integratore alimentare, Axol Fast, composto da Diosmina, Esperidina, Rusco e Boswellia, nel trattamento della malattia emorroidaria.

Materiale e metodi

Sono stati arruolati 30 pazienti con malattia emorroidaria presso il nostro ambulatorio di gastroenterologia e proctologia (USI-Machiavelli, USI-Prati). Al momento del reclutamento (T0) e dopo 4 settimane di trattamento con Axol Fast (T1), i pazienti hanno compilato un questionario clinico per valutare quattro sintomi principali: dolore anale, prurito anale, bruciore anale e sanguinamento ano-rettale. I dati raccolti sono stati analizzati con un t-test a due variabili, con un livello di significatività del 5%.

Risultati

Al reclutamento (T0), i punteggi medi riportati per i quattro sintomi erano: 4,7 per il bruciore, 4,2 per il prurito, 3,8 per il sanguinamento e 4,2 per il dolore, con uno score totale medio di 17 punti. Dopo 4 settimane di trattamento (T1), si è osservata una significativa riduzione dei sintomi, con una diminuzione percentuale complessiva del 79%. Inoltre, il 66% dei pazienti ha riportato il massimo grado di soddisfazione nei confronti del trattamento.

Conclusioni

Lo studio conferma l'efficacia terapeutica di Axol Fast nel trattamento della malattia emorroidaria, con un'ottima adesione da parte dei pazienti. Il trattamento risulta particolarmente utile nel controllo delle acuzie della malattia e nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti con disturbi proctologici.

SUMMARY

Introduction

Haemorrhoidal disease (HD) is one of the most frequent pathologies of the gastrointestinal tract, with an estimated prevalence between 2.7% and 27.9% worldwide. Symptoms include anorectal bleeding, prolapse, itching, pain and small fecal discharge. In the early onset of the disease, conservative approaches based on lifestyle changes are used. Pharmacological therapy relieves acute symptoms with both local and systemic treatments, which act on the venous system. The aim of our study was to evaluate the clinical effectiveness of a food supplement, Axol Fast, composed of Diosmin, Hesperidin, Butcher's Broom and Boswellia, in the treatment of haemorrhoidal disease.

Material and methods

30 patients with haemorrhoidal disease were enrolled at our center (USI-Machiavelli, USI-Prati). At the time of recruitment (T0) and after 4 weeks of treatment with Axol Fast (T1), patients completed a clinical questionnaire to evaluate four main symptoms: anal pain, anal itching, anal burning and anorectal bleeding. The collected data were analyzed with a two-variable t-test, with a significance level of 5%.

Results

At recruitment (T0), the average scores reported for the four symptoms were: 4.7 for burning, 4.2 for itching, 3.8 for bleeding and 4.2 for pain, with an average total score of 17 points. After 4 weeks of treatment (T1), a significant reduction in symptoms was observed, with an overall percentage decrease of 79%. Furthermore, 66% of patients reported the highest score of satisfaction.

Conclusions

The study seems to confirm the therapeutic efficacy of Axol Fast in the treatment of haemorrhoidal disease, with excellent outcomes. The treatment showed satisfactory results in the resolution of the early onset of the disease and in improving the quality of life of patients with proctological disorders.

INTRODUZIONE

La malattia emorroidaria (HD) rappresenta la patologia più frequente dell'apparato gastroenterico. I soggetti di sesso maschile sono più frequentemente colpiti rispetto alle donne (1). Si stima che la prevalenza mondiale della patologia emorroidaria vari da un 2.7% ad un 27.9%. La distribuzione gaussiana dell'età di incidenza della malattia mostra un picco fra i 45 ed i 65 anni (2,3). Negli USA, il tasso di incidenza è di circa 15.000 nuovi casi/anno (4). Se consideriamo, tuttavia, che solo il 30% dei pazienti affetti da sintomi emorroidari si reca presso strutture sanitarie accreditate, è praticamente impossibile quantificare la reale prevalenza della malattia emorroidaria nella popolazione generale che risulta, ad oggi, sottostimata (5). Il corteo sintomatologico riferito dal paziente è caratterizzato da diversi sintomi, quali sanguinamento anoretale, prolasso, prurito, talvolta dolore e, più raramente, piccole perdite fecali (soiling).

Per la HD agli stadi iniziali sono riconosciuti approcci conservativi, basati su raccomandazioni dietetiche ed igienico-alimentari (6). La terapia farmacologica è indicata per prevenire, alleviare, minimizzare o controllare i sintomi acuti dell'HD (7,8,9).

Sono disponibili molti farmaci per trattare e controllare l'HD, tra cui analgesici e creme corticosteroidi ad azione locale, o flavonoidi e mesoglicani ad azione sistemica. Questi ultimi, detti anche flebotonici, agiscono sul complesso capillare e venoso e rappresentano categorie eterogenee e ampiamente studiate di farmaci estratti dalle piante, inizialmente utilizzati per trattare l'insufficienza venosa cronica e l'edema (10,11). Il ruolo dei flavonoidi è ancora dibattuto; tuttavia, essi possiedono un'azione antinfiammatoria oltre ad influenzare il tono venoso, la permeabilità capillare e il drenaggio linfatico (12,13,14,15).

Studi recenti dimostrano che i flavonoidi rappresentano una valida alternativa terapeutica sia nell'HD sintomatica acuta che nel trattamento "a lungo termine" delle emorroidi, per portare i pazienti al trattamento chirurgico in condizioni migliori (16,17,18). Inoltre, è stato osservato un potenziale beneficio nella riduzione dei sintomi post-emorroidectomia (19,20,21,22).

Scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia di un Integratore Alimentare (Axol Fast composto da Diosmina 300 mg, Esperidina 50 mg, Rusco 50 mg, Boswellia 50 mg) su un campione di pazienti con sintomatologia specifica proctologica ed affetti da malattia emorroidaria ai differenti stadi. L'outcome secondario è stato la valutazione del grado di soddisfazione del paziente dopo trattamento.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 30 pazienti consecutivi con disturbi proctologici e afferenti al nostro ambulatorio di gastroenterologia e proctologia (USI-Machiavelli, USI-Prati) affetti da malattia emorroidaria.

Sono stati esclusi pazienti con età <18 aa, pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche intestinali o con patologie neoplastiche a carico del colon-retto.

INTRODUCTION

Haemorrhoidal disease (HD) is the most common pathology of the gastrointestinal tract. Males are more frequently affected than females (1). The global prevalence of HD is estimated to range between 2.7% and 27.9%. The Gaussian distribution of the age of incidence shows a peak between 45 and 65 years (2,3). In the USA, the incidence rate is about 15,000 new cases per year (4). However, considering that only 30% of patients with haemorrhoidal symptoms seek care at accredited health facilities, it is practically impossible to quantify the actual prevalence of hemorrhoidal disease in the general population, which is currently underestimated (5). The symptoms reported by patients includes anorectal bleeding, prolapse, itching, sometimes pain, and more rarely, small fecal losses (soiling).

For early-stage HD, conservative approaches are recommended, based on dietary and hygienic suggestions (6). Pharmacological therapy is indicated to prevent, alleviate, minimize, or control the acute symptoms of HD (7,8,9).

There are many medications available to treat and manage HD, including analgesics and corticosteroid creams for local action, or flavonoids and mesoglycans for systemic action. The latter, also known as phlebotonics, act on the capillary and venous complex and represent a heterogeneous and widely studied class of plant-derived drugs, initially used to treat chronic venous insufficiency and edema (10,11).

The role of flavonoids is still debated; nevertheless, they have anti-inflammatory action and influence venous tone, capillary permeability, and lymphatic drainage (12,13,14,15).

Recent studies show that flavonoids represent a valid therapeutic alternative both in acute symptomatic HD and in the "long-term" treatment of hemorrhoids, improving patient conditions before surgical treatment (16,17,18). Additionally, potential benefits have been observed in reducing post-hemorrhoidectomy symptoms (19,20,21,22).

The aim of this study was to evaluate the efficacy of a dietary supplement (Axol Fast, composed of Diosmin 300 mg, Hesperidin 50 mg, Butcher's Broom 50 mg, Boswellia 50 mg) in a series of patients with specific proctological symptoms and affected by hemorrhoidal disease at different stages. The secondary outcome was the evaluation of patient satisfaction after treatment.

Materials and Methods

30 consecutive patients with proctological disorders and haemorrhoidal disease, attending our gastroenterology and proctology clinic, were enrolled in the study.

Patients under 18 years of age, those with chronic inflammatory bowel diseases, or those with colorectal neoplastic conditions, were excluded.

Valutazione dell'efficacia clinica dell'Integratore Alimentare (Axol Fast) nel trattamento della malattia emorroidaria

Caratteristiche della Popolazione Studiata

	UOMINI	DONNE	TOTALE
Sesso (%)	18 (60%)	12 (40%)	30
Peso Medio (Kg)	79,1	61,7	72,1
Altezza Media (cm)	173,6	163,5	169,6
Età Media (anni)	52,0	51,2	51,7

Patologie Proctologiche della Popolazione Studiata

DISTURBO EMORROIDARIO	NR. PAZIENTI	% PAZIENTI
EMORROIDI 2°/3° GRADO	10	33%
PROLASSO MUCOEMORROIDARIO	8	27%
PROCTITE MODERATA	6	20%
PROCTITE SEVERA	2	7%
TROMBOSI EMORROIDARIA	4	13%
TOTALE PAZIENTI	30	100%

Al reclutamento (T0) i pazienti hanno compilato un questionario clinico, con riferimento a quattro disturbi sintomatici proctologici principali: dolore anale, prurito anale, bruciore anale e sanguinamento ano-rettale. Per ciascun sintomo è stato attribuito dal paziente un punteggio relativo all'intensità percepita, secondo una scala standardizzata da 0 (= sintomo non percepito) a 10 (= massima intensità percepita). Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti coinvolti nello studio.

Al termine della terapia (T1), a ciascun paziente è stato somministrato nuovamente il questionario clinico per verificare l'andamento clinico post-terapia. È stato, inoltre, calcolato uno score totale comprendente i quattro sintomi, sia a T0 che T1.

Al reclutamento (T0) è stata prescritta terapia secondo lo schema posologico di 4 compresse/die di un Integratore Alimentare (Axol Fast) composto da Diosmina 300 mg, Esperidina 50 mg, Rusco 50 mg, Boswellia 50 mg per 4 settimane.

Eventuali problemi o disturbi legati all'utilizzo del prodotto sono stati accuratamente registrati e monitorati. I dati raccolti nei due diversi questionari sono stati confrontati attraverso una analisi t-test a due variabili ed è stato adottato un livello di significatività del 5%.

RISULTATI

Dall'analisi dei questionari al T0 la sintomatologia media relativa ai quattro parametri osservati è risultata essere di 4,7 punti nel caso del bruciore, di 4,2 punti relativamente al prurito, di 3,8 punti relativamente al sanguinamento e di 4,2 punti relativamente al dolore per uno score totale medio di 17 punti. Gli stessi parametri osservati dopo 4 settimane di trattamento T1 hanno riportato importanti riduzioni che si sono dimostrate altamente significative.

Il grafico e la tabella sottostante riportano le variazioni nel punteggio medio riportate dai pazienti osservati.

Le riduzioni percentuali relative dei parametri osservate sono state nell'ordine del 79% per il parametro complessivo e rientranti in un range del 72,4% fino ad un massimo del 87,7% per i quattro sintomi osservati.

Characteristics of the Study Population

	MEN	WOMEN	TOTAL
Gender (%)	18 (60%)	12 (40%)	30
Average Weight (Kg)	79,1	61,7	72,1
Average Height (cm)	173,6	163,5	169,6
Average Age (anni)	52,0	51,2	51,7

Proctological Conditions of the Study Population

HAEMORRHOIDAL DISORDER	No. PATIENTS	% PATIENTS
GRADE 2°/3° HAEMORRHOIDS	10	33%
MUCOSAL HAEMORRHOIDAL PROLAPSE	8	27%
MODERATE PROCTITIS	6	20%
SEVERE PROCTITIS	2	7%
HAEMORRHOIDAL THROMBOSIS	4	13%
TOTAL PATIENTS	30	100%

At recruitment (T0), patients completed a clinical questionnaire concerning four main proctological symptomatic disorders: anal pain, anal itching, anal burning, and anorectal bleeding. For each symptom, the patient assigned a score based on perceived intensity, according to a standardized scale from 0 (= symptom not perceived) to 10 (= maximum perceived intensity).

Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

At the end of the therapy (T1), each patient was given the clinical questionnaire again to assess the clinical progression post-therapy. Additionally, a total score comprising the four symptoms was calculated for both T0 and T1.

At recruitment (T0), therapy was prescribed according to the dosage regimen of 4 tablets/day of a Food Supplement (Axol Fast) composed of Diosmin 300 mg, Hesperidin 50 mg, Butcher's Broom 50 mg, and Boswellia 50 mg for 4 weeks.

Any problems or disorders related to the use of the product were carefully recorded and monitored.

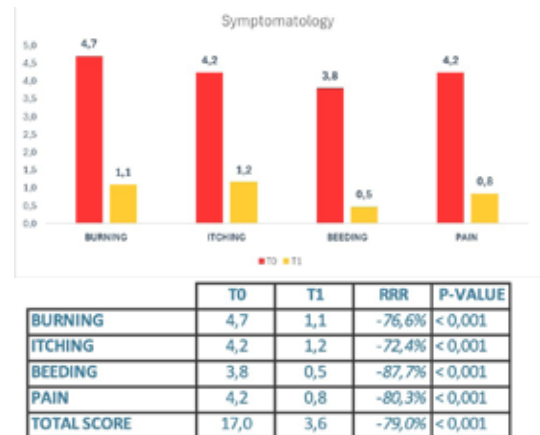
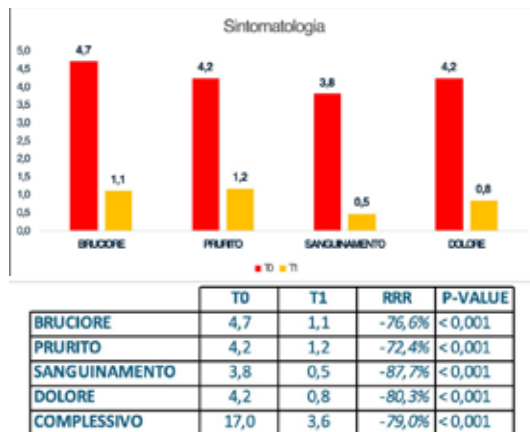
The data collected from the two different questionnaires were compared using a two-variable t-test analysis, and a significance level of 5% was adopted.

RESULTS

From the analysis of the questionnaires at T0, the average symptom scores for the four observed parameters were as follows: 4.7 points for burning, 4.2 points for itching, 3.8 points for bleeding, and 4.2 points for pain, resulting in an average total score of 17 points. The same parameters observed after 4 weeks of treatment at T1 showed significant reductions, which were highly significant.

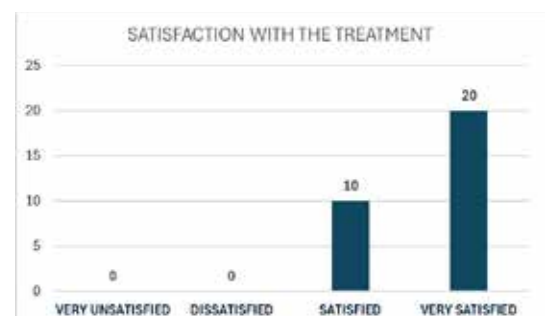
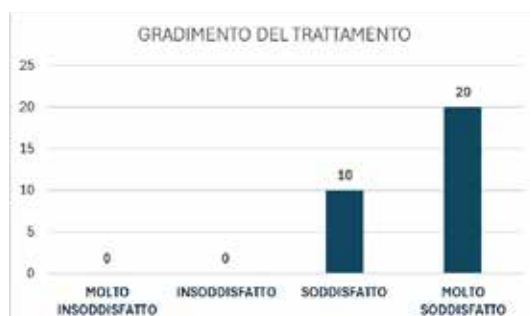
The following pictures and tables show the changes in the average scores reported by the patients.

The relative percentage reductions of the observed parameters were approximately 79% for the overall parameter, ranging from 72.4% to a maximum of 87.7% for the four symptoms.



Anche il parametro del gradimento del trattamento è risultato altamente positivo. La totalità dei pazienti ha riportato un gradimento positivo nei confronti del trattamento ricevuto. Il 66% ha addirittura riportato una massima soddisfazione verso lo stesso.

The parameter for treatment satisfaction was also highly positive. All patients reported a favorable opinion regarding the treatment received. In fact, 66% of them reported maximum satisfaction.



CONCLUSIONI

Questo studio sembra confermare l'efficacia terapeutica dell'Integratore Alimentare (Axol Fast) composto da Diosmina 300 mg, Esperidina 50 mg, Rusco 50 mg, Boswellia 50 mg somministrato per 4 settimane in pazienti affetti da disturbi proctologici, in particolare nel controllo dell'acuzie delle principali patologie proctologiche. Il nostro studio, d'altro canto, evidenzia l'ottima compliance mostrata dai pazienti nei confronti del prodotto.

CONCLUSIONS

This study seems to confirm the therapeutic efficacy of the Food Supplement (Axol Fast) composed of Diosmin 300 mg, Hesperidin 50 mg, Butcher's Broom 50 mg, and Boswellia 50 mg, administered for 4 weeks in patients suffering from proctological disorders, particularly in controlling the acute phases of the main proctological diseases. On the other hand, our study highlights the excellent compliance shown by patients towards the product.

BIBLIOGRAFIA

- Altomare, DF; Giannini, I. Trattamento farmacologico delle emorroidi: una revisione narrativa. Expert Opin. Pharmacother. 2013, 14, 2343–2349.
- Johanson, JF; Sonnenberg, A. La prevalenza di emorroidi e stitichezza cronica. Uno studio epidemiologico. Gastroenterology 1990, 98, 380–386
- Gazet, JC; Redding, W; Rickett, JW La prevalenza delle emorroidi. Un'indagine preliminare. Proc. R Soc. Med. 1970, 63, 78–80.
- Quijano, CE; Abalos, E. Gestione conservativa delle emorroidi sintomatiche e/o complicate in gravidanza e nel puerperio. Cochrane Database Syst. Rev. 2005, 3, CD004077.
- Perera, N; Liolitsa, D; Iype, S. Flebotonica per le emorroidi. Cochrane Database Syst. Rev. 2012, 8, CD004322.
- Lohsirawat, V. Trattamento delle emorroidi: il punto di vi-

REFERENCES

- Altomare, DF; Giannini, I. Trattamento farmacologico delle emorroidi: una revisione narrativa. Expert Opin. Pharmacother. 2013, 14, 2343–2349.
- Johanson, JF; Sonnenberg, A. La prevalenza di emorroidi e stitichezza cronica. Uno studio epidemiologico. Gastroenterology 1990, 98, 380–386
- Gazet, JC; Redding, W; Rickett, JW La prevalenza delle emorroidi. Un'indagine preliminare. Proc. R Soc. Med. 1970, 63, 78–80.
- Quijano, CE; Abalos, E. Gestione conservativa delle emorroidi sintomatiche e/o complicate in gravidanza e nel puerperio. Cochrane Database Syst. Rev. 2005, 3, CD004077.
- Perera, N; Liolitsa, D; Iype, S. Flebotonica per le emorroidi. Cochrane Database Syst. Rev. 2012, 8, CD004322.
- Lohsirawat, V. Trattamento delle emorroidi: il punto di vi-

Valutazione dell'efficacia clinica dell'Integratore Alimentare (Axol Fast) nel trattamento della malattia emorroidaria

- sta di un coloproctologo. *World J. Gastroenterol.* 2015, 31, 9245–9252.
7. Altomare, DF; Roveran, A.; Pecorella, G.; Gaj, F.; Stortini, E. Il trattamento delle emorroidi: Linee guida della Società italiana di chirurgia coloretale. *Tech. Coloproctol.* 2006, 10, 181–186.
 8. Rivadeneira, DE; Steele, SR; Ternent, C.; Chalasani, S.; Buie, WD; Rafferty, JL Standards practice task force della società americana di chirurgia del colon e del retto. Parametri di pratica per la gestione delle emorroidi (rivista nel 2010). *Dis. Colon Rectum* 2011, 54, 1059–1064.
 9. Madoff, RD; Fleshman, JW Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association Revisione tecnica dell'American Gastroenterological Association sulla diagnosi e il trattamento delle emorroidi. *Gastroenterology* 2004, 126, 1463–1473. [Google Scholar]
 10. Cataldo, P; Ellis, CN; Gregorcyk, S.; Hyman, N.; Buie, WD; Church, J.; Cohen, J.; Fleshner, P.; Kilkenny, J., 3rd; Ko, C.; et al. Parametri di pratica per la gestione delle emorroidi (riveduto). *Dis. Colon Rectum* 2005, 48, 189–194.
 11. Martinez, MJ; Bonfill, X.; Moreno, RM; Vargas, E.; Capellà, D. Flebotonica per l'insufficienza venosa. *Sistema database Cochrane. Rev.* 2005, 3, 003229.
 12. Meyer, OC Sicurezza e protezione di Daflon 500 mg nell'insufficienza venosa e nella malattia emorroidaria. *Angiology* 1994, 45, 579–584.
 13. Labrid, C. Proprietà farmacologiche di Daflon 500 mg. *Angiology* 1994, 45, 524–530.
 14. Labrid, C. Una funzione linfatica di Daflon 500 mg. *Int. Angiol.* 1995, 14, 36–38.
 15. Struckmann, JR; Nicolaidis, AN Flavonoidi. Una revisione della farmacologia e dell'efficacia terapeutica di Daflon 500 mg in pazienti con insufficienza venosa cronica e disturbi correlati. *Angiology* 1994, 45, 419–428.
 16. Alonso-Coello, P; Zhou, Q.; Martinez-Zapata, MJ; Mills, E.; Heels-Ansdell, D.; Johanson, JF; Guyatt, G. Meta-analisi dei flavonoidi per il trattamento delle emorroidi. *Br. J. Surg.* 2006, 93, 909–920
 17. Khubchandani, IT Studio clinico randomizzato di flavonoidi micronizzati nel controllo precoce del sanguinamento per emorroidi interne acute. *Tech. Coloproctol.* 2001, 5, 57–58.
 18. Misra, MC; Parshad, R. Studio clinico randomizzato di flavonoidi micronizzati nel controllo precoce del sanguinamento da emorroidi interne acute. *Br. J. Surg.* 2000, 87, 868–872.
 19. Ho, YH; Foo, CL; Seow-Choen, F.; Goh, HS Studio prospettico randomizzato controllato di una frazione di flavonoidi micronizzati per ridurre il sanguinamento dopo emorroidectomia. *Br. J. Surg.* 1995, 82, 1034–1035.
 20. Babaikere, MM; Huang, HG; Re, WN; Fan, K.; Chu, H.; Ai, EH; Li-Mu, MM; Wang, YR; Wen, H. Come possiamo migliorare il comfort dei pazienti dopo l'emorroidectomia aperta Milligan-Morgan. *World J. Gastroenterol.* 2011, 17, 1448–1456.
 21. Goligher, JC; Duthie, HL; Nixon, HH *Chirurgia dell'ano, del retto e del colon*, 5a ed.; Baillière Tindall: Londra, Regno Unito, 1984; pp. 98–149.
 22. Raffaele Orefice, Francesco Litta, Angelo Parello, Veronica De Simone, Paola Campenni, Angelo Alessandro Marra and Carlo Ratto - Prospective Study on the Efficacy of Two Different Phlebotonic Therapies as a Bridge to Surgery in Patients with Advanced Hemorrhoidal Disease *Clin. Med.* 2021, 10 (8), 1549; <https://doi.org/10.3390/jcm10081549>

Dott. Stefano Simoni

Specialista in Dermatologia

Già Primario I.D.I. - Roma

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Ostiense - Piramide - Viale Marco Polo, 41

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3

Il Melanoma cutaneo è un tumore temibile che negli ultimi decenni è notevolmente aumentato di frequenza nella popolazione. Di fondamentale importanza è, quindi, la diagnosi precoce: può, infatti, confondersi inizialmente con un comune nevo. È, pertanto, di estrema importanza eseguire visite periodiche di prevenzione stabilite dallo specialista per l'osservazione di tutti i nei cutanei attraverso la visita con l'osservazione clinica e con l'aiuto di un esame strumentale non invasivo denominato epiluminescenza o videodermoscopia.

Con il termine "nevo" si indica una lesione maculosa o nodulare, pigmentata o meno, di varie dimensioni, presente sulla nostra pelle in numero che varia da pochi elementi a diverse decine; può comparire alla nascita o successivamente. Nel primo caso si parla di nevi congeniti.

Si dividono in tre tipi :

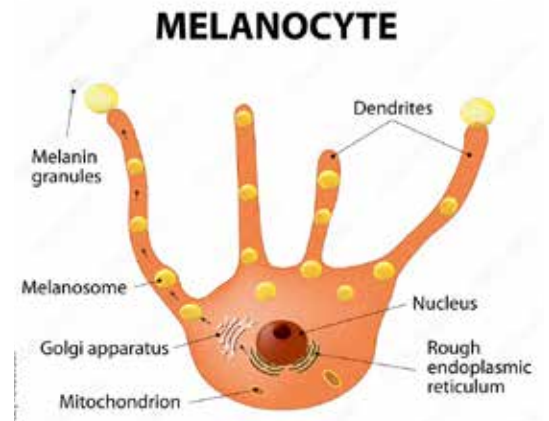
- **melanocitici**, composti da melanociti;
- **nevocitici**, composti da nevociti;
- **organoidi**, costituiti in eccesso o in difetto di componenti strutturali della cute.

I primi due sono costituiti da un accumulo di cellule melanocitiche e nevocitiche, diverse tra loro per la forma, raggruppate in nidi o teche. Compaiono in genere nei primi anni di vita e fino ai 30 anni, poi tendono con l'età a regredire lentamente. Il **melanocita** è una cellula dendritica responsabile della sintesi delle melanine, risiede nello strato basale dell'epidermide, nei follicoli piliferi e nelle mucose, in alcune strutture oculari, nella leptomeninge e nell'orecchio interno. Il precursore è il **Melanoblasto** che si differenzia nella cresta neurale e poi migra verso la cute dove si differenzia nel melanocita ed acquisisce la capacità di produrre una struttura pigmentaria denominata **Melanosoma**. Questo è deputato alla formazione della melanina attraverso reazioni chimiche dipendenti da un enzima, la **Tirosinasi**, con cui poi si arriva alla formazione delle **eumelanine** che sono pigmenti marroni o neri che conferiscono alla cute il colore caratteristico ed hanno il compito di proteggerci dai danni provocati dai raggi ultravioletti.

Istologicamente la struttura del nevo è costituita architettonicamente da due raggruppamenti di melanociti: intraepidermica o giunzionale e dermica.

Possiamo quindi suddividerli in tre tipi:

- **giunzionali**, le cui cellule si trovano nello strato inferiore dell'epidermide;
- **composti**, in cui le cellule si trovano sia nell'epidermide che nel derma superficiale;
- **intradermici**, con tutte le cellule che si trovano nel derma.



I nevi giunzionali si presentano come macule brunoastre o nere, piane, prive di peli, di forma tonda od ellittica con margini ben netti. I nevi composti e intradermici possono avere forme globulari, essere privi di pigmento e tendono con gli anni ad aumentare di volume. Le principali forme cliniche sono:

- **Nevo di Clark** costituito da teche di melanociti disposte parallelamente alla superficie e sormontate da creste epidermiche.

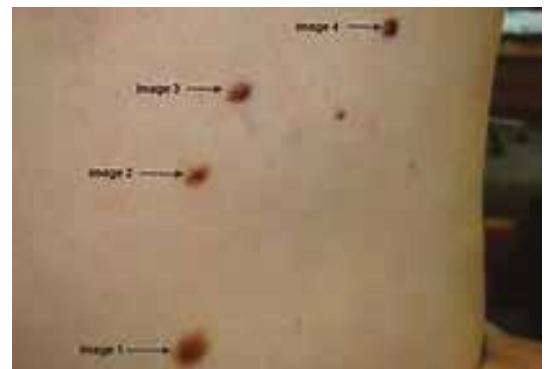


Fig.1 Nevi di Clark

- **Nevo blu** di colore blu a localizzazione dermica costituito da melanociti allungati.



Fig.2 Nevo blu

- **Nevo di Sutton** frequente nei giovani è circondato da un alone vitiligineo per mancanza di pigmento e da cellule infiammatorie che ne causano lentamente la regressione e infine la scomparsa.



Fig.3 Nevo di Sutton

- **Nevo a cellule balloniformi** costituito da cellule molto grandi di aspetto soffiato e ricche di vacuoli.
- **Nevo di Spitz** frequente nei bambini è costituito da cellule fusiformi o epitelioidi, di grandi dimensioni. Si presenta solitamente di colorito roseo e colpisce frequentemente il viso e gli arti inferiori. Si tratta di una formazione benigna anche se in passato venne etichettato come "Melanoma giovanile".



Fig.4 Nevo di Spitz

- **Nevo a coccarda** che appare come cerchi concentrici di pigmentazione.
- **Nevo di Meyerson** circondato da un alone eritematosquamoso.
- **Nevo di Reed** costituito da cellule fusiformi molto pigmentate.



Fig.5 Nevo di Reed

- **Nevo di Ota, Nevo di Ito e Macchie mongoliche** sono Nevi blu di grandi dimensioni.
- **Nevo atipico** Si presenta con diametro > di 5 mm., con distribuzione del colore disomogenea e con mar-

gini mal definiti. La distinzione da un melanoma può creare alcune volte delle difficoltà e nei casi dubbi conviene asportarlo ed esaminarlo istologicamente.



Fig.6 Nevo atipico

I **nevi congeniti** sono presenti alla nascita e possono arrivare sino ad un diametro di 20 cm. Solo quelli di grandi dimensioni vanno monitorati per la possibilità di trasformazione in melanoma.



Fig.7 Nevo congenito gigante

I **nevi organoidi** sono di vari tipi. Ne cito solo alcuni perchè la loro importanza è solo estetica: nevo peloso, nevo sebaceo, nevo eccrino, nevo verrucoso, nevo lipomatoso, nevo anemico, nevo flammeo o angioma piano, etc.

Il numero dei nevi e l'aspetto generale di un individuo costituiscono il "**Fenotipo nevico**" che riconosce una componente genetica. Questo è importante perchè il numero e le caratteristiche dei nevi presenti nell'organismo possono rappresentare un fattore di rischio nello sviluppo di un melanoma.

La trasformazione di un nevo giunzionale, composto o intradermico, in melanoma è un'evenienza molto rara. Questo tumore, grave e che può portare alla morte, insorge dalla degenerazione neoplastica dei melanociti presenti nella nostra pelle, nelle mucose e in organi interni deputati alla formazione di melamina (che ci conferisce il caratteristico colore) e aventi il compito di proteggerci dai danni provocati dai raggi ultravioletti.

Oltre alla predisposizione genetica sono importanti le esposizioni solari prolungate con ustioni ad intermittenza, specialmente se iniziate nell'infanzia, e l'uso di lampade abbronzanti. Ciò sembra attivare la mutazione del **gene BRAF** che codifica proteine in grado di attivare la proliferazione di cellule neo-

plastiche. La diagnosi precoce di melanoma è fondamentale e si avvale principalmente dell'**esame clinico** e di una metodica strumentale denominata **epiluminescenza**. Dall'anamnesi apprendiamo se esiste familiarità, le abitudini personali rispetto alle esposizioni solari con particolare riguardo alle scottature, l'uso di lampade abbronzanti, gli orari di esposizione, le modalità di applicazione e qualità dei fotoprotettori. La visita deve riguardare tutto l'ambito cutaneo e le mucose e deve basarsi su due segni semeiologici che sono: "**il segno del brutto anatroccolo**" e **il sistema ABCDE**. In genere i nevi si assomigliano tra loro, sono di piccole dimensioni e presentano una forma regolare, hanno cioè le medesime caratteristiche. Se un nevo ha caratteristiche diverse rispetto agli altri potrebbe trattarsi di un iniziale melanoma. Come il brutto anatroccolo si riconosce immediatamente tra gli altri, "il nevo atipico" si riconosce subito. **Il sistema ABCDE** si basa sulle prime 5 lettere dell'alfabeto: **A = asimmetria**: se facciamo passare un piano virtuale nella metà di una lesione pigmentata ci accorgiamo che le due superfici sono diverse tra loro, **B = bordo**: in genere i bordi di un nevo comune sono regolari, delimitano la lesione in maniera omogenea mentre nel melanoma iniziale possono presentare profonde irregolarità come insenature, estroflessioni, incisioni, etc., **C = colore**: in un nevo normale, anche se di colore scuro, la distribuzione del pigmento è omogenea mentre nel melanoma esistono diverse tonalità che vanno dal chiaro al marrone al nero, **D = dimensioni**: le lesioni pigmentate di piccole dimensioni sono di difficile valutazione per cui vanno evidenziate quelle che superano i 6 mm. di diametro, **E = evoluzione**: una lesione pigmentata che nel tempo cambia nelle dimensioni, nei bordi e nella distribuzione del pigmento deve essere valutata attentamente.

Alcuni individui presentano numerosi nevi, da alcune decine a centinaia, con le atipie descritte. Si parla di "sindrome del **nevo displastico**", termine recentemente abbandonato e sostituito con "**nevo atipico**". Queste persone devono essere visitate almeno ogni 6 mesi perchè la frequenza di comparsa di un melanoma è più alta rispetto alla popolazione generale.



Fig.8 Melanoma

Oltre all'esame obiettivo, magari con l'aiuto di una buona lente di ingrandimento, abbiamo a disposizione un esame strumentale denominato **derma-**

tosopia digitale o epiluminescenza. Permette, attraverso uno strumento ottico chiamato **dermatoscopio**, di osservare alcuni parametri della lesione pigmentata non visibili ad occhio nudo. È dotato di una lente con luce incidente che fornisce ingrandimenti fino a 20 volte ed è fondamentale per lo screening delle lesioni pigmentate; grazie ai LED si ottengono estrema nitidezza delle immagini ed una straordinaria resa cromatica. Con la dermatoscopia digitale si acquisiscono le immagini su computer che possono essere stampate, immagazzinate e consegnate al paziente. È costituita da una telecamera digitale con relativi oculari, un software, 1 o 2 monitor ed una stampante, tutto posto su carrello mobile.



Fig.9 Epiluminescenza digitale

Alcune case produttrici hanno, inoltre, creato la possibilità, in pochi minuti, di effettuare un'accurata acquisizione in Total Body. Ciò permette di effettuare follow up con segnalazione di lesioni pigmentate di recente comparsa o l'identificazione di una lesione preesistente. Questo tipo di acquisizione è, tuttavia, limitato ai pazienti ad alto rischio di melanoma con numerose lesioni pigmentate atipiche ed attualmente solo poche strutture ne sono dotate.

Con il dermatoscopio si possono identificare diversi segnali che ci indirizzano verso una diagnosi sospetta e sono, tra gli altri, un reticolo **pigmentario**



freepik.com/foto-gratuito/chiuda-sulla-mano-con-la-talpa-di-misurazione-del-guanto - Immagine di freepik

caratterizzato da un disegno reticolare irregolare a maglie, asimmetrico con pigmentazione di intensità variabile, un **velo bianco/bluastro** costituito da aree di melanociti presenti nel derma che conferiscono una forte pigmentazione omogenea di colore nero, marrone o bluastro, **punti neri o globuli** dovuti all'accumulo nel derma superficiale di melanina, che appaiono come corpi sferici distribuiti irregolarmente, **Pseudopodi** che appaiono come strutture periferiche a forma di dita.

CONCLUSIONI

Non esiste individuo che non abbia nei. Dall'infanzia in poi compaiono sulla nostra pelle in numero variabile e nella stragrande maggioranza dei casi permangono per molti anni per poi regredire lentamente. Oggi esiste una paura ingiustificata del nevo, ritenuto pericoloso. La trasformazione in melanoma è molto rara. L'affermazione visita dei nei o mappa dei nei è una dizione errata. Quella giusta è: **"Indagine clinica e strumentale per la prevenzione e diagnosi del melanoma e dei tumori cutanei"**.

Occorre, inoltre, precisare che la paura dei nei localizzati ai piedi e alle mani è senza fondamenti scientifici. Asportarli chirurgicamente è inutile, a meno che non ci sia il fondato sospetto di un Melanoma acrale. Anche la paura che compare dopo che un nevo viene traumatizzato per qualsiasi motivo non ha ragione di essere; il trauma ripetuto non comporta, infatti, la degenerazione in melanoma.

Chi deve sottoporsi a queste visite specialistiche? Esse rientrano nei normali programmi di prevenzione. Dopo la pubertà è bene eseguire un controllo per valutare se esistono fattori di rischio e stabilirne, in base a questi, la periodicità. Il colloquio serve anche per consigliare le modalità di esposizione al sole e la giusta applicazione dei fotoprotettori. Purtroppo per la mancata informazione che dovrebbe iniziare nelle scuole, come avviene già in diversi paesi, i tumori cutanei sono oggi in costante aumento.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I et al. "Early diagnosis of cutaneous melanoma; revisiting the ABCD criteria. JAMA 2004;292 :2771-6
2. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH, Gore ME, Lorigan P, MacKie R, Nathan P, Peach H, Powel B, Walker C; British Association of Dermatologists Clinical Standards Unit. Revised U.K. "guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010". Br J Dermatol 2010 Aug; 163(2) :238-56
3. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF, "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : I. Common and atypical naevi" Eur J Cancer 2005 Jan;41(1):28-44
4. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF, "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : II. "Sun exposure." Eur J Cancer 2005 Jan;41(1): 45-60
5. De Giorgi V, Aricò M, Lotti T. "Il melanoma". Prevenzione, diagnosi e terapia. Editoriale Ferrando Folini, Tortona (AI) 2008
6. Moloney FJ, Menzies SW. "Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma." Journal of Dermatology 2011 ; 38: 10-5
7. Salerni G, Carrera C, Lovatto L, Puig-Butlle JA, Badenas C, Plana E, Puig S, Malvehy J., " Benefits of total body photography and digital dermatoscopy ("two-step method of digital follow -up") in the early diagnosis of melanoma in patients at high risk for melanoma." J Am Acad Dermatol 2011 Jun 15
8. Psaty EL, Scope A, Halpern AC, Marghoob AA. "Defining the patient at high risk for melanoma." Int J Dermatol 010 Apr; 49 (4) :362-76
9. Goel VK, Lazar AJ, Warneke CL, Redston MS, Haluska FG. "Examination of mutation in BRAF, NRAS, and PTEN in primary cutaneous melanoma ". J Invest Dermatol 2006; 126 (1) : 154-60
10. AIOM. Linee guida melanoma 2021
11. ESMO. Linee guida 2019 Melanoma
12. Casula M, Colombino M, Manca A et al. "Low levels of genetic Heterogeneity in matched Lymph node metastase from patients with melanoma." Invest. Dermatol. 2016; 136 (9) : 1917-1920



freepik.com/foto-gratuito/medico-femminile-che-diagnostica-un-melanoma-sul-corpo-di-una-paziente - Immagine di freepik

Dott.ssa Alessandra Grassi

Specialista in Dermatologia e Venereologia
USI Doc Prati - Via V. Orsini, 18 (terzo piano)

Le macchie cutanee sono delle lesioni elementari piane caratterizzate da una modificazione del normale colore della pelle. Possono avere origine e colore diverso ed interessano sia gli uomini che le donne; infatti si osservano macchie marroni, bianche, rosse, rosa, o nere. Una donna su tre prima dei quaranta anni nota la comparsa di discromie cutanee.

Il colore della pelle dipende da pigmenti come la melanina, i carotenoidi e l'emoglobina. La melanina è prodotta da cellule specializzate, chiamate melanociti, in base a fattori genetici, ormonali (melanotropina, ormoni femminili) ed all'esposizione solare (colore indotto). Infatti l'abbronzatura è il modo in cui la pelle si difende dai raggi solari. In questo caso i melanociti producono più melanina che si trasferisce agli strati cutanei più superficiali per proteggere il DNA dalle radiazioni pericolose. Con il tempo questo meccanismo può alterarsi causando una eccessiva produzione di melanina e la comparsa di macchie cutanee sull'epidermide (1).

L'invecchiamento della cute dipende oltre che da una predisposizione genetica anche da fattori endogeni ed esogeni (2).

I fattori esogeni sono l'eccessiva esposizione ai raggi ultravioletti, l'assunzione o l'applicazione cutanea di farmaci fotosensibilizzanti, fototossici o di profumi.

Si considerano fattori endogeni le variazioni metaboliche e quelle ormonali legate alla menopausa o alla gravidanza.

Le macchie cutanee scure in genere compaiono sul viso, dorso delle mani, spalle, dorso e braccia per azione dei raggi ultravioletti (Fig.1):

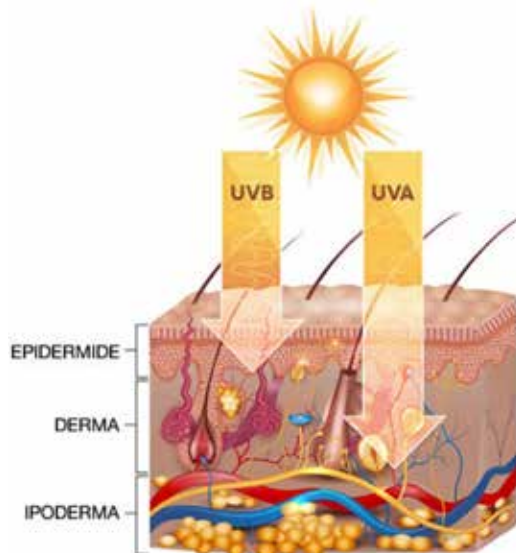


Fig. 1

Esistono anche macchie cutanee chiare, ipopigmentazioni, su base genetica o acquisita, causate dalla ridotta produzione di melanina e conseguente mancata pigmentazione di alcune aree. Si possono osservare nei nevi anemici, vitiligine, pitiriasi alba, leuco-melanodermie lenticolari.

Le discromie cutanee sono causate da un eccesso di melanina distribuita in modo anomalo con accumulo del pigmento in alcune aree.

Nella pratica clinica osserviamo frequentemente macchie scure della pelle come il cloasma, le iperpigmentazioni postinfiammatorie, le lentiggini, le efelidi e le lentigo solari.

Nel cloasma (o melasma) si osservano macchie scure per aumento circoscritto del colore melanico, con conseguente aspetto maculato della cute. Sono considerati fattori predisponenti, oltre quelli genetici, la gravidanza, le terapie ormonali, i farmaci fotosensibilizzanti, alcuni cosmetici, il sole ed i raggi ultravioletti. Per il trattamento topico di queste macchie cutanee si usano dermocosmetici a base di thiamidol (evoluzione del beta resorcinolo) che riduce la produzione di melanina, oppure con vitamina C, retinolo, o sostanze che inibiscono la tirosinasi come l'acido cogico, l'acido azelaico, l'arbutina (3,4,5). Altre terapie topiche sono a base di acido tranexamico. Sempre necessaria un'adeguata fotoprotezione, che va ripetuta al sole ogni due ore. Utili le terapie orali con sostanze antiossidanti come il polypodium leucotomos e il glutatone (6).

La lentigo solare si osserva frequentemente in uomini e donne dopo i 40 anni su cute fotoesposta ed è causata dai raggi UV che provocano una sovrapproduzione di pigmento da parte dei melanociti per riparare il danno cutaneo. Occorre sensibilizzare il paziente informandolo che la lentigo solare nel tempo può trasformarsi diventando lentigo maligna/melanoma, caratterizzata dal cambiamento di colore dal marrone chiaro al marrone scuro grigio e dal lento e graduale aumento delle dimensioni. Utile per la diagnosi differenziale la dermoscopia in epiluminescenza con cui si osserva una pigmentazione asimmetrica dei follicoli e strutture granulari/anulari (7,8,9).

Lesioni sicuramente benigne sono le lentiggini, piccole macchie marroni di tipo ipercromico presenti in diverse parti del corpo e dovute ad aumento del numero dei melanociti negli strati basali dell'epidermide.

Le efelidi, invece, sono piccole macchie brune localizzate nelle zone fotoesposte, ereditate con carattere autosomico dominante, compaiono fin dalla giovane età in pazienti con fototipo chiaro e sono dovute ad accumulo localizzato di melanina nei cheratinociti in alcuni punti dell'epidermide.

Macchie da ipercheratinizzazione sono invece le cheratosi seborroiche, che insorgono generalmente dopo i 40 anni, sono asintomatiche o leggermente

pruriginose. Esiste una predisposizione ereditaria, inizialmente sono macchie marroni piatte, poi possono diventare più spesse e scure. La dermoscopia è utile nella diagnosi differenziale con il melanoma, nei casi dubbi, in quanto la cheratosi seborroica è caratterizzata da assenza del reticolo pigmentario, pseudocisti cornee e sbocchi simil comedonici (10).

Dopo fotoesposizione cronica possono comparire le cheratosi attiniche su cute fotodanneggiata (11,12). Appaiono come macchie cutanee rossastre, ruvide al tatto e sono causate da accumulo progressivo di alterazioni genetiche a livello del DNA cellulare che, se non riparate, possono portare alla comparsa di carcinoma spinocellulare.

Molto importante, in questo caso, la prevenzione da attuare mediante fotoprotezione con creme antisolari ed uso di cappelli nonché evitando lampade abbronzanti a raggi UV.

Alla fotoprotezione topica si associa spesso l'uso di integratori a base di resveratrolo, beta carotene, flavonoidi, licopene ed acido lipoico, sostanze utili a contrastare lo stress ossidativo indotto dal sole e la luteina che serve a ridurre il danno fototossico ai recettori della retina. Esistono fortunatamente terapie farmacologiche topiche utili nel trattamento della cheratosi attinica, oltre la laser terapia, crioterapia e terapia chirurgica. Il trattamento più corretto è scelto in base all'estensione, alla localizzazione ed allo spessore della lesione.

Ricordiamo che, oltre alle macchie marroni, esistono anche le macchie rosse, come l'angioma piano che è una malformazione capillare di colore rosso o violaceo presente già alla nascita. In questi casi è utile la laser terapia vascolare. Anche il carcinoma a cellule basali può insorgere inizialmente come una macchia rossastra. Rappresenta il 90% dei tumori della pelle negli Stati Uniti (Fig. 2), poi può diventare più spesso in alcuni punti e presentare ulcerazioni.

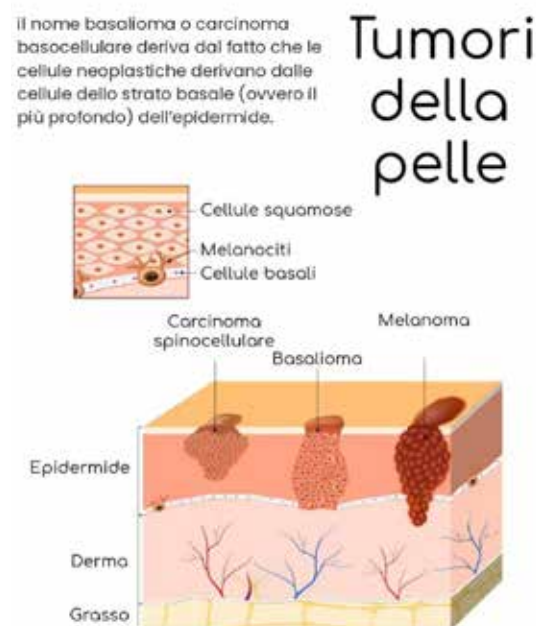


Fig. 2

Poiché è possibile confondere un tumore cutaneo per una innocua macchia della pelle, occorre eseguire controlli specialistici periodici.

Sicuramente utile l'autoesame, eseguito dal paziente, per evidenziare la comparsa di nuove lesioni o il cambiamento rapido di forma e colore di nevi e macchie presenti da tempo. In questo caso è necessaria la visita dermatologica. Nei casi dubbi, in cui è complessa la diagnosi clinica differenziale, è altresì fondamentale associare la dermoscopia in *epiluminescenza*, metodica strumentale non invasiva che ha avuto grande sviluppo negli ultimi anni.

BIBLIOGRAFIA

1. AM Thawabteh, A Jibreen, D, Karaman, et al. Skin pigmentation types, causes and treatment. A review. *Molecules* 2023 Jun; 28(12): 4839.
2. KJ Gromkowska Kepta et al. The impact of ultraviolet radiation on skin photoaging. *J Cosmet Dermatol* 2021 Nov;20(11):3427 3431.
3. T Searle, F Al Niimi, FR Ali. The top 10 cosmetics for facial Hyperpigmentation. *Dermatol Ther* 2020 Nov;33(6):e14095
4. D Roggenkamp, A Sammain, M Fustenuau et al. Thiamidol in moderate to severe melasma: 24 week, randomized, double blind, vehicle controlled clinical study with subsequent regression phase. *J Dermatol* 2021 Dec;48(12):1871 1876.
5. C Arrowitz, AM Schoelermann, T Mann, et al. Effective tyrosinase inhibition by thiamidol results in significant improvement of mild to moderate melasma. *J Invest Dermatol* 2019 Aug;139(8):1691 1698.
6. OA Ogbechie Godec, Nada Elbuluk. Melasma: an up to date comprehensive review. *Dermatol Ther* 2017 Sep;7(3):305 318.
7. MOL Carapeba, M Alves Pineze, GA Nai. Is dermoscopy a good tool for the diagnosis of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma? A meta analysis. *Clin Cosmet Investing Dermatol* 2019 Jun5;12:403 414.
8. ME DeWane, A Kelsey, M Oliviero, et al. Melanoma on chronically sun damaged skin: lentigo maligna and desmoplastic melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2019 Sep;81(3):823 833.
9. L Tognetti, A Cartocci, E Cinotti et al. Dermoscopy of atypical pigmented lesions of the face: variation according to facial areas. *Exp Dermatol* 2023 Dec;32(12):2166 2172.
10. E Moscarella, G Brancaccio, G Briatico, et al. Differential diagnosis and management on seborrheic keratosis in elderly patients. *Clin Cosmet Investing Dermatol* 2021 Apr 28;14:395 406.
11. ECV de Oliveira, VRV da Motta, PC Pantoja, et al. Actinic keratosis, review for clinical practice. *Int J Dermatol* 2019 Apr;58(4):400 407.
12. B Worley, V Harikumar, K Reynolds, et al. Treatment of actinic keratosis: a systematic review. *Arch Dermatol Res* 2023 Jul;315(5):1099 1108.

I dolori addominali ricorrenti nei bambini

Dott. Giovanni Federici di Abriola

Specialista in Chirurgia
Specialista in Chirurgia Pediatrica
Senior Research Fellow
UOC di Gastroenterologia Chirurgia ed Endoscopia Digestiva
Bambino Gesù
Ospedale Pediatrico IRCCS
USI DOC Prati - Via V. Orsini, 18 (terzo piano)

Dott. Luigi Dall'Oglio

Specialista in Chirurgia
Specialista in Chirurgia Pediatrica
Senior Research Fellow
UOC di Gastroenterologia Chirurgia ed Endoscopia Digestiva
Bambino Gesù
Ospedale Pediatrico IRCCS
USI DOC Prati - Via V. Orsini, 18 (terzo piano)

Spesso i bambini, in particolare se di età maggiore dei 5-6 anni, lamentano dolori alla pancia, che vanno e vengono, riferiti spesso nella zona dell'ombelico. In genere si tratta di dolori di breve durata, a tipo colica, raramente notturni e che non influiscono sulle normali attività.

Tali disturbi sono fonte di ansia e preoccupazione per una eventuale causa "grave", in particolare una appendicite. Nella maggior parte dei casi si tratta di così detti **disturbi funzionali intestinali**; con questo termine vengono descritte le alterazioni dei movimenti intestinali, la peristalsi, quindi senza una vera e propria patologia organica a carico dell'apparato digerente. Spesso tali disturbi possono trovare origine in situazioni di ansia o stress nella scuola, in famiglia o nelle attività in cui il paziente è coinvolto. Ad esempio ansia da prestazione in prossimità di gare sportive, fenomeni di bullismo a scuola, malattie o lutti in famiglia. Anche la stipsi può generare dolori addominali di questo tipo.

Come fare a capire se si tratta di un disturbo funzionale o di una patologia organica?

Oggi non esistono degli esami per porre una diagnosi di un **disturbo funzionale** ma, nel corso di una visita specialistica condotta da un esperto delle patologie dell'apparato digerente dei bambini, sulla base della storia clinica e di un esame obiettivo, è possibile individuare quelli che vengono chiamati i **segni ed i sintomi di allarme**. In base all'esperienza del medico e di sintomi quali la presenza di vomito, febbre, emissione di feci con sangue, marcato dimagrimento o arresto della crescita, è quindi possibile avere il sospetto di una eventuale patologia organica e porre quindi indicazione all'esecuzione di esami specifici.

Si tratterà di capire se il problema possa essere a carico dello stomaco, come una gastrite forse causata dall'ormai noto *Helicobacter Pylori*, microbo che può causare anche ulcere. Anche i calcoli della colecisti è

oramai noto che colpiscono pure i bambini. La pancreatite, prima nota solo per gli adulti, è di non insolito riscontro in età pediatrica. In caso di sintomatologia più specificatamente a carico dell'intestino e del colon, in particolare se accompagnata dalla presenza di sangue nelle feci, si potrà sospettare una patologia infiammatoria cronica intestinale (MICI) che sarà pertanto esclusa con accurati esami di endoscopia digestiva (gastroscopia, colonscopia). L'ECO dell'addome, tra gli esami non invasivi, è particolarmente utile nel diagnosticare molte delle patologie che possono essere causa di dolore alla pancia (addome).

Una volta esclusa una patologia organica sarà, quindi, possibile proporre una terapia utile ad alleviare i disturbi. Saranno di grande importanza anche i suggerimenti che il medico potrà dare in merito alla dieta ed al miglioramento dello stile di vita della famiglia e del bambino. La regolarizzazione delle evacuazioni resta sempre un elemento di grande importanza (stipsi).

A seguire alla ragionevole esclusione di una patologia organica, ed alla conseguente diminuzione della giusta ansia del bambino e dei familiari, la sintomatologia tende molto spesso ad attenuarsi e progressivamente a scomparire.

Il Reflusso Gastro Esofageo (RGE) e la Malattia da Reflusso Gastro Esofageo (MRGE)

Con questi termini, spesso confusi tra loro, si intendono due problemi molto frequenti. Va chiarito che il **RGE è un sintomo molto frequente che va considerato quasi come fisiologico, in particolare nei lattanti nel primo anno di vita o a seguire a pasti più abbondanti e ricchi di grassi. Il RGE non è**, quindi, quasi mai fonte di problemi seri e spesso non necessita di indagini diagnostiche o di terapie mediche importanti. Si giova, invece, di consigli dietetici e posturali quali la posizione del sonno e post prandiale, dati da medici competenti.

I dolori addominali ricorrenti nei bambini



freepik.com/foto-gratuito/ragazza-malata-esaminata-dal-dottore - Immagine di freepik

Quando, invece, i rigurgiti sono fonte di sintomi più gravi (per la presenza di sangue nel rigurgito, l'arresto della crescita o la patologia respiratoria causata dal passaggio di liquidi e cibo dallo stomaco nella trachea e nei polmoni), si parla di **MRGE**. Si tratta di una patologia grave, che può essere causa di conseguenze serie se non trattata correttamente. In alcuni casi più gravi, in particolare nei bambini con grave deficit neuro-motorio, può essere necessario anche ricorrere ad interventi chirurgici.

Per dirimere il dubbio tra RGE e MRGE, nel corso della visita condotta da un medico esperto di queste patologie nei bambini, si rileva l'eventuale presenza dei segni di allarme e, se necessario, si potranno programmare esami diagnostici. Utili esami strumentali potranno essere l'endoscopia e la pH-impedenzometria per avere informazioni importanti su quantità e qualità di eventuale reflusso.

Tra le patologie congenite, la stenosi del piloro, un restringimento della valvolina che separa lo stomaco dal duodeno, oppure una eventuale malrotazione dell'intestino, giocano un ruolo importante nella genesi del RGE.

La presenza di una ernia jatale (la risalita di parte dello stomaco dall'addome nel torace) può essere causa di RGE o di MRGE e generalmente solo se di grandi dimensioni potrà richiedere un intervento chirurgico. Sarà necessario, per i bambini divezzi, anche escludere una celiachia o una intolleranza alimentare.

La terapia medica, con antiacidi e inibitori della pompa protonica (IPP), è oggi in grado di controllare la gran parte dei sintomi; deve e può essere usata per periodi adeguati, anche molto lunghi.

La Stipsi

Con questo termine si intende la difficoltà del bambino ad evacuare feci morbide ed in tempi regolari.

È una patologia funzionale piuttosto frequente nell'età pediatrica e si associa ad abitudini alimentari e stili di vita poco corretti, quali la sedentarietà e la dieta con poche fibre e poca acqua.

La stipsi può essere il sintomo di patologie organiche (ad esempio il Megacolon congenito o altre malformazioni), che necessitano di una valutazione da parte di un medico esperto, che saprà consigliare l'eventuale esecuzione di esami diagnostici adeguati (clisma opaco, manometria).

La stipsi si manifesta di solito con la difficoltà ad evacuare feci dure e di dimensioni spesso piuttosto voluminose; questo provoca dolore e piccole lesioni della mucosa del canale anale, le RAGADI, spesso con fuoriuscita di sangue rosso dopo l'evacuazione e generando un comprensibile atteggiamento di "ritenzione" da parte del bambino, con un evidente circolo vizioso e peggioramento del quadro stesso della stipsi.

La terapia si basa su dieta ricca di fibre (frutta, verdura, legumi, etc.) e abbondante apporto di acqua.

Nella terapia medica è molto utile l'uso dei "rammollienti fecali" che, richiamando liquidi nelle feci, ammorbidiscono il cilindro fecale e favoriscono la sua espulsione senza più dolore e/o sanguinamento.

Quando necessario, il medico esperto potrà consigliare una terapia locale a base di creme ed unguenti ad azione cicatrizzante ed anestetica che favorisca la risoluzione delle ragadi con un immediato miglioramento della sintomatologia.

La flussimetria delle arterie uterine: valutazione e utilità clinica



Dott. Paolo D'Alessio

Specialista in Ginecologia e Ostetricia
Ecografia ostetrico-ginecologica
Diagnosi prenatale

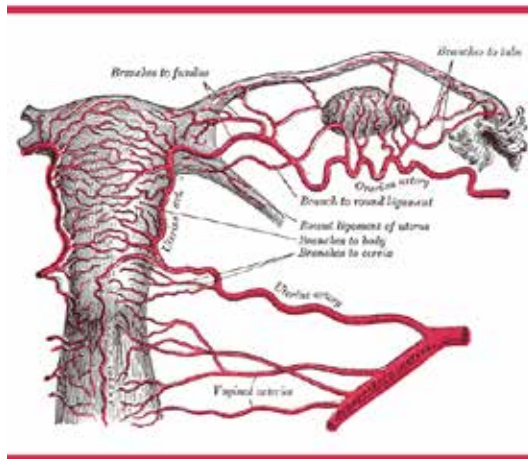
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

U.S.I. Furio Camillo - Via Cerreto di Spoleto, 9/21

L'ANATOMIA

L'arteria uterina è un ramo viscerale del tronco anteriore dell'arteria iliaca interna. Si porta in basso e in avanti, applicata alla parete laterale della pelvi, sotto il peritoneo parietale. Dopo un tragitto di 5-6 cm ripiega in dentro e attraversa la base del legamento largo, passando davanti e sopra all'uretere, accompagnata da 2-4 vene uterine che la circondano; raggiunge così il margine laterale del collo dell'utero, sopra il fornice vaginale laterale e risale, flessuosa, lungo il margine laterale dell'utero fino al fondo, fra i due foglietti del legamento largo. Termina all'altezza dell'angolo laterale dell'utero con un ramo che, nel legamento largo, si divide per raggiungere la tuba (*ramo tubarico*) e l'ovaio (*ramo ovarico*). Questi due rami si anastomizzano con quelli omologhi dell'arteria ovarica.



Vi si considerano una porzione discendente o parietale, applicata al muscolo otturatorio interno, una porzione orizzontale che decorre nella base del legamento largo, una porzione arcuata che descrive una concavità superiore e laterale e infine una porzione ascendente o iuxtauterina. Il rapporto con l'uretere, di notevole importanza pratica, si stabilisce nel punto di passaggio tra la seconda e la terza porzione. Nel suo tratto orizzontale, l'arteria uterina fornisce piccoli *rami* all'uretere e l'arteria cervico-vaginale che si distribuisce al collo dell'utero, al fondo della vescica e alla parete anteriore della vagina. Dal tratto ascendente dell'arteria uterina nascono numerosi rami, a decorso prevalentemente orizzontale, che si distribuiscono al collo e al corpo dell'utero.

Le arterie vescicali superiori, l'arteria vescicolo deferenziale e l'arteria uterina frequentemente traggono origine da un tronco unico e comune che rappresenta il tratto residuo e pervio dell'arteria ombelicale del feto. A lato della vescica il tronco continua con un cordone fibroso che rappresenta il tratto oblitterato dell'arteria ombelicale il quale, raggiunta la faccia interna della parete addominale anteriore, vi risale fino all'ombelico, formando il legamento ombelicale laterale.

ARTERIE UTERINE: VALUTAZIONE ECOGRAFICA

La sede più comunemente usata per rilevare l'arteria uterina corrisponde ad un segmento anteriore posto tra l'istmo e la prima porzione del corpo uterino. In tale tratto abitualmente si visualizza un segmento rettilineo agevolmente riconoscibile anche senza l'ausilio del colore.

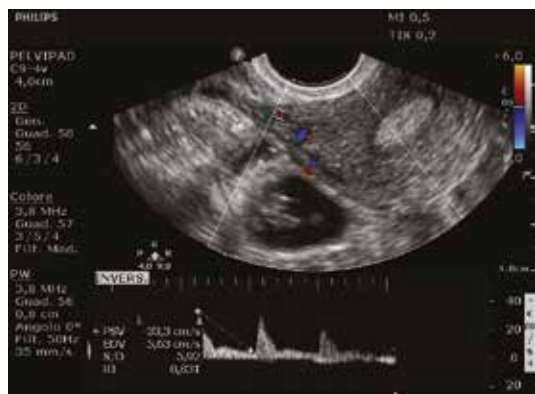
La rilevazione dell'arteria uterina con sonda endovaginale si realizza ponendo il trasduttore nel fornice laterale ed eseguendo una scansione sagittale alla parete laterale dell'utero.

La possibilità di identificare precocemente la possibilità di sviluppare una ipertensione gravidanza indotta o un mancato attaccamento della camera gestazionale o un alterato accrescimento intrauterino del feto, mediante l'esplorazione di questo distretto, riveste un'importanza fondamentale, alla luce delle recenti acquisizioni, per intraprendere anche terapia mediche volte al miglioramento di uno stato flussimetrico patologico di questi vasi.

La presenza o l'assenza di un'incisura in diastole (notch) nell'onda di velocità è predittiva di una condizione patologica del vaso.

L'eziologia e la patogenesi della morte fetale intrauterina, della preeclampsia o del ritardo della crescita fetale rimangono ancora sconosciute in molti casi. Tuttavia, la trombosi e/o l'infarto della placenta potrebbero portare a una circolazione materno-fetale inadeguata. Quindi, è stata suggerita la rilevanza di un ulteriore fattore di rischio trombotico che migliora lo stato fisiologico di ipercoagulabilità della gestazione nello sviluppo di questi esiti avversi della gravidanza. Diverse mutazioni genetiche sono state recentemente riconosciute associate a un aumento della frequenza di trombosi venosa: mutazione dell'adenina in guanina al nucleotide 506 nel gene del fattore V, mutazione della citosina al nucleotide 677 nel gene del metilenetetraidrofolato e mutazione della guanina in adenina al nucleotide 20210 nel gene della protrombina.

La flussimetria delle arterie uterine: valutazione e utilità clinica



Color Doppler arteria uterina con indice di resistenza aumentato



Color Doppler arteria uterina con indice di resistenza normale

CONSIDERAZIONI

La flussimetria delle arterie uterine, con la rilevazione delle resistenze utero-placentari, riveste un ruolo importante nella definizione di:

- soggetti a rischio per aborti ricorrenti;
- soggetti inseriti in programmi di fecondazione medicalmente assistita (PMA);
- soggetti in cui si sono avuti gravidanze con ritardo di crescita fetale;
- soggetti a rischio per ipertensione arteriosa gravidica.

In una popolazione a rischio il riscontro di un valore di R.I. delle arterie uterine superiore a 0.50 predice nel 64% il rischio di ipertensione gravidica indotta.

Pertanto, sarebbe opportuno che tale esame venga effettuato in tutte quelle donne che vogliono intraprendere una gravidanza e soprattutto in tutte quelle donne che hanno già avuto casi di ritardo di crescita fetale o di gestosi, effettuando nel secondo caso ecografia con flussimetria durante tutti e tre i trimestri di gestazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Salvesen K, Lees C, Abramowicz J, Brezinka C, Ter Har G, Marsal K. ISUOG statement on the safe use of Doppler in the 11 to 13+6-week fetal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 628.

2. Aquilina J, Barnett A, Thompson O, Harrington K. Comprehensive analysis of uterine artery flow velocity waveforms for the prediction of pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 163 – 170.
3. Go ´mez O, Figueras F, Fern ´andez S, Bannasar M, Martinez JM, Puerto B, Grataco ´s E. Reference ranges for uterine artery mean pulsatility index at 11 – 41 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 128 – 132.
4. Acharya G, Wilsgaard T, Berntsen G, Maltau J, Kiserud T. Reference ranges for serial measurements of blood velocity and pulsatility index at the intra-abdominal portion, and fetal and placental ends of the umbilical artery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 162 – 169.
5. Patterson TM, Alexander A, Szychowski JM, Owen J. Middle cerebral artery median peak systolic velocity validation: effect of measurement technique. *Am J Perinatol* 2010; 27: 625 – 630.
6. Ochi H, Suginami H, Matsubara K, Taniguchi H, Yano J, Mat-suura S. Micro-bead embolization of uterine spiral arteries and uterine arterial flow velocity waveforms in the pregnant ewe. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 6: 272 – 276.



Radioterapia senza tatuaggi (tattoo free)



Dott.ssa Sabrina Del Bufalo

Specialista in Radioterapia
Responsabile Reparto Radioterapia Oncologica
USI Marco Polo - Ostiense - V.le Marco Polo, 41

La radioterapia ha visto nel tempo una crescente innovazione tecnologica volta a ridurre gli effetti collaterali dei trattamenti. Attualmente si pone una grande attenzione non solo al benessere fisico del paziente ma anche a quello psicologico con la possibilità di eseguire trattamenti radianti senza l'utilizzo di markers cutanei e/o tatuaggi.

Presso il reparto di radioterapia oncologica della USI Marco Polo - Ostiense è stato recentemente installato un nuovo acceleratore ELEKTA VERSA HD che rappresenta il top di gamma dell'ELEKTA per i trattamenti radioterapici. Il VERSA HD è, infatti, il più avanzato acceleratore per terapia con fotoni attualmente in commercio a livello mondiale e permette di colpire in maniera molto accurata e precisa il bersaglio tumorale, risparmiando i tessuti sani limitrofi. L'apparecchio è dotato di un collimatore multilamellare a 160 lamelle che consente una migliore conformazione del fascio di radiazioni rispetto alle apparecchiature precedenti e permette di erogare le dosi necessarie in minor tempo.

L'acceleratore è inoltre dotato di una CONE BEAM CT, apparecchiatura in grado di acquisire immagini tac che consentono il preciso riposizionamento del paziente prima di ogni trattamento e che permet-

te di correggere automaticamente gli spostamenti del paziente, grazie al nuovo lettino HEXAPOD a 6 gradi di libertà di movimento.

La pianificazione del trattamento è eseguita tramite un sistema di piani di trattamento all'avanguardia (MONACO), grazie al quale si possono eseguire le distribuzioni di dose ottimali per ogni singolo paziente. Il progresso tecnologico del VERSA HD ha consentito di sviluppare strumentazioni e tecniche più sofisticate di irradiazione sempre più precise e selettive per cui abbiamo a disposizione la VMAT (VOLUMETRIC MODULATED ARC THERAPY) e la IGRT (IMAGE GUIDED RADIOTHERAPY) che, combinate fra loro, permettono di erogare dosi più elevate solo sulle cellule malate.

Nel caso, invece, di tumori di dimensioni ridotte, viene utilizzata la radioterapia stereotassica SBRT (STEREOTACTIC BODY RADIATION THERAPY), che prevede l'utilizzo di alte dosi di radiazioni indirizzate direttamente sul volume tumorale di piccole dimensioni con una precisione millimetrica (stereotassica), risparmiando il più possibile gli organi sani circostanti e riducendo al minimo gli effetti collaterali. Il trattamento con la radioterapia stereotassica prevede, altresì, un numero limitato di sedute rispetto alla radioterapia convenzionale.



ELEKTA VERSA HD

Radioterapia senza tatuaggi (tattoo free)

Presso il reparto di radioterapia è, inoltre, utilizzato il nuovo sistema **VisionRT**, che rappresenta una tecnologia **SGRT (SURFACE GUIDED RADIATION THERAPY)** per il monitoraggio della posizione del paziente prima e durante il trattamento, al fine di ottimizzare i flussi di lavoro e di garantire un'accurata erogazione delle radiazioni, aumentando la sicurezza del trattamento mediante il tracciamento della superficie corporea del paziente in tempo reale con precisione submillimetrica, assicurando così che le radiazioni vengano emesse solo quando il paziente è posizionato correttamente.



RT VISION POSIZIONAMENTO PAZIENTE

Il nostro centro è stato riconosciuto come parte di un gruppo esclusivo in grado di eseguire protocolli radioterapici senza l'ausilio di tatuaggi e quindi indicato come **"Tattoo and Mark-Free Treatment Centre"** questo grazie all'utilizzo del sistema **VisionRT**, punto di riferimento mondiale per la metodica **SGRT (Surface Guided Radiation Therapy)**, riservato agli utilizzatori di **AlignRT® Advance** che decidono di sfruttarne al massimo le potenzialità come sistema di posizionamento.

La procedura di radioterapia consiste nelle seguenti fasi principali:

- indicazione al trattamento effettuato durante la prima visita con il medico radioterapista
- centraggio per acquisizione immagini TAC

- elaborazione piano di trattamento personalizzato
- impostazione con verifica e prima seduta
- trattamento con sedute quotidiane
- fine terapia con rilascio relazione finale

La fase che andremo ad analizzare è quella relativa al centraggio che rappresenta la procedura eseguita prima di iniziare un trattamento radioterapico. Consiste in un esame TAC non diagnostico senza mezzo di contrasto, che permette di individuare in maniera accurata e precisa la posizione dell'area da trattare in modo da poter pianificare correttamente il trattamento terapeutico.

Durante l'esecuzione della TAC di centraggio la persona deve restare immobile e assumere una posizione il più possibile confortevole che andrà ripetuta per tutte le sedute di radioterapia. Per ritrovare la posizione assunta si utilizzano sistemi di immobilizzazione dedicati e differenti a seconda della parte del corpo interessata e, una volta identificata la zona precisa per il trattamento, vengono eseguiti dei piccoli tatuaggi permanenti sulla cute. Questi tatuaggi, essendo permanenti, sono causa di disagio psicologico per il paziente che può avere difficoltà a mostrarsi per esempio al mare e al tempo stesso ricordano il percorso eseguito durante la malattia oncologica. Un segno che resta indelebile sulla pelle, anche se apparentemente piccolo e insignificante, ma che è sinonimo di ricordi spiacevoli. Molti pazienti proprio per dimenticare tale percorso lo coprono con altri tatuaggi oppure c'è chi li fa addirittura rimuovere chirurgicamente con conseguenti cicatrici che vengono comunque preferite a quei piccoli puntini neri che riportano alla malattia. Nonostante oggi vengano utilizzate nuove tecnologie laser a picosecondi, rimane comunque il desiderio di rimuoverli il prima possibile per ritrovare un benessere psicologico a fine percorso terapeutico.

Proprio per evitare tale disagio e ridare benessere psicologico al paziente nel nostro centro utilizziamo il **Vision RT con il sistema AlignRT** che utilizza **6 telecamere stereoscopiche ad altissima risoluzione ed elevatissima velocità di analisi delle immagini pro-**

alignrt®

USI - MARCO POLO

TATTOO AND MARK-FREE RADIATION TREATMENT

This is an award, recognizing your center as being part of an exclusive, but growing group of **tattoo and mark-free centers around the world**. By optimizing your Surface Guided Radiation Technology, you are able to deliver superior, precision treatment that offers patients significant **clinical and psychosocial benefits**.

TRATTAMENTO RADIOTERAPICO SENZA TATUAGGI

Questa è una certificazione che riconosce il vostro centro come parte di un gruppo esclusivo, ma in crescita, di **centri senza tatuaggi in tutto il mondo**. Avendo ottimizzato la vostra Tecnica di Radioterapia Guidata di Superficie, siete in grado di garantire un trattamento di maggiore precisione che offre **benefici significativi sia clinici che psicologici** ai vostri pazienti.



dotte che permette di ricostruire la superficie 3D del paziente in tempo reale, calcolando gli spostamenti del paziente nei sei gradi di libertà con accuratezza sub-millimetrica, prima e durante il trattamento.

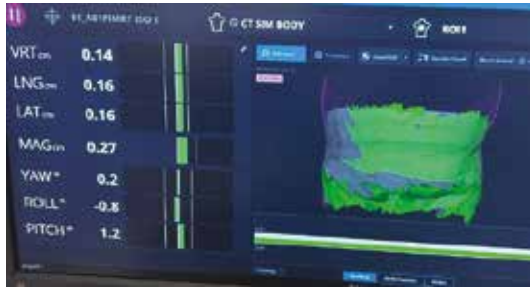


TELECAMERE INTERNE

Durante la fase di posizionamento questo sistema proietta sulla cute del paziente centinaia di punti luminosi associabili a tattoo virtuali che consentono in tempo reale di apportare correzioni sia traslazionali che rotazionali.

Questa tecnologia, non utilizzando i tatuaggi, offre ai pazienti l'opportunità di dimenticare un ricordo doloroso della loro vita, rappresentando un grande vantaggio dal punto di vista psicologico non facendoli sentire più "diversi".

Nella nostra struttura abbiamo iniziato ad utilizzare il sistema **AlignRT in maniera graduale: le prime pazienti che abbiamo selezionato per la nuova metodica "tattoo free" sono state le pazienti che eseguivano radioterapia sulla mammella.**



RT VISION posizionamento addome

Dopo una fase di valutazione del confronto con e senza esecuzione del tatuaggio iniziale, avendo avuto un ottimo riscontro sia dal punto di vista tec-

nico che da quello psicologico delle pazienti, con vantaggi sia dal punto di vista pratico che clinico, abbiamo iniziato a non utilizzare più i tatuaggi anche per gli altri trattamenti, riscontrando una notevole riduzione del disagio psicologico ed una soddisfazione nei pazienti in generale per non dover essere sottoposti a tatuaggi indelebili.

Questo ci ha permesso di proseguire i trattamenti senza effettuare i tatuaggi. Ormai utilizziamo il sistema **AlignRT di posizionamento per tutti i pazienti, con una evidente riduzione nei tempi di posizionamento ed una maggiore accuratezza.**

Grazie all'implementazione del **protocollo Tattoo Free siamo, quindi, in grado di offrire ai nostri pazienti trattamenti radioterapici all'avanguardia, garantendo maggiore precisione senza ricorrere a tatuaggi o altri segni di riferimento, con rilevanti benefici sia clinici che psicologici.**



RT VISION posizionamento mammella

Nel nostro poliambulatorio la radioterapia è accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) e i trattamenti sono eseguiti in regime ambulatoriale convenzionato e privato; le prestazioni di radioterapia, inoltre, non hanno attualmente liste di attesa permettendo, quindi, ai pazienti di accedere rapidamente ai servizi di cui necessitano.

La struttura sanitaria è situata a Roma in Viale Marco Polo, 41 ed è facilmente raggiungibile tramite la Metro linea B (fermata Piramide) e varie linee autobus ATAC (fermate V.le Marco Polo, P.le Ostiense, P.le dei Partigiani).

La struttura è, inoltre, ubicata a 500 metri dalla stazione ferroviaria Air Terminal Ostiense Stazione Ostiense - Porta San Paolo (Ferrovia Roma - Ostia Lido) da cui è possibile lo scambio con le stazioni Termini, Tiburtina e con l'Aeroporto di Fiumicino.



Nuovo studio combinato tra anatomia, campioni biologici e medicina estetica per evitare danni di tipo nervoso

Dott. Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica
Master Universitario di 2° livello in
“Medicina Estetica e Terapia Estetica”

(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)

Tel. 06/32868.288-32868.1 | Cell. 337/738696 | e-mail: medestetica@usi.it



Lo studio è stato presentato presso il 77° Congresso Nazionale della Società Italiana di Anatomia e Istologia (SIAI) che si è svolto a Genova dal 12 al 14 Settembre 2024 ed ha avuto come scopo quello di eseguire in concomitanza la dissezione dei campioni anatomici, la fotografia strato per strato e l'ecografia di ogni struttura.

Sono state esaminate sette zone di grande interesse a livello del viso:

- Grande nervo auricolare
- Ramo frontale-temporale del nervo facciale
- Rami mandibolari, zigomatico e buccale del nervo facciale
- Nervo infraorbitale
- Nervo sopraorbitale
- Nervi sopratrocleari
- Nervo mentale

Lo studio è unico nel suo genere in quanto ha previsto di eseguire l'esame ecografico dei campioni in *real time* ed è stato necessario in quanto la richiesta di procedure di medicina estetica è in continuo aumento e l'auspicio è quello di ridurre al minimo gli effetti avversi.

I trattamenti estetici ecoguidati permettono di ottenere una localizzazione più precisa, un risultato migliore, consentendo di riconoscere le strutture anatomiche durante il trattamento.

Per lo studio sono stati utilizzati un sistema ecografico Clarius da 20 MHz - HD3 ed una fotocamera Canon R6 Mark II - RF 24-105.

La ricerca ha avuto come applicazione l'uso dell'ultrasonografia nello studio dei preparati anatomici del viso al fine di consentire ai medici estetici di controllare i relativi effetti in tempo reale.

Le procedure di ringiovanimento del viso sono ormai in rapida ascesa e rubano spazio vitale a procedure



77° CONGRESSO NAZIONALE SIAI
Genova 12-14 Settembre 2024

<p>Giovedì 12 Settembre pomeriggio Inaugurazione delle attività congressuali presso la Sala del Maggior Consiglio, Palazzo Ducale sera Apericena presso Museo Diocesano</p>	<p>Venerdì 13 Settembre Attività congressuali e assemblea dei soci presso Albergo dei Poveri sera Cena sociale presso Acquario</p>	<p>Sabato 14 Settembre mattina Attività congressuali e chiusura dei lavori presso il Dipartimento di Economia, Darsena, Porto Antico</p>
---	--	--

che una volta erano appannaggio della chirurgia estetica. Le sedute di medicina estetica possono essere non invasive e riducono notevolmente il coefficiente di rischio di chi decide di prendersi cura del proprio io.

Nonostante ciò, anche il tradizionale filler può incorrere in complicanze senza un attento *monitoraggio ecografico*; monitoraggio che risulta, quindi, di fondamentale importanza poiché i primi segnali di una complicanza così rilevati aiutano lo specialista a gestirla più efficacemente.

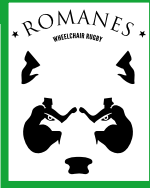


Foto scaricata da www.siaionline.it



Foto scaricata da www.siaionline.it

Rugby in carrozzina a Roma: socialità e agonismo targato USI



Romanes Wheelchair Rugby

Sede Legale: Piazzale delle Belle Arti, 2 - 00196 Roma
 info@romanes.it - www.romanes.it



Nel 2011 Luca Pancalli, presidente del Comitato Italiano Paralimpico, promuove la nascita della Nazionale italiana di rugby in carrozzina, che si radica poi nel triveneto, patria del rugby italiano. Quello stesso anno, Rufo Iannelli diventa tetraplegico in seguito a un incidente e durante la sua riabilitazione viene a conoscenza dell'esistenza di questo sport. Nel 2015, dopo un periodo di ricerca fondi, attrezzature e sostenitori, Rufo e un gruppo di amici conosciuti in unità spinale a Roma fondano i ROMANES Wheelchair Rugby con l'intento di ampliare l'offerta sportiva rivolta alle persone disabili a Roma, aprendo così le porte al rugby in carrozzina nella capitale.

Il rugby in carrozzina, a differenza del basket in carrozzina, è infatti uno sport nato per offrire un'opportunità di pratica sportiva agonistica a persone con disabilità motorie gravi assimilabili alla tetraplegia (da trauma o da stress neonatale) ed è rivolto a persone con una disabilità anche lieve che coinvolga gli arti inferiori e almeno un arto superiore o il loro coordinamento. Un bacino di possibili atleti che solo a Roma conta circa 5.000 persone, molte delle quali per varie ragioni probabilmente pensano che non esista uno sport alla loro portata. "Tirare la gente fuori di casa" è un tema ricorrente in ogni confronto sugli obiettivi dei Romanes ed è stato il primo motto dei ragazzi tetraplegici che hanno fondato la squadra.

Non sono molte le persone disabili che a Roma praticano sport. Molti vivono reclusi in casa e sono difficili da scovare. Non aiutano certo gli impianti sportivi e gli spazi di socializzazione poco accessibili, così come le grandi distanze da dover percorrere in una città come Roma senza il supporto di un'adeguata rete di

mezzi pubblici accessibili. A detta dei Romanes però sono le stesse persone disabili che in primis devono fare la propria parte e imporsi uno stile di vita attivo, contrario alle aspettative e alle preoccupazioni che solitamente prova una persona con una disabilità, per giunta grave. Un posto in questa città invece i Romanes se lo sono voluto prendere e le loro porte ora sono aperte a tutti, a prescindere dall'agonismo.

La missione sociale dei Romanes nell'arco di quasi 10 anni ha finora permesso a più di 50 persone di avvicinarsi al rugby in carrozzina, sedersi su una delle loro sedie rinforzate e iniziare a spingersi da soli lungo il campo da gioco, per poi cominciare ad allenarsi e giocare nel campionato o anche solo per provare e poi dire "non fa per me" dopo il primo scontro. Le porte sono sempre aperte a tutte le persone con una disabilità motoria che riescano a usare una carrozzina da gioco manuale, che è studiata appositamente per favorire i movimenti anche delle persone con funzionalità molto ridotte. La missione sociale dei Romanes però, per attrarre nuovi atleti, stimolare sempre più persone a ottenere di più nella propria vita e rappresentare un obiettivo di crescita sportiva alla portata di tutti (perché nel rugby c'è un ruolo proprio per tutti), ha bisogno anche di una dimensione agonistica della squadra.

USI interviene a sostegno dei Romanes proprio sul tema della crescita sportiva agonistica e ha deciso di rafforzare la loro capacità di affrontare le spese di trasferta che la squadra titolare deve sostenere per partecipare al campionato italiano e ai tornei nazionali e internazionali in programma da qui al 2026, dando così ai Romanes la possibilità di inserire la partecipazione a

Rugby in carrozzina a Roma: socialità e agonismo targato USI



nuovi eventi sportivi tra i propri obiettivi di formazione. Nel 2024 il sostegno di USI ha permesso ai Romanes di partecipare alla Coppa delle Alpi che si è svolta in Francia, a Lione, il 28-29 settembre. Il primo torneo internazionale cui abbia partecipato la squadra romana, che è riuscita a guadagnare il terzo posto contro le squadre ben più navigate di Tolone, Lione e gli svizzeri di Valais Romand. Alla guida della squadra c'era l'allenatore Roberto Convito (fratello del capitano Marco) e la supervisione dell'evento è stata affidata a Olivier Cusin, allenatore della Francia in quattro edizioni delle Paralimpiadi e amico dei Romanes che regolarmente svolge workshop per atleti e tecnici a Roma e ogni estate a Piancavallo (UD) durante la Castro Rugby Academy di Martin Castrogiovanni. La Coppa delle Alpi è stato un evento come non se ne

vedono spesso in Italia. L'attenzione rivolta alle esigenze di accessibilità più fondamentali nell'alloggio e nei trasporti, lo spazio degli sponsor limitato al minimo indispensabile, il coinvolgimento e l'intrattenimento del pubblico focalizzato sull'esigenza di far conoscere e spiegare le basi delle regole del gioco. Gli organizzatori del team locale CSBJ hanno tenuto a rimarcare come il vero protagonista dell'evento fosse l'agonismo dei giocatori, la professionalità degli arbitri, il calore dei volontari e la socialità che lega tutti alla fine della competizione. Una lezione di agonismo, sportività e spirito d'iniziativa che ha insegnato tanto a giocatori, staff e dirigenti dei Romanes, anche grazie al sostegno di USI e al suo suggerimento di puntare sulla crescita agonistica di quei ragazzi che non pensavano ci fosse uno sport che attendeva solo il loro entusiasmo.





Il dott. Masina, specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia, racconta in un romanzo un delicato caso clinico.

Paziente e medico cercano entrambi il coraggio e la forza di liberare la propria vitalità sentimentale ma dovranno affrontare un intricato groviglio di contraddizioni familiari. Ci riusciranno? Sicuramente è riuscito il dott. Masina a raccontare con chiarezza e profondità conflitti interiori e situazioni complesse.

Un nuovo caso per il dott. Masina, investigatore dell'inconscio di Michele Trecca

Fluido è un aggettivo. Variamente declinabile. Tipo: sessualità fluida. Fluido è parola chiave del romanzo di Emilio Masina *Non sai mai dove sei*, e parafrasando il titolo ci sentiamo di aggiungere: E neppure chi sei. Vediamo subito perché. In realtà la nota biografica del dott. Masina aiuta a capire. Dà le coordinate.

Emilio Masina è psicologo e membro ordinario della Società Psicoanalitica italiana, *full member* dell'International Psychoanalytical Association. Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia, è stato socio fondatore della Cooperativa di aiuto psicologico agli adolescenti "Rifornamento in volo". Ha all'attivo numerose pubblicazioni scientifiche e ha insegnato presso Università e Scuole di Specializzazione in Psicoterapia.

Aggiungiamo che nel 2019 il dott. Masina ha esordito in narrativa con un romanzo (*La speranza che abbiamo di durare*, ed. Emersioni) in cui racconta il caso clinico di un amore impossibile tra uno psicanalista e una sua paziente. L'esperimento narrativo è riuscito ed ecco, quindi, un nuovo caso per il dott. Masina, investigatore dell'inconscio. Parentesi: abbondano nella letteratura dei giorni nostri (e, quindi, anche nelle *fiction* e serie varie) commissari, poliziotti e carabinieri di tutti i tipi ed ogni sesso, età e latitudine, normodotati, diversamente abili, e anche un po' veggenti. Tradizionali o irregolari... Si dice: il giallo è oggi il vero romanzo sociale. Oppure: non esistono mostri, ogni crimine è un'occasione per scoprire nuove sfaccettature dell'animo umano. Dunque: ben venga chi certe dinamiche profonde le racconta con competenza e senza... sangue ma con una passione per la conoscenza tanto genuina da dare ritmo avventuroso al racconto e possibilità a chi legge di guadagnare un nuovo punto di vista su qualche aspetto importante della realtà intorno a sé.

Veniamo al dunque. Il caso clinico oggetto del nuovo romanzo del dott. Masina ha come protagonista Alberto, un bambino di otto anni che da tempo ha l'abitudine di travestirsi da femmina. La sessualità di Alberto è incerta e in via di definizione. Fluida, appunto. Situazione delicata: «La linea fra ermafroditismo, travestitismo e transessualità era labile perché era difficile distinguere tra aspetti anatomico-biologici, vissuti psicologici del soggetto sul proprio assetto sessuale e atteggiamenti culturali. Si maneggiavano ormoni e protocolli per inibire o accelerare la pubertà, si tagliavano e si ricucivano i corpi invece di mettersi in ascolto».

Inoltre Stefano, il giovane psicoterapeuta e io narrante del roman-

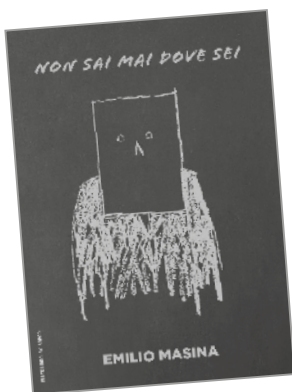
zo, benché già piuttosto «ricercato per il trattamento di bambini e adolescenti bisognosi di identificarsi con uno psicologo del loro stesso sesso», non si sente ancora riconosciuto dalla comunità professionale. Ha da poco lasciato la casa dei genitori, è andato a vivere da solo ed ha appena aperto un proprio studio, in condivisione con altri ma il distacco dalla casa di famiglia è stato piuttosto brusco per non dire traumatico («Era stata mia mamma a spingermi: *Se non ci vai tu da solo ti ci mando io con un calcio nel sedere*») ed anche la storia sentimentale con la giovane studentessa d'arte Valeria attraverso preoccupanti turbolenze nonostante sia ancora viva la magia di quel primo momento: «Esile, bionda, il viso macchiato di efelidi, un vestito semplice di organza ricamata e le ballerine ai piedi. Mi era parsa una elfa dei boschi, molto diversa dalle ragazze sostenute e tirate a lucido che ci circondavano». Intanto l'amico Giulio come un moderno Lucignolo invita Stefano alla godere-

cia svagatezza degli anni giovanili.

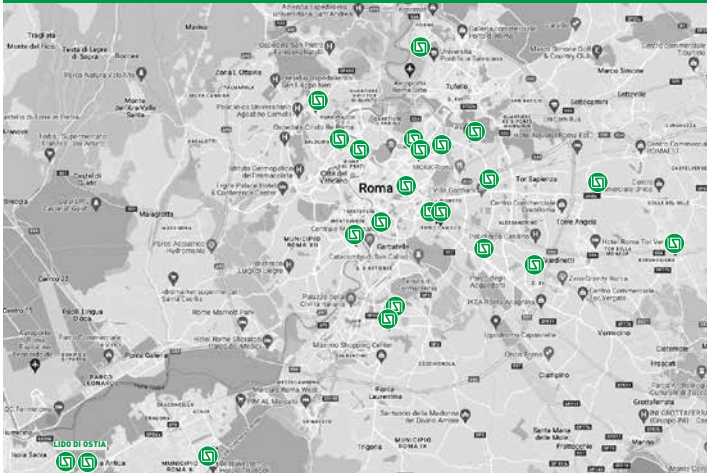
Insomma, per quanto in maniera diversa, anche per il nostro psicoterapeuta la situazione è fluida. Ricca di prospettive ma ancora incerta. La presa identitaria nient'affatto salda ma in via di definizione. L'incontro con il giovane paziente è l'occasione di mettersi in ascolto non solo dell'altro ma anche di se stesso. Le sedute terapeutiche per Stefano saranno, quindi, una sorta di tacito dialogo socratico con il proprio mondo interiore e il suo fardello di fantasmi: «Se volevo fare lo psicoterapeuta non avrei mai più potuto rimanere freddo di fronte ai pazienti, guardarli come un entomologo che esamina gli insetti con la lente di ingrandimento per poi riporli sotto una teca di cristallo. Avrei dovuto, invece, mischiare le mie emozioni alle loro». Insomma: «curare se stesso per interposta persona».

Sappiamo bene, però, da John Donne giù giù fino ad Hemingway, che *Nessun uomo è un'isola*, perciò Alberto e Stefano nel proprio cammino verso la riconquista di sé dovranno fare i conti ciascuno con la sua famiglia impegnandosi con coraggio e sofferenza a dipanare quell'intrico di contraddizioni che soffoca l'una e l'altra e, quindi, la loro vitalità sentimentale. *Tutte le famiglie felici sono uguali, ogni famiglia infelice è infelice a modo suo*, ha scritto Tolstoj in *Anna Karenina*, ma non è facile raccontare di ogni famiglia la sua specifica infelicità e le dinamiche ambientali che condizionano e formano i suoi membri. Nel suo romanzo con naturalezza discorsiva il dott. Masina è riuscito a fare luce nel cuore di due persone e delle loro case.

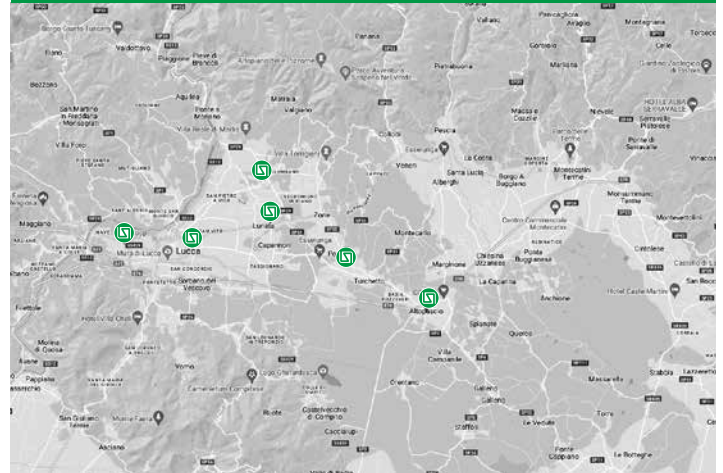
Emilio Masina, *Non sai mai dove sei*, EllediLibro, pagg. 191, € 16



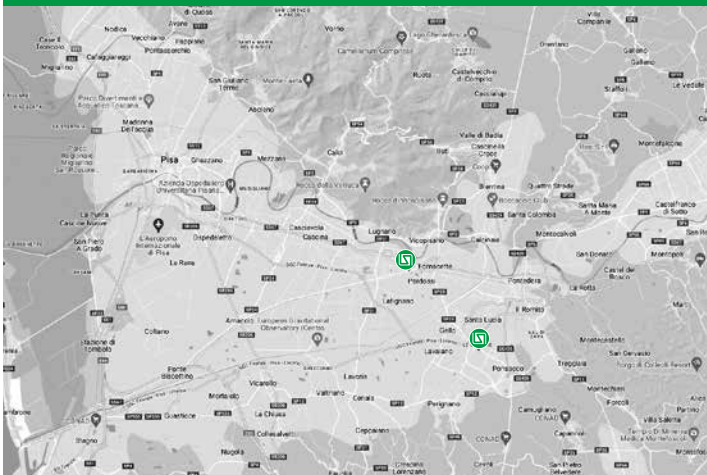
LAZIO ROMA



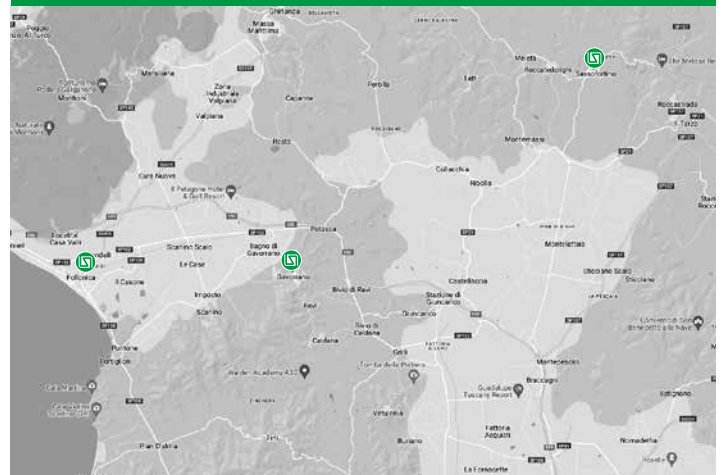
TOSCANA LUCCA



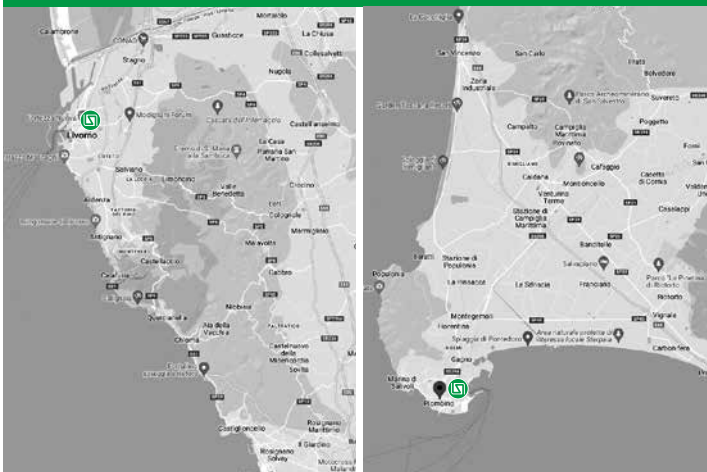
TOSCANA PISA



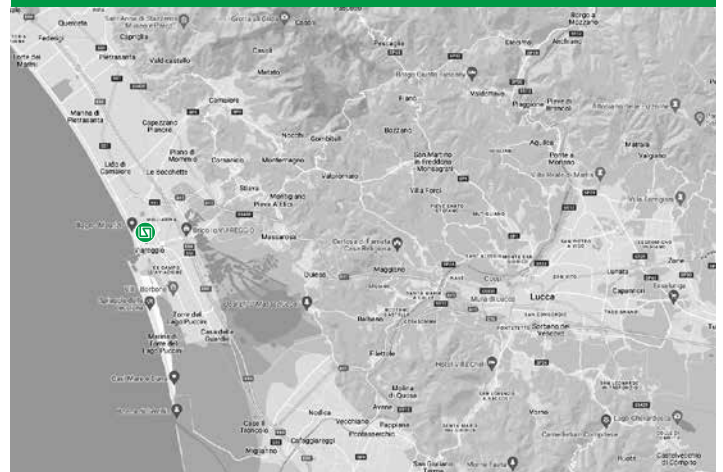
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE
Scansiona il QR-Code - www.usi.it





**FALLE GIRÀ
'STE ROTEIII**

DAL 2015 IL RUGBY PARALIMPICO A ROMA

Romanes è il primo Club che sostiene e promuove la diffusione del **wheelchair rugby** a Roma.

Siamo una **impresa sociale**, sportiva e inclusiva, capace di dare ai disabili di Roma l'opportunità di praticare uno sport di squadra **accessibile ai tetraplegici!**



“ Nel rugby in carrozzina siamo in quattro contro quattro e forse in quattro non ne facciamo uno sano, nel senso che ciascuno mette le proprie capacità residue a frutto per cercare di comporre un quadro più completo. È quindi necessario essere una persona a cui manca qualcosa, perché ci sono gli altri che hanno un ruolo che aiuta a completare un quadro più grande.
Rufo Iannelli, Presidente e Giocatore



#DACCENASPINTA

+39.333.200.5883

info@romanes.it

@romanes_rugby

romaneswr