



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 23, n.° 4 - 2021



Pubblicazione a cura dell'U.S.I. Unione Sanitaria Internazionale S.p.A. - Via Eschilo, 191 - Roma

Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Unione Sanitaria Internazionale

USI-PRATI*

Tel. 06.32868.1 r.a.

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Tel. 06.32868.41 r.a. / 06.5098241

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Tel. 06.32868.47 r.a. / 06.20764141

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Tel. 06.32868.560 r.a.

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

Tel. 06.32868.49 r.a. / 06.5191692 r.a.

Via V. Cerulli, 2/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-SERAFICO

Tel. 06.32868.40 r.a. / 06.5193605

Via P. di Dono, 9
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-MARCONI

Tel. 06.32868.45 r.a. / 06.5560274

Viale G. Marconi, 139
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Tel. 06.32868.42 r.a. / 06.44290399

Via G. Squarzialupo, 36
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Tel. 06.32868.42 r.a. / 06.44202466

Via G. Squarzialupo, 17/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

PIAZZA VITTORIO*

Tel. 06.32868.43 r.a. / 06.70453544

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Tel. 06.32868.44 r.a.

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

Tel. 06.32868.46 r.a. / 06.44291497

Viale R. Margherita, 279
Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

SERPENTARA

Tel. 06.32868.561 r.a. / 06.88520560

Via G. Pacchiarotti, 95
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA MAZZINI

Tel. 06.32868.562 r.a.

Viale Angelico, 39
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

FURIO CAMILLO

Tel. 06.32868.563 r.a.

Via Cerreto di Spoleto, 9/21
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

CINECITTÀ

Tel. 06.32868.566 r.a.

Viale Bruno Rizzieri, 203
Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

TRIESTE

Tel. 06.32868.567 r.a. / 06.8552375

Corso Trieste, 22
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

COLLE PRENESTINO

Tel. 06.32868.570

Via Mirabella Eclano, 27
Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

NUMIDIO QUADRATO

Tel. 06.32868.569

Via Tuscolana, 703
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Tel. 06.56304072 r.a.

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Tel. 06.32868.568 r.a. / 06.5600223

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Tel. 06.32868.1 r.a.

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Tel. 06.32868.564 r.a.

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

Tel. 06.32868.48 r.a. / 06.5742601

Viale M. Polo, 41 (Ostiense)
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

unione sanitaria internazionale

www.usi.it

*** APERTURA DOMENICALE**

Centri **USI-PRATI**, **BORGHESIANA**, **PIAZZA VITTORIO** e **USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)

il caduceo

Vol. 23, n.° 4 - 2021



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO
Co-EDITOR
F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE
C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

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

STAMPA
Digitalia Lab Srl
Via Giacomo Peroni, 130
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE
A DICEMBRE 2021
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
di **Viaggio foto**
creata da **wirestock - it.freepik.com**

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita, edita a cura dell'U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) S.p.A. Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della rivista devono essere autorizzate per iscritto dall'editore. Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità degli autori e degli inserzionisti.



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma Tel.
06.32868.331
Fax 06.77250482
fulvio.borzillo@usi.it
www.usi.it



SOMMARIO

3. La nuova frontiera dell'Endoscopia Digestiva:
l'Intelligenza Artificiale
A. Trecca, R. Borghini
5. Esofagite eosinofila: diagnosi e trattamento
Battista Roberto Polillo
9. Pandemia da Covid-19:
traumi, fattori di rischio psicopatologico,
fattori di resilienza e strategie di intervento
Paola Abbondanza
11. Il medico di famiglia:
il nostro Angelo Custode in tempo di pandemia
Daniela D'Agosto
14. Nuovo Acceleratore Lineare Versa HD
Sabrina Del Bufalo
16. Il Colonnello Medico germanico Valentino Müller:
come Assisi fu salvata dagli orrori
della II^a Guerra Mondiale
M. Palumbo, E. Calzolari
20. L'approccio multidisciplinare:
l'evoluzione delle cure nelle malattie oncologiche
A. Lembo, F. Della Rocca
23. Allarme virale: non trascuriamo l'HPV!
Giuseppe Vocaturo
24. Covid e restrizioni;
che effetto hanno avuto sui giovani
Cecilia Borzillo
25. Trattamenti estetici per le cicatrici
Stefan Dima
27. Che cosa è la tossina botulinica
R. Myriam Bozzone
29. Come migliorare se stessi - parte II^a
Rita Reali
30. Il battito d'ali ovvero l'effetto farfalla e
i virus collaterali (della ragione) refrattari ai vaccini
Vito Manduca
34. Siamo umani, dunque speriamo
Michele Trecca



Gentile lettore,

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

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

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

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

- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- Inviando una comunicazione a mezzo di posta all'indirizzo della redazione
USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma

Grazie

USI SpA

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile parago-

nare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e pre-sentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

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

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

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

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

Figure, immagini o foto

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

Tabelle

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

Didascalie

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

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

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

La nuova frontiera dell'Endoscopia Digestiva: L'Intelligenza Artificiale

A. Trecca, R. Borghini

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



L'Intelligenza Artificiale si pone come obiettivo quello di supportare il lavoro del medico. Negli ultimi anni essa ha conosciuto un'espansione crescente in varie discipline in particolare nell'ambito della radiologia, della cardiologia, dell'ortopedia, dell'anatomia patologica (1).

L'Intelligenza Artificiale comprende un insieme di discipline come l'Apprendimento tramite Macchina "Machine Learning" (ML) ed una serie di sottodiscipline più tecniche come quella definita di Apprendimento Profondo "Deep Learning" (DL) (2,3,4).

La disciplina di ML ha come scopo quello di usare un vasto insieme di dati al fine di riconoscere variabili interattive in grado di produrre una funzione conosciuta applicabile a nuovi dati.

La ML a sua volta comprende sia metodi di apprendimento "controllato" che metodi di tipo "non controllato". L'apprendimento controllato ha come obiettivo quello di classificare dati in specifici sottogruppi o anche prevedere risultati quantitativi, come ad esempio istruire un sistema ad identificare una lesione precancerosa intestinale dopo aver inserito una serie di dati e/o immagini contenenti quel tipo di lesione.

D'altro canto l'apprendimento non controllato non ha un obiettivo da predire, ma si limita ad ottenere una serie di variabili sequenziali relative al dato stesso, inserito nel sistema (esempio campioni tissutali ottenibili da sequenze geniche precise).

L'apprendimento profondo rappresenta una sottoclasse del ML e ricopia fedelmente lo schema dell'apprendimento neuronale del nostro sistema nervoso, definito appunto come rete neuronale artificiale.

Il DL utilizza autonomamente tutti i dati per apprendere, identificare e scegliere i fattori predittivi di una variabile attraverso l'utilizzo di sistemi multistrato (per esempio network neuronali convoluti per processare informazioni anche complesse). Il DL ha conosciuto un'espansione crescente grazie alla creazione di hardware sempre più sofisticati in grado di processare unità grafiche avanzate anche grazie a sofisticati algoritmi matematici.

L'Endoscopia Digestiva del tratto digestivo superiore e di quello inferiore, basata sulla interpretazione e classificazione di numerosissime immagini relative a quadri diagnostici anche complessi, non poteva che beneficiare profondamente dell'Intelligenza Artificiale (5).

Queste enormi banche dati capaci attraverso il "deep learning" della macchina sono quindi capaci di suggerire al medico durante l'esame non solo la sede di lesioni neoplastiche, ma anche di segnalargli, dopo l'attivazione della cromoendoscopia elettronica, anche la possibile istologia della lesione stessa (infiammatoria versus neoplastica) facilitando così in modo significativo il suo lavoro (6).

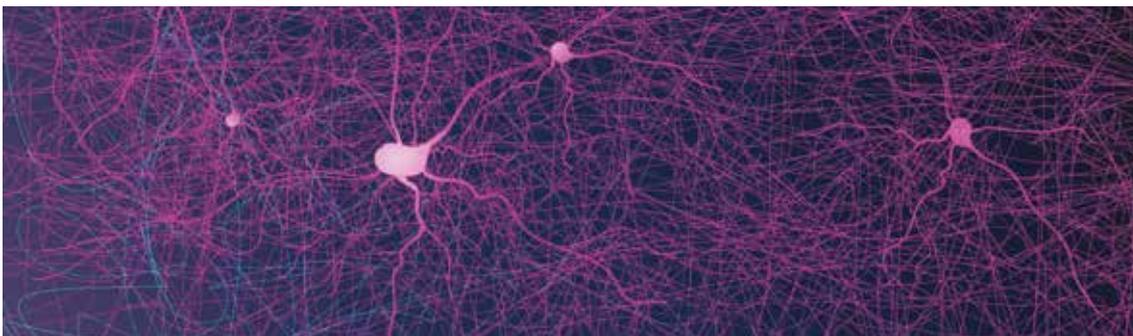
L'Unione Sanitaria Internazionale, sempre all'avanguardia nel campo della diagnosi precoce della patologia neoplastica digestiva, ha subito sposato l'Intelligenza Artificiale acquisendola presso due dei suoi centri (USI e Machiavelli).

Il sistema Cadeye, in uso presso i centri USI, per il momento è dedicato alla diagnosi della patologia neoplastica del tratto digestivo inferiore, in attesa di essere a breve esteso anche allo studio del tratto digestivo superiore.

La colonscopia rappresenta infatti il gold standard per la diagnosi e la terapia delle principali patologie del tratto digestivo inferiore. In particolare per la patologia neoplastica essa è in grado, anche grazie al perfezionamento tecnologico raggiunto negli ultimi anni, di garantire i migliori risultati clinici.

L'Adenoma Detection Rate, ovvero la percentuale delle lesioni polipoidi riscontrate dal singolo operatore rispetto al numero totale di procedure eseguite, rappresenta il principale indicatore di qualità dell'esame endoscopico (7).

Si stima infatti che l'ADR dovrebbe raggiungere una media del 20% nella popolazione soggetta alle coloscopie di screening, ovvero nei soggetti asintomatici che si sottopongono all'esame endoscopico. In particolare studi internazionali hanno confermato come per ogni aumento dell'1% dell'ADR corrisponda una diminuzione del 3% del rischio di cancro coloretale (8).



La tecnologia di fondo foto creata da rawpixel.com - it.freepik.com

L'esame endoscopico tuttavia è una procedura operatore-dipendente e quindi quasi il 30% delle lesioni polipoidi di piccolo diametro può sfuggire durante gli esami endoscopici, principalmente per una non adeguata preparazione intestinale, oppure per la particolare posizione della lesione, spesso nascosta dietro una plica, o semplicemente per un errore umano.

L'Intelligenza Artificiale si pone come obiettivo proprio quello di supportare la capacità diagnostica del medico.

All'inizio il suo utilizzo ci ha lasciato piuttosto perplessi e ci ha ricordato la guida senza pilota, ultimo ritrovato tecnologico, con il quale tuttavia ancora non siamo molto avvezzi, oppure l'antica favola del Re Nudo, ovvero l'abdicazione da parte dell'endoscopista della sua capacità diagnostica, ormai ceduta esclusivamente alle capacità del sistema artificiale (9).

Il suo utilizzo routinario, invece, ci ha convinto ancor di più dell'apporto clinico del computer, sia nell'identificazione di lesioni cosiddette difficili, ovvero nascoste dietro le pliche, sia nel costante dialogo medico-computer capace di mantenere sia la soglia di attenzione elevatissima durante l'esame, sia nel confronto continuo sulla caratterizzazione della lesione stessa e quindi sulla successiva decisione terapeutica. Siamo quindi convinti che il principale indicatore di qualità dell'esame endoscopico, ovvero l'Adenoma Detection Rate, sia destinato sicuramente ad incrementarsi e che questa tecnica possa decisamente

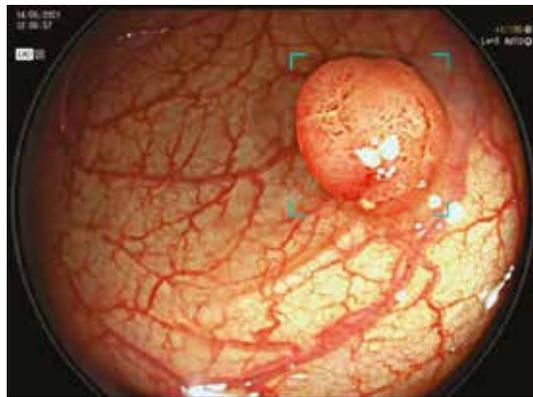


Figura 1 Lesione polipoida sessile del colon discendente segnalata dall'Intelligenza Artificiale



Figura 2 La stessa lesione dopo la sua caratterizzazione istologica grazie al sistema Cadeye

contribuire al miglioramento delle nostre conoscenze sui tumori coloretali.

L'iniziale utilizzo di questa tecnica ci consente intanto di fare alcune riflessioni critiche: uno dei principali vantaggi potrebbe nascere dal fatto che mentre la procedura endoscopica di studio della mucosa inizia durante la fase di retrazione dello strumento, con l'ausilio dell'Intelligenza Artificiale che si attiva attraverso un semplice pulsante, questa inizierebbe già durante la fase di introduzione della sonda, consentendo all'endoscopista di estendere il suo tempo di osservazione della superficie intestinale, con conseguente incremento della diagnosi in particolare delle lesioni di piccolo diametro.

Alcuni software già in uso nei paesi orientali per lo studio del tratto digestivo superiore sarebbero in grado di indicare al termine della procedura anche la reale quantità della superficie intestinale esplorata, dando una valutazione riproducibile dell'attendibilità dell'esame endoscopico.

Il consolidamento clinico delle moderne metodiche di imaging avanzato applicato all'endoscopia, come la Magnificazione endoscopica e l'Endocitoscopia saranno inoltre di facile appannaggio dell'Intelligenza artificiale, come testimoniato dalle prime esperienze pilota segnalate in letteratura internazionale (10).

BIBLIOGRAFIA

1. Yang YS, Bang CS. Application of Artificial Intelligence in Gastroenterology. *World J Gastroenterol* 2019;25:1666-1683
2. Noorbakhsh-Sabet N, Zand R, Zhang Y, Abedi V. Artificial Intelligence Transform the Future of Health Care. *Am J Med* 2019; 132: 795-801
3. Calderaro J, Kather JN. Artificial intelligence-based pathology for gastrointestinal and hepatobiliary cancers. *Gut* 2021; 70: 1183-1193
4. Le Berre C, Sandborn WJ, Aridhi S, Devignes MD, Fournier L, Smail-Tabbone M, Danese S, Peyrin-Biroulet L. Application of Artificial Intelligence to Gastroenterology and Hepatology. *Gastroenterology* 2020; 158: 76-94.e2
5. Byrne MF, Shahidi N, Rex DK. Will Computer-Aided Detection and Diagnosis Revolutionize Colonoscopy? *Gastroenterology* 2017;153:1460-1464.e1
6. Chen PJ, Lin MC, Lai MJ, et al. Accurate classification of diminutive colorectal polyps using computer-aided analysis. *Gastroenterology* 2018;154:568-575.
7. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med* 2014;370:1298-1306.
8. van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, et al. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006;101:343-350.
9. Trecca A, Borghini R. Artificial Intelligence in Endoscopy. *Tech Coloproctol* 2021;25:1263-1264
10. Misawa M, Kudo SE, Mori Y, et al. Characterization of colorectal lesions using a computer-aided diagnostic system for narrow-band imaging endocytoscopy. *Gastroenterology* 2016;150:1531-1532.e3

ESOFAGITE EOSINOFILA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Dott. Battista Roberto Polillo

Specialista in Allergologia e Immunologia clinica
Master in Dietologia e nutrizione clinica
Casa di Cura Marco Polo - Viale Marco Polo, 41



DEFINIZIONE DI ESOFAGITE EOSINOFILA

L'esofagite eosinofila (EoE) è una patologia cronica dell'esofago di tipo immuno-mediato, caratterizzata clinicamente da sintomi correlati alla disfunzione esofagea e istologicamente da un'infiammazione a predominanza eosinofila¹.

L'esofagite eosinofila rientra nel gruppo delle malattie gastrointestinali primarie di tipo eosinofilo (EGID); malattie a minore prevalenza che includono forme con interessamento di altri tratti intestinali (Tabella 1).

Forma morbosa	Prevalenza/100.000
Gastrite eosinofila	6,3/100.000
Gastroenterite eosinofila	8,4/100.000
Colite eosinofila	3,3/100.000

Tabella 1. classificazione e prevalenza delle malattie gastrointestinali primarie di tipo eosinofilo (EGID)

Ai fini di una corretta diagnosi di EoE devono essere escluse le altre cause sistemiche o locali di eosinofilia esofagea; forme morbose caratterizzate da differente patogenesi, sintomatologia, decorso clinico e approccio terapeutico (Tabella 2)

Gastroenterite eosinofila
Morbo celiaco
Morbo di Crohn
Infezioni
Sindrome ipereosinofila
Acalasia
Ipersensibilità a farmaci
Vasculite
Penfigo
Malattie del connettivo

Tabella 2. Cause sistemiche o secondarie di eosinofilia esofagea

INCIDENZA E PREVALENZA DI EOE

L'incidenza di EoE ha evidenziato un sostanziale incremento nel tempo passando da 0.35 casi /100.000 per anno del periodo 1991-1995 a 9.45 casi /100.000 per anno del periodo 2001-2005².

Una metanalisi di Arias Á, Pérez-Martínez³ ha evidenziato un tasso di incidenza più alto negli adulti rispetto ai bambini (7/100,000 /rispetto a 5.1/100,000 per anno).

La prevalenza varia tra i diversi paesi con un maggio-

re impatto negli USA, in Europa e Australia rispetto a Cina e Giappone e presenta un valore di circa di 0,5-1 caso per mille abitanti.

Tra i pazienti che si sottopongono a ESGD per disfagia l'incidenza varia tra il 12 e il 23% dei casi.

LA DIAGNOSI DI EOE

La diagnosi clinica può essere raggiunta solo considerando in modo integrato le manifestazioni cliniche e i rilievi patologici riscontrati in sede di biopsia. Gli elementi indispensabili da considerare sono:

- Sintomatologia clinica
- Quadro endoscopico (solo indicativo)
- Esame istologico
- Metodiche genomiche (da utilizzare in ambito di ricerca clinica)

LA SINTOMATOLOGIA CLINICA

La sintomatologia presenta delle sostanziali differenze tra bambini e adulti.

- Nei *bambini* sono preminenti sintomi come il vomito, il dolore addominale, la disfagia e nei più piccoli il ritardo della crescita⁴.
- Negli *adulti* il sintomo di presentazione più comune è la disfagia per i solidi a cui segue come secondo sintomo per importanza il dolore retrosternale; altri possibili sintomi sono il dolore dell'addome superiore, il reflusso gastro-esofageo (GERD) e disturbi a livello faringeo compreso globo

La ritenzione di cibo nell'esofago con ostacolo della sua progressione nello stomaco (*food impaction*) si verifica nel 33% - 54% degli adulti con EoE e rappresenta uno degli eventi più patognomonici. La sintomatologia ha talvolta risoluzione spontanea ma, con il progredire della malattia, diventano spesso necessari la rimozione del bolo tramite EGDS e la dilatazione dell'esofago.

Ai fini della formulazione del sospetto diagnostico, un ruolo fondamentale occupa l'anamnesi che deve essere espressamente indirizzata, attraverso opportune domande, a indagare il rapporto tra la comparsa dei

¹ Lucendo et al *United European Gastroenterol J.* 2017 Apr; 5(3): 335-358

² Ganapathy A Prasad et al *Epidemiology of Eosinophilic Esophagitis over 3 Decades in Olmsted County, Minnesota Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009

³ Arias Á, Pérez-Martínez I, Tenías JM, Lucendo AJ *Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. Aliment Pharmacol Ther.* 2016 Jan; 43(1):3-15

⁴ Antonella Cianferoni et al *Curr Allergy Asthma Rep* 2015

sintomi e l'ingestione dei cibi, specie se di particolare consistenza come il pane o la carne (tabella 3)

Il cibo rimane mai «incastrato» durante il pasto?
Impieghi più tempo degli altri per mangiare?
Devi frammentare il cibo in piccoli pezzetti?
Hai necessità di bere spesso durante il pasto?
Puoi mangiare la carne?
Hai necessità di farne piccoli bocconi?
Puoi mangiare pane con la crosta?
Hai necessità di ammorbidirla?
Devi tenere a mente la necessità di masticare a lungo?

Tabella 3. Le domande da rivolgere al paziente ai fini della diagnosi clinica

IL QUADRO ENDOSCOPICO

Il quadro endoscopico dell'esofago evidenzia come reperto più caratteristico la coesistenza di aspetti infiammatori e fenomeni stenotici. Nella figura 1 vengono riportati gli aspetti di più comune riscontro.

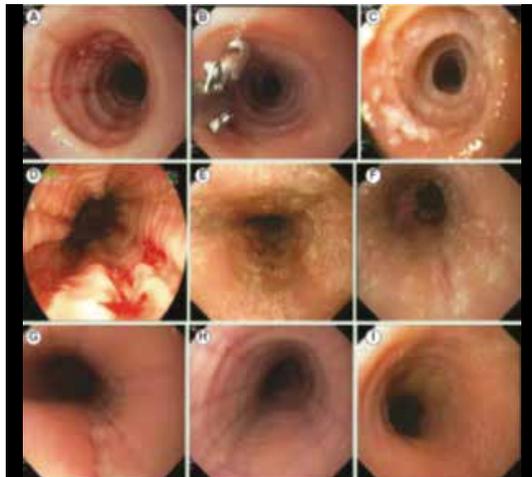


Figura 1 Gli aspetti endoscopici di maggiore frequenza

a) presenza di anelli multipli, b) riduzione di calibro, c) tracheizzazione, d) corrugazione, e) flogosi, f) essudati biancastri; g-h) solchi longitudinali con o senza essudato, i) mucosa a ciottoli.

L'utilità diagnostica del quadro morfologico non è tuttavia assoluta (tabella 4) e questo rende indispensabile, indipendentemente dagli aspetti endoscopici rilevati, l'esecuzione di biopsie esofagee in tutti i pazienti⁵.

Indicatore	%
Sensibilità	15% -48%
Specificità	90%- 95%
Valore predittivo positivo	51% - 73%
Valore predittivo negativo	74% - 84%

Tabella 4. Predittività di EGDS nella EoE

L'ESAME ISTOLOGICO

Ai fini di un corretto esame devono essere eseguite biopsie multiple sia a livello di esofago prossimale che distale e sia a livello dell'antra e/o del duodeno, onde potere escludere forme secondarie con interessamento consensuale dello stomaco e del piccolo intestino.

Si considera positivo un esame che evidenzia una conta di eosinofili all'interno dell'epitelio stratificato > 15 cellule per campo.

Ulteriori quadri istologici di possibile riscontro sono: presenza di ascessi eosinofili; iperplasia della zona basale; dilatazione degli spazi intercellulari; infiltrazione eosinofila della lamina superficiale e allungamento delle papille dell'epitelio squamoso. (Figura 2)⁶.

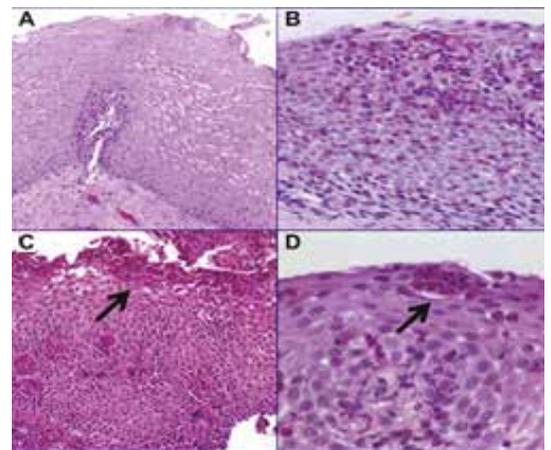


Figura 2 I quadri istologici tipici di EoE⁷

a) esofago normale; b) EoE; c) infiltrazione di eosinofili della lamina superficiale; d) micro-ascessi eosinofili.

LE NUOVE METODICHE ENDOSCOPICHE

La necessità di eseguire EGDS seriate in un numero non inferiore a 5-6 ai fini della conferma diagnostica, ma soprattutto per la verifica dell'efficacia delle misure dietetiche o della terapia farmacologica (vedi oltre) ha stimolato la messa a punto di metodiche diagnostiche meno invasive.

Quattro sono quelle oggi utilizzabili: String test esofageo capsula in grado di catturare le proteine dei granuli 2° extracellulari degli eosinofili (ESGP); Citospugna (la più promettente); Endoscopia trans-nasale senza sedazione (indicata per i bambini) e capsula a microscopia confocale.

Le capsule e la citospugna della dimensione di uno-due centimetri sono fissate a un filo e devono essere ingerite, trattenute nell'esofago distale per un certo lasso di tempo e poi estratte fuori tirando il filo di ancoraggio; con la rimozione viene asportata parte della mucosa esofagea o raccolti componenti extracellulari degli eosinofili che vengono successivamente analizzati istologicamente.

Buona la sensibilità e specificità dei diversi metodi che, nel caso della spugna, rispetto alla ESGS tradizionale è pari al 75% la prima e all'86% la seconda.

⁵ Hannah P. Kim, et al *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012

⁶ David A. Katzka et al. *Am J Gastroenterol* 2017

⁷

DALLA DIAGNOSI ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La diagnosi di EoE è in genere tardiva rispetto alla data di insorgenza dei sintomi specie per gli adulti: il tempo medio è infatti di 4 anni nei pazienti adulti (range 1-12 anni); di 2 anni nei pazienti tra 11 e 17 anni (range 1-4 anni) e di 1 anno in bambini <11 anni (range 0.5- 2.3 anni)⁸. Un ritardo che può tradursi nella formazione di fibrosi della parete esofagea con successiva stenosi, correggibili solo con intervento di dilatazione meccanica.

La scelta della terapia (dietetica- farmacologica o meccanica) non può avvenire che attraverso un processo decisionale condiviso con il paziente e dopo attenta valutazione delle barriere mediche, nutrizionali e pratiche all'aderenza che il programma terapeutico comporta⁹.

Le opzioni attualmente raccomandate sono tre¹⁰ (3 D per gli americani)

- Terapia dietetica
- Terapia farmacologica
- Terapia dilatativa tramite EGDS

LA TERAPIA DIETETICA

È dimostrato che gli alimenti possono giocare un ruolo patogenetico importante nella malattia pur non essendo noto l'esatto meccanismo, di natura allergica solo in un numero limitato di casi; questo dimostra la scarsa sensibilità diagnostica dei prick test e patch test con alimenti, nonostante il 70% circa dei pazienti sia affetto da patologie respiratorie di tipo allergico. Importante è anche la familiarità e le componenti genetiche.

L'identificazione dell'alimento o degli alimenti responsabili è attualmente possibile solo attraverso delle diete di esclusione e la dimostrazione della riduzione della eosinofilia esofagea. (risposta completa < 1 eosinofilo per campo; risposta parziale <15 eosinofili). Si inizia generalmente escludendo due alimenti (latte e grano) e dopo 3-4 settimane fa seguito il primo controllo EGDS; se si è ottenuta la scomparsa degli eosinofili la dieta dovrà essere mantenuta a tempo indeterminato; se l'esame istologico non è migliorato si dovrà passare a regimi dietetici più restrittivi con esclusione di 4 alimenti e in caso di insuccesso in 6 alimenti (approccio step-up).

Una volta ottenuta la normalizzazione del quadro, si introdurrà un alimento per volta e si procederà a nuovo controllo EGDS fino a identificare l'alimento o gli alimenti in grado di provocare nuovamente la flogosi eosinofila. In alternativa si può iniziare da una dieta a 6 alimenti con reintroduzione graduale di gruppi di alimenti (approccio top-down).

L'approccio dietetico, l'unico in grado di identificare il cibo/i responsabile/i, è un procedimento molto lungo e laborioso che può essere reso più praticabile oggi attraverso l'uso delle metodiche endoscopiche alternative e meno invasive di cui abbiamo parlato. Nella tabella 5 vengono indicati i diversi schemi dietetici con relative percentuali di successo sia nei bambini che negli adulti.

Trattamento dietetico	Effetto complessivo %	N°	bambini %	N°	adulti %
Tutti	66,3	47	67,2	36	63,6
Dieta elementare	90,8	13	90,4	12	94,4
Dieta eliminazione basata su test allergologici	45,5	14	47,9	12	32,2
SFED (6 alimenti)	72,1	7	72,8	4	71,3
FFED (4 alimenti)	53,4	2	60	1	46,2
Dieta Gluten-free	58,7	7	45,5	4	88,8
Dieta priva di latte	68,2	3	66,3	2	100

Tabella 5. Schemi dietetici e % di successo

Gruppi di alimenti da eliminare

- SFED: latte, soia-legumi, uova, frumento, arachidi e frutta secca, frutti di mare, pesce
- FFED: latte, soia-legumi, uova, frumento
- N.B. dieta di esclusione latte e glutine è efficace nel 44% dei casi (Molina-Infante Jaci 2018)



Cibo foto creata da freepik - it.freepik.com

⁸ Chehade M, *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018

⁹ Dellon et al. *Gastroenterology* 2014

¹⁰ Lipowska et al. *Gastroenterology & Hepatology* 2017

Nella tabella 6 vengono riportati gli alimenti maggiormente responsabili della sintomatologia e la loro frequenza relativa

Numero pazienti	Media 11 studi	Latte	Uovo	Grano	Soia/ Legumi	Arachidi/ frutta secca	Pesce/ crostacei
702		66%	24%	27%	12%	4%	2%

Tabella 6. Alimenti responsabili di EOE in % sul totale dei pazienti N.B. Nel 30% - 50% un solo alimento responsabile; nel 30% 2 alimenti e nel restante 30% 3 o più alimenti

LA TERAPIA FARMACOLOGICA

L'armamentario farmacologico oggi disponibile è rappresentato da inibitori della pompa protonica (PPI), corticosteroidi topici e ulteriori opzioni

- 1) **Inibitori della pompa protonica:** i PPI alla dose raccomandata di 20-40 mg di omeprazolo o similare, due volte al giorno per 8 settimane, sono in grado di determinare una remissione clinica nel 30-50% dei casi. Il farmaco rappresenta dunque il primo step del trattamento farmacologico
- 2) **I corticosteroidi:** i corticosteroidi per ingestione rappresentano la seconda opzione nel caso che i PPI siano stati inefficaci. I farmaci utilizzabili sono il *fluticasone dipropionato spray* che ovviamente non deve essere inalato come nell'asma ma spruzzato nella cavità buccale e successivamente ingerito e la *budesonide* in soluzione vischiosa. La risposta istologica completa a 8 settimane ai dosaggi indicati nella tabella 7 è nell'ordine del 64-71% dei casi

Steroidi topici: dosaggio per il trattamento di EoE		
Farmaco	Gruppi di età	Dosaggio
Fluticasone di propionato	Bambini	88-440 mcg/die in due dosi
	Adulti	880-1760 mcg/die in due dosi
Budesonide	Bambini	1 mg /die in due dosi
	Adulti	2 mg/die in due dosi

Tabella 7: Il trattamento con corticosteroidi topici

- 3) **Ulteriori opzioni terapeutiche;** numerosi sono i farmaci in via di sperimentazione; tra i più promettenti l'inibitore della IL 4 e IL 13 *Dupilumab* al dosaggio di 300mg per via sottocutanea una volta a settimana e usato con successo anche nell'asma e nella dermatite atopica grave; di scarsa utilità gli inibitori della IL 5 il *Reslizumab* e *Benralizumab* mentre il *Mepolizumab* ha indotto remissione istologica in un numero significativo di casi

CONCLUSIONI

EoE è una malattia la cui incidenza è in costante aumento e che viene diagnosticata quasi sempre con ritardo dall'inizio dei sintomi. Le conseguenze di tale ritardo e del mancato trattamento sono la fibrosi e la stenosi che si verifica nella maggioranza dei pazienti nell'arco di un decennio dall'esordio dei sintomi e che compromette seriamente la funzionalità dell'esofago. La terapia dietetica e i nuovi farmaci consentono il controllo della malattia nella maggioranza dei casi ma per questo è indispensabile una diagnosi precoce e un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di diversi specialisti in primis il gastroenterologo, l'allergologo e il dietologo.



PANDEMIA DA COVID-19: traumi, fattori di rischio psicopatologico, fattori di resilienza e strategie di intervento

Dott.ssa Paola Abbondanza

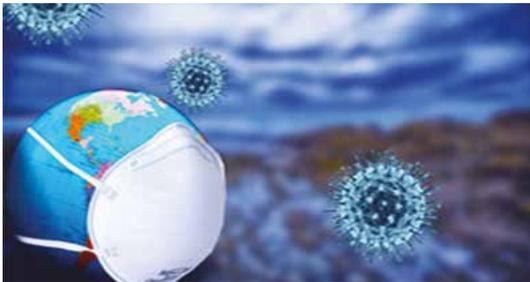
Psicologa, Psicoterapeuta - CTA - EMDR Praticitioner
P_abbondanza@libero.it
U.S.I. Policlinico -Viale R. Margherita, 279



La Pandemia da Covid-19 ha rappresentato e ancora rappresenta un'esperienza traumatica globale e collettiva che ha posto ciascun individuo a rischio di sviluppare reazioni patologiche. I lutti improvvisi, la preoccupazione per i propri cari, l'apprensione per la crisi economica, la separazione sociale, sono fattori di rischio psicopatologico, che potrebbero determinare, se sottovalutati, una riduzione del funzionamento psicosociale e una crescente probabilità di sviluppare differenti disturbi e comportamenti disfunzionali di varia natura. La psicoterapia si è dimostrata al riguardo particolarmente efficace nel favorire il processo di elaborazione ed individuazione di strategie di coping, funzionali ad affrontare le complicità emotive dell'evento pandemico.

Pandemia da Covid-19: cenni storici e fattori di rischio psicopatologico

Da ormai quasi due anni stiamo affrontando una emergenza sanitaria, economica e sociale estremamente complessa, conseguente alla diffusione pandemica del virus Sars-Cov-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) e della malattia (*Covid-19 Corona Virus Disease 19*) di cui è agente eziologico. I primi casi segnalati risalgono al gennaio del 2020, quando gli scienziati individuarono in laboratori del mercato di Wuhan, in Cina, delle strane polmoniti causate da questo virus. In Italia il primo focolaio risale al 21 febbraio 2020 nella città di Codogno.



L'epidemia ha avuto una rapida diffusione, specialmente nel nord ovest del nostro paese, con conseguenze devastanti per l'economia e ingente perdita di vite umane.

Il 10 marzo 2020, l'allora presidente del consiglio G. Conte, proclamò il primo lock down nazionale.

Gli studi effettuati sulle epidemie degli ultimi decenni, come *Sars*, *Mers* e influenza *H1N1* hanno messo in evidenza le possibili implicazioni psicopatologiche legate a eventi inaspettati e massivi, che mettono a rischio la salute e la incolumità degli individui e minano la stabilità delle comunità.

Molti vissuti si legano a tali tipi di eventi, quali l'im-

provvisa minaccia alla propria vita e a quella dei propri cari, la perdita di speranza e di prospettive future, il senso d'impotenza e il sentimento di cambiamento irreversibile della nostra vita.

Si tratta, a tutti gli effetti, di manifestazioni psicopatologiche tipiche che fanno seguito a un evento traumatico esterno.

Nel caso della pandemia da Covid-19, ne consegue come il panico e lo stress legati alle conseguenze pandemiche, possano essere più diffusi ed ugualmente devastanti del virus stesso.

Come emerso da numerose ricerche (Singh S., Roy M.D. et alii, 2020), si è avuto nei mesi successivi alla pandemia un aumento del disagio psichico generale, con l'emergere di sintomi d'ansia e lo slatentizzarsi di condizioni depressive.

Diversi i fattori di rischio quali la residenza nelle zone interessate colpite dalla pandemia, il sesso femminile, l'isolamento, le difficoltà economiche, i lutti, un ambiente familiare violento, la giovane età.



Interazione tra Trauma e Vulnerabilità individuale

La parola Trauma identifica un evento negativo che si caratterizza per imprevedibilità e intensità.

Il trauma psichico ha come conseguenza emozioni negative, smarrimento, confusione, che possono accompagnarsi con una serie di sintomi comportamentali e con una compromissione del funzionamento, tali da configurare quadri psicopatologici specifici. Tali quadri appaiono accomunati dall'essere connessi a un evento ben definito e per questo motivo riuniti nella categoria *Disturbi correlati al trauma e allo stress*.

Ne consegue che chi è sottoposto all'evento traumatico può sviluppare un ampio spettro di disturbi tra i quali il più peculiare è il disturbo da stress post-traumatico (*PTSD- Post Traumatic, Stress Disorder*, *American Psychiatric Association, 2013*)

Caratteristiche di tale disturbo sono:

- Sintomi intrusivi (ricordi involontari dell'evento, sogni o flashback)
- Reazioni d'intensa sofferenza accompagnate da manifestazioni somatiche neurovegetative in seguito

- all'esposizione a stimoli che possono ricordare anche indirettamente l'esperienza traumatica
- Ruminazioni
- Evitamento di stimoli legati all'evento
- Distorsione dei pensieri legati alle cause e alle conseguenze dell'evento
- Visione negativa e colpevolizzante di se stessi
- Aspettative negative e sfiducia verso il mondo esterno
- Alterazioni negative dell'umore
- Ottundimento affettivo
- Sintomi di derealizzazione/ depersonalizzazione
- *Hyper-arousal* ovvero incremento patologico della vigilanza, con risposte di allarme eccessive anche per stimoli di poco conto.
- Difficoltà di sonno e concentrazione
- Irritabilità
- Scoppi di collera



Alcune categorie di persone sembrano aver risentito in modo significativo degli effetti della condizione pandemica e appaiono più a rischio di sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico:

- Individui già affetti da disagio psichico: come chiunque nella comunità queste persone hanno dovuto confrontarsi con l'isolamento e la paura del contagio. In questi casi la vulnerabilità legata alla malattia ha contribuito a incrementare con l'andare del tempo i sentimenti di solitudine e lo stress.
- Personale sanitario (Mandrilli A., 2021): in prima linea nell'affrontare l'emergenza pandemica ha sperimentato più di chiunque altro il timore del contagio e di contagiare, con ritmi di lavoro serrati, isolamento e alterazioni del ritmo sonno-veglia.
- Soggetti che hanno subito la perdita di una persona cara: la fisiologica elaborazione del lutto è stata osteggiata dalla difficoltà di poter assistere i propri familiari ricoverati, dalla scarsa comunicazione con il personale sanitario a causa delle restrizioni imposte e nella prima fase della pandemia dall'impossibilità di dare l'ultimo saluto ai cari defunti (disturbo da lutto persistente e complicato, *complicated grief*, Recalcati M., 2016)
- Persone contagiate, costrette a confrontarsi in prima persona con la paura della morte (Dell'Osso L., 2020).
- Bambini e adolescenti: hanno risentito notevolmente del cambiamento delle proprie abitudini e routines, privati dei propri spazi educativi, scolastici, ricreativi, sportivi. Le regole sociali che è stato chiesto loro di seguire appaiono del tutto in contrasto con le spinte naturali di questa fase del ciclo di vita, in cui il giovane individuo appare fortemente coinvolto in condotte esplorative ed autonomizzanti. Centrale è la ricerca di nuove esperienze funzionali alla costruzione di relazioni significative fuori della famiglia di origine e la defini-

zione di progetti per il futuro. Al riguardo, la struttura familiare, il livello d'istruzione, le condizioni di salute pre-esistenti, l'esperienza personale e familiare della malattia hanno amplificato in modo significativo gli effetti della pandemia (Singh et al, 2020 Unicef Italia).

Fattori di resilienza e strategie di intervento

Fattori personali, quali capacità e strategie di adattamento agli eventi e sociali, come l'aumento della coesione sociale, sembrano essere fattori favorevoli alla capacità di elaborazione e passaggio dalla fase di paura a quella di apprendimento e crescita nel qui e ora dell'esperienza pandemica.

Quando però l'impatto dell'evento traumatico appare essere fortemente destabilizzante, come nel caso della pandemia da Covid-19, appare importante intervenire attraverso strategie di informazione, screening ed intervento, funzionali a riappropriarsi di modalità individuali di adattamento agli eventi.

Tra questi la psicoterapia appare uno strumento efficace. Per l'inquadramento diagnostico e lo screening nella popolazione più giovane appare dimostrata la valenza del Q-Pad, uno strumento ad ampio spettro con caratteristiche diagnostiche rigorose, funzionale a valutare la psicopatologia nell'adolescente (Sica C. et alii, 2011).

Infine, tra le tecniche d'intervento funzionali a favorire la rielaborazione, si segnala l'EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*), basata sul modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione attraverso i movimenti oculari (Shapiro F, 2000).



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders: DSM-5, Amer Psychiatric Pub Incorporated, Washington. DC
- Dell'Osso L. (2020), Contagi. Edizioni ETS, Pisa
- Mandrilli A. Studio sui processi esperenziali ed emotivi negli operatori sanitari coinvolti nella prima fase pandemica in "Rivista di Psicoterapia EMDR anno XIX, sett 2021 n 40
- Recalcati M., (2016) Incontrare l'assenza. Il trauma della perdita e la sua soggettivizzazione, Asmepa Ed.
- Scabini, E., Lafrate R. (2019), Psicologia dei legami familiari, Bologna, Il Mulino
- Sica C., Chiri R, Favilli R, Marchetti I, (2011) Q-Pad, questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza, Centro Studi Erickson, Trento
- Shapiro, F. (2000) Emdr Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Milano Mc Graw-Hill
- Singh S, Roy, M.D, Sinha, C.P.T.M.K, et alii (2020) Impact of Covid-19 and lockdown on mental health of Children and Adolescents: a narrative review with recommendations, in "Psychia

IL MEDICO DI FAMIGLIA: il nostro Angelo Custode in tempo di pandemia

Dott.ssa Daniela D'Agosto
editore e scrittrice
(www.eddaedizioni.it)



Sappiamo che oltre il nostro ambito, che si tratti delle mura domestiche, della scuola, dei luoghi di lavoro pubblici e privati di vario ordine e grado... esiste "qualcuno" che ha il particolare, e non facile, compito di occuparsi della nostra salute.

Quando si è molto piccoli quel "qualcuno", quel porto sicuro di serenità e fiducia, è tra le braccia della mamma, allorché si è alle prese con i primi tentativi di autonomia deambulatoria; così come il papà rappresenta l'ordine e la giustizia di fronte a un torto subito, la protezione nei confronti di un evento superiore, difficile da gestire in autonomia. Quando poi la scuola entra con tutta la sua forza nelle nostre vite, altri porti sicuri si aprono, oltre i già noti. La formazione popola l'universo di nuovi centri cui fare riferimento nei momenti di incertezza.

Se ritorno col pensiero all'infanzia non posso non associare, ora che scrivo a proposito di salute, quel "qualcuno" all'Angelo Custode che tanto riempie la fantasia dei bambini, inclusa la mia di quel periodo.

Del resto la necessità della presenza di spiriti guida buoni è attestata fin dalle epoche più antiche. Abbiamo bisogno di pensare che qualcuno, o qualcosa, debba di necessità esserci al di fuori di noi, con tutta la responsabilità di vigilare sulla nostra salvezza morale e salute fisica! Pensiero ancestrale da quando l'uso della ragione ci ha fatto cogliere nella sua drammaticità la finitezza dell'esistenza, la provvisorietà dell'essere presenti nel tempo, la costanza mai fiaccata dei pericoli a minacciare il quotidiano vivere in termini di fatti esogeni ed endogeni...

Pur consapevoli del breve, fugace passaggio che siamo tenuti a vivere, insoddisfatti nel definirlo mero episodio dell'essere che scintilla in un attimo e in un attimo si spegne, diamo grandissima importanza all'essere qui e ora, seppure per brevi periodi, e la diamo a tal punto da invocare presenze che ci trascendono, ci superano quanto a qualità, che amiamo definire, nel nostro immaginario, "superiore". Pur dovendo la superiore entità occuparsi della fragile creatura che spesso, più di quanto non si immagini, alza gli occhi al cielo a invocare attenzione, protezione... e risoluzione dei casi più complicati!

Non possiamo emanciparci dal pensiero fantastico di ricorrere, dunque, a quel qualcuno, sia che si tratti della divinità variamente immaginata, rappresentata... totemizzata (se facciamo riferimento a culture antiche) sia che si tratti dell'istituzione strutturata, preposta a quella tutela. Anzi ritengo che l'istituzione rappresenti l'attualizzazione razionale, concreta, fatta di uomini e cose, dell'idea primaria della protezione universale...

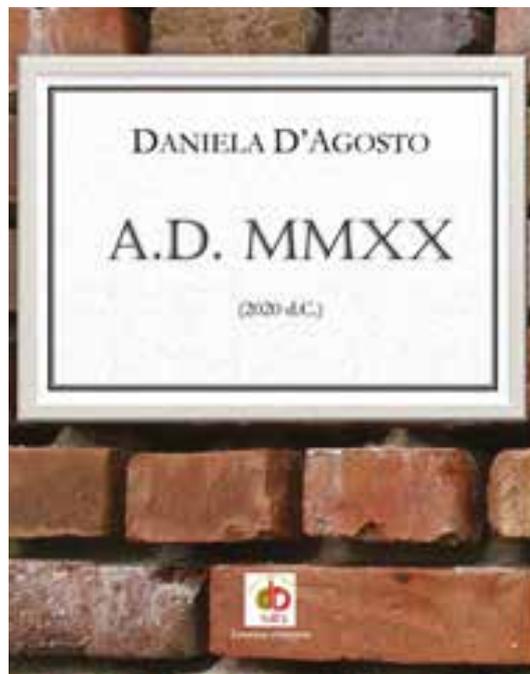
L'istituzione a cui faccio riferimento e che in questi ultimi due anni è stata al centro della nostra più viva attenzione è il SSN, Servizio Sanitario Nazionale, isti-

tuito con la legge del 23 dicembre 1978, la n. 833, che sopprime il sistema mutualistico precedente, relativo soltanto ad alcune categorie di cittadini. Il principio fondante, nelle intenzioni di coloro che lo costituirono, era quello della sanità come bene universalmente fruibile, bene pubblico essenziale. E se per la nostra Costituzione (art. 32) il diritto alla salute è un diritto inalienabile, il SSN è la risposta, in termini di servizi, che lo Stato Italiano rivolge *erga omnes* attraverso le aziende sanitarie locali (Asl), le aziende ospedaliere e le strutture private convenzionate, tutte garanti dei livelli essenziali di assistenza (Lea) a prescindere dalle condizioni economiche e sociali degli individui.

Siamo tutti uguali di fronte alla Natura!

In questi ultimi due anni, 2020-2021, come dicevo poc'anzi, il Servizio Sanitario è stato e continua ad essere al centro del nostro interesse, attraverso le persone preposte alle operazioni della salute generale: specialisti, primari, ricercatori, medici, anestesisti, infermieri...

Da quando a gennaio 2020 si diffuse la notizia della presenza a Roma di una nuova patologia, non abbiamo più smesso di interessarci all'evento eccezionale, paragonabile a una catastrofe, a una guerra mondiale, che è la nuova epidemia che nasce come **Covid-19**, si trasforma in variante **Delta** fino a modificarsi oggi, dicembre 2021, in variante **Omicron**... Attentato di vasta portata alla salute non già solo nazionale ma mondiale. L'OMS dichiarò e ancora dichiara, non a caso, *Pandemia!*



Da quella data, anzi per quel che mi riguarda già dal dicembre 2019, quando si ebbe la primissima notizia della presenza di un nuovo virus proveniente da Wuhan (ancora persiste il dubbio se sia fenomeno naturale di salto tra specie o conseguenza di incidente di laboratorio), l'attenzione alla mia salute e a quella dei miei familiari e sodali non è venuta meno e anzi oggi costituisce il tema dominante della quotidianità, che non conosce più elasticità nei rapporti con le persone più vicine e ancor meno con le persone più lontane. Il fenomeno, per quel che mi riguarda, è stato sulle prime straniante: era impossibile credere, accettare e adattarsi a cambiare vita. Ciò ch'era stato prima cessò di esistere, non rimasero altro che le funzioni necessarie alla gestione della quotidianità, ancor più stringenti durante il confinamento, il *lockdown*, che ci costrinse a riconsiderare lo spazio vitale domestico e l'importanza psicologica delle poche funzioni possibili all'esterno come l'approvvigionamento dei beni di prima necessità.

È possibile che quell'esperienza di "reclusione", fortunatamente circoscritta alla primavera 2020, abbia fatto emergere disagi profondi che, in condizioni normali, sediamo o componiamo con l'ausilio delle suggestioni esterne che il mondo ci offre come distrazione in modo continuativo e, attraverso i media, in modo subliminale.

Il confinamento, pur nella sua angustia, mi permise di concentrarmi maggiormente sull'attività di editore; anzi utilizzai la possibilità di scrivere e pubblicare come chance d'eccellenza per esternare l'angoscia della chiusura, porre sotto esame i pensieri più profondi ed educarli nella formalizzazione scritta.

Con *A.D. MMXX* (2020 d.C.) fissai, in forma di diario, mi-

cro esperienze e pensieri del periodo che va dal mese di dicembre 2019 al mese di maggio 2021, quando effettuai la prima dose di vaccino **Pfizer**. Lasciai la narrazione al 20 di maggio con il proposito, sostenuto dalla speranza, di ritornare a riconsiderare pensieri, parole e... opere alla luce di una possibile nuova situazione. La scrittura mi fu utilissima per ricomporre le inquietudini, i nervosismi, la sfiducia e l'altalenante cambiamento d'umore che caratterizzò il periodo del confinamento prima e delle "zone" variamente colorate poi...

Percependo l'utilità dello strumento, proposi ai nostri scrittori e, da editore donna, con maggior slancio alle nostre scrittrici, di condividere con la narrazione la loro medesima esperienza per farne una pubblicazione la cui efficacia poteva essere rivolta non solo agli scrittori stessi, ma anche al pubblico in generale e non per ultima alla Comunità di Sant'Egidio che usufruirà, nel tempo, della devoluzione dei diritti per le opere di solidarietà sociale, in condivisione con gli autori e le autrici.

Di fatti esogeni ed endogeni... si diceva e il caso Covid-19 riveste la doppia connotazione: dal lontano mondo asiatico, in trasvolata globale, eccolo attecchire localmente in tutto il mondo; da endogeno in Cina a esogeno per il resto del mondo, in continua proliferazione, trasformazione, adattamento agli individui ospiti e generatori, a loro volta, di contagio e di malattia... Oggi il nostro caro Angelo Custode, il SSN con tutte le strutture territoriali pubbliche e private accreditate, si dibatte e purtroppo si batte non solo con il maligno in transito ma anche con la paura che genera in alcuni di noi, dubbiosi del male e ancor più del rimedio, il vaccino, messo a punto dalla comunità



IL MEDICO DI FAMIGLIA: il nostro Angelo Custode in tempo di pandemia

scientifico in collegamento con la grande industria del farmaco. Ma quali tentennamenti dunque? Perché dubitare dell'esistenza del male, non è forse sufficientemente visibile? Perché pensare a macchinazioni fantascientifiche mentre la situazione reale non ha niente da invidiare alla fantascienza? I dati forniti dai media quanto a contagi, terapie intensive, decessi... non sono, o non sarebbero, secondo gli scettici, veri, reali? Se c'è da dubitare non è tanto nella qualità ma nella quantità! La rappresentazione numerica non raggiungerà mai la puntualità del reale; è quasi certo, senza tema di sbagliare, che ci troviamo di fronte a un'approssimazione per difetto. E questo è fin troppo chiaro a tutti i medici che operano sul territorio e in particolare ai **medici curanti**, di base, che rappresentano l'avamposto, il fronte della nuova e inattesa guerra globale.

Il medico di famiglia, così mi piace definirlo, è quel nostro ulteriore Angelo Custode personale, oserei definirlo di vicinato, che ci offre la possibilità di attingere alla cura generale, posta sotto la tutela dell'istituzione. Per i tanti dubbi affiorati nel periodo, per le tante sommatizzazioni intercorse durante il confinamento: mal di testa improvvisi, picchi di febbre tanto veloci nell'apparire quanto nello svanire, senso di affaticamento più legato all'impressione suscitata dall'informazione circa il numero dei contagi e dei morti in continua crescita (il 3 dicembre 2020, in Italia, furono 993), la dottoressa **Laura Nasta**, medico curante nonché Angelo Custode, appunto, è stata l'ancora di salvezza, la mano protesa a dare conforto a tutta la famiglia.

Mai stanchezza nelle risposte cercate per fugare incertezze, e talvolta per ripristinare una sorta di tranquillità in mezzo al mare agitato. A qualcuno sembrerà di trovarsi di fronte alla descrizione che più di addice al "naufrago", ma a ben pensarci un po' tutti siamo naufraghi già normalmente in mezzo alle vicissitudini quotidiane, dove è giocoforza barcamenarsi per non perdere la bussola... la capacità, cioè, di essere equilibrati, calmi e nel possesso delle energie necessarie per affrontare il mondo. Figurarsi nella situazione in cui ci siamo cacciati: è bene ricordare che la responsabilità non è sempre e soltanto degli "altri"... Nel caso della pandemia, chi sarebbero poi gli altri su cui scaricare la colpa? I cinesi? Gli indiani? Gli africani? La dottoressa **Laura Nasta**, dunque, mi ha aiutata in più di una occasione a uscire dall'angoscia e lo ha fatto non solo con la prescrizione dei farmaci, solo laddove necessari, ma anche, e oserei dire soprattutto, con le parole, il tono della voce mai tentennate ma sicure, energica, assertiva, rasserenante. Persona dotata di qualità relazionali, continua in attualità a sensibilizzare gli indecisi circa l'efficacia dei vaccini, alla loro non pericolosità, sebbene parziale come per tutti i vaccini che ben conosciamo dall'infanzia; a invitare a una riflessione coloro che per paura o per convinzione non contemplano la possibilità di sottoporsi alla dose che, stando ai dati odierni, rappresenta lo strumento principe di difesa per noi e di offesa per il virus...

Anche lei colse l'invito a raccontare il suo confinamento che visse, da donna, con le intuibili fragilità, e non da medico, in perfetta solitudine. In **Un diario per amico** è possibile trovare non solo la competenza scientifica del medico che spiega la natura del vacci-

no a mRNA (RNA messaggero), ma tutta la passione della persona partecipe alle sofferenze degli assistiti, degli amici che si sono ammalati: «Così dal momento che comincia la terapia del secondo step non ci dormo per parecchi giorni per paura che possa arrivare a un'improvvisa insufficienza respiratoria...» è quanto riferisce a proposito di una collega, oltretutto amica. Laura piange talvolta, si angoschia quando, recandosi in ambulatorio, si rende conto che le persone in cui si imbatte per la strada si scostano per evitare un contatto pericoloso; è fortemente preoccupata di non poter rivedere presto gli affetti più cari, separata com'è dal lockdown che la vede appunto sola con l'afflizione che lo spettacolo del mondo in epidemia offre attraverso i media, che certo non lesinano le informazioni, ivi comprese le *fake news*. Non solo i dati giornalieri dei contagi, dei tamponi, dei decessi ma anche le azioni della politica, del governo, i fatti della scuola, i fatti di cronaca sono motivo di riflessione e di dolore che si consumano in ambulatorio, nuova trincea di una guerra che non avremmo voluto vedere, e tra le mura domestiche quando si concede qualche momento di evasione occupandosi di cucina, fonte per molti di noi, in quel periodo, di brevi ed effimere soddisfazioni.



DOTT.SSA DANIELA D'AGOSTO, laureata con lode in Lettere presso La Sapienza Università di Roma, forte delle ricerche e degli studi accademici e anche delle competenze acquisite, in parallelo, nei settori amministrativi, fiscali e della formazione, sia in ambito professionale privato, sia in istituti scolastici della Pubblica Istruzione, dà concretezza al progetto di costituire una casa editrice. Nel 2010 fonda, con Vito Manduca e Valentina Manduca, EDDA Edizioni (dove EDDA è acronimo di Edizioni di Daniela D'Agosto), seguendo la sua antica passione per i libri (www.eddaedizioni.it).

Nuovo Acceleratore Lineare VERSA HD

Dott.ssa Sabrina Del Bufalo

Responsabile Reparto Radioterapia Oncologica
Casa di Cura Marco Polo - Viale Marco Polo, 41



Presso il Reparto di Radioterapia Oncologica della Casa di Cura Marco Polo è stato recentemente installato un **nuovo acceleratore, il VERSA HD**, che rappresenta il Top di Gamma dell'Elekta per i trattamenti radioterapici. Il **VERSA HD** è, infatti, il più avanzato acceleratore per terapia con fotoni attualmente in commercio a livello mondiale.

Questo nuovo acceleratore permette di colpire in maniera molto accurata e precisa il bersaglio tumorale, risparmiando i tessuti sani limitrofi. L'apparecchio è dotato di un **collimatore multilamellare a 160 lamelle (Agility)** che consente una migliore conformazione del fascio di radiazioni rispetto alle apparecchiature precedenti; caratteristica, questa, particolarmente vantaggiosa nelle forme tumorali complesse, che richiedono un'estrema precisione nella zona da irradiare con una delimitazione millimetrica del fascio di radiazioni.

Il **VERSA HD** ha una velocità di trattamento molto elevata grazie proprio alle lamelle Agility che permettono di erogare le dosi necessarie in un terzo del tempo attualmente utilizzato. L'acceleratore è dotato di una **Cone Beam CT**, apparecchiatura in grado di acquisire immagini TAC che consentono il preciso riposizionamento del paziente prima di ogni trattamento e che permette di correggere

automaticamente gli spostamenti del paziente grazie al nuovo **lettino HEXAPOD**, che ha 6 gradi di libertà di movimento. Infatti la neoplasia potrebbe spostarsi in base a variabili anatomiche diverse, ad esempio al variare del respiro o del riempimento della vescica o dell'intestino, che potrebbero spostare la neoplasia anche di alcuni centimetri. Questa nuova metodica è la **radioterapia guidata da immagini (IGRT)**, che consente di massimizzare l'effetto dei trattamenti evitando di irradiare le zone sane.

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

Nel caso, invece, di tumori di dimensioni ridotte, viene utilizzata la **Radioterapia Stereotassica SBRT (Stereotactic Body Radiation Therapy)**,

Nuovo Acceleratore Lineare VERSA HD



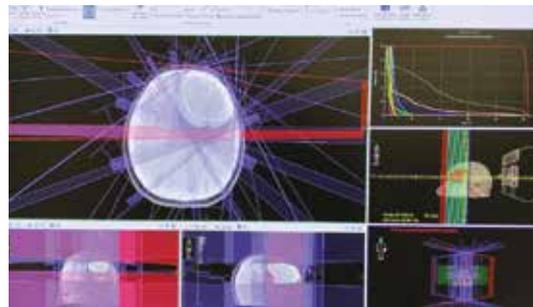
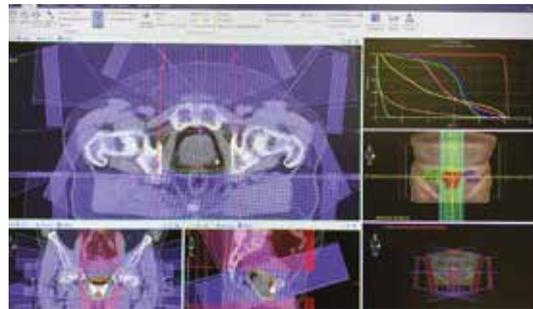
che prevede l'utilizzo di alte dosi di radiazioni indirizzate direttamente sul volume tumorale di piccole dimensioni con una precisione millimetrica (stereotassica), risparmiando il più possibile gli organi sani circostanti e riducendo così al minimo gli effetti collaterali. Il trattamento con la radioterapia stereotassica prevede, altresì, un numero limitato di sedute rispetto alla radioterapia convenzionale.

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

Il sistema è basato sull'utilizzo di *sei telecamere ad alta definizione (HD)* per il setup ed il monitoraggio della posizione del paziente.

Essenziale, infine, oltre alla tecnologia avanzata, è l'equipe che lavora all'interno del Reparto di Radioterapia, rappresentata da qualificati medici radioterapisti che si avvalgono, a loro volta, dell'ausilio di figure professionali come i tecnici sanitari di radiologia medica (T.S.R.M.) ed i fisici sanitari, e che operano tutti in sinergia utilizzando le suddette tecnologie innovative.

In conclusione i vantaggi che derivano dall'utilizzo di questo macchinario sono molti e vanno dalla riduzione dei tempi di erogazione della radioterapia, quindi il paziente deve stare meno tempo fermo sul lettino, alla diminuzione del numero di sedute, per cui il paziente dovrà recarsi meno volte presso il centro, nonché al controllo della malattia, risparmiando organi sani e causando, quindi, minori effetti collaterali per il paziente.



Il Colonnello Medico germanico Valentino Müller: come Assisi fu salvata dagli orrori della II^a Guerra Mondiale

Maria Palumbo¹

Socio CRI

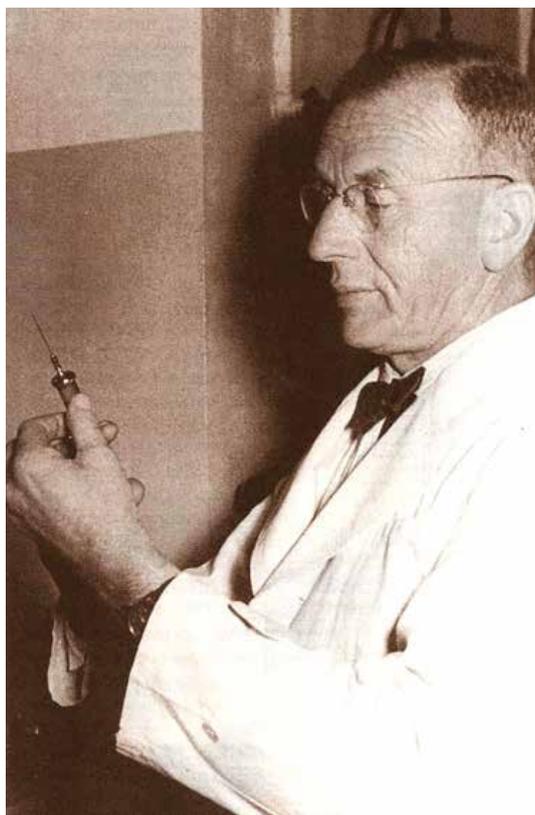
Docente incaricato di Demoetnoantropologia Università "Sapienza"

Ettore Calzolari²

Col. Med. cgd CMV CRI

Addetto all'Ufficio Storico dell'Ispettorato Nazionale

Siamo nel 1943, il 25 luglio cade Mussolini e iniziano i momenti più drammatici della nostra recente storia, dopo la resa incondizionata firmata l'8 settembre, il territorio nazionale continua ad essere esposto ai bombardamenti delle forze alleate e alle ritorsioni dell'esercito germanico in ritirata. Estremamente duro e drammatico il combattimento sulla linea Gustav fino allo sciagurato bombardamento del secolare monastero di Montecassino sulle cui rovine i Tedeschi resisteranno per altri 3 mesi prima che le truppe alleate riescano ad aprirsi la strada per Roma. In Assisi nell'autunno del '43 viene approntato un Ospedale per "militari germanici ammalati o infortunati"³ al comando del quale viene designato il Colonnello Medico Valentin Müller.



Müller nelle sue funzioni di medico di famiglia

Il Colonnello, allo scoppio della prima guerra mondiale fu arruolato come sanitario, meritando una decorazione al valore, finita la guerra si laureò presso l'università di Würzburg e divenne presto uno dei medici più richiesti⁴ nelle cittadine della Baviera in cui esercitò la professione⁵.

Ebbe un'educazione cattolica⁶, che lo segnò profondamente, tanto che dopo l'avvento di Hitler al potere continuò a visitare i pazienti ebrei e per questo era sotto l'osservazione delle autorità germaniche.

Tuttavia all'inizio della Seconda Guerra Mondiale fu richiamato col grado di Colonnello Medico e si trovò così prestar servizio su vari fronti, Polonia, Francia, Russia⁷.

Valentin Müller⁸ è un uomo tutto d'un pezzo, ed esercita il suo incarico con fermezza, ma in modo giusto, attento e preciso nell'esecuzione dei suoi compiti, non verrà mai meno ai principi di cristiana umanità⁹. "Il Colonnello sapeva intervenire sempre opportunamente e alla svelta non lasciando nessuno

¹ Socio CRI. Docente incaricato di Demoetnoantropologia Università "Sapienza"

² Col. Med. cgd CMV CRI. Addetto all'Ufficio Storico dell'Ispettorato Nazionale

³ Come risulta da una comunicazione del dr. Armando Rocchi, allora capo della Provincia di Perugia, l'Ospedale venne organizzato in quello che oggi è l'Istituto Serafico. Verrà anche allestito un secondo ospedale militare nella sede del Convitto Nazionale per Orfani dei Maestri, e verrà ancora requisito dalle Forze Armate germaniche il palazzo Locatelli per essere destinato a reparto di chirurgia.

⁴ Bayerisches ärzteblatt: necrologio del dott. Valentin Müller in cui si sottolinea il suo alto senso morale della professione. Fu presidente dell'Accademia di S. Luca. Riunì intorno a sé medici cattolici e non, per approfondire i temi più importanti nell'ambito della deontologia professionale.

⁵ Emsing, Titting ed Eichstätt dove oggi è sepolto.

⁶ Aveva uno zio canonico, forse per questo a 13 anni frequentò il Kilianeum, un seminario vescovile di Würzburg, dove poi si iscrisse alla facoltà di medicina divenendo membro attivo dell'associazione cattolica studentesca (K.St.V.)

⁷ Nel 1942 ebbe il comando di allestire un Feldlazaret (ospedale da campo) a Stalingrado poco prima del suo accerchiamento. Fu trasferito poi a Lourdes a dirigere una divisione per il trasporto dei feriti, nel 1943 giunse in Italia e nel settembre dello stesso anno divenne Governatore Militare di Assisi.

⁸ Ad Assisi risiederà all'Hotel Savoia, stabilendo il suo studio all'Hotel Subasio come racconta Bruno Calzolari nel suo Libro "L'Hotel Subasio Specchio dei tempi"

⁹ Sotto il suo comando non si verificheranno ingiuste requisizioni, né abusi di nessun genere, piuttosto prove di equità.

Il Colonnello Medico germanico Valentino Müller: come Assisi fu salvata dagli orrori della II^a Guerra Mondiale

privo di giustizia, tanto che la sede del suo Comando era diventata la meta di tutti coloro che avevano bisogno d'aiuto, perché tutti erano certi di ottenerlo da lui." (A. Bentivoglio 1976)

Sa anche instaurare un rapporto sinergico con le autorità di Assisi: il podestà Arnaldo Fortini e soprattutto il vescovo Giuseppe Placido Nicolini, ma quello che realmente lo contraddistingue è la sua devozione a S. Francesco, tanto che gli anziani del tempo lo ricordano ogni giorno puntuale alla messa delle 6 del mattino. Questo tuttavia non è sufficiente a descriverlo, il Colonnello Müller è il comandante del Presidio Militare e della Piazza di Assisi, ben consapevole del momento sente l'assoluto dovere di proteggere la cittadina che gli è stata affidata, difenderla dai bombardamenti, difendere i suoi abitanti, le sue chiese, i conventi, i monasteri, le sue opere d'arte, dagli insulti della guerra e ci riuscirà: la strada percorribile è quella di arrivare a dichiarare Assisi città ospedaliera ed eventualmente città aperta, onde evitare che succeda ad Assisi quello che soffrirà Cassino. Il Colonnello si attiva immediatamente per raggiungere il suo scopo.

Il suo primo intervento è quello di trasferire fuori da Assisi le truppe che vi facevano stanza¹⁰, e con una azione capillare riesce ad allontanare anche alcuni reparti di polizia in modo da ottenere la completa smilitarizzazione della città.

Gli edifici requisiti vengono occupati da reparti sanitari e verranno contrassegnati con una grande croce rossa dipinta sui tetti. Nel frattempo, con il suo avallo, viene svolta un'importante azione diplomatica dal Vescovo e dai Frati Minori Conventuali¹¹, per ottenere dalle parti in conflitto che venga appunto concesso ad Assisi lo status di città ospedaliera, che consentirebbe alla città di essere risparmiata dai bombardamenti, salvaguardando così, oltre ai cittadini e le loro case, anche le numerose opere d'arte che la rendono famosa nel mondo.

A questo scopo il padre Bonaventura Masi, Custode del Sacro Convento, si reca a Firenze per incontrare il capo dell'Ufficio Germanico per la tutela delle opere d'Arte: sono presenti al colloquio il direttore dell'Istituto di Storia dell'Arte Germanica e il Soprintendente alle Gallerie di Firenze dr. Giovanni Poggi, c'è il problema di mettere in sicurezza non solo la città ma anche un deposito di opere d'arte lì costituitosi. L'esito dell'incontro è positivo, pochi giorni dopo

questo incontro, il Colonnello Müller, che non ha mai smesso di inviare lettere, fare appelli, e pressanti richieste per ottenere la qualifica per Assisi di città ospedaliera, si reca nelle vicinanze di Foligno per incontrare il Feldmaresciallo Kesserling che gli promette l'emanazione di un ordine del giorno speciale col quale si proibisce alle truppe tedesche in ritirata di entrare in Assisi.

È a questo punto che il Colonnello, (siamo già a primavera inoltrata) senza attendere ordini scritti, decide autonomamente, senza badare troppo ai dettami del diritto internazionale, di far stampare i manifesti con la scritta in rosso su bianco CITTÀ APERTA E OSPEDALIERA DI ASSISI sormontati da una croce rossa.

Ma c'è dell'altro: due edifici restano fuori dalle mura cittadine, l'Oasi del Sacro Cuore, adibita a reparto medico e posta in prossimità delle mura urbane e il Seminario regionale Umbro "Pio XI" i cui locali sono rimasti rischiosamente liberi.

È la sera del 31 maggio, Müller si reca dal Vescovo Mons. Nicolini, allora delegato della Santa Sede per il Seminario Regionale, sono con lui altri quattro ufficiali, la richiesta è quella di ottenere in uso per i militari feriti e malati, i locali del seminario abbandonati dagli studenti per i pericoli della guerra; tra i due c'è un rapporto di reciproca stima, il vescovo dovrebbe chiedere il benessere della "Sacra Congregazione dei Seminari"¹² ma comprende l'urgenza del momento e dà immediata autorizzazione al Colonnello che procede rapidamente all'occupazione.

Il 3 giugno del '44 gli ampi spazi del Seminario sono pieni di soldati germanici feriti e ammalati, il 5 giugno anche il Collegio Teologico viene concesso dai Padri Conventuali al Colonnello per i degenti, il fron-



Müller in uniforme da Colonnello Medico con la croce di ferro.

¹⁰ Il Comando di Aviazione Germanico e un gruppo di ufficiali di stanza nei principali alberghi della città furono dislocati in scuole e ville private sempre nel circondario del vicino aeroporto di S. Egidio. Verranno trasferite perfino le "Crocerossine Germaniche" (Santucci in "Terre Nostre").

¹¹ Il 13 maggio 44, il Custode del Sacro Convento p. Bonaventura Mansi, è autorizzato a recarsi a Firenze per incontrare il capo dell'ufficio germanico per la tutela delle Opere d'Arte Prof. Dr. Langsdorf per informarlo che la Basilica di S. Francesco gode dell'esenzione da qualunque perquisizione e requisizione in quanto proprietà dello Stato Vaticano, già riconosciuta dal Supremo Comando Germanico, e caldeggiare altresì il riconoscimento di Assisi città ospedaliera, anche per salvaguardare il deposito di opere d'arte che vi si era costituito.

¹² Tale concessione provocò il risentimento del Cardinal Giuseppe Pizzardo, Prefetto della Sacra Congregazione dei Seminari che si lamentò del fatto di non essere stato informato per tempo.

Maria Palumbo e Ettore Calzolari



Il Sindaco di Assisi Dott. Veneziano riceve nella casa comunale il colonnello Müller in visita in Italia nell'anno 1950 in occasione dell'anno Santo.

te si sposta velocemente verso il nord, gli americani sono già a Roma.

Il fatto può sembrare trascurabile, ma se il Seminario fosse rimasto sgombro sarebbe stato più che probabilmente occupato dalle truppe tedesche in ritirata, e questo avrebbe potuto determinare i temuti bombardamenti da parte alleata e Assisi sarebbe stata inevitabilmente coinvolta.

La guerra non aspetta, è la metà di giugno, il fronte tedesco ripiega velocemente verso nord, arriva il momento anche per il Colonnello di organizzare la ritirata e come scrive Alessandro Bentivoglio¹³ "Anche in quegli ultimi giorni di permanenza nella zona, il Colonnello Valentin Müller poteva viaggiare liberamente in macchina senza scorta, e poteva recarsi in ogni luogo ed in ogni strada da solo, perché perfino i partigiani avevano fatto sapere che "...non avrebbero torto un capello al loro Colonnello!"

È la mattina del 15 giugno, tutto è pronto per la partenza, il convoglio delle unità sanitarie prende la via del nord, ma il Colonnello non ha distrutto tutte le dotazioni sanitarie e soprattutto i farmaci, preziosissimi in quei drammatici momenti, come fa



La delegazione di Assisi che ha portato l'ulivo della pace sulla tomba del colonnello Müller fotografata insieme al figlio e alla figlia del colonnello. Sullo sfondo con i capelli bianchi il dott. Bruno Calzolari, ideatore e promotore dell'iniziativa.

ogni esercito in ritirata che non sia in grado di portarli con se, li lascia invece alla città affidandoli al Vescovo, si trattiene ancora un giorno per controllare che tutto avvenga ordinatamente nel rispetto dello status di Assisi città ospedaliera poi, verso sera, dopo un ultimo giro di ricognizione della città il Colonnello va via.

Una persona anziana degna di fede, e a quell'epoca adolescente, ricorderà poi di essersi imbattuto nella camionetta del Colonnello che completava il suo giro di ispezione prima di lasciare Assisi, ultimo tra tutti, e asserisce di aver veduto una lacrima rigargli il viso. Sabato 17 giugno verso le 9.30 i primi automezzi blindati dell'esercito alleato entrano ad Assisi. Questa violazione dello status ospedaliero della città provocherà un cannoneggiamento da parte dei germanici in ritirata che farà le uniche vittime tra la popolazione. Gli Inglesi, quando subentrarono in Assisi, non poterono fare a meno di esprimere apertamente la loro ammirazione per il comportamento retto ed umano del Dott. Müller. (Bowbly 1974)

Non c'è dubbio che l'aver dichiarato Assisi città ospedaliera fu la salvezza della città di S. Francesco, come dichiara anche Josef Raischel, un testimone oculare di quegli avvenimenti in un suo libro¹⁴ dove indica come salvatori di Assisi il nostro Colonnello e il vescovo Nicolini.

La storia però non finisce qui, non solo la città di Assisi fu salvata, ma in essa trovarono rifugio molte famiglie di ebrei, nascoste nei conventi, o residenti con falsi documenti nelle case della città come sfollati.

¹³ A. Bentivoglio "Il Salvatore di Assisi" articolo della rivista *San Francesco Patrono d'Italia*, anno LVI, Aprile 1976.

¹⁴ "Three Heroes of Assisi in World War II Bishop Giuseppe Nicolini, C" edited and written by Josef Raischel SFO and André Cirino OFM, Editrice Minerva Assisi: p. 62(non solo) "...The city owed its salvation primarily to the fact that it had been proclaimed a hospital city, (ma anche)...We must conclude that the two people most responsible for saving Assisi were Bishop Giuseppe Placido Nicolini and Colonel Valentin Müller - a German officer of Hitler's army.

Il Colonnello Medico germanico Valentino Müller: come Assisi fu salvata dagli orrori della II^a Guerra Mondiale



Il convitto Nazionale di Assisi per gli orfani dei maestri che venne trasformato in ospedale militare germanico durante la seconda guerra mondiale.

In quest'opera di salvataggio si distinsero figure nobili di uomini come padre Rufino Nicacci, ofm, guardiano di S. Damiano¹⁵, p. Michele Todde, santuarista del Sacro Convento, don Aldo Brunacci canonico della Cattedrale¹⁶, la stamperia di Trento Brizzi che provvedeva alla contraffazione dei documenti e delle carte annonarie, don Federico Vincenti parroco di S. Andrea in Perugia, Mons. Ettore Ministrini e tutti quelli che sapevano e seppero mantenere il silenzio, fra questi sicuramente anche il Colonnello Müller che non poteva non sapere quello che accadeva nella città posta sotto il suo comando.

A questo proposito lo studioso Francesco Santucci¹⁷ afferma che Colonnello "Faceva finta di non sapere, ma sapeva". Va ricordata infine anche la figura di un altro influente prelado il padre Beda Hess¹⁸, di nazionalità americana, che molto si adoperò presso il comando statunitense affinché Assisi venisse dichiarata città ospedaliera. Nel 1950, per l'Anno Santo, Il dottor Valentin Müller venne in Assisi in incognito con la famiglia, ovviamente fu subito riconosciuto e con un moto spontaneo tutta la popolazione si riversò in piazza del Comune ad acclamare il suo "Colonnello Buono" tra il suono a distesa delle campane; fu festa grande, le autorità con in testa il Sindaco, a quell'epoca di sinistra, lo ricevettero in Comune con straordinaria cortesia, il Vescovo, impossibilitato a venire di persona gli fece recapitare un biglietto di bentornato con parole di sincera gratitudine e riconoscenza, per quello

che aveva fatto per la città, e lui, da uomo modesto e schivo qual era, rimase enormemente sorpreso da quell'accoglienza che mai si sarebbe aspettata.

Nel 1982 una delegazione di Assisi, per iniziativa del "Centro per la Storia le Arti e il Folklore"¹⁹, si recò ad Eichstatt sulla tomba del Colonnello per dirgli ancora grazie e con grande stupore e commozione i convenuti videro che sulla sua lapide era scolpito il profilo della basilica assisana di San Francesco.

BIBLIOGRAFIA

1. "ASSISI RINGRAZIA LA FAMIGLIA MÜLLER" in: Assisi Oggi – 4 marzo - 2014
2. BAYERISCHEÄRZTEBLATT mit den amtlichen Mitteilungen der Ministerien herausgegeben von der bayerischen Landesärztekammer. Heft 9. München, September 1951. 6. Jahrgang. 1951
3. Bentivoglio Alessandro, "VALENTIN MÜLLER SALVATORE DI ASSISI" in: La Porziuncola, 3 - Assisi - marzo 1976
4. Bowlby Alex, "In memory of the Colonel Valentin Müller – Assisi 1944" in "Order of the Day", London, Leo Cooper Ed. 1974
5. Calzolari Bruno – Archivio – Carteggio B.Calzolari – dr.Robert Müller // B. Calzolari - P.Marinus Mayer. Corrispondenza 1983/84
6. Calzolari Bruno, "L'HOTEL SUBASIO SPECCHIO DEI TEMPI". S. Maria degli Angeli-Assisi 1983
7. Frascarelli Francesco, "ASSISI RICORDA LE BENEMERENZE DEL COLONNELLO MÜLLER" in : La Voce , Assisi 13- marzo - 2014
8. Raischl Josef sfo, and Cirino André ofm, "THREE HEROES OF ASSISI IN WORLD WAR II" Assisi- Editrice Minerva – 2005.
9. Ramati Alexander, "ASSISI CLANDESTINA" S. Maria degli Angeli – Assisi. La Porziuncola 1981.
10. Santucci Francesco, "ASSISI 1943 1944 "DOCUMENTI PER UNA STORIA" S. Maria degli Angeli – Assisi - Accademia Properziana del Subasio –1994
11. Santucci Francesco, "IL COLONNELLO MÜLLER SALVATORE DI ASSISI nel 1944", in : Terrenostre / n. 5 – agosto 2014
12. Wikipedia, voce Valentin Müller.
13. Zubboli Massimo, "IL COLONNELLO "BUONO" VALENTIN MÜLLER (1891-1951), in: Terrenostre/n. 8 – novembre 2012

¹⁵ Padre Rufino condusse una organizzazione clandestina per salvare ebrei perseguitati, per la sua opera è stato riconosciuto come Giusto tra le Nazioni a Yad Ashem .

¹⁶ Don Aldo Brunacci era la figura di riferimento del vescovato e di fatto era lui che materialmente provvedeva a smistare i nuovi arrivati in luoghi sicuri. Lui e il vescovo Nicolini riceveranno nel 1977 il diploma di riconoscenza e la "Medaglia dei Giusti" da parte della "Commission des Justes" presso l'"Institut Commémoratif des Martyres et des Héros Yad Vashem" per aver salvato degli ebrei mettendo in pericolo la vita.

¹⁷ Profondo studioso assisano autore di numerosi testi, saggi e articoli fra i quali "Assisi 1943 1944" documenti per una storia (Accademia Properziana del Subasio-Assisi) dal quale sono tratte molte delle informazioni contenute in questo articolo.

¹⁸ Beda Hess fu Ministro Generale dei Frati Minori Conventuali e risiedeva a Roma presso la Santa Sede.

¹⁹ Associazione istituita da Bruno Calzolari che promosse l'iniziativa per deporre sulla tomba del colonnello i rami d'ulivo legati da un nastro con i colori di Assisi (il rosso e il blu) in segno e auspicio di pace.

L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE: L'EVOLUZIONE DELLE CURE NELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Dr. Alessandro Lembo

Responsabile Unità Operativa di Oncologia Medica

Dr. Federico Della Rocca

Responsabile Servizio di Psiconcologia

Casa di Cura Marco Polo - Roma

Le malattie tumorali rappresentano un'evenienza piuttosto comune; possiamo, infatti, ritenere che in quasi tutte le famiglie italiane ci sia almeno un caso di malattia oncologica, spesso associata ad uno stato di sofferenza sia fisica che psicologica che investe il nucleo familiare del paziente, attivamente coinvolto sia dal punto di vista emotivo (sofferenza del congiunto ammalato) che dai molteplici aspetti pratici (accompagnare il paziente nel luogo di cura, eseguire le varie pratiche ASL, procurare i farmaci che vengono prescritti, ecc.), con relativo impegno di tempo sottratto al lavoro e alla famiglia.

Ogni anno in Italia si registrano circa 380.000 nuovi casi di cancro, circa 1.000 ogni giorno, che nonostante le cure sempre più efficaci producono oltre 180.000 decessi. La distribuzione geografica "privilegia" le regioni settentrionali dove si riscontra il 30% in più di nuovi casi. Molti pazienti possono essere curati in maniera efficace con una percentuale di successo molto elevata se diagnosticati precocemente.

Le neoplasie del colon-retto sono le più frequenti (oltre 50.000 nuovi casi annui) seguite dal carcinoma mammario (46.000 nuovi casi), del polmone (38.000 nuovi casi, 25% solo nelle donne), della prostata (36.000 nuovi casi). La mortalità per cancro, con il 29% dei decessi, rappresenta attualmente la seconda causa di morte nel nostro paese superata solo dalle malattie cardiovascolari.

L'indicatore più sensibile per valutare l'efficacia delle cure nelle malattie oncologiche è la sopravvivenza dei pazienti. Nel nostro Paese il 63% delle donne ed oltre il 54% degli uomini è vivo a cinque anni dalla

diagnosi (con un vantaggio a favore dei pazienti del centro-nord). Questo risultato, enormemente migliorato negli ultimi anni, è in buona parte merito dello screening oltre che della maggiore efficacia delle cure antineoplastiche specifiche che, con un approccio sempre più multidisciplinare, permettono di affrontare la malattia in modo più completo.

Il progetto a cui mirare per ottenere i migliori risultati terapeutici e "prendere in carico il paziente" è il modello di Assistenza Multidisciplinare che risponde alla concezione della malattia oncologica come problema complesso e multiforme, che coinvolge il Paziente stesso, la sua famiglia e riguarda aspetti *medici, psicologici e sociali*.

All'interno di questa prospettiva il Paziente acquisisce un ruolo sempre più attivo e centrale nel processo di cura, e viene posto ancor più al centro dell'attenzione, tenendo conto di tutte le sue esigenze, divenendo il fulcro intorno a cui operano le diverse figure professionali. Questo concetto rappresenta il principio che anima la modalità assistenziale nell'ambito del reparto di Oncologia Medica della casa di cura Marco Polo di Roma. Coerentemente con esso, è stato creato e poi attuato a partire dal 2008 un progetto finalizzato all'acquisizione di dati e informazioni direttamente dal Paziente attraverso la somministrazione di un questionario a scelta multipla, costruito dopo una valutazione generale degli aspetti relativi all'impatto della malattia oncologica sulla persona. L'esigenza di realizzare questo studio è diventata fondamentale per comprendere, attraverso i bisogni e le richieste del paziente stesso, come affrontare al meglio in modo multidisciplinare e psicologico in particolare, l'approccio terapeutico ("alleanza terapeutica") tra paziente-famiglia e team oncologico.

La progettazione del Questionario è stata caratterizzata da una impegnativa fase interlocutoria che ha visto un intenso scambio di idee, opinioni, esperienze e informazioni fra medici, psicologi, infermieri, pazienti e familiari dei pazienti. Dalla grande mole di dati ottenuti e dallo studio della letteratura scientifica sull'argomento, si è deciso di suddividere il Questionario in 4 grandi aree tematiche:

1. l'impatto del Paziente con la comunicazione della diagnosi di cancro;
2. l'impatto emotivo con la malattia e con le terapie oncologiche e i loro effetti nel tempo;
3. il rapporto del Paziente con le varie figure professionali in ambito sanitario;
4. il rapporto e le relazioni del Paziente con partner, figli, amici e familiari.



L'approccio multidisciplinare: l'evoluzione delle cure nelle malattie oncologiche.



Relativamente alla comunicazione della diagnosi è emerso come troppo spesso questo momento cruciale non sia curato con delicatezza e attenzione, ma troppo frequentemente avvenga in un contesto ambientale inadeguato e con modalità comunicative rozze, se non addirittura brutali in taluni casi. Le conseguenze a livello psicologico di una informazione comunicata in modo avventato sono sempre traumatiche, e aggiungono un carico traumatico a un momento che già mette a dura prova le capacità di tenuta psicologica di qualunque individuo. In questa comunicazione cruciale la figura dello Psicologo, paradossalmente, ancora non è chiamata in causa al momento giusto, entra in campo troppo spesso solo in un secondo tempo, quando la risposta traumatica si è già strutturata in senso patologico rendendo più complesso l'intervento psicoterapeutico, che potrebbe risultare tuttavia molto più efficace se erogato in maniera tempestiva. Purtroppo, a causa di difficoltà organizzative e come conseguenza di atteggiamenti basati su abitudini scorrette, la comunicazione della diagnosi di cancro resta ancora appannaggio quasi esclusivo del Medico, che sicuramente ha e deve avere un ruolo centrale in questa fase, ma che non può sempre bastare a prendere in carico tutte le esigenze di una persona che si trova improvvisamente di fronte a un momento di suprema difficoltà.

Relativamente all'impatto emotivo con la malattia, con le terapie oncologiche e i loro effetti nel tempo, il Servizio di Psiconcologia della Casa di Cura Marco Polo mette a disposizione dei Pazienti la possibilità di presa in carico delle problematiche psicologiche tipiche di questa fase del percorso terapeutico. I disturbi più frequenti che emergono sono relativi allo spettro ansioso, per cui notiamo disturbi acuti da stress, disturbi d'ansia generalizzata e disturbi dell'adattamento. I Pazienti hanno un enorme bisogno di capire come funziona il percorso di cura, che è sempre articolato e complesso e si protrae per mesi durante i quali quasi sempre si assiste a radicali trasformazioni dell'immagine corporea e a una riduzione temporanea della funzionalità generale di una persona. Tutto questo alimenta il timore di non riuscire ad affrontare le terapie, di non essere all'altezza di una prova così dura e di non poter più tornare ad "essere come prima". L'intervento psicologico mira a tranquillizzare il Paziente, invitandolo a far leva su capacità e risorse mentali che quasi sempre ignorava di possedere, e aiutandolo a sviluppare strategie di gestione dello stress e dell'ansia. Nel corso del processo di cura viene monitorata costantemente la condizione dei Pazienti attraverso l'osservazione vigile e consapevole dei medici, degli infermieri e dello psicologo, che lavorando in equipe integrata si confrontano costantemente. In tal senso si identifi-

ca precocemente l'eventuale instaurarsi di sindromi depressive che vengono riconosciute e trattate tempestivamente, favorendo il mantenimento di una buona qualità della vita, parametro di importanza fondamentale per ogni Paziente oncologico.

Relativamente al rapporto del Paziente con le varie figure professionali in ambito sanitario, l'elemento che emerge è proprio l'importanza per i Pazienti di tutta "l'orchestra" e non solo di un "solista". Chiaramente è scontata l'importanza del Medico Oncologo, ma un'assistenza oncologica moderna che vuole rispettare i parametri di "eccellenza" non può e non deve prescindere da figure professionali ulteriori che in determinati momenti del processo terapeutico assumono importanza cruciale via via che le esigenze dei Pazienti emergono nel corso delle terapie. Infermieri, psicologi, dietologi-nutrizionisti, chirurghi, fisioterapisti e genetisti sono figure oramai imprescindibili. Tali figure professionali non dovrebbero mai lavorare slegate ma sempre in team, condividendo dati ed elementi preziosi per garantire un'assistenza ottimale al Paziente, che percepisce così un senso ulteriore di sicurezza e protezione nel constatare che tutta l'equipe di specialisti a sua disposizione lavora in maniera integrata.

Un ultimo punto importante è quello delle relazioni del Paziente con partner, figli, amici e familiari. Ognuna di queste tipologie di relazione meriterebbe una trattazione a parte, ma in generale si può affermare che la malattia oncologica pone una sfida a tutto il nucleo familiare e non solo al singolo soggetto coinvolto in prima persona nella malattia. Presso la nostra Struttura, il Servizio di Psiconcologia è ovviamente a disposizione anche dei familiari dei Pazienti. Vengono fornite informazioni su quella che è la possibile reazione psicologica di un soggetto malato di cancro, spiegando che spesso eventuali reazioni psicologiche di tipo regressivo sono normali e da comprendere, pur restando necessaria la capacità di gestire i vissuti e i rapporti familiari evitando dinamiche disfunzionali che alla lunga potrebbero causare ulteriore stress. Il Paziente oncologico ha sempre bisogno di una persona su cui poggiarsi e su cui contare; spesso sente di essere un peso inutile per i suoi familiari e va rassicurato in tal senso. A volte le condizioni cliniche impongono processi di de-



lega di compiti generalmente svolti in precedenza dal Paziente, delega che spesso viene percepita dal malato come "fallimento" o "sconfitta". La famiglia del Paziente deve saper intervenire di fronte a tali vissuti comunicando serenità e senso di rassicurazione, nonostante spesso questo processo di supporto intra-familiare possa risultare difficoltoso a causa di dinamiche preesistenti che sono fortemente cristallizzate e mancano della flessibilità necessaria per giungere a un rimodellamento efficace. E' proprio in questo momento che un intervento psicologico risulta quantomai utile. L'elemento che rende particolarmente complessa la gestione in ambito familiare è l'estrema variabilità psicologica dei soggetti coinvolti, che differiscono fortemente caso per caso. Anche la grande variabilità delle condizioni cliniche dei Pazienti che possono instaurarsi nel tempo, in base al tipo di malattia e alla tipologia di interventi medici previsti, rappresentano un elemento di complessità di cui va tenuto conto. Tutto ciò richiede in molti casi un'analisi appropriata e profonda dei bisogni dei Pazienti e delle risorse familiari disponibili, un processo articolato che dovrebbe essere svolto al meglio con l'aiuto di uno specialista Psicologo.



Alla luce di quanto illustrato, peraltro solo in via generale, possiamo ritenere che l'utilizzo del nostro Questionario abbia rappresentato una pietra miliare su cui abbiamo definito non solo il team oncologico della nostra Struttura ma anche molti dei processi di intervento e presa in carico del Paziente oncologico. La notevole mole di informazioni ottenute attraverso questo strumento ci ha permesso inoltre di utilizzare dati preziosi proprio perché desunti direttamente dai nostri Pazienti, senza limitarci ai dati tratti dalla letteratura clinica internazionale, che necessariamente utilizza un campione di riferimento che per caratteristiche socio-culturali ed ambientali, spesso differisce molto dai nostri Pazienti.

tellus massa, varius ac vestibulum ac, tincidunt a quam. Phasellus ac scelerisque ex. Praesent sagittis ex ut fringilla dictum. Quisque in nisl a justo ultricies aliquam.

Vestibulum pulvinar rhoncus massa eu volutpat. Ut eros libero, laoreet id aliquet in, rhoncus ut odio. Pellentesque in sem magna.

ALLARME VIRALE: non trascuriamo l'HPV!

Dott. Giuseppe Vocaturo

Specialista in Ginecologia e Ostetricia
Specialista in Oncologia

Già Dirigente Istituto Tumori-Regina Elena-Roma
Già Direttore SSO presso la UOC di Ginecologia Oncologica
Già Referente dell'HPV UNIT dell'Istituto Tumori-Roma
vocaturog@tiscali.it

Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo,41
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli,22
U.S.I. Serpentara - Via G.Pacchiarotti,95



L'estate ha ridotto la percezione del rischio virus e persino per il COVID-19 si tende ad abbassare la mascherina. Al contrario, è il momento di tenere alta la guardia non solo contro il COVID-19, ma anche contro le minacce virali permanenti, come lo Human Papilloma Virus, che è causa di molti tumori. A causa del lock-down le vaccinazioni anti-HPV sono state sospese e anche dopo la riapertura la gente continua a rimandare sia vaccini che visite ed esami diagnostici. Ma la prevenzione non si può più assolutamente ritardare, il rischio è di aumentare le lesioni correlate all'HPV, compresi i tumori. A tal riguardo dal Ministero della Salute sono state formulate una serie di raccomandazioni operative rivolte alle regioni per il ripristino e rafforzamento della prevenzione primaria e dello screening dei tumori del collo dell'utero, al più presto.

Si ritiene pertanto utile divulgare e ribadire alcune informazioni:

- L'infezione da papillomavirus (HPV) è la più frequente infezione sessualmente trasmessa e l'assenza di sintomi ne favorisce la diffusione.
- Il Papillomavirus è causa non solo del tumore del collo dell'utero ma anche del cancro della vulva, orofaringe, ano e pene.

- L'HPV è inoltre responsabile della quasi totalità dei condilomi genitali.
- In via teorica, la totalità dei tumori del collo dell'utero è prevenibile perché il lasso di tempo tra l'infezione e l'insorgenza del tumore è lungo ed è possibile intercettare e trattare le lesioni preneoplastiche. Inoltre, poiché il collo dell'utero è ben esplorabile, le lesioni sono diagnosticabili precocemente e curabili con terapie conservative.
- Per raggiungere l'obiettivo della diagnosi precoce il Ministero della salute ha avviato programmi di screening cervicali basati sull'utilizzo del PAP Test e dell'HPV Test.

La necessità di adottare entrambi i test è data dal fatto che il Pap test consente di rilevare soltanto le anomalie cellulari che precedono l'insorgenza dei tumori e il suo utilizzo esclusivo risale a quando non si conosceva la genesi del tumore del collo dell'utero; oggi sappiamo che il tumore è dovuto alla presenza del virus HPV e siamo in grado di evidenziarne la presenza tramite il test specifico.

L'obiettivo del test virale è quindi diverso dal Pap test, mettendo in luce la donna con un rischio aumentato. Quindi l'associazione dei due test può aumentare in modo significativo l'efficacia protettiva dello screening.

ECCO COME SI INTERPRETANO I RISULTATI DEI DUE TEST:

HPV Test: NEGATIVO	HPV Test POSITIVO
<p>PAP test normale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cellule del collo dell'utero sono normali • Non c'è traccia del virus 	<p>PAP test normale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cellule dell'utero sono normali • C'è la presenza del virus • Si può optare per una colposcopia immediata o rivalutare
<p>PAP test dubbio (ASCUS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono presenti atipie cellulari non meglio definite • Non c'è traccia di virus • Utile ripetere i test 	<p>PAP test dubbio (ASCUS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono presenti atipie cellulari non meglio definite • C'è la presenza del virus • Valutare la situazione in colposcopia ed ev. biopsia
<p>PAP test anormale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cellule sono atipiche • Non c'è traccia del virus • Valutare la situazione in colposcopia ed ev. biopsia 	<p>PAP test anormale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cellule del collo dell'utero sono anormali • C'è la presenza del virus • Valutare la situazione in colposcopia ed ev. biopsia.

Questo agile schema vuole offrire informazioni sui percorsi di prevenzione del cancro della cervice uterina e fornire indicazioni sul significato clinico dei test utilizzati. Ovviamente, queste informazioni tendono a semplificare una materia molto complessa e non sostituiscono il colloquio con lo specialista.

COVID E RESTRIZIONI; CHE EFFETTO HANNO AVUTO SUI GIOVANI



Cecilia Borzillo

Co-editor de "Il Caduceo"



Bambini foto creata da freepik - it.freepik.com

Sono passati quasi due anni dal 9 marzo 2020, data del dpcm che annunciò il primo lockdown in Italia, disponendo restrizioni per tutte le regioni italiane che diventarono così un'unica grande zona rossa.

Questo evento ha segnato per tutti noi un punto di svolta in senso negativo, cambiando radicalmente il nostro modo di vivere, le nostre abitudini. Questi anni fatti di convivenza e lotta contro il COVID-19 hanno avuto diverse conseguenze gravi, tra queste quelle che riguardano l'aspetto psicologico delle persone. Uno studio dell'Agenzia Giornalistica Italiana (AGI) mostra numeri inquietanti. Già a pochi mesi dall'inizio della pandemia si era registrato che circa il 32% della popolazione manifestasse sintomi depressivi, ma diversi studiosi hanno affermato che le vere conseguenze di ansia e depressione post COVID-19 si vedranno in futuro. Ma questi effetti psicologici e sintomi di depressione colpiscono in modo uniforme tutta la popolazione? La risposta è no, analizzando i dati essi dimostrano come i giovani soffrono due volte di più, rispetto gli adulti, di disturbi psicologici dovuti a continui divieti, settimane senza poter uscire e lezioni da casa. Lockdown e restrizioni non hanno certo aiutato la situazione mentale di nessuno, ma per noi giovani forse è stato troppo difficile da gestire questo cambiamento radicale per quanto riguarda lo stile di vita e le nostre abitudini. Andare a scuola e incontrare i propri compagni, praticare qualche sport e attività, uscire con gli amici e rapportarsi con persone al di fuori della famiglia, sono azioni necessarie e valvole di sfogo per bambini e adolescenti. Prendiamo come

esempio scuole e università; il tempo che si passa in queste strutture non solo è fondamentale per l'apprendimento, che in forma remota e a distanza RISULTA evidentemente meno efficiente, ma è importante anche per quanto riguarda la socializzazione, non poter fare tutto questo ci fa sentire sicuramente più soli. Stesso discorso vale per quanto riguarda le attività e lo sport, su quest'ultimo in particolare l'IPSOS ha pubblicato degli studi e dei sondaggi che mostrano dati tristi e preoccupanti: prima dell'avvento del COVID-19 gli attivi che praticavano sport erano il 73% nella fascia 6-13 anni, il 59% in quella 14-19 e il 20% tra gli adulti, ma con l'avvento della pandemia coloro che hanno abbandonato le attività sportive sono stati tantissimi, in particolare nelle prime due fasce. Di fatti solo il 48% tra i più piccoli e il 30% tra i ragazzi ha continuato a praticare sport.

Tutto ciò ha creato un clima di incertezza e isolamento che ha un impatto fortissimo su bambini e adolescenti, basti pensare degli studi internazionali registrano in queste fasce d'età un aumento dell'ansia dal 19% al 64%, stessa cosa per la depressione, passata dal 22% al 47%. Ma quanto aiuto è stato offerto ai giovani per imparare a gestire e combattere queste situazioni così delicate? Al momento sembra evidente la mancanza di progetti che forniscano supporto psicologico in particolare ai ragazzi. L'allarme è stato lanciato anche dagli ordini regionali degli psicologi che avvertono la necessità di creare un piano che permetta ai cittadini di accedere a terapie di supporto psicologico, poiché le strutture che lo offrono hanno poche risorse a loro disposizione.

TRATTAMENTI ESTETICI PER LE CICATRICI

Dott. Stefan Dima

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

(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)

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



CHE COSA SONO

Le cicatrici sono il risultato della guarigione di una ferita in modo naturale.

La maggior parte delle lesioni quotidiane come lacerazioni, tagli, abrasioni o ustioni non lasciano segni visibili mentre le cicatrici visibili si producono quando vengono coinvolti gli strati più profondi della pelle.

Le fasi principali del processo di cicatrizzazione sono tre:

- 1 - **fase infiammatoria** che dura fino a 5 giorni
- 2 - **fase proliferativa** che dura 3 o 4 settimane
- 3 - **fase della maturazione** che dura fino a 2 o più anni.

L'età dell'insorgenza varia da soggetto a soggetto.

L'incidenza delle cicatrici è uguale tra i maschi e le femmine ed è invece molto più comune nei soggetti di colore e nei pazienti di gruppo sanguigno A.

Le cause di solito seguono un trauma cutaneo come ad esempio: cicatrici chirurgiche, lacerazioni, abrasioni, crioterapie, piercing, tatuaggi, diatermocoagulazione, vaccini, acne, varicella, etc.

I cheloidi, invece, possono insorgere anche spontaneamente e senza storie di traumatismo.

COME SI RICONOSCONO

In base all'evoluzione:

- 1 - **cicatrici normali** - il processo di guarigione corrisponde alla ferita stessa, liscia, ipocromica, priva di annessi cutanei (peli, ghiandole sebacee e sudoripare) in quanto il tessuto è di origine fibrotica.

- 2 - **cicatrici atrofiche** - la riparazione è di scarsa qualità, i margini sono variamente distanziati e nelle prime fasi c'è il rischio di riapertura in seguito a trazioni o traumi.

- 3 - **cicatrici ipertrofiche** - si forma spesso nelle ferite situate nelle zone articolari. Il tessuto fibrotico rimane nei confini della lesione ma si genera in grande quantità formando una cicatrice rilevata, dolente e che può limitare i movimenti articolari.

- 4 - **cicatrici cheloidi** - cheloidi: si tratta di una sovrapproduzione del collagene nel corso della guarigione patologica di una ferita e la formazione va molto al di là dei confini della ferita da cui origina.

In base al piano cutaneo:

- 1 - **Piane**
- 2 - **Depresse**
- 3 - **Rilevate**

In base alla funzione:

- 1 - **senza limitazioni funzionali**
- 2 - **con limitazioni funzionali** - sono di tipo retraenti e determinano contratture.

In base al tempo:

- 1 - **cicatrici mature**
- 2 - **cicatrici immature**



COME SI CURANO

A - Trattamento naturale:

- 1 - Olii essenziali: Tea tree oil, lavanda per azione anti-batterica;
- 2 - estratto di Aloe o di Centella Asiatica per azione antinfiammatoria;
- 3 - Allantoina ed antociani per azione antiossidante;
- 4 - Allium Coepa (estratto di cipolla, preparato commerciale MEDERMA) per azione cheratomodulante, che rimodella i cheloidi tramite compressione;
- 5 - complessi vegetali con effetto idratante;
- 6 - complessi minerali (Petrolatum e silicone) con effetto dermoprotettivo, largamente utilizzato nella fase precoce tramite compressione.

B - Terapie meccaniche:

- 1 - Compressione: utile nelle cicatrici ipertrofiche e cheloidee dove si pratica una medicazione a pressione controllata e graduale da mantenere per 6 - 12 mesi;
- 2 - nastro adesivo microporato - usato come terapia precoce nei pazienti a basso rischio infettivo per cicatrici mobili (vicine alle articolazioni).

C - Terapie farmacologiche:

Infiltrazioni intralesionali di cortisone, citostatici (bleomicina, 5-fluorouracile) ed interferone per le cicatrici ipertrofiche.

D - Terapie estetiche:

- 1 - Laser ablativo frazionato CO2 - che ha un effetto rigenerativo e levigante;
- 2 - Laser non ablativo frazionato, Radiofrequenza - migliora la qualità dei tessuti di supporto;
- 3 - Laser vascolari - KTP, Nd-Yag, Alessandrite - migliora la parte vascolare;
- 4 - Laser Q-Switch, Luce pulsata ad alta intensità - migliora la parte discromica della pelle;
- 5 - Dermoabrasione - consiste in una levigatura meccanica della pelle;
- 6 - Peeling - è un trattamento mediante sostanze a diversi gradi di acidità e cheratomodulante;
- 7 - Filler - è un trattamento mediante iniezioni di sostanze a base di acido ialuronico che è utilizzato per distendere le cicatrici atrofiche;
- 8 - Polinucleotidi - prodotti a base di acidi nucleici con azione biostimolante e bioristrutturante;
- 9 - Crioterapia - un trattamento che utilizza il freddo per le cicatrici molto piccole;
- 10 - PRP - naturali o biomimetici, sfruttano i meccanismi riparativi cellulari per favorire e modulare i processi nella fase di cicatrizzazione;
- 11 - infiltrazioni di Botox intra e perilesionali - ha la capacità di diminuire l'energia alla cicatrice ipertrofica o cheloide;
- 12 - Micro-Needling oppure Dermaroller - che permettono di migliorare la rigenerazione cellulare;
- 13 - Ossigeno-ozono terapia - migliora l'effetto antinfiammatorio;
- 14 - Carbossi terapia - distende il tessuto e ne aumenta l'ossigenazione;
- 15 - mesoterapia omeopatica - permette di stabilizzare e migliorare l'effetto rigenerativo delle cicatrici;

16 - Laser a bassa potenza e LED - migliora la produzione di collagene ed elastina;

17 - PB Serum - è un composto di 3 enzimi: Lipase, Collagenase, Hialuronidase ed è particolarmente indicato per il trattamento e la prevenzione di fibrosi post-chirurgiche, cicatrici ipertrofiche, cicatrici atrofiche, cheloidi, innesti cutanei (trapianti) e post ustioni.

E - Trattamento chirurgico:

- 1 - può essere utilizzato per modificare la posizione, larghezza o forma della cicatrice o per diminuire la tensione di un esito cicatriziale migliorando la funzionalità della zona interessata.
- 2 - trapianto di pelle: dove la pelle sana è prelevata da un'altra zona del corpo con caratteristiche simili.

U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale), da sempre all'avanguardia per il benessere dei suoi pazienti, anche in questi casi è in grado di proporre le soluzioni più innovative ed efficaci.



Courtesy of G. Scarcella, M.D.
Verona, Italy



Acne scars treated with insight Nd:YAP laser handpiece.
Courtesy of M. Sannino M.D. - Naples, Italy.



Active acne treated with Lazar PL handpiece. Photos taken using QUANTIFCARE 3D software.
Courtesy of D. Piccolo M.D. - Avezzano (AQ), Italy



Courtesy of G. Scarcella, M.D.
Verona, Italy

CHE COSA È LA TOSSINA BOTULINICA

D.ssa R. Myriam Bozzone

Medico-Chirurgo
Medico Estetico

Responsabile Ambulatorio di Medicina Estetica
presso Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Roma
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



La tossina botulinica è un farmaco che permette di inibire temporaneamente l'azione dei muscoli mimici del volto riducendo la formazione delle rughe di espressione.

Innanzitutto una questione terminologica: Botox non è sinonimo di "punturina". Il Botox è il nome commerciale utilizzato negli USA da una delle aziende produttrici di tossina botulinica per uso estetico, la statunitense Allergan (Vistabex). Esistono altri due produttori autorizzati: l'inglese Ipsen (Azzalure il prodotto) e la tedesca Merz (Bocouture). Lo stesso termine o la parola botulino non può comprendere tutto l'ampio spettro della medicina estetica (all'interno della quale rientrano per esempio tutti i diversi filler, trattamenti al laser e trattamenti biorivitalizzanti). Tantomeno la parola botulino può essere assimilata ad un intervento di chirurgia plastica come può essere un lifting del viso o una blefaroplastica. Sono stufo di sentire "labbra gonfiate dal botox": questa sostanza è un antirughe, non un filler volumizzante il botulino è un farmaco, ben diverso dai classici filler iniettabili come ad esempio l'acido ialuronico. Essendo un farmaco, la tossina botulinica è regolamentata da un preciso disciplinare che viene approvato dall'Aifa.



COME AGISCE?

La tossina botulinica è un potente inibitore neuromuscolare ad azione locale, altamente specifico che produce un effetto di denervazione chimica, bloccando la liberazione di acetilcolina a livello della placca neuromuscolare. In pratica blocca il comando che va ai muscoli (ma anche alle ghiandole, e per questo viene utilizzato nei casi di iperidrosi per ridurre la sudorazione ascellare, palmare e plantare).

PER CHI È INDICATO?

In medicina estetica viene iniettato per ridurre le rughe frutto della contrazione muscolare, quindi per il 90% su fronte, contorno occhi, zampe di gallina, rughe globulari o del corrucciamento. I medici più esperti utilizzano la tossina botulinica a scopo estetico anche in altre zone del viso, oltre che il terzo superiore. Si tratta di casi particolari, ma con risultati ottimi. Per esempio c'è chi quando sorride, piega la punta del naso verso il basso: con un'iniezione di botulino si sblocca il muscolo e si lascia libero il naso dipuntare verso l'alto. Discorso simile per chi sorridendo scopre le gengive: si può ottenere un abbassamento della zona superiore del labbro. Un altro muscolo che trae giovamento dal trattamento è il massetere, il muscolo masticatore che è perennemente contratto e ipertrofico in chi digrigna i denti: ovviamente l'iniezione va sempre associata ad un trattamento ortodontico. L'azione del botulino è specifica, non paralizza i muscoli, ma li rilassa, distendendoli, conferendo così al volto un aspetto naturale e riposato.

DOVE VENGONO FATTE LE INIEZIONI E IN COSA CONSISTE IL TRATTAMENTO?

Le iniezioni vengono effettuate all'interno dei muscoli mimici e per questo motivo deve essere effettuato da mani esperte che conoscano bene l'anatomia.

Il trattamento è ambulatoriale, senza ricovero e senza anestesia e dura circa 15-20 minuti. Il farmaco viene iniettato con un ago sottilissimo. Durante il trattamento si può avere una sensazione di pizzicore e dopo l'infiltrazione si può avere un leggero rossore nei punti di inoculo. I risultati sono visibili dopo qualche giorno e si raggiunge il massimo effetto a 3 settimane-1 mese.

LA DURATA?

I suoi effetti antirughe perdurano per 3-6 mesi dipende dalla profondità delle rughe e dalla mimica facciale. Nell'iperidrosi la durata è di circa 8 mesi.



Mano foto creata da wavebreakmedia_micro - it.freepik.com

Nelle persone più giovani, prima dei 40 anni, sono sufficienti 2 trattamenti l'anno, per chi è più avanti con l'età anche 3 volte l'anno.

Il botulino innesca un circolo "virtuoso" NON vizioso, per cui lo si può considerare una prevenzione dell'invecchiamento, in quanto, non essendo presenti o perlomeno attenuate per un certo periodo le rughe trattate, ed avendo la nostra pelle La Memoria della ruga, queste si approfondiranno più lentamente nel tempo.

È SICURA LA TOSSINA BOTULINICA?

Il botulino utilizzato in medicina estetica non paralizza i muscoli, non migra, non crea allergia, è un farmaco certificato direttamente dal ministero della Sanità, dalla sicurezza comprovata; bisogna sgombrare il campo dai pregiudizi. Certo il suo nome suona minaccioso ed evoca tossicità, ma di questa proteina di cui esistono 7 tipi diversi, solo due sono considerati in medicina: si utilizzano dal 1975 nelle paralisi spastiche, in ginecologia, nello strabismo dei bambini, in urologia in dosi (mai tossiche) 100 volte superiori a quelle impiegate in medicina estetica e che potremmo definire omeopatiche.

UNA DELLE CRITICHE CHE PIÙ DI FREQUENTE VIENE RIVOLTA AL BOTULINO È CHE TOGLIE ESPRESSIVITÀ.

«L'effetto "paralisi" è dovuto ad un eccesso di utilizzo: alle giuste dosi il risultato è naturale. Il trattamento con il botulino si può effettuare in

qualsiasi stagione, senza problemi di esposizione al sole. «Ciò che bisogna sapere è che si utilizza un ago, quindi c'è sempre la possibilità di ledere un capillare: per questo si consiglia di non fare attività fisica intensa o saune dopo le iniezioni, per evitare una vasodilatazione che potrebbe causare un piccolo ematoma (livido)».

EFFETTI COLLATERALI E CONTROINDICAZIONI

Come qualsiasi farmaco il botulino ha alcune controindicazioni, riportate in letteratura come rare e facilmente gestibili, e delle quali lo specialista è tenuto ad informare il paziente. È comunque importante affidarsi a mani esperte poiché a volte l'effetto collaterale non è da attribuirsi al farmaco in sé bensì alla tecnica o alla scarsa esperienza del medico. Bisogna conoscere bene l'anatomia muscolare per sapere dove iniettare.

Gli effetti collaterali sono rari e possono essere distinti in reazioni *generalizzate*, quali nausea, fatica, rash cutanei, e reazioni *locali*, quali eritema, emicrania, ecchimosi, iperestesia ptosi della palpebra, del sopracciglio, sguardo mefistofelico, edema della palpebra inferiore, immuno-resistenza.

Affidiamoci, pertanto, a mani esperte per ottenere un risultato naturale ed un viso 'riposato'.

COME MIGLIORARE SE STESSI

parte II[^]

Dott.ssa Rita Reali

Pedagogista - Mental Coach in Mindset e Sport
Specializzata in PNL a livello internazionale
Iscritta all'Assocoaching - Associazione Nazionale del Coaching
ritareali@yahoo.it



P=p-i

Accompagnare il coachee (cliente) verso il raggiungimento dell'Autoconsapevolezza è l'obiettivo che si pone un Mental Coach. Autoconsapevolezza del potenziale interiore. Per arrivare a questo obiettivo, dobbiamo allenare il nostro cervello esattamente come facciamo in palestra dove ci rechiamo per allenare i muscoli. Vediamo insieme come funziona il nostro cervello. Quando nasciamo la nostra mente è un insieme di Neuroni, immaginiamo il cervello come un disco da formattare. Noi siamo il risultato dei files (famiglia, amici, e tutte le frequentazioni) che sono stati inseriti nel nostro disco. Tutte le parole e immagini, ascoltate e viste fin da piccoli sono state archiviate nella nostra mente, hanno formato la nostra Mappa Cognitiva. La Mappa che ognuno di noi ha formato non sempre corrisponde alla realtà che ci circonda, LA MAPPA NON E' IL TERRITORIO, questa frase sta proprio ad indicare questa diversità, tra la realtà fuori e dentro la nostra mente. E' fondamentale per la crescita personale imparare a svincolare quello che si percepisce (mappa) con quello che E' la realtà che ci circonda (territorio) questo è il primo passo verso il cambiamento. Arricchire la Mappa Soggettiva per avere possibilità di scelta, ognuno di noi E' quello che sceglie di essere ed è per questo che è fondamentale avere Consapevolezza di chi siamo, di cosa sappiamo fare. IL CAMBIAMENTO È UNA COSA SERIA, A PATTO CHE SI SAPPIA COSA È E COME FARLO (R. Bandler). Le Mappe determinano quello che faremo o NON faremo nella nostra vita.

La Mappa sono i nostri pensieri e le nostre convinzioni. Il nostro cervello fondamentalmente è pigro, fa fatica ad uscire dalla comfort zone, serve la Mente, sede delle Emozioni per stimolare il cervello per cambiare e raggiungere nuovi OBIETTIVI.

Riconoscere e gestire le Emozioni è un altro Obiettivo che si riesce a raggiungere allenando la nostra mente. È importante "conoscere se stessi" noi siamo ciò che pensiamo, i nostri pensieri possono essere Potenzianti o Depotenzianti.

I pensieri generano Emozioni e si trasformano in Azioni. Un pensiero depotenziante può arrivare a cambiare anche la fisionomia del nostro corpo.

Le emozioni negative generano Neurotrasmettitori, sostanze chimiche emesse nella sinapsi neuronica, negativi per la salute del nostro corpo.

Spostare il Focus da un pensiero depotenziante a uno potenziante, eliminare le convinzioni limitanti, fa parte dell'allenamento mentale, per avere una qualità della vita migliore, per raggiungere gli Obiettivi nella vita personale, nel mondo del lavoro e nello sport, per avere relazioni migliori con chi frequentiamo, per essere assertivi, per essere portatori di energia positiva, per non vivere una vita in "trance ipnotica", cioè ripetere meccanicamente sempre le stesse azioni quotidiane.

Essere la causa, non l'effetto, delle decisioni che prendiamo per il nostro presente e futuro porterà a vivere senza rimorsi e rimpianti, a raggiungere una serenità che sta alla base della salute mentale, fondamento della prevenzione di malattie psicosomatiche.



Donna foto creata da wayhomestudio - it.freepik.com

IL BATTITO D'ALI ovvero l'effetto farfalla e i virus collaterali (della ragione) refrattari ai vaccini



Dott. Vito Manduca
Editore, scrittore e saggista

Quello che in matematica e in fisica si definisce "l'effetto farfalla" e che nella teoria del caos rappresenta il concetto di dipendenza sensibile alle condizioni iniziali ci dice in sostanza che piccolissime variazioni in qualsiasi parte del pianeta possono generare grandi variazioni a lungo termine e in ogni dove in un sistema complesso. Certo il neo premio Nobel per la fisica **Giorgio Parisi** (pronuncio e scrivo questo cognome a me familiare con rispetto e con un pizzico di orgoglio e di affetto giacché questo cognome è quello di mia madre) userebbe sicuramente argomenti e terminologie più appropriate per illustrare il concetto; ma io, che premio Nobel non sono – ma non dispero, c'è sempre tempo – né scienziato nel senso stretto del termine, volo basso; non è mia intenzione dimostrare teorie ma avanzare dubbi e considerazioni sul "battito d'ali" (di pipistrello? di farfalla? di gabbiano? di uomo? Pare tuttavia che la farfalla o il gabbiano stavolta non c'entrino... forse il pipistrello in collaborazione con l'uomo). Quale che sia il "volatile" che lo ha prodotto, di certo il battito d'ali che ci sta condizionando, generatosi in un piccolissimo punto del pianeta, ne ha sconvolto l'equilibrio insito nel suo sistema che è sicuramente il più complesso che conosciamo.

Ma davvero siamo sicuri al cento per cento che sia l'unico responsabile?



Con queste considerazioni è mia intenzione andare oltre gli effetti diretti del virus di cui si argomenta quotidianamente fin troppo, anch'io l'ho fatto abbondantemente in miei articoli e pubblicazioni. È mio desiderio invece attivare un focus su quelli che potremo definire "effetti collaterali" che a loro volta, in una concatenazione di eventi, hanno alimentato nuovo caos che si è aggiunto al caos iniziale, producendo un'infinità di "battiti d'ali" in grado di produrre effetti tanto benefici quanto nefasti finendo per favorire l'avanzata del virus.

Sono persuaso che dirò cose che magari sarebbero fortemente confutate dai fisici e dai matematici ma sicuramente troveranno più tepore da parte dei sociologi e degli psicologi: non tutti i battiti sono



uguali e non tutti i battiti producono i medesimi effetti, dipende anche dalla capacità di propagazione del battito che è figlio dei possessori delle ali che battono. E siccome, nella mia elucubrazione, le ali che battono sono di uomini è evidente che più potenza di fuoco hanno quegli uomini e maggiori saranno gli effetti sul sistema complesso chiamato consorzio umano.

I battiti delle ali umane sono rappresentati principalmente da tre elementi: pensieri, parole e azioni (opere); maggiore è la capacità di trasmettere il proprio pensiero fino a raggiungere le masse con le parole e a condizionare con le opere, maggiori saranno gli effetti che potranno essere di segno negativo o positivo per la collettività ma, in ogni caso, sempre coerenti con l'obiettivo posto da chi le ali le ha battute.

La storia è piena di entrambi i fenomeni; per non disperderci, citerò solo due esempi di segno opposto: quando il giovane operaio tedesco di nome Adolf Hitler mosse la prima volta le sue ali nere e minacciose forse non immaginava l'esito finale, ma di certo quando si trovava all'apogeo della gloria avrà avuto di che compiacersi (magari solo essersi stupito del risultato). Sul versante opposto, quello del bene, prendiamo un nome a caso Mahatma Gandhi, esempio unico di diffusione del pacifismo e della contrapposizione della non violenza alla violenza.

IL BATTITO D'ALI ovvero l'effetto farfalla e i virus collaterali (della ragione) refrattari ai vaccini

Ma veniamo ora ai giorni nostri e riconcentriamoci sullo stravolgimento planetario conseguente al virus e ai battiti d'ali degli uomini potenti e influenti, generati come reazione a catena rispetto al fenomeno iniziale.

Riflettere sugli errori è comunemente risaputo che sia più utile dell'autoreferenzialità anche quando giustificata dalle eccellenze. Quindi voglio qui ripetere ciò che ho voluto mettere in evidenza nel mio ultimo saggio **La peste gialla oltre la Grande Muraglia**, EDDA Edizioni 2021, non già le eccellenze nelle prime misure di contrasto alla pandemia e di quelle successive di fronte al perdurare dell'aggressione virale, eccellenze che pure sono riconosciute nel libro, ma attivare un focus sugli errori, talvolta grossolani, talvolta forse dolosi, sempre irresponsabili e colposi degli uomini potenti della terra in grado di produrre battiti di enormi proporzioni tali da orientare nel bene e nel male (stavolta nel male) la lotta e la difesa nei confronti del virus.

Cominciamo dal leader potente, tra i più potenti, dove tutto ebbe inizio: **Xi Jinping**. Non vi è dubbio che il potere assoluto che il suo popolo gli consente (opinabile o meno, ma reale e legittimo) è, ed era, tale che una comunicazione più libera, più onesta e soprattutto più tempestiva al resto del mondo sulla presenza del virus in circolazione, sulle sue origini (naturali o di laboratorio), sulla sua pericolosità, fornendo alla comunità scientifica mondiale ogni elemento di conoscenza utile per arrestare o rallentare la corsa, sarebbe stata più condivisibile, più responsabile e avrebbe perfino potuto attenuare le eventuali re-

sponsabilità di averlo prodotto, o lasciato sfuggire dal laboratorio. Se di laboratorio si è trattato. Il suo battito d'ali, invece, è stato orientato prima a nascondere, poi a minimizzare fino a reprimere perfino coloro che avrebbero voluto parlare in tempo al mondo, come quel primo giovane medico che ne parlò, messo prima all'ostracismo e infine causandone, forse, la morte proprio per covid.

Non sapremo mai se un comportamento più solidale, più responsabile, più tempestivo, più trasparente, in definitiva più giusto, avrebbe potuto evitare catastrofi globali come quelle che conosciamo. Di sicuro possiamo dire che la comunità mondiale avrebbe potuto attrezzarsi meglio e prima, risparmiando forse centinaia di migliaia di vite umane.

Ma queste sono congetture: il fatto che rimane e che comunemente viene stigmatizzato dall'umanità è l'errore, colposo o doloso, poco importa a queste dimensioni, che ha favorito l'amplificazione del caos partendo dall'Oriente, oltrepassando la Muraglia e contaminando l'intero pianeta.

Come attenuante lieve (che però non elimina l'errore) possiamo riconoscere a Xi Jinping la capacità successiva di imporre misure draconiane al suo popolo, a partire dalla provincia di Wuhan dove tutto ebbe inizio, volte a fare barriere tagliafuoco con i lockdown e con le quarantene, misure clonate e replicate poi in tutto il mondo, se pure con tempi e modalità differenti da paese a paese, adottando misure di controllo, certo severe ma più blande, rispetto a quelle cinesi che solo un regime è in grado di attuare e far digerire alla popolazione.





Medico foto creata da freepik - it.freepik.com

Diciamo che nel caso di Xi Jinping l'iniziale errore di soffocare e poi aggiustare alle proprie ragioni di Stato la conoscenza è stato in parte compensato dalle misure di contrasto che hanno fatto da apripista in tutto il mondo.

Da Oriente passiamo all'Occidente, procedendo per ordine di importanza dei potenti, almeno così come percepita da chi scrive. **Donald Trump**, se non il più potente del pianeta, nella primavera del 2020 senz'altro il più influente del mondo occidentale, ha sin da subito interpretato il fenomeno, a mio sentire, in modo non congruo e non degno per un presidente USA, un ruolo che, se non fosse per il rispetto che merita il popolo americano, potremmo definire prima che irresponsabile addirittura goffo, da marionetta, da comico d'avanspettacolo. Eppure la sua pur giustificabile allergia verso la Cina avrebbe dovuto rappresentare una ragione in più per riconoscere ciò che l'avversario di sempre negava: l'esistenza, del virus, la sua pericolosità e la sua origine.

Invece la prima reazione, col primo battito d'ali, fu quella di negare. Negare, negare come vecchie filosofie hanno insegnato e raccomandato da sempre all'adultero o all'adultera anche se colti in flagranza. Quando negarne la presenza diventava insostenibile passò a negarne la pericolosità in palese dissenso con i suoi stessi scienziati, come l'immunologo di fama internazionale il professor Fauci. Non si trattava altro che di un virus assimilabile a quello delle normali influenze stagionali e lo si poteva combattere individualmente con cure fai da te, anche ingerendo dosi di detersivi...

Tornando ai sistemi complessi di apertura dell'articolo, si comprende come un simile "battito d'ali" di un uomo indubbiamente fra i più influenti sul piano comunicativo, che propone al mondo una soluzione così semplice a un problema così complesso, possa essere potenziale fonte di pericolo, se non superiore almeno pari al virus. Al di là dell'uscita clausura dei detersivi da ingerire, quella posizione protratta nel tempo ha messo in serio pericolo non solo lo stesso Trump e la sua famiglia, i cui componenti incuranti del distanziamento fisico si sono contagiati, ma centinaia di migliaia di americani dove i contagi giornalieri correvano in modo impressionante.

Era evidente che la sua posizione, oltre che scaturita dalla personalità greve dell'uomo, era dettata da un errato mero calcolo politico, essendo in campagna elettorale, che scommetteva sull'assonanza tra il suo modo di vedere e la maggior parte degli americani. Non era un caso che, pure negando prima l'esistenza e poi la pericolosità del virus, non perdeva occasione di attaccare la Cina come il popolo degli untori: contro ogni diverso parere supportato dagli scienziati di tutto il mondo lui non aveva dubbi: il virus era stato creato in laboratorio dai cinesi che per questo avrebbero dovuto essere sanzionati. Non c'è bisogno di essere politologi per comprendere, a dire poco, la contraddizione fra la negazione e la gravità dell'operato cinese.

Ma anche nel calcolo politico l'uomo si è rivelato fallace: la maggioranza degli americani gli voltò le spalle preferendo il più mite Biden... sul quale ancora non ci pronunciamo, ma sicuramente il cambiamento di

IL BATTITO D'ALI ovvero l'effetto farfalla e i virus collaterali (della ragione) refrattari ai vaccini

linea ha consentito di incanalare il controllo della pandemia secondo gli standard universalmente riconosciuti come scientificamente efficaci. Ricucendo anche lo strappo con la propria comunità scientifica.

Linea simile quella del Presidente del Brasile, l'irriducibile **Bolsonaro**. Non sto qui a ripetere l'approccio negazionista non dissimile da quello di Trump, d'altronde ricordiamo tutti le fosse comuni in entrambi i paesi che hanno suscitato il raccapriccio di parte della popolazione mondiale, con l'aggravante per questo uomo dell'atteggiamento sprezzante perfino nei confronti dei sanitari, lasciati praticamente soli a combattere.

Discorso a parte, per concludere, la posizione di **Boris Jonson** che ha subito nel corso della pandemia una metamorfosi che per i credenti potrebbe avere del miracoloso. Boris Jonson sostanzialmente non è mai stato negazionista rispetto alla presenza del virus, il suo, diciamo così, "negazionismo" si riferiva alle misure da prendere per contrastarne l'avanzata. Secondo il premier britannico, protagonista indiscusso della Brexit, non serviva alcuna misura restrittiva (distanziamento sociale, lockdown, mascherine...) il virus avrebbe dovuto avere via libera di circolare fra la popolazione in modo da rendere possibile l'**immunità di gregge**, mettendo in conto la certezza di centinaia di migliaia di morti senza che la comunità potesse, anzi dovesse, fare nulla per evitarle. Insomma vinca il migliore, che tradotto significa "viva il più forte".

Con tale impostazione, derivante da teoria assolutamente riconosciuta dalla scienza, ciò che si negava non era la presenza del virus o la pericolosità ma i progressi straordinari fatti dalla scienza medica nell'ultimo secolo per la salute collettiva nonché l'evoluzione dei diritti civili e sociali che prevedono un po' ovunque il diritto di individui e collettività a ricevere adeguate cure dal proprio Stato. E ciò a prescindere dalla forma statutale di ogni singola nazione: che sia monarchia, repubblica, principato o finanche dittatura tale diritto è più o meno riconosciuto ovunque e l'immunità di gregge non può mai essere la misura prevalente ma una teoria e un'ipotesi quando la scienza dovesse arrendersi anche a ricercare nuove soluzioni.

Ma noi abbiamo conosciuto due Boris Jonson, e qui sta la miracolosità della sua metamorfosi: il Boris prima che il virus aggredisse proprio lui, e quello dopo la guarigione. Il secondo, convertendosi finalmente e abbracciando le misure adottate dai governi più virtuosi, come per nostra fortuna l'Italia – al netto degli errori fisiologici di ogni governo, tuttavia mai paragonabili a quelli citati – è diventato il più rigoroso, prima disponendo lockdown draconiani e poi partendo per primo, libero dai vincoli dell'Europa, con una campagna vaccinale di massa e consentendo all'Inghilterra di rientrare pian piano nel trend fisiologico dei contagi fino a divenire uno dei paesi col maggior risultato. Purtroppo la sensazione, e forse l'ebbrezza, di esserne usciti deve aver inebriato troppo gli inglesi, governo incluso, che si ritrovano ora a essere con la variante **Omicron** nuovamente in una situazione incontrollabile. Vedremo durante e subito dopo le feste se il rigore, conseguente alla metamorfosi Jonson, possa ritornare e ridare serenità agli inglesi.

Concludendo, per quanto mi riguarda, non smetterò mai di ripetere il mio mantra: è ormai chiaro che questo virus non lo si annienterà del tutto nel breve periodo su basi, diciamo così, solo scientifiche; è infatti evidente che vaccini e cure, fondamentali per ridurre i danni e salvare vite, da soli non bastano se non accompagnati da comportamenti virtuosi, a partire da chi deve prendere decisioni, se occorre, impopolari anche per imporre i comportamenti – i governanti li eleggiamo e li paghiamo anche per questo e non per dar loro la vetrina di bravi scolaretti da dove presentare libri, sponsorizzare imprenditori amici o celebrare perenni campagne elettorali – per finire alla popolazione che tali comportamenti deve seguire e che, in fondo, non sono rivoluzionari o impossibili. Essi si riducono a poche buone pratiche: rispetto dello spazio fisico tra una persona e l'altra (se volete chiamatelo distanziamento fisico) che certo qualche problema di relazione crea (pensiamo ai rapporti sessuali fra sconosciuti...); lavaggio frequente delle mani (buona pratica che precede e prescinde dall'emergenza) e, questa sì novità certamente sopportabile e non costosa, l'utilizzo della mascherina verso la quale si è drammatizzato fin troppo, senza contare che l'uso della mascherina è raccomandato, e non da oggi, per determinati lavori. Insomma, una campagna massiccia di educazione a tali comportamenti sarebbe necessaria.

Plaudendo alle misure adottate in Italia, sia dall'attuale governo sia da quelli precedenti che hanno consentito un inatteso riconoscimento all'Italia da parte dell'«Economist», un neo nelle ultime decisioni che prolungano l'emergenza lo devo segnalare: non aver avuto il coraggio perlomeno di raccomandare, se non imporre sin dall'inizio, le mascherine all'aperto ovunque, giacché ovunque, boschi e foreste a parte, vi è la possibilità di incontri ravvicinati. È stato un errore e questo per due motivi: primo perché, specie in questa stagione, ovunque si incontrano persone raffreddate, e Dio solo sa se contagiate, che senza ritengo tossiscono e starnutiscono senza schermarsi in direzione di chi è loro vicino, e secondo perché si manda il messaggio che in fondo la mascherina non serve.

Per parte mia non ho mai smesso di fare appelli in tal senso su tutti i canali social a mia disposizione, attirandomi certo consensi ma anche censure, non voglio dire insulti: al governo rivolgendomi direttamente al Premier Draghi, agli amici, ai colleghi, in famiglia e perfino in condominio. Ma non è mai troppo tardi per rimediare, registro con un pizzico di soddisfazione che gli ultimi provvedimenti contengono tale misura. Non ho la presunzione di esserne stato l'artefice, tra tante voci in senso opposto la mia spesso si perde, ma ho fatto la mia parte. A conferma che norme di questo tipo debbono essere accompagnate da massicce campagne di formazione e controllo, sono numerose le persone che, nonostante l'obbligo, continuano anche nei luoghi affollati a non indossare la mascherina: l'ultimo caso giorni fa a piazza Tuscolo, un intero gruppo al semaforo proprio di fronte a tre agenti della polizia urbana, rimasti del tutto indifferenti alla trasgressione.



La speranza che abbiamo di durare è una storia d'amore, speciale e impossibile, o forse no, chissà. È un giallo dei sentimenti che aiuta chi lo legge a entrare nel proprio mondo interiore e a confrontarsi con i sentimenti più riposti.

Siamo umani, dunque speriamo di Michele Trecca

Il prof. Emilio Masina, eminente psicanalista all'esordio letterario, con il suo romanzo ci offre anche un quadro affascinante di questa fondamentale pratica medica.

Ogni amore è speciale a modo suo, ma quello fra uno psicoanalista e la sua paziente lo è ancor di più... o, meglio, lo sarebbe se fosse possibile. Ma perché no? Può mai un divieto soffocare un sentimento? E con quali conseguenze? Lo chiediamo al dott. Emilio Masina, che la psicoanalisi la pratica da sempre per mestiere ed ora anche come narratore.

Il dott. Masina, infatti, è membro ordinario dell'Associazione italiana di Psicoanalisi, *full member* dell'International Psychoanalytical Association. Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia, socio fondatore della Cooperativa di aiuto psicologico agli adolescenti "Rifornimento in volo" e docente della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica SPS.

Quel che, però, qui più conta è che questo prestigioso percorso professionale è entrato prepotentemente nelle pagine del suo romanzo d'esordio.

La speranza che abbiamo di durare è un giallo dei sentimenti. Il romanzo, infatti, racconta il possibile amore fra Lavinia e Mario: lei in analisi, lui psicoanalista. E proprio come in un giallo solo alla fine sapremo - con un gran colpo di scena - se l'attrazione fra Lavinia e Mario sarà tanto forte da bruciare in baci e abbracci la relazione medico-paziente.

Intanto, però, la libertà della forma romanzo offre all'autore l'occasione di una complessiva ricognizione dei fondamenti della propria disciplina. E

il prof. Masina, questa libertà, la sfrutta in pieno, contemperando brillantemente il rigore di una preziosa divulgazione scientifica con le esigenze emotive e il ritmo di una narrazione.

La speranza che abbiamo di durare è un quadro preciso dell'attuale stato dell'arte della psicoanalisi: dubbi, difficoltà, certezze e potenzialità. Fascino, orgoglio e solitudine dell'analista: non manca nulla. Ma torniamo a Lavinia e Mario.

- Dott. Masina, ci presenta i due protagonisti? Chi è Lavinia? Di cosa soffre?

«Lavinia soffre perché - come capita a tutti i nevrotici, cioè le persone ansiose, fragili di nervi, disturbate dall'uno o l'altro sintomo psicologico - i suoi bisogni d'amore nell'infanzia sono stati frustrati da genitori troppo distanti, già impegnati dal loro lavoro e dalla cura dei figli più grandi. Dopo tanti anni oscilla ancora fra il reprimerli, mantenendo con gli altri relazioni superficiali e il cercare di appagarli, lamentandosi con il marito e i figli delle scarse attenzioni che riceve e sforzandosi di attrarre lo sguardo e la considerazione degli uomini esibendo il suo corpo e la sua bellezza.»

- Perché Mario è diventato psicoanalista? Quanto, per esempio, ha inciso nella sua scelta la sofferenza della madre? Possiamo anche ricordarla, in breve, questa storia che è un piccolo romanzo nel romanzo?

«La motivazione di Mario a diventare psicoanalista è maturata nel corso degli anni: si è trattato di un lento accumulo di impressioni e riflessioni sparse. Certamente il suo rapporto con una madre affettuosa ma fragile e insicura ha giocato un ruolo. Per meglio relazionarsi a lei ha cercato fin da piccolo di capirne gli improvvisi cambiamenti di umore e ha sviluppato sensibilità, curiosità ed empatia. Quando il dottore ha incontrato la Psicoanalisi l'ha riconosciuta come uno strumento che facilitava l'esplorazione e la comprensione del senso della vita ma che offriva anche la possibilità di aiutare gli altri a stare meglio.»

- Che cosa spinge Lavinia e Mario l'uno verso l'altra?

«Mario ha scelto una professione che gli consente di entrare in risonanza empatica con la vita degli altri e, dapprima, è interessato a Lavinia come a tutti gli altri suoi pazienti. Poi, anche a causa di alcune problematiche della sua vita privata - in particolare la crisi con la moglie - si scopre attratto dall'intelligenza e dalla bellezza della paziente e diventa più sensibile alle attenzioni che questa gli rivolge. Entra così in una sorta di conflitto di interessi fra gli obiettivi della terapia e la sua deontologia professionale e, dall'altra parte, l'attrazione per la paziente e l'impulso a corrispondere l'amore di lei.»





Persone foto creata da jcomp - it.freepik.com

- E Lavinia?

«Lavinia, invece, è spinta verso il dottore dal suo transfert, cioè dalla tendenza a vedere nello psicoanalista una figura importante come quelle materna e paterna. La paziente cerca di risolvere la sua solitudine e i suoi problemi di autostima evitando il dolore di una presa di consapevolezza sulla propria storia di abbandono e cercando, invece, di far abbandonare al dottore il riserbo dovuto al ruolo e alla funzione che svolge nella terapia. Prova cioè ad avere da lui quell'amore che non ha mai potuto ricevere da bambina e a ribaltare il suo destino di incompresa.»

- Un paziente è per sempre: si può dire così del rapporto fra uno psicoanalista e le persone che egli ha in cura? Eppure oggi - come lei fa presente nelle prime pagine - un po' tutti consideriamo i nostri interlocutori intercambiabili, anche nelle relazioni intime. Ci diciamo: l'amore è finito, e ci lasciamo quasi senza soffrire. È, dunque, questa inamovibilità l'aspetto particolare del lavoro dello psicoanalista?

«Inamovibilità no, perché la terapia a un certo punto finisce e paziente e analista si separano, riprendendo a vivere la loro vita; senza vedersi mai più, anche se rimangono uno nella mente dell'altro. Affidabilità sì, perché il bravo analista si dedica con impegno e tenacia alla relazione con il suo paziente per aiutarlo a risolvere i suoi problemi. Ciascun paziente ha un posto specifico nella mente del dottore, un po' come ciascun figlio lo ha nella mente dei genitori. Lo psicoanalista sa bene che non deve mettere i suoi bisogni narcisistici - quelli di essere amato, apprezzato e valorizzato - oppure di guadagno, davanti a quelli del paziente. Altrimenti commetterebbe nei confronti del paziente un vero e proprio abuso. Nel romanzo Mario è angosciato proprio dalla possibilità che questo si verifichi.»

- Lei scrive: Il transfert è come una recidiva d'amore. Ci può spiegare?

«Vuol dire che attraverso il transfert si ravvivano e si trasferiscono sull'analista gli impulsi amorosi e ostili

che il paziente ha vissuto nell'infanzia nei confronti dei genitori o di altre figure, come un nonno o una zia, che ne hanno fatto le veci. Ciò si verifica perché la psicoanalisi prevede che il paziente sviluppi una forte intimità e dipendenza affettiva nei confronti dell'analista, che incontra tre o quattro volte alla settimana. È proprio attraverso questa dipendenza, però, che il paziente e l'analista possono rendersi conto di quello che non è andato nella vita del paziente, lasciando strascichi dolorosi (inibizioni, emozioni incontrollabili, confusione fra diverse prospettive, sintomi psicosomatici ecc...). E dunque possono collaborare a chiarirlo, in modo che il paziente riesca finalmente a gestire questi aspetti, piuttosto che farsene inconsciamente dominare.»

- Qual è il margine di soggettività nel percorso terapeutico indicato dallo psicoanalista? Quanto, invece, è codificato da protocolli?

«A differenza del medico lo psicoanalista non segue protocolli codificati perché ogni paziente è un caso a sé e lui e il terapeuta sviluppano una relazione originale e diversa da tutte le altre. Vi è dunque un alto livello di soggettività, in entrambi i membri della coppia al lavoro. Ciò non vuol dire che lo psicoanalista non abbia una tecnica e una conoscenza della psicologia umana che ha conseguito con un *training* lungo e approfondito. *Training*, fra l'altro, che prevede di cimentarsi lui stesso nel ruolo di paziente, per imparare a distinguere i suoi problemi da quelli degli altri. Inoltre, il *setting* di lavoro, cioè le regole che inquadrano la terapia, rappresentano una protezione per la coppia al lavoro ricordando loro gli obiettivi e il senso della psicoterapia.»

- Qual è la qualità fondamentale per uno psicoanalista? Ma la poltrona su cui egli siede è un ponte di comando o una gabbia che lo imprigiona in una difficile imperturbabilità?

«Io direi che la qualità fondamentale di un buon psicoterapeuta è quella di saper contenere e capire sia le sue angosce che quelle degli altri, senza fare confusioni. Infatti, non può trincerarsi dietro un

Michele Trecca

ruolo e una tecnica ma deve farsi raggiungere dalle emozioni dell'interlocutore. Naturalmente deve essere una persona onesta, interessata a stabilire con i suoi pazienti relazioni autentiche e non strumentali. La poltrona dello psicoanalista, che simbolicamente rappresenta il suo ruolo, non è né una gabbia né un ponte di comando ma a seconda dei problemi specifici che il terapeuta incontra e delle forti emozioni che si sviluppano fra lui e il paziente può diventare più o meno scomoda.»

- Il suo dottore si sente un po' un investigatore, un po' uno storico dell'arte che deve attribuire la paternità a un'opera, un po' un cacciatore, un po' un sacerdote ma anche un palombaro o un tecnico radiologo. Qual è il denominatore comune di tutte queste diverse proiezioni di sé?

«La disponibilità a esplorare la profondità dell'animo umana e a farsi coraggiosamente carico della sofferenza dei suoi interlocutori che, naturalmente, vanno a toccare la propria.»

- Quale beneficio può legittimamente attendersi un paziente da un percorso di psicoanalisi?

«È un percorso lungo, costoso e impegnativo che tuttavia consente di far fronte all'angoscia dei nostri tempi non attraverso soluzioni superficiali ed effimere, dunque inconcludenti; ma, piuttosto, con un lavoro nel profondo di se stessi che consente di soggettivarsi, cioè di diventare consapevoli del proprio funzionamento psichico, imparando a gestirlo. I risultati sono evidenti sia nel miglioramento delle relazioni affettive con gli altri significativi ma anche nello sviluppo professionale.»

- Perché il romanzo ha questo titolo?

«Mi è venuto in mente leggendo una tragedia del tragediografo romano Pacuvio che parlava dell'illusione che abbiamo di durare. Io ho sostituito la parola illusione con la speranza perché è proprio quello che avviene nel nostro lavoro dove i pazienti trasformano le loro illusioni, fonte di sofferenza, con la speranza di riuscire a raggiungere, con fatica, gli obiettivi che sono alla loro portata.»

- La speranza che abbiamo di durare oggi è messa a dura prova dalla tragica emergenza, non solo sanitaria, che stiamo ancora vivendo...

«Avendo pubblicato il romanzo sei mesi prima dell'arrivo del coronavirus il titolo ha assunto un significato quasi profetico. Tutti oggi speriamo che duri non solo il nostro corpo fisico, resistendo alla malattia e alla morte ma anche la nostra anima e dobbiamo impegnarci a curare le nostre relazioni dalla diffidenza e dalla paura che spingono a prendere le distanze, a isolarci e a inaridirci umanamente. Questo riguarda anche lo psicoanalista e il suo paziente.»

La lettura del romanzo del prof. Masina dà forza alle nostre speranze perché ogni paura è meno brutta se la guardi in faccia nelle pagine di un libro che parla con schiettezza dell'umana fragilità e del suo bisogno d'amore.

Emilio Masina
La speranza che abbiamo di durare
Lit Edizioni, pagg. 193, € 19,50



Fiore foto creata da bedneyimages - it.freepik.com

Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Unione Sanitaria Internazionale

USI-PRATI*

Tel. 06.32868.1 r.a.

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Tel. 06.32868.41 r.a. / 06.5098241

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Tel. 06.32868.47 r.a. / 06.20764141

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Tel. 06.32868.560 r.a.

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

Tel. 06.32868.49 r.a. / 06.5191692 r.a.

Via V. Cerulli, 2/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-SERAFICO

Tel. 06.32868.40 r.a. / 06.5193605

Via P. di Dono, 9
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-MARCONI

Tel. 06.32868.45 r.a. / 06.5560274

Viale G. Marconi, 139
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Tel. 06.32868.42 r.a. / 06.44290399

Via G. Squarzialupo, 36
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Tel. 06.32868.42 r.a. / 06.44202466

Via G. Squarzialupo, 17/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

PIAZZA VITTORIO*

Tel. 06.32868.43 r.a. / 06.70453544

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Tel. 06.32868.44 r.a.

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

Tel. 06.32868.46 r.a. / 06.44291497

Viale R. Margherita, 279
Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

SERPENTARA

Tel. 06.32868.561 r.a. / 06.88520560

Via G. Pacchiarotti, 95
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA MAZZINI

Tel. 06.32868.562 r.a.

Viale Angelico, 39
Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

FURIO CAMILLO

Tel. 06.32868.563 r.a.

Via Cerreto di Spoleto, 9/21
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

CINECITTÀ

Tel. 06.32868.566 r.a.

Viale Bruno Rizzieri, 203
Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

TRIESTE

Tel. 06.32868.567 r.a. / 06.8552375

Corso Trieste, 22
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

COLLE PRENESTINO

Tel. 06.32868.570

Via Mirabella Eclano, 27
Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

NUMIDIO QUADRATO

Tel. 06.32868.569

Via Tuscolana, 703
Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Tel. 06.56304072 r.a.

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Tel. 06.32868.568 r.a. / 06.5600223

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Tel. 06.32868.1 r.a.

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Tel. 06.32868.564 r.a.

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

Tel. 06.32868.48 r.a. / 06.5742601

Viale M. Polo, 41 (Ostiense)
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

unione sanitaria internazionale

www.usi.it

*** APERTURA DOMENICALE**

Centri **USI-PRATI**, **BORGHESIANA**, **PIAZZA VITTORIO** e **USI Doc-PRATI** (Via V. Orsini, 18)



Fondazione

PROMETEUS

FONDAZIONE ONLUS PER LO SVILUPPO DELLA RICERCA E DELLA FORMAZIONE IN CAMPO ONCOLOGICO



La Fondazione Prometeus ONLUS è stata costituita nel 2001 dall'iniziativa di un gruppo di medici operanti in varie strutture sanitarie romane al fine di promuovere lo sviluppo della ricerca e della formazione in campo oncologico.

La Fondazione, nata grazie al contributo liberale dei suoi fondatori, ha intrapreso un grande numero di iniziative scientifiche, la sponsorizzazione di borse di studio per medici e infermieri professionali, l'invio di personale sanitario in Italia e all'estero per stage di formazione.

Negli ultimi anni sono state portate avanti - da parte dei volontari della Fondazione - iniziative volte a favorire momenti di informazione e di condivisione a favore di pazienti oncologici, in particolare donne affette da carcinoma della mammella.

Inoltre sono stati realizzati progetti riguardanti la prevenzione oncologica con particolare attenzione ai giovani.



Le Attività Extra della Fondazione



▶ Le Belle Note il Coro

L'idea di creare un coro che entri a far parte delle attività della Fondazione parte dalla convinzione che un momento di aggregazione, votato a un'attività creativa, rappresenti una buona occasione per incontrarsi e divertirsi affrontando una nuova sfida. Costruire un coro vuol dire non solo che ognuno impari a cantare ma lo faccia all'interno di un gruppo, amalgamando la propria voce con quella degli altri, cercando tutti di raggiungere un traguardo comune.



▶ La Forza e il Sorriso

La forza e il sorriso, versione italiana del programma internazionale "look Good...Feel Better", realizza laboratori di bellezza gratuiti per donne in trattamento oncologico. La collaborazione con la Fondazione Prometeus ONLUS per lo sviluppo della Ricerca e della Formazione in Campo Oncologico di Roma, prima struttura ad ospitare il progetto nella capitale, rappresenta una nuova importante tappa nell'espansione dell'Associazione.



▶ La Battaglia Parte dai Giovani

La Fondazione Prometeus ONLUS e il Liceo Classico Augusto, al fine di offrire agli studenti di Roma e provincia l'opportunità di sviluppare una mentalità aperta alla prevenzione, organizzano progetti di Educazione alla Salute rivolti a ragazzi dell'ultimo anno della Scuola Secondaria di II grado.



▶ Progetto Smile

La Fondazione Prometeus partecipa attivamente al progetto "Smile", il progetto smile è stato creato da A.T.R.I. onlus nel 2011. E' un progetto di solidarietà attraverso il quale le donne possono donare i propri capelli ad un'altra donna, che li potrà indossare nella parrucca realizzata appositamente per lei. Chi dona i capelli ha la possibilità di lasciare un proprio "smile", ed è proprio lo smile a creare simbolicamente il legame di solidarietà: un pensiero dedicato espressamente alla persona che riceverà quel dono e che va ben oltre un augurio.



▶ La Banca della Parrucca

La perdita dei capelli rappresenta una situazione molto difficile da accettare per una donna già provata dalla malattia e che oltre alle terapie oncologiche deve affrontare gli importanti effetti collaterali. La banca della parrucca è stata creata dalla Fondazione Prometeus nel 2012 per consentire anche alle donne in difficoltà economica di poter disporre di una parrucca. La parrucca le viene affidata gratuitamente con l'unico impegno di restituirla alla fine del proprio percorso.



▶ Adotta un Ricercatore

Le neoplasie della mammella sono oggi quelle più frequenti nella popolazione femminile. Tuttavia, la prevenzione e la diagnosi precoce, insieme ad una terapia chirurgica e medica consentono una reale guarigione della malattia nella maggior parte dei casi. Questi risultati sono stati possibili grazie al grande contributo della ricerca, senza il quale questo progresso non sarebbe avvenuto.

Contatti

Indirizzo

Fondazione Prometeus ONLUS
Via Emilio Longoni, 75
00155 Roma

Telefono

06 2255609 - 334 8199770
333 5202042 - 348 8181347

Email

eventiprometeus@gmail.com
info@fondazioneprometeus.it

Social Media

Facebook.com/Fondazione-Prometeus
Twitter.com/prometeusonlus
Youtube.com/Fondazione Prometeus