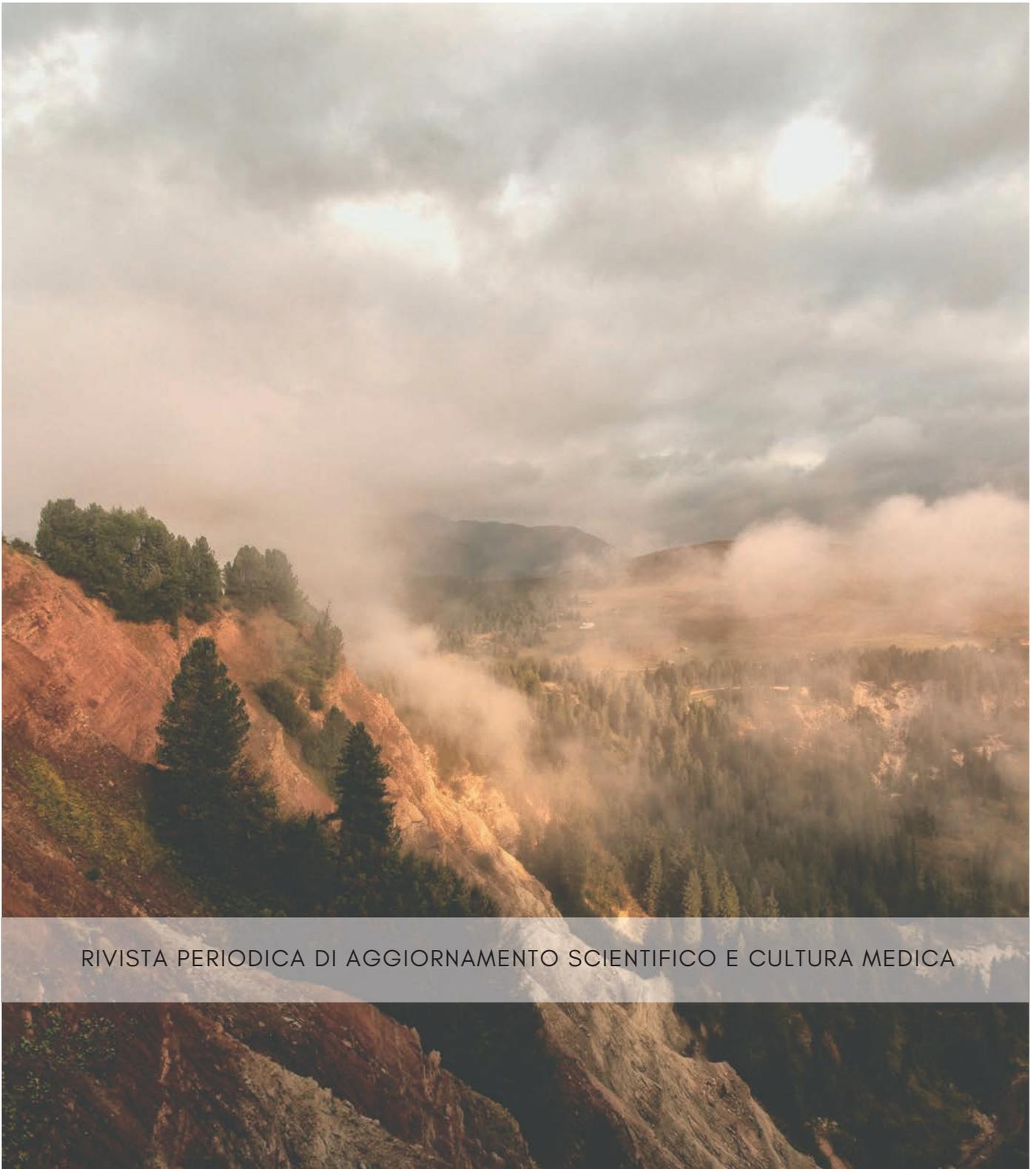




GIUGNO 2022  
VOL. 24 N° 2

# IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

# Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
**CSQ**  
UNI EN ISO 9001:2008



**Tel. 06.32868.1 r.a.**

## **USI-PRATI\***

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**

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

## **BORGHESIANA\***

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**

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

## **EUR-LAURENTINA**

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

## **EUR-SERAFICO**

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

## **EUR-MARCONI**

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

## **PIAZZA BOLOGNA**

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

## **PIAZZA BOLOGNA**

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

## **PIAZZA VITTORIO\***

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**

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

## **POLICLINICO**

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

## **SERPENTARA**

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

## **PIAZZA MAZZINI**

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

## **FURIO CAMILLO**

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

## **CINECITTÀ**

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

## **TRIESTE**

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

## **COLLE PRENESTINO**

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

## **NUMIDIO QUADRATO**

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

## **LIDO DI OSTIA Villa del Lido**

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

## **USI Doc - LIDO DI OSTIA**

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

## **USI Doc - PRATI\***

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**

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



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA  
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. 24 N.° 2 2022



## 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 GIUGNO 2022

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

**Eberhard Grossgasteiger**

Brown and green mountain

(Fonte: Free Stock Photo)

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 di 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](http://www.usi.it)



Unione Sanitaria Internazionale

## SOMMARIO

3. Il melanoma cutaneo  
*Stefano Simoni*
8. Le vertigini  
(informazione - elaborazione - risposta)  
*Ezio De Angelis, Raffaello Romeo*
10. Le reazioni avverse da farmaci (ADR)  
e il work-up allergologico  
*Battista Roberto Polillo*
15. Vene varicose: trattamento chirurgico  
mini-invasivo laser (EVLA)  
*Luca Palombi, Monica Morelli*
16. Novità nei trattamenti medici e chirurgici per  
la cura del glaucoma, "il ladro silente della vista"  
*Francesco Rubino*
18. Misuriamoci  
*Roberto Curcuruto*
19. La prevenzione dei tumori  
genitali femminili ad ogni età  
*Giuseppe Vocaturo*
21. Insufficienza renale (IR)  
Definizione - Sintomi - Diagnosi - Trattamento  
*Franco Giordano*
23. I disturbi d'ansia in adolescenza:  
promemoria per i ragazzi e per i genitori  
*Gloria Gensini*
25. 43° Congresso di Medicina Estetica S.I.M.E. Roma:  
novità per il trattamento estetico  
di borse oculari e occhiaie  
*Stefan Dima*
27. Ah... Se avessi un mitra o una bomba!  
II° Emendamento della Costituzione americana  
*Vito Manduca*
30. Distonie&Sintonie  
La diversità come valore  
*Daniela D'Agosto*
32. Come migliorare se stessi  
Parte III<sup>^</sup> - Il nome delle emozioni  
*Rita Reali*
34. Gli adolescenti che non vogliono usare l'ombrello  
*Emilio Masina*
36. Un romanzo che "bussa al sangue"  
*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](http://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](mailto: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<sup>[1]</sup>.

### 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.**

# IL MELANOMA CUTANEO

**Dott. Stefano Simoni**

Specialista in Dermatologia  
Già Primario I.D.I. - Roma



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

Il melanoma è un tumore maligno che origina dai melanociti presenti nello strato basale dell'epidermide e delle mucose, nelle lesioni pigmentate (nevi) e, raramente, da quelli presenti in sedi extracutanee come occhio e meningi. Il compito dei melanociti è quello di produrre la melanina, un pigmento che conferisce alla nostra pelle il colore caratteristico e di proteggere dai danni provocati dalle radiazioni ultraviolette.

Insorge in giovane età, con frequenza massima tra i 20 e i 50 anni, è rarissimo nei più giovani. L'incidenza è in costante aumento, tra il 3 e 4% annuo. In Italia vengono diagnosticati circa 7000 casi l'anno. Negli ultimi decenni la sopravvivenza è aumentata notevolmente. Ciò è dovuto alle numerose e costanti campagne di prevenzione. La diagnosi precoce è di primaria importanza: infatti inizialmente il tumore è confinato negli strati superficiali della cute e si accresce orizzontalmente, ma più o meno lentamente si sviluppa in senso verticale raggiungendo gli strati più profondi dove sono presenti i vasi linfatici ed ematici, dai quali si propagano le cellule cancerogene che danno origine a metastasi viscerali.

## EZIOLOGIA

Sono importanti due fattori:

**a) Genetico.** Nel 10% dei casi è presente un caso in familiari di primo grado; nel 20% di questi è riscontrabile una mutazione genetica, in particolare i geni CDKN2A e CDK4 che codificano due proteine deputate al controllo del ciclo cellulare. Nel melanoma metastatico la più comune mutazione riguarda il gene BRAF (la più frequente è la V600E) che codifica proteine in grado di attivare la proliferazione delle cellule neoplastiche, la più studiata è la cascata RAS-RAF-MEK-ERK per l'attivazione di una protein-chinasi che svolge un ruolo critico nella proliferazione, differenziazione e sopravvivenza cellulare e si riscontra in circa la metà dei casi. Solo in alcuni pazienti può essere presa in considerazione l'esecuzione di un test genetico secondo determinati criteri, ad esempio due membri della stessa famiglia colpiti.

**b) Esposizione solare.** Sembra che le esposizioni solari prolungate con ustioni e ad intermittenza, specialmente se iniziate nell'infanzia e l'uso di lampade a raggi UV artificiali, favoriscano la comparsa del tumore attivando la mutazione BRAF come descritto in precedenza.

I principali fattori di rischio per il melanoma includono: - **presenza di nevi melanocitici e nevi atipici** (che descriveremo in seguito). Più aumenta il numero di

questi più sale il rischio di sviluppare un melanoma. - **presenza di un nevo melanocito congenito con un diametro maggiore di 20 cm.**

- **caratteristiche fenotipiche:** presenza di numerose lentiggini, colore rosso o chiaro di capelli, occhi chiari, pelle chiara, e cioè i fototipi 1 e 2 secondo Fitzpatrick: **Fototipo 1** - capelli rossi, occhi chiari, numerose efelidi, scottature frequenti, abbronzatura inesistente **Fototipo 2** - capelli biondi, occhi chiari, con frequenti scottature e scarsa abbronzatura.

- **storia familiare** (parenti di primo grado) o personale di melanoma, altri tumori cutanei, lesioni cutanee premaligne o cheratosi attiniche

- **storia di esposizione a radiazioni ultraviolette:** esposizione solare intensa e intermittente, ustioni solari, esposizioni a radiazioni ultraviolette artificiali (lampade) in particolare prima dei 35 anni.

## FORME CLINICHE

Il melanoma si presenta, nella stragrande maggioranza dei casi, con le seguenti forme:

**A-SSM (superficial spreading melanoma).** È la forma più frequente, interessa il 70% dei casi circa. Colpisce in particolare il dorso e gli arti inferiori. Si usa il termine "in situ" perché le cellule cancerose sono confinate nello strato superficiale dell'epidermide. Si manifesta, nella forma più comune, come una lesione pigmentata del diametro di pochi mm che si ingrandisce progressivamente in senso orizzontale di circa 0,12 mm al mese. Successivamente, dopo mesi e alcune volte anni, può evolvere verso una fase di crescita verticale, propagandosi in profondità nel derma e raggiungendo così i vasi linfatici ed ematici da cui si diffondono le cellule maligne generando metastasi. A questo punto la lesione piana, superficiale, assume le caratteristiche di una placca e poi di un nodulo palpabile.



SSM

**B-MELANOMA NODULARE.** Rappresenta il 10/15 % di tutti i melanomi ed è la forma maggiormente aggressiva perché tende a crescere ad elevata velocità e a svilupparsi in profondità dando rapidamente origine a metastasi. Cresce infatti di circa 0,49 mm al

mese. È fonte di un'alta mortalità ed è responsabile del 40-50% dei decessi per melanoma. Assume la forma di una lesione rilevata rispetto al piano cutaneo, palpabile e di consistenza dura. Il colore può andare dal nero al blu scuro, dal marrone al rosa chiaro. In quest'ultimo caso si parla di melanoma nodulare acromico. Può essere confuso facilmente con altre patologie cutanee. Spesso è presente alla base un bordo scuro che tende ad interessare la cute circostante accrescendosi in maniera irregolare. In genere si tratta di un nodulo di recente formazione che insorge su cute sana ed interessa in particolare il tronco, gli arti e il cuoio capelluto. Nelle fasi avanzate si ulcera e sanguina. È di difficile diagnosi e non segue il criterio ABCDE di cui ci occuperemo in seguito. La sua presentazione clinica può essere riassunta nell'acronimo **EFG (elevated, firm, growing progressively: rilevato, fisso, crescita progressiva)**.



**Melanoma nodulare**

**C-LENTIGO MALIGNA.** Compare nel 10% dei casi ed interessa in particolare gli anziani. Si localizza sul viso e cresce molto lentamente, circa 0,13 mm al mese. A volte per anni, assumendo l'aspetto di una macchia scura che va dal colore bruno, al nero confondendosi spesso con le lentigo solari benigne. Rimane in genere localizzata negli strati superficiali dell'epidermide; la prognosi è buona, ma può crescere in profondità nel derma assumendo le caratteristiche di un vero e proprio melanoma nodulare.



**Lentigo maligna**

**D-MELANOMA LENTIGINOSO ACRALE (ACRAL MELANOMA).** Interessa le mani, il letto ungueale e in genere le piante dei piedi nel 4-5% dei casi. Quando si localizza nelle mucose (2-3%) si parla di **Melanoma lentiginoso delle mucose**. Si manifesta come una macchia tipo lentigine, da cui il nome, che tende ad ingrandirsi più o meno rapidamente. Sotto le unghie, in particolare del dito indice e medio, assume la forma di una striscia pigmentata longitudinale che va dalla matrice alla porzione distale, spesso con il caratteristico segno di Hutchinson e cioè l'estensione verso il tessuto periungueale. Può far seguito la comparsa di un nodulo che sanguina, di una fissurazione e sollevamento della lamina ungueale fino al distacco dell'unghia.

A tal proposito bisogna fare una considerazione: esiste un'idea comune che i nevi plantari siano più peri-

colosi rispetto ai nevi localizzati in altre parti del corpo e questo porta a credere che essi debbano essere preventivamente asportati. Il melanoma insorge nella stragrande maggioranza dei casi su cute sana e non su nevi preesistenti e che il trauma continuo indotto dalla deambulazione non stimola l'attività dei melanociti e non li induce alla trasformazione maligna. Per cui un neo delle estremità non presenta un rischio maggiore rispetto agli altri nevi del corpo.



**Segno di Hutchinson**



**Melanoma acrale lentiginoso**

## DIAGNOSI

La diagnosi di melanoma deve essere la più precoce possibile. L'asportazione chirurgica eseguita con determinati criteri è il trattamento di scelta. Abbiamo a disposizione i seguenti strumenti:

**A-VISITA SPECIALISTICA.** La visita specialistica è di fondamentale importanza. Dall'anamnesi apprendiamo se esiste familiarità per tumori cutanei, se si è sofferto di patologie cutanee trattate con fototerapia, le abitudini personali rispetto alle esposizioni al sole con particolare riguardo alle scottature, all'uso di lampade abbronzanti, agli orari di esposizione, alle modalità di applicazione e qualità dei fotoprotettori, eventuali pregresse asportazioni, trattamenti con prodotti topici tipo Imiquimod, trattamenti fisici tipo crioterapia, laser, terapia fotodinamica e l'uso di farmaci fotosensibilizzanti. Si devono osservare le zone fotosposte per evidenziare segni di fotodanno, le zone più nascoste come le piante dei piedi, il cuoio capelluto, le zone retroauricolari. Si evidenziano le lesioni pigmentate presenti con diametro maggiore di 0,6 mm di diametro, tenendo presenti i due segni semeiologici fondamentali che sono: il "**segno del brutto anatroccolo**" e il **sistema ABCDE**. In genere le lesioni pigmentate si assomigliano tra loro, sono di piccole dimensioni e presentano una forma regolare, hanno cioè le medesime caratteristiche. Se un nevo ha caratteristiche diverse rispetto agli altri potrebbe trattarsi di un iniziale melanoma. Come il brutto anatroccolo si riconosce immediatamente tra gli altri, il nevo atipico si riconosce subito: da qui il nome dato a questo segno semeiologico. Si usa il sistema ABCDE che sfrutta le prime 5 lettere dell'alfabeto: **A=asimmetria**: se facciamo passare un piano virtuale nella metà di una lesione pigmentata ci accorgiamo che le due superfici sono diverse tra loro, **B=bordi**: in genere i bordi di un nevo comune sono regolari, delimitano la lesione in modo omogeneo, mentre nel melanoma iniziale possono presentare profonde irregolarità per es. insenature, estroflessioni, incisioni, etc. **C=colore**: in un neo normale, anche se di colore scuro, la distribuzione del colore è omogenea mentre in un melanoma esistono diverse tonalità che vanno dal chiaro, al marrone, al nero. **D=dimensioni**: le lesioni pigmen-

tate di piccole dimensioni sono di difficile valutazione, per cui vanno evidenziate quelle che superano i 6 mm di diametro. **E=** sta per **evoluzione**: una lesione pigmentata che nel tempo cambia nelle dimensioni, nei bordi e nella distribuzione del pigmento deve essere valutata attentamente.

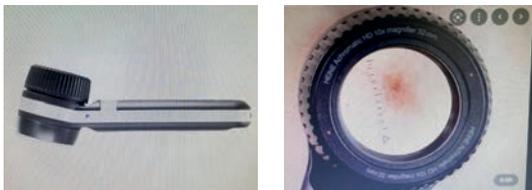


Nevo melanocitico comune

Melanoma

Nella figura possiamo vedere a sx un neo comune, a dx un classico melanoma SSM dove si può notare la diversa distribuzione del colore, i bordi irregolari e l'asimmetria.

**B-DERMOSCOPIA e IMMUNOFLUORESCENZA.** È una tecnica utilizzata da molti anni che serve da aiuto allo specialista per la diagnosi precoce del melanoma. Permette, attraverso uno strumento ottico chiamato dermatoscopio, di osservare alcuni parametri della lesione pigmentata non visibili ad occhio nudo.



Dermatoscopio

È dotato di una lente con luce incidente che fornisce ingrandimenti fino a 20 volte ed è fondamentale per lo screening delle lesioni pigmentate. I dermatoscopi di ultima generazione sono dotati di una nitidezza estrema delle immagini e di una straordinaria resa cromatica grazie ai LED. Con la **dermatoscopia digitale** si acquisiscono le immagini su computer che possono essere stampate, immagazzinate e consegnate al paziente in modo da poter effettuare successive valutazioni comparative.



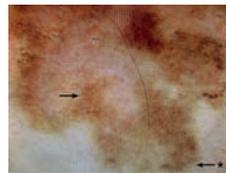
È costituita da una telecamera digitale con relativi oculari, un software, 1 o 2 monitor e una stampante, tutto posto su un carrello mobile.

Alcune case produttrici hanno creato la possibilità, in pochi minuti, di effettuare un'accurata acquisizio-

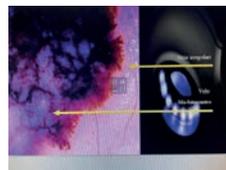
ne in Total Body di un singolo distretto, oppure di fronte, retro, fianco dx e fianco sx. Permette di effettuare follow up con segnalazione di lesioni pigmentate di recente comparsa o l'identificazione dei cambiamenti di una lesione preesistente. È limitata a pazienti ad alto rischio di melanoma con numerose lesioni pigmentate atipiche. Nella diagnostica del melanoma per immagini accenniamo anche alla **Microscopia confocale** che permette biopsie cutanee "virtuali" e si basa su una sorgente luminosa che scannerizza la lesione cutanea dall'epidermide al derma producendo dettagliate immagini su strati orizzontali. Attualmente solo pochi istituti ne sono dotati.

Analizziamo alcuni parametri fondamentali che bisogna considerare durante un esame con dermatoscopio:

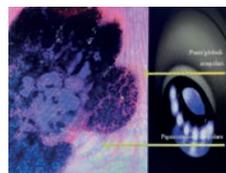
**Reticolo pigmentario:** è caratterizzato da un disegno reticolare irregolare a maglie, asimmetrico, con pigmentazione di intensità variabile.



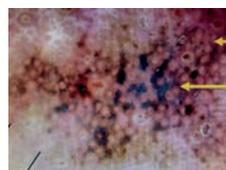
**Velo bianco/bluastro:** sono aree costituite da melanociti presenti nel derma che conferiscono una forte pigmentazione omogenea di colore nero, marrone o bluastro.



**Punti neri o globuli e pigmentazione irregolare:** sono dovuti all'accumulo nel derma superficiale di melanina e appaiono come corpi sferici distribuiti irregolarmente, a carattere focale, intensamente neri per la presenza di numerosi melanociti a livello dello strato corneo e granuloso.

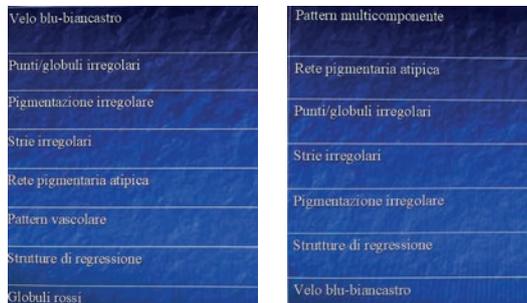


**Strutture granulari /anulari e pseudo reticolo atipico**



**Pseudopodi:** appaiono come strutture periferiche del reticolo a forma di dita.

### Nelle foto possiamo vedere i pattern necessari per corrette diagnosi dermoscopiche



**Preciso che, di fronte ad una lesione atipica, è fortemente consigliata l'escissione chirurgica con esame istologico. Il ricorso all'archiviazione delle immagini è indicata per casi selezionati e studiati attentamente, valutando il rischio di lasciare in sede un possibile melanoma.**

**C-BIOPSIA.** È la procedura diagnostica fondamentale per la diagnosi, la prognosi e la stadiazione. Da questo dipende la terapia e i follow up.

Per il prelievo possiamo distinguere in:

**Biopsia incisionale.** Si esegue con un bisturi circolare avente un diametro di diversi mm, in genere 4, e si estrae un quantitativo di cute sufficiente a permettere all'istologo di formulare una corretta diagnosi ma non l'indice di Breslow (la misurazione in mm dello spessore del tumore) perchè viene esaminata una porzione del melanoma e non la sua interezza. Si usa solo nei casi di dubbio diagnostico e serve per evitare inutili escissioni.

**Biopsia escissionale.** Viene eseguita dal chirurgo che asporta la lesione completa con un margine di tessuto sano di 1-2 mm. e fino al piano fasciale. Si immette in una provetta che contiene un liquido fissativo e inviato all'istologo. La perdita di sostanza deve essere riparata con sutura a punti staccati, evitando scollamenti dei margini e riparazioni con lembi e l'incisione deve essere orientata longitudinalmente alla rete linfatica e sino al piano fasciale. Questi accorgimenti servono per non compromettere l'esecuzione, ove necessario, della biopsia del "linfonodo sentinella" di cui parleremo in seguito.

**D-ISTOLOGIA.** Dopo aver esaminato il pezzo anatomico i dati principali che l'istologo fornirà sono:

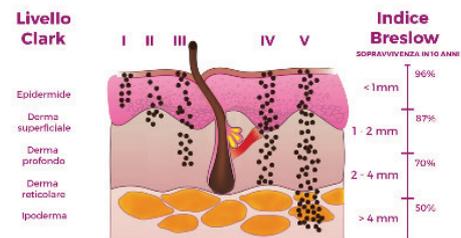
- Spessore di Breslow.** Misura, attraverso un micrometro oculare, lo spessore verticale del tumore in mm, iniziando dallo strato granuloso sino al punto di massima infiltrazione. Tale valore è considerato il più importante fattore prognostico. Da esso dipendono le successive procedure cliniche, terapeutiche e il follow up. Fino ad alcuni anni fa si usava anche il "livello di Clark" che analizza lo strato di cute interessato, dall'epidermide all'ipoderma. Tale parametro ha perso la sua importanza ed attualmente è scarsamente considerato.
- Indice mitotico.** È la valutazione del numero di mitosi per mm<sup>2</sup> ed indica l'attività riproduttiva del tumore.
- Regressione.** È la scomparsa parziale del tessuto tumorale generata dalla reazione immunitaria. Di solito è associata ad infiltrato infiammatorio.

**d) Linfociti infiltranti il tumore.** Indica la presenza di linfociti nel tessuto tumorale nel tentativo di distruggere le cellule maligne. È considerato un segno prognostico favorevole.

**e) Ulcerazione.** Al microscopio si manifesta come mancanza dell'epidermide e fenomeni reattivi con presenza di neutrofili.

**f) Microsatellitosi.** È la presenza di metastasi microscopiche adiacenti in superficie o in profondità rispetto al tumore primitivo.

Nei casi dubbi l'istologo può eseguire indagini immunohistochimiche e di ibridazione.



### TERAPIA

Dopo la diagnosi istopatologica si ricorre all'ampliamento chirurgico e cioè una nuova escissione con margini più ampi rispetto alla biopsia escissionale. Si esegue allo scopo di ridurre la possibilità che vengano lasciate in sede eventuali cellule tumorali. Secondo le recenti linee guida i margini raccomandati sono:

- **melanoma in situ: 5mm**

- **Melanoma con spessore di Breslow fino a 2 mm : 1 cm**

- **Melanoma con spessore > 2 mm: 2 cm**

Fa eccezione la Lentigo maligna, visto il lento decorso e la comparsa in pazienti anziani. In questi casi, dopo attenta valutazione, si può optare per un trattamento alternativo alla chirurgia, quale la radioterapia, l'Imiquimod topico o il semplice follow up.

L'escissione deve essere eseguita con i margini raccomandati sui quattro lati della ferita chirurgica in un unico pezzo anatomico e sino al piano fasciale. Durante l'ampliamento si può effettuare la ricerca del "Linfonodo sentinella". Questa si effettua con Breslow superiore a 0,8 mm in quanto al di sotto le metastasi sono rarissime. Infatti il tumore, quando nella sua crescita verticale, arriva ai vasi ematici e linfatici localizzati nel derma papillare metastatizza facilmente in particolare interessando la stazione linfatica corrispondente, quella cioè che drena la linfa dell'area interessata dal melanoma. Il primo linfonodo della stazione corrispondente è quello che può essere interessato dalle cellule maligne. La ricerca deve essere anche effettuata con Breslow inferiore a 0,8 mm ma in presenza di ulcerazione e/o regressione > del 75% e/o indice mitotico > 1 per mm<sup>2</sup>; questi dati istologici indicano una aggressività maggiore del tumore e di conseguenza più possibilità di dare metastasi linfonodali. Si inietta, durante l'intervento di ampliamento, un radiocolloide che viene tracciato e rilevato, quando arriva al primo linfonodo della stazione corrispondente, da apposito apparecchio. Il linfonodo viene asportato ed inviato all'istologo. Si può così valutare lo stato di coinvolgimento linfonodale e individuare i linfonodi con metastasi confermata da esami strumentali quali ecografia, TAC, esame citologico e biptico. In caso

di compromissione di altri linfonodi della stazione l'intervento chirurgico di linfadenectomia radicale rappresenta la terapia di prima scelta. Negli ultimi anni sono stati messi a punto protocolli terapeutici per melanomi metastatici che utilizzano le combinazioni di inibitori BRAFV600 e MEK come il vemurafenib, cobimetinid, dabrafenib, etc. e l'immunoterapia con i farmaci di seconda generazione come il pembrolizumab che consentono di ottenere un elevato tasso di risposta e di miglioramento per la sopravvivenza. Il trattamento chirurgico delle localizzazioni viscerali può essere preso in considerazione in casi selezionati.

### STADIAZIONE

Il melanoma viene stadiazione impiegando la classificazione TNM in vigore dal 2018, prendendo come parametri lo spessore di Breslow con o senza ulcerazione, il numero di linfonodi regionali coinvolti e le metastasi a distanza in sedi viscerali, impiegando gli esami strumentali come l'ecografia, la TAC o PET/TAC, RMN dell'encefalo.

### PREVENZIONE

Il melanoma, se diagnosticato precocemente, quando rimane localizzato negli strati superficiali della cute e trattato chirurgicamente non crea pericolo nel paziente. In caso contrario esiste la possibilità di localizzazioni metastatiche ai linfonodi, al fegato, al cervello, ai polmoni, etc., attraverso le vie linfatiche ed ematiche. A tal proposito sono state approntate negli ultimi decenni campagne di prevenzione basate sull'esecuzione della visita specialistica e sull'educazione per l'esposizione al sole. La frequenza delle visite di controllo varia a seconda dei fattori di rischio che ho descritto in precedenza. Diciamo che per una prevenzione ottimale bisognerebbe sottoporsi a controlli in media ogni 6/12 mesi quando esistono uno o più fattori di rischio e ogni 12/24 mesi quando questi sono assenti. Si deve raccomandare l'autoesame: molti casi di melanoma vengono scoperti casualmente durante l'esecuzione di altre visite o perché il paziente stesso, parenti o amici hanno notato "una macchia scura". Le raccomandazioni di ridurre al minimo le esposizioni ai raggi solari naturali e artificiali e le scottature devono sempre essere espresse dal medico: evitare il sole tra le 11 e le 16, utilizzare l'ombra, cappelli, occhiali e magliette, usare creme solari ad alta protezione per UVA e UVB, resistenti all'acqua, in dosi adeguate (si consiglia il quantitativo corrispondente a ½ cm di altezza distribuito su tutto il polpastrello del dito indice che effettua una fotoprotezione efficace su una superficie corrispondente al palmo di una mano) e applicata più volte (ogni 2 ore circa). In particolare i fototipi 1 e 2 devono assolutamente seguire tali indicazioni.

### FOLLOW UP

Ogni paziente operato di melanoma deve essere sottoposto a controlli periodici la cui frequenza viene stabilita dallo stadio del tumore secondo linee guida recentemente aggiornate. La visita dermatologica deve essere eseguita per tutta la vita perché la possibilità di avere nuovamente un melanoma è molto più alta rispetto al resto della popolazione. La frequenza varia in base alle caratteristiche fenotipiche e alla presenza o meno di numerosi nevi e va dai 6 ai 12 mesi.

**Melanoma in situ:** solo visita periodica.

**Melanoma in stadio IA** (indice di Breslow inferiore a 0,8): visita periodica ed eventuale ecografia delle sta-

zioni linfonodali corrispondenti dopo attenta valutazione clinica ogni 6 mesi.

**Melanoma in stadio IB-IIA** (indice di Breslow da 0,8 a 1mm): visita specialistica periodica, ecografia dell'addome e delle stazioni linfonodali ogni 6 mesi.

**Per melanomi con indice di Breslow superiore a 1:** oltre alla visita periodica e all'ecografia dell'addome e delle stazioni linfonodali, va eseguita anche TAC torace, PET o PET/TAC, RMN encefalica dopo attenta valutazione da parte dello specialista oncologo a cui il paziente deve essere inviato.

Dopo il quinto anno gli esami strumentali vanno eseguiti solo su indicazione clinica fino al 10° anno.

Da alcuni anni, in molti centri specializzati, sono nate delle "Melanoma Unit", dove il paziente viene inserito dopo la diagnosi ed inizia un percorso assistenziale e terapeutico sotto la sorveglianza di specialisti dermatologi, oncologi e di altre specialità per definire un percorso di cura e di follow up adeguati alle esigenze della malattia e secondo le più recenti linee guida.

### BIBLIOGRAFIA

1. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I et al. "Early diagnosis of cutaneous melanoma; revisiting the ABCD criteria. JAMA 2004;292:2771-6
2. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH, Gore ME, Lorigan P, MacKie R, Nathan P, Peach H, Powel B, Walker C; British Association of Dermatologists Clinical Standards Unit. Revised U.K. "guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010"; Br J Dermatol 2010 Aug; 163(2):238-56
3. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF, "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi" Eur J Cancer 2005 Jan;41(1):28-44
4. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF, "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure." Eur J Cancer 2005 Jan;41(1): 45-60
5. De Giorgi V, Arico' M, Lotti T. "Il melanoma". Prevenzione, diagnosi e terapia. Editoriale Fernando Folini, Tortona (AI) 2008
6. Moloney FJ, Menzies SW. "Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma." Journal of Dermatology 2011; 38: 10-5
7. Salerni G, Carrera C, Lovatto L, Puig-Buttille JA, Badenas C, Plana E, Puig S, Malvehy J., "Benefits of total body photography and digital dermatoscopy ("two-step method of digital follow-up") in the early diagnosis of melanoma in patients at high risk for melanoma." J Am Acad Dermatol 2011 Jun 15
8. Psaty EL, Scope A; Halpern AC, Marghoob AA. "Defining the patient at high risk for melanoma." Int J Dermatol 2010 April; 49 (4):362-76
9. Goel VK, Lazar AJ, Warneke CL, Redston MS, Haluska FG. "Examination of mutation in BRAF, NRAS, and PTEN in primary cutaneous melanoma." J Invest Dermatol 2006; 126 (1): 154-60
10. AIOM. Linee guida melanoma 2021
11. ESMO. Linee guida 2019 Melanoma
12. Casula M, Colombino M, Manca A et al. "Low levels of genetic Heterogeneity in matched Lymph node metastase from patients with melanoma." J Invest. Dermatol. 2016; 136 (9): 1917-1920

# LE VERTIGINI (informazione - elaborazione - risposta)

## *Dott. Ezio De Angelis*

### Specialista in Otorinolaringoiatria

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

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

U.S.I. Eur-Serafico - Via P. di Dono, 9

## *Dott. Raffaello Romeo*

### Specialista in Otorinolaringoiatria

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

U.S.I. Borghesiana - Via Casilina, 1838

### IL SISTEMA DELL'EQUILIBRIO

La finalità del sistema dell'equilibrio è quella di consentire al corpo umano di essere stabile, sia da fermo che durante il movimento, in relazione ai continui cambiamenti delle condizioni ambientali.

Vi sono quindi tre livelli di attività per consentire a questa funzione, il primo di **informazione** della posizione del corpo nello spazio e di monitoraggio puntuale delle condizioni ambientali, il secondo di **elaborazione** delle informazioni ricevute ed il terzo di **risposta** idonea a permettere una corretta stabilità ed una facile andatura in relazione alle condizioni ambientali.

Dal punto di vista anatomico-funzionale la prima attività viene esercitata dai recettori vestibolari, da quelli visivi e da quelli somatici; la seconda dai nuclei vestibolari e dalla sostanza reticolare del troncoencefalo, sotto il controllo modulatore del cervelletto; la terza da una serie di riflessi, sia oculomotori (RO) che spinali (RS).

Una funzione così importante, quindi, non può essere affidata ad un solo organo o apparato, ma richiede un intero SISTEMA, cioè un insieme di strutture comunicanti tra loro che concorrono alla stessa funzione. Tutte queste funzioni allora, sono il risultato di un'elaborazione a livello del sistema nervoso centrale, di diversi tipi di afferenze provenienti dai vari recettori.

### INFORMAZIONE

- I recettori vestibolari, situati nell'orecchio interno, forniscono informazioni sulle accelerazioni lineari ed angolari, su tutti i piani dello spazio, cui è sottoposta la testa;
- I recettori visivi, rappresentati dai coni e dai bastoncelli, informano sulla situazione ambientale; in particolare la fovea ci permette di tenere a fuoco l'oggetto, mentre la parte retinica periferica ci da informazioni sul complesso ambientale;
- Infine abbiamo gli esterocettori cutanei (corpuscoli di Ruffini, Pacini, di Meissner, cellule di Merkel) sensibili al tocco, alla pressione cutanea o alla variazione di stimoli meccanici e i propriocettori, di vario tipo (fusi

muscolari, organi tendinei del Golgi, corpuscoli di Pacini) che forniscono importanti informazioni somatiche come la contrazione del muscolo, l'allungamento del muscolo, la tensione tendinea, le vibrazioni, ecc...

### ELABORAZIONE

Come accennato precedentemente le informazioni devono essere elaborate per avere una risposta adeguata al mantenimento dell'equilibrio.

Il centro dell'elaborazione si trova nel troncoencefalo, nel cervelletto e come vedremo anche nella corteccia cerebrale.

Le afferenze labirintiche raggiungono i nuclei vestibolari centrali tramite i nervi vestibolare e acustico, ma i nuclei vestibolari presentano connessioni afferenti ed efferenti anche con i nuclei vestibolari contro-laterali, la formazione reticolare e il cervelletto.

I nuclei vestibolari devono essere considerati come il più importante centro di integrazione non solo delle informazioni originate dai diversi recettori labirintici, ma anche dalle informazioni di origine visiva, e dalle informazioni di origine propriocettiva ed esterocettiva. Ne consegue che dall'integrazione di queste informazioni nascono i segnali che giungendo alla corteccia cerebrale, contribuiscono a generare la sensazione del nostro orientamento nello spazio (dopo ulteriori integrazioni con afferenze propriocettive e visive a livello del talamo e della stessa corteccia), i segnali del riflesso vestibolo-oculomotore (VOR), responsabile dei movimenti compensatori degli occhi durante il movimento del capo, ed i segnali del riflesso vestibolo-spinale (VSR) responsabili dell'equilibrio.

### RISPOSTA

La risposta all'elaborazione delle afferenze sensoriali avviene tramite i riflessi oculomotori e spinali.

I riflessi oculomotori sono:

- Il riflesso vestibolo-oculomotore VOR (da stimolo labirintico);
- Il riflesso visivo otticocinetico (da stimolo visivo, dato dallo scivolamento retinale e cioè dallo spostamento della mira stessa);
- Il riflesso cervico-oculomotore (da stimolo dei propriocettori muscolo-tendinei della colonna cervicale).

## LE VERTIGINI (informazione - elaborazione - risposta)

Il VOR ha lo scopo di generare movimenti degli occhi, compensatori, uguali ed opposti rispetto al movimento della testa per assicurare la stabilizzazione dello sguardo e quindi il mantenimento di una visione chiara del mondo che ci circonda, anche mentre ci muoviamo.

Per operare questi movimenti oculari compensatori, il sistema vestibolare opera in associazione con il sistema visivo (sistema vestibolo-ottococinetico), in base alla frequenza in Hz del movimento della testa. Per i movimenti naturali della testa, ad esempio che sono molto veloci e di breve durata (frequenza compresa tra 0,5 e 5 Hz), il movimento oculare perfettamente compensatorio è assicurato dal riflesso vestibolo-oculomotore che ha una latenza di risposta molto più breve rispetto al riflesso ottococinetico. Contrariamente, per rotazioni lente e prolungate il VOR non riesce a generare movimenti oculari perfettamente compensatori e la visione si deteriora. A questo punto lo slittamento delle immagini sulla retina (retinal slip) stimola il riflesso ottococinetico ed il comando di origine visiva si somma o addirittura sostituisce a quello di origine labirintica, assicurando la stabilizzazione dello sguardo.

Il ruolo dei riflessi spinali è invece quello di attivare i muscoli estensori del collo, del tronco e degli arti (i cosiddetti muscoli anti-gravitazionali), per il mantenimento della stazione eretta sotto l'azione della gravità ed il controllo posturale durante l'andatura.

Sono rappresentati da:

- i Riflessi vestibolo-spinale e vestibolo-collico (da stimolo labirintico);

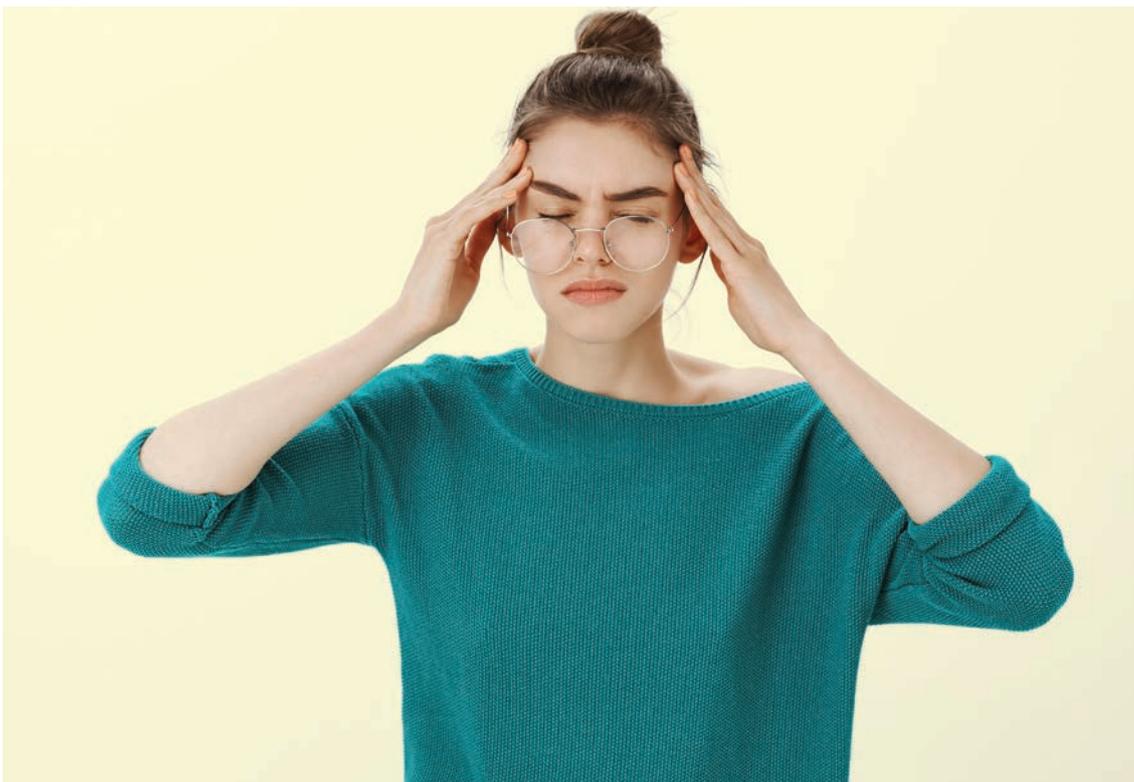
- i Riflessi cervico-collico e cervico-spinale (da stimolo dei propriocettori dei muscoli e dei tendini della colonna cervicale);
- i Riflessi da stiramento (da stimolo muscolare).

Anche per il Riflesso vestibolo –spinale (VSR) vale il principio dell'innervazione reciproca, per cui all'eccitazione dei muscoli agonisti corrisponde l'inibizione dei muscoli antagonisti. La differenza con il VOR è che i riflessi vestibolo-spinali operano in una situazione molto più complessa, poiché già a livello di una singola articolazione la quantità di muscoli implicati è maggiore e con una disposizione spaziale diversa. L'influenza del cervelletto, dei nuclei vestibolari e della sostanza reticolare del tronco-encefalo è molto rilevante anche e soprattutto sui riflessi spinali.

In conclusione, questi concetti di anatomo-fisiologia del sistema vestibolare, per certi versi molto complessi che abbiamo cercato di semplificare, sono fondamentali per il clinico che si trova ad affrontare la sintomatologia del paziente affetto da vertigini.

Definire la vertigine come una sindrome plurifattoriale non solo è giusto ma deve essere un principio tenuto in considerazione anche dal paziente stesso che non deve mai sottovalutare il "sintomo vertigine", spesso descritto nelle sue sfumature più ampie, come la manifestazione iniziale di una patologia sistemica e non distrettuale.

L'anamnesi accurata, la conoscenza di eventuali patologie concomitanti, l'assunzione di farmaci, rappresentano un "isola" di informazioni utilissime per orientare il medico nel vasto e ostico oceano delle vertigini.



# Le reazioni avverse da farmaci (ADR) e il work-up allergologico

**Dott. Battista Roberto Polillo**

Specialista in allergologia e immunologia clinica  
Casa di Cura Marco Polo - Viale Marco Polo, 41

## La dimensione del problema

I farmaci possono essere responsabili di reazioni avverse (ADR- Adverse drug reactions) e sono causa del 12,63%-14,7% di consulto allergologico per sospetta allergia a farmaci.<sup>i</sup>

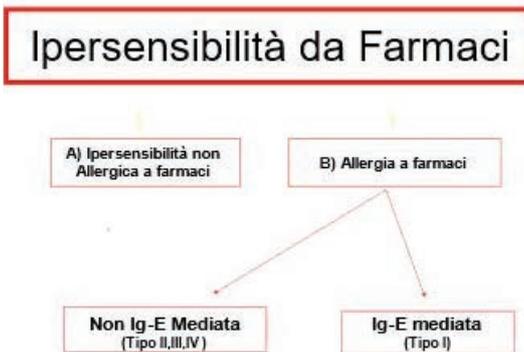
Negli USA, tra gli assistiti dell'organizzazione sanitaria HMO Kaiser Permanente (2 milioni e 300.000 iscritti), la prevalenza di ipersensibilità allergica alle penicilline è pari al 7% e quella alle sulfonamidi del 4,3%.<sup>ii</sup>

Una metanalisi di 39 studi prospettici ha evidenziato fin dagli anni '70 come le ADR siano responsabili del 15% dei ricoveri ospedalieri e dello 0,32% di decessi e come la metà dei ricoveri fosse causata da una reazione grave.<sup>iii</sup>

## Definizione e classificazione delle ADR

Una reazione avversa da farmaco (ADR) è una reazione nociva o indesiderata che si manifesta a dosi terapeutici, profilattici o diagnostiche normali.

Le reazioni avverse a farmaci o "reazioni di ipersensibilità" possono essere di tipo non allergico (non indotte da meccanismi immunologici) o di tipo allergico (indotte da meccanismi di tipo immunologico) e sono spesso indistinguibili tra loro dal punto di vista clinico-sintomatologico (Fig 1)



**Fig. 1:** Classificazione delle reazioni di ipersensibilità da farmaci

A) *Le reazioni da ipersensibilità non allergica a farmaci* (dette anche di tipo "prevedibile") rappresentano l'80% delle ADR; sono direttamente correlate all'azione del farmaco; sono dose-dipendenti; possono verificarsi in qualsiasi soggetto e non necessitano di preesistente sensibilizzazione. Esempi tipici di tali reazioni sono la gastro-lesività da FANS; la cefalea da nitroderivati; la nausea o il vomito da oppiacei; i tremori da beta agonisti; la colite pseudomembranosa da antibiotici; l'ipertiroidismo da amiodarone; le aritmie da anti-istaminici e la tiroidite e/o il lupus da IFN. I meccanismi responsabili possono essere vari. Si distinguono:

- Reazioni da intolleranza: abbassamento della soglia alla normale azione del farmaco (cinconismo a basse dosi di chinino)
- Reazioni idiosincrasiche: indipendenti dal normale effetto farmacologico: sindrome emolitica da deficit di G-6PD e da primachina
- Reazioni pseudo-allergiche:
  - a) degranolazione delle mast-cellule (oppiacei, mezzi di contrasto iodato e vancomicina);
  - b) attivazione del Complemento con formazione di C3a e C5a (protamina, mezzi di contrasto iodato, miorellassanti)
  - c) broncostenosi da liberazione di anidride solforosa indotta da solfiti
  - d) inibizione da FANS della ciclossigenasi con prevalente sintesi di leucotrieni;
  - e) accumulo di bradichinina in corso di terapia con ACEi e AT-1

B) *Le reazioni da allergia* (dette anche di tipo "imprevedibile") rappresentano il 20% delle ADR; sono indipendenti dall'azione farmacologica o recettoriale della sostanza; sono solitamente dose indipendenti; si verificano in individui geneticamente predisposti; necessitano generalmente di una preesistente sensibilizzazione/esposizione<sup>iv</sup> e riconoscono diversi meccanismi immunologici:

- a) di tipo I° o IgE mediato (nel 50% dei casi) caratterizzate da un esordio immediato e decorso acuto (vedi oltre)
- b) di tipo II°, III° o IV° tipo (citotossico mediato da anticorpi, da complessi immuni costituiti da IgG/IgM e farmaco o di tipo ritardato per attivazione Linfociti TH1 o citotossici) caratterizzate da un esordio ritardato e decorso protratto

## Le modalità di insorgenza

Le reazioni da ipersensibilità (Fig.1) possono essere di *tipo immediato* con insorgenza da meno di 1-fino a 6 ore dall'assunzione di farmaco o di tipo ritardato a insorgenza superiore alle 6 ore e fino a due/tre giorni (suddivisibili in accelerate o ritardate propriamente dette. Fig 2)

<sup>i</sup> Gamboa PM. The epidemiology of drug allergy-related consultations in Spanish Allergology services: *Allergologia-2005*. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2009;19 Suppl 2:45-50

<sup>ii</sup> Eric Macy et al ALLERGY CLIN IMMUNOL PRACT MAY/JUNE 2017

<sup>iii</sup> Lazarou, e al JAMA 1998

<sup>iv</sup> Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF. et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:832-836.

## Le reazioni avverse da farmaci (ADR) e il work-up allergologico

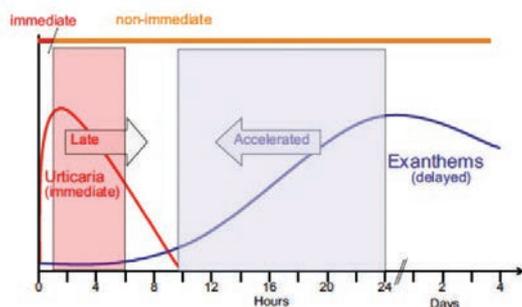


Fig. 2: i tempi di insorgenze delle ADR Demoly et al<sup>v</sup>

### Le manifestazioni cliniche

Le reazioni di *tipo immediato* hanno come principale organo bersaglio la cute, dove inducono orticaria e/o angioedema. Quelle di natura allergica sono determinate dalla presenza di IgE specifiche rivolte contro i determinanti allergenici del farmaco; tali anticorpi chiamate *reagine*, una volta collegati a ponte da tali determinanti aptenici, inducono la degranolazione delle mast cellule e dei basofili (a cui sono legati ad alte concentrazioni) con liberazione di granuli preformati e neo formati responsabili di: vasodilatazione, edema, spasmo della muscolatura liscia e richiamo di cellule infiammatorie producenti citochine e altre sostanze vasoattive. Ne consegue il possibile coinvolgimento di tutti gli apparati dove tali cellule sono presenti (cute, vie aeree superiori e inferiori, apparato digerente) con tipiche manifestazioni cliniche: orticaria, angioedema, broncospasmo, spasmo laringeo, dolore colico.

Razioni particolarmente severe possono indurre *anafilassi* con interessamento multi-organo o generalizzato (cute-apparato respiratorio, cute-apparato digerente, apparato vascolare) fino a quadri di vero shock anafilattico con ipotensione marcata e ipo-perfusione dei diversi organi e apparati ad evoluzione grave e talvolta fatale

Le reazioni di *tipo ritardato* si verificano da poche ore fino a 6 settimane dall'assunzione del farmaco e hanno come organo bersaglio sia la cute che altri apparati. L'interessamento cutaneo è in ogni caso quello più comune e si presenta con quadri di differente gravità. Le forme meno impegnative sono rappresentate da manifestazioni orticarioidi o rash maculopapulare più o meno confluyente (vedi oltre discussione caso clinico). Le manifestazioni più gravi vedono un interessamento massiccio della cute e delle mucose con quadri di progressivo distacco cutaneo e danno mucosale diffuso (S. Steven John e S. di Lyell) a cui consegue perdita di liquidi e superinfezioni; quadri clinici che possono richiedere ricovero in terapia intensiva e che sono ancora gravati di una mortalità del 15%. Più raramente si assiste all'insorgenza della "generalized acute exanthematous pustulosis" (AGEP); un'eruzione eritematosa scarlattiniforme con pustole semi-piccole, prevalentemente nelle grandi pieghe (ascelle, inguine), che possono fondersi e successivamente portare a desquamazione cutanea superficiale

### La diagnosi clinica e i metodi diagnostici

La diagnosi e la gestione delle ADR richiedono una competenza allergologica specifica e maturata direttamente sul campo. Gli elementi che indirizzano verso una corretta diagnosi sono diversi e vanno rilevati attraverso una mirata raccolta dell'anamnesi: dovrà essere accertato il tipo di farmaco incriminato, il tempo intercorso tra la sua assunzione e le manifestazioni cliniche, le loro caratteristiche e la loro durata nel tempo; l'eventuale precedente tolleranza dello stesso farmaco; la presenza di altre reazioni verificatesi nel passato; la coesistenza di fattori scatenanti e amplificanti: infezioni virali (specie nel bambino), assunzione di alcool o sforzo fisico nella 4 ore successive all'assunzione (specie per i FANS).

Se il sospetto di *reazione di B (allergica)* è consistente si procede all'esecuzione dei metodi diagnostici in vivo e in vitro; nel caso di reazione di *tipo A (ipersensibilità)* invece i nostri strumenti sono più limitati e l'unico test possibile è quello di scatenamento nelle forme lievi o dubbie o di tolleranza con farmaco alternativo nelle forme gravi (vedi oltre)

### I metodi diagnostici nelle reazioni di tipo B

I metodi diagnostici per le *reazioni di tipo immediato di tipo allergico*, in cui sono responsabili anticorpi di tipo IgE, sono rappresentati dai test cutanei a lettura immediata (20 minuti). Il primo step è rappresentato dall'esecuzione del prick test (puntura percutanea attraverso una goccia di estratto) con concentrazioni scalari del farmaco da testare a cui fa seguito, in caso di negatività, il test intradermico (inoculazione di 0,02/0,03 ml del farmaco a diluizione decrescente; figura 3).

I test dovrebbero essere eseguiti, superata la fase acuta, a distanza di pochi mesi dalla manifestazione clinica e non oltre i due anni. In alcuni casi può essere utile il dosaggio delle IgE sieriche (possibile per beta-lattamine e succinilcolina) verso i determinanti antigenici dei farmaci, ma il test ha utilità solo se praticato entro sei mesi dalla reazione e una sua negatività non esclude la presenza di sensibilizzazione allergica. Lo stesso dicasi per il test di attivazione dei basofili (BAT), la cui importanza sta progressivamente crescendo, ma che non può essere utilizzato come unico mezzo diagnostico.

Per le reazioni di tipo ritardato, da eseguire una volta ottenuta la risoluzione del quadro clinico (che talvolta impiega diversi mesi), il test utilizzabile è il patch test (applicazione del farmaco opportunamente diluito sulla cute tramite apparato testante) e il test intradermico (stesse modalità utilizzate per le reazioni immediate), entrambi con lettura ritardata di 48 ore (Fig. 4)



Fig. 3: Test intradermico positivo a midazolam 1/10

Fig. 4: Patch test positivo ad amoxicillina a 48 ore dalla applicazione e dopo rimozione del cerotto

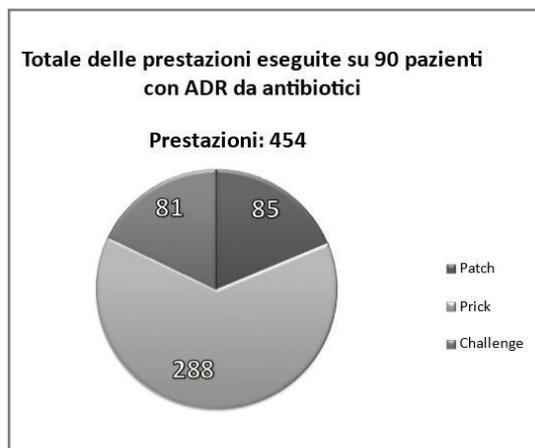
<sup>v</sup> Demoly et al. *Allergy 2014 International Consensus on drug allergy*

Utile l'esecuzione di una biopsia cutanea per derimere eventuali dubbi diagnostici (tabella 1)

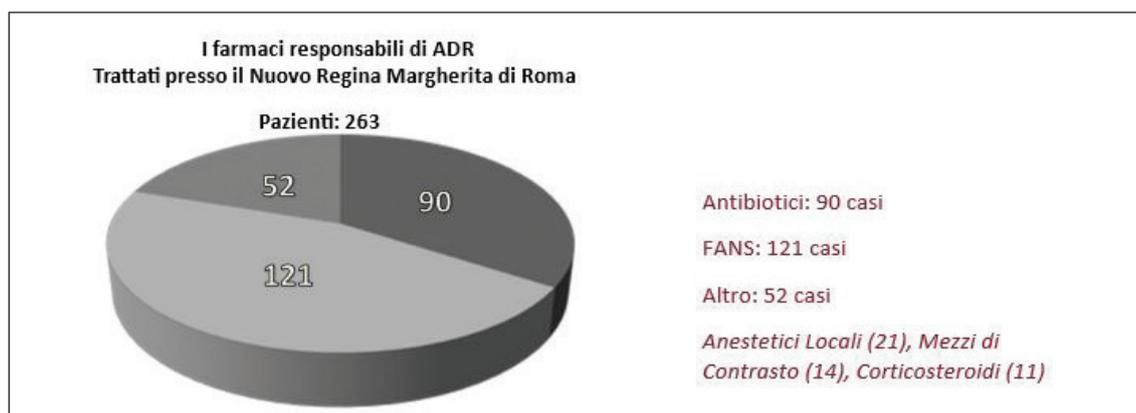
Tabella 1: manifestazioni cliniche delle ADR e metodi diagnostici

Reazioni Immediate < 6 h	Reazioni ritardate > 6 h fino a 6 sett.
• Shock anafilattico	• Rash maculopapulare • Sindrome di Steven John • Sindrome di Lyell
• Orticaria/angioedema	• Agep
• Orticaria	• Orticaria/ angioedema
• Angioedema	• Nefrite interstiziale
	• Malattia da siero
Test Diagnostici	
• Prick test	• Patch test
• Intradermo (20 minuti)	• Intradermo
• Dosaggio IgE specifiche	• Biopsia cutanea

**Tabella 1.** manifestazioni cliniche delle ADR e metodi diagnostici



**Fig. 6:** Gli accertamenti praticati



**Fig. 5:** Le ADR rilevate in 4 anni di osservazione personale

### I farmaci responsabili delle reazioni di ipersensibilità: esperienze personali

I Farmaci che più frequentemente inducono reazioni da ipersensibilità non allergica sono i FANS e l'aspirina a cui seguono antibiotici non beta-lattamici (chinolonici, macrolidi, tetracicline) e anestetici, mentre quelli che inducono reazioni di tipo allergico di tipo immediato o ritardato sono gli antibiotici beta-lattamici (Penicilline, Cefalosporine carbapenemi), gli anestetici generali, gli ipnotici, i cortisonici, i sali di Platino, i farmaci biologici, i PPI, l'allopurinolo, gli antiepilettici e i sulfamidici

Alcuni farmaci come taxani, mezzi di contrasto iodati, pirazolonici, chinolonici e miorilassanti possono dare reazioni di entrambi i tipi

Nella nostra esperienza pluriennale (Fig 5) su 263 pazienti trattati per ADR, i FANS sono stati responsabili in 151 casi, gli antibiotici in 90 e farmaci di altre classi in 52 casi.

Le procedure diagnostiche adottate in tali pazienti sono state oltre 450 e di queste i test di esposizione (challenge) con uno o più farmaci, indispensabili per inquadrare correttamente i pazienti, sono stati oltre 280. Un lavoro che ha richiesto per ciascun paziente numerose sedute e un setting in grado di affrontare eventuali emergenze: dimostrazione evidente della complessità assistenziale di tale linea di attività sia in termini di risorse che di tempo impiegato (Fig 6).

Dalla teoria alla pratica: un caso clinico di reazione ritardata alle aminopenicilline

Gli antibiotici betalattamici sono, come più volte ricordato, i farmaci che possono determinare con maggiore frequenza ADR sia di tipo immediato che ritardato. Un evento in genere imprevisto, ma non sempre tale perché talvolta gli episodi si possono ripetere e, in questi casi, può essere in causa la scarsa conoscenza delle problematiche allergologiche da parte dei prescrittori o, come nel caso che ora sarà descritto, la disattenzione colpevole dei sanitari associata ad errori organizzativi in contesti caratterizzati da grande incertezza come i dipartimenti di emergenza. Una situazione a cui occorrerebbe porre rimedio per impedire conseguenze talvolta drammatiche per il paziente con un intollerabile peggioramento della qualità dell'assistenza in questo delicato settore.

## Le reazioni avverse da farmaci (ADR) e il work-up allergologico

### Paziente di sesso femminile di anni 66

Una paziente di 66 anni con pregressa ADR di tipo ritardo all'aminopencillina bacampicillina (esantema maculo-papulare) si reca nel PS di un nosocomio romano per intensa otodinia; all'atto della dimissione, non essendo necessario il ricovero, i sanitari prescrivono una terapia domiciliare con amoxicillina a ac. Clavulanico. E questo nonostante fosse segnalata nello stesso referto di dimissione la pregressa allergia alle b-lattamine.

A distanza di 12 ore dall'assunzione del farmaco la paz. nota la comparsa di un esantema maculo-papulare ingravescente che, nei giorni successivi, tende alla confluenza con formazione di placche violacee ed inspesse specie nella superficie posteriore del collo e sensazione di intenso bruciore (Foto N° 1 e 2)



Foto N° 1,2: Quadro clinico iniziale

A distanza di circa 48 ore, il giorno 4 luglio 2021 viene iniziata terapia con anti-istaminici e metil-prednisolone 40 mg 1 fiala per due; terapia ridotta a una fiala die il giorno 22 luglio e sostituita, una settimana dopo, su richiesta del paziente, con un trattamento orale (16 mg una volta al giorno)

Il trattamento viene continuato allo stesso dosaggio per oltre un mese perché ad ogni tentativo di riduzione della dose del farmaco, faceva seguito una riacutizzazione della sintomatologia (Foto N°3)

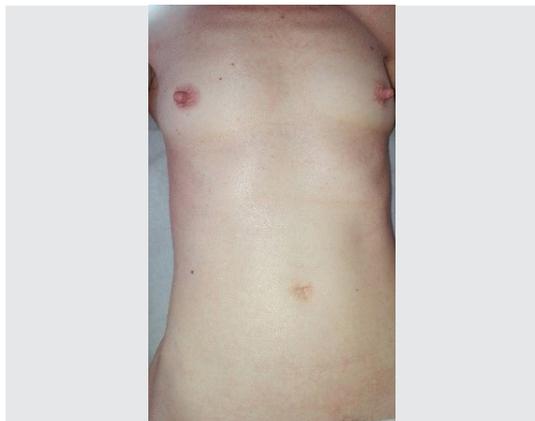


Foto N° 3: riacutizzazione del quadro clinico a seguito di dimezzamento del dosaggio dello steroide

A metà settembre, 8 mg di metil prednisolone sono sufficienti a tenere sotto controllo la sintomatologia e a distanza di un mese, dopo progressiva riduzione, il farmaco può essere definitivamente sospeso insieme al gastroprotettore associato alla terapia cortisonica. Nelle settimane successive, a seguito della comparsa di intensa astenia, si esegue studio della funzionalità surrenalica. I valori della corticotropina 24,3 pg/ml (4,7-48) della cortisolemia 272 ng/ml (50- 230) e del progesterone 17OH: 0,48 ng/ml (0,5-2,1) sono nella norma non evidenziando inibizione del surrene e la paz viene rassicurata sullo scarso significato clinico dei sintomi che regrediscono rapidamente. Nessun accertamento allergologico veniva eseguito per il rifiuto della paziente di sottoporsi a patch test diagnostico. Come indicazione per il futuro il divieto assoluto di utilizzare altre beta-lattamine e di ricorrere in caso di necessità a molecole non correlate

### Le indicazioni per il paziente una volta fatta la diagnosi

Se la diagnosi clinica pone spesso significativi problemi interpretativi sul rapporto di causalità tra farmaco e quadro clinico e sul meccanismo patogenetico (allergico o da ipersensibilità) ancora più complesso è fornire al paziente indicazioni precise sui farmaci che potranno essere assunti in seguito con sicurezza.

In genere la prima indicazione è la prescrizione di farmaci appartenenti a classi chimiche differenti, come macrolidi, chinolonici o tetracicline nel caso di allergia accertata alle betalattamine o, in caso di ipersensibilità a un FANS COX1 inibitore derivato dell'ac. Propionico come ibuprofene o ketoprofene, di un FANS COX2 inibitore come nimesulide, coxib o paracetamolo o di un COX 1 inibitore alternativo come un derivato dell'acido arilacetico (diclofenc o similari) o un derivato pirazolonico Fig 4

Sono inibitori della COX2 i coxib, il paracetamolo, la nimesulide e il meloxicam

Altrettanto importante è però identificare, nel caso di reazioni IgE mediate o ritardate, quei farmaci che, pur appartenendo alla stessa classe, presentano dei gruppi aptenici diversi dal farmaco responsabile e pertanto utilizzabili.

In tale evenienza, come nel caso di allergia a aminopencilline potrà essere utilizzata una cefalosporina metoximina di terza generazione come il ceftriazone, o si potrà adottare il procedimento inverso nel caso di allergia primaria alle metoximine; prima, tuttavia, dovranno essere eseguiti i test cutanei con il farmaco che si intende testare e, solo se negativi, si dovrà procedere al test di esposizione (challenge test) con la medesima molecola in ambiente controllato e idoneo al trattamento di anafilassi. Le modalità di somministrazione del farmaco per quanto riguarda dosaggi e tempi di somministrazione saranno ovviamente totalmente differenti nel caso di reazioni immediate o ritardate. Per queste ultime si inizia con un centesimo della dose a cui fa seguito 7 giorni dopo e in caso di tolleranza un decimo della dose per somministrare l'intera dose dopo ulteriori 7 giorni.

Se anche il test di esposizione risulterà negativo, il farmaco potrà essere somministrato con una accettabile

CLASSE CHIMICA	MOLECOLE RAPPRESENTATIVE
Salicilici	acido acetilsalicilico, acetilsalicilato di lisina, benorilato
Para-aminofenolici	paracetamolo
Indolici	indometacina, sulindac
Aril-acetici	diclofenac, fenclofenac, bromfenac <sup>(#)</sup>
Piranocarbossilici	etodolac, ketorolac
Aril-propionici	ibuprofene, flurbiprofene, naprossene, ketoprofene
Fenamati (Ariantranilici)	acido mefenamico, acido flufenamico, acido meclofenamico
Enolici (Oxicam)	piroxicam, meloxicam, cinnoxicam, tenoxicam
Pirazolonici	fenilbutazone, azapropazone, fenazone
Sulfanilamidi	nimesulide <sup>(§)</sup>
Coxib	celecoxib, rofecoxib <sup>(*)</sup> , etorocoxib, lumiracoxib, valdecoxib <sup>(*)</sup>

(\*) ritirato dal commercio  
 (§) ritirato dal commercio in alcuni paesi, disponibile con limitazioni prescrittive in Italia  
 (#) ritirato dal commercio, disponibile come preparazione per uso oftalmico (negli USA: Xibrom)

Fig. 4: classificazione chimica dei FANS

sicurezza; una sicurezza che tuttavia, nel caso di reazioni immediate IgE mediate, non è assoluta qualora la reazione si sia verificata molti anni prima; in questo caso è più prudente ripetere i test cutanei (re-test) a distanza di un mese dai primi e solo allora, se nuovamente negativi, procedere con il test di scatenamento (Fig.5)

#### Considerazioni conclusive

Le ADR rappresentano una sfida per l'allergologo e più in generale per l'internista.

L'allergologia da farmaci, infatti, è un campo di attività in continua evoluzione per l'introduzione nella pratica clinica di sempre più innovative molecole farmacologiche. Fatto da cui deriva sia la necessità di un aggiornamento continuo sulla farmacopea e sia lo sforzo per la messa a punto (verificabile ogni volta solo empiricamente) delle corrette diluizioni dei

nuovi farmaci per l'esecuzione in sicurezza dei test diagnostici; così da evitare concentrazioni eccessive con effetto irritante o troppo basse e non in grado di elicitare una risposta.

Un ultimo problema, ma non certo di minore importanza, è come proseguire la terapia, nel caso in cui il farmaco impiegato abbia dato problemi di ipersensibilità e non possa essere sostituito da valide alternative. In questo caso l'unica soluzione è procedere con la desensibilizzazione da effettuarsi in ambiente protetto e realizzabile introducendo il farmaco a dose crescenti iniziando da bassissime concentrazioni. Una metodica, lunga e non scevra di rischi, che richiede grande esperienza ma che può fornire ottimi risultati consentendo la prosecuzione di una terapia altrimenti impossibile.

Un'altra pratica clinica che si aggiunge alle competenze dell'allergologo nel campo della gestione delle ADR.



Fig.5: Work-up allergologico in fase di remissione

# VENE VARICOSE: TRATTAMENTO CHIRURGICO MINI-INVASIVO LASER (EVLA)

**Dott. Luca Palombi**

Medico-Chirurgo Specialista in Chirurgia Vascolare  
U.S.I. Lido di Ostia Villa del Lido - Viale del Lido, 3

**Dott.ssa Monica Morelli**

vMedico-Chirurgo Specialista in Chirurgia Vascolare  
U.S.I. Lido di Ostia Villa del Lido - Viale del Lido, 3

**N**egli ultimi anni il trattamento chirurgico dell'insufficienza venosa superficiale (vene varicose) ha subito una progressiva ma sostanziale evoluzione verso la mini-invasività sia nel trattamento primario che in quello delle recidive. Tali cambiamenti delle tecniche hanno permesso non tanto il raggiungimento di una maggiore radicalità della procedura, nel senso di abolizione del reflusso (ovvero la causa della patologia), ma, certamente, un recupero post-operatorio sempre più rapido ed una riduzione delle complicanze peri- e post-procedurali tali che le attuali linee guida internazionali raccomandano come trattamento di prima scelta dell'insufficienza venosa le tecniche ablative percutanee, come la termoablazione laser (EVLA).

## DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Gli interventi vengono eseguiti in regime di ricovero ambulatoriale, dunque al termine della procedura il Paziente può essere immediatamente dimesso.

Il giorno dell'intervento viene eseguito un mappaggio ecografico preoperatorio dei segmenti venosi da trattare, con paziente in posizione di ortostatismo.

Gli interventi vengono condotti con un accesso percutaneo, ovvero senza un'esposizione chirurgica, ma attraverso la puntura ecoguidata della vena, al fine di poter posizionare un catetere laser all'interno della vena malata. Tale sonda viene fatta navigare all'interno della vena sino ad un suo corretto posizionamento a livello della giunzione tra il circolo superficiale e quello profondo.

Viene dunque somministrata anestesia locale attraverso la tecnica della tumescenza (l'anestetico va a circondare la vena, allontanandola dai tessuti circostanti). La closure endovenosa viene eseguita erogando energia laser, che una volta assorbita dai tessuti viene trasformata in calore, il quale causa un danneggiamento irreversibile della vena.

## DECORSO POST-OPERATORIO

A differenza delle tecniche chirurgiche tradizionali, gli interventi mininvasivi consentono al paziente di recuperare l'immediata capacità deambulatoria (la dimissione avviene generalmente dopo solo 1 ora dall'intervento). Inoltre il dolore postoperatorio è generalmente di lieve intensità in quanto il trauma chirurgico è notevolmente ridotto (queste tecniche di norma non richiedono punti di sutura). Nel post-operatorio viene utilizzata una calza elastocompressiva che va portata per i successivi 7 giorni dall'intervento sia di giorno che di notte. A domicilio non è necessario stare a letto, se non per il normale riposo. È

consigliato muoversi e camminare per brevi periodi in maniera naturale, evitando tuttavia di stare in piedi troppo a lungo e fermandosi in caso di dolore. Viene, inoltre, consigliata una rapida ripresa di tutte le attività fisiche al fine di facilitare la convalescenza e la guarigione.

Nel corso dei 2-3 mesi successivi all'intervento la vena operata andrà incontro al suo progressivo riassorbimento, fino alla sua scomparsa.



Immagine preoperatoria



Immagine intra-operatoria



Immagine a 10 giorni dall'intervento

# Novità nei trattamenti medici e chirurgici per la cura del glaucoma, "il ladro silente della vista"



**Dott. Francesco Rubino**

Medico - Chirurgo  
Specialista in Clinica Oculistica e Chirurgia Oculare  
USI Doc - Lido di Ostia - Viale del Lido, 5/a  
U.S.I. Eur - Marconi - Viale G. Marconi, 139  
U.S.I. Pietralata - Via dei Durantini, 362  
U.S.I. Colle Prenestino - Via Mirabella Eclano, 27

**Il glaucoma** è una malattia dell'occhio che consiste in un danno progressivo e irreversibile del nervo ottico, causato, il più delle volte, da un incremento patologico della pressione endoculare.

Il danno, inizia progressivamente nella parte periferica del campo visivo, risparmiando spesso, fino alla fase terminale, la visione centrale.

L'incremento della pressione o tono oculare, si manifesta spesso per predisposizione genetica, quando si interrompe il circolo virtuoso omeostatico che regola la produzione e l'eliminazione dell'umor acqueo.

La malattia, che spesso non ha sintomi premonitori, si palesa con dei sintomi evidenti solo quando il danno al nervo ottico è definitivo e irreversibile.

**La malattia glaucomatosa** è spesso paragonata ad un ladro che, in maniera silenziosa, sottrae quantità di vista a chi ne è affetto, progressivamente e inesorabilmente.

Come tutte le malattie asintomatiche, anche il glaucoma richiede una strategia di prevenzione che vede nella visita oculistica l'elemento portante.

La visita oculistica deve essere programmata, almeno una volta l'anno per tutti, e prevede sempre, la misurazione della pressione dell'occhio e la valutazione della morfologia del nervo ottico, ben visibile con l'esame del fondo oculare.

Una volta identificata la patologia con lo screening, si approfondisce lo studio del paziente con l'esame del campo visivo e con la tomografia a coerenza ottica (OCT), questo, per studiare la malattia ed iniziare un approccio terapeutico adeguato e personalizzato.

**Il glaucoma**, può essere trattato con efficacia e, almeno inizialmente, con terapia medica farmacologica.

La ricerca farmacologica, ci ha messo a disposizione farmaci più o meno efficaci che si istillano nell'occhio per ridurre la pressione oculare nelle 24 ore.

Quindi è tutto risolvibile con un semplice collirio? In molti casi si ma non in tutti.

Così come non c'è rosa senza spine anche i colliri per il glaucoma possono avere delle criticità.

Prima tra tutte, la tolleranza individuale che è variabile, solitamente, più sono efficaci i colliri, più possono indurre degli effetti collaterali, che possono essere locali, (bruciori arrossamenti, disturbi della visione, ecc.) o generali (disturbi della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, dell'apparato respiratorio, ecc.).

Di questi lo specialista deve tener conto perché la terapia del glaucoma può dover essere continuata anche per anni.

Atto problema è il fenomeno della *tachiflasi*, dove un farmaco perde efficacia gradualmente per induzione nell'organismo della formazione di enzimi che

pian piano ne riducono l'effetto farmacologico, fino a neutralizzarne il meccanismo di azione.

Il trattamento per il glaucoma è, quindi, una lotta corpo a corpo dove la terapia cambia a seconda dell'evoluzione della malattia e dell'efficacia dei trattamenti. Quando i colliri non funzionano più ed il danno glaucomatoso comincia a crescere, lo specialista è obbligato a cambiare strategia con terapie parachirurgiche e chirurgiche.

Un approccio interessante di terapia parachirurgica è quello della SLT ovvero la Trabeculoplastica Laser Selettiva.

L'SLT è un laser freddo che non scalda i tessuti impattati e agisce esclusivamente sulle cellule pigmentate del trabecolato, ovvero di quell'apparato di filtrazione deputato al drenaggio e all'eliminazione fisiologica dell'umor acqueo.

Il laser stimola l'attività delle cellule, aumenta la permeabilità del trabecolato e di conseguenza, la sua funzionalità nel diminuire la pressione oculare.

Il trattamento è indolore, non è invasivo come un intervento chirurgico, e può essere ripetuto nel caso in cui, dopo un po' di tempo, perda efficacia.

Per quanto riguarda la terapia chirurgica, l'intervento più efficace e più praticato è la trabeculectomia, o filtrante protetta.

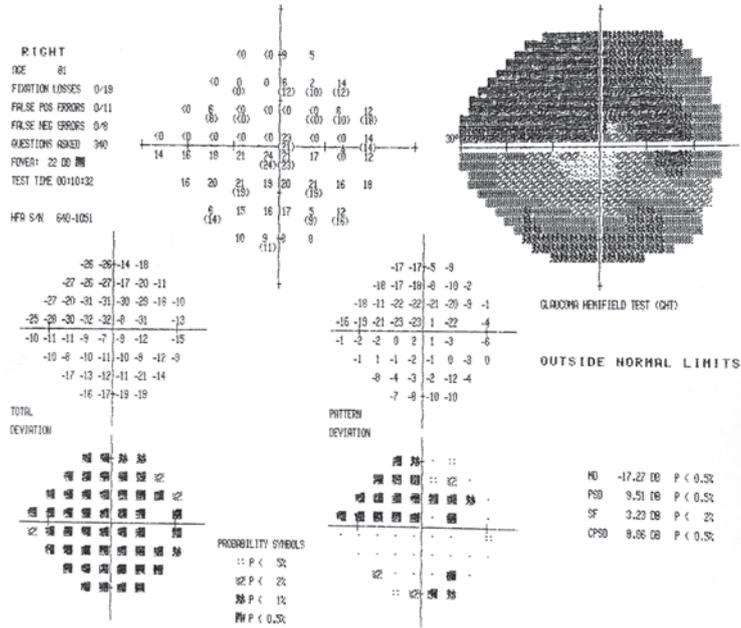
Questo intervento si esegue in sala operatoria in anestesia locale, ed è, ad oggi, il gold standard dei trattamenti chirurgici del glaucoma.

Altro capitolo interessante, è quello della chirurgia mininvasiva per la riduzione della pressione oculare e dei danni da glaucoma al nervo ottico.

La chirurgia mini-invasiva del glaucoma utilizza dispositivi dalle dimensioni molto ridotte che, rispetto alla chirurgia tradizionale hanno gli stessi risultati benefici sul glaucoma, ma risultano meno traumatici per l'occhio.



Novità nei trattamenti medici e chirurgici per la cura del glaucoma, “il ladro silente della vista”



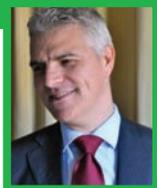
Tra questi, ricordo l’impianto di valvole di drenaggio e i microshunt che, altro non sono che dei dispositivi miniaturizzati che favoriscono la fuoriuscita calibrata, dall’interno dell’occhio dell’acqueo in eccesso verso l’esterno, al di sotto di una tasca congiuntivale preparata chirurgicamente.

La terapia classica per il glaucoma è fondamentale e imprescindibile per ridurre la progressione del danno al nervo ottico ma, può essere affiancata dalla prescrizione di sostanze che favoriscono la neuroprotezione. I neuroprotettori, che appartengono alla classe degli integratori, si oppongono entro certi limiti e, con vari meccanismi alla progressione del danno delle fibre nervose del nervo ottico, e tra queste, l’enzima Q10 e la citicolina, sono tra le più utilizzate e supportate da molti studi clinici.

**BIBLIOGRAFIA**

1. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern. Primary Open Angle Glaucoma 2010; 1-49
2. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern. Primary Open Angle Suspect 2010; 1-28
3. Kass MA, Heuer DK, Higginbotham EJ, et al. The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. Arch Ophthalmol 2002; 120: 701-713; discussion 829-830
4. European Glaucoma Society, Terminology and Guidelines for Glaucoma, 4th edition, 2015, [http://www.eugs.org/eng/EGS\\_guide-lines4](http://www.eugs.org/eng/EGS_guide-lines4)





**Dott. Roberto Curcuruto**

**Medico dello Sport**

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

**N**ei primi anni del secolo scorso, in Italia, le persone morivano sostanzialmente per colpa di malattie infettive. Colera, tubercolosi ed altre infezioni uccidevano milioni di persone. Poi grazie alla terapia antibiotica e alle condizioni igienico sanitarie, di queste patologie si muore molto meno.

Oggi dopo poco più di cento anni la mortalità è sostanzialmente cambiata, ora sono le patologie cardiovascolari a mietere vittime nel nostro paese, come del resto in tutti quelli industrializzati.

L'infarto del miocardio è la prima causa di morte in Italia, oltre 200000 persone ogni anno ne fanno le spese. Per spiegarci meglio, semplificando il tutto, una arteria si chiude il sangue non scorre e le cellule muoiono. Se l'arteria in questione è una coronaria, la cui funzione è nutrire il cuore, questo smette di funzionare. La domanda che dobbiamo porci è:

Lo stile di vita che conduciamo e la qualità alimentare delle cose che mangiamo, sono responsabili di questa situazione? Ho paura che la risposta sia scontata, certamente sì!

A dimostrazione di questa teoria voglio fare delle considerazioni:

L'Italia è tra i paesi in Europa con il maggior numero di bambini obesi, e tra gli ultimi per attività motoria, soprattutto nelle scuole. Per dare l'idea di quanto poco sia preso in considerazione questo aspetto, basti pensare che nelle scuole elementari, manca la figura dell'insegnante di ginnastica, delegando a maestri e maestre il compito di portare i bambini a fare "sport" (ammesso che nella struttura ci sia una palestra).

Se a questo aggiungiamo, l'abbondanza di cibo, (nessuno si alza da tavola con la fame) e la qualità alimentare sempre meno buona, (le merendine del supermercato hanno preso il posto di quelle fatte dalla nonna), si capisce perché i nostri figli siano facilitati ad ingrassare. L'obesità quindi, prima tra i giovani e poi negli adulti, sta diventando un problema sociale, infarto, ictus e diabete sono patologie correlate allo stile di vita e alla qualità/quantità alimentare.

Per capirci, ci si muove poco e si mangia troppo e male. Quindi, se prevenire è meglio che curare, cerchiamo di capire cosa possiamo fare oggi per mantenerci in salute ed evitare di finire dal medico domani.

Mi sono reso conto che molte persone, non sono **consapevoli** del loro stato di salute, non percepiscono di essere fuori peso massimo. Spesso, parlando con persone decisamente in sovrappeso, mi sono sentito dire, che in fondo avevano solo qualche chilo di troppo. La realtà troppo volte non viene vista o semplicemente sottovalutata, quindi è il caso di dare uno strumento, (non sempre attendibile, ma sicuramente efficace) per poter interpretare correttamente le nostre misure. Anche perché se ti vuoi migliorare ti devi misurare. Altrimenti come fai a sapere se stai gestendo bene il tuo corpo?

Voglio darti un semplice esercizio. In questo modo potrai stabilire se il tuo peso è quello ideale, oppure, se hai bisogno di cambiare qualcosa. Se così fosse, rivedi la tua alimentazione o il tuo stile di vita. Magari con piccoli accorgimenti, modificando poche cose, potrai ottenere ottimi risultati.

La tabella che troverai qui sotto serve a calcolare il BMI (Indice di Massa Corporea). Come ti dicevo uno strumento con dei limiti, ma sufficientemente valido per le nostre esigenze. Segui le istruzioni di seguito riportate facendo un semplice calcolo matematico

*Scrivi nella tabella qui sotto il tuo peso espresso in kg. (es. 60)*

*Scrivi anche la tua altezza espressa in metri. (es. 1,60)*

*Moltiplica l'altezza per se stessa (es.  $1,60 \times 1,60 = 2,56$ )*

*Dividi il peso per questo numero (es.  $60 : 2,56 = 23,4$ )*

Peso in Kg	:	Altezza in mt x Altezza in mt	=	BMI
60	:	1,60x1,60	=	23,4
	:		=	

Se il valore ottenuto (come in questa simulazione) è compreso tra 20 e 25 puoi considerare il tuo peso normale, se supera il 25, devi considerarti in sovrappeso. Chiaramente come in tutte le cose occorre flessibilità. Quindi in alcuni casi non ci sono problemi, basterà cambiare qualcosa per migliorare velocemente. Ma se il risultato supera il 30, ti devi considerare obeso, e quindi sarà necessario prendere provvedimenti per non rischiare spiacevoli conseguenze.

Se sei **consapevole** che il tuo peso non è nella norma, non perdere tempo a preoccuparti, ma comincia subito a modificare qualche cosa nella tua alimentazione o nel tuo stile di vita, in questo modo potrai garantirti di vivere meglio in futuro.



freepik.com/foto-gratuito/bilancia-dimagrante-con-centimetro-vista-dall-alto - Immagine di jcomp

# LA PREVENZIONE DEI TUMORI GENITALI FEMMINILI AD OGNI ETÀ

**Dott. Giuseppe Vocaturo**

Specialista in Ginecologia e Ostetricia  
Specialista in Oncologia

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



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

## ALLARME PREVENZIONE!

A causa dei lock-down le prestazioni sanitarie per la prevenzione sono state sospese e anche dopo la riapertura la gente continua a rimandare sia le visite che gli esami diagnostici. Ma la prevenzione non si può più assolutamente ritardare; il rischio è di aumentare lo sviluppo di patologie impegnative da curare.

Durante il periodo dell'emergenza determinata dall'infezione da Covid-19 la quota di donne che si è sottoposta allo screening per i tumori del collo dell'utero nell'ambito dei programmi organizzati è passata dal 52% del 2019 al 46% del 2020 (dati Istituto Superiore di Sanità).

Anche le attività vaccinali in generale sono diminuite in Italia del 96,9% e proprio quella contro l'HPV (responsabile di molti tumori genitali) ha subito il calo maggiore. "La sospensione dell'offerta dei programmi di screening organizzati, imposta dalla gestione dell'emergenza

sanitaria Covid-19, ha determinato una riduzione statisticamente significativa nella copertura da screening organizzato, che non risulta compensata dall'aumento del ricorso ai test di screening su iniziativa spontanea", sottolinea l'ISS.

**Sarebbe quindi auspicabile un potenziamento dei programmi di screening organizzati e una campagna di sensibilizzazione dedicata alla prevenzione.**

Per rendere più efficaci alcune raccomandazioni, abbiamo elencato gli esami diagnostici da fare in base all'età.

Nel corso degli anni, infatti, il corpo femminile attraversa alcune trasformazioni, legate alle diverse fasi della vita. Ogni periodo richiede attenzioni di volta in volta diverse, per cogliere appieno tutte le opportunità che ogni età porta con sé.

**Questo è il senso della prevenzione: adottare uno stile di vita sano, con controlli medici mirati e periodici, per vivere meglio.**



Dott. Giuseppe Vocaturo



freepik.com/foto-gratuito/donne-che-combattono-il-cancro-al-seno - Immagine di rawpixel.com

#### **TRA I 20 E I 40 ANNI:**

Nella fascia di età dai 20 ai 40 anni, i tumori genitali femminili sono poco frequenti. Ma essendo il tempo di latenza dei tumori lungo è conveniente iniziare a fare prevenzione a questa età per potere individuare le lesioni preneoplastiche dell'utero e delle ovaie che guariscono con una terapia conservativa, al fine di preservare la fertilità. È anche una occasione per suggerire alle donne comportamenti e stili di vita corretti. In particolare, a questa età si registrano percentuali molto alte di infezione da HPV (virus responsabile del tumore della cervice, dell'ano, del cavo orale, della laringe, della vulva e della vagina, nonché del pene). Queste pazienti possono guarire spontaneamente dall'infezione e vanno quindi indirizzate verso un corretto iter di esami specialistici come il Pap test, L'HPV-DNA test, la colposcopia con biopsia, necessari a sventare l'insorgenza dei tumori. Inoltre, in questa fascia d'età è ancora utile sottoporsi alla vaccinazione per l'HPV e considerando il tipo di trasmissione del virus, è bene coinvolgere anche il partner nei controlli. Dai 30 anni, in assenza di familiarità con tumore alla mammella deve essere eseguita periodicamente una visita senologica e la ecografia mammaria.

#### **TRA I 40 E I 50 ANNI:**

È tra i 40 e i 50 anni che si registra un primo aumento dell'incidenza dei tumori femminili. In questa fascia d'età, la donna assorbita da impegni familiari e lavorativi tende a trascurare alcuni controlli; è invece necessario proseguire con continuità il percorso di prevenzione. Oltre al tumore del collo dell'utero che grazie alla vaccinazione per l'HPV è in calo, possono manifestarsi tumori dell'endometrio (del corpo dell'utero), delle ovaie, delle tube e della mammella. Per la prevenzione di questi è necessario integrare e personalizzare la visita con indagini strumentali come l'Ecografia, l'Isteroscopia, la TAC, la RMN e la Mammografia. Nei soggetti a rischio per familiarità o per fattori genetici questa prevenzione strumentale verrà anticipata.

#### **TRA I 50 E I 60 ANNI:**

Dopo i 50 anni si verifica un picco di incidenza dei tumori femminili. Questo non significa che non si possa più fare prevenzione, anzi, diventa ancor più importante. Questo decennio è anche quello durante il quale, si verifica la menopausa; in questa fase un approccio specialistico corretto consentirà di contrastare i disagi della menopausa e le patologie non oncologiche come l'osteoporosi, le malattie cardiovascolari e disturbi metabolici.

#### **OLTRE I 60 ANNI:**

In questa fascia d'età si riscontrano oltre che i tumori alla mammella, il tumore del corpo dell'utero, dell'ovaio e i più rari tumori dei genitali esterni e della vagina. Nonostante i continui progressi della medicina e della ricerca, bisogna constatare che la prevenzione del tumore ovarico è ancora molto difficile e di conseguenza la diagnosi precoce è in parte compromessa. Oltre questa età, la donna ha la tendenza a dilazionare i controlli specialistici, ma bisogna considerare che l'allungamento della vita media esige il mantenimento di una perfetta forma fisica. È quindi ovvio che anche la medicina si sia adeguata a questi cambiamenti sociali positivi, estendendo le misure di prevenzione dei tumori femminili anche alle fasce di età più avanzate. Poiché sono anche gli anni nei quali è più frequente che compaiano tumori, la diagnosi precoce assume una rilevanza ancora maggiore che in precedenza.

**Le visite e i controlli rimangono strumenti indispensabili: un tumore diagnosticato nelle fasi iniziali, anche in una persona molto anziana, può essere curato efficacemente senza lasciare sequele dolorose.**

Questo agile schema vuole offrire informazioni sui percorsi di prevenzione dei tumori. Ovviamente, queste informazioni tendono a semplificare una materia molto complessa e non sostituiscono il colloquio con lo specialista.

# INSUFFICIENZA RENALE (IR)

## Definizione - Sintomi - Diagnosi -Trattamento

*Dott. Franco Giordano*

Nefrologo

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

U.S.I. Pietralata - Via dei Durantini, 362



freepik.com/foto-gratuito/paziente-che-racconta-al-medico-il-suo-dolore-e-i-suoi-problemi-di-salute-durante-la-visita-in-ospedale-giovene-che-si-lamenta-di-mal-di-reni-mentre-e-seduto-sul-lettino-dell-esame - Immagine di stefamerpik

due Reni funzionano come un organo unico. Il RENE provvede, di norma, a:

- Escrezione di Urina
- Equilibrio Idro-salino
- Regolazione del volume dei liquidi corporei
- Omeostasi dell'ambiente interno del corpo umano
- Secrezione di Ormoni
- Partecipazione al metabolismo dei carboidrati.

IR significa incapacità dell'organo RENE a svolgere queste funzioni.

Distinguiamo due tipi di IR 1) Acuta IRA 2) Cronica IRC. Quando l'IR si instaura nel giro di poche ore o pochi giorni parliamo di IRA una condizione che, se non riconosciuta e non trattata, può avere esito assolutamente negativo; mentre se trattata adeguatamente può risultare reversibile.

Quando il quadro clinico perdura nel tempo (oltre i sei mesi), ovvero si instaura nel corso di mesi o anni parliamo di IRC.

Le cause dell'IRA possono ritrovarsi prima del RENE (IRA pre-renale), dentro il RENE (IRA renale), dopo il RENE (IRA post-renale).

IRA è definita pre-renale se si riconosce come causa una diminuzione dell'apporto di sangue necessario al RENE per svolgere le proprie funzioni:

Emorragia – Disidratazione – Ustioni - Shock cardio-circolatorio – Sepsi – Allergia, come anche l'Insufficienza epatica.

IRA è definita renale se siamo di fronte a:

- Trombosi delle vene e/o delle arterie renali – a malattie del Nefrone (unità funzionale del RENE) –

- Vasculiti – Pielonefriti – Abuso di FANS – uso di sostanze nefrotossiche, anche farmaci salvavita come
- Chemioterapici e/o Antibiotici – malattie del sangue come il Mieloma multiplo – sostanze tossiche come i metalli pesanti e le droghe.

IRA è definita post-renale quando siamo in presenza di:

- una Ostruzione delle vie urinarie che impedisce l'escrezione dell'urina prodotta - Ipertrafia prostatica
- benigna – Calcolosi urinaria - Vescica neurologica – Tumori del Rene e delle vie urinarie.

Sintomi della IRA possono essere: una riduzione del volume delle urine, ma può anche rimanere invariato – Gonfiore di entrambi gli arti inferiori compresi caviglie e piedi – Sonnolenza – Incapacità a respirare (quando i liquidi si accumulano nei polmoni) – Affaticamento – Confusione mentale – Convulsione e coma.

La diagnosi di IRA necessita di esami di laboratorio, sia del sangue che delle urine, Ecografia renale e dell'apparato urinario corredata da un esame EcoColorDoppler della vascolarizzazione renale. Il trattamento di questa patologia non può prescindere dalla rimozione della causa scatenante.

Contemporaneamente bisogna trattare le comorbidità, presenti, che possono risultare pericolose per la salute se non per la vita del paziente come l'edema polmonare che non fa respirare, ovvero la Iperpotassiemia che può portare all'arresto cardiaco, ma la conseguenza di gran lunga più pericolosa è sicuramente l'Acidosi metabolica che impedisce qualsiasi scambio metabolico nel sangue.

Dovremo, quindi, bilanciare i fluidi e gli Ioni corporei con somministrazione di liquidi bilanciati o di diuretici. Un breve ciclo di trattamenti depurativi (DIALISI) può integrare o sostituire la terapia farmacologica quando questa si dimostri inefficiente.

Le cause dell'IRC sono da ricercare nelle patologie proprie del RENE come la Glomerulonefrite Cronica e alcune patologie genetiche come la Malattia polistica o la Malattia di Fabry o la sindrome di Alport, l'IRC può essere secondaria ad alcune patologie autoimmuni, come per esempio il Lupus Eritematoso Sistemico (LES); può essere una grave conseguenza:

- del Diabete, sia tipo I sia tipo II soprattutto se non ben equilibrato;
- della Ipertensione, soprattutto se non trattata;
- della Aterosclerosi, per depositi di Colesterolo nei vasi renali, allo stesso modo delle occlusioni delle coronarie.

I sintomi della IRC, come abbiamo già condiviso, si sviluppano in un arco di tempo lungo e spesso. Il loro esordio è subdolo, fino a quando il danno renale è irreversibile; sono sintomi aspecifici e si confondono, pertanto, con quelli di altre patologie: Nausea e Vomito – Inappetenza – Astenia, affaticamento e debolezza – Insonnia – Prurito – Sindrome delle gambe senza riposo - Riduzione del volume di urine nelle 24 ore, se la malattia è in fase avanzata. Il medico che si trovasse ad affrontare una IRC deve cercare di rallentare il decorso e affrontare di volta in volta le comorbidità, sempre presenti. Anche in caso di IRC dovremo affrontare la patologia di base, se trattabile. Il controllo deve essere costante sui fattori di progressione della malattia:

- Controllo della Pressione arteriosa – Controllo della Glicemia – Controllo dei farmaci, evitando quelli co-

siddetti nefrotossici, ovvero adeguarne il dosaggio in caso di farmaci salvavita come i chemioterapici e alcuni antibiotici - Controllo della acidosi metabolica, anche se lieve e compatibile con una buona salute; non si deve dimenticare, infatti, che gli organi immersi in una soluzione acida non riescono a lavorare correttamente e quindi vanno incontro a errori metabolici.

- Non bisogna trascurare l'osteoporosi uremica, causa frequente di fratture patologiche.
- Bisogna prevenire il danno da mezzo di contrasto.

La terapia della IRC si basa su:

- una corretta assunzione di liquidi, tenendo alta l'alerta sul bilancio idrico (rapporto tra assunzione di liquidi e **volume** urinario delle 24 ore, **non è importante quante volte si urina ma quanta se ne produce;**
- una alimentazione adeguata di volta in volta alla capacità del RENE di depurare il sangue dalle scorie;
- sulla correzione della Anemia con sopportazioni di Ferro, acido folico ed Eritropoietina secondo necessità.

Quando il danno renale e pressappoco totale sarà necessaria una Terapia sostitutiva con DIALISI o TRAPIANTO.

Qualche numero sulla diffusione della malattia renale cronica in Italia:

- Il 7,5% degli uomini e il 6,5% delle donne risulta affetto dalla malattia (circa 3.500.000 di persone).
- In Trattamento depurativo (Emodialisi + Dialisi peritoneale) poco meno di 50.000 persone Il costo per il Sistema Sanitario per persona in trattamento Dialitico equivale a circa 30.000 fino a 44.000 euro per anno.
- Mentre il trapianto renale ha un costo pari a 52.000 euro il primo anno e circa 15.000 per ogni anno successivo al primo.



# I DISTURBI D'ANSIA IN ADOLESCENZA: PROMEMORIA PER I RAGAZZI E PER I GENITORI

*Dott.ssa Gloria Gensini*

Psicologa Clinica  
Psicodiagnosta dell'età adulta e dell'età evolutiva  
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



freepik.com/foto-gratuito/vista-frontale-del-ragazzo-con-ansia

**U**mberto Galimberti descrive l'adolescenza come *"quella fase precaria dell'esistenza dove l'identità appena abbozzata non si gioca come nell'adulto tra ciò che si è e la paura di perdere ciò che si è ma nel divario più drammatico tra il non sapere chi si è e la paura a non riuscire ad essere ciò che si sogna"*.

Prima di addentrarmi nell'approfondimento dell'**ansia in adolescenza**, cerchiamo di capire insieme cosa si intende per ansia. La definizione che ritengo più chiara è quella dell'APA (American Psychological Association): "l'ansia è l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia e da sintomi fisici di tensione (tachicardia, capogiri, sudorazione, aumento della pressione arteriosa). Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo esterno sia al mondo interno".

Gli antichi greci la chiamavano "melanconia"; nel Medioevo era considerata invece una malattia mentale da curare con la religione. Dal 1800 viene classificata come malattia da curare con i farmaci e poi con la psicoterapia.

Deriva dal latino "angere" cioè stringere. Comunica molto bene la sensazione di disagio vissuta da chi soffre di disturbi legati allo spettro ansioso (le idee di costruzione, imbarazzo, incertezza sul futuro).

Nei dati ISTAT dell'anno 2017 si sottolinea che 2 milioni e mezzo di italiani soffrono di ansia e che tale

disturbo è più frequente nelle donne rispetto agli uomini in un rapporto di 2:1.

**Qual è la differenza tra ansia e paura?** La prima si pone l'obiettivo di affrontare la preoccupazione sulla verificabilità di un evento futuro mentre la paura è una reazione funzionale utile ad affrontare un pericolo immediato.

Entrambe hanno un ruolo **ADATTIVO** (normale): quando un bambino subisce la minaccia di una separazione tra i genitori, al primo giorno di scuola, davanti ad un primo appuntamento di un adolescente oppure agli esami di maturità. In tutti quei momenti, quindi, in cui si manifesta la crescita, il cambiamento o esperienze di vita nuove.

Il DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2014) rintraccia 8 disturbi legati al sintomo ansioso:

- Ansia da separazione
- Mutismo selettivo
- Agorafobia
- Ipocondria
- Fobie specifiche
- Ansia generalizzata
- Attacchi di panico
- Fobia sociale

I primi due disturbi si manifestano prevalentemente nell'infanzia mentre gli altri si presentano maggiormente dalla pubertà in poi.

### **COSA SIGNIFICA QUINDI SOFFRIRE DI ANSIA IN ADOLESCENZA?**

I ragazzi comunicano attraverso tale sintomo che hanno difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti e ad acquisire nuove competenze personali e relazionali.

La fase adolescenziale richiede la ristrutturazione di tutto ciò che c'era prima (pensieri, idee, ecc..) perché si inizia a cercare un'autonomia di pensiero che non dipenda più da quella dei nostri genitori.

### **QUALI SONO I DISTURBI D'ANSIA PIÙ FREQUENTEMENTE RICONTRABILI IN ADOLESCENZA?**

- L'ansia generalizzata caratterizzata da tensione somatica, rimuginio, difficoltà di concentrazione, irritabilità, preoccupazione per i comportamenti e richiesta di rassicurazione, obiettivi troppo elevati, evitamento di situazioni per paura di sbagliare, paura di essere rifiutati nelle relazioni ecc..
- La fobia sociale caratterizzata da eccessiva timidezza nei confronti di figure poco familiari tale da compromettere le relazioni con coetanei, le prestazioni scolastiche e il funzionamento relazionale. È presente inoltre la preoccupazione di sentirsi umiliati, la paura del giudizio negativo degli altri. Nelle relazioni familiari invece funzionano meglio.
- L'agorafobia determinata da una sensazione di grave disagio di chi si trova in ambienti non familiari o in ampi spazi all'aperto o affollati, temendo di non riuscire a controllare la situazione e che sia difficile fuggire.
- La fobia specifica davanti all'esposizione di oggetti o situazioni temute (sangue, trasfusioni, animali, ecc..)
- L'attacco di panico caratterizzato da uno stato di an-

sia fortissima che insorge per lo più inaspettatamente e che porta a provare sensazioni di morte, perdita di controllo, paura di impazzire. Durante l'attacco si manifestano numerosi sintomi fisici come fatica a respirare, tachicardia, dolore al petto, vertigini, tremori, sensazioni di soffocamento ecc..

### **COSA POSSONO FARE I GENITORI PER AIUTARE I FIGLI AD AFFRONTARE L'ANSIA?**

Possono ascoltare e accogliere le preoccupazioni dei figli perché questo aiuterà loro a sentirsi compresi e non giudicati. Pensare poi alle aspettative su di loro e riflettere sul proprio modo di comunicarle.

Tener presente che spesso gli adolescenti evitano situazioni nelle quali provano ansia e spesso negano l'esistenza della stessa, trovando varie spiegazioni per giustificare il loro modo di comportarsi.

È utile far presente ai figli che tutti provano ansia ogni tanto e che non c'è nulla di sconveniente nel mostrarsi ansiosi.

Infine, è necessario provare a far acquisire al figlio maggior confidenza nell'incertezza: il genitore non può garantire al ragazzo che ciò che teme, non si verificherà ma può comunicargli fiducia nel fatto che potrà affrontare e gestire la situazione temuta. Coraggio genitori! Coraggio figli!

### **BIBLIOGRAFIA**

1. APA, American Psychological Association, 2014
2. DSM V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2014



# 43° CONGRESSO DI MEDICINA ESTETICA S.I.M.E. ROMA

## Novità per il trattamento estetico di borse oculari e occhiaie

**Dott. Stefan Dima**

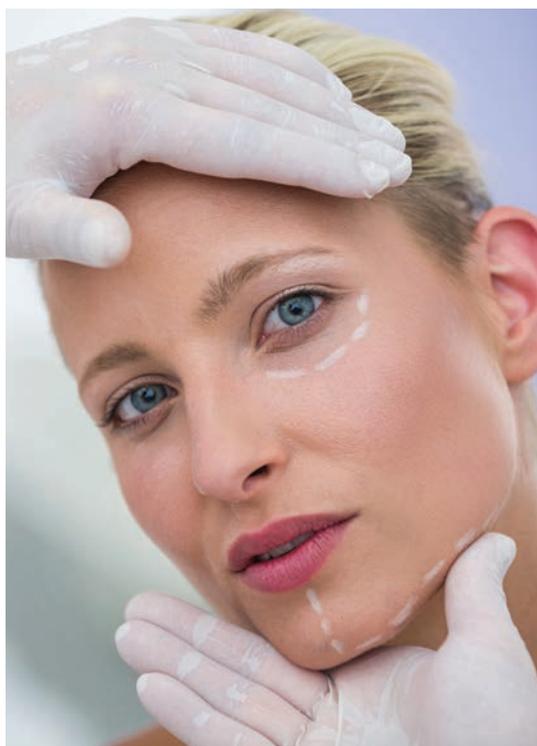
Responsabile Reparto di Medicina Estetica  
Master Universitario di 2° livello in "Medicina Estetica e Terapia Estetica"  
(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)  
Tel. 06/32868.288-32868.1 - Cell. 337/738696  
e-mail: medestetica@usi.it

**R**ecentemente la Medicina Estetica ha potuto apprezzare un vero e proprio boom di nuove richieste. Fondamentali sono stati gli ultimi due anni sia per le novità che per le nuove esperienze. Tutto ciò e molto altro è stato condiviso e presentato durante i tre giorni (dal 13 al 15 Maggio 2022) del Congresso di Medicina Estetica svoltosi a Roma, come da consuetudine, presso l'Hotel Rome Cavalieri. Nuove terapie, nuovi protocolli di trattamento, nuove generazioni di strumenti e prodotti nel campo delle borse oculari e occhiaie, che permettono di utilizzare terapie corrette e all'avanguardia.

### CHE COSA SONO?

Le *borse oculari* sono causate da una serie di elementi come: -l'edema (accumulo di liquidi), -un aumento di tessuto adiposo contenuto nella borsa, -la diminuzione della elasticità cutanea come anche del tono muscolare.

In alcuni casi la borsa sotto-oculare si può colorare anche del ristagno di melanina, creando le occhiaie come anche il fenomeno conosciuto come occhi cerchiati.



freepik.com/foto-gratuito/medico-che-esamina-il-fronte-femminile-dei-pazienti-per-il-trattamento-cosmetico - Immagine di wavebreakmedia\_micro

### COME SI RICONOSCONO?

I segni principali sono l'edema con un accumulo di liquidi sottocutanei ed un gonfiore che lo circonda, un rilassamento della cute peri e sotto oculare.

Spesso si associano anche le occhiaie, che sono deposito di pigmenti scuri come la melanina nelle zone circostanti.

La diagnosi differenziale tra borse sotto gli occhi che rappresentano un'alterazione estetica semplice e borse che rappresentano, invece, una malattia importante in atto è indispensabile. A tal fine possono essere utili, oltre all'esame del sangue, anche visite specialistiche atte a riconoscere disturbi renali, epatici, cardiaci, alterazioni ormonali oppure infezioni interne. La diagnosi si può effettuare esaminando con attenzione la zona palpebrale inferiore e l'orbita.

Oltre a ciò possono essere complementari visite specialistiche come:

- visita oculistica
- visita neurologica
- visita nefrologica
- visita epatologica
- visita endocrinologica
- visita cardiologica
- visita infettivologica
- visita estetica

### COME SI CURANO?

#### PREVENZIONE

- uno stile di vita salutare
- riduzione di alcool, caffè e sigarette
- eliminare i cibi piccanti o troppo caldi
- eliminare gli sbalzi di temperatura
- alimentazione varia ed equilibrata
- limitare gli sforzi fisici
- limitare lo stress fisico ed emotivo
- riposo e sonno a sufficienza
- dormire con la testa sollevata
- utilizzare una protezione solare
- portare gli occhiali da sole

#### SE È UNA MALATTIA SISTEMICA

Il paziente deve essere indirizzato dal medico specialista competente per la sua corretta gestione.

#### TRATTAMENTO CHIRURGICO

La Blefaroplastica è un intervento di competenza del Chirurgo plastico.

#### TRATTAMENTI ESTETICI

- **Botox-oligopeptidi con effetto botox like** (RRS HA Skin Relax): permette di eseguire il lifting non chi-

rurgico del sopracciglio e migliorare tutta la zona periorbitale e frontale ottenendo un effetto molto naturale.

- **Laser frazionato, CO2 oppure ad Erbium:** permettono di rassodare sia la palpebra superiore che quella inferiore, migliorando le rughe e le zone ipercromiche (occhiaie).
- **Ossigeno-ozono-terapia:** permette di rassodare il tessuto periorbitale, ha un effetto antiinfiammatorio ed agisce sull'adiposità riducendo quella localizzata a livello delle borse.
- **Carbossi-terapia:** permette di avere un effetto anti-aging ottenendo una pelle più luminosa, liscia e tonica, consentendo di trattare anche gli accumuli adiposi del mento e delle borse con un effetto migliorativo delle occhiaie per un aumento della circolazione arteriosa, venosa e linfatica, migliorando l'aspetto della palpebra superiore ed inferiore.
- **PB serum:** permette di migliorare lo sguardo pesante, è un lifting enzimatico composto da acido ialuronico ad alto peso molecolare leggermente reticolato e da tre enzimi come la collagenasi, lipasi e liasi. La *collagenasi* rompe i setti fibrotici che si creano a seguito dei danni dell'invecchiamento cutaneo, frammentando la fibrosi ed aumentando il processo di rigenerazione del collagene di tipo 3. La *lipasi* agisce sulla morte (apoptosi) dell'adiposità, riducendo l'adiposità localizzata. La liasi agisce come anti-edemigeno.
- **PB serum low:** contiene la stessa concentrazione dei tre enzimi, può essere utilizzato per inestetismi delle palpebre inferiori come borse ed occhiaie.
- **Filler di acido ialuronico:** permette di migliorare tutto il complesso frontale, zigomatico e periorbitale donando un nuovo volume e migliorandone i cedimenti, anche nella zona malare.
- **Fili di trazione, biostimolanti e sospensione:** permettono di eseguire un lifting non chirurgico del sopracciglio del viso. Per un effetto volumetrico l'impianto dei fili bio-stimolanti deve essere eseguito lungo le linee di tensione. Le zone del viso trattate sono: regione frontale e sopraccigliare, regione periorbitale, regione zigomatico malare, regione della guancia, profilo mandibolare, sottomentale, labbro superiore ed inferiore, collo e décolleté. Il materiale utilizzato è completamente bio-riassorbibile PDO (Polydioxanone), i fili utilizzati sono mono, twin, twin screw e cog.
- **Plasma exeresi - Plexr:** è una tecnologia innovativa che ionizza l'aria presente tra il suo puntale e l'epidermide, generando un raggio di microplasma. Ha come indicazioni quella di migliorare il rilassamento cutaneo e di correggere la palpebra superiore ed inferiore (blefaroplastica non chirurgica), le zampe di gallina, le rughe e le ipercromie benigne.
- **Biorevitalizzazione con Teoxane Redensity II Eyes:** ha come indicazione le occhiaie, l'inizio della *valle delle lacrime*, il solco palpebromalare e le borse palpebrali o zigomatiche. È un gel innovativo pensato per il trattamento del contorno occhi per una correzione naturale grazie ad una formula completa: mix di acido ialuronico cross-linkato e acido ialuronico non cross-linkato, otto aminoacidi, due minerali ed una vitamina, con grande efficacia per la zona

periorbitale, utilizzando **Teosyal Pen** per ridurre il rischio dell'edema e del gonfiore.

- **Micro-Needling:** utilizza dispositivi come DIGITAL POP PEN oppure DERMASTAMP che sono associati alla biostimolazione del derma mediante micro car-tucce con micro aghi attraverso un sistema elettronico che può gestire la penetrazione del prodotto da 0,1 mm a 2 mm. I prodotti più utilizzati sono: **RRS HA Eyes**, molto efficace nel trattamento delle borse, rughe del contorno occhi, occhiaie e sguardo affaticato; **RRS HA WHITENING**, sempre con Micro-Needling, permette di migliorare la pelle danneggiata dal sole, melasma, cloasma e occhiaie, avendo un effetto sbiancante per regolazione del colore della pelle.
- **Peeling avanzati:** come Easy Phytic Peel, Easy Droxy Versicolor Peel, TCA, TCA e Fenolo permettono di migliorare le zone iperpigmentate delle occhiaie.
- **Laser Q-SWITCH e LED:** consentono di rassodare e migliorare l'effetto delle borse e delle occhiaie.
- **Biorevitalizzazione con Polinucleotidi:** permette di avere un effetto altamente cicatrizzante e rigenerante, stimolando i fibroblasti e contribuendo a ridurre l'infiammazione, con grandissima efficacia nel trattamento del ringiovanimento del viso, delle borse e delle occhiaie.

#### TRATTAMENTI COSMETICI

- Utilizzare sempre la protezione solare SPF di un' intensità pari o superiore a 30;
- Evitare prodotti irritanti per la pelle;
- Utilizzare fitoterapici quali centella, ribes nero, aloe vera, ruta, ippocastano, ginko biloba, alghe, flavonoidi nonché caffeina, peptidi, collagene e acido ialuronico, che permettono di migliorare la circolazione sanguigna, ridurre il gonfiore, idratare la pelle ed avere un effetto depigmentante.

Anche in questo caso U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale), mediante l'utilizzo delle metodologie e dei trattamenti più innovativi nel campo della Medicina Estetica, consente ai propri pazienti il raggiungimento dei migliori risultati.



freepik.com/foto-gratuito/prima-e-dopo-il-ritratto-di-donna-matura-ritoccata

# AH... SE AVESSI UN MITRA O UNA BOMBA!

**Vito Manduca**  
editore/saggista/scrittore



**II° Emendamento della Costituzione americana**  
Quando il diritto di possedere armi contrasta col diritto (ben più meritevole) di vivere



<https://pixabay.com/>

*«A well regulated militia being necessary to the security of a free state, the right of the people to keep and bear arms shall not be infringed.»*

Dalle ricerche che ho potuto effettuare, emerge che son reperibili diverse versioni del **II° Emendamento della Costituzione americana** con riferimento alla diversa punteggiatura che, a seconda di come utilizzata, può modificare il senso interpretativo di ciò che si vuole sostenere.

Quello dell'interpretazione delle norme è una questione mai risolta che mai potrà essere irregimentata; d'altronde rendere rigida una "interpretazione" è un ossimoro, cozzerebbe proprio col principio interpretativo e si cadrebbe nell'assioma. Ad esempio, se io scrivo è *vietato uccidere* vi è poco da interpretare: il divieto vale in ogni circostanza e con riferimento a qualsiasi essere vivente. Animali diversi dall'uomo inclusi. Quando al *vietato uccidere* aggiungo parole: *salvo... a eccezione di... se non... a meno che...* il divieto potrebbe non più sussistere e si apre un mondo dove l'interpretazione vincente sarà quella di colui che saprà meglio argomentare.

Nel caso del **II° Emendamento della Costituzione americana** non abbiamo gli strumenti per addentrarci nei meandri delle probabili svariate interpretazioni tempo per tempo riscontrate in base a ciò che i protagonisti interpreti di turno avranno voluto sostenere: diverse ad esempio saranno state le interpretazioni a sostegno delle tesi delle lobbies delle armi rispetto a quelle dei repubblicani, dei democratici o ancora dei

giudici chiamati a giudicare i colpevoli di atti efferati o degli avvocati chiamati a difendere le vittime.

Noi possiamo valutare e analizzare ciò che riusciamo a comprendere leggendo la traduzione pare più accreditata, o producendone una in proprio, stando alla fonte cui abbiamo attinto, Wikipedia. Ed ecco che l'aspetto interpretativo non è solo condizionato dalla punteggiatura ma anche dalla qualità della traduzione.

**«Essendo necessaria alla sicurezza di uno Stato libero una ben organizzata milizia, il diritto dei cittadini di detenere e portare armi non potrà essere infranto».**

Senza esibirci in nuove traduzioni, proviamo a vivisezionare il senso secondo il nostro punto di vista e la nostra cultura.

Siamo da sempre inclini a riconoscere alla Costituzione americana uno dei più elevati livelli di democrazia con la vocazione a favorire in ogni ambito la partecipazione dei cittadini e a coltivare e tenere alto lo spirito di patria.

In questo caso si sosterebbe tra le righe che è diritto/dovere di qualsiasi cittadino americano (qualsiasi, quindi, sta per nessuno escluso: giovane, anziano, uomo, donna, civile, militare, in salute o infermo... di corpo e di mente, criminale...) concorrere alla difesa della sicurezza del proprio Paese in una "milizia ben organizzata". E qui nasce il primo dubbio sull'"ambiguità" evidente quando si dice "milizia organizzata"... Da chi è composta la milizia? da tutti i cittadini americani in possesso di armi, ovvio, ma chi e come organizza (e controlla) la milizia? E quando ricorrono le condizioni di pericolo tali da richiedere l'intervento armato di un normale cittadino anche al di fuori della milizia? Resta il fatto che quella finalità di per sé nobile, difendere il proprio Paese, offre su un piatto d'argento il diritto a ciascun cittadino (senza eccezione) di "detenere e portare" armi. Insomma "l'ascia di guerra" la si può detenere, portare a spasso e mai sotterrare, neppure in periodo di pace; come se si fosse permanentemente in guerra. Ed ecco che la mancanza di selezione, possibile solo se previsti determinati requisiti soggettivi minimi per detenere, portare... e, quindi, usare a proprio insindacabile giudizio armi, anche al di fuori della "milizia organizzata" attribuisce alla mente di ciascun individuo la facoltà di scegliere il nemico di turno e farsi padrone di vita o di morte. Potrà sempre sostenere di aver agito per la sicurezza del proprio "Stato libero" anche dopo aver cancellato vite di innocenti, magari bambini... magari in una scuola...

"Avevo un mitra... una pistola... un cannone... un siluro..." quante volte abbiamo sentito pronunciare, forse noi stessi talvolta lo abbiamo fatto, simili parole di fronte a situazioni percepite come insidia? Anche io, nelle mie relazioni datate, tali frasi le ho sen-

tite pronunciare e in più d'una circostanza. La prima volta che ne fui colpito, da adulto intendo poiché da bambini son frasi ripetute anche per gioco emulando gli adulti, fu quando, appena approdato a Roma per gli studi universitari e il lavoro, in quell'epoca in cui esistevano ideali abbastanza diffusi contro la cultura delle armi "mettete dei fiori nei vostri cannoni" o "non suona la chitarra ma uno strumento che sempre dà la stessa nota: Ra-ta-ta-ta ..." conobbi una delle prime ragazze importanti della mia vita con la quale nacque un sodalizio, anche di studio. Ci vedevamo, infatti, presso le reciproche abitazioni non solo per gioco ma anche per preparare insieme gli esami universitari. Conobbi così anche la madre, donna energica del Centro Italia, ma avvelenata col mondo intero per avere perso troppo presto il marito. La donna, dietro l'apparenza di un'accoglienza cordiale, formalmente madre ineccepibile, mal celava una sottile vena razzista generalizzata, e rancore anche verso i giovani più fortunati di lei, contro chi avvertiva come diverso (da lei). A turno tutti cadevano nelle maglie delle sue esternazioni quando le cronache riferivano fatti a lei sgraditi: per i meridionali, da Napoli in giù, soleva dire "dovrebbero erigere un muro con i militari armati e non farli passare"! Ovviamente, sempre per dovere di cortesia dettato dal protocollo dell'ospitalità, io "facevo eccezione e non sembravo affatto un meridionale"... Ma neppure quelli del Nord venivano risparmiati (il marito proveniva dal Nord d'Italia); che dire degli africani? e di quelli dell'Est? Ma poi ce n'era anche per quelli della propria città o addirittura del proprio paese: le ragazze, coetanee delle figlie, quando troppo esuberanti o succinte nel vestire erano nel suo lessico "le scopette"; le sue coetanee, quando sgradite o antipatiche, "le sciacquette", e che dire dei maschi in cerca di sesso? "tutti porci!", "i maschi vogliono tutti la stessa cosa!". Tutti da prendere a mitragliate, ovviamente se avesse avuto un mitra... Non credo che in tema di sesso io facessi eccezione. Ero un maschio. Lei che col sesso aveva chiuso troppo presto e, diceva, volentieri; anziché nostalgia o rimpianto viveva nel rancore verso chi ancora attivo: "Con un maschio mai più!". E che dire dei giovanotti "caciaroni" sotto casa magari per esultare alla vittoria del campionato della propria squadra del cuore? In queste situazioni concludeva la conversazione col suo solito mantra inquietante al solo sentirlo: "Avessi un mitra mi piazzerei sul balcone e farei una strage...!". Non eravamo in America e quella donna ch'io sappia e finché ho frequentato casa sua non ha mai fatto male a una mosca, fisicamente intendo. Eppure non escluderei che qualora si fosse davvero trovata in un paese dove "detenere e portare armi" fosse addirittura una missione patriottica, costituzionalmente garantita, portata all'esasperazione, la strage l'avrebbe fatta davvero. Magari in nome della patria. Più in là, quando altri interessi catturarono i miei ormoni e le mie sinapsi, il pensiero che il messaggio fosse diretto anche a me mi sfiorò più volte... e mi piacque sapere di essere sopravvissuto. Usciamo dal vissuto personale e torniamo ai massimi sistemi. L'invenzione delle armi, intendo le prime armi, non ha nulla di democratico e ha di per sé alterato i rapporti di forza fra individui prima e fra gruppi poi (tribù, popoli, nazioni, continenti...) così come ha

di fatto collocato la specie umana in cima alla piramide delle altre specie viventi che, prima, si misuravano con quella umana, diciamo così, alla pari ovvero usando la sola forza che madre natura aveva posto in capo a ciascuna specie e, all'interno della specie, a ciascuna entità individuale. Pertanto il vantaggio competitivo derivante da detta invenzione è da considerare positivo se l'intenzione sia stata funzionale all'aggredito più debole, e criminale se funzionale all'aggressore, per sua natura e definizione, più forte almeno nelle intenzioni di nuocere. Ora l'indagine retrospettiva sulla straordinaria invenzione non ci consentirà mai di arrivare a un punto così preciso della speculazione. Attualizzando la riflessione, è ragionevole pensare che chiunque, in qualsiasi momento della vita, può scivolare nella follia e possedendo o potendo acquisire un'arma soltanto in cambio del corrispettivo prezzo, usarla per difendere il suo "stato libero" minacciato ora da una scolaresca, da una donna, da un genitore, da un capufficio, da un giudice... da una nonna perfino... o da chiunque, se straniero, perché di colore e magari clandestino, fosse percepito come "il nemico" o come un pericolo potenziale.

Non solo, sapendo di poter esaudire quel bizzarro desiderio - "avessi un mitra, un cannone, un bazooka, una bomba o un siluro..." - di procurarsi l'arma più letale è solo questione di sapere quanto costa e rastrellare da qualche parte, magari dalle finanze di famiglia o ricorrendo a rapina, l'equivalente del prezzo. Infatti il II° **Emendamento**, così come tradotto, letto e interpretato, non pone limiti né in termini quantitativi né in termini qualitativi (pistola, coltello, mitragliatore, bazooka...) è solo una questione di prezzo e di obiettivo che il "patriota" decide di darsi.

Non ho certo la ricetta magica per suggerire al **Congresso americano** o a qualsiasi altro legislatore competente in materia come scrivere la norma più saggia e nello stesso tempo efficace circa il detenere e il portare le armi a livello individuale per chi non fosse soldato, poliziotto o comunque "miliziano", con regole e controlli, ma ritengo che sia assolutamente il momen-



AH... SE AVESSI UN MITRA O UNA BOMBA!



pixabay.com

to, intanto per gli **Stati Uniti D'America**, considerare la concreta possibilità di non rimanere schiavi non solo dei lobbisti delle armi ma anche di un pensiero tanto romantico quanto pericoloso di **diritto dovere democratico di difendere la sicurezza di uno Stato libero** e riscrivere la norma anche con semplici ritocchi: prescrivere requisiti precisi che il cittadino debba possedere (maggiore età, salute mentale certificabile...), dichiarazione formale delle motivazioni che inducono a procurarsi proprio quel tipo di arma piuttosto che un altro, limitazione all'acquisto in termini quantitativi (una pistola o un mitra dovrebbero essere più che sufficienti alla difesa personale) e soprattutto in termini qualitativi. Vendere un mitragliatore a un ragazzo, a prescindere dalla motivazione, dovrebbe essere sempre considerato un reato peggiore di quello che potrebbe commettere l'incapace.

Non so se il presidente **Biden** nella sua immediata reazione di fronte alla strage di innocenti in **Texas** sia scivolato nella sua ennesima gaffe da politico di lungo corso ma per nulla diplomatico e magari sarà corretto dal suo staff preoccupato di inimicarsi i lobbisti delle armi... Se così non fosse avrebbe la possibilità di riscattarsi di fronte ai disastri comunicativi avvenuti a oggetto sempre le armi, ma stavolta da guerra su grande scala, pur nell'assoluta legittimità e condivisione di consentire a un popolo aggredito (**l'Ucraina**) di resistere di fronte all'aggressore e difendere anche le nostre democrazie. Avrebbe tale possibilità di riscatto qualora desse davvero seguito alle enunciazioni, vincendo le resistenze di quella parte del Congresso americano che vuol lasciare la materia nel libero arbitrio anche delle menti esaltate e ammalate. "Infranga" quindi il **presidente USA**, non già il diritto del singolo di difendersi e di difendere il proprio *Stato libero*, ma infranga il tabù reiterato dal II Emendamento in ordine ai requisiti soggettivi e alle motivazioni, mancanti, che inducono taluno ad armarsi. Copra quel vulnus normativo. Per qualsiasi azione che richieda uno strumento "delicato" occorrono i requisiti di base certificabili: un **bisturi**, visto che siamo in campo medico, in mano a un non laureato in medicina e specializzato

in chirurgia o anche a un grande chirurgo con le mani tremanti per l'età, non in pieno equilibrio delle facoltà mentali o a sua volta affetto da patologie che impediscano la lucidità e la precisione nei movimenti diventa un'arma letale per l'infermo. Guardate, non è una facezia: nel 2016, in seguito a un rigoroso ed efficace controllo presso l'**USI di via Machiavelli in Roma**, fui sottoposto a un delicato intervento cardiocirurgico da **parte di** un chirurgo di provata eccellenza che mi diede una seconda possibilità (la mia gratitudine è infinita). In seguito seppi che nel medesimo ospedale, durante un delicato intervento, lo stesso cardiocirurgo fu colpito inaspettatamente d'infarto... Per fortuna la prontezza del resto dell'equipe, evidentemente con i requisiti giusti, non perse la calma e salvò l'infermo e lo stesso cardiocirurgo... È lecito a questo punto domandarsi: cosa sarebbe successo se il resto dell'equipe non avesse avuto le competenze e i requisiti giusti? Voglio dire che le cose poi succedono nostro malgrado e le verifiche preventive sui requisiti sono essenziali. Così come non dovremmo far pilotare un aereo, una nave, un treno o qualsiasi altro mezzo di trasporto o manovrare un bisturi a chi fosse privo di "patente" e di salute fisica e mentale (un cardiopatico a rischio infarto, un infermiere smemorato che deve somministrare terapie salvavita, uno schizofrenico, uno affetto da morbo di Parkinson, un cieco o un epilettico); allo stesso modo dovremmo richiedere a chi acquista un'arma di sottoporsi a esami specifici tali da garantire la sicurezza propria e degli altri. È facile intuire che spesso è sotto la spinta compulsiva di un'azione che il folle si procura lo strumento da usare nell'immediato, così come il suicida agisce d'impulso; magari semplicemente rimandando, imponendo allo stesso una serie di adempimenti preventivi, quell'impulso potrebbe svanire. Se l'interessato non dovesse presentare i requisiti minimi ma avesse comunque necessità di difendersi da un pericolo concreto, dovrà essere la collettività a tutelarlo, forse disponendo una scorta! I lobbisti farebbero meno profitti, in compenso morirebbero meno innocenti. Riflettiamo e facciamo riflettere chi ha il potere di decidere.

# DISTONIE&SINTONIE

## La diversità come valore



**Daniela D'Agosto**  
editore e scrittrice

“La distonia è un **disturbo del movimento** caratterizzato da una simultanea contrazione di muscoli agonisti ed antagonisti. Si determinano così contrazioni muscolari anomale, che spesso causano movimenti involontari ripetitivi o l'assunzione di posture anomale. La distonia muscolare **può causare disabilità motoria grave** ed influire negativamente sullo sviluppo cognitivo, comportamentale e sull'inserimento sociale del bambino.” <https://www.ospedalebambinogesu.it/distonia-89865/>

Di questo disturbo del movimento non dirò altro lasciando la parola agli esperti in materia. Le informazioni che riporto sono rigorosamente attinte dalla rete con puntuale citazione delle fonti. Da laureata in materie letterarie, e da donna editore... (potrei avventurarmi nel definirmi "editore" o editrice... tuttavia, nonostante io mi ispiri nella professione al lessico corrente, mi sembra una forzatura) inserisco l'argomento in un ragionamento più ampio che attiene alla circostanza della vita per cui una persona possa a un certo momento percepire maggiormente la diversità che, in taluni casi, si somma a quelle "diversità" diciamo così naturali (di genere ad esempio) che come tali dovrebbero non influire sulla considerazione delle persone ma che purtroppo pongono "i diversi" in svantaggio obiettivo rispetto... ai "diversi da loro" e pertanto definiti normali secondo i luoghi comuni, perché rappresentativi della maggioranza.

Come editori non curiamo le patologie in senso sanitario, non siamo "cliniche della salute", non interveniamo sui malanni fisici degli autori e delle autrici, né tanto meno di quelli tra i lettori e le lettrici che a noi si rivolgono per un bisogno che attiene allo spirito. Ciononostante, in dodici anni di impresa non ci siamo potuti, e voluti, sottrarre a considerare anche tali aspetti, avendo dimensioni e modus operandi tali da rendere talvolta nulla la distanza tra editore e autore. La relazione che nasce, anche a distanza, finisce per rendere necessario "l'ascolto" delle persone, come confessori o terapeuti, e non solo attraverso la valutazione di ciò che scrivono e ci propongono per la pubblicazione. Sappiamo che, in generale, ma in particolare, chi scrive per passione, nelle pagine, nei file, altro non fa che illustrare l'**autodidagnosi** dei malanni che affliggono l'animo e spesso condizionano il corpo. D'altronde noi, editori per passione, intercettiamo più frequentemente persone che vogliono condividere sentimenti e non puntare su grandi operazioni commerciali. Altre sono le vie percorse da coloro che mettono, opportunamente e volpinamente, a frutto ruoli occupati magari in posti pubblici e di potere che richiederebbero altre funzioni di servizio verso gli altri piuttosto che la cura di interessi personali, ma non è questo l'argomento. Capita quindi di intercettare persone "normali" che, attraverso la scrittura e la pubbli-

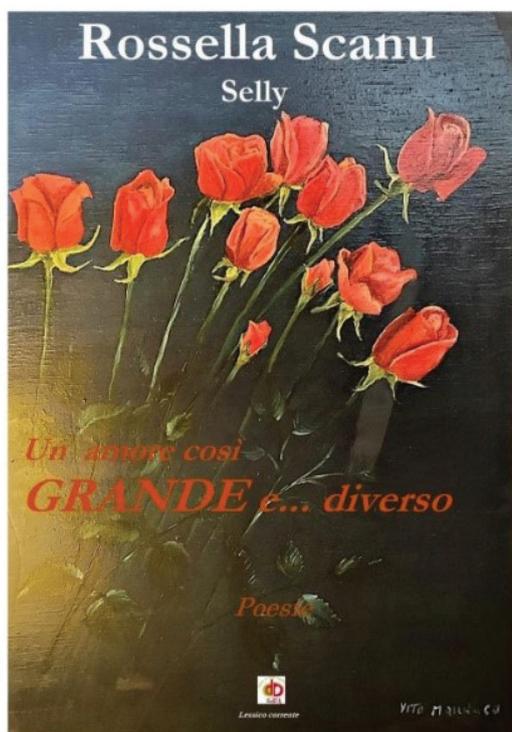
cazione, trovano la forza di metabolizzare lo svantaggio derivante dall'essere considerate "diversi" e, magari, di sentirsi anche "diversi". Non sarebbe certo nostro compito, in quanto impresa, sconfinare in ambiti al di fuori del core business, ma noi diamo all'"Impresa" un significato che è in *sintonia* con l'essere persone che si relazionano con persone. Questa tendenza è nata, cresciuta e si è consolidata particolarmente dall'inizio della **pandemia** in qua, quando i nostri autori e le nostre autrici sentivano forte il bisogno di evadere in virtuale dalle mura domestiche dove spesso erano in solitudine, specialmente durante i lockdown o le quarantene individuali; ed ecco il telefono squillare in orari in cui di solito gli uffici "normali" sarebbero chiusi... come sottrarsi?

Lo Smart Working per noi divenne opzione naturale. L'unica possibile.

Fra le tante storie meritevoli, ritengo che quella di **Rossella Scanu**, poetessa sarda, in arte **Selly**, sia la storia più emblematica e rappresentativa del ragionamento, e appropriata per questa prestigiosa rivista. Forse perché Selly l'ho conosciuta dieci anni fa, forse perché da donna a donna registriamo maggiori sintonie... quale che sia, dieci anni fa Selly ha affidato a noi, a me in particolare, non solo le poesie del libro d'esordio **Tutti i miei se**, impreziosito dall'autorevole prefazione di **Sergio Zavoli**, nei cui versi c'erano tutte le domande e tutti i dubbi (i suoi SE) sulla propria **diversità** che la tormentavano, essendo affetta appunto da **distonia muscolare**, ma, scrivendo e pubblicando, anche le risposte che avrebbe potuto trovare solo in se stessa. Ne posso parlare in quanto è informazione contenuta nei suoi scritti, quindi nota a chi la conosce e accessibile a tutti. D'altronde Selly offre il meglio di sé sui social dove è molto attiva. Ne parla a Radio Olbia Web, dove collabora. È evidente che nulla possono i nostri servizi; tuttavia come operatori di cultura che si interessano e pubblicano anche fatti di scienza, sapendo che per tale patologia non esistono rimedi definitivi tali da restituire "la normalità" a chi ne è affetto, possiamo solo auspicare che i progressi scientifici, veloci in ogni ambito, possano anche progredire in questo campo.

"Purtroppo non esiste ad oggi un rimedio od una cura definitiva, l'obiettivo della terapia è quindi di alleviare il più possibile la sintomatologia e permettere di migliorare la qualità della vita dei soggetti affetti; la **distonia**, con i suoi movimenti involontari, le posture insolite e il dolore, riduce infatti, soprattutto nelle forme più gravi, la qualità di vita del soggetto affetto, generando diverse forme di disabilità difficili da gestire, con costi sociali e sanitari anche molto ingenti." <https://www.valorinormali.com/sintomi/distonia/>

La riflessione tuttavia che mi induce a scrivere sulle cause e sulle conseguenze di fenomeni come questo è che la diversità, qualsiasi diversità (di genere, di di-



**sabilità**, di sessualità, di nazionalità, di razza, di censo, di religione, di colore della pelle...) se affrontate senza pregiudizi possono essere, anzi nella maggioranza dei casi sono, una risorsa preziosa per la collettività/umanità e possono trasformarsi in punto di forza per gli interessati che, impegnandosi in ciò in cui maggiormente credono, raggiungono risultati magari non ricercati in condizioni diverse. Non credo debba argomentare su **Giacomo Leopardi**, sul suo grande spirito e su quella "diversità" morfologica che lo hanno reso massimo poeta. Di recente si sono svolte le paralimpiadi e abbiamo visto una pioggia di medaglie addosso alle atlete italiane; possiamo affermare senza ombra di smentita che se la società avesse abbandonato quelle persone alla loro condizione di svantaggio o se loro stesse si fossero lasciate emarginare, tali risultati non ci sarebbero stati. Selly ama scrivere, ama la vita, ama lo studio e ama l'amore; da quando l'ho conosciuta non ha mollato un attimo, coltivando tutte queste passioni, difendendole con pari energie quando ostacolate da altri, anche se non ha negato le difficoltà oggettive e soggettive cui di giorno in giorno andava incontro.

Eccola dunque ancora attiva, combattiva dopo dieci anni: nel 2021 ha pubblicato una nuova silloge poetica dal titolo emblematico **Un amore così grande e così... diverso** in cui non trascura di parlare di sé e del suo amore "maturo" ... e nel 2022 la recentissima raccolta **Come mare in tempesta**. Ha ripreso gli studi universitari e ha avviato un'esperienza a **Radio Olbia Web** curando una rubrica radiofonica.

È evidente che non tutte le persone affette da disturbi limitanti le potenzialità, la **distonia muscolare** è solo un caso, hanno l'opportunità di fare atletica al punto da approdare al podio delle paralimpiadi, ma tutte hanno la possibilità di comunicare, scrivendo, anche senza

pubblicare, le proprie opere e tutte dovrebbero essere spronate e sostenute nel coltivare le passioni da condividere col resto del mondo.

Selly, Rossella Anna Maria Scanu, è solo un esempio.

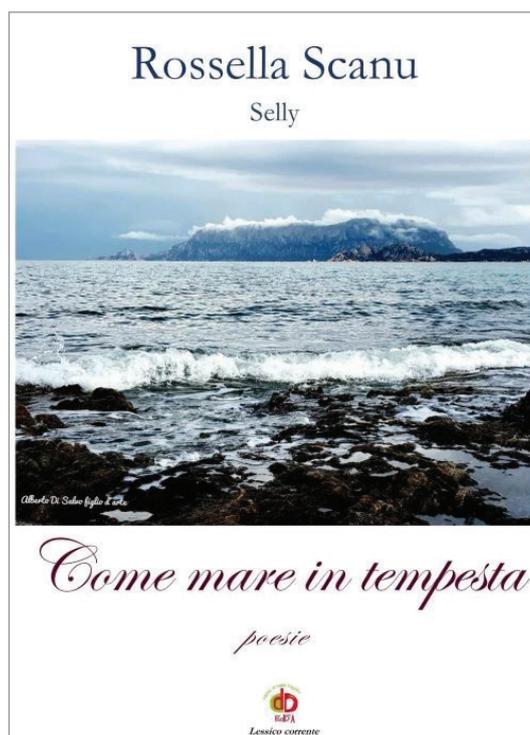
Da donna, madre, editore, mi piacerebbe che in tutti i settori merceologici nascesse nei colleghi imprenditori e nelle colleghe imprenditrici la scintilla: a dedicare parte della loro mission anche per "includere" coloro che se qualcosa di diverso hanno è la determinazione a non mollare. Anche le imprese ne beneficerebbero.

Dei libri di Selly non aggiungo altro e lascio la parola alla recensione di Sergio Zavoli del 2013:

*Sono grato a Selly di aver messo i suoi versi nei miei pensieri, dandomi il modo di amare una silloge intensa, profonda, con quella inquietudine così vitale, di volta in volta vinta e rinnegata, anche quando ritorna più subdola e, non di rado, persino impietosa.*

*Mi è stato subito chiaro il bisogno dei tanti "se" da lei disseminati lungo una giovane vita alle prese con le certezze e gli smarrimenti che accendono e smorzano le luci cui affidare la ragione cruciale di un'ardua felicità, con il rispetto di sé e di una storia che via via coincide con l'intera vita. Perché è bello anche aver pena delle proprie insicurezze, e del volerle addirittura proteggere, fin quando non risalga dal profondo ciò che, insieme, è trasparente e ingannevole, ma più degno di ogni illusoria certezza: una scelta, di continuo ricreata, obbediente al dono di sapere far nuove tutte le cose. Come? Come esige la poesia, che è scavo, sottrazione, nudità.*

*Sono certo che dalla ricerca di sé Selly trarrà il meglio del suo trovarsi ogni volta davanti all'infinito, di fronte quel salutare bivio cui è costretta dalla parte più dolente e più ricca dei suoi versi. Così come probabilmente farà il lettore di fronte a questa raccolta di poesie. (Sergio Zavoli)*



# COME MIGLIORARE SE STESSI

## Parte III<sup>^</sup> - IL NOME DELLE EMOZIONI



**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



pixabay.com

**L**e Emozioni sono impulsi ad agire, piani di azione dei quali ci ha dotato l'evoluzione per gestire le emergenze della vita.

La parola Emozione deriva dal verbo latino "Moveo" che, con il prefisso "E", si traduce in "Movimento da", stando a significare che nel momento in cui si prova un'emozione si ha una reazione.

Ciascuna emozione prepara il corpo ad un tipo di risposta molto diversa, unica, rivelata dalle sue caratteristiche biologiche.

Provare **Collera**: il sangue affluisce alle mani e questo rende più facile afferrare un'arma o sferrare un pugno all'avversario. La frequenza cardiaca aumenta e la scarica di adrenalina fornisce un'energia forte da permettere un'azione vigorosa.

Avere **Paura**: il sangue affluisce verso i grandi muscoli scheletrici, come quelli delle gambe, rendendo così più facile la fuga e contemporaneamente impallidisce il volto al momento meno irrorato (sensazione che si geli il sangue).

Nel provare **Felicità** uno dei principali cambiamenti biologici sta nella maggiore attività di un centro cerebrale, che inibisce i sentimenti negativi e aumenta la disponibilità di energia.

L'**Amore** risveglia il sistema parasimpatico. Questa modalità che potremmo chiamare "risposta di rilassamento" induce ad uno stato generale di calma e soddisfazione tale da facilitare la cooperazione.

Durante una reazione di **Sorpresa** il sollevamento delle sopracciglia consente di avere una visuale più ampia e di far arrivare più luce sulla retina.

Questo permette di raccogliere un maggior numero

di informazioni sull'evento inatteso, facilitando la formulazione del miglior piano di azione.

**Disgusto**: in tutto il mondo l'espressione di disgusto è la stessa.

Come già aveva osservato Darwin, l'espressione facciale del disgusto – labbro superiore sollevato lateralmente, mentre il naso accenna ad arricciarsi – indica il tentativo primordiale di chiudere le narici colpite da un odore nocivo o di sputare cibo velenoso.

La **Tristezza** ha la funzione fondamentale di farci adeguare ad una perdita significativa, o una grande delusione o la perdita di qualcuno. Essa comporta una caduta di energia e entusiasmo verso le attività di svago e piacere della vita.

Questa chiusura in noi stessi ci permette di elaborare il lutto per una perdita ovvero di comprendere le conseguenze di tali eventi nella nostra vita per essere pronti, nel momento in cui le energie ritornano, ad intraprendere nuovi progetti ed esperienze.

Questa tendenza all'isolamento potrebbe derivare da un istinto ancestrale che portava gli esseri umani a restare vicino ai loro rifugi, quindi più al sicuro, in un momento di estrema vulnerabilità.

Tutte queste reazioni di natura biologica, vengono poi ulteriormente plasmate dall'esperienza personale e dalla cultura, determinando il modo in cui esterniamo le emozioni.

Lo psicologo statunitense Paul Ekman, grazie ad alcune ricerche scientifiche, ha potuto dimostrare che queste 7 emozioni sono Primarie, accomunano tutti gli esseri umani e per questo possono essere definite di origine biologica.

## COME MIGLIORARE SE STESSI Parte III^ - IL NOME DELLE EMOZIONI



pixabay.com

Da questo possiamo affermare che l'interezza del genere umano agisce sotto l'impulso di due menti: una razionale e una emotiva.

Socrate diceva: "CONOSCI TE STESSO".

La psicologia per spiegare questo dualismo usa termini come Metacognizione (processi di pensiero) e Metaemozioni (consapevolezza delle proprie emozioni); nel mondo del Coaching, invece, si preferisce parlare di **autoconsapevolezza**, stando ad indicare la continua attenzione riflessiva e introspettiva verso la propria esperienza, comprese le **emozioni**.

L'Autoconsapevolezza richiede l'attivazione della Neocorteccia, in particolare delle aree del linguaggio, che consentono di dare un nome alle emozioni risvegliate da una determinata situazione.

Essere consapevoli di sé significa avere una visione chiara delle proprie emozioni, saper identificarle con il nome giusto e gestire la reazione alle stesse.

Questo rafforza altri aspetti della nostra personalità, significa godere di una buona salute psicologica ed avere una visione positiva della vita riuscendo a non rimuginare su eventi passati e a non ossessionarsi. Possiamo, quindi, concludere affermando che essere attenti alla propria vita interiore aiuta a controllare le emozioni.

La persona consapevole di ciò che "è", di ciò che prova e di come gestirlo, sarà attore e interprete della propria vita e non spettatore, sarà pronto ad affrontare dei cambiamenti, ad uscire dalla zona di comfort, a formulare nuovi obiettivi per raggiungere entusiasmanti traguardi.



pixabay.com

## Gli adolescenti che non vogliono usare l'ombrello



**Dott. Emilio Masina**

Psicoanalista Associazione Italiana di Psicoanalisi e I.P.A.

L'offerta di un vaccino per fronteggiare il virus Sars Covid 19 ha consentito non solo di arginare la pandemia ma anche di effettuare un test di massa sulla capacità dell'essere umano di fidarsi, e affidarsi, all'Altro: la Scienza, i medici, gli Enti di certificazione come l'EMA e l'AIFA (quelli che garantiscono che i benefici dell'assunzione superano di gran lunga i rischi). In Italia, sei milioni di persone, cioè una su dieci, ha risposto al test che no, non si fida. Come gli adolescenti che anelano all'autonomia e alla libertà e quando piove non tollerano di girare con l'ombrello o con la giacca a vento, sfidando le intemperie armati solo di una felpa. Nel microcosmo dello studio dello psicoanalista da qualche anno avviene la stessa cosa: un numero rilevante di potenziali pazienti rifiuta la proposta di effettuare un'analisi a più sedute settimanali perché non tollera la dipendenza. Al contrario, accetta terapie più blande e discontinue che gli garantiscono che non entrerà mai in intimità né con se stesso né con il terapeuta. Eppure, questa paura della dipendenza non frena l'uso sempre più massiccio di droghe e psicofarmaci di cui il soggetto non conosce i meccanismi di funzionamento sulla propria mente ma solo gli effetti ansiolitici o antidepressivi; né argina il ricorso al gioco d'azzardo, all'acquisto compulsivo e alla pornografia sulla rete, oppure la dipendenza dai social. La

contraddizione è solo apparente. Si cercano sempre di più approvvigionamenti libidici e narcisistici che garantiscono un senso soggettivo di libertà ma non la stabilità della relazione. Si va affermando, cioè, la strategia del "mordi e fuggi", dell'azione piuttosto che della riflessione. L'Altro è svuotato della sua alterità e cercato come mero strumento per soddisfare il proprio desiderio. Persino il rapporto con il corpo e con la propria mente non sfugge a questa logica di sfruttamento neoliberista. Si cerca di raggiungere la felicità leggendo manuali di self-help o frequentando fine settimana motivazionali che promettono l'incremento delle capacità di prestazione, di superare le proprie debolezze ed eliminare il dolore e i pensieri negativi che lo suscitano. La sfiducia, o quanto meno una profonda ambivalenza nei confronti degli interlocutori, si accompagna all'illusione narcisistica di poter bastare a sé stessi, con il solo aiuto di uno smartphone.

Ma perché siamo arrivati a questo? Gli psicoanalisti avanzano due ipotesi tra loro correlate. La prima riguarda i macrocambiamenti globali (le pandemie, la distruzione dell'ambiente, le grandi migrazioni, le guerre (oppure fenomeni come il taglio del gas da parte della Russia che sta mettendo a dura prova la nostra sussistenza energetica in questi giorni) che agiscono come perturbatori mentali rendendo più



## Gli adolescenti che non vogliono usare l'ombrello



pixabay.com

difficile ricorrere a meccanismi di regolazione per adattarsi all'ambiente. Contemporaneamente, si verifica una caduta della fiducia negli equivalenti sociali, culturali, politici e religiosi delle figure genitoriali e nei cosiddetti corpi intermedi (pensiamo, solo per fare un esempio, allo scarso spessore dei nostri politici). L'insieme di questi due fenomeni provoca un senso di impotenza, la sensazione di non riuscire più a controllare il mondo e di essere in balia di forze non contrastabili, una sfiducia nell'essere umano e quindi l'adozione di strumenti difensivi: narcisismo (ritiro nel proprio mondo e indisponibilità a intrecciare relazioni significative con gli altri), rifiuto di partecipare alla vita sociale e politica (ad esempio, votare) o di fare figli di cui assumersi la responsabilità. Insomma, la negazione dei problemi e l'affermarsi della logica del "Si salvi chi può". La seconda ipotesi riguarda il verificarsi nei Paesi del ricco Occidente di alcuni cambiamenti socioculturali che hanno minato la relazione fusionale del bambino con la propria madre (e poi quella con gli altri caregiver primari). In questa relazione, il bambino dipende totalmente dalla madre per poter sopravvivere e sviluppa nei suoi confronti una forma di attaccamento che segnerà tutte le sue relazioni future. Quanto più la madre sarà affidabile, cioè fornirà al neonato un maternage stabile e coerente, tanto più quest'ultimo svilupperà un attaccamento sicuro, che prevede la fiducia nel prossimo e nelle proprie capacità di farsi amare. Al contrario, quanto più l'accudimento sarà instabile e saltuario tanto più il bambino sarà invaso da sensazioni ansiogene che lo predisporranno alla diffidenza e al tentativo di controllare ossessivamente l'ambiente per paura di venire frustrato; svilupperà, cioè, un attaccamento insicuro o evitante.

Ebbene, sempre più spesso si verifica proprio quest'ultima eventualità perché vi è un'interruzione precoce dell'allattamento e del maternage da parte delle madri per la necessità di lavorare e l'impossibilità di fruire degli aiuti necessari, con il ricorso alla rotazione dei caregiver (altri familiari, come i nonni, baby sitter) che confondono il bambino. Inoltre, si verificano con maggiore frequenza rotture della famiglia dovute a separazioni e divorzi, seguite spesso dall'ingresso di nuovi interlocutori quando si formano le cosiddette famiglie ricostituite. In altri termini, l'ombrello protettivo che la madre e poi il padre e gli altri adulti di riferimento dovrebbero offrire al bambino è pieno di buchi e si dimostra inservibile. Affidargli vuol dire esporsi a una doccia gelata.

Che fare? Ci sarebbe bisogno che i nostri politici e amministratori acquisissero consapevolezza rispetto a questi problemi e iniziassero a investire risorse non solo nel sostegno ai neogenitori per poter occuparsi dei bisogni di base dei loro bambini ma anche per consentire di rammendare i buchi dell'ombrello attraverso un lavoro psicologico sostenuto dallo Stato; dunque, accessibile a tutti e non solo a chi ha risorse economiche per rivolgersi ai privati. Ebbene, in questo frangente dopo due anni di pandemia e proprio nel momento in cui quest'ultima sta rialzando la testa è stato eliminato dalla legge di Bilancio italiana il bonus per le cure psicologiche; mentre sono rimasti quelli per TV e decoder, mobili, rubinetti, monopattini e persino quello per le zanzariere. Sì, avete capito bene: le zanzare fanno più male delle depressioni, dei suicidi, dei femminicidi, degli abusi, della perdita di speranza nel futuro. Vorrà dire che ce ne faremo una ragione e ci ripareremo dalla pioggia con la zanzariera.



**Due uomini: un padre e un amante. Molto diversi fra loro. Due mondi.  
Una donna, sola con una figlia, divisa fra l'amore per l'uno e per l'altro.  
Con dirompente forza di autenticità Chiara Gamberale affronta il male del nostro tempo,  
quel virus dell'anima che è il narcisismo di una società in cui tutti cercano di distinguersi e  
«più ripetono quanto sono diversi, più sembrano uguali gli uni agli altri». Come un gregge.**

## Un romanzo che "bussa al sangue" di Michele Trecca

C'è in ognuno di noi un posto in fondo al cuore. Segreto. Inaccessibile. Lì è la nostra verità. Il grembo paterno di Chiara Gamberale «bussa al sangue» di chi lo legge perché va proprio là, dove quasi nessuno arriva mai ma dove una volta là scopri che... Prima, però, la storia, che ha tempi diversi (non in sequenza cronologica ma stretti fra loro in un abbraccio come in un ballo) e poi, ancora, copiosa ricchezza di personaggi e infine un linguaggio vario e innovativo che copre l'ampio spettro dagli svolazzi civettuoli delle parole in dialetto smozzicate o accorpate («finassera») fino alla modernità nervosa di dialoghi senza virgolette e frasi brevi poi riproposte smontate per rimarcarne le parti.

C'erano una volta i Senzaniente, chiamati così nel piccolo Paese di Sotto per la loro povertà. Chi racconta è la figlia, Adele: vivace, inquieta, gli occhi incantati e vigili sempre puntati sui genitori. La madre «chioccia... che s'ansiava... in una danza scomposta» per servire a tavola. Il padre-padrone «santo e ladro della vita», brusco e scostante o giocoso e amorevole a seconda dell'umore ma una roccia affettiva e una volontà ferrea di assicurare benessere ai propri cari finché ai Senzaniente i soldi gli «escono dal naso» come dice l'amichetta di Adele con «una voce che mi faceva venire voglia di andarmi a nascondere, scappare via veloce, come scappa chi ha rubato». Il successo è anche di Adele, che a scuola è la prima della classe. Quindi, il meritato incanto della prima vacanza al mare. In pensione, due settimane, tutta la famiglia.

Ma invece che incanto quell'estate è tempesta, di sentimenti: sia per Adele, diciottenne, sia per i genitori. I soldi non fanno la felicità. Anzi. I Senzaniente poveri erano e tali restano, ma con i soldi: ora gli manca il calore della

propria unità. Adele racconta dal buio recente di un Capodanno chiusa in casa come tutti per scampare al virus. Ha quarant'anni, una figlia che cresce da sola, è innamorata ma lui è sposato con figli e il rapporto non va, perciò in quella notte di solitudine irreali, Adele ripercorre la propria storia, segnata dal vincolo familiare e poi negli sviluppi professionali dalle ferite profonde degli anni della giovinezza.

Tanti ricordi s'affollano, quindi, nella mente di Adele. Arrivata in modo sorprendente a Roma, nella capitale trova pochi amici (la sua prima ospite,

Elettra) e tanti invece che «più ripetono quanto sono diversi, più sembrano uguali a tutti gli altri» in «un pasticcio di disinvoltura e bamboleggiamento che va incontro sempre di più a quello che sembrano volere tutti, distrarsi dalla propria vita senza però andare da nessun'altra parte». Non sarà per caso così anche l'amante Nicola? Pediatra, autore di libri di successo, loquace, giovanile, spiritoso, accattivante ma irresoluto, sfuggente, narciso: l'esatto opposto del padre Rocco. Può darle Nicola tanto amore quanto il padre? E quale amore?

La verità è in fondo al cuore, lì la cerca Adele e noi con lei ma quella verità non esiste perché noi siamo le relazioni che viviamo: ognuna di esse ci cambia. Continuamente. Non siamo mai gli stessi. Siamo un segreto inesauribile. E allora: che fare? Che farà Adele? Il grembo paterno ha forza dirompente di autenticità ed è senz'altro il romanzo più importante della già nutrita e significativa produzione letteraria di Chiara Gamberale.



Chiara Gamberale  
*Il grembo paterno*  
Feltrinelli, pagg. 223, € 18

# Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
**CSQ**  
UNI EN ISO 9001:2008



**Tel. 06.32868.1 r.a.**

## **USI-PRATI\***

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**

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

## **BORGHESIANA\***

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**

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

## **EUR-LAURENTINA**

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

## **EUR-SERAFICO**

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

## **EUR-MARCONI**

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

## **PIAZZA BOLOGNA**

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

## **PIAZZA BOLOGNA**

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

## **PIAZZA VITTORIO\***

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**

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

## **POLICLINICO**

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

## **SERPENTARA**

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

## **PIAZZA MAZZINI**

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

## **FURIO CAMILLO**

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

## **CINECITTÀ**

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

## **TRIESTE**

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

## **COLLE PRENESTINO**

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

## **NUMIDIO QUADRATO**

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

## **LIDO DI OSTIA Villa del Lido**

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

## **USI Doc - LIDO DI OSTIA**

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

## **USI Doc - PRATI\***

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**

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



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA  
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)



MAREVIVO

IL TUO 5 X 1000 A MAREVIVO

**NON TI COSTA NULLA  
E PROTEGGE IL MARE**

**CF 06922630584**

CON LA TUA FIRMA  
LIBERIAMO IL MARE  
DALLA PLASTICA  
[marevivo.it](http://marevivo.it)

