

ARTEMISIA

NUMERO 15 - ANNO 6 - LUGLIO 2022

magazine

VERSO UNA MEDICINA SOSTENIBILE
per proteggere il futuro



SPECIALE GIOVANI
E DISTURBI ALIMENTARI

UCRAINA: COSA VUOLE
PUTIN CON
L' "OPERAZIONE SPECIALE"?

PATOLOGIE UDITIVE
NEI GIOVANI
NOISE-RELATED



CENTRO DI ECCELLENZA PER LA MEDICINA RIGENERATIVA

Direttore Scientifico: *Silvana Campisi*

Rigenerazione dei tessuti danneggiati nel caso di:

- **Tricologia:** alopecie maschili e femminili
- **Urologia:** incontinenza vescicale, disfunzione erettile
- **Ortopedia:** prevenzione e trattamento avanzato dell'artrosi, lesioni cartilaginee, tendini, muscoli disco intervertebrale; infiltrazioni intra-articolari rigenerative
- **Chirurgia Plastica e Ricostruttiva:** Lifting cellulare, filler, ustioni, perdite di sostanza, cicatrici, biorivitalizzazione viso e mani
- **Chirurgia Generale:** fistole perianali, lesioni da decubito, ulcere da Crohn, incontinenza fecale
- **Chirurgia Maxillo-Facciale:** rigenerazione ossea per implantologia intra-orale, perdite di sostanza ossea, fratture ossee
- **Ginecologia:** distrofie, vulvodinie e lichen planus vulvare, prolasso vaginale, ringiovanimento genitale funzionale
- **Dermatologia:** acne ed esiti cicatriziali da acne
- **Immunologia:** Sclerodermia
- **ORL:** ricostruzione corde vocali e setto nasale
- **Nutrizione**
- Ambulatorio **Onde d'urto** per cure estetiche e patologiche

Prenota il tuo appuntamento



VIA PIAVE, 76
PIAZZA FIUME



TELEFONO

06 42 100

www.artemisialab.it

seguici su   



"LA VOCE CHE ALLORA NON AVEVO" LE STORIE DI FIORENZA SARZANINI SU GIOVANI CON DISTURBI ALIMENTARI, LE LORO FAMIGLIE ED I MEDICI DEDICATI	4
ANORESSIA: TESTIMONIANZA DI UNA MAMMA	10
QUANTO PESANO LE EMOZIONI?	14
IL MITO DELLA PERFEZIONE. FRAGILITÀ E BELLEZZA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	18
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. COME I GENITORI POSSONO RICONOScerLI E AFFRONTARLI	20
PATOLOGIE UDITIVE NEI GIOVANI NOISE-RELATED: PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA	24
COSA VUOLE PUTIN CON L' "OPERAZIONE SPECIALE"	30
LA VERTIGINE PAROSSISTICA POSIZIONALE BENIGNA (V.P.P.B.)	38
LA RESPONSABILITÀ MEDICA PENALE, TRA INTENZIONI DEL LEGISLATORE E APPLICAZIONI PRATICHE	40
COME MISURARE E CURARE LO STRESS CON LE METODICHE PNEI	46
GLI INSETTI COME CIBO	48
MITI E LEGGENDE DELL'ORTOPEDIA: IL PIEDE PIATTO	52

Verso una medicina sostenibile, **PER PROTEGGERE IL FUTURO**



Dr.ssa Elena Pollari
Direttore Artemisia Onlus

La Salute è il nostro Bene più prezioso e spetta ad ognuno di noi tutelarla al meglio prendendo coscienza dell'impatto negativo che le scelte, le abitudini e gli stili di vita scorretti esercitano su di essa. La Salute, fondamentale Diritto dell'individuo e interesse della collettività, deve essere considerata un Valore, non un costo, poiché, evidentemente, rappresenta anche un volano insostituibile per lo sviluppo economico e sociale. Vista la complessità delle problematiche socio-sanitarie che ogni giorno i cittadini presentano, occorre riconoscere l'urgenza di avviare un processo di rinnovamento del Sistema-Paese, occorre un impegno concreto e sinergico volto a strutturare un Sistema innovativo che ponga le nuove tecnologie al servizio del singolo e della collettività, un Sistema basato sulla Medicina di Prossimità, capace di intervento tempestivo, di rapporto diretto ed empatico con i pazienti, di personalizzazione delle cure, di indicazioni terapeutiche che rispondano a criteri di evidenza clinica e, contestualmente, di garantire uno sviluppo sostenibile in maniera equa e decorosa, così contribuendo concretamente al "BEN ESSERE" di ogni Cittadino e del Pianeta, alla uguaglianza sociale anche in ambito sanitario ed alla costruzione di un futuro florido e sicuro per le nuove generazioni.

Buona lettura!

ARTEMISIA
magazine

Periodico edito da **Artemia Lab S.r.l.**
Via Velletri, 10 Roma - www.artemisialab.com
www.associazioneartemisia.it_redazione.magazine@artemisialab.it

Direttore responsabile: Dr.ssa Rossana Nastasi

Coordinatore di redazione: Dr.ssa Elena Pollari

Comitato di redazione: Dr.ssa Francesca Fornari,
Dr. Adrea Costanzo, Ing. antonino Rotilio, Dr.ssa Elena Stella

Art director: World Medical Products S.r.l.

Stampa: World Medical Products S.r.l.
Via Cesare Pascarella, 9 - 00011 Tivoli Terme (RM)
Testata registrata presso il Tribunale di Roma n. 159 del 12.10.2017



“LA VOCE CHE ALLORA NON AVEVO”



Le storie di Fiorenza Sarzanini su giovani con disturbi alimentari, le loro famiglie ed i medici dedicati



MARIO CALABRESI
Giornalista e Scrittore,
Direttore di CHORA -
Società di produzione
podcast

«**A**vevo 23 anni, lavoravo già come giornalista da quattro, ero appena stata assunta quando cominciai a vomitare tutto quello che mangiavo. Non trattenevo più nulla, ero già magra ma in un anno persi dieci chili. La bilancia era diventata la mia fissazione ma non mi rendevo conto di quello che mi stava accadendo, avevo una totale dispercezione del mio corpo. Non ero mai magra abbastanza. Alla fine di quell'anno andai in vacanza in Grecia e Turchia, scattammo un sacco di foto e poi al ritorno facemmo una di quelle serate in cui si guardavano le diapositive. Quando

sono apparsa, era un'immagine di me a Patmos, non mi sono riconosciuta. Non era possibile che quella fossi io. Non mi ero resa conto di come mi fossi ridotta, nello specchio non mi vedevo così ma quella foto mi rivelò tutto e finalmente cominciai a fare i conti con il problema». Sono passati più di trent'anni da quell'estate e Fiorenza Sarzanini, la più nota giornalista italiana di cronaca giudiziaria e d'inchiesta, oggi vicedirettrice del Corriere della Sera, ha sentito l'urgenza di alzare la voce sul dramma dei disturbi alimentari. Così è uscita allo scoperto e ha costruito un grande reportage audio che ha chiamato “Specchio”, un viaggio in sei pun-



tate tra le ragazze e i ragazzi che si ammalano di anoressia e bulimia.

«Ho pensato che dovessi farlo dopo aver letto uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità che denunciava un'esplosione di casi di disturbi alimentari durante il lockdown: un aumento del sessanta per cento. Un numero mostruoso. Ho immaginato il dramma delle famiglie nei mesi in cui per il Covid farsi rispondere da un medico era impossibile, in cui tutto è stato inaccessibile, in un'Italia dove in molte regioni non esistono strutture specializzate, dove genitori e figli restano soli e disperati. Per esserci passata so quanto sia importante parlarne, combattere silenzi e pregiudizi».

Secondo Fiorenza Sarzanini, giornalista, vicedirettrice del Corriere della Sera, il primo vero silenzio è quello delle Istituzioni, ma non si può più aspettare, è tempo di smuovere le cose, di costruire reti pubbliche di assistenza e cura. Il secondo è quello dei genitori, che si vergognano di dire mia figlia è anoressica o bulimica. «Io stessa – racconta con la sua voce roca, potente e l'accento romano – mi sono posta il problema per anni: lo dico o non lo dico che sono stata malata di disturbi alimentari?».

Ora Fiorenza è venuta allo scoperto e lo ha fatto mettendoci la faccia, anzi la voce, e combattendo pudori e luoghi comuni:

«Nessuno si vergogna di raccontare che ha avuto un tumore, invece ci si vergogna a dire: "Vomitavo, nascondevo il cibo, stavo male", perché è una cosa vista con sospetto. Invece bisogna parlarne e bisogna farlo in fretta, è importante intervenire in tempo per salvare vite ed esistenze».

Nella sua serie Fiorenza Sarzanini racconta un fenomeno che un tempo era considerato soltanto femminile ma che oggi, in un caso su quattro, riguarda i ragazzi: «Per loro è ancora più difficile, nessuno li prende sul serio, i loro sembrano capricci, ma se non si interviene arrivano a morire, come mi racconta, nella quarta puntata, Francesca la mamma di Lorenzo, scomparso a vent'anni dopo sei di calvario».

Il Covid e la quarantena sono stati fattori di accelerazione del problema, ma il fenomeno non può essere semplificato: «I social hanno certamente un ruolo, si parla tanto delle ragazzine che vorrebbero fare le modelle o le influencer, essere magre, ma in nessuna delle storie che ho raccolto questo è il fattore scatenante. Può accadere invece che smettere di mangiare sia un modo per dire ai genitori qualcosa che non si riesce a dire, per esempio l'omosessualità. Oppure per reagire a una situazione insostenibile, di scontro familiare. Tantissimi ragazzi si sono ammalati





per spostare su di sé il problema di un padre e una madre che chiusi in casa hanno passato il tempo a litigare. Il fenomeno è talmente aumentato che i reparti di pediatria generale non sanno più dove mettere questi adolescenti».

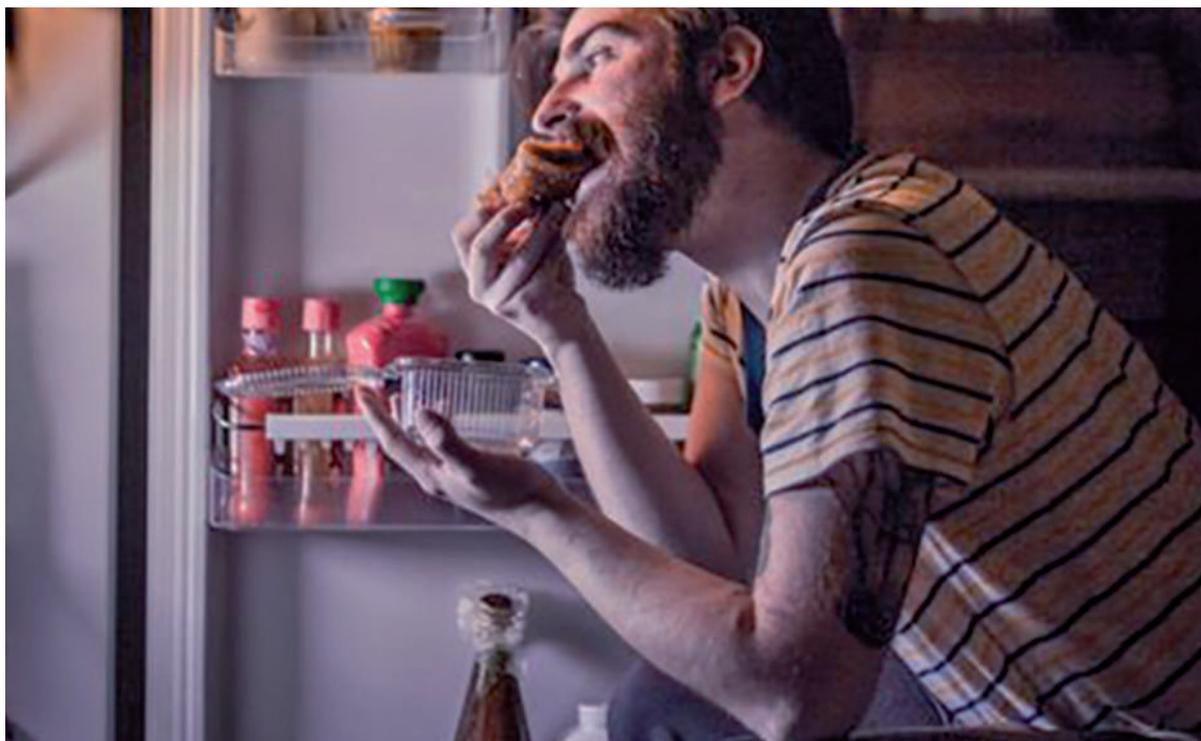
«Ho scelto di chiamare “Specchio” questa serie podcast perché lo specchio è il luogo della disperazione di te: non ti vedi magra, ti vedi come ti vuoi vedere. Tanto che nei centri di cura gli specchi non ci sono». Ma accanto allo specchio c'è sempre la bilancia. Fiorenza ha cominciato a fare la giornalista a 19 anni, appena finita scuola, seguendo il padre Mario che era il re della cronaca giudiziaria capitolina. Si è fatta le ossa in Pretura, seguendo i piccoli casi di quartiere e a 23 anni è stata assunta al Messaggero. Proprio in quel periodo si è ammalata, i segni c'erano tutti: andando da casa alla redazione, ogni giorno, entrava in tutte le farmacie che incontrava e si pesava. Fiorenza è guarita, ma

ci sono delle cose che le sono rimaste dentro, uno dei segni – mi spiega – è controllare sempre il proprio peso, anche se si sta benissimo rimane questa fissazione di controllo del corpo.

«La bilancia per me è diventata una compagna di vita, è come la coperta di Linus, la devo avere sempre con me. Se parto, anche per un solo giorno, la metto in valigia. Resta la paura di ricadere, io non controllo se ingrasso ma se dimagrisco, quello mi spaventa ancora, è il segnale d'allarme».

«Io non ho mai capito cosa mi fosse accaduto, allora non c'era tutta questa preparazione per aiutare a individuare le cause scatenanti, non c'era appoggio psicologico. La mia vita era apparentemente senza problemi, non c'era nulla di grave, eppure l'anoressia era scattata. Il giorno dopo essermi vista in quella diapositiva però ho chiamato il nostro medico e ho chiesto aiuto. E da quel momento ho cominciato a risalire».





Tra le storie che ha raccolto la cosa che l'ha colpita di più è la forza dell'ossessione: «Io allora facevo di tutto e questa mia iper attività l'ho ritrovata in quelle ragazze che durante la quarantena facevano esercizi tutto il giorno con le app, oppure camminavano in corridoio, anche per 5 ore...».

Quasi tutti quelli che ha incontrato le hanno parlato “dell'ossessione nella testa”, che si trasmette a tutta la famiglia e che rompe relazioni e ogni forma di dialogo. «La cosa più inutile è sentire i genitori che dicono “mangia, mangia”, è controproducente concentrarsi a parlare del cibo, cercare di convincerli in quel modo. Ho visto ragazzi nascondere il cibo, sminuzzarlo e metterlo ovunque, nelle tasche dei pantaloni, nello zainetto, buttarlo dalla finestra. Bisogna cercare di capire che cosa ci stanno dicendo. Il filo che lega tutto è il controllo del corpo, che viene usato per mandare un messaggio, per chiedere aiuto».

La forza dell'inchiesta di Fiorenza sta nell'empatia che ha creato con tutte le persone a cui ha dato voce: «Se tu hai un disturbo alimentare non hai voglia di parlarne, ma io ho detto subito ad ognuno di loro che ne

avevo sofferto anch'io, e loro si sono aperti, si sono sentiti compresi. Io oggi sono una persona realizzata, ho una figlia, ho fatto un percorso di lavoro entusiasmante e sono felice della mia vita. Mostrare a questi ragazzi che se ne può uscire, e uscire bene, è fondamentale».

In questi venti mesi di Covid Fiorenza Sarzanini è stata la firma che sul Corriere della Sera ha spiegato le misure che avrebbe preso il Governo, e quindi come cambiavano le nostre vite: «Ho scoperto un lato nuovo del mio lavoro: le informazioni di pubblica utilità, il giornalismo di servizio». Ora ha realizzato un'inchiesta giornalistica che parla quella stessa lingua, che serve ad aiutare gli adolescenti e i loro genitori. «Questo podcast mi rende orgogliosa, è uno dei lavori più belli che ho fatto nella mia vita. Ho messo a disposizione delle famiglie testimonianze, competenze e strumenti che li possono aiutare davvero. Dal 14 settembre, data di uscita della prima puntata di Specchio, ho ricevuto centinaia di messaggi di ragazze e ragazzi che ci ringraziano per questo podcast. C'è chi racconta di avere un problema analogo, chi vorrebbe raccontare la propria storia, chi



ci confida che pur senza avere sviluppato la malattia si trova a disagio con il proprio corpo, e chi ci dice che se avesse potuto ascoltare storie del genere forse non si sarebbe ammalato».

Le chiedo ancora una cosa; perché un podcast? «Perché le voci hanno una potenza che nessun raccontatore potrebbe far emergere. Nessuno scrittore, neanche il più bravo, potrebbe rendere quella sensazione, restituire la fatica e il dolore di quelle voci strascicate e affaticate. Mi sono convinta che la voce è più potente dell'immagine, va oltre e la supera. Se avessimo mostrato quelle ragazze e quei ragazzi, l'attenzione si sarebbe concentrata sui loro corpi, invece così va sul racconto e sul senso. Ascolti le loro parole e finalmente comprendi».

La perfezione non esiste, ma la ricerca della perfezione sì e può diventare una condanna. Ti guardi ma non vedi davvero com'è il tuo corpo. Vuoi cambiarlo per far capire agli altri quello che non riesci a dire: sto male. E alla fine il corpo parla, dice quello che la mente non vuole ammettere: ho bisogno di aiuto. «Io so come ci si sente. A me è successo quando avevo ventitré anni.» Fiorenza Sarzanini, firma di punta del giornalismo italiano, racconta in queste pagine l'anoressia

che ha vissuto, come si è curata, come è riuscita a uscirne. E perché ha deciso di impegnarsi in prima persona perché questo male così insidioso sia trattato come una vera emergenza.

Cosa succede a tante ragazze e tanti ragazzi di oggi? Perché durante la pandemia migliaia di bambini e adolescenti hanno sviluppato disturbi alimentari, e gli atti di autolesionismo e i tentativi di suicidio sono aumentati? Quanto contano la disinformazione in rete e il confronto sui social? I malati in Italia sono oltre tre milioni, perlopiù giovani e giovanissimi.

L'autrice ha ascoltato le loro confessioni e ne racconta i pensieri e le storie, i demoni e la fame d'amore, le cadute vertiginose e la fatica di rinascere. Ha parlato con i medici che ogni giorno affrontano questa epidemia per cui non c'è vaccino. Ha raccolto lo sfogo dei genitori, il loro senso di colpa, la disperazione di chi vede i propri figli distruggersi senza riuscire ad aiutarli.

Il risultato è un'inchiesta, narrata con sensibilità e passione, che fa luce su una malattia del nostro tempo e accende una speranza. Perché il percorso è faticoso, ma se accetti il sostegno di chi conosce questo male e di chi ti è vicino puoi salvarti. Se ti fai aiutare riesci a guarire.





*La salute
al primo posto*

NUOVE SEDI

ARTEMISIA LAB TUSCOLANA
CENTRO POLIAMBULATORIALE

Via Tuscolana, 950

Tel. **06 762604** • **WhatsApp 388 5838658**



ARTEMISIA LAB M.R. 3000
CENTRO DI FISIOTERAPIA E RIEDUCAZIONE MOTORIA

Via Raffaele de Cesare, 6 - Tel. **06 78359396**





Anoressia: TESTIMONIANZA DI UNA MAMMA



LAURA GUERCINI

Eccoci qui, dove un genitore non vorrebbe mai essere, in una corsia d'Ospedale. Oggi è una bella e calda mattina di maggio ed il mio primogenito festeggia i suoi primi 18 anni, ma io e sua sorella purtroppo non possiamo essere insieme a lui per celebrare questo importante evento. Mia figlia ha da poco compiuto 15 anni e già deve combattere con una malattia chiamata anoressia. In queste righe vorrei cer-

care di spiegare, da madre, che cosa sia questa terribile patologia che distrugge le vite delle nostre figlie e di tutte le loro famiglie.

Il disturbo del comportamento alimentare, che si tratti di anoressia o bulimia, è una malattia subdola che compare lentamente e altrettanto lentamente si insinua e si radica aggravandosi. Gli studi scientifici a riguardo sostengono che le ragazze tra i 13 e 18 anni sono le più colpite, ma oggi,



a causa della pandemia da Covid-19, l'età di insorgenza della patologia si è abbassata ulteriormente, arrivando fino agli 11 anni.

Mia figlia si è ammalata durante il primo lockdown, tutto ha avuto inizio il giorno del suo tredicesimo compleanno: "come mamma" ho iniziato a cogliere i primi, piccoli cambiamenti... che venivano dal suo sguardo... non riuscivo più a ritrovare la sua espressione ed i suoi occhi sempre vivaci... ho iniziato a notare un atteggiamento di chiusura e di trascuratezza personale... Ma quelle erano solo prime avvisaglie dell'incubo che avremmo iniziato a vivere realmente due anni più tardi.

Le cause scatenanti l'anoressia possono essere le più svariate, ma alla base c'è un desiderio di accettazione sociale che spinge alcune ragazze a voler essere sempre più magre, accettazione da parte delle persone che le circondano, amici, famiglia, ecc. Sono ragazze che, avendo sviluppato la percezione distorta di essere fisicamente inadeguate, provano a perseguire un ideale estetico

di magrezza così, credono, le persone le accetteranno, le terranno in maggiore considerazione e daranno loro più affetto. Alla base di tutto c'è quindi una richiesta d'amore e di attenzione. Le ragazze affette da anoressia si mettono alla prova ogni giorno, affrontando e subendo la fame: vogliono dimostrare a loro stesse che sono più forti, che resistono e vincono rispetto al bisogno di mangiare. Possono arrivare a considerare la rinuncia al cibo come strumento di auto-punizione: anche per una valutazione insufficiente a scuola pensano di non meritare il pasto. Si concretizza una sorta di follia, di ossessione, che avvolge le loro menti e le trasforma. Si ha di fronte la propria figlia, ma sembra che non sia con lei che stai parlando: è come se un demone le fosse entrato dentro e l'avesse trasformata.

Nel mio caso parliamo di una ragazza che è sempre stata molto tranquilla, sorridente, bravissima a scuola, che non ha mai creato la minima preoccupazione in famiglia proprio perché sempre molto equilibrata, e forse que-





sta situazione mi ha fuorviato, forse ha reso noi genitori un poco distratti rispetto alle sue reali esigenze, ci ha indotto a commettere inconsapevolmente degli errori di valutazione che possono aver favorito l'insorgenza del malessere... almeno questo è il mio costante timore e rimorso... perché quando capitano queste disgrazie in famiglia, da mamma, ti interroghi su cosa potrebbe esserti sfuggito, come potresti aver sbagliato... sbagliato nel caricarla troppo di responsabilità... può darsi, sbagliato per non essere stata capace di individuare i segnali di disagio dietro alla sua apparente tranquillità... può darsi... Quando si hanno più figli, tre nel mio caso, si tende a prestare maggiore attenzione a quello che, in quel momento, sembra trovarsi in più evidenti difficoltà, trascurando colui o colei che invece, apparentemente, non manifesta problematiche e non necessita di supporto particolare.

Mia figlia è stata molto abile a nascondere il suo disagio... o forse io non sono stata abbastanza attenta ad accorgermene. La malattia si è impossessata di lei giorno dopo giorno ed il suo corpo ha iniziato a cambiare lentamente: i pantaloni man mano sempre più larghi, così come le magliette; gli incubi notturni, le allucinazioni, gli attacchi di panico improvvisi, la tachicardia, la sudorazione fredda sempre più frequenti, così come i pianti improvvisi e inconsolabili; piano piano le sue forze sono venute meno, fino al punto di non riuscire più ad alzarsi dal letto, i suoi capelli sempre più fragili, fino a cadere a ciocche. Una ragazza che a 15 anni dovrebbe solo pensare ad uscire e divertirsi con le amiche è invece spenta e chiusa in sé stessa, si isola e, per giorni interi, non riesce neanche a rispondere ai messaggi che le arrivano al cellulare. Il nervosismo, gli attacchi di ira, il tremore, la rabbia hanno sempre più preso il posto della dol-



cezza e della spensieratezza che la caratterizzavano.

Il suo sorriso oggi non riappare quasi più e lo sguardo trasmette un senso di vuoto, uno sguardo in cui, da mamma, ti perdi... perché ti senti impotente e non sai come poterla aiutare. Vorresti intercettare quel "male trasmesso dall'ambiente circostante" che, in qualche modo, ha preso il controllo della sua mente... vorresti gridare: "Basta! Esci fuori e lascia vivere in pace mia figlia, invece di trascinarla giù nel baratro, in un buio senza ritorno...". Ti ritrovi a vivere tra cadute e risalite, come stare ogni giorno sulle montagne russe; vedi tua figlia serena per un momento per poi ritrovarla, magari un'ora dopo, inspiegabilmente furiosa e depressa. Ma è indispensabile continuare a trovare la forza di reagire, è fondamentale insistere nella ricerca di soluzioni ricominciando da sé stessi, per riuscire a comprendere profondamente lo stato d'animo di chi è affetto da anoressia, individuare le effettive cause scatenanti il disturbo ed avviare il giusto percorso di recupero e sconfitta della patologia, prendendo consapevolezza che per aiutare tua figlia devi farti aiutare anche tu: bisogna affidarsi ai professionisti del settore, esperti che lavorano in sinergia, con approccio accudente e rassicurante, tutti orientati verso l'identificazione del percorso risolutivo adeguato al caso, per accompagnare la paziente alla completa guarigione. Ecco perché scrivo da qui, da una struttura sanitaria, in attesa di mia figlia, presa in carico dagli esperti; ogni membro del team ha le proprie specifiche competenze, perché l'anoressia è una malattia complessa, che prevede il coinvolgimento di più specialisti, come lo psichiatra, lo psicoterapeuta e il nutrizionista.

Bisogna avere pazienza, abituarsi ad accettare i giorni difficili, vivere quotidianamente con resilienza, fiduciosi del fatto che sia possibile riconquistare la vita, perché di questo si tratta: tornare alla vita normale e serena, senza più percezioni distorte, senza più demoni, senza più incubi. Tante ce l'hanno fatta, testimoniando che guarire si può, ed io ho scelto di crederci.





Quanto pesano **LE EMOZIONI?**



Il modo in cui valuti il tuo aspetto fisico è correlato alle emozioni e alla percezione che hai di te stesso. Sentirti sbagliato e inadeguato può portare a un'eccessiva attenzione critica verso il tuo corpo. Le emozioni negate e inesprese possono essere causa di attacchi di fame nervosa, portando a quell'aumento di peso che va a confermare il giudizio negativo su te stesso.

Le neuroscienze forniscono una spiegazione interessante di come percepiamo il nostro corpo e quello degli altri attraverso i sistemi neuronali. Le ricerche confermano l'importanza, nell'interazione sociale, delle informazioni che le persone traggono dall'osservazione degli



**Dr.ssa TERESA
BURZIGOTTI**

NLC Master Coach e trainer, programmatrice neurolinguistica e wingwave Coach, fondatrice e della Otto Deit Akademie e del Centro Italiano wingwave®, membro dell'equipe del servizio "Coesione" Artemisia Onlus

altri, della loro morfologia corporea e facciale e delle loro espressioni.

I modelli socio culturali sono da decenni persone magre e ineccepibili, che reggono alla perfezione le richieste e le pressioni di una vita di successo, in forma esemplare, ricche e sicure di sé, poco importa se esprimono cultura, sensibilità e pensiero critico. Sono modelli che vivono di sguardi, di atmosfere e di simboli dello status sociale, trasformati dalla tecnologia e dal ritocco video fotografico fino al punto da sembrare pupazzi tridimensionali. Più lunghi, più lisci, senza acne, lucidi, con gli occhi più grandi e la bocca più carnosa, ostentano proporzioni perfette. La cosa interessante è che sebb-



bene ormai sia noto l'artificio sull'immagine, per molti, soprattutto giovani, queste figure irreali sono modelli a cui aspirare. Anelare a quell'ideale di bellezza fatto di filtri e di fotoritocchi, di inquadrature speciali e di luci, di ambientazioni e di sapienti trucchi, è la strada più veloce e sicura verso l'insoddisfazione del proprio corpo. Oltre a questi contesti più allargati, nelle scelte alimentari concorrono componenti mentali correlate alla biografia emozionale personale.



Lequilibrio giusto non è mai nella rinuncia al cibo o nella rassegnazione al sovrappeso. Un approccio sereno e rilassato con il corpo avviene quando smetti di lottare contro te stesso a favore di una riappacificazione fra pensieri ed emozioni. Con il wingwave Coaching lavoro sugli attacchi di fame nervosa e sulla stabilità della motivazione nell'attività fisica e nella dieta. Scoprire le emozioni celate dietro uno sguardo eccessivamente auto critico è il primo passo. E una volta che quelle emozioni perdono potere e forza è più facile ragionare, insieme al tuo team della salute, su un piano alimentare adeguato e su altre strategie per restare in forma.

Il wingwave per l'immagine allo specchio e il wingwave per la fame nervosa sono due interventi di Coaching che aiutano a togliere lo stress emozionale nel rapporto con il proprio corpo e con il cibo preferito che crea eccessiva attrazione.

Il wingwave per l'immagine allo specchio

Questo intervento di Coaching, per esem-

pio, ti mette in relazione con la parte del corpo che ti crea più fastidio, possono essere, braccia, fianchi o gambe, e anche parti del viso. L'intervento consiste nell'individuare tramite un test muscolare l'aspetto fisico più disturbante.¹

Una volta trovato il trigger fisico, si cerca il trigger emozionale e spesso emergono esperienze molto interessanti, che hanno generato un disagio o un blocco emozionale su quella parte del corpo. Può succedere infatti come a Carolina che l'insofferenza verso la propria pancia nasconde un desiderio di libertà negato da un ambiente di paese troppo soffocante. Oppure succede come a Carlo infastidito dalle proprie spalle curve che gli ricordano la tristezza della madre. Anche Daniele scopre che l'antipatia verso la propria bocca gli ricorda il nonno autoritario che lo critica con la bocca all'ingiù. Per Giovanna l'intolleranza per l'aumento di peso nella parte inferiore del corpo coincide con un senso di impotenza verso la menopausa incombente e con la rabbia inespressa verso alcuni commenti ricevuti.

Il "wingwave per la fame nervosa"²

Qui intervengo secondo il motto "perder peso comincia nella mente".

"Perché negli attacchi di fame nervosa continui a mangiare senza diventare sazio? Perché lo stomaco pieno ha poco a che fare con l'esperienza soggettiva della sazietà. La sensazione di sazietà è organizzata principalmente nel cervello. Il cervello registra la situazione metabolica del nostro corpo, la valuta e quindi induce un comportamento." (cit. "Mai più attacchi di fame nervosa" di Cora Besser-Siegmund autrice del metodo wingwave per la fame nervosa)³.

Il nostro cervello reagisce al nutrimento fisico e anche mentale. Ogni esperienza emozionale è organizzata nel nostro sistema nervoso sulla base dei neurotrasmettitori. Le endorfine e la serotonina hanno un ruolo fondamentale nel nostro benessere.

Le persone con la fame nervosa sono tendenzialmente persone "affamate di vita". Desiderano una sazietà emozionale, una vita piena.

¹ Il Test muscolare detto "Miostatico secondo Besser-Siegmund" è comprovato da numerose ricerche universitarie.

² Questo trattamento è riservato a persone che hanno un'attrazione particolare, per esempio verso patatine, cioccolatini, pizza, ecc. e che tendono a consumare questi cibi in particolari momenti della giornata o rituali, per esempio sul divano, davanti alla tv, cucinando ecc.

³ Cora Besser-Siegmund, psicologa e psicoterapeuta, autrice del metodo wingwave, del protocollo d'applicazione per la fame nervosa e del sistema easy-weight.



Una condizione ottimale di equilibrio si raggiunge con un corpo vitale, che sente, che si emoziona e che si muove. Ripartire in flusso le emozioni è quindi la base di una dinamica mente corpo sana.

La storia di Nina

Nina mi ha consultata per la sua attrazione verso salatini, patatine e noccioline cioè cibo da aperitivo, che consuma principalmente tornando dal lavoro.



Nina vive da sola con il suo cane e il suo rituale consiste nel rientrare a casa e andare subito a versarsi un aperitivo alcolico, comporre un ricco piatto di salatini, sprofondarsi nel divano, accendere la tv e condividere questo momento con il suo cane a cui toccano abbondanti crocchette. Risultato: cena compromessa e sia Nina sia il cane in sovrappeso.

Con il test muscolare siamo risalite alle emozioni inespresse alla base di questo rituale: Desiderio di ricompensa – Bisogno dell'amata coccola – Voglia di condivisione. Abbiamo individuato anche i trigger sensoriali come il crocchiare delle patatine, il sapore salato e il rumore dei pacchetti aperti, con il profumo che esce dalla busta. Abbiamo trattato questi trigger con la stimolazione bilaterale cerebrale alternata e ci siamo assicurate con il test muscolare di aver percorso l'intervento in modo efficace fino al risultato desiderato.

Nina ora quando torna dal lavoro si mette in tuta, prende il cane e fa una bella pas-

seggiata nel parco. Spesso s'incontra sulla via per un aperitivo con qualche amico con cui condivide un momento rilassato in chiacchiere prima di tornare a casa per la cena con un pizzico di allegria in più. Infatti ora per Nina è più importante stare in compagnia che avere il piatto pieno di salatini e così i suoi aperitivi sono leggeri e preludono una sana cena.

Nina ha capito che il suo lavoro le genera stress. Soprattutto la mancanza di comunicazione con il suo capo, che la sottopone a ritmi e performance pressanti e che è poco propenso ai riconoscimenti nonostante Nina sia una bravissima ed efficiente risorsa per l'azienda. Nina riconosce piano piano di essersi chiusa in sé stessa di aver creato quel rituale per premiarsi e per condividere i suoi successi - "almeno con Penny lo facevo! (Penny è il suo cane)" - mi dice ridendo. Nina ha cambiato anche i suoi comportamenti al lavoro, mettendo

limiti quando è troppo e comunicando il suo entusiasmo per i suoi successi.

Ora come consueto il mio consiglio a te per predisporti al pasto. Prima di mangiare mettili in contatto con il corpo. Puoi farlo appoggiando una mano sul cuore e una sullo stomaco e chiederti come ti senti in quel momento. Senti tensione? Insoddisfazione? Rabbia? Respira profondamente e immagina che le porte del cuore e dello stomaco si aprano e lascino andare tutte le tensioni inutili. Lascia andare espirando 3 o 5 volte.

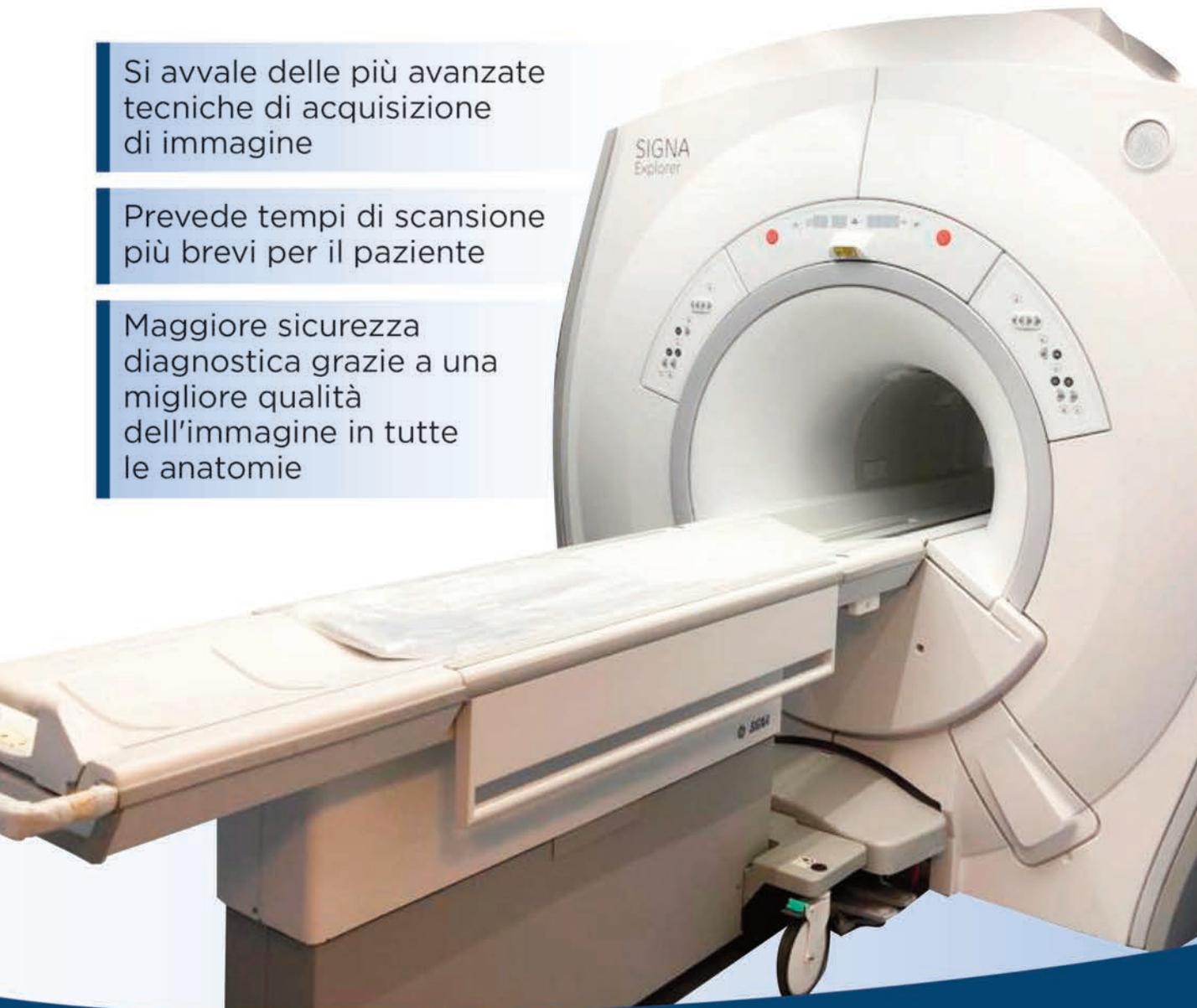
Puoi poi concentrarti sul senso di svuotamento e di pace interiore e chiederti ora cosa fa bene al tuo corpo in armonia con questa sensazione di calma e prepararti così a scegliere cosa vuoi mangiare. Prima di mangiare fermati un attimo e ringrazia tutti coloro che hanno collaborato al cibo che hai nel piatto, dalla materia prima a chi ha cucinato per te. Mangia poi lentamente assaporando il nutrimento che entra nel tuo corpo. Ti auguro un pasto sereno e gustoso.

RISONANZA MAGNETICA DIGITALE con Fibre Ottiche "Signa Explore Lift"

Si avvale delle più avanzate tecniche di acquisizione di immagine

Prevede tempi di scansione più brevi per il paziente

Maggiore sicurezza diagnostica grazie a una migliore qualità dell'immagine in tutte le anatomie





IL MITO DELLA PERFEZIONE

Fragilità e bellezza nei disturbi del comportamento alimentare

Terrore di ingrassare, rifiuto del cibo, allenamento eccessivo, importanti cambiamenti dell'umore. La parola chiave è "controllo", un controllo ossessivo del proprio corpo e del cibo. Sono questi i tratti principali dell'anorexia nervosa, uno dei più frequenti disturbi del comportamento alimentare che colpisce prevalentemente giovani donne.

"Finalmente riesco a controllare completamente un aspetto della mia vita"

Fino a quando, col passare del tempo, la magrezza induce un cambiamento dello stato mentale trasformandosi in un'ossessione vera e propria.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono disturbi dell'alimentazione o del comportamento relativo all'alimentazione e di solito sono caratterizzati da:

- variazioni di quello che si mangia e di quanto si mangia
- misure intraprese per impedire al cibo di es-

sero assorbito (es. procurarsi il vomito o prendere un lassativo).

Chiariamo che per essere considerato un disturbo, un comportamento alimentare insolito deve protrarsi per un certo periodo e causare danni significativi alla salute fisica del soggetto e alle sue funzionalità a livello scolastico o lavorativo oppure influenzare negativamente le sue interazioni con le altre persone. Spesso correlati e bassi livelli di autostima o al mancato raggiungimento degli standard di bellezza dettati dalla società, i disturbi dell'alimentazione possono presentarsi anche in associazione ad altri disturbi psichici come ad esempio disturbi d'ansia e disturbi dell'umore. Lo stato di salute fisica è quasi sempre compromesso a causa delle alterate condotte alimentari, soprattutto restrizione alimentare o al contrario eccessivo consumo di cibo con perdita di controllo, condotte di eliminazione e compensatorie che portano ad alterazione dello stato nutrizionale.

Il basso peso, quindi, come spesso erronea-



Dr.ssa ORNELLA BIANCHI

Specialista in Scienze Biologiche e Scienze dall'Alimentazione



mente si ritiene non è il marcatore unico e specifico per i disturbi dell'alimentazione, anche condizioni di normopeso e sovrappeso fino all'obesità possono essere associate alla presenza dei suddetti disturbi.

Attualmente i DCA rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che l'aumento dei casi di anoressia e bulimia, negli ultimi decenni ha registrato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza tanto da rendere sempre più frequenti le diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia. Tanto più l'esordio è precoce tanto più può comportare rischi maggiori di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti non ancora in piena maturazione es. il sistema nervoso centrale e l'apparato osseo: per questo motivo l'insorgenza precoce interferisce con un sano processo evolutivo biologico e psicologico associandosi a conseguenze molto più gravi sul corpo e sulla mente.

COVID E DIAGNOSI DI DCA

Si stima che a pandemia Covid 19 con le conseguenti restrizioni hanno fatto aumentare di circa il 30% le diagnosi di disturbi alimentari (riferimento febbraio 2020 – febbraio 2021), con un abbassamento della fascia di età e un incremento dei casi di anoressia nervosa.

Tra i fattori scatenanti annoveriamo l'isolamento sociale, le incognite sul rientro a scuola, il distanziamento forzato dai coetanei, la paura del contagio associati spesso alla perdita di controllo, al maggior tempo a disposizione per concentrarsi sull'immagine di sé ma complice anche la didattica a distanza che ha costantemente esposto i ragazzi davanti alla propria immagine.

EQUIPE TERAPEUTICA MULTIDISCIPLINARE

È utile sottolineare che i disturbi alimentari non sono scelte di vita più o meno bizzarre, ma importanti disturbi mentali e che la diagnosi precoce e il trattamento multidisciplinare sono le uniche strade da percorrere per contrastare l'aumento e la progressione di queste patologie. Una diagnosi di disturbo alimentare è una situazione di straordinaria rilevanza che sconvolge il funzionamento personale dei pazienti e del gruppo familiare. Per questo motivo le figure parentali possono diventare impor-

tantissime alleate dei pazienti e degli operatori sanitari durante il percorso di cura, a patto di essere sostenute ed indirizzate adeguatamente. Data la complessità, l'intervento precoce riveste un'importanza particolare; è essenziale una grande collaborazione tra figure professionali con differenti specializzazioni (medici specialisti in psichiatria, in pediatria, in scienza dell'alimentazione e in medicina interna, dietisti, psicologi e psicoterapeuti), ai fini di una diagnosi precoce, di una tempestiva presa in carico all'interno di un percorso multidisciplinare e di un miglioramento dell'evoluzione a lungo termine. Dal punto di vista nutrizionale si tratta di ristabilire gradualmente e con cautela un'alimentazione corretta inserendo in modo guidato e progressivo i cibi considerati "tabù" e contrastando la tendenza alla restrizione o all'eccesso calorico. Si affronta quindi sia il problema della qualità del cibo da preferire sia quello della quantità, naturalmente con tecniche specifiche per i singoli disturbi alimentari codificate a livello internazionale.

Sottolineiamo che, come già detto, famiglie ricoprono un ruolo essenziale nella gestione e nella risoluzione dei disturbi alimentari adolescenziali, ma vanno coinvolte in modo da evitare errori di accompagnamento nella guarigione dei loro figli.

A loro è richiesto un atteggiamento empatico, viene assegnato un ruolo di supporto ai pasti, un'azione di controllo ma allo stesso tempo senza mai operare forzature.

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione, ad ogni livello di trattamento, deve necessariamente prevedere l'associazione del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con quello nutrizionale.

L'intervento multidisciplinare è indicato, in particolare, quando con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione coesiste una condizione di malnutrizione in difetto o in eccesso. Durante il trattamento bisogna costantemente tenere conto del fatto che la malnutrizione e le sue complicanze, se presenti, contribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ostacolano il trattamento psichiatrico/psicoterapeutico e, viceversa, se al recupero del peso e all'eliminazione della restrizione dietetica calorica non si associa un miglioramento della psicopatologia si è esposti ad alte probabilità di ricaduta.



I disturbi del comportamento alimentare. **COME I GENITORI POSSONO RICONOSCERLI E AFFRONTARLI**



Negli ultimi venti anni i disturbi del comportamento alimentare, di cui anoressia e bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, sono diventati una vera e propria emergenza sociale e sanitaria per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti.

Anche se in Italia non è presente un osservatorio su questo genere di disturbi, si stima che ogni anno vi siano 5000 nuovi casi attesi che si sommano a quelli già presenti e hanno il loro esordio, in un caso su dieci, già nella preadolescenza. In passato questi disturbi erano classificati nella categoria delle malattie rare ma negli ultimi cinquant'anni le cose sembrano cambiate notevolmente dal punto di vista numerico.



**Dr.ssa ELENA
STELLA**

Psicologa,
Psicoterapeuta,
Consulente Artemisia
Lab e Artemisia Onlus

Anoressia e bulimia nervosa colpiscono prevalentemente le persone di sesso femminile: è indubbio che la pressione socioculturale dei paesi occidentali degli ultimi decenni abbia giocato un ruolo chiave.

Spesso, infatti, la patologia si innesca in persone fragili che vengono schiacciate dai sempre più invadenti ed assurdi modelli di magrezza che la società impone attraverso i mezzi di comunicazione e i social media.

Diversi sono i campanelli d'allarme che dovrebbero fare sospettare un genitore, un'insegnante o un amico della presenza di un disturbo alimentare. Tra i vari comportamenti anomali rientrano il disagio relazionale con i propri coetanei, la tendenza ad isolarsi e il comportamento os-



sessivo e perfezionistico nei confronti dello studio.

Non a caso le ragazze che soffrono di anoressia e bulimia nervosa sono spesso tra le migliori della classe. Inoltre, per quanto riguarda l'aspetto alimentare, la tendenza è quella di selezionare il cibo in maniera sempre più selettiva, mangiando sempre meno e sempre meno cibi. Possono arrivare a nascondere, buttare via del cibo o dedicarsi all'attività fisica in modo compulsivo. Le persone affette da questo disturbo presentano una visione del proprio corpo completamente alterata rispetto alla realtà: si percepiscono sempre fuori forma, sempre inadeguate. Spesso tendono a mostrare una patologica attenzione al dettaglio, concentrata sui propri difetti e imperfezioni.

Ulteriore caratteristica psicologica di questi pazienti è la difficoltà ad avere accesso al proprio mondo emotivo interiore. Sono persone che fanno fatica a lasciarsi guidare dalle proprie emozioni, tendono a sopprimerle, e ad affidarsi agli altri nelle decisioni importanti. Ad esempio, nella scelta della scuola, possono delegare le scelte ai propri genitori, non autorizzandosi ad intraprendere la strada che sentono come più adatta alle loro capacità, competenze e attitudini. Ma cosa può fare un genitore? È di fondamentale importanza che egli si accorga dei primi segnali dell'insorgenza della malattia. È importante prestare attenzione ai cambiamenti, nel carattere, nelle abitudini alimentari, nello stile di pensiero. In queste prime fasi può essere utile prestare attenzione ad alcuni segnali di sofferenza psicologica ponendosi alcune domande:

- Mio/a figlio/a è spesso di malumore o irritabile?
- Tende ad isolarsi e non frequenta più il gruppo di amici?
- Il suo comportamento sembra rigido, ripetitivo ed è difficile per lei accettare imprevisti o cambiamenti di programma?
- Evita di mangiare in famiglia dicendo di aver già mangiato? Dopo i pasti va spesso in bagno?

Rispondere sì a queste domande deve fare

METAMORFOSI

*Ero in una clessidra
imprigionata dal tempo.*

*Ogni secondo era un
grosso granello di sabbia
che cadeva pesante
bloccandomi sempre più
soffocandomi.*

*Ho rotto la clessidra
ho lasciato la sabbia alle
spalle*

ho ripreso a respirare.

*Ero un burattino
un pezzo di legno legato
a dei fili*

se mi ribellavo

*s'attorcigliavano,
m'avvinghiavano.*

*Ho tagliato i fili
ed ora sono libera di
correre nel vento.*

*Ero smarrita in un
labirinto di specchi
confusa da mille
immagini di me*

*Ho spaccato tutto e
ritrovato me stessa.*

*Ho ricominciato a
sognare
a sorridere alla vita
quando sembrava finita
ho iniziato a volare*

*(Poesia scritta da una ragazza
uscita dall'anoressia)*

accendere dei campanelli di allarme.

In questi casi, i genitori, possono provare affrontare l'argomento con delicatezza, esprimendo al figlio/a con calma la loro preoccupazione e segnalando cosa si è notato. Nel fare ciò, è importante scegliere un momento favorevole, meglio se lontano dai pasti ed in un contesto il più possibile rilassato. Si può far notare al proprio figlio che potrebbe non essere ancora consapevole di avere un problema. Lo sviluppo di malattie come l'anoressia nervosa, infatti, non sempre è sotto il controllo cosciente o intenzionale.

È opportuno soffermarsi sulla sofferenza psicologica che si è notato senza essere critici o giudicanti, chiedendo in che modo si può fornire sostegno in un momento che sembra particolarmente difficile. Non bisogna scoraggiarsi se le prime reazioni sono di negazione, rabbia o derisione. Vi saranno altre opportunità per avvicinarsi alla vita emotiva dei propri figli.

Una volta riconosciuti i primi segnali, il genitore dovrebbe più parlarne al più presto con il proprio medico o, nel caso delle più piccole, con il pediatra. È importante che ciò avvenga poiché molto spesso i genitori, frenati dalla natura psichica della malattia, chiedono l'aiuto di un esperto quando la malattia è già conclamata.

Guarire è possibile e l'obiettivo può essere raggiunto seguendo un percorso terapeutico mirato e multidisciplinare, che si occupi del corpo e della mente del paziente. La durata dell'intervento dipende dal grado di sviluppo del disturbo, necessita l'intervento di un'equipe terapeutica che coinvolga sia la persona malata che i suoi familiari.

È importante che i genitori comprendano che quello che è accaduto alla propria figlia/o non è una conseguenza di una scelta personale o di una mancanza di volontà, ma è il frutto di una malattia che ha un nome (disturbo del comportamento alimentare), delle cause e che risponde a specifiche cure.

È fondamentale comprendere che chi soffre di un disturbo dell'alimentazione ha uno scarso controllo della sua malattia e



che deve essere aiutato per riuscire a sconfiggerla. Aiutare a sconfiggere una malattia grave come il disturbo dell'alimentazione non significa combattere contro la propria figlia o figlio ma contro una malattia che l'ha sopraffatta/o. Per tale motivo è importante evitare di etichettare la figlia come anoressica o bulimica, ma come una persona affetta da una malattia che si chiama anoressia nervosa o bulimia nervosa.

Molti genitori sono critici nei confronti dei pensieri e del comportamento alimentare della propria figlia pensando che tali critiche possano aiutarla; in realtà nella maggior parte dei casi un atteggiamento di critica porta a sviluppare un clima familiare disfunzionale, che favorisce la scarsa risposta al trattamento, il mantenimento e l'aggravamento del disturbo dell'alimentazione. La ricerca ha evidenziato che l'atteggiamento più utile è quello di adottare un'attitudine di accettazione della propria figlia, non criticando il suo comportamento alimentare. In generale, quindi, è importante che i genitori abbiano un atteggiamento aperto, non giudicante e colpevolizzante sia nei propri confronti sia in quelli dei figli e della patologia e cerchino di non vivere il disturbo come il perno della vita familiare e unico argomento di conversazione con i figli;

Sarebbe utile che i familiari riescano a ridurre il livello di emotività negativa (vergogna, colpa, inadeguatezza, paura) e trovino modalità più idonee per comunicare con i propri figli, che mantengano un rapporto adulto e non regressivo con i figli, evitando comportamenti iperprotettivi, controllanti o invischiati.

Sarebbe auspicabile che i genitori riuscissero a ridurre il livello di critica nei confronti dei figli, in altre parole la frequenza con la quale manifestano osservazioni negative sulla malattia e si impegnino a contenere il vissuto di ostilità, inteso come un sentimento di negatività verso i figli più generalizzato rispetto alla singola critica, prediligendo una comunicazione basata su osservazioni positive e rinforzanti.



Spesso non è semplice riuscire a distendere le tensioni emotive interne alla famiglia quando ci si confronta con un disturbo del comportamento alimentare, per questo accanto ad un percorso psicoterapeutico individuale per la persona affetta da anoressia nervosa o bulimia nervosa è indicato anche un sostegno psicologico per gli altri componenti familiari.

Come si articola un percorso di psicoterapia per pazienti anoressiche? Nel rispondere a questa domanda trovo sia idoneo parlare di "percorso": si tratta infatti di un viaggio, di un cammino da fare insieme. Ed ogni cammino è diverso, anche se possiamo trovare dei passi comuni. Il primo passo è quello, per la paziente, di sviluppare la consapevolezza di avere un problema. Dobbiamo ricordare che, per chi soffre di bulimia e anoressia, il disturbo rappresenta spesso la "soluzione" a problemi psicologici più profondi più che un problema in sé.

La malattia diventa un salvagente a cui aggrapparsi quando ci si ritrova ad affrontare una sofferenza psicologica ingestibile.

Per questi motivi, la prima difficile fase di un percorso di cura può essere anche molto lunga ed essere contraddistinta da ambivalenza e scarsa motivazione.

È però importante ricordare che sia l'ambivalenza verso il cambiamento che la scarsa motivazione fanno parte del problema da affrontare e sono spesso il primo step di una psicoterapia in questi casi.

La piena accettazione di avere un disturbo può essere considerato il secondo passo, mentre il terzo diventa la decisione di affrontare seriamente un percorso di cura supportati da professionisti competenti. Nella cura dei disturbi alimentari è fondamentale il lavoro di équipe, in quanto abbiamo maggiori probabilità terapeutiche se c'è un lavoro sinergico tra diversi professionisti.

Per il paziente e la sua famiglia è fondamentale confrontarsi una équipe multidisciplinare che possa aiutarli a compiere la scelta terapeutica più adatta al singolo caso.

Associazione

ARTEMISIA Onlus



I NOSTRI SERVIZI GRATUITI



UN'EQUIPE DI PROFESSIONISTI PER COSTITUIRE, SUPPORTARE E MANTENERE SANA LA FAMIGLIA; CONTRO TUTTE LE FORME DI CRISI E DI VIOLENZA; A SOSTEGNO DELLE VITTIME DI STALKING, MOBBING E BULLISMO



FORMAZIONE E DIVULGAZIONE

- Convegni con crediti ECM gratuiti
- PCTO e tirocini rivolti a studenti
- Informazione scientifica online
- Conferenze e tavole rotonde rivolte alla comunità
- Collaborazioni con Università ed altre strutture Sanitarie Italiane ed europee

L'ISOLA che C'È



UN'EQUIPE DI ESPERTI PER ASSISTERE BAMBINI E ADOLESCENTI NEL LORO PERCORSO EVOLUTIVO, PSICO-SOCIALE E COGNITIVO.

un servizio di consulenza e di accompagnamento al percorso didattico, che fornisca un valido supporto nell'affrontare e superare difficoltà cognitive, di concentrazione, relazionali, affettive ed anche fragilità emotive, vulnerabilità psico-comportamentali e disturbi dell'umore.

*Per la VITA, a sostegno
della FAMIGLIA*

La nostra associazione è dedicata
alla tutela e all'assistenza
dei più fragili

CONTATTACI
24 ore su 24

Via Velletri, 10 - 00198 Roma.
Tel. 06 85856030
infoassociazioneartemisia.it

www.associazioneartemisia.it



NUMERO VERDE
800 967 510



PATOLOGIE UDITIVE NEI GIOVANI NOISE-RELATED: *prevenzione e corretti stili di vita*

Negli ultimi anni, a motivo soprattutto dell'inquinamento acustico, la prevalenza dei disturbi uditivi è aumentata in maniera esponenziale.

Secondo recenti stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), circa 500 milioni di persone nel mondo soffrono di ipoacusia invalidante che incide negativamente sulle attività quotidiane e sulla qualità della vita. Si stima inoltre, che entro il 2050, oltre 1 miliardo di giovani di età compresa tra 12 e 35 anni rischia di subire una perdita dell'udito a causa dell'esposizione al rumore in contesti ricreativi. Le principali cause di patologie uditive sono da imputare alle infezioni contratte dal feto durante la gravidanza, alle infezioni dell'orecchio, ai disordini genetici, all'aumento dell'età media della popolazione,

all'uso di farmaci ototossici, alle patologie delle alte vie aeree, alle malattie del metabolismo, e all'esposizione prolungata al rumore.

Proprio il rumore eccessivo, è sempre più presente in molti aspetti della vita quotidiana e lavorativa, rappresentando una delle principali cause di danni alla salute dovuti all'attività professionale.

Mentre la presenza del rumore sul lavoro è sensibilmente diminuita, grazie a misure di prevenzione, al contrario, la prevalenza del rumore sociale è triplicato, di fatto negli ultimi anni anche tra gli adolescenti e gli under 35, si va diffondendo il danno acustico da rumore.

Nei giovani, l'esposizione al rumore ricreativo è predominante a causa dell'uso prolungato e frequente di riproduttori multimediali per la riproduzione del suono



(MP3 e MP4), cuffie per la musica, earpods, auricolari bluetooth e smartphone, nonché per la frequentazione di luoghi con rumore eccessivo, come discoteche, palestre, concerti, bar e centri d'incontro giovanile.

L'associazione tra rumore ricreativo e sovrastimolazione sonora da riproduttori musicali, sta configurando una nuova entità clinica di malattia mediale riscontrabile prevalentemente nei giovani under 35.

L'esposizione prolungata ed eccessiva a suoni e rumori, causa il danneggiamento delle delicate strutture dell'orecchio interno causando ipoacusia, acufeni, ridotta capacità di discriminazione del parlato, iperacusia, ovattamento auricolare, distorsione della percezione sonora, e talvolta anche vertigini.

L'esposizione cronica al rumore, inoltre induce una serie di sensazioni fastidiose e sgradevoli, che nel tempo si tramutano in danni gravi per l'intero organismo, agendo in particolar modo e con meccanismi complessi sull'apparato cardiovascolare, sul sistema endocrino e sul sistema nervoso centrale.

I danni uditivi da rumore o da sovrastimolazione sonora possono presentarsi in modo differente da individuo ad individuo, questo perché i danni dipendono sostanzialmente da fattori molto variabili come la tipologia e la frequenza del rumore, dalla durata e dal periodo di esposizione, dalle condizioni nelle quali il rumore si produce, ma anche dalle caratteristiche soggettive degli individui esposti.

Indipendentemente dal meccanismo d'azione, il trauma acustico, provoca un danno alle cellule ciliate dell'orecchio interno con la distruzione di ampie zone dell'organo di Corti, la struttura deputata alla decodifica sensoriale dei suoni.

A volte il danno acustico è temporaneo con l'abbassamento transitorio della soglia uditiva, comparsa di fischi, ronzii e senso di ripienezza auricolare dell'orecchio. In altre circostanze in seguito all'esposizione prolungata al rumore, il danno si cronicizza e diviene permanente con abbassamento della soglia uditiva, acufeni cronici e

quindi, notevoli ripercussioni negative su tutto l'organismo, comparsa di stress, stanchezza, diminuzione dell'efficacia e del rendimento lavorativo, interferenze sul sonno e sul riposo, brusche variazioni d'umore e in alcuni casi anche con ansia e depressione.

Capita sempre più frequentemente nei nostri ambulatori di diagnosticare patologie uditive nei giovani, dovuti alla sovra stimolazione sonora. Le cause di questa tendenza sono da attribuire principalmente all'uso prolungato e improprio degli smartphone o per il sovra utilizzo di cuffie e auricolari spesso ad alto volume per lunghi periodi durante il giorno, gli spostamenti o durante le attività sportive. Ad aggravare tutto ciò, la conduzione di uno stile di vita poco salutare con abuso di alcool, fumo, caffeina e scarsa attività fisica e cibi non salutari. Di fatto colesterolo, trigliceridi e diabete peggiorano questa condizione di sofferenza del sistema uditivo. Oggi diamo grande importanza alla diagnosi precoce attraverso campagne di sensibilizzazione mirate a ridurre questo tipo di problematiche così tanto dilagante nei giovani, e attraverso l'utilizzo di questionari di screening ideati proprio nella nostra Unità di Ricerca Clinica di Audiologia e Otorinolaringoiatria.

Ad esempio, il questionario Longo-Busincò50, scaricabile gratuitamente dai nostri siti (www.centrobusinco.it, www.sidero.it) è in grado di guidare il paziente e il medico, specie se non specialista a formulare una diagnosi corretta valutando ciascuno dei sintomi in modo appropriato, e soffermandosi in particolar modo su tutti quei fenomeni di natura psicosomatica e psicologica spesso associati ai disturbi audiovestibolari.

Inoltre, con la diffusione dell'intelligenza artificiale in campo medico, siamo in grado, utilizzando particolari sistemi informatizzati dotati di Machine Learning di predire queste malattie, e di fornire prestazioni sanitarie sempre più all'avanguardia, con la possibilità di offrire protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi integrati e personalizzati sulle reali esigenze



Prof. LINO DI RIENZO BUSINCÒ

Otorinolaringoiatra e audiologo, Ist. Medicina dello Sport, Roma



Dr. PASQUALE LONGO

Audiologo, Serv. ORL e Audiologia, Ordine di Malta, Roma



del singolo paziente, e di migliorare ulteriormente le performance ospedaliere, incrementando l'assistenza sanitaria domiciliare con la cura dei pazienti da remoto. L'utilizzo di sistemi medici dotati di intelligenza artificiale con la possibilità di controllare i dati sanitari, la cartella clinica di un determinato paziente in tempo reale e in qualsiasi parte del mondo, effettuare esami diagnostici specialistici a distanza, monitorare i dati clinici con strumenti di HealthCare, consente innumerevoli vantaggi in termini di ottimizzazione dei tempi di cura, risparmio di risorse, e riduzione dei tempi di attesa per le cure primarie. Inoltre, la digitalizzazione del dato sanitario, integrato all'analisi computerizzata, consente un management intelligente ed efficace dei pazienti introducendo nuove potenzialità nella ricerca clinica, nella medicina territoriale e nella medicina personalizzata.

Stiamo vivendo una rivoluzione digitale nell'ambito sanitario mai sperimentata prima, dove il paziente diventa attore e gestisce i suoi dati con cognizione di causa. I pazienti forniranno dati in tempo reale e queste informazioni potrebbero

rivelarsi preziose non solo per gestire il soggetto che usa la terapia digitale, ma anche per valutare l'andamento del trattamento in ottica di real world evidence: il paziente può essere parte attiva nel migliorare quella stessa terapia proprio grazie ai dati che fornisce.

Siamo di fronte a un paradigma nuovo dell'assistenza medica, dove il paziente diventa il primo soggetto a prendersi cura di sé stesso e a fornire dati per migliorare la cura di altri come lui. E questo empowerment, questa responsabilizzazione del singolo potrebbe tra-

dursi in una maggiore consapevolezza della propria salute e, si spera, in una maggiore attenzione mirata verso azioni di prevenzione.

dursi in una maggiore consapevolezza della propria salute e, si spera, in una maggiore attenzione mirata verso azioni di prevenzione.

EMERGENZA GIOVANI DANNO Uditivo DA RUMORE

Negli ultimi anni quindi anche tra i bambini e gli adolescenti si è andato diffondendo il danno acustico da rumore, un tempo tradizionalmente collegato all'esposizione in età adulta a traumi da sparo o lavorativi dell'industria.

Tale condizione riconosce, come detto, quale principale fattore di rischio nell'età evolutiva l'esposizione ambientale alla musica e a diverse sonorità ad alto volume, in locali notturni e centri di incontro giovanile ma in special modo con riproduttori digitali musicali (MP3) o telefoni cellulari (esposizione duplice a fonìa e musica) di largo impiego tra i giovani, configurando quello che possiamo definire una nuova entità clinica di malattia mediale.

L'impiego di auricolari endaurali in cuffia o via bluetooth è in grado di potenziare il danno sonoro per la maggiore pressione sonora raggiungibile e portata direttamente a stretta distanza dalla coclea.

L'informazione finalizzata alla prevenzione dei danni acustici giovanili è divenuta oggi obiettivo prioritario ed urgente, al fine di limitare i comportamenti a rischio promuovendo la cultura della conoscenza e del rispetto della funzione uditiva.

Esposizione mediale al rumore:

Tra i luoghi d'incontro dei giovani, le discoteche, i pub, i club e i locali notturni sono i centri di ritrovo più spesso frequentati.

In questi luoghi la musica viene diffusa ad alti volumi da grandi amplificatori e casse acustiche, spesso sovradimensionate per l'architettura e l'acustica dell'ambiente sia all'aperto ma soprattutto al chiuso degli ambienti confinati (soffitti bassi, ridotta aerazione, struttura architettonica e materiali sfavorevoli).

Altra situazione sonora spesso sottovalutata, in cui musica e parlato si alternano o si sommano nella loro potenzialità





uditiva dannosa è rappresentata dai cinema.

L'esposizione sonora nelle sale cinematografiche conosce picchi sino a 130dB (inseguimenti in auto, sparatorie, ecc.), paragonabili alla presenza a 100 metri di distanza da un jet in fasi di decollo.

Il suono nei film consta di una combinazione di diverse componenti quali colonne sonore musicali, dialoghi ed effetti speciali a volume più alto per suscitare maggiore impatto emozionale.

Tale condizione esiste purtroppo anche nei film destinati a bambini o adolescenti, per cui è stato calcolato come l'esposizione a intensità sonore superiori a 85 dB per un periodo superiore a 20 minuti è in grado di determinare danni uditivi cocleari e sintomi extrauditivi quali mal di testa, aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, stress psichico.

La manutenzione delle sale di proiezione cinematografiche non è sempre eseguita in maniera ordinaria per quanto concerne i sistemi audio, la posizione degli altoparlanti, la presenza di diffusori non a norma e ad ultimo, anche per sopperire a queste carenze, esiste la deprecabile tendenza ad alzare il livello sonoro oltre le necessità e la capacità della sala. (2,6,10) L'utilizzo dei lettori musicali digitali MP3 si è diffuso tra i giovani con una velocità tanto imprevedibile quanto lo sono le possibili conseguenze dannose sull'apparato cocleovestibolare.

Si stima che oltre il 90% dei giovani in Europa come negli USA utilizzino i riproduttori digitali musicali per diverse ore al giorno ad alti volumi.

Un'iniziativa adottata dalla Commissione Europea di Bruxelles in ordine alle norme per ridurre i rischi di sordità rende noto che il 5-10% degli utilizzatori di Walkman e lettori MP3 che ascoltano musica per più di un'ora al giorno a volume elevato sono esposti a rischio di sordità. (4,7,8) Già nell'ottobre 2008 il comitato scientifico per i rischi sanitari emergenti e recentemente identificati dall'UE, avvertiva che l'ascolto di apparecchi musicali portatili ad alto volume per un periodo prolungato di tempo può portare a lesioni permanenti

dell'udito.

Se consideriamo l'impiego di tali riproduttori musicali o telefoni cellulari in ambienti a livello sonoro di fondo elevato (strada, mezzi di trasporto pubblici, locali, ecc.) si comprende la tendenza ad utilizzare alti volumi in cuffia per superare il rumore di fondo con conseguenti danni per le cellule ciliate del Corti.

A tale proposito giova ricordare come il rumore di fondo dell'ambiente esterno nelle grandi città sia spesso sottovalutato a motivo della abitudine allo stesso, ma sia in grado di superare il livello di 75 dB.



Per quanto riguarda l'ascolto musicale con auricolari è da sottolineare, a differenza delle vecchie cuffie esterne sul padiglione, la elevata tenuta a misura degli stessi in relazione al condotto uditivo esterno, con conseguente elevata compressione del suono che viene aumentato dall'utente ad alti volumi anche a motivo dell'assenza di distorsione con alta fedeltà della musica. (fig.1)

Nel 5-10% dei casi si rischia addirittura la perdita permanente dell'udito.

Si stima che nell'UE ben 10 milioni di persone sarebbero a rischio, mentre negli USA il 15% dei ragazzi del college presentano ipoacusia da ascolto di musica ad alti volumi, percentuale pari a quella dei loro genitori.

Abitudine distorta è quella di aumentare il livello sonoro del lettore MP3 portandolo



a livelli eccessivi, soprattutto quando ci si trovi su una strada trafficata o su un mezzo di trasporto pubblico.

Appare evidente la necessità di piccole modifiche tecniche agli apparecchi per far sì che ai livelli sonori preimpostati sia garantito un loro uso sicuro.

L'utente continuerà ad avere la possibilità di impostare un volume più alto ma nell'apparecchio dovrà essere incorporato un sistema di avvertimento più appropriato d'informazione sui rischi e come evitarli. Tale condizione di rischio audiovestibolare è estensibile ai telefoni cellulari i quali, come gli MP3, sono adoperati estensivamente dai giovani nelle stesse situazioni ambientali di rumore di fondo, e quindi a volumi eccessivi.

Oggi, i telefoni cellulari sono utilizzati per ricevere voce e musica indifferentemente e spesso senza interruzione tra le due situazioni sonore; l'ascolto della musica può essere interrotto dallo squillo di una chiamata entrante e dalla voce dell'interlocutore a volume aumentato e viceversa, e questi automatismi sono spesso autoregolati dall'apparecchio con possibile ed imprevedibile trauma sonoro portato direttamente a livello cocleovestibolare attraverso le solite cuffie endaurali a forte tenuta nel condotto uditivo.

È stato inoltre valutato come le ragazze uti-

lizzino più frequentemente l'MP3 o il telefono cellulare riproduttore musicale collegato a cuffie endaurali rispetto ai ragazzi, ma il sesso maschile è risultato associato ad un utilizzo dello stesso a volumi più elevati.

A motivo di questo non si è in grado di identificare il sesso come fattore di rischio per il danno da rumore da esposizione a volumi elevati di riproduttori digitali musicali. Il controllo da parte genitoriale risulta ancora una volta il fattore preventivo da danno da rumore per la categoria adolescenziale.

L'utilizzo del MP3 inizia sin dalle prime fasi pre-adolescenziali, e pertanto gli educatori scolastici ancor prima dei medici rivestono un ruolo primario nell'informazione ai ragazzi sui rischi degli alti volumi in cuffia e quindi nella prevenzione dell'ipoacusia, che si va configurando come un problema sociale di salute pubblica.

Le regole comportamentali da proscrivere come fattori di rischio uditivo saranno l'ascolto dalla musica ad alti volumi, l'aumento del volume dopo un periodo d'ascolto prolungato, conseguenza del temporaneo aumento della soglia uditiva, l'impiego di cuffie a stampo del condotto uditivo e della conca auricolare a completa tenuta. Comportamenti virtuosi e protettivi dell'apparato uditivo saranno l'ascolto musicale a bassi o medi volumi, l'interruzione



dell'esposizione sonora con periodi di riposo uditivo, l'impiego di limitatori di volume, e tutto il pattern informativo sui rischi della sordità, da diffondere sin dalle prime fasi pre-adolescenziali.

La rapida e tumultuosa diffusione delle nuove tecnologie, telefoni cellulari, lettori MP3, l'ascolto della musica e la frequentazione di ambienti musicali ad alta pressione sonora devono indurci a riflettere come la modifica degli stili di vita dei giovani, e talvolta degli adulti, possa rappresentare non solo un generico impoverimento culturale e relazionale ma anche un serio fattore di rischio per la loro salute di cui ancora non conosciamo a pieno le potenziali dannose conseguenze.

Bibliografia:

1. WHO: World Health Organization. Deafness and hearing loss; Fact Sheet No 300, Updated March 2015;
2. WHO: World Health Organization Deafness and hearing loss - a WHO Report. 2017;
3. Nieman CL, Oh ES. Hearing Loss. *Ann Intern Med.* 2020 Dec 1;173(11):ITC81-ITC96. doi: 10.7326/AITC202012010.
4. Neitzel RL, Fligor BJ. Risk of noise-induced hearing loss due to recreational sound: Review and recommendations. *The Journal of the Acoustical Society of America* 146 , 3911 (2019);
5. Tung C-Y, Chao K-P. Effect of recreational noise exposure on hearing impairment among teenage students. *Res Dev Disabil.* 2013;34(1):126-32;
6. Serra MR, Biassoni EC, Richter U, Minoldo G, Franco G, Abraham S, et al. Recreational noise exposure and its effects on the hearing of adolescents. Part I: an interdisciplinary long-term study. *Int J Audiol.* 2005;44(2):65-73.;
7. Hussain T, Chou C, Zettner E, Torre P, Hans S, Gauer J, et al. Early indication of noise-induced hearing loss in young adult users of personal listening devices. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2018; 127(10):703-9;
8. Biassoni EC, Serra MR, Richtert U, Joeckes S, Yacci MR, Carignani JA et al. Recreational noise exposure and its effects on the hearing of adolescents. PartII: development of hearing disorders. *Int J Audiol.* 2005;44:74-85;
9. Borja ALV, Sousa BF e, Ramos MM, Araújo RPCde: What do young teens know about losses induced by excessive noise?. *Rev Medical and Biological Sciences.* 2002;1:86-98;
10. Vallés H, Fraile J, Lavilla MJ. Hearing loss in adults: some pathophysiological models. *Otorrinolaringología. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza;* 2016. p. 211-27;
11. Talaska AE, Schacht J. Mechanisms of noise damage to the cochlea. *Audiol Med.* 2007;5:3-9;
12. Hearing Problems: the Longo-Busincò questionnaire for the full evaluation of the auditory and vestibular function. L.Di Rienzo Busincò, P.D. Longo, F. Tortorella, M. Lauriello, A. Eibstein *Journal of Otolaryngology Forecast / January 2018 – volume 1 - edition 1/ article 1002;*
13. Arslan E, Orzan E. . Audiological management of noise induced hearing loss. *Scand Audiol Suppl.* 1998;48:131-45. PMID: 9505306
14. Problemi di udito: il questionario Longo-Busincò. Un nuovo e veloce strumento per la valutazione della funzione uditiva. L. Di Rienzo Busincò, P.D. Longo. *Bollettino SMORLL / Anno XXIII – Number 39 October – December 2017;*
15. Holmes JH, Sacchi L, Bellazzi R, Peek N. Artificial Intelligence in Medicine AIME 2015. *Artif Intell Med.* 2017 Sep;81:1-2. doi: 10.1016/j.artmed.2017.06.011. Epub 2017 Jul 18.



COSA VUOLE PUTIN con l' "Operazione speciale"



Chiariamo un punto: temo che l'Ucraina in sé (ed il gravissimo tributo di morti e distruzione che sta pagando), non sia in cima all'agenda di nessuno, Russia compresa. Vi è certo il disappunto dell'Amministrazione russa per un paese che, dal 2014, manifestava di volersi integrare all'occidente ed all'Unione Europea. Ed il timore per la sicurezza dei confini russi. Ma oggi è la pedina di un gioco di interessi molto più ampi. Putin ha un'ossessione: evitare alla Russia la fine dell'Urss. E vuole farlo, sul piano territoriale, recuperando



DR. PAOLO POLETTI
Presidente Sicuritalia
Security Solutions Srl,
Senior Advisor
Artemisia Lab

quanto possibile dell'ex spazio sovietico (a cominciare dall'intera Bielorussia e da gran parte dell'Ucraina) e sul piano identitario, sostenendo la continuità della propria millenaria missione (la "terza Roma") con lo zarismo, con l'idea originaria della Russia. Non a caso disprezza Karl Marx, che ritiene ebreo renano visceralmente russofobo ed è convinto che Lenin sia stato un "virus" iniettato dal Kaiser di Germania nel corpo russo (in questo concordando con Churchill). Putin, dell'esperienza sovietica, apprezza solo la estensione territoriale, la politica di potenza ed il prestigio internazionale.



Perciò, l'invasione dell'Ucraina non ha il solo scopo di ricondurre all'ordine un Paese ribelle (oltretutto, per Putin l'Ucraina è "Piccola Russia", proprietà dello zar, sorella minore, con la Bielorussia, di Madre Russia), bensì dimostrare all'occidente di essere in grado di modificare gli equilibri geo politici in Europa e farsene parte essenziale, anzi arbitro.

E dimostrare al potenziale alleato cinese che le autocrazie possono essere modelli vincenti in un mondo che ha abbandonato la cooperazione per la competizione.

Avrebbe potuto ottenere qualcosa di simile diplomaticamente? Certamente sì: ma non sarebbe bastato. Occorreva una prova di potenza (al momento, dagli esiti incerti).

Cosa abbiamo sbagliato?

Negli anni '90, abbiamo assistito alla frettolosa liquidazione del PCUS (che era anche strumento di Governo) ed alla rovinosa privatizzazione dell'economia russa da parte del Governo di Eltsin. Con gravi sofferenze e economiche della popolazione ed il default del Paese.

Avremmo dovuto sostenere la Russia nei suoi processi di riforma e attrarla definitivamente all'occidente (cui appartiene), anziché considerarla un "problema risolto".

Un simile trattamento non poteva non generare revanscismo in una ex grande potenza.

Poi: la guerra in Ucraina è strisciante dal 2014 e noi non abbiamo mai voluto ascoltare le ragioni del Donbass russofilo che ora la Russia strumentalmente difende: era un focolaio da tenere in maggiore attenzione.

Chi ha da guadagnare o da perdere con questa guerra?

Tutti hanno da perdere.

Putin, semplicemente, non può permettersi un insuccesso: le ripercussioni nel Paese sarebbero immediate e, in un sistema autocratico, il passaggio da "tensione" politica a secessione è breve.

Se questo è vero, nemmeno noi possiamo augurarcelo: paradossalmente, non riuscendo a controllare gli effetti politici di questa guerra, in caso di débâcle od anche di stallo prolungato dell'iniziativa russa, alla fine si potrebbe correre in soccorso di Putin per evitare che la Russia cada a peso morto nelle braccia della Cina o che la Federazione russa sia oggetto di pulsioni secessioniste.

I russi hanno dimostrato ancora una volta una serie di inefficienze dal punto di vista militare, lacune molto gravi, ma dalla loro hanno una potenza di fuoco che gli consente, con bombardamenti indiscriminati, di avere successi sul campo, grazie anche ad una certa stanchezza che gli ucraini sembrano mostrare. Quello che appare





chiaro è che la guerra sarà ancora molto lunga. Attualmente Putin, che ha scommesso tutto sull'operazione speciale, registra qualche successo sul campo: non è quindi il momento in cui sia disposto a trattare, nel senso che non ha le spalle al muro ma, anzi, intravede la possibilità di eventuali, ulteriori, successi. Se l'obiettivo fosse quello di distruggere infrastrutture e linee di rifornimento ucraine, il successo potrebbe essere la "liberazione" del Donbass se non l'occupazione della fascia costiera del Mar Nero (Odessa) fino alla Transnistria (fascia di territorio ex moldavo, autoproclamata repubblica indipendente e riconosciuta solo dalla Russia). Ma se l'obiettivo fosse quello di infliggere all'esercito ucraino perdite umane rilevanti, allora l'idea di sottomettere l'intera Ucraina potrebbe tornare attuale (per quanto la Russia non avrebbe comunque i mezzi per mantenere il controllo).

Per ora, l'operazione speciale ha dato esiti incerti sul piano militare ed ha registrato il fallimento sul piano politico: un'Europa parzialmente ricompattata, nessun convinto supporto da parte dei principali attori internazionali e due Paesi tradizionalmente neutrali (Svezia e Finlandia) che chiedono di entrare nella NATO.

Anche gli Stati Uniti hanno da perdere: ritengono che il vero confronto sia con Cina, per cui l'Ucraina è una "distrazione" inopportuna.

Perciò l'Amministrazione Biden tiene una posizione prudentiale: sostegno all'Ucraina senza escalation nella fornitura degli armamenti, per non aumentare troppo la tensione con la Russia, ma anche per evitare crepe (in qualche modo già evidenti) nella posizione dei Paesi dell'Unione Europea (che possano "disallinearli" dalle posizioni americane).

Per l'Europa, uno dei punti irrisolti è: cosa vogliamo da questa guerra? Qui abbiamo Paesi (non necessariamente UE), membri NATO o prossimi ad aderirvi, alcuni come quelli scandinavi, i Paesi Baltici, la Polonia, Bulgaria e Romania, che quasi vorrebbero una Russia fuori dall'Europa e politicamente irrilevante, se non addirittura oggetto di secessioni interne. Altri come



Francia, Germania Italia e Spagna che invece sono per il recupero di un ruolo della Russia per la pace e la sicurezza in Europa, ma salvando l'Ucraina.

La Gran Bretagna si esibisce in posizioni anche azzardate, ma al termine sa di doversi riallineare con gli Stati Uniti.

La Turchia tiene una linea apparentemente equidistante (è l'unico Paese ad aver seriamente tentato un negoziato d'approccio fra Mosca e Kiev), ma in realtà strumentale al proprio interesse di ricostruire un'area di influenza neoottomana che vada dalle ex Repubbliche sovietiche dell'Asia, fino alla Libia. Per questo, non punta tutto su un solo schieramento: anzi, alcuni suoi veti sembrano riesaminabili a fronte di sostanziose remunerazioni in termini finanziari o di armamenti. Gli Stati Uniti non gradiscono, ma trattano con Erdogan.

L'Ungheria di Orbán esaspera Europa e Stati Uniti col suo boicottare le sanzioni: ma fornisce anche un alibi ai alcuni Paesi (quali la Germania) per evitarle. I leader europei sanno bene che le proprie opinioni pubbliche condannano l'invasione dell'Ucraina, ma sono poco disposte a sopportare le difficoltà economiche che le sanzioni alla Russia potrebbero, di ritorno,



determinare.

L'Italia, in questa situazione, è stato uno dei Paesi più leali e lineari.

La Cina appoggia tiepidamente la Russia, camuffando il fastidio per un'iniziativa che mette a rischio la ripresa economica. Perciò mantiene un atteggiamento vigile sull'evoluzione dello scenario. I mercati occidentali sono essenziali per l'economia cinese, provata dai violenti (e ricorrenti) lockdown della politica "Zero COVID" voluta da Xi Jinping (che ormai esaspera i cittadini e blocca la produzione). La vicenda ucraina potrebbe innescare spinte recessive. È tuttavia vero che una Russia nell'orbita cinese (altre ipotesi non sono possibili) significherebbe per quest'ultima materie prime a più che buon mercato ed ulteriore "ricatto" all'occidente: perciò la Cina è vigile e tende ad ottenere il massimo risultato col minimo sforzo. Xi Jinping non ha problemi ad ottenere – a breve – un terzo mandato e non vuole crearsi.

L'India non apprezza l'iniziativa russa, ma non si allinea. Il premier Modi non vuole in alcun modo mettere a rischio i risultati delle politiche di uscita di vasti settori della popolazione indiana dalla povertà. Perciò, men che meno rincari dell'energia

per effetto di eventuali sanzioni.

Per molti altri Paesi, Europa, Russia e Ucraina sono semplicemente troppo lontani. L'Europa non è più lo "ombelico del mondo" e gli Stati Uniti non sono più il gendarme ed il portavoce globale. Perciò. L'allineamento con le posizioni USA non è più scontato.

Quali effetti sull'economia?

Soffriamo oggi i prezzi dell'energia e l'inflazione: sempre in più li associamo alla guerra in corso.

In realtà, i due fenomeni si sono affacciati già nel postCovid per problemi strutturali dei mercati e delle economie di riferimento: la guerra, a guardare i numeri, vi ha sin qui poco o nulla influito.

In realtà, i fattori che incidono sul rialzo dei prezzi nel primo trimestre 2022 l'incremento tendenziale si è attestato al 5,7%, per poi accelerare ad aprile (+6,0%) e maggio (+6,9%) sono diversi e riguardano da un lato certamente la guerra, ma, dall'altro, la crisi delle materie prime, cominciata ben prima del conflitto.

Il rialzo dei prezzi dei beni energetici, si è registrato prima dello scoppio della guerra. Già a dicembre 2021 l'Autorità italiana di regolazione energia reti e ambiente, stimava un rialzo in bolletta per il gas del 41% e per l'elettricità del 55%. Tanto che il governo è intervenuto per mitigare i costi per decreto.

Se si guardano poi i dati IEA, l'Agenzia internazionale dell'energia, si vede come il gas sia passato dal costare circa 20 € a MWh nel maggio 2020, a oltre 70 nello stesso mese del 2021. Con un picco da marzo 2022 a 300 € a MWh proprio per lo scoppio della guerra. Si può quindi sostenere che la guerra abbia aggravato una situazione già preoccupante.

Semmai ora la Russia tenta di ridurre proditoriamente le forniture di gas, per mettere i prezzi in ulteriore tensione.

C'è poi la questione materie prime: bisogna considerare che la crisi di queste ultime ha contrassegnato tutto il 2021. Una delle ragioni principali di questa crisi è stata la ripresa della domanda di merci post pandemia. Una ripresa dei consumi



che ha mandato in tilt le filiere con conseguente corsa allo stoccaggio delle materie prime da parte dei produttori: si pensi solo ai semiconduttori utili a produrre chip. Si pensi al ferro, all'alluminio od all'acciaio, metalli che hanno visto crescere i prezzi sul mercato per tutto il 2021. La Cina ha fatto incetta di materie prime ed ha il controllo su diversi Paesi produttori.

La logistica si è dimostrata un collo di bottiglia per le difficoltà di ripartenza: i grandi trasportatori marittimi hanno “scaricato” quelle difficoltà sul prezzo dei noli, sfruttando una posizione pseudo monopolistica.

Ora, negli Stati Uniti, economia per nulla dipendente da quella russa, l'inflazione è stata dovuta anche a fattori interni: le politiche straordinarie di espansione monetaria e di sussidio COVID durante, hanno generato spirali inflattive. Anche sul piano salariale: i lavoratori, licenziati nei mesi COVID e sostenuti dai sussidi governativi, non hanno accettato, alla ripresa, di tornare ai posti di lavoro alle condizioni precedenti, generando aumenti (pur comprensibili).

In Italia, invece l'inflazione è “importata” per le ragioni esposte (anche se il c.d. “110%”, per il modo in cui è stato concepito, ha generato inflazione in edilizia).

È in ogni caso un'inflazione che incide sui redditi medio bassi e su chiunque non possa “scaricare” sui prezzi l'aumento dei fattori di produzione.

Per frenare l'inflazione FED e BCE procederanno ad un aumento dei tassi: questo si può determinare un rallentamento dell'economia.

Tuttavia, come ha ricordato John Kerry, inviato della Casa Bianca per il clima, la crisi in Ucraina non deve diventare l'alibi per cancellare la rinuncia al carbone (oggi circa il 40% dell'energia arriva dal carbone che produce oltre il 70% di emissioni di gas serra). Siamo a un incrocio complesso, quello che sapremo fare — o non fare — in questa stagione dirà se la rivoluzione verde ha futuro. La proposta italiana di un tetto ai prezzi del gas sarà finalmente discussa a Bruxelles. Significa porre le basi

per un ridisegno della produzione di energia della quale l'Unione europea ha bisogno.

Semmai, occorre un approccio all'energia verde meno ideologico e più pragmatico. Possiamo rassegnarci ad un mondo segnato da recinti più che da spazi aperti di scambi e possibilità? La paralisi delle organizzazioni multilaterali ha creato un vuoto di potere e di azione, si è chiusa la vecchia stanza di compensazione di conflitti fisici e virtuali. Nuove forme di leadership possono crescere in Europa. E in un'Italia non marginale. È questo il senso della transizione: un processo flessibile, dove contano le idee. Che possono essere migliorate, a differenza di dogmi e pregiudizi.

La cultura dei “no” mostra tutti i suoi aspetti deleteri nell'attuale situazione.

L'economia russa è invece avviata verso una pesante recessione: dopo la crescita dell'1,3% a marzo, ad aprile il Pil è diminuito del 3% su base annua. Il Ministero dell'economia, ha ammesso che sia effetto delle sanzioni. Sempre ad aprile, le vendite





al dettaglio hanno subito il calo più pesante da quando la pandemia ha colpito il Paese (9,7% su base annua).

Una considerazione finale: l'Europa ha annunciato l'impegno alla decarbonizzazione già da molto tempo prima dell'invasione e, quindi, ha notificato alla Russia di voler ridurre la dipendenza dai combustibili fossili. La Cina, per contro, ha spostato avanti nel tempo l'orologio della decarbonizzazione: ha fissato l'obiettivo "net zero" al 2060 (anziché al 2050); continua a costruire nuove centrali a carbone; e dipendendo ancora dal carbone per oltre il 60% della propria generazione elettrica, ha ampi margini (e politiche dichiarate) di sostituzione della generazione a carbone con quella a gas, con gli analisti che ipotizzano un raddoppio dei consumi di gas naturale da qui al 2035. A chi dovrebbe guardare la Russia per prolungare per più tempo possibile la propria rendita fossile? La decarbonizzazione spinge inevitabilmente il russo verso il cinese; e l'Ucraina al più può

accelerare un processo che è comunque nelle cose.

La crisi Ucraina porterà attacchi cibernetici?

Una cyberguerra al momento non c'è. La crisi ucraina ha avuto scarsi riflessi sulla minaccia cibernetica in Europa, che viaggia comunque su livelli elevati (tra l'altro, l'Italia è al terzo posto nel modo fra i Paesi più colpiti da ransomware, quel "virus" che cripta i dati di un'azienda, chiedendo un riscatto per "liberarli").

Gli attacchi a cui stiamo assistendo questi giorni, sembrerebbero avere valore dimostrativo, o di prime avvisaglie di attività molto più pesanti e invasive. I grandi attacchi informatici richiedono infatti una lunga ed accurata preparazione per raccogliere informazioni, programmare virus che si diffondano rapidamente ma in modo selettivo (solo verso gli obiettivi preposti): una volta avviata una guerra di conquista, gli strumenti militari convenzionali appaiono più efficienti nel distruggere le capacità di reazione dell'avversario.

Ma in caso di guerra a lungo termine e a bassa intensità, ovvero di tregua armata, i grandi gruppi hacker potrebbero muovere attacchi mirati verso i Paesi occidentali sostenitori dell'Ucraina, per minare la fiducia dei cittadini, bloccare la vita sociale e trasformare la tregua armata in una *débâcle* politica.

Consideriamo che l'idea «romantica» dell'hacker che «smanetta» in soffitta è tramontata. Oggi vediamo "Cybergang" che investono nella ricerca di nuove vulnerabilità nei software legali da usare come «breccia» per introdursi nei sistemi delle vittime; usano il modello di «Hackingasa service», «Ransomware as a Service» e «DisinformationasaService»: anziché condurre azioni in proprio, vendono l'uso degli strumenti di attacco ad altri gruppi (i loro "distributori"), per aumentare la penetrazione e ridurre i rischi; conducono campagne di attacco e disinfor-





mazione per conto degli Stati o altri mandanti. In ogni caso, quello ucraino è l'esempio di come convenga investire sulla robustezza delle infrastrutture informatiche di un Paese piuttosto che creare strumenti di cyber attacco.

Siamo ancora molto indietro sulla cybersicurezza: l'Italia è al terzo posto nel modo fra i Paesi più colpiti da ransomware, quel "virus" che cripta i dati di un'azienda, chiedendo un riscatto per "liberarli". Vi sono alcune ragioni. Anzitutto, la regola base è: violare le aziende che permettono il massimo ritorno economico, utilizzando il minor tempo possibile. Purtroppo, le infrastrutture delle organizzazioni sia pubbliche che private italiane, risultano poco dispendiose da violare. Secondo: le richieste di riscatto vengono assecondate (si vede nel "movimento" dei "portafogli" nelle blockchain). Terzo: non si fa "lesson learned". Non si divulgano i "vettori di attacco", cioè le caratteristiche dell'attacco, in modo che gli esperti della sicurezza possano trarne indicazioni utili, per non infangare la propria web & brand reputation. Mancano quindi condivisione, collaborazione, rete e divulgazione. Altri grandi assenti sono consapevolezza e formazione.

Che fare?

Difficile pensare oggi ad un processo di pace. Più realistico pensare ad una tregua armata.

Tuttavia, pare improbabile poterci arrivare senza un coinvolgimento della Cina: i russi (e, parzialmente, gli occidentali) si sono "incartati" in una escalation di accuse e obiettivi irrealistici. Occorre ripensare le politiche energetiche e industriali come abbiamo accennato più sopra.

Anzi, si potrebbe pensare a sanzioni "graduali": inasprisco le sanzioni al ridursi della dipendenza.

In un mondo che è passato in breve dalla cooperazione alla competizione ed in cui la globalizzazione (filiera produttiva infinita) viene rivista in chiave regionale, l'ipotesi di una globalizzazione orientale, con Russia affiliata (e subordinata) è possibile e assai pericolosa per noi.

Per questo, è auspicabile che il confronto Cina – Stati Uniti, trovi una soluzione sul piano economico e diplomatico. I due Paesi producono il 40% delle nuove tecnologie: se andassero in "decoupling", cioè, scegliessero vie tecnologiche alternative e non compatibili, il danno per noi sarebbe altrettanto grave.

Per questo è necessario investire nella autonomia (almeno parziale) tecnologica, abbandonando il principio cardine della globalizzazione, di allocare le risorse dove più conviene.

E questo vale anche per le tecnologie sanitarie, che potrebbero diventare non più sostenibili, se no, almeno in parte, direttamente controllate.

NOVITÀ

GASTROSCOPIA E COLONSCOPIA

Centro
ALTAMENTE SPECIALIZZATO
per la diagnosi precoce e il
trattamento delle patologie
dell'apparato digerente



L'ambulatorio è dotato di strumenti endoscopici di ultima generazione, con funzioni ottico digitali innovative e immagini 4k in alta risoluzione.

CHIAMA ORA



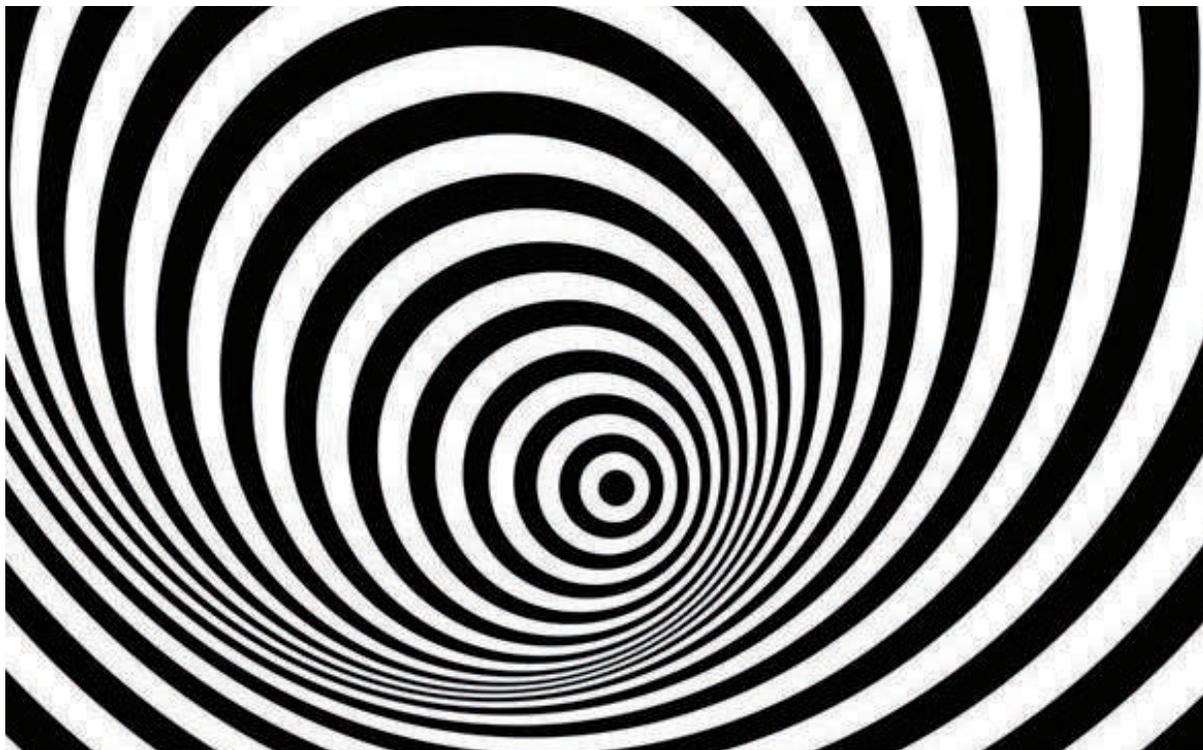
TELEFONO

06 39919869

DOVE SIAMO: Via Nemorense, 90
Zona Quartiere Trieste



LA VERTIGINE PAROSSISTICA POSIZIONALE BENIGNA (V.P.P.B.)



La vertigine parossistica posizionale benigna (V.P.P.B.) o cupololitiasi, è una forma di sindrome vertiginosa periferica abbastanza frequente, causata da un disturbo meccanico dell'orecchio interno.

Essa si manifesta con la comparsa di vertigini ad insorgenza improvvisa, di forte intensità, scatenate da movimenti di posizione della testa/corpo (alzarsi, sdraiarsi o girarsi nel letto) della durata di circa 10-60 secondi.

La V.P.P.B. è una malattia considerata benigna. Essa si può presentare a qualsiasi età, anche nei bambini, ma il suo picco di incidenza si verifica nella fascia d'età compresa tra i 50-60 anni, colpendo nell'arco della vita una percentuale attorno al 2,4%. In alcune persone tende a recidivare con frequenza.

La vertigine parossistica posizionale è una condizione che genera ansia e paura a chi la vive, sia

per l'insorgenza acuta e l'intensità, sia per i sintomi neuro-vegetativi (nausea, vomito) che la accompagna. Nonostante ciò, non è da considerarsi una patologia grave. L'importante è un corretto inquadramento diagnostico e un adeguato trattamento, soprattutto nelle persone anziane per prevenire eventuali cadute e successivi traumi.

Ma cosa succede quando si ha una V.P.P.B.? Fisiologicamente, nell'orecchio interno e più precisamente nei canali semicirculari, orientati nei tre piani dello spazio, sono presenti, immerse in una specie di "gel" delle cellule sensoriali deputate all'equilibrio. Sopra le ciglia di queste cellule sono appoggiate delle piccole concrezioni calcaree chiamate "otoliti", che sono micro-cristalli di carbonato di calcio, volgarmente chiamati "sassolini". Gli otoliti sono relativamente pesanti e quando il corpo cambia posizione, essi inviano segnali alle cellule sensoriali come una variazione di posizione



del corpo nello spazio. Se questi otoliti si spostano dalla loro sede naturale (Utricolo e Sacculo) e cominciano a muoversi liberamente nei canali semicircolari, inviano informazioni errate al sistema nervoso centrale e in questo modo provocano la sensazione della vertigine. Questa vertigine è pertanto chiamata: posizionale.

Numerose possono essere le cause responsabili del distacco degli otoliti: un banale trauma cranico, una sofferenza circolatoria, l'ipertensione, la presenza di livelli elevati di colesterolo e/o trigliceridi, il diabete, alcune infezioni virali, patologie legate alla tiroide, cure dentarie a causa della vibrazione da micro-trapano. Purtroppo, nella maggior parte dei casi non è possibile riscontrare alcuna causa apparente e allora la V.P.P.B. viene chiamata "idiopatica". In prima istanza, una attenta raccolta dei dati anamnestici del paziente e una visita specialistica ORL con la ricerca di movimenti involontari degli occhi (nistagmo) ci permettono di valutare la situazione clinica per inquadrare la patologia.

Generalmente il paziente è molto preciso nel raccontare i suoi sintomi: riferirà, infatti, che la vertigine insorge a seguito di precisi movimenti e in particolari posizioni, che è molto violenta, di breve durata e che si presenta ogni qualvolta ripete lo stesso movimento della testa o assume una determinata posizione del corpo.

La diagnosi si effettua tramite l'esame vestibolare effettuando test clinici spontanei e strumentali alla ricerca del nistagmo (movimento involontario dei bulbi oculari) provocato da opportune manovre di posizionamento del corpo/capo che permettono allo specialista di confermare il sospetto diagnostico.

Il nistagmo può essere osservato ad occhio nudo, oppure con appositi occhiali (occhiali di Frenzel) in alternativa può anche essere registrato con un grafico tramite un visore ottico dotato di telecamera (video-nistagmografia). Le caratteristiche del nistagmo ci permettono di formulare la diagnosi e di stabilire quale sia il canale semicircolare interessato dalla patologia (posteriore, superiore o laterale) ed il suo lato (destra o sinistra).

Alle manovre diagnostiche vestibolari, seguono delle manovre curative note come "ma-

novre liberatorie" in quanto ristabiliscono il riposizionamento degli otoliti nella loro sede naturale. La terapia della V.P.P.B. viene eseguita sottoponendo il paziente a manovre liberatorie specifiche, il cui scopo è quello di riposizionare, nel giro di pochi secondi gli otoliti. Tra le manovre di riabilitazione vestibolare più utilizzate ricordiamo la manovra di Epley, Semont, di Gufoni, la posizione coatta di Van-nucchi. L'efficacia della manovra liberatoria verrà confermata dall'immediata scomparsa dei sintomi: i movimenti e le posizioni scatenanti, che fino a qualche minuto prima determinavano vertigine e nistagmo, non provocheranno più alcun fastidio. In caso in cui si ipotizza la presenza di un ammasso eccessivamente voluminoso di otoliti, il paziente si sottoporrà per 7-10 giorni a particolari esercizi domiciliari (tecnica di dispersione di Brandt-Daroff) che hanno lo scopo di mobilitare gli otoliti e di favorire quindi il buon esito delle successive manovre liberatorie. Solitamente alla riabilitazione vestibolare si associa una dieta iposodica e idratante.

Alcune condizioni patologiche possono porre problemi di diagnosi differenziale con la V.P.P.B. come la vertigine cervicale, la vertigine da ipotensione, la vertigine emicranica, la vertigine da insufficienza vertebro-basilare.

Nei casi dubbi, in cui la vertigine non presenti i classici aspetti della V.P.P.B. e non risponda alle manovre liberatorie, è opportuno, sempre seguendo il consiglio dello specialista ORL, eseguire altri approfondimenti diagnostici con una Risonanza magnetica dell'encefalo, per escludere altre cause. Talvolta in alcuni pazienti sono necessari farmaci sedativi (diazepam, clorfenamina) e antiemetici (metoclopramide, ondansetron) per controllare l'intensa sintomatologia; in questi casi prima di eseguire le manovre diagnostiche e liberatorie si possono somministrare i.m./e.v. diazepam 5 mg e metoclopramide 10 mg.

La terapia farmacologica, pur non rappresentando un'alternativa alle manovre liberatorie, trova impiego, affiancando queste ultime, nel favorire il recupero del sistema vestibolare. Con tale scopo la betaistina, molecola caratterizzata da un meccanismo d'azione multifattoriale di tipo modulatore, è consigliabile con un dosaggio di 32-48 mg/die per 3-4 settimane.



**Dr. STEFANO
D'ALESSANDRO**

Medico-chirurgo
specialista in
Otorinolaringoiatria



LA RESPONSABILITÀ MEDICA PENALE, tra intenzioni del legislatore e applicazioni pratiche



La responsabilità medica è storicamente definita tra le più controverse e tormentate questioni in tema di colpa punibile. La Legge Gelli-Bianco dell'8 marzo 2017 n.24 nasce con l'obiettivo di superare le incongruenze e incertezze generate dalla precedente disciplina, anche conosciuta come Decreto Balduzzi, ma di fatto ha incontrato le stesse problematiche giuridiche e applicative che erano state affrontate dal Legislatore nel 2012.

La ragione principale di questa difficoltà è che occorre operare una sintesi tra opposti interessi, tutti costituzio-



**Avv. MYRIAM
CAROLEO
GRIMALDI**
Patrocinante in
Cassazione

nalmente protetti: da un lato, l'esigenza di tutelare il bene della vita e della salute del paziente; dall'altro, quella di valutare la condotta del medico, alla luce della complessità dell'attività che è chiamato svolgere, senza limitarne la libertà di scelta terapeutica o indebolirne il ruolo sociale.

Sebbene l'intenzione principale manifestata del Legislatore - sia nella precedente disciplina regolata dal Decreto Balduzzi, come anche nella riforma del 2017 - fosse di scongiurare il fenomeno della medicina difensiva - fenomeno che dilaga da anni, pregiudicando e condizionando sensibilmente l'attività



medico-chirurgica - deve in primo luogo premettersi, come si riscontri ancora una decisa tendenza della giurisprudenza ad ampliare il più possibile il contenuto della responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria.

Occorre partire da nuovo reato rubricato "Responsabilità per morte o lesioni personali in ambito sanitario" di cui all'art. 590 sexies c.p. , che recita:

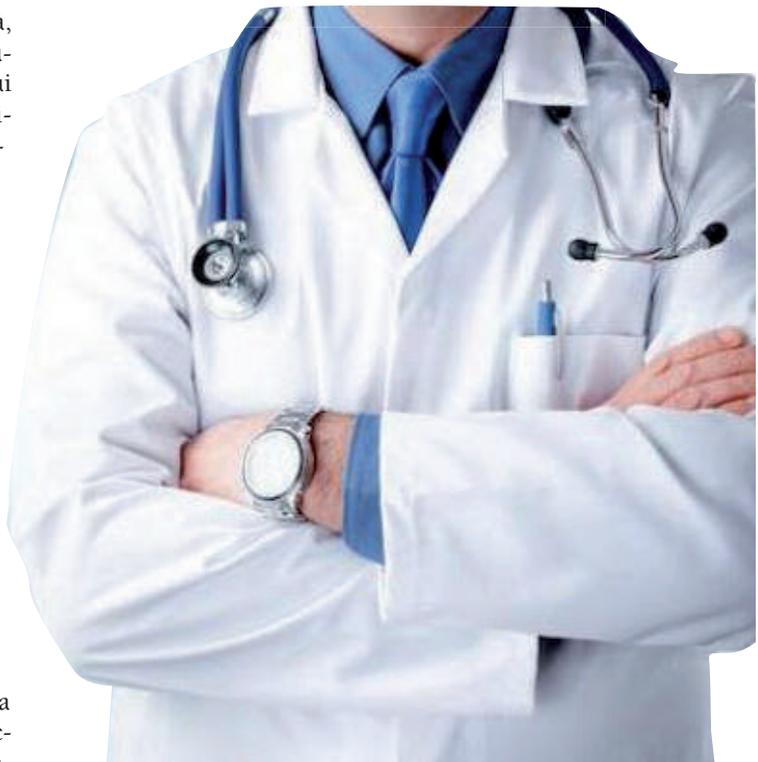
"Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma".

Al secondo comma del disposto normativo, si legge: "qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

È bene premettere che la possibilità di applicare la speciale causa di non punibilità, cui conseguirebbe una pronuncia assolutoria, dipende da fattori precisi, per cui l'esercente la professione sanitaria risponde a titolo di colpa, per morte o lesioni personali, derivanti dall'esercizio di attività medico - chirurgica:

- a) se l'evento si è verificato per colpa, anche lieve, da negligenza o imprudenza;
- b) se l'evento si è verificato per colpa, anche lieve, da imperizia, quando il caso concreto non sia regolato dalle raccomandazioni delle linee guida o di buona pratica clinico assistenziale;
- c) se l'evento si sia verificato per colpa, anche lieve, da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee guida o di buone pratiche clinico assistenziali, non adeguate alla specificità del caso concreto;
- d) se l'evento si è verificato per colpa grave da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pra-

tiche clinico assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico. In sintesi, la causa di non punibilità prevista dalla norma è applicabile nei soli casi in cui l'esercente la professione sanitaria abbia individuato e adottato linee guida adeguate al caso concreto e versi in colpa lieve solo da imperizia, nella fase attuativa delle raccomandazioni ivi previste. Non andrà esente da responsabilità il professionista che abbia agito con imprudenza o negligenza, né quando l'atto sanitario non sia per nulla governato da linee-guida o da buone pratiche, né quando queste siano individuate e dunque selezionate dall'esercente la professione sanitaria in maniera inadeguata con riferimento allo specifico caso, né, infine, in caso di colpa grave da imperizia nella fase attuativa delle raccomandazioni previste dalle stesse (Sezioni Unite, 8770/2018). La valutazione di gravità della colpa deve essere effettuata in concreto, vale a dire





attraverso l'analisi di fattori capaci di gradarne o elevarne l'entità sia sotto il profilo soggettivo che in senso oggettivo. Verrà dunque esaminata la colpa in base al grado di specializzazione del medico, alla problematicità della vicenda, alla particolare difficoltà in cui ha operato o quella di reperire o collegare le informazioni cliniche ricevute.

La ragione che ha indotto il Legislatore del 2017 a prevedere, a differenza del precedente Decreto Balduzzi, che la non punibilità del professionista medico o paramedico potesse applicarsi ai soli errori dovuti a imperizia, escludendo le condotte negligenti e imprudenti, è che si pretende da chi eserciti la professione sanitaria, non solo che sia accurato e prudente nel seguire l'evoluzione del caso sottopostogli, ma anche, e soprattutto, che sia preparato sulle *leges artis* e impeccabile nelle diagnosi differenziali. Capace, dunque, di fare scelte adeguate e di personalizzarle in relazione alle evoluzioni del quadro clinico che gli si presenta.

La responsabilità è, in altri termini, tutta racchiusa nel mancato rispetto delle regole di diligenza e prudenza rivolte all'unico fine della cura e salvaguardia della salute del paziente, per cui, nei casi in cui tale percorso sia stato correttamente seguito e ciò nonostante l'evento lesivo o mortale si sia verificato, l'atto medico gravato da imperizia potrà essere inquadrato nell'ambito della nuova causa di non punibilità. Le linee guida offrono al magistrato un orientamento oggettivo che ne limita la discrezionalità nel giudizio, in quanto l'attività del sanitario viene ora regolata da un sistema, istituzionale e pubblico, in modo uniforme, appropriato, conforme a evidenze scientifiche controllate. Secondo la vigente normativa il professionista sanitario è tenuto ad attenersi alle raccomandazioni, sia pure con gli adattamenti propri di ciascuna fattispecie concreta. E lo stesso professionista, per converso, ha la legittima e coerente pretesa a vedere giudicato il proprio comportamento alla stregua delle medesime direttive impostegli.

Il medico, che ha il dovere anche deonto-

logico di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza, e si pone in una posizione di garanzia, non è neppure tenuto al rispetto delle direttive ospedaliere, se in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

Chiamato a rispondere del proprio operato è innanzitutto il medico che prende il carico il paziente, che assume una posizione di garanzia anche nel caso di una mera richiesta di accertamenti clinici. Il medico di primo livello che invii il paziente, anche privatamente, allo specialista di secondo livello, per non essere esposto a rischio di azioni per responsabilità me-





dica in sede penale, sarà tenuto a formulare la richiesta in maniera puntuale e scritta, eventualmente anticipando un sospetto diagnostico o una diagnosi differenziale e facendo precedere l'invio da una preliminare anamnesi il più possibile precisa e da accertamenti richiesti in modo altrettanto preciso e completo.

La ritardata diagnosi è fonte di responsabilità, non solamente se ne consegua il decesso del paziente, ma anche se il ritardo diagnostico abbia causato un aggravamento della patologia o se una tempestiva diagnosi avrebbe consentito un prolungamento di sopravvivenza per un

periodo di tempo apprezzabile oppure il ricorso a cure meno invasive.

Per comprendere a pieno la complessità di questa tematica occorre considerare un altro elemento: il nesso di causalità. Imprescindibile componente del reato, è il collegamento diretto o indiretto tra l'atto (o l'omissione) e l'evento.

La colpa medica appartiene alla categoria dei reati omissivi, il cui nesso di causalità è sottoposto a un giudizio definito "controfattuale", per cui, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

Il rapporto di causalità tra omissione ed evento non ammette un giudizio formulato in base al solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di elevata probabilità logica, fondato su generalizzazioni scientifiche e, al contempo, sul ruolo salvifico della condotta omessa, tenendo presente le particolarità del caso concreto.

Errore diagnostico si configura non solo quando, in presenza di uno o più sintomi di una malattia, non si riesca ad inquadrare il caso clinico in una patologia nota alla scienza o si addivenga ad un inquadramento erraneo, ma anche quando si ometta di eseguire o disporre controlli e accertamenti doverosi, ai fini di una corretta formulazione della diagnosi.

Verrebbe da obiettare che in tutti i casi di morte conseguente ad errore diagnostico, la causa della morte è sempre la patologia. Ciò nondimeno va valutato se vi sia stata una colpevole omissione, nel disporre gli opportuni accertamenti, volti ad individuarla nel tempo. E nel campo oncologico, assurge a fatto notorio che la diagnosi precoce è fattore di assoluto rilievo. In taluni casi per approntare delle terapie salvifiche, in altri, per apprestare un intervento chirurgico e delle terapie idonee, quantomeno, ad allungare la vita residua del paziente.

Ulteriore tematica da esaminare è il caso





in cui più professionisti si siano alternati, ossia cosa accade e cosa occorre verificare, quando vi sia una successione nelle posizioni di garanzia.

Ebbene, sotto questo profilo, quando vi siano più persone obbligate a intervenire in tempi diversi per la cura del paziente, l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento verificatosi deve essere compiuto con riguardo alla condotta e al ruolo di ciascun titolare della posizione di garanzia, stabilendo cosa sarebbe accaduto, nel caso in cui la condotta dovuta da ciascuno dei garanti fosse stata tenuta.

La posizione di garanzia ricoperta dal professionista sanitario assume un carattere particolare nella telemedicina ma, pur avendo comportato una rilettura del rapporto anche a livello normativo tra medico e paziente, ciononostante non ha cambiato la sostanza della responsabilità penale che discende da contatto digitale.

L'innovazione tecnologica può contribuire, come dimostrato in diversi progetti sperimentali, a rafforzare l'ambito territoriale di assistenza sanitaria, alleggerendo la pressione esercitata dagli accessi negli ospedali.

La categoria della telemedicina comprende varie modalità, una delle più importanti è rappresentata dal teleconsulto, cioè un'indicazione di diagnosi o di terapia, in assenza della presenza fisica del paziente, effettuando una visita a distanza.

Le questioni giuridiche legate al teleconsulto e, in generale, alla telemedicina sono molteplici, alcune riguardano lo scambio di informazioni sanitarie a distanza e, dunque, la tutela dei dati sensibili e il rispetto del regolamento sulla privacy; altre concernono l'interconnessione tra i diversi specialisti preposti al percorso di presa in carico del paziente, dato che la specificità dell'attività medica di telemedicina è che, realizzandosi a distanza, è richiesto l'intervento di diverse figure, che compongono nel loro insieme un'equipe medica. Sotto quest'ultimo profilo, è bene precisare come la responsabilità sarà vagliata attraverso la valutazione delle singole condotte eseguite dagli operatori, utilizzando le regole comuni, con particolare attenzione

agli aspetti di legittimo affidamento dei diversi specialisti intervenuti in momenti differenti.

Come ovvio, la presa in carico del paziente e, dunque, la prestazione sanitaria, nella telemedicina è eseguita attraverso un contatto che assume una nuova forma, quella digitale che, prevedendo un contatto solo virtuale, deve svolgersi attraverso precisi e ben distinti procedimenti, che garantiscano la sicurezza nella erogazione delle cure e il diritto alla salute. Una Sintesi chiara dell'iter procedimentale corretto è la seguente:

- o esatta identificazione del paziente
- o preventivo consenso informato circa le prestazioni rese
- o protezione dati personali
- o verifica dell'esattezza delle informazioni raccolte
- o elaborazione anamnesi sulla scorta delle informazioni on line
- o addestramento e formazioni del personale
- o protezione dei dispositivi tecnologici impiegati
- o condivisione e medical sharing delle notizie sanitarie del paziente. Il FSE
- o la presa in carico del paziente dovrebbe sorgere con la richiesta digitale del paziente di essere ammesso alla stanza digitale

Dunque, in conclusione, si dovrà nel futuro tenere conto della sicurezza informatica, protezione dei dati personali, distribuzione corretta delle responsabilità da contatto digitale e capacità di essere efficaci nella prestazione, cioè ottemperare al diritto di trasparenza, correttezza e spiegazione prima della prestazione.

Non sarà più sufficiente la conservazione delle informazioni sanitarie ma servirà custodirle, attribuendo a essere un valore ulteriore, ossia quello della loro valenza probatoria.

Occorrerà tenere in considerazione quell'eccesso di affidamento alla tecnologia, rispetto alle competenze da parte del sanitario o addirittura a sviluppare una forma di dipendenza o abbassamento delle competenze capaci di compromettere la qualità delle cure.



FOX (Food Xplorer)

il test più attendibile per il dosaggio delle IgG
nelle intolleranze alimentari.

Con **un semplice prelievo di sangue** vengono rilevate simultaneamente le risposte a **286 alimenti** (il pannello più ampio che esista) per scoprire quali sono i cibi che ti causano reazioni infiammatorie.

Il test permette di scoprire le tue intolleranze verso 13 gruppi di antigeni alimentari che comprendono vegetali, frutta, pesci, carne, legumi, spezie, funghi, cereali e semi, uova e latte, caffè e tè e altri e nuovi alimenti.

Se soffri di diarrea, gonfiore, nausea, mal di stomaco, colon irritabile, emicrania, nervosismo, incapacità a concentrarti, disturbi cutanei, allora potresti essere intollerante a qualche cibo. **Verifica prima con il tuo medico se non si tratta di un'allergia**, importante e più pericolosa, e poi esegui il test FOX e porta i risultati da uno specialista che consiglierà una eventuale strategia nutrizionale adeguata al tuo benessere.

MAD
MACRO ARRAY DIAGNOSTICS

macroarraydx.com

Chiedi al tuo
medico ed
esegui il test
FOX

PARTNERNELLESCELTE

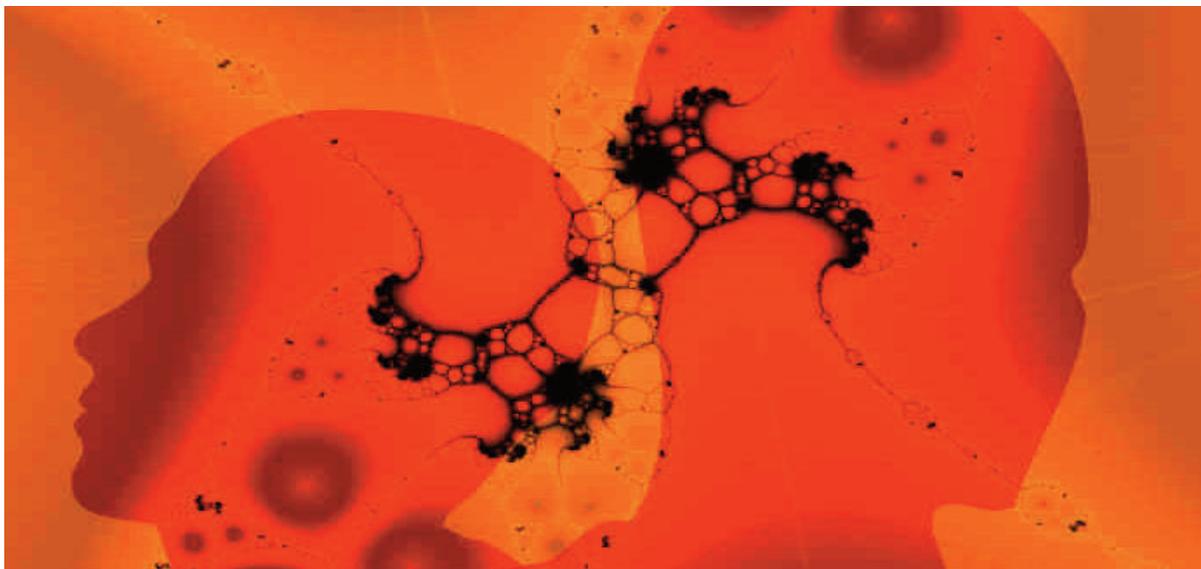


📍 Via R. Merendi 22, 20007 Cornaredo (MI)
☎ +39 02 939 911

✉ segreteria.marketing@dasit.dgroup.it
🌐 www.dasit.it



COME MISURARE E CURARE lo stress con le metodiche pnei



La PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia) nasce negli anni 1980-90, come nuova branca della scienza medica che si occupa della comunicazione tra i vari apparati del nostro corpo e tra quest'ultimo e l'ambiente in cui vive. Poiché mente, corpo e ambiente sono in continuo scambio informativo, si influenzano a vicenda e qualsiasi alterazione di una parte si ripercuote sull'intero sistema. Ciò non esclude una visione specialistica dei singoli sistemi, anzi, la completa e la integra nell'insieme delle interdipendenze.

All'inizio si incominciò a parlare di comunicazione tra sistema nervoso, endocrino e immunitario; in seguito, si vide che non solo questi tre sistemi parlavano tra loro, ma anche tutti gli altri, tramite i neurotrasmettitori e gli ormoni; dagli anni 90 in poi, si scoprì anche l'esistenza delle citochine, piccoli peptidi che mediavano la comunicazione tra singole cellule e apparati per modulare l'infiammazione.

Si vide che tutte le cellule dell'immunità reagiscono in maniera coordinata tramite le citochine, come se ci fosse un direttore d'orchestra. Le citochine non sono in deposito, sono fabbricate al bisogno tramite il DNA della cellula, quindi c'è una regola-

zione coordinata dei geni che le codificano e ciò avviene grazie ai sistemi citoplasmatici epigenetici, che sappiamo possono attivare e disattivare la trascrizione del DNA e sono in contatto continuo con l'ambiente, esterno e anche interno a noi. Infatti, bastano un pensiero ricorrente, una preoccupazione, una paura continua, l'isolamento forzato (pensiamo a questi tempi di Covid) per indirizzare l'attività dei sistemi epigenetici e far sì che vengano prodotte citochine infiammatorie o che diminuisca la produzione di quelle antinfiammatorie.

I sistemi parlano con modalità chimiche ma anche fisiche, elettromagnetiche, che viaggiano alla velocità della luce, consentendo una rapidissima comunicazione: infatti, si parla di "campo citochinico". Per chi fosse perplesso sulle onde elettromagnetiche da noi prodotte, ricordo che con l'elettroencefalogramma e l'elettrocardiogramma misuriamo le onde elettromagnetiche prodotte rispettivamente da cervello e cuore. Altro esempio sono i segnali frequenziali delle molecole: per una sostanza chimica sarebbe impossibile trovare il suo recettore se non fosse con lui in risonanza elettrofrequenziale poiché, al livello di grandezza molecolare, deve percorrere una distanza enorme e non è sufficiente solo avere la compatibilità geometrica



**Dr.ssa CARLA
LENDARO**

Medico chirurgo -
psiconeuroimmunologo
- docente del Master di II
livello in
Psiconeurobiologia
presso Università di
Roma "Sapienza"



conformazionale col proprio recettore. Poi, noi interagiamo con le onde elettromagnetiche naturali, per esempio le onde di Schumann, prodotte dalla terra che, come ben sappiamo, è un grande magnete. Nelle prime missioni sulla stazione spaziale, gli astronauti stavano male, soffrivano soprattutto di allergie e insonnia; la situazione migliorò nel momento in cui furono ricreate nella stazione le onde di Schumann.

La prospettiva PNEI considera la rete psico-somatica-relazionale in cui i singoli elementi dialogano tra loro con modalità fisico-chimiche: errori nella comunicazione causano un malfunzionamento che, a seconda dell'ottica che usiamo, chiamiamo "stress cronico" o "stato infiammatorio cronico aspecifico sistemico". Sinora, abbiamo evidenziato che i nostri sistemi dialogano con modalità fisico-chimiche e che, per sentirci in salute, ogni cellula, organo e apparato del nostro corpo deve inviare e ricevere informazioni giuste e complete; però, anche la via di comunicazione deve essere funzionante al meglio. Se due persone si parlano al telefono ma la linea funziona male, quelle due persone non riusciranno a comunicare bene, anche se ognuna dà all'altra informazioni corrette. Quindi, riassumendo, errori o disturbi nei singoli sistemi o nella via di comunicazione causano un malfunzionamento che si manifesta in vario modo e gravità: dal piccolo sintomo alla grave disfunzione.

Questo è il messaggio che ci porta la PNEI: nei processi di invecchiamento e in ogni malattia, anche quelle con danno organico, è sempre presente una quota di malfunzionamento che non è ineluttabile. Se curo il malfunzionamento, posso migliorare e a volte eliminare del tutto i sintomi. E' un concetto nuovissimo per noi medici perché noi abbiamo studiato le malattie come elenco di sintomi che servono a codificarle e sono ad esse obbligatoriamente correlati.

I sintomi su cui focalizzarsi compaiono in molte malattie o da soli; noi medici li abbiamo studiati con l'appellativo di "sintomi psicosomatici" ma negli ultimi anni, in letteratura scientifica, sono stati denominati "MUS", ovvero Medically Unexplained Symptoms (sintomi vaghi e aspecifici). Si tratta di un lungo elenco, ma tutti sono accumulati dall'essere espressione di uno stato di infiammazione cronica sistemica aspecifica in atto. Spesso accom-



pagnano malattie con danno di organo, oppure malattie genetiche oppure affliggono le persone senza che ci sia un motivo medico accertato con sicurezza. Quanti di noi soffrono di gastrite o insonnia o perdita di memoria o dolori o altro, senza che ci sia una malattia che lo giustifichi! Oppure, abbiamo una malattia ma la esprimiamo con più sintomi: nell'origine di ognuno di essi esiste una quota più o meno ampia di quel malfunzionamento correggibile di cui abbiamo prima trattato. Ovviamente, è importante riuscire a misurare il malfunzionamento per capire come curarlo ed è altrettanto essenziale monitorarlo nel tempo, ripetendo le misurazioni per seguire la progressiva guarigione e adattare, se necessario, la terapia. Il medico psiconeuroimmunologo misura con appositi test non invasivi, rapidi e indolori (PPG stress flow, BIA-Acc, TomEEEx) la presenza del malfunzionamento; poi, in base ai risultati ottenuti e alla sua esperienza clinica, elabora un piano terapeutico che può utilizzare, in contemporanea o in tempi diversi, programmi di nutrizione clinica, esercizi di biofeedback respiratorio, schemi di allenamento personalizzato e trattamenti con campi elettromagnetici pulsati ultradeboli EBS. Tutti questi mezzi terapeutici, senza temere incompatibilità, possono essere adottati insieme con altre necessarie terapie specialistiche, il cui potere curativo sarà anzi implementato e velocizzato. Ricordo anche che la PNEI, nella sua visione sulla salute, studia anche tutti quei metodi e quelle strade che possono portare una persona all'ottenimento di uno stato psico-mentale di felicità. Nella moderna concezione di "Lifestyle Medicine" ritornano tutti quei concetti già espressi da antichi filosofi che vedevano nella via per la felicità una progressiva ricerca di elevazione morale e spirituale non disgiunta, però, dal piacere.

Richard C. Francis, neurobiologo e comunicatore scientifico ha scritto³³: "E' di nuovo tempo di preoccuparsi... Le scelte che operiamo per il nostro stile di vita hanno un impatto sul nostro codice genetico e su quello dei nostri figli (e persino su quello dei nostri nipoti!)". Direi che essere consapevoli di ciò può infonderci preoccupazione ma anche speranza, perché ora disponiamo di ulteriori modalità per migliorare la vita nostra e dei nostri figli, anche grazie alla PNEI.



GLI INSETTI COME CIBO

A seguito dell'opinione dell'EFSA (European Food Safety Authority) rilasciata il 13 gennaio 2021, i delegati degli Stati membri dell'UE nel comitato permanente preposto si sono espressi a favore della bozza del Regolamento di esecuzione della Commissione. Con questo Regolamento, il primo sugli insetti commestibili, l'Europa autorizza l'immissione delle larve essiccate di *Tenebrio molitor* (camola della farina) nel mercato comunitario.

La camola della farina (*Tenebrio molitor*), appartenente alla famiglia dei coleotteri, è un prodotto molto consumato nel mondo; viene preparato fritto, in padella ma anche sfarinato. Pensiamo a dei succulenti Tacos con Camole fritte alla paprika!

A luglio 2021 l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) ha anche autorizzato la produzione e il consumo

nel nostro continente della *Locusta migratoria*. Il nuovo alimento è autorizzato nella sua formulazione essiccata, congelata e in polvere.

Recentemente, l'Efsa ha espresso parere positivo anche sulla *Acheta domesticus* (una specie di grillo).

I grilli fanno parte della famiglia degli ortotteri, come le cavallette. Sono fonte di molte proteine e pochi grassi, rispetto a carni tradizionali. Tra i grassi è presente, inoltre, una maggiore quantità di grassi polinsaturi. I grilli, se alimentati con verdure e non cereali, hanno un sapore che ricorda molto il gambero, anche se con una nota meno iodata. E' bene considerare le possibili reazioni allergiche, in quanto i grilli e anche le cavallette presentano un esoscheletro come quello dei crostacei, composto da chitina, sostanza che in alcuni soggetti provoca reazioni avverse.



Dr. IACOPO FLORIO

Dottore in Scienze
Gastronomiche -
Università di Parma



Curiosità: i primi coloni inglesi sulle coste nordamericane fecero conoscere i gamberi alle popolazioni indigene, che, abituate a mangiare i grilli, li chiamarono “Grilli di Mare”, a riprova che la cultura di appartenenza è molto influente sui nostri atteggiamenti verso il mondo esterno.

Si è parlato tanto di insetti come cibo del futuro e si può dire che è una grande opportunità: rispetto agli animali tradizionalmente allevati (molte volte intensivamente), hanno un consumo molto minore di acqua e mangimi, oltre che di terreno, avendo invece una resa maggiore. Molto validi anche nutrizionalmente, sono ricchi di proteine e fibre, oltre che di minerali, quali fosforo magnesio e potassio.

Come per i mammiferi che utilizziamo

come alimento, anche gli insetti consumati nel mondo sono erbivori. Un aspetto molto importante dell'allevamento di insetti per l'alimentazione potrebbe essere senza dubbio lo sviluppo di progetti di economia circolare, dove il mangime per gli insetti viene dagli scarti di lavorazione degli ortaggi di aziende limitrofe, riducendo gli sprechi e ottimizzando gli scarti. Gli insetti stessi potrebbero essere utilizzati con successo come mangimi per impianti di acquacoltura. Un bene per il nostro pianeta e per noi stessi.

Perciò, gli insetti rappresentano nuove soluzioni alimentari altamente proteiche e nutrienti, fonti in grado di “sfamare” il pianeta, e sono più sostenibili in termini di sfruttamento del suolo e delle acque. E sono buoni!

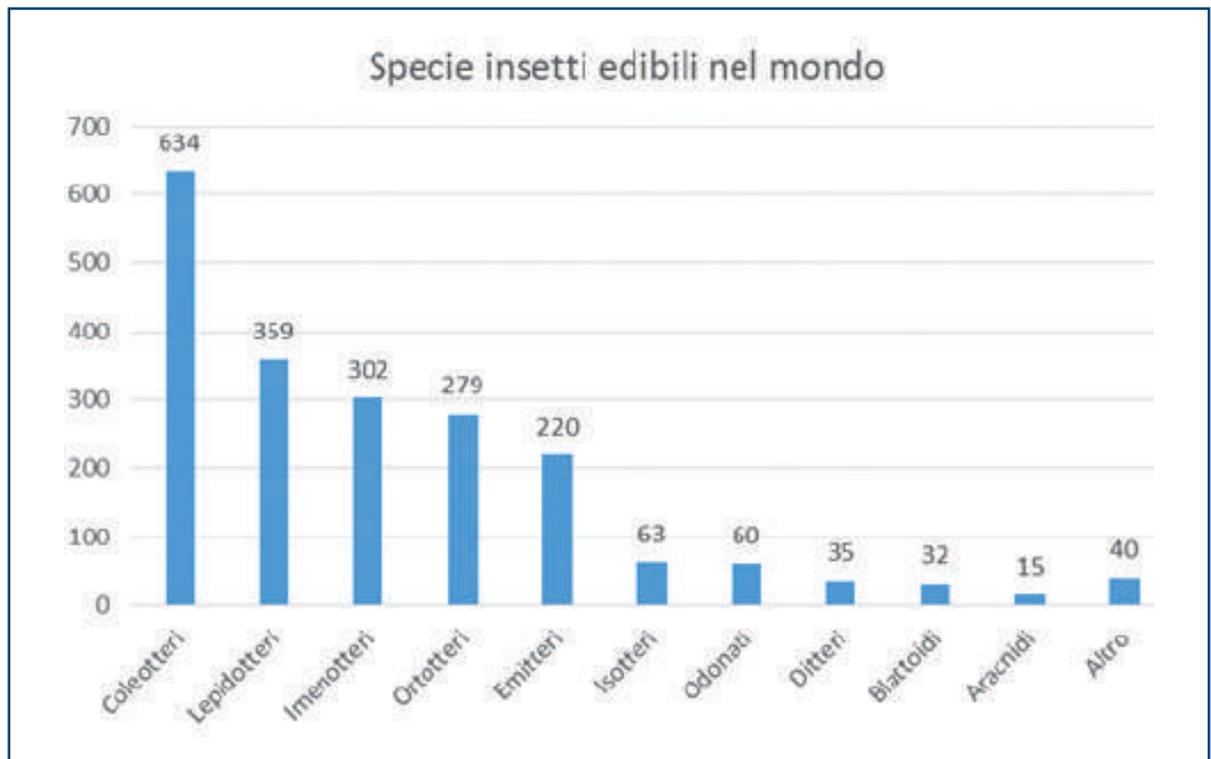


Fig.1 Agriregionieuropa anno 12 n°44, Mar 2016

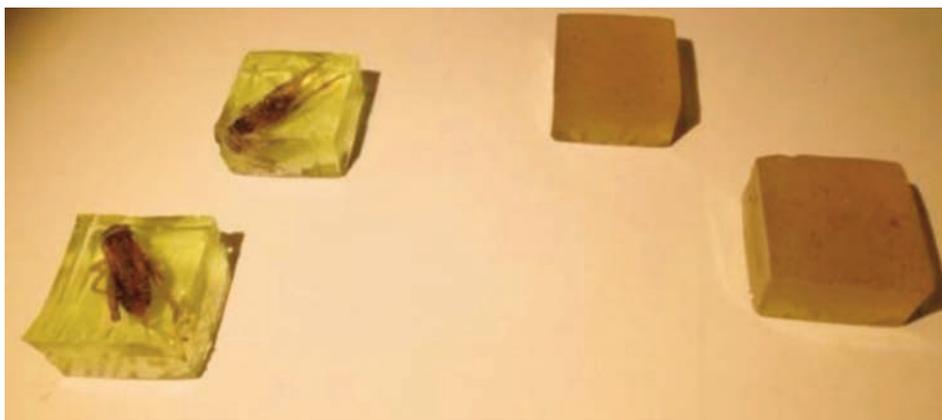
Giovanni Sogari, Annachiara Toncelli, Cristina Mora, Davide Menozzi. L'entomofagia: tra curiosità e sostenibilità. Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Scienze degli Alimenti

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (Fao) ha stimato che l'entomofagia, cioè il consumo di insetti da parte dell'uomo, è una pratica alimentare seguita da circa 2 miliardi di persone nel mondo. Dalla preistoria fino ai giorni nostri gli insetti sono sempre stati una fonte alimentare tradizionale in molti Paesi dell'Asia, dell'America Centrale e dell'Africa, con oltre 2.000 specie riconosciute commestibili per il consumo umano.



All'atto pratico, gli insetti possono essere consumati interi o sfarinati; vengono sempre essiccati così da mantenere le proprietà organolettiche e nutrizionali, oltre che per aumentarne la conservabilità. Sono utilizzabili in preparazioni come la frittura, la panificazione o semplicemente saltati in padella. Sul mercato saranno probabilmente inseriti come sfarinati, in modo da non far vedere l'insetto intero, prima barriera psicologica che si incontra e che sarà molto presente nei primi periodi di commercializzazione. Si ipotizza possano avere un primo mercato

nei prodotti per gli sportivi, grazie alla elevata quantità di proteine (si pensi alle odierne barrette proteiche), ma solo con il tempo si potrà vedere quanto i consumatori gradiranno questi nuovi prodotti. Nel futuro dovremo quindi modificare le nostre abitudini per salvaguardare l'unico pianeta che abbiamo, riducendo il consumo di carne, diminuendo le emissioni di CO₂, gas serra e inquinanti nell'aria, nel terreno e nelle acque. E gli insetti saranno presumibilmente una parte molto importante del nostro futuro.



Oppure



Fig.2 *Agriregioneuropa* anno 13 n°51, Dic 2017

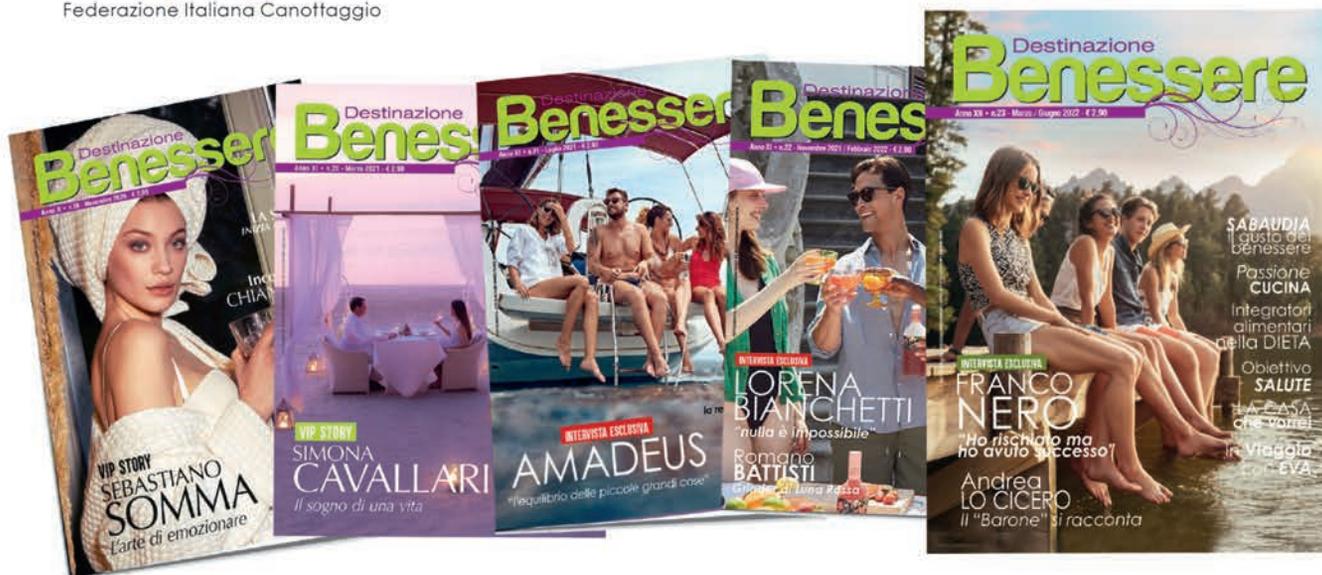
Giovanni Sogari, Iacopo Florio, Davide Menozzi, Cristina Mora *Uso della Food Neophobia Scale per investigare l'intenzione di mangiare prodotti a base di insetti. Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Scienze degli Alimenti e del Farmaco*

Indagine sulla neophobia. effettuata presso la facoltà di Scienze Gastronomiche dell'Università di Parma: si è chiesto a un gruppo di studenti se erano disposti a mangiare gelatine con grillo intero e gelatine con farina di grillo. E' emerso che le gelatine al grillo piacciono, ma la maggioranza delle persone preferisce quelle con l'insetto sotto forma di farina e non intero e riconoscibile. Nell'ambito del gruppo di persone che hanno mangiato la gelatina "al grillo", i soggetti maschili hanno avuto maggior propensione ad accettare di assaggiare la gelatina col grillo intero rispetto ai soggetti femminili.

Media partner



Federazione Italiana Canottaggio



"Crediamo che vivere nel benessere sia alla portata di tutti. Più che uno stile di vita, è una filosofia di pensiero"

PARTECIPA AL PROSSIMO NUMERO

500MILA
LETTORI
TI ASPETTANO!

Vuoi ricevere la tua copia direttamente a casa?

Richiedi la spedizione al 371 1451732 o scrivi a: info@destinazionebenessere.it



segui



Iscriviti e ricevi gratuitamente la versione digitale della rivista
www.destinazionebenessere.com





MITI E LEGGENDE DELL'ORTOPEDIA: *Il piede piatto*



Figura 1. A) Impronta plantare normale; B) Piede piatto di primo grado; C) Piede piatto di secondo grado; D) Piede piatto di terzo grado

Fra tutte le patologie ortopediche, il piede piatto del bambino è ancora oggi motivo di forte preoccupazione per i genitori. Il concetto profondamente radicato nella nostra società è che il piattismo del piede possa causare grave invalidità sia durante l'età evolutiva sia in età adulta, soprattutto come impedimento per la partecipazione alla pratica sportiva che al giorno d'oggi è diventata di primaria importanza per i ragazzi e le ragazze al pari, o forse anche più, della preparazione scolastica.

Certamente in questa pessimistica valutazione ha inciso molto il mitico ricordo del piede piatto come motivo di esonero dal servizio militare quando era obbligatoria la leva militare. Quest'ultima è stata infatti in vigore nel nostro Paese per quasi un secolo e mezzo dall'unità d'Italia fino a tutto il 2004. Il motivo dell'esonero era dovuto al fatto che i soldati e soprattutto i fanti dovevano marciare per chilometri e chilometri ed una patologia del piede poteva

quindi rappresentare un grave impedimento per la marcia. C'è da dire, però, che la diagnosi di piede piatto ha sempre avuto per i coscritti una doppia valenza: veniva spesso sfruttata come motivo di esclusione da coloro che volevano per varie ragioni evitare il servizio militare o, al contrario, poteva rappresentare un handicap per coloro che invece volevano intraprendere la carriera militare.

Ma che cos'è il piede piatto? La definizione ortopedica classica è quella di un abbassamento della volta longitudinale del piede che è in ultima analisi l'arco che sostiene il peso del nostro corpo. La volta longitudinale è composta da due arcate osteo-articolari, una esterna e l'altra interna, sostenute da strutture capsulo-legamentose e muscolari. Le strutture legamentose delle articolazioni e la fascia plantare hanno un ruolo passivo nel mantenimento della volta osteo-articolare come i tiranti di un ponte, mentre alcuni muscoli della gamba e del piede la sostengono attivamente.



**Prof. ERNESTO
IPPOLITO**

Specialista in Ortopedia
e Traumatologia



Come si valuta il piede piatto? Il sistema più semplice è il rilevamento dell'impronta plantare che può essere fatto con metodi empirici come quello di poggiare il piede su di una superficie impregnata di inchiostro che ne riproduca l'impronta o con metodi più sofisticati come l'uso di un podoscopio. Questo apparecchio è costituito da un ripiano di materiale trasparente sul quale viene appoggiata la pianta del piede. Uno specchio situato al disotto di esso ne riflette l'immagine che è rilevata visivamente dall'operatore. La baropodografia o baropodometria, è una metodica ancora più raffinata e consiste nel rilievo grafico dei punti di appoggio della pianta del piede mediante sensori di pressione applicati su di un tappeto sul quale il paziente può appoggiare la pianta dei piedi (baropodometria statica) o camminare (baropodometria dinamica). In quest'ultimo caso si valuta anche l'effetto esercitato dalla contrazione muscolare sulla morfologia della volta plantare.

Usando questi sistemi di rilevamento, il piede piatto viene classificato in tre gradi. A tal fine, si tracciano rispettivamente la tangente al bordo interno dell'impronta plantare e la perpendicolare a questa linea in corrispondenza della parte più stretta della zona di appoggio definita istmo. In condizioni normali, la parte della pianta del piede che appoggia al suolo è uguale al 50% di quella che non appoggia. Nel piede piatto di primo grado, la porzione che appoggia è maggiore del 50%, nel secondo grado è il 100% mentre nel terzo grado, la porzione che appoggia supera la linea tangente al bordo mediale del piede (Figura 1). Le metodiche diagnostiche basate sulla podografia, tuttavia, non consentono di valutare se fra la fascia plantare che ricopre la muscolatura intrinseca del piede e la cute che viene a contatto con il sistema di rilevamento siano presenti altri tessuti che possano falsare l'altezza reale della volta osteo-articolare. Nei bambini piccoli fino a 3 - 4 anni di età, ad esempio, la presenza di un abbondante pannicolo adiposo sottocutaneo non consente una valutazione reale della volta longitudinale, motivo per cui il piedino deve essere valutato per il piattismo dopo l'età di 4 anni.

In caso di impronta "piatta", bisogna manipolare contestualmente il piede per valutarne la flessibilità e la possibilità di correzione del piattismo. Applicando questo criterio clinico, i piedi piatti si dividono in due categorie: a) Piedi piatti flessibili, che rappresentano circa il 95% dei casi e sono generalmente asintomatici soprattutto nelle forme di

primo e secondo grado; b) Piedi piatti rigidi nel restante 5% dei casi. Questi ultimi sono generalmente dolorosi e la loro rigidità è causata spesso da una contrattura muscolare riflessa, soprattutto dei muscoli laterali della gamba denominati peronieri. In questa seconda categoria rientrano anche i piedi piatti cosiddetti "congeniti" causati da connessioni fibrose, fibrocartilaginee o ossee che si formano durante lo sviluppo embriologico fra le ossa della parte posteriore del piede. La rigidità di questa forma particolare di piede piatto è in parte dovuta alla malformazione scheletrica e in parte alla contrattura muscolare secondaria.

Una valutazione ancora più obiettiva del piede piatto è quella radiografica. I piedi devono essere esaminati sotto carico, cioè in piedi, e nelle 2 proiezioni. Fra gli angoli che si considerano più frequentemente, ricordiamo in proiezione laterale l'angolo di Costa-Bartani che non deve essere superiore ai 140°-150° e l'angolo di pendenza del calcagno che non deve superare i 20°-25°, mentre in proiezione antero-posteriore si valuta principalmente l'angolo di Kite il cui valore non deve superare i 25°-30°.

Tuttavia, come abbiamo già visto a proposito della classificazione in piedi piatti flessibili e piedi piatti rigidi, la valutazione clinica più importante è quella FUNZIONALE! Bisogna innanzitutto accertare se e in che misura il piede piatto causa dolore durante la deambulazione e la corsa e se limita in qualche modo lo svolgimento del passo causando atteggiamenti posturali scorretti. Si invita pertanto il paziente a deambulare sulla punta dei piedi e sui talloni, a saltellare su di un piede e poi sull'altro e a correre. In presenza di un piede piatto flessibile di primo e secondo grado e a volte anche di terzo grado, tutte queste attività funzionali del piede vengono svolte senza problemi ed in assenza di dolore. Di fronte a tali evidenze, anche il più critico dei genitori si arrende e si convince del fatto che non bisogna guardare alla forma del piede, ma piuttosto alla sua funzione, soprattutto se il genitore è stato influenzato negativamente da precedenti pareri diagnostici e terapeutici!

Un aspetto molto importante, che va valutato con attenzione in questi casi, è quello della psicologia del ragazzo in esame e delle sue caratteristiche fisiche generali! Capita spesso di trovarsi di fronte a ragazzi sovrappeso, scoordinati dal punto di vista motorio, inclini alla vita sedentaria e con una forte avversione per le attività ginnico-sportive. In questi casi i genitori, male indirizzati dall'or-



topedico inesperto, individuano molto spesso nel piattismo dei piedi la causa principale della sedentarietà del figlio, il quale, pur di evitare di essere costretto a praticare attività sportive, riferisce dolore al piede come alibi per contrastare il volere dei genitori!

Il piede piatto grave può causare una deambulazione a piedi in fuori per la pronazione del piede e ciò causa a sua volta un consumo asimmetrico e una deformazione delle calzature – molto più evidenti quando le scarpe usate dai ragazzi erano di cuoio e non di materiali sintetici- che richiama l'attenzione dei genitori. Nei bambini sovrappeso, inoltre, può associarsi il ginocchio valgo, mentre la deviazione verso l'esterno del calcagno, che è uno dei segni clinici che più preoccupano le mamme, è una delle componenti del quadro clinico del piede piatto sostenuta dalla lassità legamentosa. Bisogna comunque distinguere dal piede piatto i vizi torsionali degli arti inferiori che sono molto frequenti nei bambini. Ad esempio, la deambulazione con la punta del piede rivolta verso l'interno non è un segno clinico di piede piatto, come viene spesso erroneamente detto ai genitori da ortopedici incompetenti, ma evidenzia generalmente una intrarotazione femorale o tibio-peroneale che non hanno nulla a che vedere con il piattismo del piede.

Dopo questa lunga premessa, arriviamo al punto ritenuto cruciale dai genitori del piccolo paziente: quale deve essere la cura del piede piatto? Molte delle precedenti osservazioni già anticipano alcuni aspetti importanti del trattamento. Generalmente, i piedi piatti flessibili di primo e secondo grado sono ASINTOMATICI e non causano nessun disturbo funzionale: non necessitano pertanto di alcun trattamento. Di fronte all'insistenza dei genitori che vorrebbero una soluzione estetica, l'orientamento della moderna ortopedia è quella di non trattare né conservativamente né tantomeno chirurgicamente questi casi. Il trattamento conservativo si basa sull'uso di plantari ortopedici. Bisogna però convincere i genitori che il plantare, pur migliorando l'appoggio plantare, NON è in grado di esercitare alcuna influenza sui legamenti delle articolazioni del piede trasformandoli da lassi in rigidi e correggendo quindi nel tempo il piattismo. In molti casi invece questa trasformazione avviene SPONTANEAMENTE con l'inizio della pubertà, molto probabilmente per effetto degli ormoni. Il plantare ortopedico può avere invece un'indicazione nel piede sintomatico del-

l'adolescente, come alternativa al trattamento chirurgico. Vengono spesso prescritti esercizi per rinforzare i muscoli che sostengono la volta plantare come la deambulazione sulla punta e sul bordo esterno dei piedi. Tuttavia, questi trattamenti, sicuramente validi dal punto di vista teorico, non hanno purtroppo alcuna valenza pratica perché il bambino dopo un po' si annoia e rifiuta categoricamente di praticare gli esercizi!

Quali piedi piatti hanno invece un'indicazione chirurgica e qual è l'età ideale per intervenire? Certamente i piedi piatti rigidi dolorosi congeniti o flessibili di terzo grado devono essere operati. Entrambi iniziano ad essere sintomatici nella preadolescenza ed è in quel momento che bisogna intervenire. Nelle forme congenite si devono rimuovere le connessioni interossee e associare in alcuni casi i cosiddetti interventi di artrodesi. Nelle forme flessibili di terzo grado, gli interventi ricostruttivi tipo Evans-Mosca sono a mio parere i più indicati. Grande enfasi c'è stata negli ultimi anni a proposito degli interventi cosiddetti miniminvasivi che si basano sull'applicazione di vari tipi di viti nel seno del tarso mediante mini-incisioni, con l'obiettivo di irrigidire l'articolazione fra astragalo e calcagno. Questi interventi riallineano correttamente il calcagno al disotto dell'astragalo e, inducendo una pronazione secondaria dell'avampiede, ricostituiscono la volta longitudinale del piede. Tali interventi sono però a mio giudizio indicati nei bambini di 8-10 anni con piedi piatti flessibili sintomatici, molto RARI a questa età nella pratica clinica quotidiana!

E se il piede piatto diventa sintomatico in età adulta? L'intervento di duplice artrodesi è in questi casi l'intervento ricostruttivo di eccellenza con risultati generalmente più che soddisfacenti.

In conclusione, il piede piatto è una leggenda ortopedica da sfatare! La maggior parte delle forme flessibili di primo e secondo grado non necessita di alcun trattamento. Il trattamento con plantari ortopedici è indicato nelle forme flessibili gravi sintomatiche nell'adolescenza ed in età adulta. Le uniche forme che hanno un'indicazione chirurgica assoluta sono quelle rigide dolorose, peraltro molto rare, mentre rare sono le indicazioni alla chirurgia miniminvasiva mediante viti senotar-siche. I genitori inoltre non devono gravarsi del peso della responsabilità decisionale per i propri figli perché il piede piatto può essere corretto chirurgicamente anche in età adulta, qualora diventasse sintomatico.



OZONOTERAPIA SISTEMICA e OZONOTERAPIA CUTANEA

PER IL TRATTAMENTO DI:

- CELLULITE
- INVECCHIAMENTO CUTANEO
- ACNE
- ALLERGIE
- PSORIASI
- MALATTIE ARTICOLARI,
ARTROSI, ERNIE DISCALI
- MALATTIE IMMUNITARIE
- FIBROMIALGIA
- ATEROSCLEROSI,
DEMENTIA
- MALATTIE DEGENERATIVE

con il Dott. Marcello Fagioli

PRENOTA IL TUO APPUNTAMENTO

CHEA

Via Sermoneta, 38/50
APPIA/COLLI ALBANI

TELEFONO
 **06 78 178**

ANALISYS

Via A. Lo Surdo, 76
EUR/MARCONI

TELEFONO
 **06 55 185**

ALESSANDRIA

Via Piave, 76
PIAZZA FIUME

TELEFONO
 **06 42 100**



ARTEMISIA LAB®

RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI

We take care of you



23

CENTRI CLINICI A ROMA



- 1 INGHIRAMI
AURELIO/BOCCEA
- 2 ARTEMISIA LAB CASSIA
CASSIA/SAN GODENZO
- 3 POLO RADIOLOGICO ROMANO
CASSIA/SAN GODENZO
- 4 ALESSANDRIA
PIAZZA FIUME
- 5 ALESSANDRIA
PIAZZA FIUME - VELLETRI
- 6 BIOLEVI
BATTERIA NOMENTANA
- 7 STUDIO LANCISI
POLICLINICO UMBERTO I
- 8 ANALISYS
EUR/MARCONI
- 9 CLINITALIA
EUR/MARCONI
- 10 ARTEMISIA LAB FISIO
EUR/MARCONI
- 11 FIOSEMERIA
GARBATELLA
- 12 ANALISYS LABORATORIO
LIDO DI OSTIA
- 13 ANALISYS POLIAMBULATORIO
LIDO DI OSTIA

- 14 PANIGEA
APPIA/TUSCOLANA
- 15 CHEA
APPIA/COLLI ALBANI
- 16 ANALISYS
CIAMPINO
- 17 ARTEMISIA LAB ESTESAN LASER
SURGERY SERVICE
QUARTIERE TRIESTE
- 18 ARTEMISIA LAB BEAUTY BY FRANCO'S
APPIA/COLLI ALBANI
- 19 ARTEMISIA LAB M.R. 3000
APPIA/FURIO CAMILLO
- 20 CPP TUSCOLANA
TUSCOLANA/QUADRARO
- 21 ACILIA
- 22 GUIDONIA
- 23 ACILIA MEDICA

PROSSIMA APERTURA

L'ECCELLENZA ITALIANA
CON DIAGNOSI IMMEDIATE

ESAMI CLINICI IN GIORNATA

TUTTI I TEST COVID
E TELEMEDICINA DOMICILIARE

APERTI TUTTO L'ANNO ANCHE AD AGOSTO

www.artemisialab.it

