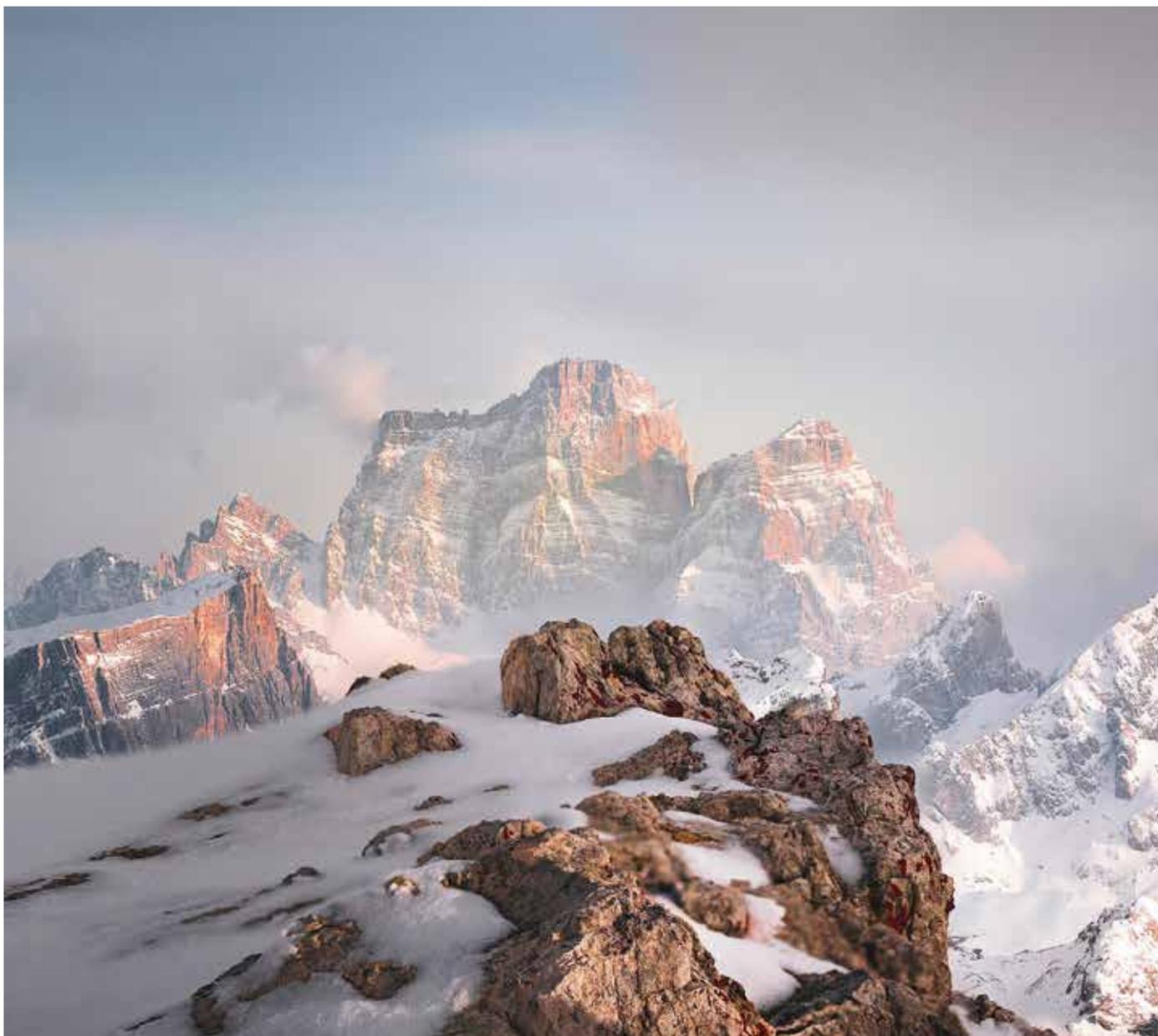




DICEMBRE 2024
VOL. 26 N.° 4

IL CADUCEO

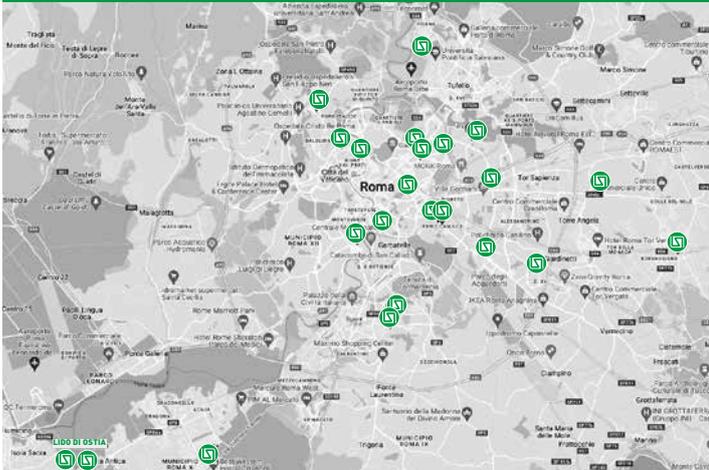


RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

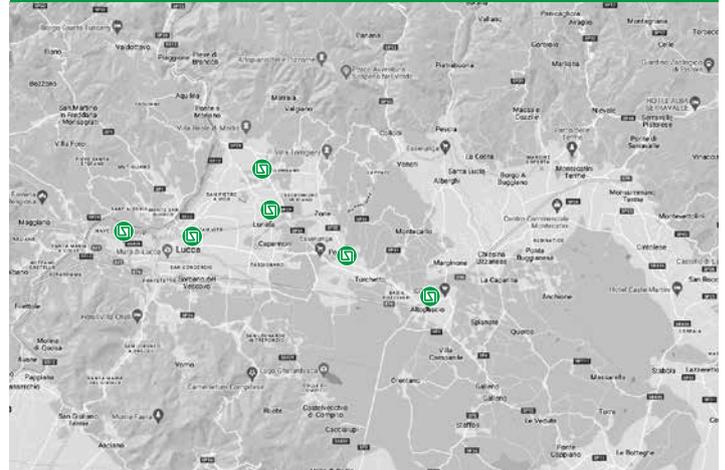


PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA

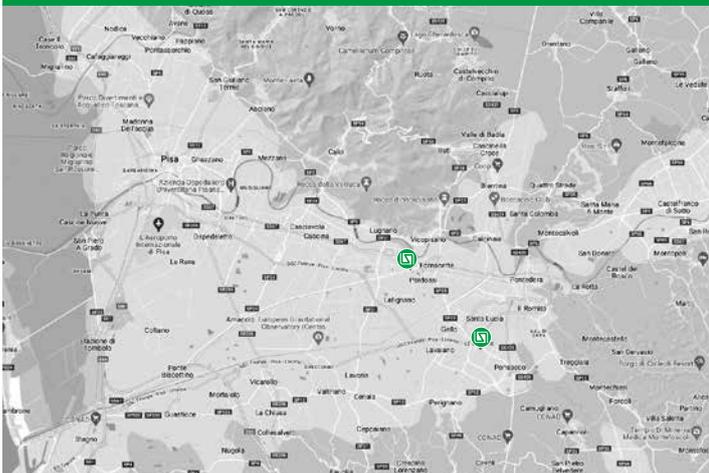
LAZIO ROMA



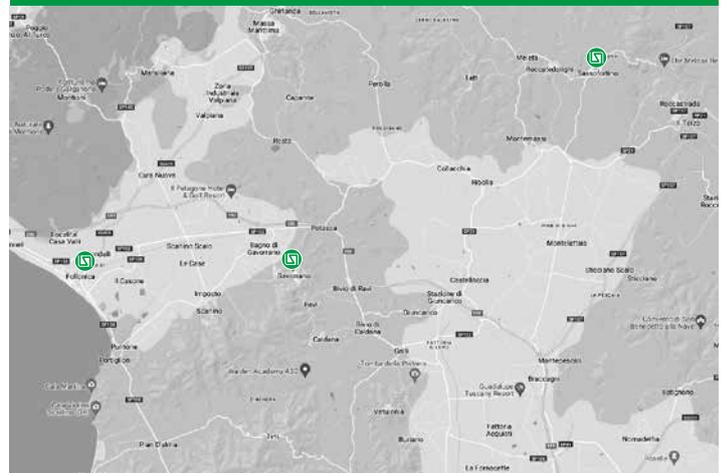
TOSCANA LUCCA



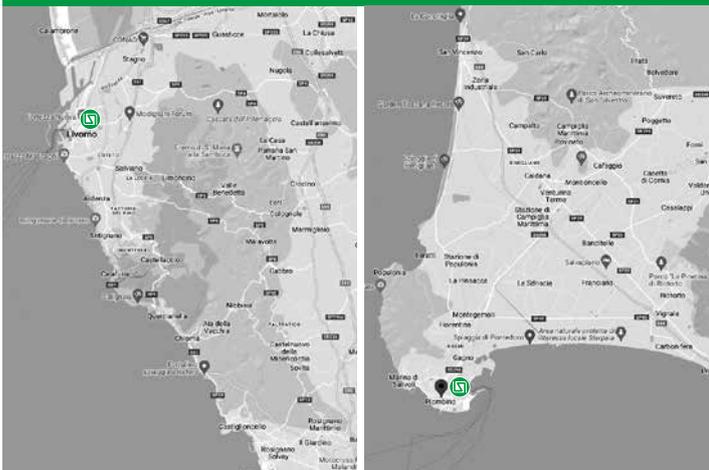
TOSCANA PISA



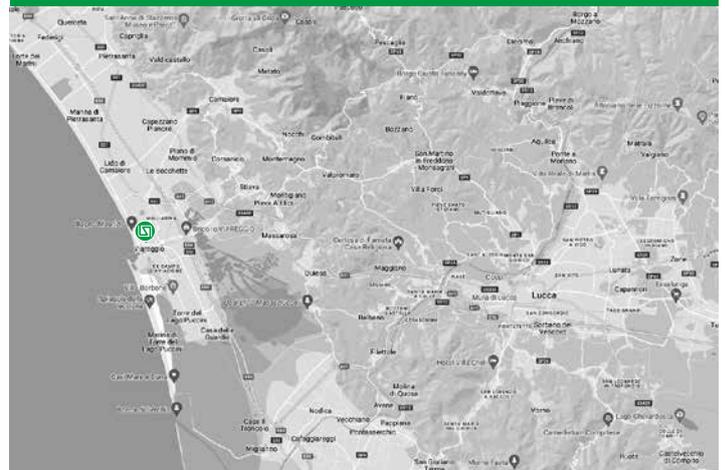
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



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



il caduceo

VOL. 26 N.° 4 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 DICEMBRE 2024
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Gianluca Grisenti
Montagna innevata
(Fonte: Pexels)

Grafica della copertina a cura di
A. Quattrucci

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita, 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. Un'alleanza per la salute:
USI e l'adozione di Piazza della Libertà
Renato Sartini
5. Influenza e complicazioni broncopolmonari
Giovanni Puglisi
9. Nutraceutici ed Otorinolaringoiatria
*E. F. A. Bellizzi, C. Marsico,
M. G. Bellizzi, M. Marsico*
12. Promuovere la prevenzione:
l'impegno di Campus Salute ETS
Jessica Petrangeli
14. Disabilità, resilienza e para-atletismo nelle
vittorie italiane alle Paralimpiadi di Parigi 2024
*Disability, resilience and para-athletics
in the Italian victories at Paris 2024 Paralympics*
Lorenzo Sergio, Giovanni Sergio
20. Ruolo della TC Coronarica
Fulvio Borzillo, Bruno Pironi
23. Diagnosi Ecocardiografica Prenatale
delle principali Cardiopatie Congenite
Marco Annicchiarico
27. Ti solleverò dai dolori...
guarirai da tutte le malattie.
Io sì, che avrò cura di te
Vito Manduca
30. Aspetti clinici ed ecografici del reflusso
gastro-esofageo e della stenosi ipertrofica
del piloro nel neonato-lattante
Fabrizio Scoscina
32. Violenza di genere, necessario
un impegno collettivo per il cambiamento
"Piaga sociale troppo rilevante
per rimanerne indifferenti"
Jessica Petrangeli
34. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:
anoressia e bulimia nervosa
Giulia Marchiani
36. Un amore senza ombre e senza scampo
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.

Un'alleanza per la salute: USI e l'adozione di Piazza della Libertà

Dott. Ing. Renato Sartini
Consigliere Municipio I Roma Centro



Linquinamento acustico, quello atmosferico e la carenza di verde sono solo alcuni dei problemi che affliggono le nostre città, mettendo a rischio o addirittura compromettendo la salute dei cittadini e la qualità della vita. Criticità che negli ultimi decenni sono state amplificate anche dagli effetti deleteri dei cambiamenti climatici sulle aree urbane. In questo contesto, l'iniziativa della Unione Sanitaria Internazionale di adottare l'area verde di Piazza della Libertà nel Rione Prati rappresenta un faro di speranza e un esempio concreto di impegno per un futuro più sostenibile e salubre. Ma soprattutto una di quelle collaborazioni virtuose tra pubblico e privato necessarie ad accelerare l'adattamento ad un clima sempre più avverso, che oramai mette in gravissima difficoltà non soltanto i cittadini più fragili ma anche quelli non affetti da particolari patologie. Del resto è di questi giorni la notizia che il 2024 è risultato essere l'anno più caldo dall'inizio delle registrazioni nel 1850, il primo in cui la temperatura media globale ha superato la faticosa soglia di 1,5 gradi centigradi tanto temuta dalla comunità scientifica internazionale. E con queste condizioni sempre più estreme nessuno può più sentirsi al sicuro, soprattutto durante i mesi estivi. Sia per le possibili

complicazioni dovute ad un caldo che fa boccheggiare chiunque che per il rischio di incendi sempre più difficili da contenere. Come quello di qualche giorno fa a Los Angeles che ha distrutto la collina in cui campeggia la scritta Hollywood o quello che a luglio dello scorso anno ha messo a dura prova Roma, bruciando anche parte della Riserva Naturale Regionale di Monte Mario.

In questi scenari sempre più catastrofici ciò che può aiutarci a contenere i danni a persone e cose sono proprio iniziative come quelle della cura del verde perché, se fatte bene, potrebbero avere impatti significativi sulla mitigazione delle isole di calore urbano la loro micidiale combinazione con le ondate di calore contribuendo a creare un microclima locale più fresco di qualche grado. Ecco perché l'adozione di Piazza della Libertà non va vista soltanto come un mero e straordinario intervento di mecenatismo volto alla pulizia e manutenzione di un bene comune, ma come uno strumento in grado di poter contribuire a quella Strategia di Adattamento Climatico di Roma approvata il 14 gennaio in Assemblea Capitolina. Col quale il Sindaco Roberto Gualtieri con l'Assessora capitolina all'Ambiente Sabrina Alfonsi indicano le azioni concrete



Eleonora Sperone con l'Ing. Renato Sartini, Consigliere Municipio I Roma Centro

Renato Sartini

per affrontare alluvioni, siccità, erosione costiera e fenomeni estremi, come lo sono anche le ondate di calore, che sono una delle chiavi di questa specifica adozione. Su mia richiesta, infatti, quale Vicepresidente della Commissione Speciale Cambiamenti Climatici del Municipio I Roma Centro, sostenuta dalla visione ambientalista e dall'entusiasmo della giovane Eleonora Sperone, proprietaria con la sua famiglia dell'Unione Sanitaria Internazionale, e favorita dalla presenza del centro medico di Via Orsini a pochi passi dal giardino pubblico tagliato da via Cola di Rienzo, la USI ha deciso di aiutarci in questa battaglia volta ad abbassare le temperature delle aree verdi. Impegnandosi in un progetto di cura e riqualificazione di questo bene comune sottoscrivendo col nostro municipio l'impegno a mantenerne la bellezza, il decoro e l'utilità finanche trasformandola nel tempo, con autorizzazioni e supervisione del Comune, in un vero e proprio polmone verde nel cuore di Roma attraverso la cura e potatura degli alberi, si nuove messe a dimora e la sostituzione di quelli compromessi o a fine vita, della piantumazione di essenze quindi piante utili a sostenere gli insetti impollinatori, sempre più a rischio estinzione. In pratica siamo di fronte all'intenzione di arricchire la biodiversità locale e rendere lo spazio più accogliente e piacevole per



Il Dott. Giancarlo Telesca, Ufficio Tecnico Normativo Sanitario - Direzione Gruppo USI, con Stefano Marin, Assessore Politiche ambientali, Rifiuti, Rapporti con i cittadini, Polizia locale Municipio I Roma Centro



Roma, piazza della Libertà, monumento a Pietro Cossa (Adolfo Sanguinetti, 1895) - Di Lalupa - Opera propria, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37309597>

i cittadini. E non soltanto per l'impatto positivo di questa iniziativa sulla salute fisica. Perché la psicologia ambientale dimostra come la presenza di aree verdi ben curate abbia effetti benefici sul benessere psicologico, quindi la salute mentale, riducendo lo stress e migliorando l'umore. Alcuni studi scientifici hanno evidenziato, ad esempio, come la vista del verde possa avere effetti positivi sulla riduzione della pressione sanguigna e sulla diminuzione dei livelli di cortisolo, l'ormone dello stress.

L'impegno della USI rappresenta di fatto un esempio virtuoso di responsabilità sociale d'impresa, dimostrando come le aziende possano contribuire attivamente alla costruzione di comunità più sane e sostenibili. Ecco perché il mio grazie va ad Eleonora ed alla sua famiglia per aver deciso di fare la differenza. Come cittadino e volontario che si impegna da sempre per l'affermazione del senso civico e della cura e tutela del bene comune non posso che sperare che l'iniziativa della USI possa essere da stimolo per l'inizio di una "gara" di solidarietà sociale per l'adozione non soltanto delle aree verdi ma anche di tutti quei beni comuni che hanno bisogno del contributo di tutti gli abitanti della città. Perché Roma siamo noi. E come canta uno dei suoi più famosi cittadini: "attenzione, nessuno si senta escluso".

Influenza e complicazioni broncopolmonari

Prof. Giovanni Puglisi

Primario Emerito
Azienda Ospedaliera S.Camillo - Forlanini
Pneumologo

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
U.S.I. Marco Polo-Ostiense - Viale Marco Polo, 41
U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3



Tantissime persone sono spesso costrette a letto a causa dell'influenza che può rivelarsi insidiosa se sopraggiungono le complicazioni broncopolmonari, la cui comparsa non è infrequente e i cui sintomi non necessariamente si manifestano in modo "clamoroso": possono cioè procedere "inosservate". E' dunque importante non sottovalutare da parte del medico questa eventualità.

EZIOLOGIA

Gli organismi patogeni direttamente responsabili dell'influenza sono i virus influenzali e ne sono stati identificati tre tipi: i tipi A e i B, responsabili della sintomatologia influenzale classica; il tipo C, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico). I virus dell'influenza A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi secondo le differenze molecolari relative alle due glicoproteine di superficie: emogglutinina (HA), che è responsabile dell'ingresso del virus nella cellula attraverso l'acido sialico ed è anche l'antigene di superficie più importante contro il quale sono diretti gli anticorpi neutralizzanti e neuraminidasi (NA), che ha attività enzimatica ed attraverso il clivaggio dei residui dell'acido sialico media il rilascio di nuove particelle di virus dalle cellule infettate. Tale attività enzimatica è inibita dai farmaci antivirali (oseltamivir e zanamivir).

SINTOMI DELL'INFLUENZA E DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE COMPLICANZE BRONCOPOLMONARI

Durante un'epidemia influenzale, come già riferito, possiamo trovarci di fronte a complicazioni di natura respiratoria. Proviamo a illustrarne e approfondirne gli aspetti. La maggior parte delle persone guarisce dall'influenza entro una settimana senza richiedere cure mediche e raramente manifesta complicazioni. Si parla in questi casi di influenza non complicata e i sintomi che l'accompagnano hanno appunto generalmente la durata di sette giorni o poco più. Ricordiamoli: febbre, che si presenta improvvisamente e può essere alta con puntate anche fino a 39-40°C, accompagnata da dolori ossei e muscolari diffusi; cefalea, mal di gola, tosse non produttiva, secrezione nasale; ancora possono manifestarsi dolore dietro agli occhi, fastidio all'esposizione alla luce (fotofobia), inappetenza e intenso malessere generale. Tuttavia in alcuni casi possono verificarsi complicanze respiratorie anche gravi. I soggetti più a rischio sono donne in gravidanza, bambini fra i 6 mesi e i 5 anni, anziani, pazienti con co-

morbilità e malattie croniche (es. pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva), immunodepressi. Quando parliamo di complicanze respiratorie parliamo di polmonite che può essere: a) - polmonite virale primaria (in questo caso l'agente che causa l'influenza è direttamente responsabile anche dell'infezione polmonare: i virus aggrediscono l'epitelio bronchiale causando una bronchiolite e l'infezione si può estendere all'interstizio bronchiale e agli alveoli provocando appunto una polmonite. Le aree interessate dall'azione del virus si presentano congestionate e a volte anche emorragiche ed è presente una forte reazione infiammatoria. Gli alveoli possono contenere fibrina, cellule mononucleate e meno frequentemente neutrofili. Nei casi gravi, è possibile la presenza di membrane ialine); b) - polmonite secondaria. L'infezione da virus influenzale è spesso complicata da polmoniti batteriche secondarie. Tra i batteri principali il responsabile più frequente è lo Pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*), seguito dallo *Staphylococcus aureus*. In altri casi sono responsabili altri microrganismi, come l'*Haemophilus influenzae* e i bacilli Gram-negativi; c) - polmonite virale + polmonite batterica.

Non è agevole distinguere se la polmonite sia di origine virale o batterica. Non vi sono certezze in questo campo per la variabilità e genericità dei sintomi e degli aspetti clinico-radiologici. Può essere sufficiente formulare una diagnosi prendendo spunto da studi scientifici secondo cui era stato rilevato che i pazienti con infezioni virali erano più grandi d'età di quelli senza infezioni virali, che gli stessi avevano più probabilità di avere una cardiopatia sottostante e tendevano ad essere più fragili di quelli con polmonite batterica? La risposta è scontata. E' un esempio per ribadire la parzialità e incompletezza dei dati diagnostici a disposizione. Tuttavia, alcuni elementi possono orientare verso l'una o l'altra infezione. Si può sospettare una polmonite influenzale quando i sintomi persistono e aumentano invece di estinguersi in un paziente con l'influenza acuta. Febbre alta, dispnea e cianosi sono ulteriori segni. L'evoluzione verso la polmonite virale è caratterizzata da febbre persistente, dispnea e tosse secca con poco catarro. Ci può essere una evoluzione in sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) che necessita di un trattamento in reparti di terapia intensiva. La polmonite batterica tende a manifestarsi in una fase più tardiva, quando i sintomi influenzali hanno già iniziato a regredire. Dopo un miglioramento del quadro clinico, si ha dunque la ricomparsa della feb-

bre, tosse produttiva con escreato mucopurulento. Il dolore toracico sembrerebbe molto più comune in quei pazienti con un'infezione virale rispetto a quelli con un'infezione batterica.

QUADRI RADIOLOGICI

Le tipiche manifestazioni radiografiche di polmonite influenzale primaria tendono a manifestare aspetti di tipo interstiziale (Fig.1), mentre in corso di sovrainfezione batterica le radiografie del torace mostrano aree focali del consolidamento (Fig 2).



Fig. 1: Polmonite virale

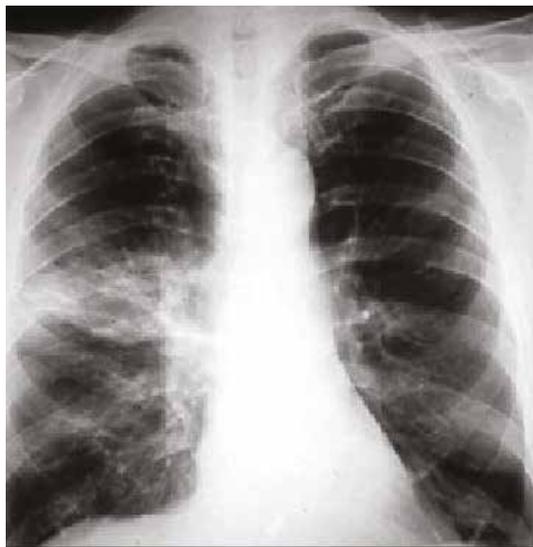


Fig.2: Polmonite batterica (da Pneumococco)

Un aspetto caratteristico delle forme virali è la discrepanza esistente tra segni radiologici, piuttosto evidenti, e segni clinici oggettivi decisamente trascurabili. Quindi, anche l'esame radiologico del torace ha soltanto valore indicativo e la certezza che la forma polmonitica sia di natura virale può essere fornita soltanto da ricerche eseguite da specialisti virologi in laboratori opportunamente attrezzati. Per

quanto riguarda il laboratorio, la leucopenia (riduzione del numero dei globuli bianchi) sarebbe caratteristica dell'infezione virale mentre la leucocitosi (aumento del numero dei globuli bianchi) dell'infezione batterica.

ASPETTI TERAPEUTICI

Per quanto riguarda il trattamento terapeutico vi è da evidenziare che i tre passaggi per il controllo delle infezioni respiratorie virali sono la prevenzione dell'esposizione, il rafforzamento dello stato immunitario e la somministrazione di farmaci antivirali. Nel caso inoltre di sovrainfezione batterica, antibiotico terapia. Giova qui ricordare, per opportunità e facilitazione comunicativa, dell'importanza delle misure di carattere preventivo, di sorveglianza e di controllo e della vaccinazione, aspetti che riguardano l'epidemia influenzale. Le persone in forma e sane, di solito non hanno necessità di consultare un medico nel caso in cui contraggano l'influenza o abbiano sintomi simil-influenzali. Il miglior rimedio è il riposo a casa, stare al caldo e bere molta acqua per evitare la disidratazione e seguire una dieta equilibrata prevalentemente liquida (es. brodo, latte, spremute di frutta) indispensabile per reintegrare i sali minerali persi per l'abbondante sudorazione; è utile l'umidificazione degli ambienti. È opportuno non andare al lavoro o a scuola fino alla guarigione che per la maggior parte delle persone, richiede, lo si ripete, circa una settimana. Il paziente dovrà astenersi dal fumo e dal consumo di alcolici, comportamenti che contribuiscono ad aggravare la sofferenza del sistema ciliare dell'apparato respiratorio già colpito dal virus. La terapia dell'influenza è sostanzialmente procedura per alleviare i sintomi. Si possono quindi utilizzare, se necessario, farmaci sintomatici come il paracetamolo o ibuprofene che agiscono abbassando la temperatura corporea, alleviando il dolore e permettendo una respirazione libera da ostruzioni. A proposito degli antipiretici, dal momento che la febbre è un meccanismo di difesa del nostro organismo, è bene impiegarli solo quando la febbre è elevata o provoca disagi come forte mal di testa e forti dolori muscolari. Il Ministero della Salute ribadisce che la vaccinazione rappresenta la migliore strategia per la prevenzione delle complicanze delle infezioni da virus influenzali. Da alcuni anni esistono i farmaci antivirali specifici per l'influenza il cui uso può ridurre il ricorso ai ricoveri e la durata della malattia. Il loro uso routinario non è appropriato, data la modesta attività terapeutica, a fronte della possibilità di eventi avversi (nausea, vomito, disturbi neuropsichiatrici, alterazioni della funzione renale), oltre che di fenomeni di resistenza. Esistono due classi di farmaci antivirali impiegabili nell'influenza: gli inibitori della proteina virale M2 (amantadina e rimantadina), sostanzialmente non presenti nella pratica clinica per la comparsa di ceppi virali a loro resistenti e gli inibitori della neuraminidasi (Oseltamivir e Zanamivir: il primo in compresse e sciroppo, il secondo come polvere inalatoria: premesso che devono essere assunti su prescrizione e sotto controllo medico, in caso di contagio la loro somministrazione deve avvenire

nire precocemente (al massimo entro 48 dall'insorgenza dei sintomi). Si usano, lo si ripete, in casi selezionati (se sono presenti condizioni di rischio, o altre situazioni di fragilità) per ridurre la durata della sindrome influenzale e per diminuire la percentuale di pazienti che sviluppano complicazioni dell'influenza e il numero di ricoveri (il ricorso alla loro somministrazione è tuttora controverso). Agiscono in maniera specifica sul virus dell'influenza, bloccando alcuni degli enzimi presenti sulla sua superficie, noti come neuraminidasi. Quando tali enzimi vengono bloccati, il virus non può diffondersi. La dose di Oseltamivir raccomandata per via orale è di 75 mg due volte al giorno per 5 giorni per il trattamento della sindrome influenzale negli adulti mentre in età pediatrica (1-12 anni) la dose viene adattata al loro peso usando preferibilmente la sospensione orale. È stata formulata una raccomandazione riguardante l'efficacia dell'Oseltamivir che considera la possibilità di profilassi post esposizione in soggetti non vaccinati istituzionalizzati (per esempio soggetti che vivono in residenze sanitarie assistite). Nella prevenzione dell'influenza, l'Oseltamivir deve essere somministrato entro i primi due giorni dal contatto con persone influenzate in una dose unica una volta al giorno per un massimo di 6 settimane. Per la posologia pediatrica è bene concordare il dosaggio con il pediatra.

Per quanto riguarda lo Zanamivir, il trattamento deve iniziare il più presto possibile, entro 48 ore dopo l'insorgenza dei sintomi per gli adulti ed entro le 36 ore dopo l'insorgenza dei sintomi per i bambini. Il farmaco va somministrato per via inalatoria per mezzo del dispositivo annesso. La dose raccomandata per il trattamento dell'influenza negli adulti e nei bambini dall'età di 5 anni è di 2 inalazioni (2 x 5 mg) due volte al giorno per 5 giorni, per un totale di 20 mg al giorno di dose inalata. Nel caso dell'impiego del farmaco per la prevenzione dell'influenza, dopo un contatto stretto con soggetto affetto da influenza, è di 2 inalazioni (2 x 5 mg) una volta al giorno per 10 giorni. La terapia deve iniziare il più presto possibile ed entro le 36 ore dal contatto con una persona con infezione. Da un punto di vista pratico però l'elevata specificità di questi farmaci per i virus dell'influenza (non sono infatti attivi nei confronti degli altri virus responsabili di sintomi simil-influenzali) costituisce un limite al loro utilizzo. In pratica, poiché solo in base alla visita è difficile attribuire con certezza il quadro clinico al virus dell'influenza e non a virus simili, al di fuori di epidemie particolarmente estese, nelle quali la probabilità che i soggetti siano davvero infettati dal virus influenzale sono maggiori, c'è il rischio di impiegare questi medicinali in casi non dovuti ai virus influenzali.

Nella classica influenza gli antibiotici sono inutili e non vanno utilizzati; anzi il loro uso può rivelarsi addirittura dannoso per la possibilità di determinare un'alterazione della flora batterica delle prime vie respiratorie, con conseguente possibilità di favorire una superinfezione da parte di un microrganismo resistente.

Gli antibiotici trovano invece indicazione nelle

complicanze batteriche broncopolmonari. Il trattamento a domicilio consiste nella terapia antibiotica empirica. I trattamenti antibiotici suggeriti dalla maggior parte delle Linee Guida sono di fatto non riassumibili in uno schema unico. Si può iniziare con una aminopenicillina (\pm acido Clavulanic) ed eventualmente associare un macrolide (es. claritromicina) in base all'importanza del caso. In caso di allergia alle betalattamine, si può prendere in considerazione un chinolonico di III generazione (es. levofloxacina) che ha una buona efficacia nei confronti dello pneumococco. Il medico curante gestirà dosaggio e durata della terapia.

La terapia empirica nei pazienti ricoverati in ospedale prevede in linea generale l'associazione di una cefalosporina parenterale con macrolide o, in alternativa, l'impiego di un chinolonico con elevata attività nei confronti dello pneumococco. Ovviamente lo schema di terapia antibiotica ospedaliera citata potrà essere sostituito da scelte terapeutiche che costringono: ad un ricorso a politerapie con più di due antibiotici per quadri clinici impegnati (forme estese, ascessualizzate, insuccessi di precedenti terapie); ad un utilizzo di più antibiotici o a frequenti variazioni di terapia per mancata o insufficiente risposta, o lenta risoluzione, adeguamento all'antibiogramma, effetti indesiderati o tossici di antibiotici in trattamento prolungato (aminoglicosidi); ad un ricorso ad antibiotici particolari (carbapenemici, glicopeptidi, imidazolici, lincosamidi); a trattamenti prolungati.

BIBLIOGRAFIA

1. Rothberg MB, Haessler SD, Brown RB. Complications of viral influenza. *Am J Med* 2008;121:258-64.
2. Chang L.Y., Shih S.R., Shao P.L., Huang D.T., Huang L.M. Novel swine-origin influenza virus A (H1N1): the first pandemic of the 21 century. *J. Formos. Med. Ass.* 108, 7, 526-532, 2009.
3. Loubet P, Loulergue P, Galtier F, et al. Seasonal influenza vaccination of high-risk adults. *Expert Rev Vaccines* 2016;5:1507-18.
4. Cox N.J., Subbarao K. Influenza. *Lancet* 354, 9186, 1277-1282, 1999.
5. Mertz D, Kim TH, Johnstone J, et al. Populations at risk for severe or complicated influenza illness: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;347:f5061.
6. Small P.A. Influenza: pathogenesis and host defense. *Hosp. Pract.* 25, 51-62, 1990.
7. Mannino S, Villa M, Apolone G, et al. Effectiveness of adjuvanted influenza vaccination in elderly subjects in northern Italy. *Am J Epidemiol* 2012;176:527-33
8. Mallia P, Johnston S. Influenza infection and COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2007;2:55-64.
9. Rello J., Rodriguez A., Ibanez P., et al. Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by influenza A in Spain. *Crit. Care* 13, R14, 2009.
10. Agarwal P.P., Cinti S., Kazerooni E.A. Chest radiographic and CT findings in novel swine-origin influenza A (S-OIV) infection. *AJR Am. J. Roentgenol.* 193, 6, 1488-1493, 2009.
11. Dutkowski R. Oseltamivir in seasonal influenza: cu-

- mulative experience in low- and high-risk patients. *J Antimicrob Chemother.* 2010;65(Suppl. 2)
12. Jefferson T.O., Rivetti D., Di Pietrantonj C., Rivetti A., Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2)
 13. Juurlink D.N., Stukel T.A., Kwong J., Kopp A., McGeer A., Upshur R.E. Guillain-Barré syndrome after influenza vaccination in adults: a population-based study. *Arch Intern Med.* 2006;166:2217–2221.
 14. Jhung M.A., Swerdlow D., Olsen S.J., Jernigan D., Biggerstaff M., Kamimoto L. Epidemiology of 2009 pandemic influenza A in the United States. *Clin Infect Dis.* 2011;52(Suppl. 1):S13–S26.
 15. Kaufman M.A., Duke G.J., McGain F., French C., Aboltins C., Lane G. Life-threatening respiratory failure from H1N1 influenza 09 (human swine influenza) *Med J Aust.* 2009;191:154–156.
 16. Rothberg M.B., Haessler S.D. Complications of seasonal and pandemic influenza. *Crit Care Med.* 2010;38(Suppl. 4):e91–e97.
 17. Petrova VN, Russell CA. The evolution of seasonal influenza viruses. *Nat Rev Microbiol* 2018;16:47-60.
 18. Bellomo R., Pettilä V., Webb S.A.R., Bailey M., Howe B., Seppelt I.M. Acute kidney injury and 2009 H1N1 influenza-related critical illness. *Contrib Nephrol.* 2010;165:310–314.
 19. McCullers J.A. Insights into the interaction between influenza virus and pneumococcus. *Clin Microbiol Rev.* 2006;19:571–582.
 20. Wiramus S., Martin C. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in intensive care unit over the world, epidemiological assessment in January 2010. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010;29:87–90.
 21. Ferraris O., Escuret V., Bouscambert-Duchamp M., Lina B., Morfin F. Role of neuraminidase inhibitors for the treatment of influenza A virus infections. *Pathol Biol.* 2010;58:e69–e78.
 22. He G., Massarella J., Ward P. Clinical pharmacokinetics of the prodrug oseltamivir and its active metabolite Ro 64-0802. *Clin Pharmacokinet.* 1999;37:471–484.
 23. Smith J.R., Ariano R.E., Toovey S. The use of antiviral agents for the management of severe influenza. *Crit Care Med.* 2010;38(Suppl. 4):e43–e51.
 24. Leung T.W., Tai A.L., Cheng P.K., Kong M.S., Lim W. Detection of an oseltamivir-resistant pandemic influenza A/H1N1 virus in Hong Kong. *J Clin Virol.* 2009;46:298–299.
 25. G. Brankston et al. Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis* (2007)
 26. T.B. Melchior et al. Influenza virus prevalence in asymptomatic and symptomatic subjects during pandemic and postpandemic periods. *Am J Infect Control* (2015)1.
 27. Jefferson T.O., Rivetti D., Di Pietrantonj C., Rivetti A., Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD001269.
 28. Smith G.R., Ariano R.E., Toovey S. The use of antiviral agents for the management of severe influenza. *Crit Care Med.* 2010;38(Suppl. 4):e43–e51
 29. Valdespino-Gomez J.L., Garcia-Garcia L., de León-Rosales S.P. Vaccines against influenza A (H1N1) pandemic. *Arch Med Res.* 2009;40:693–704.
 30. Moscona A. Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Engl J Med.* 2005;353:1363–1373.



Nutraceutici ed Otorinolaringoiatria

*E. F. A. Bellizzi **, *C. Marsico ***, *M. G. Bellizzi ****, *M. Marsico *****

*Consulente Otorinolaringoiatra U.S.I. - Roma

**Otorinolaringoiatra - Libero Professionista - Roma

***Specializzando in Otorinolaringoiatria

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "La Sapienza" di Roma

****Dottore in Ingegneria Industriale indirizzo Agroindustriale

Dipartimento di Ingegneria "Università Niccolò Cusano" - Roma



La canestra di frutta di Caravaggio (1597-1600)

Gli alimenti non sono ingeriti solamente per apportare all'organismo nutrienti utili a soddisfarne i soli bisogni nutritivi: energetici, idrici, e costitutivi (ad esempio gli acidi grassi che formano i fosfolipidi della membrana cellulare e gli aminoacidi sono indispensabili per la sintesi proteica), ma anche altri nutrienti che hanno contemporaneamente anche un effetto fisiologico. Ne è un esempio, la cellulosa, fibra alimentare, omopolimero del glucosio, in cui le molecole sono unite tra loro da un legame 1-4 beta glicosidico che l'organismo umano non è capace di scindere, per cui la cellulosa non è utilizzabile come nutrimento e resta non digerita nell'intestino. Ma la cellulosa, componente essenziale di frutta e verdura, pur non essendo utilizzabile come nutritivo svolge un ruolo molto importante nella fisiologia della motilità intestinale.

Gli alimenti apportano, quindi, non solo nutrienti con funzione nutritiva, ma anche dei loro componenti che posseggono un effetto fisiologico indispensabili al mantenimento del buon funzionamento dell'organismo: i nutraceutici. La dieta non è solo, quindi, un insieme di alimenti che soddisfano il fabbisogno nutritivo dell'organismo, ma anche la fonte di nutrienti fisiologici indispensabili per il suo regolare funzionamento al fine di mantenerne un buon stato di salute. La medicina del XXI secolo nel mondo occidentale ha davanti a sé una grande sfida, determinata dal prolungamento della vita media della popolazione: assicura-

re e migliorare la qualità della vita nell'invecchiamento, attraverso il mantenimento di un buon stato di salute. Tra i fattori che hanno determinato l'allungamento della vita, oltre ai grandi progressi della medicina, vi sono sicuramente le migliorate condizioni economiche con conseguente maggiore disponibilità di cibo: carni e prodotti alimentari ricchi di proteine, alimenti dolci, frutta, verdure, etc... un tempo disponibili solo ai ceti più ricchi. Questo ha determinato un generale aumento dei consumi degli alimenti e l'insorgenza di nuove abitudini che privilegiano il consumo della carne, alimenti a base di zucchero o di pane raffinato (pane bianco). Tutto ciò ha comportato una vera rivoluzione nelle abitudini alimentari dei paesi occidentali che, se da un lato ha portato alla scomparsa di patologie legate alla malnutrizione, dall'altro ha determinato una maggior incidenza di malattie come il diabete, la sindrome metabolica e le malattie cardiovascolari. L'alimentazione può essere, pertanto, uno strumento estremamente utile per avere e mantenere un buon stato di salute. Questo rapporto stretto tra alimentazione e stato di salute era già conosciuto fin dall'antichità. "Fa che il cibo sia la tua medicina e la medicina sia il tuo cibo!": affermava Ippocrate, padre della medicina occidentale. Quest'affermazione esprime l'importanza che già gli antichi greci davano all'alimentazione ed allo stile di vita per il mantenimento della salute. Lo stesso concetto era ed è alla base della

teoria di promozione della salute e prevenzione delle malattie del sistema medico più antico e più a lungo praticato nel mondo, conosciuto come l'Ayurveda, la "scienza della vita", che afferma nel Caraka Samhita Sutrasthana, 700 a.C., : "il corpo fisico è il prodotto della dieta e degli stimoli sensoriali", facendo riferimento chiaramente agli effetti dello stile di vita sul corpo umano, ed anche nella Bibbia leggiamo inoltre: "Ecco, io vi do ogni erba che produce seme e che è su tutta la terra e ogni albero in cui è il frutto, che produce seme: questi saranno il vostro cibo"(Genesi, 1:29).

Fino a giungere al XIX secolo in cui il filosofo materialista Feuerbach asseriva : "siamo quello che mangiamo", però è negli anni '80 del secolo scorso che questi concetti divengono programma politico-sociale ad opera del governo giapponese che decideva di promuovere la ricerca e la produzione di alimenti con principi salutaris in grado di migliorare lo stato di salute dei propri cittadini di fronte all'aumento della vita media, intuendo che il mantenimento della salute nell'età avanzata non era un solo grande investimento sociale ma soprattutto economico per diminuire le spese sanitarie a carico della collettività.

In questo clima di rinnovato interesse verso l'alimentazione intesa come cura, nel 1989 viene creato il termine di *Nutraceutica* da Stephen De Felice, fondatore e presidente della *Fondazione per l'innovazione in Medicina*, unendo i termini "nutrizione" e "farmaceutica", per indicare una disciplina che studia "i componenti alimentari o i principi attivi presenti negli alimenti che hanno effetti positivi per il benessere e la salute, ivi inclusi la prevenzione ed il trattamento delle malattie".

Quindi, la nutraceutica ha come finalità primaria l'individuazione dei principi nutraceutici presenti negli alimenti, ma deve anche fornire indicazioni utili sulla loro fruibilità, intendendo per fruibilità la facilità di assunzione e la loro presenza quantitativa nell'alimento, al fine di stabilire le dosi giornaliere da assumere di un determinato cibo per soddisfare l'apporto di elemento nutraceutico per ottenere un effetto terapeutico.

Il campo di studio e di applicazione della nutraceutica è, quindi, estremamente vasto, e non sempre è tutt'oggi ben definito, va dai principi attivi degli alimenti, agli integratori alimentari, agli alimenti funzionali naturali o arricchiti fino ai "designer food", cioè gli alimenti ingegnerizzati.

Ne discende che con il termine "nutraceutico" viene identificato un alimento o parte di un alimento di origine vegetale, animale o microbiologica avente una potenziale attività salutistica e, pertanto, a confine tra l'alimento ed il farmaco.

Nutraceutica ed otorinolaringoiatria

Essendo l'otorinolaringoiatria la branca della medicina che studia gli organi e le strutture localizzate nel distretto testa-collo che sono rappresentate dalle prime vie respiratorie e digestive, e dagli organi di senso come l'olfatto, il gusto e l'udito e dai nervi cranici devo affrontare patologie e disturbi molto diversi tra loro che vanno dalle patologie infiammatorie e neoplastiche delle prime vie respiratorie e digestive alle patologie neurologiche a carico degli organi di senso e dei nervi cranici. Pertanto, anche la terapia sia medica che chirurgica è molto diversificata ed in parti-



Foto di Natural Herbs Clinic da Pixabay

colare quella medica può anche avvalersi dell'utilizzo di nutraceutici che, in particolare, vengono utilizzati nella prevenzione e nel trattamento delle infiammazioni e nei disturbi delle prime vie respiratorie (riniti, faringiti, laringiti), e nella cura di alcuni disturbi degli organi di senso (acufeni, vertigini, ipoacusia, iposmie, etc..) e dei nervi cranici (nevralgie e paresi).

La prevenzione delle infezioni delle prime vie respiratorie ed il mantenimento del loro buon stato di salute trova il suo primo fondamento nel mantenimento della pervietà delle cavità nasali, che consente il riscaldamento, l'umidificazione e la filtrazione dell'aria inspirata prima difesa delle vie respiratorie inferiori e dei polmoni. Queste funzioni fisiologiche nasali sono aidate dalle irrigazioni nasali con soluzioni saline, ancor oggi, molto utilizzate sia per il loro effetto decongestionante sulla mucosa ma anche per la loro azione meccanica che consente la rimozione del muco, talora infetto, e quindi potenzialmente capace di trasmettere agenti patogeni se inalato o deglutito.

La letteratura, in particolare fitoterapica, riporta un effetto benefico del pelargonio, dell'olmaria e del sambuco nel raffreddore comune e nella sindrome influenzale, nella rinite allergica della spirulina e della capsicina nelle riniti non allergiche.

Anche la vitamina C ha dimostrato, da tempo, di poter ridurre la durata dei sintomi del raffreddore e della sindrome influenzale, oltre ad essere un valido aiuto in generale nella prevenzione di tutte le infezioni delle prime vie respiratorie, avendo proprietà immunostimolante.

Conosciuto è il ruolo antiedemigeno della bromelina, enzima contenuto particolarmente nell'ananas, sia nell'edema sia infiammatorio delle mucose delle prime vie respiratorie come nelle rino-sinusiti, nelle faringiti e laringiti acute, ed anche nell'edema traumatico delle strutture facciali.

Un ruolo importante nella cura delle faringo-laringiti, nella medicina tradizionale è stato sempre attribuito al miele sia come emolliente, in particolare faringeo, sia per il trattamento sintomatico della tosse.

E sempre altro ruolo importante nella medicina tradizionale, ma anche riconosciuto da studi più recenti, è l'azione benefica della propoli, considerato come il più efficace antimicrobico naturale.

La curcumina, l'andrographis, l'aglio, il timo, il resveratrolo, lo zinco, il selenio e la vitamina D vengono riportati dalla letteratura per le proprietà benefiche sulle prime vie respiratorie sia per loro l'attività immunostimolante (andrographis, lo zinco, il selenio e la vitamina D), antinfiammatorie (curcumina, resveratrolo) ed antimicrobiche (aglio, timo).

Ultimamente, è particolarmente studiato un probiotico orale, lo *Streptococcus salivarius* K12 che sembra capace di prevenire, in particolare, nei bambini le tonsilliti da streptococco B-emolitico e le otite medie con un'azione competitiva, essendo lo *Streptococcus salivarius* K12 un saprofito della cavità orale e del faringe, e per la capacità di produrre sostanze antibatteriche dirette verso i batteri patogeni del cavo oro-faringeo. Numerosi sono i nutraceutici e gli integratori alimentari di cui sono componenti proposti per il trattamento di disturbi riferibili all'orecchio interno, come acufeni e vertigini, questo anche a causa della carenza di farmaci in grado di risolverli in modo permanente. Questa difficoltà terapeutica è sicuramente dovuta a più fattori: l'anatomia, per la particolare vascolarizzazione terminale dell'orecchio; la fisiologia, per la necessità di un bisogno marcato di energia da parte delle strutture uditive gravate da un notevole dispendio energetico; l'incapacità rigenerativa delle cellule ciliari uditive al contrario esposte continuamente a potenziali danni (traumi acustici, agenti infettivi o tossici, insulti ischemici); ed il processo degenerativo, essendo le cellule uditive esposte al processo involutivo fisiologico accentuato da un'attività sensoriale ininterrotta che inizia già dalla vita fetale.

Partendo da questi dati fisiopatologici i nutraceutici utilizzabili nei disturbi audio-vestibolari devono possedere alcune proprietà: antiossidanti, regolatrici del microcircolo e neuroprotettrici.

È largamente riconosciuto il ruolo importante e benefico degli antiossidanti nelle patologie uditive, tra essi vi sono diversi preparati vitaminici, alcuni dei quali sono stati proposti per il trattamento dell'acufene idiopatico e dell'ipoacusia improvvisa idiopatica. Nell'ipoacusia improvvisa tra le diverse proposte terapeutiche vi è l'associazione tra vitamina E e vitamina C, proprio per la loro azione sinergica antiossidante. La vitamina E è anche proposta dalla Letteratura, come utile a contrastare la tossicità da glutammato, sostanza tossica che si produce a livello delle cellule uditive a causa di diverse noxae, come ad esempio il trauma acustico. Sempre nel trauma acustico un effetto protettivo sarebbe svolto dalla vitamina C in associazione di vitamina A, E, ed il magnesio.

L'assunzione di vitamina C sarebbe utile, anche, nel contrasto della presbiacusia effetto condiviso con i carotenoidi (β -carotene, β -cryptoxantina) precursori della vitamina A ed i folati.

Un effetto otoprotettivo su tutte le strutture dell'ap-

parato uditivo avrebbero anche altri nutraceutici, generalmente, considerati neuroprotettori come l'acido alfalipoico, la N-Acetilcisteina, l'acetil-L-carnitina e la melatonina. Infine, molto citato e studiato in letteratura, è l'effetto del Ginkgo biloba, in particolare, nella cura degli acufeni per la sua azione vasodilatatrice e regolatrice del microcircolo, con l'avvertenza a non utilizzarlo nei pazienti in terapia anticoagulante.

La complessità anatomo-fisiologica del sistema vestibolare è la possibile diversa eziologia del sintomo vertigine legato, sia a disordini del sistema nervoso centrale sia ad alterazioni dell'orecchio interno, rendono difficile una proposta terapeutica anche nutraceutica per la cura delle vertigini.

Il Ginkgo biloba, molto utilizzato, è ritenuto valido per i casi di vertigine di sospetta natura vascolare. La vitamina D è stata proposta, nel trattamento della vertigine parossistica benigna per la sua azione protettiva e regolatrice sugli otoconi.

La somministrazione del complesso polivitaminico B sarebbe suffragata dall'azione neurotrofica nota di questo complesso che si espletterebbe anche a livello neurovestibolare, in particolare a livello dell'VIII nervo cranico. Sono stati, inoltre, proposti cereali a speciale processazione per il trattamento della malattia di Ménière, sulla base di una loro funzione antiseccretoria antivasopressina ma i risultati non sono univoci e necessitano di ulteriori studi.

Spesso per la continuità anatomica e funzionale tra il labirinto anteriore e posteriore determina che i diversi preparati proposti per la loro azione cocleotrofica sono generalmente utilizzabili anche nel trattamento del comparto vestibolare.

Infine è stato proposto anche l'utilizzo di nutraceutici nella terapia oncologica otorinolaringoiatrica come lo zinco nel carcinoma rinofaringeo trattato con associazione radio-chemioterapica in cui agirebbe attraverso una pluralità di meccanismi adiuvanti; oltre ad altri nutraceutici considerati promettenti per la chemioprevenzione dei tumori del distretto testa-collo come la curcumina, il tè verde e il resveratrolo, che tuttavia necessitano di ulteriori studi.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Piero F. Nutraceutici e disturbi otorinolaringoiatrici in Cicero A.F.G. Trattato Italiano di Nutraceutica Clinica. Editrice Scripta Manent. Milano. 2017.
2. Marsico C., Marsico M.. Elementi di nutraceutica in otorinolaringoiatria. Centro Studio di Medicina G. Peliti- ETS Val Favara, Novembre 2024.
3. Mazzanti G. Le piante medicinali oggi: attualità della farmacognosia in Farmacognosia e Fitoterapia. Piccin Nuova Libreria S.P.A. Padova. 2020.
4. Nutraceutici ed Alimenti Funzionali. Materiale riassuntivo strategico Farmacia Facile, 2021.
5. Pirodda A, Ferri G. Nutraceutici in Otorinolaringoiatria. In: Borghi C, Cicero AFG. Nutraceutici e alimenti funzionali in medicina preventiva. Bononia University Press, Bologna 2011; 221-30.
6. Pirodda A, Ferri G., Brandolini C. Nutraceutici in Otorinolaringoiatria. In: Borghi C, Cicerone AFG. Nutraceutici e alimenti funzionali in medicina preventiva. Bononia University Press, Bologna. 2017.

Promuovere la prevenzione: l'impegno di Campus Salute ETS

Jessica Petrangeli

Giornalista, Marketing and Communication Specialist

*La fondatrice Annamaria Colao racconta l'evento tenutosi a Novembre a Piazza del Popolo:
"La prevenzione non è solo un gesto individuale ma un valore collettivo che può salvare vite."*



La Prof.ssa Annamaria Colao

Nella splendida cornice di Piazza del Popolo a Roma, dal 21 al 24 novembre 2024, si è tenuto il **Campus della Salute**, un evento dedicato alla promozione della salute e della prevenzione. Questa iniziativa, organizzata dall'**Associazione Campus Salute ETS**, ha offerto una vasta gamma di servizi medici gratuiti, conferenze e attività informative rivolte al pubblico. Per quattro giorni Piazza del Popolo si è trasformata in un grande circuito della salute, dove cittadini di ogni età hanno potuto accedere gratuitamente a screening medici, consulenze specialistiche e attività informative. Dalla prevenzione cardiovascolare a quella oncologica, passando per controlli dermatologici, oculistici e tanto altro, l'iniziativa ha offerto un'opportunità concreta per prendersi cura del proprio benessere.

Il Campus della Salute è stato reso possibile grazie alla collaborazione di tantissimi volontari, tra medici, infermieri, studenti e personale logistico. Un grande lavoro di squadra, reso ancora più efficace dal supporto di enti pubblici e privati che hanno creduto nella necessità di promuovere la salute in un contesto aperto e inclusivo. Alla guida di questa straordinaria realtà c'è la **Professoressa Annamaria Colao**, luminare nel campo della medicina e promotrice della cultura della prevenzione sanitaria. L'abbiamo intervistata per scoprire di più sull'Associazione e su questa importante iniziativa che ha coinvolto centinaia di cittadini.

• Professoressa Colao, può raccontarci come è nata l'idea di fondare l'Associazione Campus Salute ETS e quali sono i suoi obiettivi principali?

Nel 2010 fui contattata come Medico esperto di patologie croniche per realizzare insieme una manifestazione a Napoli. L'impegno era quello di organizzare un campus medico su strada con l'obiettivo di prevenire

il cancro alla mammella. La mia idea era, invece, di utilizzare tutti quei fondi e quel dispendio di energie non solo per la prevenzione del tumore alla mammella ma anche per la prevenzione di altre malattie. In quell'occasione riuscimmo a fare solo prevenzione oncologica ma, finita quell'esperienza, con alcuni amici e colleghi napoletani pensammo di creare una nostra Associazione per perseguire l'obiettivo di fare una prevenzione a tutto tondo. Con l'autofinanziamento e la continua ricerca di risorse, negli anni siamo riusciti a portare il nostro progetto in tante piazze italiane, sia nei capoluoghi che in piccole città di provincia e in diverse zone disagiate. Ci vogliamo caratterizzare come Associazione ETS e siamo già accreditati all'Ecosoc in attesa della firma come ONG.

• Il Campus della Salute si è ormai consolidato come un appuntamento importante nel panorama della prevenzione sanitaria. Qual è il significato di portare questa iniziativa nel cuore di Roma, a Piazza del Popolo?

Ho fortemente voluto Piazza del Popolo come quartier generale della nostra iniziativa. È il cuore di Roma, ha un passaggio enorme di persone, tra romani e turisti. È stata proprio lì nei pressi la costruzione del primo ospedale pubblico per la cura dei pellegrini che si recavano a Roma! In una sede come quella è più facile catturare l'attenzione di tutti ed essere il più possibile vicini al territorio.

• Durante l'evento sono stati offerti servizi medici gratuiti. Quali tipi di visite e screening sono stati resi disponibili al pubblico?

Noi cerchiamo sempre di portare tutto quello che è possibile portare in una piazza. A Roma abbiamo avuto la fortuna di poter fare una collaborazione con la ASL ROMA 1 che, grazie al suo camper, ci ha permesso di effettuare anche mammografie ed esami per la prevenzione del cancro del colon retto. Unire le forze per aiutare i cittadini è fondamentale ed è un messaggio che vogliamo far passare anche alla sanità pubblica: il cittadino va invogliato a fare prevenzione. Spesso entrare in un ospedale può far paura, è un luogo che ha un connotato psicologico abbastanza negativo nel pensiero comune, per questo motivo cerchiamo in tutti i modi



Promuovere la prevenzione: l'impegno di Campus Salute Ets



di avvicinarci noi a loro. In piazza abbiamo effettuato visite cardiologiche, ecocardiogramma, screening del diabete e dell'obesità con impedenziometria, valutazione del fondo oculare, visite ginecologiche con Pap Test, vaccino Hpv, visite andrologiche con screening del cancro della prostata, visite dermatologiche, visite della funzione respiratoria, test cognitivi per analisi di demenza, valutazione dell'osteoporosi, ecc. Quando possibile inseriamo anche prelievi gratuiti. Uno screening, quindi, molto ampio che ci indica il benessere generale di una persona, aperto a chiunque passi e abbia voglia di entrare a prendersi cura della propria salute.

• L'organizzazione di un evento di tale portata richiede una grande sinergia tra professionisti e volontari. Chi ha contribuito alla realizzazione del Campus e come?

Alle Giornate del Campus di Roma ha contribuito in primo luogo l'Ospedale San Camillo, un grande polo ospedaliero che è un po' il nostro quartier generale; ha

collaborato la ASL ROMA 1 con il suo camper ed hanno partecipato il Gruppo U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale), l'Ospedale Salvator Mundi, l'Associazione ATE-NA e l'Associazione INCONTRA DONNA.

Cerchiamo di fare squadra con tutte le realtà del territorio che hanno gli stessi nostri obiettivi. L'evento è stato, inoltre, patrocinato da due cattedre UNESCO: la mia, "Educazione alla salute e allo sviluppo sostenibile", e quella del Professor Andrea Lenzi che è sull'"Urban Health".

• La prevenzione è un tema cruciale per il sistema sanitario. Quali sono, secondo lei, gli ostacoli principali che si incontrano nel promuovere iniziative di questo genere?

Gli ostacoli principali sono certamente di carattere economico; realizzare un ospedale da campo, come quello che portiamo noi nelle piazze, ha costi importanti. Nei mesi che precedono l'iniziativa c'è un grande lavoro per trovare le risorse e i finanziamenti. Per questo primo evento nella Capitale non abbiamo richiesto alcun tipo di sostegno, né al Comune di Roma né alla Regione Lazio, e non lo abbiamo fatto anche per evitare che si pensi che togliamo fondi alla sanità pubblica. Non è così, noi ci autofinanziamo, cerchiamo contributi attraverso le progettualità, fondi della ricerca, creiamo collaborazioni con la sanità privata. L'obiettivo è quello di aiutare la sanità pubblica e non di prendere da loro risorse.

• Parliamo dei risultati: quanti cittadini hanno partecipato e quali feedback avete ricevuto da loro?

A Roma in due giorni e mezzo abbiamo eseguito circa 2900 prestazioni. Nonostante il tempo avverso è stato decisamente un ottimo risultato per essere la nostra prima volta in Città.

• Guardando al futuro, quali sono i prossimi progetti dell'Associazione Campus Salute ETS e quali obiettivi vi proponete di raggiungere?

Abbiamo già programmato 5 Campus per il 2025, tra cui Napoli, Roma, Messina, ci stiamo organizzando per la Calabria, probabilmente saremo a Milano grazie alla collaborazione con il San Raffaele e poi, verosimilmente, riusciremo a fare un Campus a New York nella comunità italiana. Con iniziative come queste Campus Salute ETS vuole dimostrare che la salute è un bene comune e che, insieme, possiamo costruire una società più consapevole e attenta al benessere di tutti.



Si ringrazia il Personale del Gruppo U.S.I. per aver partecipato con impegno e passione all'evento Campus Salute, in particolare il Dott. Eugenio Ceccarelli, la Dott.ssa Patrizia Miglietta, la Dott.ssa Lucrezia Piacentini, la Dott.ssa Antonella Indrizzi, la Sig.ra Cristina Nigris.

Disabilità, resilienza e para-atletismo nelle vittorie italiane alle Paralimpiadi di Parigi 2024

Disability, resilience and para-athletics in the Italian victories at Paris 2024 Paralympics

Lorenzo Sergio*, Giovanni Sergio**

*Funzionario amministrativo di "Sport e Salute" presso NADO Italia, Roma, Italia dal 2021; lorenzo.sergio@sportesalute.eu; Laurea magistrale in Economia e Gestione Aziendale (indirizzo Marketing) presso Università degli Studi "Roma Tre" (2021); autore di pubblicazione a stampa (Il Policlinico - Sezione Medica, vol. 130, N. 1 pp. 1-39, 2013) su psicologia e reclutamento di fans sportivi con la tecnologia digitale;

**Medico internista e geriatra, Roma, Italia giovannisergio953@gmail.com; exAiuto geriatra ospedaliero a Roma dal 1995 al 2001 e presso il Territorio della ASL Roma2 dal 2001 al 2019

RIASSUNTO

L'impegno auto-determinante a superare la disabilità con l'allenamento in vista della competizione sportiva unitamente al supporto della famiglia e degli istruttori può condurre a formazione del para-atleta. Le Paralimpiadi sono un evento di straordinaria importanza nel mondo dello sport mondiale, poiché testimoniano la resilienza della disabilità fisica o sensoriale nella competizione sportiva al massimo della prestazione. Gli Autori mettono in evidenza le principali vittorie dei paratleti italiani a Parigi 2024, che hanno segnato il conseguimento di un medagliere più nutrito di quello riportato nei precedenti Giochi Paralimpici di Tokyo 2021. Nella disciplina del nuoto è stato vinto il numero maggiore di medaglie, da parte sia delle para-atlete sia dei para-atleti. In particolare, Giulia Terzi, classe 1995, ha conquistato cinque medaglie, una in ciascuna delle cinque gare a cui ha partecipato.

Parole chiave: paratletismo; Paralimpiadi Parigi 2024; vittorie italiane

ABSTRACT

Self-determined commitment to overcome disability through training for sports competition along with support from family and instructors can lead to the formation of the para-athlete. Paralympics are an event of extraordinary importance in the world of global sport, as they demonstrate the resilience of physical or sensory disabilities in sports competition at the peak of performance. The Authors highlight the main victories of the Italian para-athletes in Paris 2024, which marked the achievement of a medal haul larger than that obtained in the previous Tokyo 2021 Paralympics Games. In particular, the Paris 2024 Games marked the achievement of a medal haul for Italy that was higher than that achieved in the previous Tokyo 2021 Games. The greatest number of medals were won in the swimming discipline, by both female and male para-athletes. Particularly, Giulia Terzi, born in 1995, won five medals, one in each of the five races in which she participated.

Key words: parathletism; Paris 2024 Paralympics; Italian victories

PREMESSE

La disabilità incide sul 15% della popolazione mondiale. L'"inclusione" della disabilità nella paranormalità (perché la "normalità" in senso assoluto non esiste!) è un atto dovuto, che consegue all'accoglienza della "diversità" con saggezza e umiltà. Nella disabilità di vario tipo e concernente varie età della vita, l'obiettivo che si deve perseguire, perché questa venga risolta o almeno attenuata, è quello di recuperare il più possibile le abilità perdute, e contemporaneamente potenziare le abilità residue, sviluppando il criterio della "resilienza", ossia dell'opponibilità all'impatto con la difficoltà, l'ostacolo, sia esso di natura fisico-motoria, fisico-sensoriale o psico-affettivo-cognitivo. Nel recupero funzionale del soggetto disabile ha grande valore l'applicazione della teoria dell'autodeterminazione (*self-determination theory - SDT*). Questa, tra i modelli più influenti nella scienza comportamentale contemporanea, offre un ampio quadro per comprendere i fattori che promuovono la motivazione umana e la prosperità psicologica. Negli anni '70, Edward Deci (1) condusse una ricerca sulla motivazione "intrinseca" a reagire al danno personale: la motivazione "intrinseca" è la spinta o pulsione a iniziare un'attività (in questo caso la riabilitazione motoria), perché è interessante e soddisfacente in sé e per sé farlo. Successivamente negli ultimi quarant'anni Edward Deci e Richard Ryan (2, 3) differenziarono la motivazione "intrinseca" da quella "estrinseca": questa è la spinta a fare qualcosa per la ricompensa che si otterrà, sia essa denaro, lodi o qualcos'altro che si desidera. Questi Autori proposero tre principali bisogni intrinseci, universali e innati: l'autonomia, la competenza e la relazione. In realtà le motivazioni intrinseche ed estrinseche sono gli estremi di un *continuum*. In particolare, nel *training* un buon adattamento al programma riabilitativo si verifica quando l'istruttore (*coach*) ha aspettative positive per lo sviluppo delle capacità motorie e di una maggiore indipendenza del disabile. I genitori dei giovani disabili cercano insegnanti interessati a costruire relazioni con i loro figli, e a creare per loro ambienti didattici privi di ansia, e che incoraggino interazioni significative tra pari soggetti. Questi risultati possono essere interpretati nel contesto della teoria dell'autodeterminazione (4). Giova qui riportare le parole pronunciate da Rosa Efo-mo De Marco, atleta italiana di Badminton:

Disabilità, resilienza e para-atletismo nelle vittorie italiane alle Paralimpiadi di Parigi 2024

"La barriera che mi fa più paura è quella culturale". E sempre a proposito di Rosa, riportiamo questa chiosa da: https://www.libero.it/tv/paralimpiadi-il-messaggio-di-rosa-efomo-de-marco-sulla-diversita_bc6361319822112:

<Rosa, che è di Palermo ed è priva dalla nascita di una mano, ha parlato dell'importanza della disciplina nello sport, dell'importanza della pazienza, e ha lanciato un messaggio "per la diversità", che ha definito come 'tutti i colori del mondo'>.

Fra le lesioni causali di disabilità infantile sono più frequenti congenitamente la focomelia (mancanza delle braccia e degli avambracci con impianto diretto delle mani sulle spalle), la mancanza parziale o totale di un arto superiore o inferiore; i disturbi attentivi nella sfera psichica; la cecità o il grave deficit visivo, e la sordità o sordomutismo nella sfera sensoriale. Le amputazioni acquisite di uno o più arti sono conseguenti più frequentemente a incidenti stradali occorsi in età infantile o giovanile; le paralisi complete (paraplegie) o parziali (paraparesi) degli arti inferiori più spesso sono successive a lesioni gravi del midollo spinale, per esempio da tuffi in acque basse. Le monoparesi da poliomielite non si osservano più, considerata la sua debellazione in età infantile.

Le protesi metalliche degli arti inferiori di forma arcuata in fibre di carbonio, kevlar o leghe di titanio risultano elastiche e resistenti alle forti sollecitazioni nei salti (in lungo, in alto) e nelle corse (5).

In conclusione, come si è detto, il processo di allenamento dei para-atleti è influenzato in maniera rilevante dal supporto che le figure dell'allenatore ("coach") e dei familiari offrono loro nei contesti rispettivamente sportivi e sociali. Inoltre, in termini di aspetti psicologici, l'importanza dell'autostima, della riduzione degli stress, della motivazione a impegnarsi per il meglio ha grande peso. Dall'altro lato ci sono alcune barriere che ostacolano l'allenamento e il risultato degli atleti, e queste barriere sono correlate all'assenza di sostegno economico, alla mancanza di "visibilità" nei *media*, e alla dipendenza da altre persone (6).

QUANDO LA "DIFFERENZA" FA DIFFERENZA! XVII Paralimpiade di Parigi 2024

Parigi, mercoledì 28 agosto 2024 ore 22.30: la torcia paralimpica passa dalle mani anche della fioretista italiana Bebe Vio Grandi, l'atleta italiana più nota dei Giochi, a quelle dell'americana Oskama Masters, poi a quelle di atleti in carrozzina (Fig. 1) e per ultime a quelle di una donna e un uomo (Fig. 2), che salgono al braciere, e gli danno fuoco, determinando l'ascesa della grande mongolfiera, così com'era accaduto sempre a Parigi, all'inaugurazione dei Giochi Olimpici la sera di venerdì 26 luglio.



Fig. 1: Il passaggio della fiaccola olimpica ad atleti in carrozzina (da RAI2)



Fig. 2: quindi la fiaccola viene portata di corsa da una giovane tedefora lungo Place de la Concorde (su cui si staglia il grande obelisco egizio) e ceduta sdoppiata agli ultimi due tedefori (da RAI2).



Fig. 3: Una giovane e un giovane con le due fiaccole sono pronti a dar fuoco al grande braciere alla base della mongolfiera (da RAI2)



Fig. 4: si solleva da terra (da RAI2).

Da: <https://www.abilitychannel.tv/storia-paralimpiadi-roma-1960-la-culla-delle-paralimpiadi/>:

"Subito dopo la fine della seconda guerra mondiale Sir Ludwig Guttmann, il padre dello sport per disabili, comincia ad organizzare delle competizioni sportive per i veterani della guerra, ricoverati presso il centro di riabilitazione dell'ospedale di Stoke Mandeville (GB), da cui i giochi prendono il nome. Nel 1958 Sir Guttmann e il Dott. Antonio Maglio, Direttore del Centro Spinale di Roma, cominciano a lavorare alla nona edizione dei giochi di Stoke Mandeville che si sarebbe disputata proprio a Roma, una settimana dopo la chiusura delle Olimpiadi. [Roma, infatti, era stata selezionata nel 1955 come sede dei Giochi Olimpici del 1960, ndaa]. Nasceva così la prima Paralimpiade. L'Inail, L'Istituto Nazionale per gli Infortuni sul Lavoro, dà

un contributo economico fondamentale alla riuscita dell'evento". Le prime Paralimpiadi invernali, invece, si tennero nel 1976, con i giochi di Svezia. Nel 1989 fu fondato il *Comitato Paralimpico Internazionale (CPI)*, composto da 176 Comitati Paralimpici Nazionali.

Riempie di commozione il vedere le atlete e gli atleti gridare di gioia o ridere in maniera prorompente per la soddisfazione della vittoria: l'esultanza esplode dopo l'intenso sforzo fisico ed emotivo che li ha accompagnati durante la gara!

Molte lacrime sui podi, lacrime difficili da contenere, dacché queste giovani e questi giovani hanno sofferto la loro disabilità, ma poi hanno trovato nello sport la "via" di uscita dal dolore, dallo sconforto, dalla depressione, talora dalla disperazione susseguenti alla condizione fisica, psichica o sensoriale non "normale" congenita o acquisita.

Ma, se è vero che le lacrime di gioia spesso bagnano i podi, è pur vero che la delusione per un obiettivo mancato, per il quale l'atleta aveva lavorato e sofferto per mesi, può impossessarsi del perdente o della perdente. Molto utili, anzi necessari, devono essere allora gli incoraggiamenti della squadra e del tecnico allenatore, a che l'atleta elabori la sconfitta, nella classica convinzione che non è tanto importante vincere quanto partecipare, e che in un prossimo evento ci sarà l'opportunità per migliorare e forse vincere!

Nel corso di oltre 60 anni dalle prime Paralimpiadi, sono emerse discipline "strane", insolite per quanti seguono (più raramente, praticano) gli sport dei "normodotati": la pallavolo da terra ("*sitting volley*") con rete bassa e campo ridotto per disabili motorii; il calcio per soggetti con disabilità visiva (cecità o ipovedenza), che indossano maschere nere, isolanti totalmente l'eventuale acuità visiva residua, chiamato "calcio a 5 un lato", o il calcio per soggetti con paralisi cerebrale infantile, chiamato "calcio a 7 un lato". In particolare, quattro giocatori sono non vedenti, un giocatore in porta è vedente e un altro vedente ("guida all'attacco") è posizionato nel fondo campo della squadra avversaria per indirizzare i giocatori della propria squadra. Ognuno dei due tempi di gioco è di 25 minuti. Anche il calcio a 5 per sordi è disciplina paralimpica: al posto del fischietto dell'arbitro ci sono bandierine colorate per le segnalazioni.

Sono molte le norme che regolano le varie discipline paralimpiche: ad esempio nel nuoto paralimpico non sono ammessi protesi o ausili; nel tiro a segno l'atleta può disporsi in piedi, in ginocchio o a terra.



Fig. 5: A sinistra, la North Paris Arena per la "pallavolo da terra" ("*sitting volley*") (da RAI2)

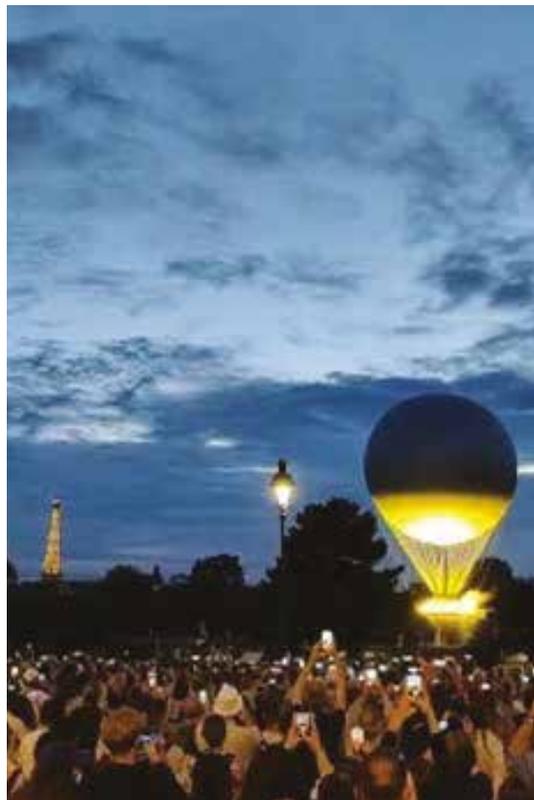


Fig. 6: A destra, la mongolfiera si solleva in aria ogni sera per la gioia dei presenti! (da RAI2).

Fra gli sport paralimpici per ipovedenti vanno annoverati il *goalball* (lancio della palla con le mani lungo il pavimento), il judo e gli scacchi. In atletica leggera, soggetti ipovedenti si cimentano con uso di mascherine, ad esempio nel lancio del peso e del disco, dove la "guida" aiuta l'atleta a posizionarsi sulla pedana. Anche nella corsa di ipovedenti una "guida" affianca l'atleta, così come nel paraciclismo su pista.

In queste Paralimpiadi gli atleti e le atlete cinesi hanno avuto una partenza esplosiva, portandosi subito al primo posto nel medagliere paralimpico, distanziando enormemente la Nazione al secondo posto, cioè la Gran Bretagna. L'Italia ha tenuto a lungo il 9° posto fino al 1° settembre, grazie alle medaglie pervenute nel nuoto: in particolare Carlotta Gilli collezionava un oro, un argento e un bronzo, e Stefano Raimondi due ori.

Poi il 2 settembre, la "pioggia" di medaglie in una giornata "di grazia"! Ancora nel nuoto, sport paralimpico evidentemente molto curato dalla Federazione Italiana Nuoto Paralimpico (FINP), si avvicendano in una incredibile successione di vittorie aurate:

Simone Barlaam bisca il successo di Tokyo, polverizza il record mondiale nei 50 metri stile libero e vince l'oro con un tempo di 23"90, dopo aver già vinto altre due medaglie nei giorni precedenti; al momento dell'inno italiano lo canta emozionato, e poi, sentendo gli applausi festosi del pubblico multinazionale dietro di lui, prorompe in una gioiosa risata; ma non basta: bagna la medaglia nell'acqua della piscina paralimpica, quasi a volerla battezzare!

Disabilità, resilienza e para-atletismo nelle vittorie italiane alle Paralimpiadi di Parigi 2024

Giulia Ghiretti conquista l'oro nei 100 metri rana: sul podio in carrozzina non riesce a frenare le lacrime per l'emozione, poi si fa forza e ride gioiosa, e infine intervistata, si scatena con i suoi ringraziamenti al suo staff, a familiari e amici.

Federico Bicelli vince i 400 metri stile libero: intervistato, si ritiene soddisfatto, anche perché sono lì i familiari, e ringrazia anche lui la squadra, i familiari e gli amici. Questi ringraziamenti non sono banali: negli atleti paralimpici testimoniano la vicinanza affettiva della famiglia e l'impegno degli allenatori nella loro preparazione atletica.

Rigivan Ganesharmoorthy, venticinquenne romano di Dragona (frazione di Roma), originario dello Sri Lanka, stando in carrozzina e con il cannellino per ossigenoterapia al naso, lancia il disco una prima volta, battendo il record mondiale, e poi migliora sé stesso una seconda e una terza volta!!! con la misura finale di metri 27.06.

Tre terzi posti, quindi tre medaglie di bronzo, arrivano da Giulia Terzi nei 400 metri stile libero, da Manuel Bortuzzo nei 100 metri rana, e dalla "grande" Carlotta Grilli nei 50 metri stile libero, alla sua quarta medaglia! Contemporaneamente, dalle gare di triathlon giungevano due medaglie d'argento (quella di Veronica Yoko Plebani nel triathlon PTS2, e quella di Francesca Tarantello in coppia con Silvia Visaggi nel triathlon PTV1); nel tiro con l'arco doppio misto W1 Daila Dameno e Paolo Tonon vincevano il bronzo in un'avvincente gara contro la coppia coreana. Per un soffio, o meglio per pochi millimetri, gli arcieri Matteo Bonacina ed Eleonora Sarti si attestavano al 4° posto nel "misto compound open" nei confronti degli arcieri dell'India: il giudice di bersaglio verificava con la lente d'ingrandimento un punto di riga e lo assegnava agli indiani, che vincevano con punti 156 a 155!

A seguito di quest'elevato numero di medaglie conquistate, al 5° giorno di gare (ossia a metà competizione) l'Italia si è portata al 7° posto nel medagliere con 28 medaglie: 8 ori, 7 argenti e 13 bronzi.

Al 6° giorno di gare un'altra arciera, Elisabetta Mijno, chirurgo ortopedico a Torino, paraplegica dall'età di 5 anni per un incidente stradale, ha conquistato la medaglia di bronzo nel tiro con l'arco "ricurvo open" con un'estrema precisione zen-simile! In serata nella solita piscina della "Défense Arena", Carlotta Gilli vinceva la quinta sua medaglia, e ancora d'oro nei 200



Fig. 8: La mascotte delle Paralimpiadi di Parigi col berretto frigio!

metri misti. A distanza di pochi minuti Stefano Raimondi rispondeva alla Gilli, conquistando anche lui la medaglia d'oro nei 100 metri "farfalla".

Nell'equitazione si è distinta l'eleganza di Sara Morganti, affetta da sclerosi multipla, sulla cavalla "Mariebelle", che si è piazzata al terzo posto, e nel lancio del disco femminile Assunta Legnante, ipovedente, ha conquistato la medaglia d'argento!

Pertanto, il medagliere vedeva l'Italia al 6° posto con 10 ori, 8 argenti e 17 bronzi (totale di 35 medaglie), con una differenza di un solo oro e quattro medaglie totali dalla Francia, la Nazione organizzatrice dei Giochi!

Ed eccoci al 7° giorno di gare: la mattina si apre meravigliosamente bene con la medaglia d'oro nel paraciclismo a cronometro su strada, vinta da Fabrizio Cornegliani, e con la medaglia d'argento conquistata da Luca Mazzone, che insieme ad Ambra Sabatini era stato portabandiera per l'Italia nella serata inaugurale.



Figg. 9 e 10: Due momenti della premiazione di Fabrizio Cornegliani (da RAI2).



Fig. 7: Il logo dei Giochi Paralimpici.

Lorenzo Sergio, Giovanni Sergio

Nel pomeriggio un'altra medaglia d'oro è stata posta al collo di un atleta italiano: Alberto Amodeo nei 400 metri stile libero nella piscina della "Défense Arena", e poco dopo...



Figg. 11 e 12: Due momenti della vittoria di Monica Boggioni in vasca (da RAI2).

... Monica Boggioni tocca per prima il bordo vasca nei 50 metri "rana", dopo aver vinto due medaglie di bronzo nei giorni precedenti (le immagini sono tratte da RAI2). Al penultimo giorno di gare Oney Tapia domina la finale del lancio del disco per non vedenti, e regala all'Italia il 14° oro! Nel pomeriggio Stefano Trevisani e Elisabetta Mijno si aggiudicano il primo posto sul podio nel tiro con l'arco, imponendosi contro la Turchia per 6 a 2. E ancora Antonio Fantin conquista l'oro nei 100 m stile libero, stabilendo il record paralimpico. Non si può non nominare il terzo posto conquistato dalle nostre fioretteste, trascinate dalla simpatica Bepe Vio Grandi, nella gara a squadre; nonché l'ottima prova nel salto in lungo di Martina Caironi, che con 5.06 metri ha ottenuto la medaglia d'argento.

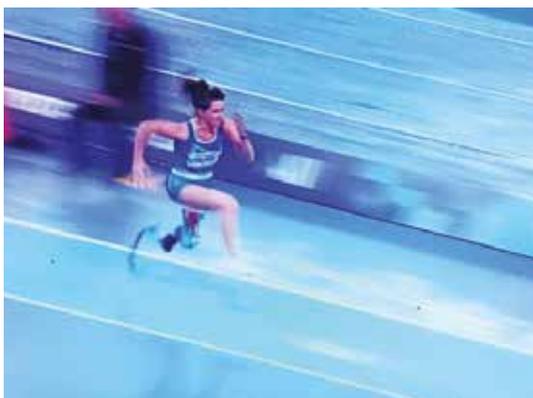


Fig. 13: Martina Caironi si cimenta nel salto in lungo (RAI2)

Al 10° e ultimo giorno di gara i nostri atleti e le nostre atlete non erano ancora paghe di vittorie! In atletica la stessa Martina Caironi, oro nel salto in lungo, si è aggiudicata l'oro nei 100 metri piani: il bronzo è andato a Monica Contrafatto (dopo ricorso della Federazione italiana), che, travolta dalla stessa nostra Ambra Sabatini, è caduta, ma è riuscita ugualmente a superare la linea del traguardo con la testa. Nel nuoto ancora Stefano Raimondi, Alberto Amodeo e la staffetta 4 x 100 stile libero sono saliti sul podio più alto. Nel tennis da tavolo Matteo Parenzan ha sconfitto l'avversario thailandese, e Giada Rossi l'avversaria cinese, entrambi conquistando l'oro.



Fig. 14: L'esultanza di Matteo Parenzan (da <https://www.sabatosera.it/2024/09/06/>)



Fig. 15: L'esultanza di Giada Rossi (da <https://www.fitet.org/>)

Perciò l'Italia con 71 medaglie (di cui 24 d'oro, 15 di argento e 32 di bronzo) si è aggiudicata il 6° posto in queste Paralimpiadi, superando il risultato conseguito a Tokyo nel 2021 di 64 medaglie. Le parole del Presidente del Comitato Italiano Paralimpico, Luca Pancalli, rimarcavano il "bilancio più che positivo" per i nostri atleti e le nostre atlete.

CONCLUSIONI

Pertanto, come si può vedere sotto nelle tabelle di confronto, fra classiche delle Nazioni nel medagliere olimpico e in quello paralimpico, la differenza c'è! Italia paralimpica batte Italia olimpica 6° a 9° posto! Le Paralimpiadi sono un evento di straordinaria rilevanza sociale: fanno capire a tutti cosa significa essere valutati per quello che si è capaci di fare, piuttosto che per quello che non si può fare (5).

Disabilità, resilienza e para-atletismo nelle vittorie italiane alle Paralimpiadi di Parigi 2024



freepik.com/foto-gratuito/torre-eiffel-di-parigi-con-ponte Immagine di kstudio su Freepik

BIBLIOGRAFIA

1. Deci E. L. (1971). "Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation". *Journal of Personality and Social Psychology* 18, 105–115.
2. Deci E. L., Ryan, R. M. (1987). "The support of autonomy and the control of behavior". *Journal of Personality & Social Psychology*. 53 (6): 1024–1037.
3. Ryan R.M., Deci E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press, from <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>.
4. Goodwin D., Fitzpatrick D.A., Thurmeier R., Hall C. (2006). "The Decision to Join Special Olympics: Parents' Perspectives". *Adapted physical activity quarterly: APAQ* 23(2):163 – 183.
5. Corsolini L. (2021): "Carrozine, protesi, stampelle: la tecnologia delle Paralimpiadi". *Quotidiano online La Repubblica*, 2021.
6. Macias M. R., Fuentes-Guerra F. J. G., Abad Robles M. T. (2022). "The Sport Training Process of Para-Athletes: A Systematic Review". *Int J Environ Res Public Health*. Jun; 19(12), 7242, from <https://doi.org/10.3390/ijerph19127242>.

Fig. 16: Il post del Comitato Italiano Paralimpico con la comunicazione ufficiale delle medaglie vinte dall'Italia (dal sito web del CIP).

Giochi olimpici di Parigi 2024				Giochi paralimpici di Parigi 2024							
26 luglio 2024 – 11 agosto 2024				28 agosto 2024 – 8 settembre 2024							
Medaglie				Medaglie							
Squadre		Atlete/Atleti		Squadre		Atlete/Atleti					
Squadra		🥇	🥈	🥉	🏆						
1	🇺🇸 Stati Uniti	40	44	42	126	1	🇨🇳 Cina	94	76	50	220
2	🇨🇳 Cina	40	27	24	91	2	🇬🇧 Gran Bretagna	49	44	31	124
3	🇯🇵 Giappone	20	12	13	45	3	🇺🇸 Stati Uniti	36	42	27	105
4	🇦🇺 Australia	18	19	16	53	4	🇳🇱 Paesi Bassi	27	17	12	56
5	🇫🇷 Francia	16	26	22	64	5	🇧🇷 Brasile	25	26	38	89
6	🇳🇱 Paesi Bassi	15	7	12	34	6	🇮🇹 Italia	24	15	32	71
7	🇬🇧 Gran Bretagna	14	22	29	65	7	🇺🇦 Ucraina	22	28	32	82
8	🇰🇷 Corea del Sud	13	9	10	32	8	🇫🇷 Francia	19	28	28	75
9	🇮🇹 Italia	12	13	15	40	9	🇦🇺 Australia	18	17	28	63
10	🇩🇪 Germania	12	13	8	33	10	🇯🇵 Giappone	14	10	17	41

Medagliere di Google

Ruolo della TC Coronarica

Dott. Fulvio Borzillo

Cardiologo
Direttore Sanitario U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

Dott. Bruno Pironi

Cardiologo Emodinamista
Ospedale M.G. Vannini Figlie di San Camillo - Roma

La **Tomografia Computerizzata Multistrato** (MSCT-CA) ha assunto negli ultimi 15 anni un ruolo sempre più importante nel percorso diagnostico della malattia coronarica. Ruolo che si è andato definendo anche, e soprattutto, grazie alla innovazione tecnologica che ha permesso di avere sistemi di scanner sempre più evoluti e sicuri. L'evoluzione e lo sviluppo hanno determinato un progressivo cambiamento del ruolo che la Tc riveste nei documenti di consensus, nelle linee guida nazionali ed internazionali.

Più di 10 anni fa le linee guida della **Società Europea di Cardiologia** suggerivano un uso appropriato della metodica soprattutto nei casi di pazienti a rischio da basso a intermedio e test da sforzo dubbi, irrealizzabili o inconcludenti. Successivamente la **Tc** si è andata affermando come metodica in grado di valutare la presenza di aterosclerosi occulta, diventando nel corso degli anni uno strumento utile per lo screening della diagnosi precoce dell'aterosclerosi in soggetti asintomatici. Poiché l'**imaging coronarico TC** valuta in modo completo la composizione (calcifica e non calcifica) delle placche coronariche, potrebbe fornire un'evidenza prognostica indipendente e incrementale rispetto al punteggio del calcio durante una TC semplice. Poiché circa il 50% di tutte le sindromi coronariche acute si verifica in soggetti precedentemente asintomatici, è ovviamente necessario identificare questi soggetti prima che l'aterosclerosi coronarica diventi clinicamente manifesta e si verifichi un danno irreversibile con progressione verso l'infarto del miocardio o la morte cardiaca.

È consuetudine stimare inizialmente il rischio di morte cardiovascolare, o infarto del miocardio, di una persona con i fattori di rischio tradizionali per ricavare un punteggio di rischio, ad esempio il **Framingham Risk** o l'**European Risk Score** (*Systemic Coronary Risk Evaluation*). Tuttavia, i soggetti asintomatici sono generalmente a basso punteggio di rischio o, in caso di presenza di più di 1 fattore di rischio, potrebbero essere a rischio intermedio. Nelle popolazioni a basso rischio l'accuratezza prognostica dello screening è lungi dall'essere perfetta e l'incorporazione dei dati di imaging aterosclerotico TC in un punteggio di rischio di malattia coronarica (CAD) potrebbe migliorare gli algoritmi esistenti per la stratificazione del rischio^(1,2,3). L'**MSCT-CA** cerca di "colmare" il "divario di rilevamento" che viene definito come la differenza tra i casi, o gli eventi di malattia coronarica attualmente rilevati, e il carico totale di malattia o eventi tra la popolazione. L'MSCT-CA non invasivo è una tecnica con un'elevata accuratezza diagnostica nel rilevamento di stenosi

coronarica significativa in pazienti con dolore atipico o angina stabile e rischio da basso a intermedio. Data la bassa prevalenza della malattia in questa popolazione, l'MSCT-CA può diventare uno strumento di screening ideale per escludere la presenza di malattia coronarica critica ed evitare l'uso dell'angiografia coronarica in un sottogruppo di pazienti.

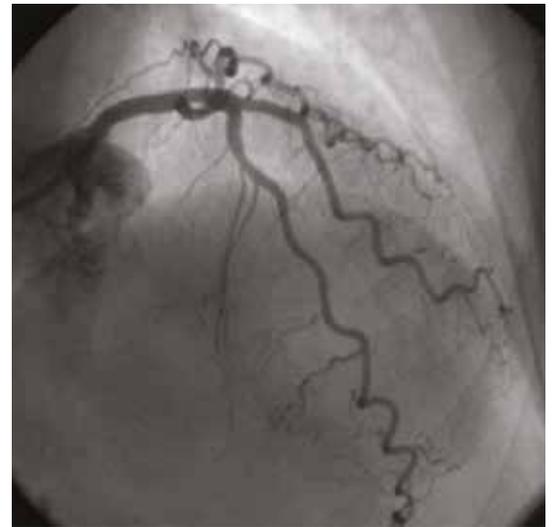
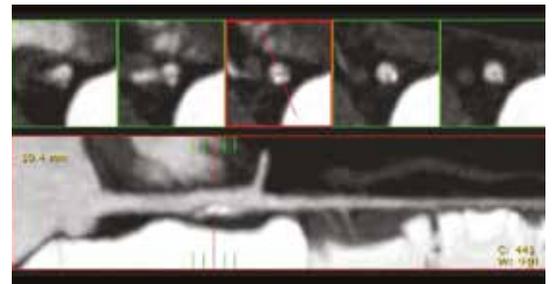


Fig. 1: Paziente femmina con dolore toracico atipico e test da sforzo non diagnostico; solo la TC Coronarica ha mostrato una placca nel LAD prossimale

¹ Bachar GN, Atar E, Fuchs S, Dror D, Kornowski R. Prevalenza e predittori clinici della malattia coronarica aterosclerotica in pazienti asintomatici sottoposti a tomografia computerizzata multirivelatore coronarico. *Coron Artery Dis* 2007; 18:353-60.

² Romeo F, Leo R, Clementi F, et al. Tomografia computerizzata multistrato in una popolazione asintomatica ad alto rischio. *Am J Cardiol* 2007; 99: 325-8.

³ Murabito JM, Evans JC, Larson MG, Levy D. Prognosi dopo l'insorgenza della malattia coronarica. Un'indagine sulle differenze in esito tra i sessi in base alla presentazione iniziale della malattia coronarica. *Diffusione* 1993; 88:2548-55

Il ruolo della **TC Coronarica** potrebbe essere importante per studiare e prevenire la **sindrome coronarica acuta (SCA)**. Sappiamo che la maggior parte delle sindromi coronariche acute sono il risultato di una complicanza in una placca di aterosclerosi che non aveva causato una riduzione del flusso sanguigno prima dell'episodio. La presenza di una stenosi, anche se apprezzabile, non comporta necessariamente ischemia nell'area fornita dal vaso stenotico. Anche la presenza di un'ostruzione completa non implica automaticamente che l'area a valle diventi necrotica. In due terzi dei pazienti con SCA si verifica una frammentazione della placca che viene chiamata "*placca vulnerabile*". Circa tre quarti delle placche complicate da rottura coinvolgono il 50% del diametro del vaso e, in circa la metà dei casi, oltre il 75%. Nei due terzi il nucleo lipidico occupa il >25% del volume della lesione, nell'80% dei casi si espande fino ad occupare > 50% dello spessore della parete del vaso. Inoltre, l'ingrossamento del nucleo necrotico è associato ad un'alta probabilità di rottura. La rottura della placca vulnerabile, caratterizzata da un sottile cappuccio fibroso, un ampio pool lipidico e l'infiltrazione di macrofagi, è uno dei principali responsabili della sindrome coronarica acuta (SCA). Il rilevamento del TCFA (fibroateroma a cappuccio sottile) prima della rottura della placca rimane tuttora una sfida per i cardiologi. Un aumento del rilevamento della placca vulnerabile alla rottura potrebbe essere promettente per una migliore stratificazione del rischio nei pazienti con malattia coronarica nota o sospetta. Diverse tecniche di imaging invasivo e non, sono state applicate per il rilevamento della placca vulnerabile (come *IVUS*, *OCT* oltre alla *TC*).

PLACCA VULNERABILE E FIBROATEROMA A CAPPUCCIO SOTTILE

Uno studio controllato dall'istologia (*Circulation* 2002) ha dimostrato che l'**OCT** (tomografia computerizzata ottica) è in grado di rilevare il **TCFA**, che ha un sottile cappuccio fibroso e un grande nucleo lipidico; quindi, l'**OCT** può servire come tecnica utile per valutare la placca vulnerabile. Tuttavia, l'**OCT** come procedura diagnostica è invasiva e costosa, il che ne preclude la disponibilità in contesti clinici

quotidiani. La tomografia computerizzata multistrato (*MSCT*) è stata proposta come tecnica di imaging non invasiva in grado di valutare non solo la stenosi dell'arteria coronarica, ma anche di rilevare e classificare la placca coronarica in vivo. Diversi studi hanno suggerito che i risultati della tomografia computerizzata multistrato sono correlati all'instabilità della placca come:

- basso valore di densità tomografica calcolata;
- rimodellamento positivo dei vasi;
- calcificazioni a macchie;
- Aspetto ad anello con sigillo.

Queste osservazioni sottolineano l'importanza diagnostica di essere in grado di identificare in modo non invasivo le caratteristiche che rendono vulnerabile una placca.

Nel 1990 *Agatston* propose l'uso di un fascio di elettroni **CT** per quantificare il calcio coronarico. Molti studi hanno dimostrato che un alto punteggio di *Agatston*, cioè un alto contenuto di calcio, era associato a un'alta incidenza di episodi coronarici. L'incidenza annuale di episodi avversi in individui senza un contenuto significativo di calcio nell'albero coronarico è di circa 2 su 1000. Con un punteggio di calcio dell'arteria coronarica (CAC) > 400, l'incidenza degli episodi coronarici aumenta di dieci volte, il che si traduce in 20-50 episodi ogni 1000 pazienti. La correlazione tra il punteggio e l'indice di sopravvivenza in alcuni studi ha mostrato come il tasso di sopravvivenza di 10 anni è stato del 99,4% per un punteggio di 0 e dell'87,8% per un punteggio > 1000 ($p < 0,0001$).

Gli studi autoptici e gli studi ecografici intravascolari hanno indicato che il rimodellamento positivo dei vasi è associato alla vulnerabilità della placca e alla **SCA**. L'aumento dello stress ossidativo è strettamente associato al rimodellamento positivo dei vasi e alla vulnerabilità della placca, utilizzando l'esame simultaneo con analisi ecografiche intravascolari e immunoistochimiche. Diversi studi compiuti hanno messo in evidenza alcuni aspetti della placca, successivamente approfonditi grazie all'implementazione tecnologica:

- correlazione tra rimodellamento positivo del vaso e vulnerabilità di placca, con ridotto cappuccio fibroso;
- alcune placche coronariche "rotte" presentava alla

Diagnostic possibility of thin-capped fibroatheroma by multislice computed tomography

Variable	Sensitivity	Specificity	Positive Predictive Value	Negative Predictive Value
Mean computed tomographic density ≤ 62.4	30/37 (81%)	61/85 (72%)	30/54 (55%)	61/68 (90%)
Remodeling index ≥ 1.08	28/37 (76%)	71/85 (84%)	28/42 (67%)	71/80 (89%)
Signet ringlike appearance	24/37 (65%)	71/85 (84%)	24/38 (63%)	71/84 (85%)
Mean computed tomographic density ≤ 62.4 and remodeling index ≥ 1.08	24/37 (65%)	77/85 (91%)	24/32 (75%)	77/90 (86%)
Remodeling index ≥ 1.08 and signet ringlike appearance	20/37 (54%)	81/85 (95%)	20/24 (83%)	81/98 (83%)
Mean computed tomographic density ≤ 62.4 and signet ringlike appearance	19/37 (51%)	80/85 (94%)	19/24 (79%)	80/98 (82%)
Mean computed tomographic density ≤ 62.4 , remodeling index ≥ 1.08 , and signet ringlike appearance	17/37 (46%)	83/85 (98%)	17/19 (89%)	83/103 (81%)

Fig. 2: Da (Am J Cardiol 2011; 107: 1270-1277)

- tomografia una bassa densità;
- un contenuto lipidico più elevato era associato a una minore densità tomografica computerizzata e a un indice di rimodellamento più ampio;
- lo spessore del cappuccio fibroso era correlato negativamente con il valore di densità tomografica calcolata e correlato positivamente con l'indice di rimodellamento.

In uno studio di JACC del 2011, un aspetto ad anello con sigillo è stato osservato più frequentemente nel gruppo TCFA ed era un potenziale predittore di TCFA, ma non vi è alcuna relazione tra calcificazione a macchie e vulnerabilità alla placca. Pertanto, in questo studio, non è chiaro se la placca osservata in una lesione ACS fosse identica al TCFA. Poiché alcuni pazienti clinicamente stabili avevano TCFA, era difficile caratterizzare la placca con precisione basandosi solo sullo stato clinico.

LA TC OGGI

Dopo il breve excursus storico sull'evoluzione del ruolo della **Tc Coronarica**, credo sia necessario sottolineare quanto la tecnologia renda, quello che si è detto fino ad ora, molto più fruibile ed efficace, dando alla metodica una dignità ed un'importanza evidenti in una breve analisi delle recenti linee guida europee del 2024. Oggi, infatti, le linee guida della società europea sottolineano l'importanza, da parte del cardiologo, di definire il rischio clinico del paziente per impostare suggerimenti sui cambiamenti di stile di vita e provvedimenti terapeutici da prendere. Ciò che emerge è come lo screening attraverso la **Tc Coronarica** per uno studio del circolo coronarico invasivo, sia inserito molto precocemente nel percorso diagnostico terapeutico e diventi di classe **IA** con un'indicazione prioritaria (Fig 3,4).^(4,5)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In individuals with suspected CCS and low or moderate (>5%–50%) pre-test likelihood of obstructive CAD, CCTA is recommended to diagnose obstructive CAD and to estimate the risk of MACE. ^{33,34,145,212,214–221}	I	A
CCTA is recommended in individuals with low or moderate (>5%–50%) pre-test likelihood of obstructive CAD to refine diagnosis if another non-invasive test is non-diagnostic. ²²²	I	B
CCTA is not recommended in patients with severe renal failure (eGFR <30 mL/min/1.73 m ²), decompensated heart failure, extensive coronary calcification, fast irregular heart rate, severe obesity, inability to cooperate with breath-hold commands, or any other conditions that can make obtaining good imaging quality unlikely.	III	C

Fig. 3: Raccomandazioni per test non invasivo di imaging coronarico

⁴ Taylor AJ, Merz CN, Udelson JE. 34a Conferenza Bethesda: sintesi esecutiva: le tecniche di imaging dell'aterosclerosi possono migliorare l'individuazione di pazienti a rischio di cardiopatia ischemica? J Am Coll Cardiol 2003; 41:1860–2.)

⁵ 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

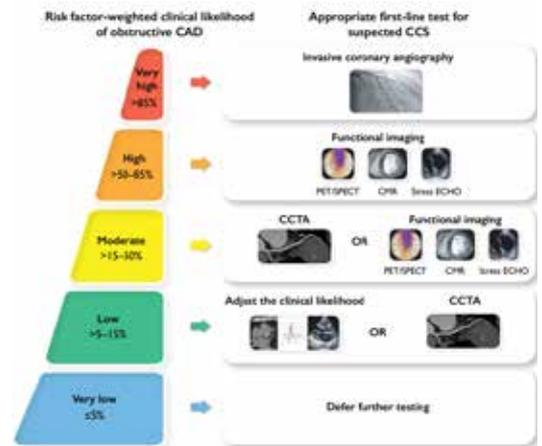


Fig. 4: Appropriato percorso diagnostico in paziente con sospetta malattia coronarica cronica

CONCLUSIONE, TC CUORE E DINTORNI

La **CT-MSCT Coronarica** ha una sensibilità adeguata (83-99%), un'elevata specificità (93-98%), un basso potere predittivo positivo (81%) e un alto potere predittivo negativo (95-100%), nella sua capacità di diagnosticare una stenosi coronarica, quindi è adeguata per diagnosticare l'aterosclerosi coronarica. Nella quantificazione della stenosi l'**MSCT** ha subito una enorme evoluzione passando da TC a 64 strati di scanner fino agli attuali 512 ed oltre di strati di scanner, risolvendo le iniziali limitazioni con risoluzione spaziale di 0,4 mm e risoluzione temporale di 164 ms. Un'elevata risoluzione spaziale e temporale è un prerequisito per la visualizzazione delle arterie coronarie che avvicina la metodica all'**Angiografia Coronarica Transcatetere**, che ha mediamente una risoluzione spaziale di 0,2 mm e una risoluzione temporale di 8 ms, corrispondente all'acquisizione di 12-30 immagini al secondo.

Grazie alle nuove **TC** disponibili sul territorio oggi questo strumento può consentire di affinare il potere diagnostico non solo nell'ambito della patologia coronarica e può riuscire a studiare, con una bassa esposizione di raggi e una ridotta quantità di contrasto, l'intero apparato cardiocircolatorio; l'attenzione a tutte le manifestazioni di malattia aterosclerotica è massima poiché la multidistrettualità della malattia aterosclerotica risulta essere un fattore prognostico sfavorevole.



freepik.com/foto-gratuito/medico-che-ascolta-un-cuore-di-peluche_Coronarica - Immagine di freepik

Diagnosi Ecocardiografica Prenatale delle principali Cardiopatie Congenite

Marco Annicchiarico

MD, PhD
Cardiologo

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

Le cardiopatie congenite rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità nell'ambito dei difetti congeniti con una prevalenza di 6 su 1000 nati vivi considerando le forme moderato severe (1-2), anche se la loro reale incidenza è significativamente più alta considerando che il riscontro di anomalie cardiache è di 22 casi su 1000 nati morti (3).

La prima descrizione di una immagine ecocardiografica fetale risale agli anni '70 mentre la possibilità di diagnosticare una cardiopatia congenita ed una aritmia in utero utilizzando l'M mode ed il "real time two-dimensional echocardiography" appartiene agli anni '80 (4-5). Da allora grandissimi passi avanti sono stati fatti nell'imaging ecocardiografica fetale cardiaca con immagini anatomiche bidimensionali e tridimensionali ad altissima risoluzione che hanno reso possibile uno studio sempre più accurato dell'anatomia cardiaca fetale. Più recentemente, lo sviluppo di sonde ad alta frequenza transvaginali ha reso possibile uno studio preliminare dell'anatomia cardiaca già a partire dalla 13-15 settimana di gestazione anche se l'esame viene comunemente eseguito a partire dalla 18 - 22 settimana di gestazione.

L'indicazione ad eseguire un ecocardiogramma fetale prima basata sulla presenza di uno o più fattori di rischio materni e fetali (Tab.1), ora è diventata una pratica ampiamente utilizzata nello screening prenatale di base. Tutto ciò ha reso possibile uno studio sempre più accurato dell'anatomia cardiaca permettendo di descrivere anche i dettagli e l'evoluzione in utero delle principali cardiopatie congenite.

E' ormai ampiamente dimostrato che la diagnosi prenatale grazie al tempestivo trasferimento del neonato in ambiente cardiocirurgico di III livello migliori l'outcome delle cardiopatie congenite più gravi (6-8), prevenendo l'ipossiemia e l'acidosi postnatale (9-10). La diagnosi prenatale permette inoltre di eseguire il counselling prenatale che prepara all'outcome postnatale ed una migliore preparazione psicologica da parte delle famiglie.

LIMITI DELL'ECOCARDIOGRAFIA FETALE

L'ecocardiografia fetale è un esame operatore dipendente. L'accuratezza diagnostica riferita a Centri Diagnostici di III livello è valutabile intorno all'80-90% (11) ed a questa contribuiscono in maniera determinante alcune variabili relative alla tecnica d'esame, un accentuato pannicolo adiposo addominale materno e la posizione fetale.

Non tutte le cardiopatie congenite sono diagnosticabili durante la vita fetale, fortunatamente lo sono le più gravi e costituiscono lo scopo principale dell'esame. Fanno parte di quelle non diagnosticabili sicuramente le anomalie coronariche ed alcune forme di ritorni venosi polmonari anomali. Altre sono caratterizzate invece dalla persistenza di modelli anatomici fetali come il Difetto Interatriale Ostium Secundum ed il Dotto Arterioso e

pertanto sono impossibili da diagnosticare. La diagnosi di Coartazione Aortica durante la vita fetale presenta una bassa specificità e sensibilità anche in presenza di dimostrati fattori predittivi (12). Inoltre, l'Aorta Bicuspidale, che costituisce l'anomalia cardiaca congenita più frequente con una prevalenza dell'1-2% di nati vivi nella popolazione generale (13-17), è diagnosticabile solo in presenza di un significativo disturbo emodinamico o se inserita in un quadro di lesioni multiple come la stenosi mitralica che spesso si manifestano anche a distanza di vari mesi dalla diagnosi (18). Infine i piccoli Difetti Inter-ventricolari, le anomalie valvolari lievi e la Finestra Aorto-Polmonare possono sfuggire all'esame prenatale.

METODICA

Uno studio migliore dell'anatomia cardiaca viene ottenuto quando l'apice cardiaco è diretto verso l'addome materno, dalla posizione fetale prona e dall'età gestazionale avanzata, in queste situazioni spesso è utile ripetere l'esame per una migliore definizione diagnostica. Prima dello studio cardiaco viene stabilita la posizione del feto all'interno dell'addome, l'identificazione della destra e della sinistra, la posizione del fegato dello stomaco e dell'aorta discendente. La valutazione anatomica delle strutture cardiache e della funzione viene eseguita mediante l'analisi segmentaria sequenziale degli atri, dei ventricoli e delle grandi arterie includendo la distinzione tra strutture morfologicamente destre e sinistre e lo studio della relazione tra i diversi segmenti (19). L'esame anatomico viene completato con una valutazione funzionale con Doppler Colore e Pulsato.

Le sezioni ecocardiografiche necessarie ad ottenere queste informazioni sono molteplici ma alcune di esse costituiscono la base essenziale dell'esame. Il riconoscimento di una normale proiezione 4-camere (Fig.1) esclude circa un terzo di tutte le cardiopatie congenite. In questa proiezione il torace ha un aspetto circolare e il cuore è orizzontalizzato rispetto alla vita postnatale. Dovrà essere verificata la posizione del fegato a destra e dell'apice del cuore a sinistra. In questa proiezione



viene effettuato lo studio delle valvole atrioventricolari, il setto interatriale e parte del setto interventricolare. Il cuore occupa circa un terzo del volume del torace e l'aorta discendente appare anteriore e a sinistra della colonna. L'atrio sinistro è la struttura più posteriore, gli atri sono approssimativamente di uguali dimensioni, il flap della fossa ovale si dirige da destra a sinistra, una o più vene polmonari si vedono entrare in atrio sinistro. La valvola tricuspide è identificabile per una sua inserzione più apicale rispetto alla mitrale, il ventricolo destro per la presenza della banda moderatrice e per la sua posizione anteriore, il ventricolo sinistro, più posteriore con endocardio settale liscio. Nel primo e secondo trimestre i due ventricoli hanno la stessa volumetria, in età più avanzata il ventricolo destro ha una lieve dominanza e deve essere differenziata con una dilatazione patologica.

Tramite le scansioni che studiano gli assi lunghi dei ventricoli è possibile studiare l'efflusso destro e sinistro, la zona sottoaortica, la valvola aortica e polmonare e le relazioni dei grossi vasi. Completano l'esame le scansioni finalizzate allo studio dell'arco aortico e della sua posizione rispetto alla trachea, del dotto arterioso, delle vene cave e l'asse corto dei ventricoli.

Le dimensioni delle misure cardiache sono state pubblicate come percentili e z-score in base all'età gestazionale o alla biometria fetale (20). Le misure devono essere effettuate dall'esame bidimensionale o dall' M-mode includendo la misura della valvola aortica e polmonare in sistole, della tricuspide e della mitrale in diastole, la misura della lunghezza ventricolare destra e sinistra, la misura dell'arco trasverso e dell'istmo, dell'arteria polmonare e del dotto arterioso e dello spessore del setto interventricolare. La funzione ventricolare destra e sinistra vengono valutate generalmente qualitativamente, se alterate possono essere calcolate tramite la frazione di accorciamento (21) ed il Miocardial Performance Index (22).

PROGRESSIONE IN UTERO DELLE CARDIOPATIE CONGENITE

Già dal 50° giorno di vita embrionaria il cuore ha sviluppato la sua forma definitiva. La lateralità destra e sinistra sono già state determinate ed i vari messaggi genetici responsabili delle diverse malformazioni hanno lasciato il loro segno (23). Numerosi studi dimostrano una progressività in utero di molte cardiopatie (24). Il cronico aumento della pressione intraventricolare dovuta a una Stenosi/Atresia Valvolare Aortica o Polmonare determina un danneggiamento del miocardio fetale fino a renderne talvolta impossibile la correzione biventricolare nella vita postnatale (25-26). Questo costituisce la base del razionale che ha determinato lo sviluppo della cardiologia interventistica fetale.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA FETALE

Tachiaritmie fetali

La storia della Cardiologia Interventistica Fetale comincia con il trattamento per via transplacentare delle tachiaritmie fetali (27) che rimane a tutt'oggi la terapia fetale più frequentemente utilizzata ed anche la più efficace. Risale al 1986 il primo pacing ventricolare in utero per un Blocco Atrioventricolare (28). Non è stata ancora stabilita da trial randomizzati quale sia la migliore terapia antiaritmica fetale per le tachicardie sopraventrico-

lari. La digitale è il farmaco più usato ma vengono usati anche il sotalolo, l'amiodarone e la fleicanide (29-30). Le indicazioni alla terapia farmacologica dipendono dall'età gestazionale e dalla persistenza dell'aritmia. In presenza di Idrope nel feto quasi a termine il parto è mandatorio. In caso di prematurità con tachicardia sostenuta il trattamento farmacologico transplacentare è d'obbligo. In caso di tachicardia non sostenuta è consigliabile l'astensione dal trattamento.

Bradicardie fetali

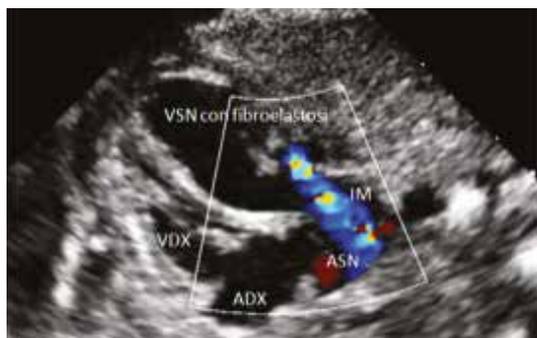
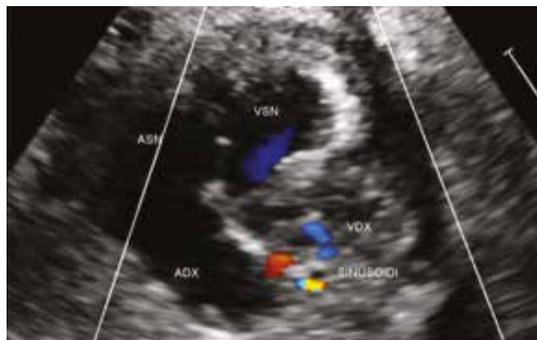
Le Bradicardie fetali possono essere causate eccezionalmente da disfunzioni del nodo del seno o essere comprese nella Sindrome del QT Lungo, più frequentemente dal Blocco Atrioventricolare o dal distress fetale con acidosi e possibile grave disfunzione ventricolare fino al quadro conclamato dell'Idrope Fetale. Il Blocco Atrioventricolare è generalmente associato a Malattie Autoimmuni materne in presenza di un cuore fetale strutturalmente normoconformato, più raramente si associa a cardiopatie congenite fetali complesse quali la Sindrome Eterotassica o la Trasposizione Congenitamente Corretta delle Grandi Arterie. Il Blocco Atrioventricolare Autoimmune viene trattato generalmente con la somministrazione materna di desametasone. Il desametasone non migliora il Blocco Atrioventricolare avanzato ma può prevenire il passaggio da un Blocco di I grado ad un Blocco di II grado o III grado (31). Studi recenti hanno suggerito che l'associazione con un agonista beta adrenergico può migliorare la prognosi dei Blocchi Atrioventricolari Autoimmuni (32).

Interventistica cardiaca Fetale

Nelle cardiopatie congenite ostruttive severe delle sezioni sinistre, Stenosi Aortica Critica o delle sezioni destre Atresia Polmonare a Setto Intatto (Fig. 2-3) è stato speculato che la risoluzione precoce dell'ostacolo emodinamico possa prevenire la degenerazione progressiva dei ventricoli che ne impedisce la crescita o che determina una grave ed irreparabile disfunzione ventricolare (33) (Fig. 4). L'obiettivo della terapia interventistica fetale è quello di ripristinare il flusso laddove assente basandosi sulla teoria dei flussi secondo la quale il flusso tramite la fossa ovale, le valvole atrioventricolari e semilunari sarebbe responsabile del normale accrescimento dei ventricoli.

La più diffusa procedura interventistica fetale è l'Angioplastica Valvolare Aortica utilizzata con lo scopo di prevenire la naturale evoluzione verso la Sindrome del Cuore Sinistro Ipoplastico. I criteri di inclusione sono il riscontro di flusso retrogrado nell'arco trasverso, la presenza di disfunzione ventricolare sinistra, il flusso monofasico sulla mitrale e lo shunt sinistro destro sulla fossa ovale (34). La procedura viene giudicata efficace se il flusso sulla valvola viene ripristinato. Nel 40% dei casi residua una Insufficienza Valvolare Aortica di grado moderato severo che spesso migliora nel corso delle settimane successive. In contrasto con la Valvuloplastica Neonatale viene utilizzato un pallone con rapporto 1.1-1.2 rispetto all'anulus aortico. In seguito all'Angioplastica Valvolare Aortica fetale è descritta una maggiore crescita valvolare aortica e mitralica rispetto al gruppo controllo ma senza nessun effetto sulla crescita ventricolare (35). Ma solo il 30% dei pazienti selezionati dalle casisti-

Diagnosi Ecocardiografica Prenatale delle principali Cardiopatie Congenite



che più importanti raggiunge una correzione biventricolare. Tutti i casi trattati inoltre vengono sottoposti ad ulteriori procedure interventistiche e chirurgiche postnatali come la Coartectomia, l'Angioplastica Valvolare postnatale, la Valvuloplastica Mitralica e la Resezione di Fibrosi Endomiocardica. Almeno il 50% dei pazienti presenta comunque nella vita postnatale un vario grado di disfunzione ventricolare (36). La casistica più importante di Boston (34) presenta una perdita fetale nel 10% dei casi ma nessuna complicazione materna.

Dati recenti non mostrano differenze significative sullo sviluppo cerebrale tra i pazienti sottoposti ad angioplastica valvolare fetale versus postnatale (37). Sebbene la sopravvivenza dei bambini con Sindrome del Cuore Sinistro Ipoplasico stia migliorando, vi sono alcune forme che presentano ancora una mortalità elevatissima in presenza di comunicazione interatriale restrittiva (38,39), questo rappresenta il razionale della dilatazione interventistica fetale nelle comunicazioni interatriale restrittive nell'obiettivo di migliorare il drenaggio venoso polmonare impedendo un danneggiamento irreversibile del letto vascolare polmonare. La presenza di ipertensione polmonare riduce significativamente la sopravvivenza dopo l'intervento di Norwood I stadio dal 90% al 52%, nonostante un immediato trattamento.

Anche nell'Atresia Polmonare a Setto Intatto l'Angioplastica Interventistica è finalizzata alla promozione della crescita ventricolare destra promuovendo la correggibilità biventricolare. Come nelle altre procedure la selezione dei pazienti svolge un ruolo cruciale. Esistono diversi dati sui valori predittivi riguardanti l'outcome postnatale nei pazienti con Atresia Polmonare a Setto Intatto (40-41). L'esperienza in tale procedura è comunque limitata, e considerando che tra i casi selezionati molti potrebbero avere comunque un buon outcome, i risultati devono ancora essere confermati.

Studi postnatali hanno rivelato dati discordanti sulla crescita ventricolare postnatale. È ormai ampiamente noto che lo sviluppo del sistema cardiovascolare non è ascrivibile solamente alla Teoria dei Flussi ma è molto rilevante anche il ruolo del messaggio genetico e di determinanti multifattoriali. Questo contrasta con il razionale dell'interventistica cardiaca fetale e ne spiega anche i suoi limiti. Altri studi dovranno essere intrapresi per comprendere i reali benefici e le potenziali complicanze di queste metodiche che per un lungo periodo sono state giudicate molto promettenti anche se la loro popolarità è andata via via decrescendo.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoffman JIE, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease J Am Coll Cardiol. 2002;39(12):1890-1900.
2. Boneva RS, Botto LD, Morre CA, et al. Mortality associated with congenital heart defects in the United States: trends and racial disparities, 1979-1997. Circulation 2001;103:2376-81.
3. Goetzová J, Benesová D. Congenital heart diseases at autopsy of still-born and deceased children in the Central Bohemian Region. Cor Vasa. 1981;23(1):8-13.
4. Murata Y, Takemura H, Kurachi K. Observation of fetal cardiac motion by M-mode ultrasonic cardiography. Am J Obstet Gynecol 1971;111:287-294.
5. Kleinman CS, Hobbins JC, Jaffe CC. Et al. Echocardiographic studies of the human fetus: prenatal diagnosis of congenital heart disease and cardiac dysrhythmias. Pediatrics. 1980 Jun;65(6):1059-6.
6. Franklin O, Burch M, Manning N, et al. Prenatal diagnosis of coarctation of the aorta improves survival and reduces morbidity. Heart 2002;87:67-9.
7. Maeno YV, Kamenir SA, Sinclair B, et al. Prenatal features of ductus arteriosus constriction and restrictive foramen ovale in d-transposition of the great arteries. Circulation 1999;99:1209-14.
8. Tworetzky W, McElhinney DB, Reddy VM, et al. Improved surgical outcome after fetal diagnosis of hypoplastic left heart syndrome. Circulation 2001;103:1269-73.
9. Chang AC, Huhta JC, Yoon GY, et al. Diagnosis, transport, and outcome in fetuses with left ventricular outflow tract obstruction. J Thorac Cardiovasc Surg 1991;102:841-8.
10. Verheijen PM, Lisowski LA, Stoutenbeek P, et al. Prenatal diagnosis of congenital heart disease affects preoperative acidosis in the newborn patient. J Thorac Cardiovasc Surg 2001;121:798-803.
11. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Cardiac screening examination of the fetus: guidelines for performing the "basic" and

- "extended basic" cardiac scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27:107–113.
12. Matsui H, Mellander M, Roughton M, et al. Morphological and physiological predictors of fetal aortic coarctation. *Circulation*. 2008 Oct 28; 118(18):1793–801. Epub 2008 Oct 13.
 13. Osler W. The bicuspid condition of the aortic valve. *Trans Assoc Am Physicians* 1886;2:185–92.
 14. Roberts WC. The congenitally bicuspid aortic valve. A study of 85 autopsy cases. *Am J Cardiol* 1970;26:72–83.
 15. Ward C. Clinical significance of the bicuspid aortic valve. *Heart* 2000;83:81–5.
 16. Larson EW, Edwards WD. Risk factors for aortic dissection: anecropsy study of 161 cases. *Am J Cardiol* 1984;53:849–55.
 17. Basso C, Boschello M, Perrone C, et al. An echocardiographic survey of primary school children for bicuspid aortic valve. *Am J Cardiol* 2004;93:661–3. 18. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Cardiac screening examination of the fetus: guidelines for performing the "basic" and "extended basic" cardiac scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27:107–113.
 18. Toscano A, Pasquini L, Iacobelli R, et al. Congenital supra-avalvular mitral ring: an underestimated anomaly. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009 Mar;137(3):538–42.
 19. Yoo SJ, Lee YH, Cho KS, et al. Sequential segmental approach to fetal congenital heart disease. *Cardiol Young* 1999; 9:430–444.
 20. Lee W, Riggs T, Amula V, et al. Fetal echocardiography: z-score reference ranges for a large patient population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35:28–34.
 21. DeVore GR. Assessing fetal cardiac ventricular function. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005; 10:515–541.
 21. Tsutsumi T, Ishii M, Eto G, et al. Serial evaluation for myocardial performance in fetuses and neonates using a new Doppler index. *Pediatr Int* 1999; 41:722–727.
 23. Yamagishi H, Garg V, Matsuoka R, et al. A molecular pathway revealing a genetic basis for human cardiac and craniofacial defects. *Science* 1999;283:1158e61
 24. Hornberger LK, Sanders SP, Rein AJ, et al. Left heart obstructive lesions and left ventricular growth in the mid-trimester fetus: a longitudinal study. *Circulation* 1995;92: 1531e8.
 25. Simpson JM, Sharland GK. Natural history and outcome of aortic stenosis diagnosed prenatally. *Heart* 1997;77:205e10.
 26. Brackley KJ, Kilby MD, Wright JG, et al. Outcome after prenatal diagnosis of hypoplastic left-heart syndrome: a case series. *Lancet* 2000;356:1143e7.
 27. Eibschitz I, Abinader EG, Klein A, et al. Intrauterine diagnosis and control of fetal ventricular arrhythmia during labor. *Am J Obstet Gynecol*. 1975;122:597–600.
 28. Carpenter R, Strasburger JF, Garson A, et al. Fetal ventricular pacing for hydrops secondary to complete atrioventricular block. *J Am Coll Cardiol*. 1986;8:1434–1436.
 29. Schmolling J, Renke K, Richter O, et al. Digoxin, flecainide, and amiodarone transfer across the placenta and the effects of an elevated umbilical venous pressure on the transfer rate. *Ther Drug Monit*. 2000;22:582–588.
 30. Oudijk MA, Michon MM, Kleinman CS, et al. Sotalol in the treatment of fetal dysrhythmias. *Circulation*. 2000;101:2721–2726. RM. Drug management of fetal tachyarrhythmias: are we ready for a systematic and evidence-based approach? *Pacing Clin Electrophysiol*. 2008;31(suppl 1):S54–S57.
 31. Friedman DM, Kim MY, Copel JA, et al. Prospective evaluation of fetuses with autoimmune-associated congenital heart block followed in the PR Interval and Dexamethasone Evaluation (PRIDE) Study. *Am J Cardiol*. 2009;103:1102–1106.
 32. Jaeggi ET, Fouron JC, Silverman ED, et al. Transplacental fetal treatment improves the outcome of prenatally diagnosed complete atrioventricular block without structural heart disease. *Circulation*. 2004;110:1542–1548.
 33. Keane JF, Nadas AS. Nadas' pediatric cardiology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006. Makikallio K, McElhinney DB, Levine JC, et al. Fetal aortic valve stenosis and the evolution of hypoplastic left heart syndrome: patient selection for fetal intervention. *Circulation* 2006;113: 1401–5.
 34. Doff B, McElhinney, Wayne Tworetzky and James E. Lock. Current Status of Fetal Cardiac Intervention. *Circulation*. 2010;121:1256–1263.
 35. McElhinney DB, Marshall AC, Wilkins-Haug LE, Brown DW, Benson CB, Silva V, Marx GR, Mizrahi-Arnaud A, Lock JE, Tworetzky W. Predictors of technical success and postnatal biventricular outcome after in utero aortic valvuloplasty for aortic stenosis with evolving hypoplastic left heart syndrome. *Circulation*. 2009;120:1482–1490.
 36. Mizrahi-Arnaud A, Tworetzky W, Bulich LA, et al. Pathophysiology, management, and outcomes of fetal hemodynamic instability during prenatal cardiac intervention. *Pediatr Res*. 2007;62:325–330.
 37. McElhinney DB, Benson CB, Brown DW, et al. Cerebral blood flow characteristics and biometry in fetuses undergoing prenatal intervention for aortic stenosis with evolving hypoplastic left heart syndrome. *Ultrasound Med Biol*. 2010;36:29–37.
 38. Rychik J, Rome JJ, Collins MH, et al. The hypoplastic left heart syndrome with intact atrial septum: atrial morphology, pulmonary vascular histopathology and outcome. *J Am Coll Cardiol*. 1999;34:554–560. 69.
 39. Vlahos AP, Lock JE, McElhinney DB, et al. Hypoplastic left heart syndrome with intact or highly restrictive atrial septum: outcome after neonatal transcatheter atrial septostomy. *Circulation*. 2004; 109:2326–2330.
 40. Iacobelli R1, Pasquini L, Toscano A, et al. Role of tricuspid regurgitation in fetal echocardiographic diagnosis of pulmonary atresia with intact ventricular septum. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 31–35.
 41. Ashburn DA, Blackstone EH, Wells WJ, et al. Congenital Heart Surgeons Study members. Determinants of mortality and type of repair in neonates with pulmonary atresia and intact ventricular septum. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;127:1000–1007.

Ti solleverò dai dolori... guarirai da tutte le malattie. Io sì, che avrò cura di te

Vito Manduca*

scrittore, saggista, editore



Le parole del titolo sono prese in prestito dalla canzone di Franco Battiato: canzone del 1996 all'interno dell'album *L'imboscata*, con testi realizzati in collaborazione con Manlio Sgalambro. Un lavoro dedicato al suo amico Gesualdo Bufalino, scomparso pochi mesi prima.

La cura è probabilmente tra le canzoni più apprezzate dal pubblico di Battiato e probabilmente della musica italiana. È il testo che la fa da padrone, composizione dal tratto poetico come d'altronde tutte le poesie del maestro. L'argomento è il rapporto d'amore fra due persone, il prendersi cura l'una dell'altra. È evidente che la persona oggetto della cura è una persona amata... Ma può essere interpretata come persona "amata" a qualsiasi titolo. Ed è così che ho inteso interpretarla adottando la canzone come "motivo conduttore o fil rouge" della serie dedicata alla questione dei caregiver e, soprattutto, delle persone non autosufficienti bisognose di cure e per questo completamente alla mercé dall'azione di altri, che siano professionisti della salute, amici o familiari.

Mi occupo di anziani da quando ero giovane universitario di Scienze dell'Educazione. Studi conclusi con tesi di laurea in Sociologia. Sebbene inizialmente occuparmi degli anziani non fosse stata una mia scelta, per la tesi di laurea avrei voluto condurre una ricerca sulla questione minorile, con particolare attenzione alla microcriminalità diffusa nelle borgate romane, sulla scia della narrativa di Pasolini *Ragazzi di vita, Una vita violenta...* e sulle ricerche della Facoltà di Sociologia condotte dal professor Franco Ferrarotti sulla piaga che affliggeva Roma fin dal dopoguerra, con l'insediamento massivo di borgate abusive di immigrati provenienti soprattutto dal Meridione.

In quel tempo, ero in fase avanzata nell'elaborazione della tesi, con diverse interviste e servizi fotografici a famiglie insistenti nella borgata Gordiani, al Prenestino, ricerche presso il commissariato di zona Tor de' Schiavi, parrocchia, scuole e altre istituzioni locali, quando l'amministrazione capitolina risolse la questione della borgata Gordiani assegnando le case popolari alle famiglie ivi residenti. I nuclei furono disseminati in vari quartieri. Alcuni furono destinati a Casal Bruciato, ma la maggioranza finì fuori Roma, Acilia, Ostia.

Nella bontà sociale della decisione politica, ne scaturì in diversi casi un effetto negativo e non previsto: la perdita di quello spirito di comunità che, specie nelle avversità, si forma fra gruppi omogenei e la ghettizzazione lontano dal tessuto cittadino. È, in particolare, il caso di coloro finiti fuori Roma. Ma questa è un'altra storia di cui tratteremo in seguito. In sostanza mi venne a mancare come suol dirsi "la

materia prima". L'anziana professoressa Iclea Picco, titolare della cattedra di Pedagogia e relatrice della tesi, necessariamente informata, che aveva già apprezzato la prima parte della ricerca, mi chiese diretta: "Ed ora? Come intende proseguire?". Risposi che avrei potuto seguire le famiglie nella nuova sistemazione e vedere magari gli effetti positivi e quelli negativi conseguenti alla nuova destinazione e, magari, rivolgermi a un'altra borgata ancora popolata. Tanto, osservai, stante le informazioni ricevute dal commissariato, il fenomeno delinquenza minorile e abbandono dell'obbligo scolastico erano piaghe lungi dal risolversi con l'assegnazione di case popolari alle famiglie, specie se in ghetti come cattedrali nel deserto. Le cause del delinquere risiedevano nello stato di povertà, mancanza di lavoro, nella mancanza della visione di un futuro possibile e in una sorta di "respingimento", più o meno come in attualità si fa con gli immigrati extracomunitari. Il fenomeno borgate romane ha fornito materia prima per numerose ricerche, opere di narrativa, film. Fra le numerose opere di narrativa e cinematografiche, emblematico ho trovato il film *Il Tetto*, di Vittorio De Sica del 1956, che di recente ho rinvenuto su YouTube. Il film documenta, seppure sotto forma di fiction ma con quel tocco di realismo tipico di De Sica, il sistema di aggirare la normativa sugli abusivi edilizi costruendo in una notte la casupola appena sufficiente per un letto e un fornello. L'intervento delle guardie al mattino, ineluttabilmente avvistate da qualche malevolo, è depotenziato all'interno del manufatto, ancora fresco di malta e precario, ma dotato di tetto e porta, di fronte alla presenza del letto con le persone dentro. Meglio se ci sono anche bambini. La "legge" può procedere alla denuncia del responsabile (al 90% una donna) ma non può demolire il manufatto o sgombrare le persone. L'anziana professoressa sospirò dicendomi che non potevo inseguire le persone per Roma; sarebbe stato un lavoro certo interessante ai fini della ricerca ma troppo lungo e dispersivo rispetto ai tempi che ci eravamo dati per la discussione della tesi. Tra l'altro, la mia condizione di studente-lavoratore richiedeva che io concludessi in un certo tempo gli studi per potermi dedicare alla carriera con una marcia in più, la laurea, e Iclea Picco, insieme al suo più stretto team di professori assistenti, mi voleva bene. Di me apprezzavano oltre la dedizione, la determinazione a laurearmi pur essendo in parallelo obbligato a lavorare per esigenze familiari. Senza lavoro neppure l'università sarebbe stata possibile. Inoltre, la docente, riponeva in me buona stima e considerazione. Mi disse che avrei dovuto occuparmi dell'esclusione degli anziani dalla società attiva, che iniziava con il pensionamento. "Io

sono anziana” precisò con una vena di amarezza, “entro un anno mi vogliono mandare in pensione: mi vogliono rottamare come tutti quelli della mia età! Perciò voglio dedicare il tempo che mi resta in attività a denunciare, denunciare, denunciare e ammonire che la persona umana non è un oggetto usa e getta! ... e lei è la persona giusta per darmi una mano!” Fu convincente e fu così che passai dagli adolescenti della prima età agli anziani della terza e della quarta età che vedevo all’epoca lontani da me non ancora trentenne. Galvanizzato dalle parole di stima della docente, mi buttai a capofitto e ventre a terra, passando dalle ricerche nelle borgate a quelle nei centri anziani, nei cronichi e negli ospizi. Fu una tesi di successo premiata con la pubblicazione del primo libro sull’argomento **La questione degli anziani nel solco dell’educazione permanente**. Oltre che diventare “dottore” mi considerai, più in là a libro pubblicato da una casa editrice, “laureato” come scrittore. Non smisi mai di dedicarmi ai processi di “rottamazione umana” cui prima o poi si è sottoposti da una società tutta protesa verso la produzione di massa, con selezione irritante delle capacità di consumo, man mano che si sale l’ascensore sociale.

Nei decenni seguenti, sul finire del secolo, uomini politici apicali, governi progressisti e sistema di imprese private mi fornirono ulteriore materia, vagheggiando la “rottamazione umana” non come fenomeno fisiologico ma come leva (di potere) utile per il ricambio generazionale da favorire con legislazione specifica: pensioni anticipate obbligatorie e limiti di età per accesso ai concorsi pubblici e ai lavori privati.

Ecco che in questa impietosa catena, gli anziani rappresentano l’anello più debole e non sono peraltro neppure del tutto garantiti dalla ricchezza eventualmente accumulata nel tempo. Anzi talvolta proprio quella ricchezza diviene essa stessa un rischio per le persone avanti con l’età in quanto chi si dovrebbe “prendere cura” è più interessato a ereditare che a curare.

Con l’ovvia conseguenza che l’obiettivo del “prenderci cura” non è la longevità della persona assistita bensì la sua veloce dipartita.

Purtroppo non va neppure meglio quando le persone siano affidate a strutture pubbliche deputate a curare o per lo meno a lenire le sofferenze... “ti guarirò da tutte le malattie”!

La realtà, ahinoi, spesso supera la fantasia della narrazione. Nel secondo episodio della serie **Isola Sacra. I delitti – Operazione Carotaggi**, fresco di stampa e in libreria da inizio anno, pur traendo spunto da fatti realmente accaduti nel secolo scorso intorno a eredità consistenti e assicurazioni caso morte con beneficiari mogli, figli, nipoti, tutti col comune denominatore dell’indegnità, i delitti della serie (reali o presunti) sconfinano nell’assoluta fantasia dell’Autore quando si qualificano come omicidi. Nella realtà si è trattato di decessi in solitudine e sospetti al venire meno della parola data di chi avrebbe dovuto prendersi cura, dopo aver sottratto con alchimie notarili le ricchezze dei congiunti.

Tale narrazione, in parte fantastica, è invero superata dalla realtà attuale di questo mese di dicembre in cui la cronaca ci riferisce di omicidi a cura di badanti e personale sanitario (e qui non si tratta di fiction), l’ultima è appena del 21 dicembre: “Vicenza, badante accusata di aver ucciso un’anziana. Si indaga su altre tre morti sospette”.

“Paola Pettinà si trova in carcere per l’omicidio dell’81enne Imelda Stevan. Ma la falsa badante potrebbe aver intossicato con dosi letali di farmaci anche altri tre anziani di cui si occupava, spacciandosi come assistente socio-sanitaria. La donna non ha risposto al Gip.”

E ancora

“Ieri si è avvalsa della facoltà di non rispondere di fronte al Gip nell’udienza di convalida dell’arresto, Paola Pettinà, la 46enne di Sandrigo (Vicenza) che si spacciava per operatrice socio-sanitaria ed è accusata dell’omicidio volontario aggravato di una 81enne, Imelda Stevan, e di altre quattro morti sospette di anziani cui somministrava dosi massicce di benzodiazepine e di altri farmaci ad azione neuro-depressoria. La donna è stata arrestata mercoledì sera dai carabinieri del nucleo investigativo di Vicenza, proprio all’uscita di una farmacia dove aveva comprato dello Xanax da cui era dipendente e che somministrava agli anziani, e portata nel carcere di Montorio, a Verona. Chiede verità la famiglia dell’81enne deceduta dopo le cure della donna: ‘L’abbiamo portata in ospedale tre volte, non sapevamo cosa avesse, era spenta. Siamo distrutti e arrabbiati. Ora vogliamo giustizia.’”

LE FOTOCOPIE DELLE RICETTE

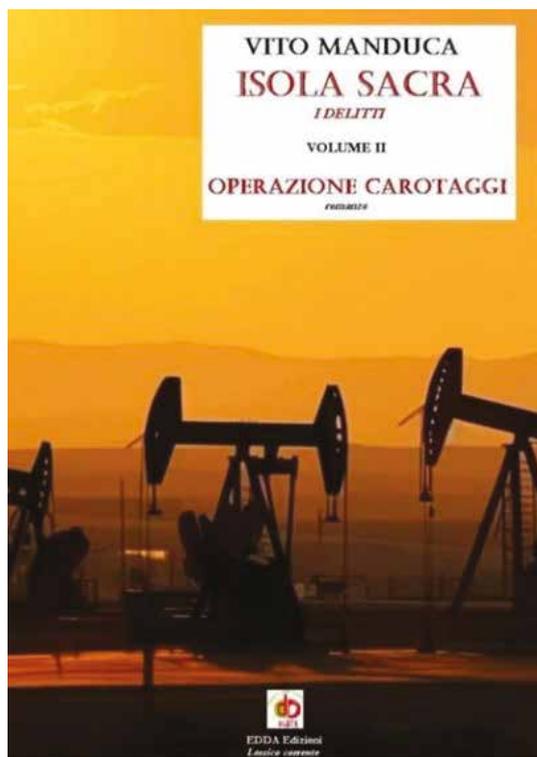
“Oltre all’omicidio dell’81enne, ci sono altre tre morti sospette che pesano sulla posizione della donna. La badante, infatti, è indagata anche per questi tre nuovi episodi – che porterebbero a quattro il numero degli omicidi – oltre che per altri cinque altri tentati omicidi, tra cui quello dell’ex compagno. Dalle indagini dei Carabinieri – riferiscono i quotidiani locali – emergerebbe che la donna somministrava alle persone che assisteva dosi massicce di farmaci, un mix di Tavor, Xanax e Lorazepam, facendo finire gli anziani in stato di semi incoscienza e, come nel caso di Imelda Stevan, conducendoli al decesso. Per procurarsi i farmaci ‘Paolina’, come si faceva chiamare Pettinà, presentava alle farmacie fotocopie di ricette in bianco, assicurando di possedere a casa gli originali. Un dettaglio emerso dopo che i Carabinieri hanno controllato 25 farmacie e accertato che la 46enne nell’arco di pochi mesi aveva acquistato 272 confezioni di Xanax.”

<https://tg24.sky.it/cronaca/2024/12/21/badante-omicidio-vicenza>

Per una curiosa coincidenza, in **Isola Sacra**, la serie ideata anni fa e avviata concretamente nel 2022 col primo episodio, i delitti oggetto del “carotaggio”, a distanza di mezzo secolo da parte della polizia, sono almeno quattro e tutti, almeno in via presun-

Ti solleverò dai dolori... guarirai da tutte le malattie. Io sì, che avrò cura di te

tiva, a cura della stessa mano; serial killer proposti in famiglia come "angelo custode" dei ricchi parenti soli e bisognosi. La serie è sostanzialmente un lungo giallo e solo alla fine emergeranno le responsabilità penali. Anche se quelle morali sono evidenti fin dall'inizio e coinvolgono un'intera famiglia "tossica" e "anaffettiva" al cui interno maturano i delitti e si arma la mano del killer con l'obiettivo dell'appropriazione della "materia", estromettendo gli anziani titolari ancorché parenti stretti sotto l'abbaglio del "prendersi cura di loro"!



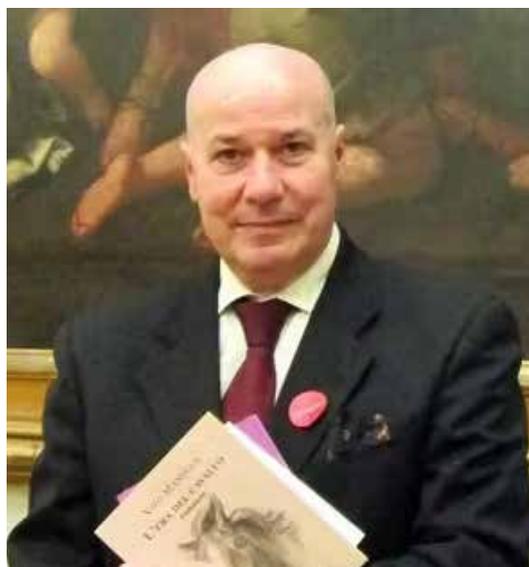
Mi creda, è stata una battaglia senza esclusione di colpi... nonostante la volontà della povera zia, ho dovuto lottare con le unghie e con i denti per acquisitar... cioè ereditare ciò che mia zia voleva donare da tempo solo a me, la sua prediletta... diceva. Non le dico gli ostacoli di persone e burocrazie... tutti mettevano i bastoni fra le ruote. Ci sono voluti anni, montagne di carte bollate, avvocati, periti, notai... mazzette... alchimie! Ma, alla fine, ho vinto io su tutti e su tutto...

LA CURA (leitmotiv della serie)

Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie
 Dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via
 Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo
 Dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai
 Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore
 Dalle ossessioni delle tue manie
 Supererò le correnti gravitazionali
 Lo spazio e la luce per non farti invecchiare
 E guarirai da tutte le malattie
 Perché sei un essere speciale
 Ed io, avrò cura di te
 Vagavo per i campi del Tennessee

Come vi ero arrivato, chissà
 Non hai fiori bianchi per me?
 Più veloci di aquile i miei sogni
 Attraversano il mare
 Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza
 Percorreremo assieme le vie che portano all'essenza
 I profumi d'amore inebrieranno i nostri corpi
 La bonaccia d'agosto non calmerà i nostri sensi
 Tesserò i tuoi capelli come trame di un canto
 Conosco le leggi del mondo, e te ne farò dono
 Supererò le correnti gravitazionali
 Lo spazio e la luce per non farti invecchiare
 Ti salverò da ogni malinconia
 Perché sei un essere speciale
 Ed io avrò cura di te
 Io sì, che avrò cura di te

***Dott. Vito Manduca**, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già middle manager del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in actualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista NotizieSNFIA e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010. <https://www.eddaedizioni.it/> Ha pubblicato con Liorcorno Editore *Vite Rubate* (2000); con Ediesse *Rottami eccellenti* (2004); con A&B Editrice *Il doppio gioco* (2007), *Figli di Santa Pupa* (2008), *La terza porta* (2009), *Morire di Sport* (2009) e *Onora il padre e la madre* (2010). Con Edda Edizioni *Kazimir* (2010-2011), *Cohiba* (2011), *L'era del cavallo* (2012) targa Premio Internazionale Montefiore 2017, *Il fante e la collina delle vette gemelle 1942* (2014) Premio UNUCI – Cerruglio 2015, *Labirinto. Naufragio nella Sanità* (2017), *NOVECENTO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* (2020), *CoronaVersus* (2020), *La peste gialla oltre la Grande Muraglia* (2021). *70 SetTanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite* (2022), *Isola Sacra. I delitti. Un predone in ginocchio – Volume I della serie* (2023), *Isola Sacra. I delitti. Operazione Carotaggi – Volume II della serie* (2024) <https://www.facebook.com/edda.edizioni>



Aspetti clinici ed ecografici del reflusso gastro-esofageo e della stenosi ipertrofica del piloro nel neonato-lattante



Dott. Fabrizio Scoscina

Specialista in Radiologia e Pediatria

Già Responsabile UOS Ecografia Specialistica Pediatrica Asl Teramo

Già Direttore UOSD Ecografia Aziendale Asl Teramo

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

INTRODUZIONE

Con la capillare e progressiva diffusione dell'indagine ecografica da un lato e il costante miglioramento tecnologico delle macchine a disposizione e l'introduzione di tecniche di studio specifiche dall'altro, l'esame ecografico addominale, inizialmente utilizzato con preminente attenzione per gli organi parenchimosi, successivamente, nonostante il contenuto d'aria, liquidi e materiale fecale, è stato ampiamente utilizzato per valutare i vari segmenti dell'apparato gastro-enterico, soprattutto quando applicata allo studio del tratto gastro-intestinale del neonato-lattante. Il suo ruolo è diventato essenziale e, spesso, risolutivo in patologie a carico dell'esofago e dello stomaco ad insorgenza in età pediatrica.

TECNICA DI STUDIO

Lo studio ecografico esofago-gastro-duodenale necessita di tutti i trasduttori a disposizione che devono essere normalmente presenti in una struttura di ecografia pediatrica e cioè sonde convex, lineari e microconvex, preferibilmente multifrequenza da 5 a 15 Mhz da utilizzare in relazione alle caratteristiche somatiche del piccolo paziente (eventuale interposizione di abbondante adipe sottocutaneo) e alla sua età. In genere non è prevista una specifica preparazione anche se, nel bambino più grandetto, è consigliabile, come regola generale, il digiuno per ottenere una buona distensione della colecisti e un decremento dell'aereoenterocolia.

La tecnica d'esame non è standardizzata ma si ritiene, tuttavia, soprattutto per chi si avvicina alla metodica, codificare uno schema al fine di ottenere una valutazione globale con il massimo dell'efficacia. Utile per dislocare il contenuto gassoso può essere la tecnica della compressione graduale, cioè inizialmente superficiale e poi progressivamente più profonda ad iniziare dalla fossa iliaca destra con paziente in posizione supina con scansioni longitudinali e cranio-caudale.

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO: DEFINIZIONE, TECNICA DI STUDIO, ASPETTI ECOGRAFICI

Per ciò che concerne lo studio ecografico del nastro esofageo non è possibile valutare l'organo nella sua interezza ma soltanto i segmenti cervicale e sottodiaframmatico.

L'esofago cervicale è collocato postero-medialmente al lobo sinistro della tiroide; sul piano assiale appare come un'immagine "a coccarda", tondeggiante con una parte centrale ecogena che corrisponde al lume e una parte periferica rappresentata dalla tunica muscolare (fig.1).

Dati gli stretti rapporti di contiguità tra tiroide e esofago cervicale è possibile diagnosticare un'eventuale agenesia tiroidea nei casi in cui non è riscontrabile parenchima tiroideo. L'esofago sottodiaframmatico viene studiato, con paziente supino, con scansione longitudinale ponendo la sonda parallela all'aorta; possiamo distinguere un estremo prossimale localizzato in corrispondenza dell'attraversamento dello sfintere diaframmatico e un estremo distale che corrisponde alla giunzione gastro-esofagea. In tal modo è possibile misurare la lunghezza dell'esofago, preferibilmente subito dopo la deglutizione di una piccola quantità di liquidi: la lunghezza media va da 15-18 mm in età neonatale a 30-34 mm nei bambini.

La patologia preminente dell'esofago esplorabile è rappresentata dal reflusso gastro-esofageo (RGE) con il quale si intende la risalita del contenuto gastrico nell'esofago: il fenomeno è considerato fisiologico quando si manifesta dopo il pasto e si ritiene che il 50% circa dei bambini entro il terzo mese di vita manifesti fenomeni di reflusso (fig.2).

In genere il reflusso insorge per una combinazione di fattori, primo fra tutti è che il cardias, in epoca neonatale, è ancora immaturo e poco funzionale; altri fattori determinanti sono la dieta liquida, l'eccessiva velocità nel bere da parte del neonato e l'eccessiva quantità di alimento somministrato.

Si parla di malattia da reflusso gastro-esofageo quando la risalita del cibo e dei succhi gastrici nello stomaco è un fenomeno costante, anche a distanza di tempo dal pasto e per una durata superiore a 2 secondi. Nei neonati la MRGE è causata da una marcata immaturità del cardias, in genere per prematurità e dismaturità e i principali sintomi sono rappresentati da scarso accrescimento, scarso appetito, interruzione del pasto con episodi di pianto irrefrenabile, irritabilità notturna e infezioni recidivanti delle prime vie aeree.

In presenza di reflusso gastro-esofageo si rileva la distensione dello sfintere esofageo con l'allontana-



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Aspetti clinici ed ecografici del reflusso gastro-esofageo e della stenosi ipertrofica del piloro nel neonato-lattante

mento delle pareti muscolari ipoecogene e, successivamente, la presenza di materiale ecogeno gastrico nell'esofago distale.

In rapporto all'entità del reflusso e al tempo di permanenza in esofago del materiale refluito possiamo distinguere tra gradi di reflusso:

- Lieve: movimento di "va e vieni";
 - Medio: reflusso di abbondante quantità di liquidi;
 - Grave: reflusso importante con prolungata permanenza.
- L'esame ecografico del reflusso consente di valutare, oltre che i singoli episodi di reflusso gastro-esofageo, anche e soprattutto la giunzione gastro-esofagea per la ricerca di eventuali alterazioni anatomiche, ad es. un angolo di His spianato o poco angolato.

STENOSI IPERTROFICA DEL PILORO: DEFINIZIONE, TECNICA DI STUDIO, ASPETTI ECOGRAFICI

La stenosi ipertrofica del piloro (SIP) è causata dall'ipertrofia della tunica muscolare della regione pre-pilorica e colpisce neonati-lattanti tra la 3^a e la 10^a settimana di vita con un rapporto maschi-femmine di 5:1: essa rappresenta la causa più comune di intervento chirurgico addominale nei primi mesi di vita.

L'esame ecografico del piloro, rispetto all'esame radiografico contrastografico, consente, con minor costo, di evitare l'esposizione alle radiazioni ionizzanti in età di massima suscettibilità, e la possibilità di aspirazione nelle vie aeree del contrasto utilizzato per os tramite biberon. Consente, inoltre, di eseguire una prima valutazione del canale pilorico permettendo la misurazione dello spessore muscolare, utile per differenziare la stenosi dal pilorospasmo e di valutare l'ipertrofia della muscolatura liscia pilorica e della stasi gastrica a monte rivelandosi una metodica più precisa nei piccoli bambini con vomiti ripetuti e sospetto di SIP ma con diagnosi clinica non conclusiva.

Per l'effettuazione dell'esame ecografico non è necessaria alcuna sedazione dei pazienti ma, al fine di ottenere una buona distensione dell'antro gastrico, è preferibile somministrare una piccola quantità di acqua o di soluzione glucosata e posizionare il piccolo paziente in posizione supina o, meglio, in posizione obliqua posteriore destra per far affluire i liquidi nella regione antro-pilorica.

Il piloro in sezione longitudinale appare come un'immagine "a coccarda" individuabile al davanti della vena cava inferiore: in condizioni normali lo spessore della tunica muscolare è di circa 2 mm ed un diametro trasverso < a 10 mm ma non sempre è facilmente identificabile in quanto lo stomaco, disteso dall'aria, potrebbe mascherarlo. In caso di SIP il piloro viene spinto dallo stomaco verso destra e diventa apprezzabile anteriormente al rene destro, medialmente alla colecisti, antero-inferiormente alla vena porta e lateralmente alla testa pancreatica (fig.3).

Per la diagnosi ecografica di SIP vengono considerati i seguenti parametri:

- Spessore della tunica muscolare > 4 mm
- Lunghezza del canale pilorico > 18 mm.

Segni ecografici aggiuntivi di SIP sono:

- Il prolasso della mucosa del canale pilorico nell'antro gastrico ("nipple sign")
- La protrusione del piloro nel duodeno ("segno della portio")

- La presenza di abnormi onde peristaltiche
- Il mancato passaggio di liquidi dallo stomaco al duodeno
- La mancata visualizzazione del duodeno.

Infine è da considerare la possibilità di interpretare per SIP una condizione denominata pilorospasmo, una comune condizione di vomito non biliare nel neonato: in questo caso lo spessore della tunica muscolare è < 3 mm e la lunghezza del canale pilorico è < 15 mm (fig.4).

CONCLUSIONI

L'ecografia addominale si conferma uno strumento diagnostico di primaria importanza nella valutazione delle patologie gastroenteriche del neonato e del lattante, offrendo una modalità di studio non invasiva, ripetibile e priva di esposizione a radiazioni ionizzanti. La diagnosi ecografica del reflusso gastro-esofageo (RGE) e della stenosi ipertrofica del piloro (SIP) si basa su criteri ben definiti che consentono una rapida identificazione di condizioni cliniche che, se non trattate, possono compromettere significativamente lo stato di salute del paziente pediatrico. Nel caso del RGE, la possibilità di classificare il fenomeno in gradi di severità e di valutarne l'impatto sulla giunzione gastro-esofagea permette non solo una diagnosi accurata ma anche il monitoraggio delle risposte terapeutiche, sia conservative che farmacologiche. Analogamente, l'ecografia consente di differenziare con precisione tra SIP e pilorospasmo, patologie con sintomatologie sovrapponibili ma approcci terapeutici distinti. Parametri come lo spessore della tunica muscolare e la lunghezza del canale pilorico costituiscono elementi chiave per la conferma diagnostica, minimizzando il ricorso a procedure diagnostiche più invasive. In un'epoca di crescente attenzione alla sicurezza e alla precisione diagnostica, l'ecografia rappresenta una risorsa indispensabile nel percorso clinico del neonato con sintomatologia compatibile con alterazioni del tubo esofago-gastrico. L'applicazione di tecniche ecografiche codificate e l'interpretazione esperta delle immagini possono garantire una diagnosi tempestiva, migliorando significativamente gli esiti clinici e riducendo il carico di stress per i piccoli pazienti e le loro famiglie. In questo contesto, l'integrazione tra competenze cliniche ed ecografiche costituisce il fondamento di una medicina pediatrica moderna, centrata sul paziente e sulle sue specifiche necessità.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Mario M BG, Fariello, et all. Diagnosis of gastroesophageal reflux in childhood. Comparison of ultrasonography and barium swallow. Radiol med 89:76, 1995
2. Leonidas JC. Ultrasound diagnosis of gastro-oesophageal reflux. Arch Dis Child 59:904-905; 1984
3. Esposito F, Lombardi R, Grasso AC, et all. Transabdominal sonography of the normal gastroesophageal junction in children. J Clin Ultrasound 29:326-331; 2001
4. Blumhagen JD, Ultrasonography in diagnosis of hypertrophic pyloric stenosis. J.Pediatr. 103: 499-502, 1983
5. Chiara A, Beluffi G, Fiori P, Delloccchio T, Bragheri R, Rondini G, La stenosi ipertrofica del piloro. Ultrasuoni e diagnostica tradizionale. Radiol.med. 72 188-194, 1986.

Violenza di genere, necessario un impegno collettivo per il cambiamento

“Piaga sociale troppo rilevante per rimanerne indifferenti”

Jessica Petrangeli

Giornalista, Marketing and Communication Specialist

La Giornata internazionale contro la violenza sulle donne, celebrata ogni anno il 25 novembre, non è solo un'occasione per ricordare le vittime di una delle più drammatiche piaghe sociali ma anche un momento di riflessione e azione. L'obiettivo è sensibilizzare l'opinione pubblica, rafforzare la rete di sostegno alle donne e ribadire l'urgenza di combattere la violenza di genere su ogni fronte.

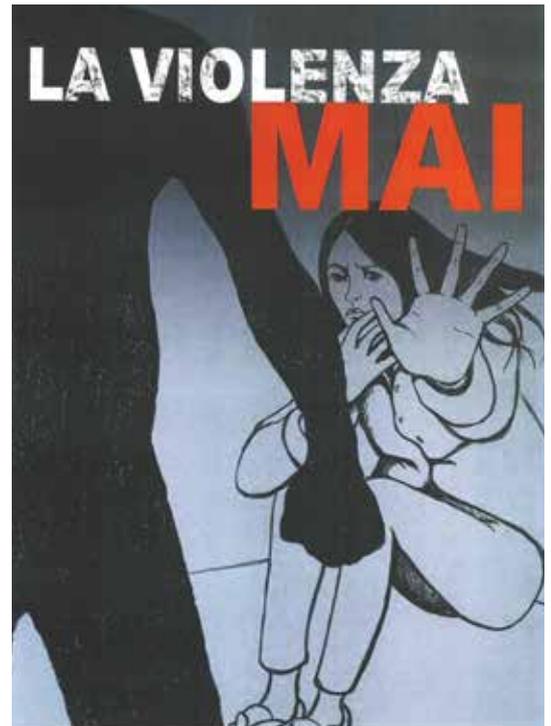
Secondo i dati più recenti, ogni anno migliaia di donne subiscono abusi fisici, psicologici o economici. Solo nel 2024 si contano oltre 100 casi di femmineicidio in Italia, un numero allarmante che sottolinea l'urgenza di misure concrete e incisive. Le vittime spesso affrontano silenzio, isolamento e mancanza di supporto, rendendo fondamentale l'intervento di associazioni, fondazioni e istituzioni. Il governo italiano ha recentemente stanziato fondi significativi per il potenziamento dei centri anti violenza e delle case rifugio. Contestualmente, varie campagne di sensibilizzazione stanno cercando di educare la società a riconoscere i segnali di pericolo nelle relazioni. Ma l'impegno politico non basta: servono alleanze con il mondo del volontariato e dell'associazionismo per creare un impatto reale.

La Fondazione Atena Donna: una luce contro la violenza

Tra le realtà più attive in questo campo spicca la Fondazione Atena Donna, nata come una costola della Fondazione Atena Onlus, per promuovere il benessere e la sicurezza delle donne. Fondata e presieduta dall'Arch. Carla Vittoria Maira, Atena Donna è impegnata in progetti di sensibilizzazione e formazione sulla medicina di genere e il benessere delle donne. Carla Vittoria Maira è una figura di spicco nel panorama dell'attivismo italiano per i diritti delle donne. Promotrice di numerose iniziative sociali, ha dedicato la sua carriera alla tutela delle persone più vulnerabili, con un focus particolare sulla prevenzione delle malattie e sulla lotta alla violenza di genere. Per approfondire il tema, abbiamo avuto il piacere di intervistarla e ci ha offerto uno sguardo privilegiato sul lavoro della Fondazione e sulle prospettive future.

• Presidente Maira, il 25 Novembre è stata la giornata internazionale contro la violenza sulle donne, quali sono gli obiettivi principali di Atena Donna nella lotta contro la violenza di genere?

Atena Donna nasce con l'obiettivo di occuparsi della salute della donna in generale, sia fisica che psichica, con una strategia che sia di prevenzione ma anche di cura. Questa attività nasce da un insieme di conoscenze scientifiche che ci dicono come donne e uomini si ammalano diversamente, hanno fattori di rischio, presentazione clinica e risposta alle terapie differenti. Occuparsi del drammatico fenomeno della violenza



contro le donne rientra in questo progetto generale di preservare lo stato di benessere delle donne ma acquista un significato sociale e morale importante perché non si tratta più semplicemente di prevenire una malattia ma di sanare una piaga sociale troppo rilevante per rimanerne indifferenti.

• Come possiamo, come società, fare la nostra parte per combattere la violenza?

Come sempre è la cultura alla base di tutto. Per questo bisogna partire dalle scuole, dai bambini piccoli per trasmettere loro messaggi di formazione che gli permettano di acquisire abitudini salutari e comportamenti positivi per il loro benessere futuro e per quello della società intera.

Inoltre è molto utile diffondere messaggi informativi, che debbono servire alle donne perché sappiano riconoscere i segni della violenza anche quando questa sembra invisibile o quando è psicologica; ma debbono servire anche agli uomini perché siano consapevoli e non adottino verso le donne comportamenti che potrebbero essere ambigui, quando non dichiaratamente sbagliati.

A questo proposito Atena Donna è al fianco del Ministero di Giustizia nella diffusione di materiale informativo, preparato dal Ministero stesso, in cui si sottolineano i comportamenti allarmanti che possono essere segnali spia di un rapporto non sano.

Violenza di genere, necessario un impegno collettivo per il cambiamento "Piaga sociale troppo rilevante per rimanerne indifferenti"

• *La salute della donna è al centro della vostra missione. Ci racconti dei progetti più significativi che avete realizzato.*

L'attività principale è stata relativa ad un'opera di informazione sanitaria rivolta alle donne più disagiate, cominciando dalle periferie romane, prima i municipi e poi le parrocchie. Attualmente la nostra attenzione è prevalentemente verso le donne recluse, nell'ambito di un progetto realizzato in collaborazione con il Ministero di Giustizia. Da qualche anno abbiamo una collaborazione con ITA Airways per una diffusione di informazioni e materiale didattico sugli aerei della compagnia.

Da mesi un aereo viaggia per i cieli d'Italia con impresso il logo di Atena ed il claim "La prevenzione prende quota". Per l'insieme delle sue attività Atena donna ha ricevuto il Premio Expo 2015.

• *Quali sono le principali sfide che incontrate nel vostro lavoro?*

La sfida più importante è relativa alla necessità di superare un muro culturale che spesso non sembra cogliere l'importanza di battersi per il benessere delle donne. Si ritiene che la nostra società sia così avanzata da non necessitare di ciò per cui ci battiamo ma la realtà purtroppo non è così e ancora oggi in molti centri la donna è curata come se fosse un uomo, senza tener conto delle rilevanti differenze biologiche che vi sono.

• *Ci parli dell'importante progetto WOMEN'S HOSPITAL.*

La naturale evoluzione di questi anni di attività in favore della salute femminile non poteva non sfociare nell'idea della creazione di un Ospedale dedicato alla salute ed al benessere delle Donne.

Per lungo tempo la differenza tra uomini e donne è stata considerata un fattore secondario, quando non addirittura ignorata, nello sviluppo di nuove soluzioni terapeutiche e nell'individuazione di trattamenti e forme di prevenzione dalle patologie.

Medicina di genere vuol dire proprio questo, una medicina in cui sono prese in considerazione le differenze tra uomo e donna, tra maschio e femmina di fronte alla malattia: differenze nei sintomi, nei percorsi diagnostici, nelle necessità terapeutiche e nell'efficacia dei farmaci, differenze nell'andamento e prevalenza delle malattie, nella mortalità e nella prevenzione.

Pensare ad un Ospedale per le Donne, ad un Women's Hospital, significa quindi pensare ad un ospedale in cui si garantisce alla donna il miglior trattamento possibile sulla base di un'attenzione particolare alle evidenze scientifiche e in cui si sviluppi un interesse verso progetti di ricerca orientati in modo specifico sulla peculiarità delle malattie femminili.

Il sogno è di creare un polo di attrazione per eccellenze che in campo medico e di ricerca si occupino in modo interdisciplinare della salute al femminile.

• *Da una sua idea è stata istituita la "Giornata Nazionale della Salute della Donna" che si celebra il 22 Aprile. Di cosa si tratta?*

Anni fa abbiamo sentito la necessità di un'azione che in un certo senso ufficializzasse l'importanza dell'attenzione verso la salute della donna perché

non restasse un concetto generico circoscritto a un luogo ma promuovesse una serie di attività satelliti in tutta Italia.

Per tale motivo abbiamo prima istituito un comitato a supporto di Atena donna e poi proposto al Ministro della Salute Lorenzin l'istituzione di una giornata che accendesse un faro sull'argomento.

Con l'approvazione del Consiglio dei Ministri, nel 2015 è stata istituita ufficialmente la GNSD che si celebra ogni anno, per mia scelta, il 22 aprile, data di nascita di Rita Levi Montalcini, già membro del comitato d'onore della Fondazione Atena e donna che, con il suo esempio e il suo impegno, tanto ha fatto per le altre donne.

Il 22 aprile, oltre ad una attività scientifica realizzata in collaborazione con il Ministero della Salute in cui vengono coinvolte tutte le associazioni che si occupano di salute della donna, organizziamo in oltre 30 città italiane una regata in cui donne in cura o già guarite da un tumore e donne in buona salute rimangono assieme per dare un segnale di solidarietà e informazione.

• *Quali risultati avete ottenuto fino ad oggi e cosa vi proponete per il futuro?*

Quanto già raggiunto ci riempie di orgoglio. Vedere che nella settimana del 22 aprile centinaia di ospedali in tutta Italia aprano le porte alle donne per visite gratuite e che dell'argomento si parli oramai diffusamente, è un risultato che giustifica tutto lo sforzo ed il lavoro effettuato. Ma il risultato più grande è pensare che, grazie alla nostra iniziativa, le donne potranno essere curate meglio.



A sinistra l'Arch. Carla Vittoria Maira, Presidente della Fondazione Atena Donna, al Campus Salute (21-24 Novembre 2024), Piazza del Popolo - Roma

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: anoressia e bulimia nervosa



Dott.ssa Giulia Marchiani

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



L'anoressia e la bulimia nervosa rientrano tra i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione la quale sono caratterizzati da comportamenti che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo nuocendo significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale.

Tra questi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: pica, disturbo da ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating, disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione.

L'obesità al contrario non è inclusa del DSMV come disturbo mentale poiché è il risultato di un'eccessiva assunzione di calorie reiterate nel tempo rispetto al consumo individuale.

Una serie di fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali, che variano tra gli individui, contribuisce allo sviluppo dell'obesità. Esistono tuttavia forti associazioni tra l'obesità ed alcuni disturbi mentali: disturbo da binge-eating, disturbo depressivo, disturbo bipolare, schizofrenia. (Cfr. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSMV)

L'anoressia nervosa ad insorgenza nell'adolescenza o nella prima età adulta è caratterizzata da persistente restrizione nell'assunzione di calorie, intensa

paura di aumentare di peso o un'ostinata condotta che interferisce con l'aumento di peso ed infine un'alterazione della percezione di sé relativa alla forma del corpo.

Alcuni individui possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso compreso il pesarsi di continuo, misurare ossessivamente le parti del corpo e l'uso persistente dello specchio per controllare le zone percepite come "grasse". (Cfr. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSMV).

Il semidigiuno e le condotte di eliminazione come il vomito autoindotto l'uso improprio di lassativi, diuretici ed enteroclistmi possono portare a condizioni mediche significative inoltre a causa della compromissione nutrizionale insorgono molti disturbi fisiologici compresi amenorrea e anomalie dei parametri vitali. Sebbene la perdita di appetito sia reputato un aspetto centrale del disturbo non sembra verificarsi una vera e propria riduzione del senso di fame ma una inibizione e un controllo rigido di esso. (Prontuario di Psichiatria, 2010)

Tra i fattori biologici il sistema degli oppiacei endogeni appare centrale su appetito e aumento di peso in condizioni sperimentali, la colecistochinina (CCK) e il fattore di rilascio della corticotropina (CFR) sono dei messaggeri chimici che regolano la sensazione di sazietà e la disregolazione di questi potrebbe

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: anoressia e bulimia nervosa

portare allo sviluppo di alcuni dei comportamenti riscontrati nell'anoressia nervosa. (Prontuario di Psichiatria, 2010).

Sfortunatamente gli individui con tale disturbo non appaiono preoccupati per la loro condizione psico-fisica per tale ragione vengono condotti all'attenzione clinica dai familiari.

La bulimia nervosa, al contrario, è una patologia caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate, condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso e livelli di autostima influenzati dal peso corporeo. L'esordio avviene durante l'adolescenza o nella prima età adulta con una prevalenza dell'1-1,5% tra gli individui di sesso femminile.

Le abbuffate, precedute da emozioni negative, perseverano finché l'individuo non si sente spiacevolmente e dolorosamente pieno, successivamente ricorre a condotte di eliminazione come il vomito, l'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

I sintomi fisici comprendono l'erosione dentale, le abrasioni sul dorso della mano, la bassa pressione sanguigna, la bradicardia e raramente insorgono complicanze potenzialmente fatali come le lacerazioni esofagee, la rottura gastrica e le aritmie cardiache. La comorbilità con problemi mentali è comune negli individui affetti da bulimia nervosa, vi è una frequenza di disturbo depressivo maggiore e bipolare. L'efficacia clinica degli antidepressivi sulle condotte compensatorie ha fatto ipotizzare un ruolo specifico di serotonina e noradrenalina, altri studi considerano l'aumento di endocrine dopo episodi di vomito come un fattore incentivante la condotta eliminatoria. (Prontuario di Psichiatria, 2010).

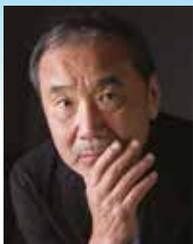
La strategia più appropriata sia nell'anoressia, sia nella bulimia è l'associazione di una mirata terapia farmacologica con il sostegno psicoterapeutico.

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. Carozza P: (a cura di) Centri diurni e approccio ai processi cronici in psichiatria, Psicoterapie, Milano, 2000
7. Conti L: Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, Tomi 1-2-3. S.E.E., Firenze, 1999-2000
8. Falloon I: Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria, Erickson, Trento, 1992.
9. Hume C, Pullen I: La riabilitazione dei pazienti psichiatrici. Raffaello Cortina, Milano, 1994
10. Kennedy JA: Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione, Raffaello Cortina, Milano, 2007
11. Liberman RP: La riabilitazione psichiatrica. Raffaello Cortina, Milano, 1997
12. Liberman RP, Kopelowicz A, Silverstein SM, Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA: (a cura di) Comprehensive Textbook of Psychiatry - 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp. 3884-3930
13. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione DSMV, Raffaello Cortina Editore, 2018
14. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al.: Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. Journal of Marital and Family Therapy 29: 223-245
15. Muret M: Arte-terapia. Red Edizioni, Como, 1991
16. O.M.S.: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF). Tradit Erickson, Trento, 2001
17. Roder V, Zorn P, Brenner H, et al.: CLT - Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico nelle aree Casa, Lavoro e Tempo libero. McGraw-Hill, Milano, 2002
18. Rössler W: Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry 5(3): 151-157, 2006
19. Ruggeri M, Dall'Agnola RB: Come valutare l'esito nei DSM. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000
20. Scala A: L'agire riabilitativo - Manuale della riabilitazione psicosociale. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998
21. Sudres JL: L'arte-terapia con gli adolescenti. Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma, 2000



freepik.com/foto-gratuito/donna-con-disturbi-alimentari-che-piange-accanto-a-una-bilancia - Immagine di freepik



Il più bel romanzo del 2024 è un racconto visionario del giapponese Murakami, da tempo nella rosa del Nobel. In una città dalle alte mura incerte, il protagonista cerca l'amore inseguendo la propria ombra. Più di cinquecento pagine di continui, incantevoli stupori.

Un amore senza ombre e senza scampo di Michele Trecca

La città e le sue mura incerte è il più bel romanzo del 2024, e non solo: Murakami Haruki, giapponese, già tante volte prossimo al Nobel, ha scritto un capolavoro assoluto. Una nuova metafisica dei sentimenti: «Il mio dolore, tuttavia, non era quello che si prova nel perdere una persona cara. Era una sorta di quiete e misteriosa sofferenza che potrei definire metafisica. Una sofferenza priva di un vero dolore. Soltanto un puro senso di mancanza».

Comincia così. Lui ha diciassette anni, lei sedici. Non vivono vicini. Lui vive in una tranquilla periferia residenziale a due passi dal mare, lei nel centro di una metropoli prospera e animata. Si incontrano una o due volte al mese ed è un continuo incanto: «Quando mi sono seduto accanto a te, ho provato una strana sensazione: migliaia di fili invisibili sembravano tenerti strettamente legata al mio cuore. A farlo vibrare bastava un battito delle tue ciglia, un lieve tremito delle tue labbra». Il domani insieme è vago come un sogno: «A me piace moltissimo stare qui, da sola, ad aspettarti... penso a dove andremo, a cosa faremo... abbiamo infinite possibilità davanti a noi. Non credi?».

La città e le sue mura incerte è, dunque, una storia d'amore: assoluto, felice, quieto e disperato. Arreso e ostinato. È l'amore senza scampo di chi nell'altro cerca se stesso perché sa che in quell'altra metà è la propria verità.

Un giorno lei gli dice di una città dalle alte mura «non tanto grande ma neanche tanto piccola da entrare tutta nel campo visivo». Gli dice che quella città ha un bel fiume e tre ponti di pietra, una biblioteca, una torre di guardia, una fonderia inattiva e degli alloggi collettivi ben costruiti. Poi aggiunge: «In realtà la vera me stessa è lì che vive, in quella città dalle alte mura», dove si può entrare solo lasciando la propria ombra e dalla quale, una volta entrati, nessuno può più uscire. Dunque, lei tanto amata è solo una sbiadita immagine di sé. Niente più che la sua ombra, sperduta chissà come nel mondo reale. In quella città, fuori dal tempo, con in piazza un grande orologio senza lancette, lei lavora nella biblioteca che però non ha libri, ma vecchi sogni dalla forma di grandi uova. Quei sogni attendono che qualcuno li legga, e a suo giudizio lui ha i «requisiti» per farlo. Il ragazzo decide così di andare di là, nella città dalle alte mura.

Sembra molto, ma non è nulla: solo una breve sintesi delle primissime pagine delle 552 del romanzo, né diremo altro dei

numerosi e sorprendenti sviluppi della trama. Diciamo, invece, che *La città e le sue mura incerte* fonde realismo e magia in un'indicibile, vertiginosa dolcezza che intender non la può chi non la prova.

A pagina 484 i due ragazzi parlano di García Márquez e di una pagina de *L'amore ai tempi del colera*. Lei dice: «Quello che io penso, però, è che secondo i criteri della critica può darsi che

sia realismo magico, ma per García Márquez forse non è così, forse per lui è semplice realismo. Nel mondo in cui viveva lui realtà e irrealtà si confondevano tutti i giorni, e ha descritto quell'atmosfera così come la vedeva. Non credi?» E lui: «Vuoi dire che nel suo mondo realtà e irrealtà sconfinavano una nell'altra, si equivalevano, e García Márquez si è limitato a metterlo per iscritto?» Lei: «Sì, dev'essere proprio così. Ed è quello che mi piace di più, nei suoi romanzi».

Visione è la parola chiave di questo romanzo, e non solo: visione è parola chiave di ogni romanzo. In narrativa è sempre così: si parte dalla realtà, poi *si stacca l'ombra* e si finisce altrove, al di là delle mura. Dalla nuova latitudine della sua creatività l'autore vede con occhi diversi dai nostri e ci racconta un mondo reinventato dalla sua immaginazione e *magicamente* più vero di quello ordinario. La grande letteratura è sempre visionaria. La nostra mancanza, la sofferenza metafisica di noi gente comune è l'impossibilità o incapacità o rinuncia o rifiuto di un punto di vista altro - di un punto di vista visionario - su

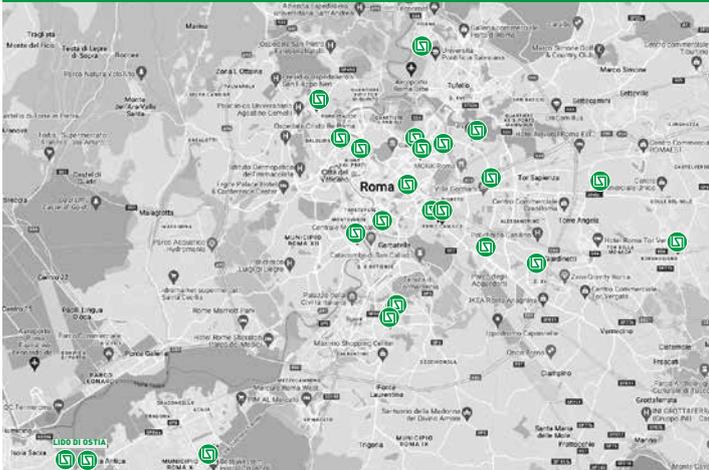
noi stessi e sulle cose.

Con una scrittura enigmatica e onirica, raffinata e malinconica ma di cristallina fluidità e immediatezza emotiva, del proprio protagonista Murakami annulla ogni confine interiore, ogni tempo della sua età e in una metamorfosi continua ne ridefinisce incessantemente il profilo, come la città dalle mura incerte si dilata e si contrae cambiando senza sosta il suo perimetro. *La città e le sue mura incerte* accomuna in uno stesso respiro vitale persone e cose. Tutto è uno. Anche i morti. Vita e morte è solo un gioco di ombre. Parola di Murakami Haruki.

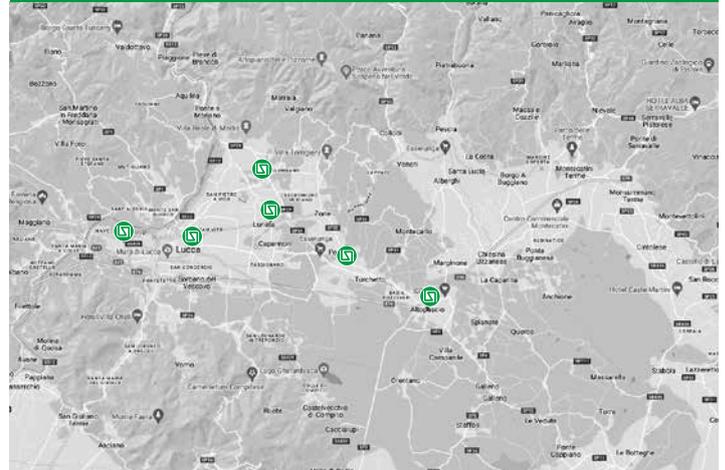
Murakami Haruki, *La città e le sue mura incerte*,
Einaudi, pagg. 552, € 23
traduzione di Antonietta Pastore



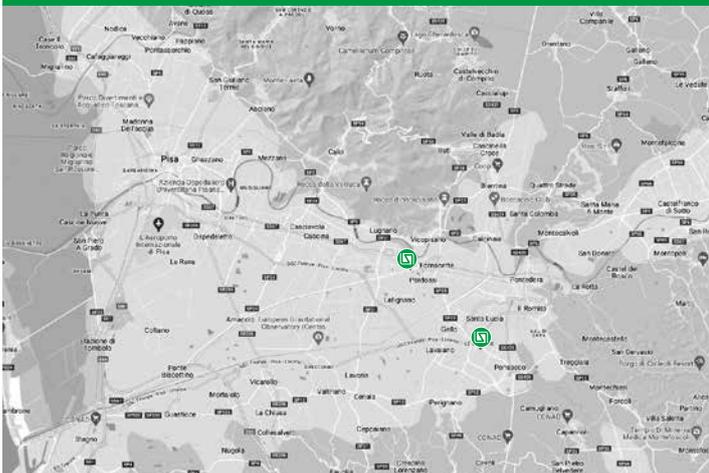
LAZIO ROMA



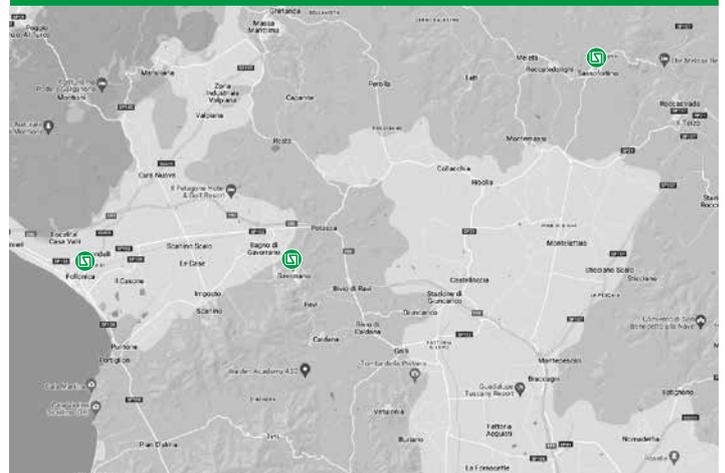
TOSCANA LUCCA



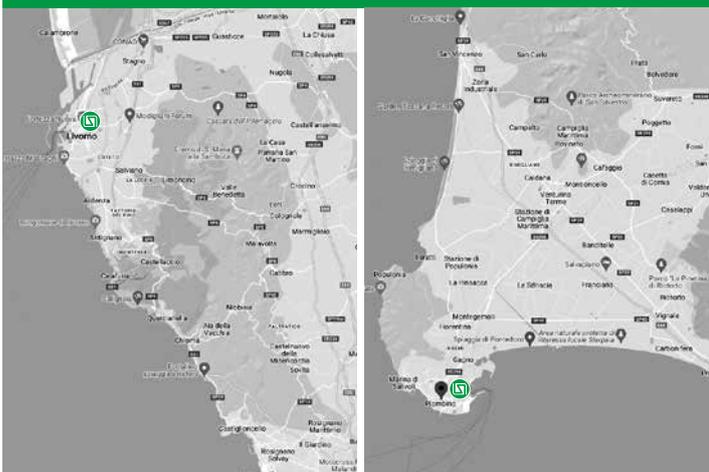
TOSCANA PISA



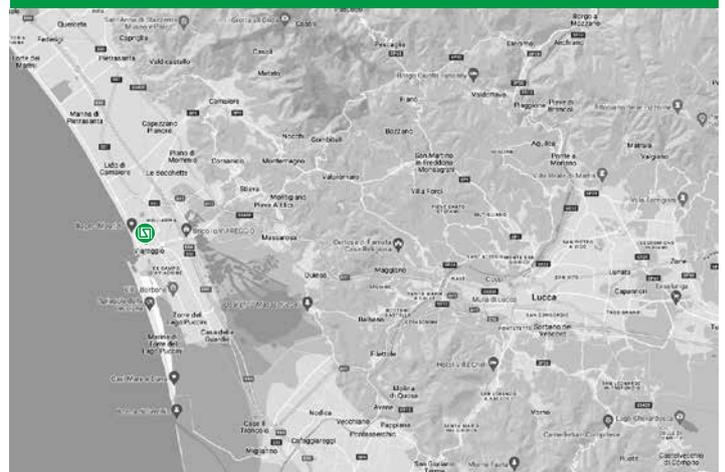
TOSCANA GROSSETO



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



#FALLEGIRÀSTEROTE

#PARALITICOCH

#DACCENASPINTA



+39.333.200.5883



info@romanes.it



@romanes_rugby



romaneswr