



DICEMBRE 2023  
VOL. 25 N° 4

# 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



**Unione Sanitaria Internazionale**  
Tel. 06.32868.1 r.a. Lazio  
Tel. 0583.495482 Toscana

## LAZIO

### USI-PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)  
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 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### BORGHESIANA\*

Via Casilina, 1838 (RM)  
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 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### EUR-LAURENTINA

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

### EUR-SERAFICO

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

### EUR-MARCONI

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

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 36 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 17/b (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

### PIAZZA VITTORIO\*

Via Machiavelli, 22 (RM)  
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 (RM)  
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-11.00

### POLICLINICO

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

### OSTIENSE

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

### SERPENTARA

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

### PIAZZA MAZZINI

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

### FURIO CAMILLO

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

### CINECITTÀ

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

### TRIESTE

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

### COLLE PRENESTINO

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

### NUMIDIO QUADRATO

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

### IGEA\*

Via Igea, 12/a (RM)  
Orari: 07.00-19.00 - sabato 7.00-13.00  
prelievi: 7.00-14.30 - prelievi sabato: 7.00-11.00  
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30  
Via Igea, 18 (RM)  
Orari: 08.00-19.00

### LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 3 (RM)  
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 (RM)  
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00  
sabato chiuso

### USI Doc - PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)  
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 (RM)  
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00

## TOSCANA

### CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)  
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30  
prelievi: 7.30-12.00

### SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150 (LU)  
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30

### Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)  
Lunata Via Pesciatina, 236 (LU)  
Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25 (LU)  
Porcari Via Romana Est, 76 (LU)  
Lammari Via delle Ville, 128 (LU)

\* **APERTURA DOMENICALE**

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

unione sanitaria internazionale

www.usi.it

# il caduceo

VOL. 25 N.° 4 2023



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE  
**F. Barbati**

DIRETTORE SCIENTIFICO  
CO-EDITOR  
**F. Borzillo**

COORDINAMENTO EDITORIALE  
**C. Borzillo**

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
**A. Cecchi**

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

STAMPA  
**Digitalia Lab Srl**  
Via Giacomo Peroni, 130  
00131 Roma



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

FINITO DI STAMPARE  
A DICEMBRE 2023  
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina  
**Eberhard Grossgasteiger**  
*Foto della montagna ricoperta  
di neve durante la sera*  
(Fonte: Pexels)

Grafica della copertina a cura di  
**A. Quattrucci**

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

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

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



Associato USPI  
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:  
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma  
Tel. 06.32868.335  
Fax 06.77250482  
fulvio.borzillo@usi.it  
[www.usi.it](http://www.usi.it)



## SOMMARIO

3. Per un nuovo rapporto tra sanità pubblica e privata che metta al centro il cittadino-paziente  
*Luigi Tivelli*
5. L'U.S.I. approda in letteratura internazionale con un originale contributo scientifico  
*Antonello Trecca, Raffaele Borghini*
7. Prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare nell'età evolutiva  
*Deborah Tognozzi*
11. Infezioni sessualmente trasmesse  
Precisazioni in tema di presunte interazioni tra infezione da Papillomavirus (HPV) e fertilità di coppia  
*Giuseppe Vocaturo*
13. L'importanza delle variabili psicologiche nelle nuove terapie contro il cancro.  
La ricerca scientifica mostra nuove importanti conferme  
*Federico Della Rocca*
15. La cardiopatia ischemica  
*Riccardo Gilli*
18. Variazioni del tono posturale indotte dal trattamento osteopatico. Valutazione strumentale con baropodometria  
*Luca Morgera*
23. Ageismo: significato, conseguenze ed azioni utili per contrastarlo  
*Aladar Ianes*
26. Nuovi traguardi per l'ecografia in Medicina Estetica  
*Stefan Dima*
27. Del gettar pietre contro le finestre rotte e del senso civico e di comunità che salverà Roma  
*Renato Sartini*
29. La ricerca del benessere attraverso lo yoga, disciplina antica 5000 anni  
*Vito Manduca*
31. Violenza ostetrica, un argomento sul quale è necessario confrontarsi  
*Chiara Della Torre*
36. In guerra con due libri per gridare forte a tutti: pace!  
*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 di comunicarlo:

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

Grazie

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

## ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione<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) sottoscritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma. Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

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



# Per un nuovo rapporto tra sanità pubblica e privata che metta al centro il cittadino-paziente

Luigi Tivelli

Giurista, già consigliere parlamentare e capo di gabinetto



La sanità è stata, nell'ultima parte del 2023 soprattutto, nell'occhio del ciclone. La sinistra, ad esempio, ha abbracciato la questione della sanità, facendone un'arma di lotta per evidenziare che questo governo non sostiene i ceti più deboli. Come è noto la sanità è sostanzialmente governata dalle regioni. E le regioni più affollate e più importanti per ciò che concerne quello che era il sistema sanitario nazionale sono la Lombardia, il Lazio e il Veneto. Tutte e tre, guarda caso, rette da governatori espressione della destra.

Mentre, quindi, la sinistra – anche sulla sanità – prova a fare la lotta, la destra, in qualche modo, dovrebbe fare il governo. Tanto si è discusso su quei pochissimi milioni aggiuntivi attribuiti quest'anno, nonostante l'inflazione, al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale, ma nella sanità i problemi non sono solo quelli del finanziamento, come è noto a molti.

Tra le altre, è emersa con forza la questione delle code, e si tratta di un caso per il quale si può dire *"Oportet ut scandala eveniant"*.

Infatti, che la questione non si può risolvere senza coinvolgere anche la sanità privata e senza creare un nuovo asse, qualche nuova forma di osmosi tra sanità pubblica e privata.

Nel contempo, si dovrebbero implementare effettivamente i più significativi progetti del PNRR sulla sanità, soprattutto quello riguardante le Case della Salute e la digitalizzazione. Certamente emergeranno problemi e certamente avremo una sanità a macchia di leopardo anche per quanto riguarda questi nuovi progetti da attuare. Ad esempio, non è da presumere chissà quale forma di attuazione in Calabria, dove da decenni la sanità, oltre ad essere un po' rachitica, è pure commissariata.

In questo quadro si sta diffondendo, oggi molto più di ieri, il concetto che va costruito un modello di rapporto diverso tra sanità pubblica e privata e che, a partire dallo smaltimento delle code, delle tante analisi strumentali arretrate ma anche su altri aspetti, nell'interesse dei cittadini utenti del servizio sanitario, non si possono risolvere i gravi problemi in atto senza un nuovo rapporto, un nuovo equilibrio tra sanità pubblica e sanità privata.

In sostanza, il modello della legge 468 del 1978, basato sostanzialmente su una piena pubblicizzazione del sistema sanitario, è entrato chiaramente in crisi e va superato. Il problema è, però, che grazie all'introduzione del nuovo titolo V della costituzione del 2001, soprattutto, larga parte delle questioni sono affidate alle singole regioni. Ad esempio, in Lombardia già da tempo si sono fatti passi avanti più significativi nel rapporto tra sanità pubblica e sanità privata. Qualcosa di simile sembra che si stia tentando di fare in Lazio, ma la questione è abba-

stanza complessa e tutto dipenderà dalle *policies* effettivamente seguite dai decisori regionali. Come è poi noto, incide su questo aspetto del problema anche il peso di certe lobby private, molto forti e autorevoli. Ma si spera che i nuovi modelli di intervento non siano modelli "a fotografia". Ad esempio, nella sanità laziale ci sono varie realtà significative, sia in quanto a singole o plurime cliniche in senso tradizionale sia in quanto a sanità privata diffusa nel territorio che, come tale, può meglio raggiungere i fabbisogni dei cittadini e contribuire, fra l'altro, anche alla soluzione dell'atavica questione delle code, pure perché molto attrezzata sulle varie strumentazioni e operazioni diagnostiche.

Già, anche sulla scia dell'emergenza in atto, si sono profilati e raggiunti accordi operativi che prevedono un maggior coinvolgimento della sanità privata oggi rispetto a fasi precedenti ma sarebbe il caso che questo processo non fosse affidato, appunto, al caso, all'azione di singoli operatori ma che ci fosse un nuovo disegno centrato per non poca parte su un rapporto virtuoso tra la sanità pubblica e quella privata.

Per fortuna entrambe sono dotate di indubbie eccellenze, anche nel Lazio, ed entrambe sono dotate di una certa potenziale capacità di risposta ai veri fabbisogni dei cittadini-pazienti.

È, infatti, il cittadino, il paziente che va ricollocato, con una sorta di rivoluzione copernicana, al centro di un sistema sanitario basato su un asse virtuoso tra pubblico e privato, finalizzato soprattutto a rispondere alle istanze dei cittadini-pazienti.

Ripartire dal cittadino anche per la sanità è, infatti, fondamentale. Non solo perché è questa l'impostazione della nostra Costituzione ma anche perché è questa l'unica via. Nei paesi anglosassoni, per il sistema dei servizi e il rapporto tra i servizi e i cittadini, è stato varato da tempo uno slogan, che è anche una direzione di marcia, "Put people first": "Metti il cittadino al primo posto". Aldilà degli scontri politici, in vari casi più o meno strumentali.

Ripartire dal cittadino-paziente nella sanità come in altri servizi pubblici o privati è fondamentale, non solo perché lo prescrive la Costituzione ma perché questo è l'unico modo con cui si possa assolvere realmente alla missione della sanità, pubblica o privata che sia, meglio nel quadro di qualche forma di concertazione tra pubblico e privato.

Mettere il cittadino al primo posto dovrebbe essere il primo obiettivo di rinnovati servizi sanitari su base regionale. E a questa missione, a questa finalità, si può assolvere molto meglio nel quadro di una rinnovata concertazione tra pubblico e privato. Si tratta di una missione fondamentale, forse ancora di più dell'implementazione dei progetti del PNRR nella sanità, che pur sono fondamentali, sui quali dovrebbero essere impegnate soprattutto le classi

politiche dirigenti regionali, ma ai quali dovrebbero contribuire al meglio i vari soggetti pubblici e privati operanti nei diversi sistemi sanitari regionali. Si tratta di una missione cruciale, complessa, delicata, ma che rientra nelle stesse basi della nostra convivenza civile oltre che nelle linee e negli obiettivi fissati dalla nostra Costituzione.

Il paziente è, infatti, prima di tutto un cittadino, specie rispetto al sistema dei servizi sanitari. Un sistema che meglio sarà integrato tra pubblico e privato meglio potrà adempiere a questa missione

e rispondere alle aspettative sia dei cittadini più motivati ed informati sia di quelli in maggiori condizioni di bisogno, vuoi che si tratti di cittadini-pazienti attivi e consapevoli con forza dei loro diritti vuoi che si tratti di cittadini-pazienti in condizioni di debolezza.

In sintesi il cittadino, il paziente, deve essere *l'alfa* e *l'omega* di un nuovo sistema sanitario integrato tra pubblico e privato. E ad esso deve competere il ruolo e il posto fondamentale nel quadro di questa rivoluzione copernicana.



# L'U.S.I. approda in letteratura internazionale con un originale contributo scientifico

**Dott. Antonello Trecca**

Responsabile Servizio di Endoscopia Digestiva  
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22  
USI DOC Prati - Via V. Orsini, 27/a

**Dott. Raffaele Borghini**

Gastroenterologo  
Dipartimento di Epato-Gastroenterologia Sperimentale e Clinica  
Università di Roma "La Sapienza"

**Endoscopic features with associated histological and molecular alterations in serrated polyps with dysplasia: Retrospective analysis of a tertiary case series**  
**Trecca A, Borghini R et al, Digestive and Liver Disease, September 2023;22:8**

L'U.S.I. approda in letteratura internazionale, rendendo onore, una volta di più, al proprio acronimo. Lo studio retrospettivo coordinato dal Dott. Antonello Trecca, del servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dei centri USI DOC Prati ed USI Piazza Vittorio, e dal Dott. Raffaele Borghini, del Dipartimento di Epato-Gastroenterologia Sperimentale e Clinica dell'Università di Roma "La Sapienza", volge ad analizzare i risultati rilevati durante le attività di colonscopie eseguite presso i suddetti centri negli anni 2018-2020, analizzando oltre 1000 pazienti.

I risultati di maggiore rilievo sono relativi all'identificazione di un piccolo ma significativo gruppo di lesioni adenomatose, cosiddette serrate, che sono lesioni di difficile riconoscimento endoscopico con localizzazione prevalente nel tratto distale del colon (ceco/colon ascendente) e che in passato venivano considerate di scarso rilievo clinico e che invece oggi sono annoverate fra i precursori dei tumori coloretali in quanto portatrici di una mutazione genetica particolare e diverse da quella che caratterizza le lesioni adenomatose.

Queste lesioni hanno una particolare morfologia ovvero sono miste, sia piatte sia rilevate, generalmente di colorito biancastro, circondate da un alone di muco e possono essere evidenziate solo mediante l'endoscopia avanzata ovvero quella che utilizza sia la colorazione elettronica e l'ingrandimento di immagine sia i coloranti mucosali (figura 1 e 2).

Lo studio genetico condotto su questo gruppo di lesioni in collaborazione con il Dottor Vincenzo Villanacci, responsabile dell'Anatomia Patologica degli Ospedali Civili di Brescia, rappresenta l'altro aspetto rilevante della ricerca clinica ed ha confermato come queste lesioni presentino una doppia mutazione genetica, sia quella comune alle lesioni adenomatose classiche sia quella relativa alle lesioni serrate.

Un importante contributo scientifico ed uno stimolo per tutti gli endoscopisti a sapere cosa cercare e come cercarlo.

*Buona lettura a tutti.*

## ABSTRACT

Questo studio retrospettivo ha analizzato i dati di pazienti ambulatoriali sottoposti a colonscopia elettiva presso il Gruppo USI (Roma, Italia) tra gennaio 2018 e marzo 2020. I criteri di esclusione erano rappresentati da gravidanza, diagnosi di malattia infiammatoria intestinale, sindrome da poliposi ereditaria o poliposi adenomatosa familiare del colon, pregressa chirurgia gastrointestinale. Venivano esclusi inoltre quei pazienti che effettuavano l'esame in urgenza, gli esami incompleti e con scarsa preparazione intestinale (BBSS <6). I dati clinici ottenuti dalle cartelle cliniche includevano età, sesso, indice di massa corporea.

## INTRODUZIONE

La sequenza adenomacarcinoma attraverso la mutazione del gene APC rappresenta la via molecolare più frequentemente responsabile del cancro del colon retto (CRC). Si ritiene che circa il 70% dei CRC derivino da polipi adenomatosi. La via molecolare che dalle lesioni serrate porta al CRC è ancora oggetto di studio. In particolare l'origine, la nomenclatura, i criteri diagnostici istopatologici e la prognosi delle lesioni serrate sono ancora oggetto di dibattito. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2019, ha proposto una nuova classificazione per le lesioni serrate che vengono così distinte: 1) polipo iperplastico (HP), 2) lesione serrata sessile (SSL) senza displasia, 3) SSL con displasia, 4) adenoma serrato tradizionale (TSA) e 5) adenoma serrato non classificato, che comprende polipi coloretali misti con pattern sia displastici che serrati. Si ritiene che TSA e SSL con displasia siano precursori del CRC nel 25%-30% dei casi, in particolare attraverso la via SSL-carcinoma mediante mutazione dei geni KRAS, NRAS e BRAF, instabilità dei microsatelliti (MSI) e diffusa metilazione delle isole CpG. Nella maggior parte dei casi una valutazione endoscopica accurata di una lesione consente di effettuare una diagnosi differenziale e di scegliere il trattamento adeguato (ad esempio lasciarle *in situ*, resecare ed eliminare oppure resecare e inviare all'analisi istologica). Questo non è sempre facile per le lesioni serrate che possono presentare un *pattern* endoscopico misto, talvolta difficilmente tipizzabile; queste lesioni sono ad alto rischio di non essere individuate anche da endoscopisti esperti e allo stesso tempo richiedono una corretta valutazione istologica. Questo studio

ha valutato le indicazioni per la colonscopia (ovvero segni o sintomi, screening, sorveglianza, esame del sangue occulto nelle feci positivo o terapia). Dimensioni, posizione, morfologia e *pattern* vascolari e superficiali delle lesioni identificate sono stati registrati sia secondo la classificazione di Parigi che secondo la classificazione del Japan NBI Expert Team (JNET). I polipi misti sono stati definiti come lesioni con due diversi *pattern* superficiali e vascolari, entrambi osservati durante la colonscopia e, dopo resezione in blocco, confermati istologicamente. La qualità della colonscopia è stata valutata mediante il tasso di rilevamento dei polipi (PDR) e il tasso di rilevamento degli adenomi (ADR). HP di dimensione  $\geq 10$  mm in qualsiasi punto del colon-retto e HP di dimensione  $\geq 5$  mm tra il cieco e il colon discendente sono stati rimossi endoscopicamente, come raccomandato in letteratura. Tutte le lesioni  $\leq 20$  mm sono state resecate endoscopicamente alla colonscopia indice mediante polipectomia con ansa a freddo o a caldo o resezione endoscopica della mucosa (EMR). Lesioni  $> 20$  mm, sospette di invasione sottomucosa o cancro avanzato, sono state sottoposte a biopsia e quindi programmate per il trattamento endoscopico con EMR piecemeal o dissezione endoscopica sottomucosa (ESD). I campioni resecati sono stati valutati da tre patologi (VV, GM, DSR) esperti nella diagnosi di lesioni coloretali. La classificazione OMS è stata utilizzata per classificare ciascun polipo come adenoma tubulare, adenoma villosa, adenoma tubulovilloso, HP, SSL senza displasia, SSL con displasia, TSA, polipo amartomatoso, pseudopolipo o carcinoma. Per i polipi a *pattern* misto è stata effettuata estrazione del DNA da più sezioni di tessuto ottenute da materiale fissato e incluso in paraffina e sono state effettuate analisi molecolari con caratterizzazione dell'espressione di geni quali KRAS, NRAS e BRAF ed è stata valutata inoltre l'instabilità dei microsatelliti e la metilazione delle isole CpG.

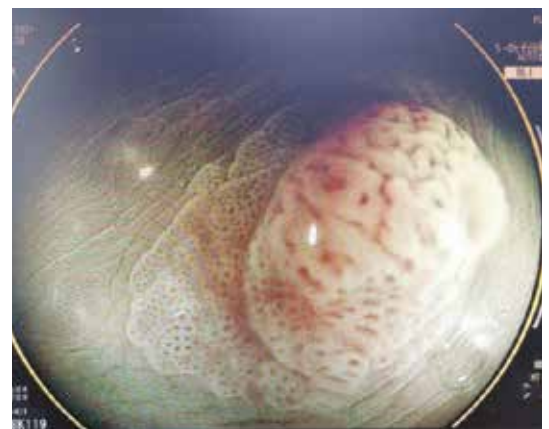
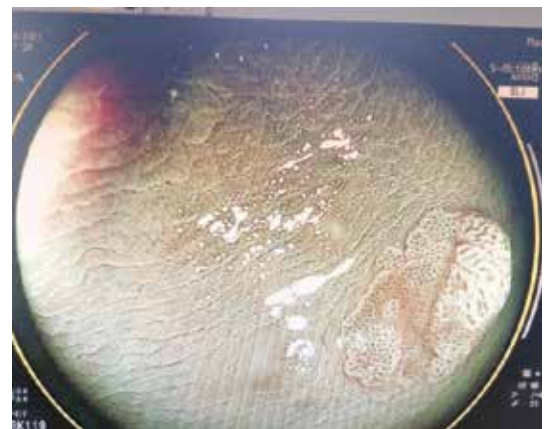
### RISULTATI

Un totale di 1147 pazienti sono stati inclusi nello studio (617 femmine e 530 maschi) di un'età media di 59,8 anni (range 15- 98 anni; DS = 12,8 anni). Sono stati trovati un totale di 436 polipi. Il tasso di rilevamento dei polipi è stato del 34,5% mentre l'ADR è stata del 30,2%. Il tasso di rilevamento complessivo delle lesioni serrate (SLDR) è stato del 26,2%, il tasso di rilevamento della SSL senza displasia citocariologica è stato del 5,5%, SSL con displasia erano dell'1,4%, il tasso di rilevamento di TSA era del 2,1%. La maggior parte delle lesioni aveva un diametro  $\leq 5$  mm (63,3%). Il tipo di polipo più comune secondo la categoria della classificazione di Parigi era 0-Is (56,7%). Secondo la classificazione JNET, le lesioni di tipo 2a erano quelle più diffuse (62,6%). Dal punto di vista istologico erano presenti 288 adenomi (170 tubulari, 98 tubulovillosi e 20 villosi; 66,1% di tutti i polipi) e 114 lesioni serrate (26,2%). Tra le lesioni serrate, il tipo più comune era l'HP (n = 75), sebbene fossero presenti 24 SSL senza displasia, 6 SSL con displasia (polipi misti) e 9 TSA (2,1% di tutte le lesioni). L'adenocarcinoma è stato diagnosticato in 8 pazienti (1,8% di tutte le lesioni),

non è stato riscontrato alcun caso di carcinoma associato ad adenoma serrato. Le analisi molecolari delle sei lesioni a morfologia mista non hanno rivelato mutazioni genetiche nei geni KRAS né nelle aree serrate non displastiche né in quelle adenomatose. Solo una lesione presentava una mutazione NRAS. Una singola mutazione BRAF (Val600Glu) è stata trovata in entrambi i componenti tissutali di quattro lesioni. L'MSI è stato riscontrato solo nelle aree adenomatose (displastiche) di questi stessi quattro casi. Anomalie molecolari non sono state identificate nei casi 5 e 6.

### CONCLUSIONI

Le lesioni serrate con displasia possono essere identificate attraverso analisi combinate endoscopiche e istopatologiche e sembrano essere caratterizzate da specifiche alterazioni molecolari. Sono necessari ulteriori studi multicentrici, con una maggiore numerosità, per confermare i risultati, incoraggianti, di questo studio. D'altra parte tale studio può rappresentare un ulteriore passo avanti nella comprensione non solo dei polipi a morfologia mista, della possibilità che possano indurre un aumento del rischio di cancro, ma anche del *follow-up* di questi pazienti. Potrebbe essere ancora più importante proporre una differente valutazione del timing del *follow-up* in questo gruppo di pazienti in considerazione del fatto che le lesioni serrate sembrano avere un rischio più elevato di neoplasia avanzata metacrona.



**Figure 1 e 2:** lesioni serrate con displasia studiate con endoscopia avanzata.



# Prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare nell'età evolutiva



**Dott.ssa Deborah Tognozzi**

Biologa Nutrizionista  
Specialista in Applicazioni Biotecnologiche  
Esperta in Nutrizione Clinica

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22  
U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95  
U.S.I. Furio Camillo - Via Cerreto di Spoleto, 9/21  
USI Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f



freepik.com/foto-gratuito/la-bambina-sveglia-ha-indicato-il-gesto-di-arresto-con-l-hamburger-nelle-mani-prima-di-mangiare-nella-caffetteria-all-apertod - Immagine di diana.grytsku

**N**egli ultimi 30 anni è aumentata notevolmente l'incidenza di sovrappeso e obesità in età pediatrica. L'obesità può incidere in modo importante sulla salute del bambino ma anche sulla sua qualità di vita. Le buone o cattive abitudini alimentari si stabiliscono durante l'infanzia e l'adolescenza e da quel momento si definirà lo stato di salute e benessere del futuro adulto.

Oggi ci troviamo di fronte alla mancanza di un rapporto equilibrato con il cibo e soprattutto dopo la trascorsa pandemia che ha portato i bambini e i ragazzi ad un repentino cambiamento di stile di vita con un aumento del rischio per la loro salute. Quello che contribuisce all'aumento del tasso di obesità e di sovrappeso sia infantile che giovanile è la modifica dei modelli alimentari ma anche la diversa modalità di intendere l'attività fisica che risulta spesso assente o, per lo più, settorializzata temporalmente e spazialmente senza essere continuativa.

Un altro importante cambiamento a cui abbiamo assistito negli ultimi anni è rappresentato dalla diminuzione del tempo trascorso dai bambini "in movimento", nel gioco all'aria aperta, unitamente all'au-

mento del tempo trascorso davanti al pc e davanti alla TV, al cellulare, al tablet ecc. L'avanzamento della tecnologia ha quindi contribuito a ridurre il tempo speso dai bambini in attività ludiche "in movimento", lasciando invece grande spazio alla sedentarietà.

È importante intervenire sulla famiglia affinché i bambini possano imparare a mangiare in modo corretto. È necessario formare le famiglie al fine di ridurre il consumo di alimenti ad alta densità energetica e bevande zuccherate, e le porzioni proposte, ormai sempre più abbondanti. Si dovrà quindi riequilibrare l'alimentazione nell'età evolutiva verso dei modelli più corretti e salutari. Un bambino che vive in un ambiente obesogenico, ovvero un ambiente con genitori obesi con abitudini alimentari ipercaloriche e squilibrate, sarà con molta probabilità un adulto obeso.

È importante insegnare ai piccoli ed ai ragazzi il piacere del gusto, mantenendo l'attenzione all'aspetto culturale del cibo; il momento del pasto deve essere meno scontato e monotono, e questo è possibile preparando le pietanze in modo bello, colorato ed

attraente. Non dimentichiamo che il cibo rappresenta la cultura di un popolo, il gusto, la convivialità e la comunicazione.

Per prevenire l'obesità nell'età evolutiva è importante prendere in considerazione 3 periodi critici nel corso

- Preconcepimento e gravidanza
- Periodo neonatale e prima infanzia
- Tarda infanzia e adolescenza

Educare bambini e adolescenti ad una sana e corretta alimentazione fin dalla prima infanzia è un investimento fondamentale per la loro salute futura e per la prevenzione di molte malattie legate all'alimentazione, inclusa l'obesità. La responsabilità delle famiglie e della società è quella di promuovere la cultura della sana alimentazione. Non meno importante è il ruolo che le scuole possono svolgere nell'insegnare l'educazione alimentare.

### SOVRAPPESO E OBESITÀ

Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che il tipo di alimentazione di una donna in gravidanza e del neonato nei primi 1000 giorni di vita (dall'inizio della gravidanza fino al compimento dei 2 anni di età) ha notevole influenza nello sviluppo della salute a lungo termine del bambino perché è in grado di intervenire sull'espressione genica a livello del DNA e determinare il fenotipo del soggetto, con la predisposizione o meno a sviluppare obesità e patologie ad essa correlate. Ci sono inoltre altri fattori di rischio precoci che possono contribuire allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità nei bambini, tra cui:

- il basso peso alla nascita;
- BMI (indice di massa corporea) elevato della madre;
- Obesità dei genitori;
- Fumo materno durante la gravidanza;
- Aumento di peso eccessivo nel primo anno di vita;
- Durata del sonno ridotta;
- Esposizione eccessiva agli strumenti tecnologici.

Anche il tipo di allattamento risulta essere associato ad un maggiore rischio di malattie metaboliche, pertanto è raccomandato (anche dall'OMS) l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi di vita extrauterina del bambino, a meno che non ci siano reali impedimenti. L'allattamento al seno è auspicabile in quanto ha una composizione nutrizionale ottimale, protegge dal rischio di sovrappeso e obesità, stimola la maturazione del sistema immunitario, instaura un legame madre-figlio e facilita la digestione.

Nei mesi successivi si può cominciare l'introduzione di cibi solidi (6-12 mesi) e non prima poiché si ridurrebbe l'effetto protettivo del latte materno, sbilanciando la dieta verso una nutrizione iperglicidica, iperproteica e ipolipidica causando frequentemente diarrea, sensibilizzazione allergica nei neonati a rischio ed eccessivo carico renale.

Successivamente, quindi nell'età evolutiva, l'alimentazione deve soddisfare i bisogni energetici e nutrizionali del bambino, con riferimento alla curva di crescita. Per questa finalità la dieta mediterranea rappresenta la scelta alimentare migliore in termini di varietà di cibi e sapori e limita il consumo di alimenti e prodotti industriali contenenti zuccheri

o sali aggiunti.

La dieta mediterranea si basa sull'assunzione quotidiana di cereali, integrali e non, frutta, verdura, latte e yogurt o formaggi magri, proteine contenute in pesce, legumi, carne e uova, tutto sempre in quantità controllate:

- Le proteine 15%
- I carboidrati 45-60% (di cui meno del 10% di zuccheri semplici)
- I grassi 30-40% (di cui meno del 10% di grassi saturi)

Ci sono studi che dimostrano come un eccessivo consumo di proteine nei primi due anni di vita possa predisporre l'organismo adulto ad un maggior rischio di obesità. Per contro, un ridotto consumo di grassi (olio extravergine di oliva come condimento, pesce, semi oleosi, olive, frutta secca) può causare problemi legati al metabolismo dell'assunzione lipidica e una tendenza all'accumulo dei grassi.

### DCA

#### (DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE)

Per i giovani d'oggi, talvolta anche molto piccoli, il cibo e il corpo si sono trasformati in un'ossessione. I Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono una vera e propria epidemia sociale. L'incidenza complessiva dei DCA risulta essere pari a circa 164 casi/100.000. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione.

Questi disturbi sono gravi patologie che si stanno diffondendo a vista d'occhio a causa di un insieme di fattori: tra essi si evidenziano soprattutto quelli socio-culturali del mondo occidentale, che propongono immagini stereotipate di corpi caratterizzati da magrezza estrema, senza alcun difetto, modellati dall'iper controllo, provocando una forte sensazione di inadeguatezza e continua ricerca della perfezione. Tutto questo porta il giovane, sia dal punto di vista psicologico che sociale, all'isolamento e a trascurare la sensibilità, l'affettività e il rapporto con l'altro. Nell'ultimo decennio è aumentata la necessità di sviluppare programmi che possano prevenire l'insorgenza di questo disturbo; obiettivo complesso a causa della forte presenza di fattori di rischio e di diffusione (in particolare di stili di vita e modelli culturali), molto difficili da contrastare.

L'eziologia di questi disturbi si può paragonare ad un iceberg, la cui la parte visibile è una piccola frazione che rappresenta il rapporto tra il paziente ed il cibo, il peso e il senso estetico. La parte sommersa, di gran lunga più cospicua, rappresenta invece la componente legata alla psiche, afflitta da problemi emotivi non ancora elaborati come rabbia, paura, traumi e inadeguatezza.

L'adolescenza è una fase di crescita molto delicata poiché oltre ai forti cambiamenti fisici e la difficile accettazione di un corpo "nuovo" che ne consegue, ogni ragazzo o ragazza deve anche affrontare tutti i cambiamenti psichici: inizia, in questa fase, la definizione dell'identità attraverso un percorso di allontanamento dal legame con le figure genitoriali, di ricerca della propria autonomia ed il rapporto con i coetanei.

## Prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare nell'età evolutiva

La famiglia è il nucleo primario dove un bambino nasce, cresce, sviluppa il suo sé ed è dunque un elemento fondamentale di cura in presenza di una patologia DCA.

La riabilitazione nutrizionale affronta i comportamenti e le azioni che esprimono e mantengono il disturbo alimentare e i pensieri disfunzionali sul cibo, peso e corpo che sono alla base dei comportamenti stessi.

### LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI RAGAZZI

La dieta dei ragazzi, come quella degli adulti, dev'essere il più possibile varia ed equilibrata, senza l'esclusione di alcun alimento ma nel rispetto delle porzioni giornaliere e settimanali raccomandate dalla piramide alimentare.

Questi sono alcuni accorgimenti da seguire:

- Fare pasti regolari ad orari predefiniti aiuta a stabilizzare i livelli di zucchero nel sangue;
- Non saltare la prima colazione perché fornisce l'energia e l'attenzione per iniziare la giornata;
- Condividere i pasti principali con la famiglia al fine di promuovere il dialogo;
- Limitare i "cibi spazzatura" come dolci industriali, bevande zuccherate, patatine e caramelle alle occasioni speciali o conviviali anziché abituali;
- Bere acqua in appropriate quantità;
- Insegnare ai ragazzi l'importanza di una dieta equilibrata e consapevole per sviluppare abitudini alimentari sane che si porteranno dietro per tutta la vita.



freepik.com/foto-gratuito/adorabile-giovane-donna-in-abiti-casual-che-mostrano-mele-rosse-sul-muro-bianco - Immagini di azerbaijan\_stockers

Non è da sottovalutare l'influenza che le dinamiche familiari hanno sulla sfera psicologica e sulle emozioni dei bambini e degli adolescenti e che spesso sono correlate al comportamento alimentare. Analizziamo i più comuni scenari:

- 1- I ragazzi, così come già i bambini, esplicano le loro emozioni anche attraverso il cibo: la tristezza, la rabbia, l'ansia o la delusione potrebbero portarli a cercare conforto negli alimenti. È importante insegnare loro delle alternative salutari per gestire le emozioni, come il dialogo, l'arte o l'esercizio fisico.
- 2- L'uso del cibo come ricompensa o punizione può creare associazioni negative o problematiche con il cibo, è meglio cercare modi più positivi per disciplinare e incoraggiare i bambini.
- 3- Può succedere che i bambini o i ragazzi mostrino avversione verso alcuni cibi o manifestino preferenze alimentari; forzare i bambini a mangiarli ugualmente può avere l'effetto contrario e portare una maggior resistenza nei confronti di tali cibi, piuttosto è preferibile offrire una varietà di alimenti e incoraggiare gradualmente l'esplorazione di nuovi sapori.
- 4- I disturbi del comportamento alimentare (ortorexia, anoressia e bulimia) possono avere cause complesse, tra cui fattori genetici, psicologici e ambientali ma riconoscere precocemente i segnali di allarme può prevenire l'insorgere delle malattie stesse (l'isolamento e l'evitamento delle situazioni sociali e dei contesti conviviali, un eccessivo ed esclusivo impegno scolastico, l'attività fisica praticata con esagerazione, un'attenzione costante alla conta delle calorie e alla pesata degli alimenti, il consumo esclusivo di alimenti ipocalorici e dietetici, il controllo esagerato delle etichette dei prodotti da acquistare, un eccessivo controllo del peso e una distorta immagine corporea).
- 5- I genitori vengono inevitabilmente visti come modelli da seguire e questo vale anche in ambito alimentare: crescere nella fiducia e con la stima dei genitori permette ai ragazzi di acquisire un sereno rapporto con sé stessi, con il cibo e con la propria immagine corporea.

### LA CONSULENZA NUTRIZIONALE

Il nutrizionista ha un ruolo importante in un percorso di crescita che preveda particolare attenzione all'educazione e alle abitudini nutrizionali dei bambini.

La consulenza nutrizionale nei pazienti in età evolutiva prevede una ricostruzione della storia clinica e un'attenta valutazione dello stato nutrizionale attraverso un'anamnesi approfondita, cui segue l'esame obiettivo e l'esame antropometrico per definire il BMI (indice di massa corporea) e la curva di crescita del bambino. In alcuni casi può essere opportuno richiedere eventuali esami ematochimici. Il percorso nutrizionale dev'essere sempre personalizzato e il piano alimentare finalizzato a soddisfare gli specifici fabbisogni energetici e nutrizionali del giovane paziente.

Per il buon esito del percorso nutrizionale è assolutamente fondamentale che il cambiamento proposto investa tutta la famiglia e non solo il bambino: i genitori devono dare il buon esempio!





freepik.com/foto-gratuito/piatto-ctiola-buddha-con-verdure-e-legumi-vista-dall-alto - Immagine di jcomp su Freepik

### BIBLIOGRAFIA

1. Manuale di nutrizione in età evolutiva – cuzzolin editori
2. Akkermans M.d., et al. Iron and Vitamin D Deficiency in Healthy Young Children in Western Europe Despite Current Nutritional Recommendations. *JPGn* 2016; 62: 635–642].
3. Edefonti V., et al. The effect of breakfast composition and energy contribution on cognitive and academic performance: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2014; 100: 626-656.
4. ESPGHAN Committee on nutrition. Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGn*. 2012; 6: 662-669.
5. Giovannini M., et al. Breakfast: a good habit, not a repetitive custom. *J int Med Res*. 2008; 36: 613-624.
6. Giovannini M., et al. Breakfast: a good habit, not a repetitive custom. *J int Med Res*. 2008; 36: 613-624. Massimo landi, Elvira verduci *Manuale\_Layout 1 02/09/16 15:28 Pagina 416 417*
7. IARn – Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana. iv Revisione, 2014.
8. Michaelsen K.F., et al. Protein needs early in life and long-term health. *Am J Clin Nutr* 2014; 99: 718S-722S.
9. Moreno I.A., et al. Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Adv Nutr*. 2014; 5: 615S-623S.
10. Progetti Ccm "Minisal-GIRCSI" e "Meno sale più salute" [www.sinu.it](http://www.sinu.it).
11. Rey-lopez G.P., et al. Food and drink intake during television viewing in adolescents: the HELENA study. *Public health Nutr*. 2011; 14: 1563-1569.
12. Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Spada E., Bona G., Cavallo I., Cerutti F., Gargantini I., Greggio n., Tonini G., Cicognani A. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). *J Endocrinol Invest*. 2006; 29(7): 581-93.
13. Julián-Almárcegui C., Gómez-Cabello A., huybrechts i., González-Agüero A., Kaufman J.M., Casajús J.A., Vicente-Rodríguez G. Combined effects of interaction between physical activity and nutrition on bone health in children and adolescents: a systematic review. *nutr Rev*. 2015; 73(3): 127-39.
14. Juonala M., Magnussen C.G., Berenson G.S., Venn A., Burns T.I., Sabin M.A., Srinivasan S.R., daniels S.R., davis P.h., Chen W., Sun C., Cheung M., Viikari J.S., dwyer T., Raitakari o.T. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *n Engl J Med*. 2011; 365(20): 1876-85.
15. Maffei C., Schutz Y., zaffanello M., Piccoli R., Pinelli I. Elevated energy expenditure and reduced energy intake in obese prepubertal children: paradox of poor dietary reliability in obesity? *J Pediatr*. 1994; 124(3): 348-54.
16. Maffei C., zaffanello M., Pinelli I., Schutz Y.: Total energy expenditure and patterns of activity in 8 to 10-year-old obese and nonobese children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996; 23: 256-61. Claudio Maffei, gianni Bona, Elena fornari, Mara Tommasi, anita Morandi *Manuale\_Layout 1 02/09/16 15:27 Pagina 214 215*
17. Maffei C., Castellani M. Physical activity: an effective way to control weight in children? *nutr Metab Cardiovasc dis*. 2007; 17(5): 394-408.
18. Morandi A., Maffei C. Predictors of metabolic risk in childhood obesity. *horm Res Paediatr*. 2014; 82(1): 3-11.
19. Alimentazione in età scolare e adolescenziale *Manuale\_Layout 1 02/09/16 15:27 Pagina 215 216 41*. Società italiana di nutrizione umana. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana. IARn, iv revisione, SiCS Editore, Milano, 2014.
20. Lask B, Bryant-Waugh R. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2000 Psychology Press, Hove.
21. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010, 18: 79–89



# Infezioni sessualmente trasmesse

## Precisazioni in tema di presunte interazioni tra infezione da Papillomavirus (HPV) e fertilità di coppia

**Dott. Giuseppe Vocaturo**

Specialista in Ginecologia e Ostetricia  
Specialista in Oncologia

Già Dirigente Istituto Tumori-Regina Elena - Roma  
Già Direttore SSO presso la UOC di Ginecologia Oncologica



Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo,41  
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli,22  
U.S.I. Prati - Via V. Orsini,18  
U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti,95  
U.S.I. Igea - Via Igea, 12/a-18

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuso in tutto il mondo che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. L'incidenza delle IST nel mondo è in continuo aumento grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumentata tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners. Mettendo in atto una prevenzione mirata e comportamenti idonei nonché attuando una diagnosi precoce si possono, tuttavia, evitare la diffusione e le complicanze delle IST.

### I PATOGENI RESPONSABILI DELLE IST (dati OMS)

Principali IST causate da Batteri:	Principali IST causate da Virus:
Infezione da clamidia	Infezione da Hiv
Gonorrea	Herpes genitale
Sifilide	Condilomi ano-genitali da HPV
Ulcera venerea o cancroide	Epatite B
Donovanosi o Granuloma inguinale	Mollusco contagioso
Infezioni batteriche non gonococciche e non clamidiali	Infezione da citomegalovirus
Principali IST causate da Protozoi:	Principali IST causate da Parassiti:
Infezione da Trichomonas	Pediculosi del pube
	Scabbia

### Modalità di trasmissione

- rapporti sessuali
- liquidi organici infetti (sperma, secrezioni vaginali, saliva)
- contatto diretta della pelle e mucose genitali
- sangue
- dalla madre in corso di gravidanza, parto, allattamento

### Sintomi delle IST

Spesso le IST possono essere asintomatiche o manifestarsi con sintomi molti lievi quindi i soggetti infetti potrebbero non esserne consapevoli e trasmettere l'infezione attraverso rapporti sessuali non protetti.

- secrezioni anomale dei genitali
- dolore pelvico
- comparsa di prurito e/o di lesioni di qualunque tipo nella regione dei genitali, dell'ano o della bocca
- pollachiuria
- disuria
- dolore e sanguinamento durante e/o dopo i rapporti sessuali

### Diagnosi

Per la diagnosi è importante effettuare degli esami di laboratorio che, a seconda delle diverse IST, possono essere eseguiti sul sangue, su un tampone rettale o faringeo, su un campione di urine o di saliva sia per le donne che per gli uomini; su un tampone cervicale o vaginale per la donna; su un tampone uretrale o sullo sperma per l'uomo.

Una diagnosi rapida è importante sia per impostare la giusta terapia, e quindi alleviare i sintomi, sia per prevenire le possibili complicanze ed evitare la trasmissione ad altre persone.

### Terapia

Le IST sono curabili, nella maggior parte dei casi, attraverso antibiotici o altri farmaci specifici prescritti dal medico. È importante che la terapia sia corretta ed iniziata quanto prima. La cura tempestiva è molto importante perché riduce l'infettività del paziente e interrompe la catena dei contagi. Durante la terapia è bene astenersi dai rapporti sessuali.

### Complicanze

Se le IST non vengono trattate in maniera adeguata possono causare gravi complicanze quali:

- sterilità, cioè difficoltà o impossibilità ad avere figli
- problemi durante la gravidanza (parto prematuro, aborto, morte del bambino)
- infezioni neonatali (occhi, polmoni)
- sviluppo tumori (cervice, fegato)

### Precisazioni in tema di presunte interazioni tra infezione da Papillomavirus (HPV) e fertilità di coppia

Tra le infezioni sessualmente trasmesse ci sembra opportuno chiarire alcune informazioni sull'infezione da HPV che hanno generato confusione e allarmismi. Fino a quando la infezione da HPV era considerata re-

sponsabile solo di lesioni di tipo condilomatoso era ritenuta di scarsa importanza.

Da quando la comunità scientifica ha riconosciuto che l'infezione da genotipi ad alto rischio è la causa necessaria del cancro della cervice uterina si è determinata, invece, una vera e propria esplosione di studi e ricerche scientifiche.

Molti studi sono diretti a capire il meccanismo attraverso il quale il virus HPV determina la trasformazione neoplastica, non solo a livello del collo dell'utero ma anche a carico di altri organi: vulva, vagina, orofaringe, ano e pene.

Si cerca anche di definire se esiste un rischio di sterilità che l'infezione può determinare.

Sono stati, infine, messi a punto test per il riconoscimento dei tipi virali ad alto rischio e da pochi anni è disponibile anche il vaccino.

Costantemente si studiano e si disegnano nuovi scenari per la gestione dell'infezione.

Tutto questo ha determinato un enorme impatto socio-sanitario per cui si rende necessaria una attenzione particolare per la comunicazione all'utenza che deve essere gestita da professionisti dedicati affinché si trasmettano messaggi corretti, completi e non allarmistici.

A tal proposito riportiamo la nota dell'AOGOI, che ha ritenuto opportune alcune precisazioni in tema di presunte interazioni tra infezione da Human Papilloma Virus (HPV) e fertilità della coppia

I dati degli studi sugli effetti dell'infezione da HPV sulla fertilità maschile e femminile nonché sugli esiti della procreazione medicalmente assistita non sono consistenti e non consentono di trarre considerazioni conclusive.

Alcuni ricercatori sostengono l'ipotesi che l'infezione da HPV correli con effetti negativi sulla fertilità maschile e femminile e sugli esiti della gravidanza. Negli uomini le infezioni virali (in generale) possono alterare la qualità degli spermatozoi (astenozoospermia) ed aumentare il tasso di anticorpi antisperma; pertanto alcuni ricercatori sostengono che ciò si verifichi anche nel caso dell'HPV.

Per quanto riguarda gli effetti sulla fertilità femminile le cose sono, invece, molto meno chiare in quanto i dati degli studi attualmente disponibili sono alquanto contraddittori. Alcuni autori riportano che le donne con infezione da HPV hanno una maggiore probabilità di aborto spontaneo e di rottura precoce delle membrane. Anche il ruolo dell'HPV nell'esito della PMA risulta poco chiaro: potrebbe non avere alcun effetto.

È necessario precisare che la maggior parte degli studi sono stati condotti su campioni di piccole dimensioni e gli studi in vitro sullo sviluppo embrionale sono stati condotti soprattutto su animali; difficile, quindi, trarre considerazioni conclusive in merito.

#### Le strategie per combattere le malattie sessualmente trasmissibili

Si basano soprattutto sulla prevenzione e su comportamenti sessuali responsabili:

1. per prima cosa il metodo più efficace nel prevenire le malattie a trasmissione sessuale prevede l'uso del preservativo;

2. un altro aspetto importante in chiave preventiva è che un'igiene intima insufficiente, non corretta o eccessiva, specie con prodotti non adatti, può facilitare le infezioni;

3. nel caso si riceva diagnosi di una qualsiasi malattia venerea è fondamentale avvertire immediatamente il proprio o i propri partner, che dovranno al più presto consultare il medico per un controllo, anche in assenza di sintomi.

L'infezione da HPV potrebbe, in ogni caso, avere un effetto indiretto sulla fertilità in quanto provoca un'alterazione del microbiota (disbiosi) e la vaginosi batterica, che correla con la produzione di mediatori dell'infiammazione e con la maggiore incidenza di esiti avversi della gravidanza, come il parto pretermine. Tuttavia, anche su questo aspetto, il dibattito scientifico è lontano dall'essere concluso.

Sicuramente le donne HPV positive sono preoccupate per la loro fertilità e l'ansia che ne deriva potrebbe anche sortire maggiori difficoltà di ottenere una gravidanza o di portarla a termine in salute.

Per questo è doveroso dare informazioni che derivano da evidenze scientifiche aggiornate, rassicurando così le donne HPV positive che cercano gravidanze o che sono in gravidanza.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bosch FX, Munoz N. The causal relation between HPV and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65
2. Serrano AB, Brotons M, Bosch FX, Brun I. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Feb;14-26
3. Zacharis K, Messini CI, Anifandis G, Koukoulis G, Satra M, Daponte A. Human Papilloma Virus (HPV) and Fertilization: A Mini Review. *Medicina (Kaunas)*. 2018 Jul 27;54(4):50.
4. Ejegod DM, Lagheden C, Bhatia R, Pedersen H, Boda EA, Sundström K, Cortés J, José FXB, Cuschieri K, Dillner J, Bonde J. Clinical validation of full genotyping CLART® HPV45 assay on SurePath and ThinPrep collected screening samples according to the international guidelines for human papillomavirus test requirements for cervical screening. *BMC Cancer*. 2020 May 6;20(1):396.
5. Hancock G, Hellner K, Dorrell L. Therapeutic HPV vaccines. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Feb;47:59-72.
6. Osservatorio Nazionale Screening. GISCI, Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma
7. Di Simone N, et al. Recent Insights on the Maternal Microbiota: Impact on Pregnancy Outcomes. *Frontiers in Immunol*. 2020; 11, 528202
8. Noventa M, et al. Is it time to shift the attention on early stages embryo development to avoid in conclusive evidence on HPV-related infertility: debate and proposal. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2014, 12:48
9. Qaderi K, et al. 'Does HPV affect my fertility?' Reproductive concerns of HPV positive women: a qualitative study. *Reprod Health*. 2021;18:72
10. Zacharis K, et al. Human Papilloma Virus (HPV) and Fertilization: A Mini Review. *Medicina* 2018, 54, 50; doi:10.3390

# L'importanza delle variabili psicologiche nelle nuove terapie contro il cancro.

## La ricerca scientifica mostra nuove importanti conferme

**Dott. Federico Della Rocca**

Psicologo Clinico, Psiconcologo e Psicoterapeuta  
USI Doc Prati - Via V. Orsini, 27/a  
Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo, 41



### INTRODUZIONE

Quando entrai nel mondo dell'Oncologia, ormai oltre 20 anni fa, ero un giovane Psicologo con una preparazione in Psiconcologia e tanto entusiasmo, ma lo scenario che si apriva ai miei occhi era sostanzialmente desolante: di Psiconcologia in generale si parlava poco in Italia e gli interventi psiconcologici reali nelle corsie di ospedale erano spesso considerati superflui, poco utili se non di intralcio alle normali attività di reparto. Gli stessi Pazienti oncologici spesso nemmeno conoscevano la possibilità di ricevere un certo tipo di assistenza psicologica e a volte mi guardavano con diffidenza, salvo poi scoprire quanto potesse essere prezioso un aiuto specialistico che agisse sulla sfera psicologica, specialmente in quei momenti così critici. Da quei giorni sono passati tanti anni e per fortuna le cose sono radicalmente cambiate, al punto che oggi non sarebbe più concepibile un percorso di cura oncologica che non contemplasse un'attenzione puntuale anche alla dimensione psicologica del Paziente con tumore. La cultura psicologica è penetrata sempre più nei reparti di Oncologia, grazie al saper fare degli psiconcologi e ai risultati della ricerca scientifica che ha dimostrato e continua a dimostrare con risultati sorprendenti quanto siano strettamente interconnessi gli aspetti psicologici del Paziente con la risposta clinica alle cure antitumorali. Sappiamo benissimo che il cancro è una malattia che colpisce milioni di persone nel mondo e che comporta una serie di sfide fisiche, emotive e sociali per i Pazienti e i loro familiari. La terapia contro il cancro è un processo molto articolato che richiede l'integrazione di diverse modalità di trattamento, tra cui la chirurgia, la chemioterapia, la radioterapia, le terapie ormonali, e da qualche anno anche le terapie biologiche e l'immunoterapia. Quest'ultima è una forma di terapia che non aggredisce direttamente le cellule tumorali, come ad esempio fanno i farmaci chemioterapici, ma sfrutta il sistema immunitario del Paziente per combattere le cellule tumorali, interferendo con i meccanismi che le proteggono dall'attacco dei nostri anticorpi naturali, nello specifico dei linfociti. L'immunoterapia ha dimostrato una notevole efficacia in alcune tipologie di tumore, come il melanoma, il tumore del polmone, del rene e della vescica, il linfoma di Hodgkin e alcuni tipi di tumore della mammella e del colon(1). Tuttavia, non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo all'immunoterapia e i fattori che determinano la risposta clinica sono ancora in parte sconosciuti e oggetto di ricerca. Tra questi, un ruolo importante potrebbe essere svolto dalle variabili psicologiche, ovvero gli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali che caratterizzano la reazione del Paziente alla malattia e alle terapie. Sappiamo ormai in modo incontrovertibile che lo stato psicologico del paziente può

influenzare il funzionamento del sistema immunitario e la sua capacità di contrastare le infezioni e le malattie(2). Le variabili psicologiche possono incidere sulla qualità della vita, sull'adesione ai trattamenti, sulla gestione degli effetti collaterali delle terapie e sulle aspettative di guarigione del paziente(3).

### LO STUDIO OLANDESE

Nel Novembre 2023 è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica Nature Medicine i risultati di uno studio olandese condotto presso il Netherlands Cancer Institute di Amsterdam, che ha esaminato l'impatto delle variabili psicologiche sulla risposta all'immunoterapia in Pazienti affetti da melanoma(4). Questo studio ha dimostrato che il cancro non solo si "nutre" di emozioni negative, ma le "sfrutta" anche per proteggersi dagli attacchi del sistema immunitario. I risultati sono estremamente significativi e dimostrano che lo stress, l'ansia e la depressione possono compromettere l'esito dei trattamenti immunoterapici, rendendoli meno efficaci.

### METODO

Nella ricerca olandese sono stati analizzati i dati di circa 90 pazienti tra quelli che hanno preso parte al progetto "PRADO" (Preoperative Radiotherapy and anti-PD-1 Drug Optimization), uno studio che ha di fatto "promosso" l'immunoterapia neoadiuvante, cioè somministrata prima dell'intervento chirurgico, nei Pazienti con melanoma. All'inizio della ricerca tutti i partecipanti hanno compilato un questionario, l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer scale for emotional functioning, progettato per valutare la qualità della vita del Paziente affetto da neoplasia, in modo da individuare coloro che presentavano un disagio emotivo già prima della terapia





a base di inibitori dei checkpoint immunitari, cioè di quei farmaci che agiscono sui “freni” che impediscono al sistema immunitario di riconoscere e attaccare efficacemente il tumore. I Pazienti sono stati poi seguiti per circa 28 mesi.

### RISULTATI

Dai risultati ottenuti è emerso che il disagio emotivo può influenzare negativamente la risposta immunitaria contro il tumore. In particolare, i Pazienti con disagio emotivo presente prima del trattamento immunoterapico neoadiuvante hanno mostrato una ridotta risposta alla terapia di circa il 20% rispetto ai pazienti senza segni evidenti di stress, ansia o depressione (46% contro il 65%). Ma non solo: il disagio emotivo è risultato connesso a un rischio più alto di recidiva a 2 anni (91% contro 74%) e a maggiori metastasi a 2 anni (95% contro il 78%). Si tratta di numeri a mio avviso impressionanti.

### DISCUSSIONE

Lo studio olandese ha dimostrato che lo stress, dunque, può favorire la crescita e la resistenza del tumore, sia attraverso la produzione di una serie di ormoni che lo “nutrono”, come ad esempio il cortisolo, sia promuovendo la creazione di un microambiente vantaggioso per la proliferazione di metastasi, ma anche indebolendo e alterando la funzione delle cellule del sistema immunitario. In questo senso l’aiuto psicologico inserito nei protocolli di cura sin dall’inizio del percorso di terapia antitumorale può dunque avere una triplice funzione:

1. migliorare la qualità della vita del paziente
2. ridurre il “nutrimento” del tumore
3. sostenere e tutelare la risposta ai trattamenti immunoterapici.

Considerate le numerose evidenze a favore della somministrazione dell’immunoterapia neoadiuvante, che presto potrebbe diventare uno standard di cura per

il melanoma e per altri tumori, fare chiarezza su quali siano i fattori che possono influenzarne l’efficacia è di fondamentale importanza. Studi preclinici mostrano che il disagio emotivo attiva specifici meccanismi del Sistema nervoso centrale che possono compromettere la funzione di diverse cellule immunitarie, indebolendo quelle deputate a neutralizzare la malattia e rafforzando invece le cellule immunosoppressive. Le variabili psicologiche possono avere un ruolo rilevante nella risposta all’immunoterapia in Pazienti con melanoma, ma non solo: abbiamo evidenze cliniche per cui anche altri tipi di tumore sembrerebbero sensibili agli stessi meccanismi, come il tumore del colon o il tumore al polmone non a piccole cellule, solo per fare qualche esempio. Tutto questo suggerisce che la valutazione e il supporto psicologico dei Pazienti potrebbero essere utili per migliorare la loro prognosi e la loro qualità della vita. Nonostante siano necessari ulteriori studi per confermare e approfondire i risultati ottenuti e per esplorare i meccanismi biologici che sottendono l’interazione tra psiche e immunità, è tuttavia indispensabile che lo stato emotivo e psicologico del Paziente non venga mai trascurato, ma considerato a tutti gli effetti parte integrante del percorso di cura.

### BIBLIOGRAFIA

1. L’immunoterapia - Aimac - Associazione Italiana Malati di Cancro. <https://www.aimac.it/libretti-tumore/chemioterapia/la-terapia-immunologica>
2. Antoni MH, Lutgendorf SK, Blomberg B, et al. Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biol Psychiatry*. 2012;71(4):366-372. [https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.007]
3. Parmet, Tamar, et al. “Willingness toward psychosocial support during cancer treatment: a critical yet challenging construct in psychosocial care.” *Translational Behavioral Medicine* (2023): ibac121.
4. Fraterman, I., Reijers, I. L., Dimitriadis, P., Broeks, A., Gonzalez, M., Menzies, A. M. M., ... & van de Poll-Franse, L. V. (2023). Association between pre-treatment emotional distress and neoadjuvant immune checkpoint blockade response in melanoma. *Nature Medicine*, 1-10.





# La cardiopatia ischemica

**Dott. Riccardo Gilli**

Cardiologo e Anestesista

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

U.S.I. Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 36

U.S.I. Collatino - Viale della Serenissima, 22



**Il cuore è un muscolo** la cui funzione, contraendosi, è quella di “pompare” a tutto il corpo sangue ricco di **ossigeno**, elemento essenziale per la vita di tutte le cellule che ci compongono. Il sangue pompato dal cuore raggiunge tutti gli organi del corpo attraverso una fitta rete di “tubicini” chiamati **arterie** e che costituiscono, nel loro insieme, quello che prende il nome di **apparato circolatorio**.

Le cellule che compongono il cuore hanno necessità, al pari di tutte quelle degli altri organi, di ricevere sangue ossigenato per poter vivere e funzionare adeguatamente; è chiaro quindi che anche nel nostro cuore devono esserci arterie in grado di veicolare alle cellule che lo compongono l'ossigeno necessario; le arterie che irrorano il nostro cuore si chiamano **coronarie** (immagine 1).

Affinché il sangue sia libero di scorrere senza ostacoli attraverso le arterie per raggiungere anche le parti più lontane del corpo, è necessario che le arterie siano prive di ostacoli, pulite, e che le loro pareti siano lisce ed elastiche. Così come le incrostazioni di calcare nei tubi delle nostre case possono portare ad una riduzione, fino all'interruzione, del flusso dell'acqua, allo stesso modo la presenza di imperfezioni nella parete delle nostre arterie può causare una riduzione della quantità del sangue che vi scorre fino al suo arresto.

È chiara quindi l'importanza di mantenere le nostre arterie quanto più possibile pulite, con le pareti lisce ed elastiche; non sempre questo accade, sia per

i naturali **processi di invecchiamento** del nostro corpo, sia per l'intervento di fattori esterni principalmente rappresentati dall'eccesso di **colesterolo** nel sangue, dall'effetto del **fumo**, dalle alterazioni degli zuccheri (**diabete**), da difetti della **coagulazione** e da **malattie** intrinseche delle arterie stesse. Fortunatamente il calibro delle nostre arterie e la loro elasticità permettono nella maggior parte dei casi al sangue di superare piccoli ostacoli, quindi iniziali alterazioni delle loro pareti non producono effetti importanti; in altri casi, purtroppo, il perdurare dell'azione dei fattori esterni citati prima può portare ad un **progressivo restringimento dell'arteria**, e ad una riduzione del flusso di sangue con conseguente **sofferenza degli organi** che da quella arteria devono ricevere il sangue ossigenato.

Quando questo processo di graduale restringimento avviene a livello delle arterie coronarie parliamo di **cardiopatia ischemica**.

Esistono vari gradi cardiopatia ischemica:

- **Cardiopatia ischemica silente:** l'ostacolo al flusso del sangue è molto lieve e tale da non causare alcun tipo di sintomo.
- **Cardiopatia anginosa:** il flusso di sangue in condizioni basali, cioè per una richiesta “normale” di ossigeno da parte delle cellule del cuore, è sufficiente, ma in caso di una richiesta di maggiore impegno (per uno sforzo fisico, freddo intenso, digestione, forte emozione, aumento della pres-

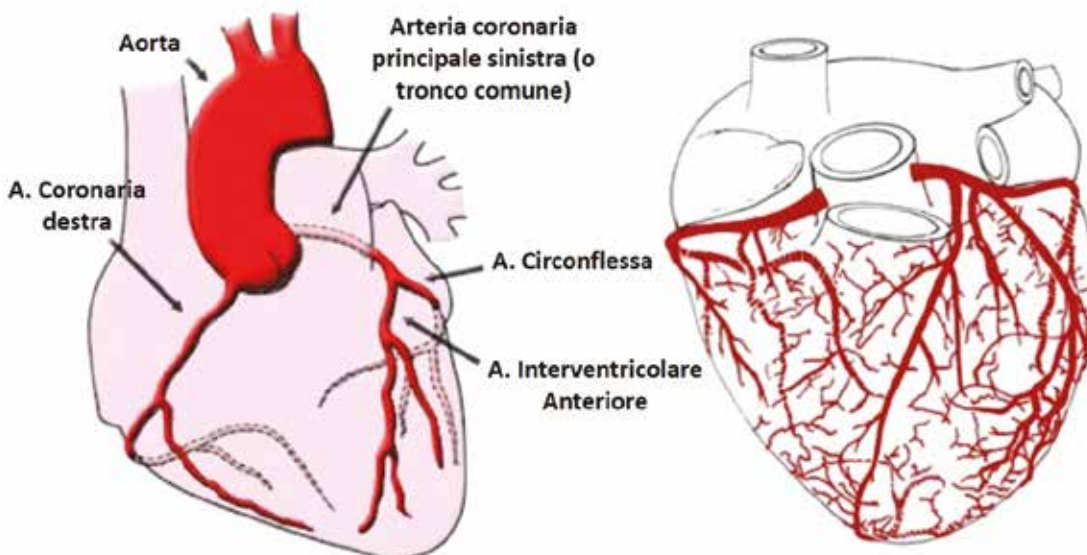


Immagine 1

sione del sangue) diventa insufficiente; il sintomo fondamentale in questo stadio è il dolore anginoso, la così detta "angina pectoris". Si tratta di un dolore solitamente (ma non esclusivamente) riferito al petto, di intensità variabile, durata di alcuni minuti, che scompare col riposo. (immagine 2)

- **Sindrome coronarica:** il flusso di sangue attraverso la coronaria malata viene a ridursi severamente in modo improvviso, al punto che anche in condizioni basali la parte di cuore servita dal vaso entra in sofferenza; se si interviene tempestivamente ripristinando il flusso di sangue tale sofferenza è reversibile, se non si interviene si giunge ad uno stadio nel quale le cellule del cuore che non ricevono sangue ossigenato muoiono e si arriva alla fase successiva.

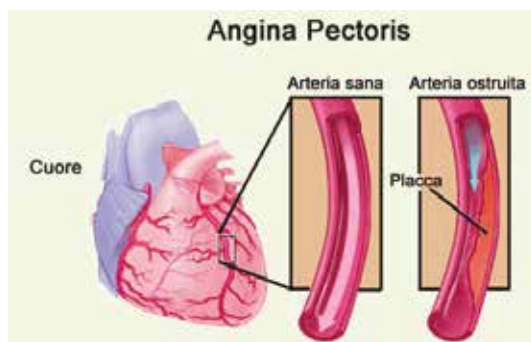


Immagine 2

- **Infarto:** una parte del cuore, quella irrorata dalla coronaria malata, va in necrosi; la gravità del danno dipende da quale coronaria si è occlusa e a che livello e, conseguentemente, dalla localizzazione e dalla estensione della necrosi. (immagine 3)

Qualcuno potrà chiedersi: ma se il passaggio da una fase all'altra è graduale, perché in alcuni casi la cardiopatia ischemica si manifesta **drammaticamente** con la sindrome coronarica o addirittura con l'infarto senza il passaggio dalla cardiopatia ischemica silente o da quella anginosa? La risposta è semplice: una persona che non ha sintomi o che ne ha di lievi (alcune volte il dolore anginoso viene sottovalutato e spesso non si manifesta col classico dolore riferito al torace) non è **motivata ad andare dal cardiologo** e non è a conoscenza della malattia sottostante; in questi casi è possibile che una lesione coronarica non nota e quindi non curata vada incontro ad una **improvvisa rottura** con conseguente rapido aggravamento dell'ostacolo al flusso di sangue.

Da quanto detto si capisce l'importanza, se si vuole limitare il rischio di andare incontro ad una cardiopatia ischemica, di prevenirne l'insorgenza o controllarne l'evoluzione rispettando **alcune regole:**

- Adottare uno **stile di vita sano** (attività fisica adeguata in rapporto all'età e al proprio livello di allenamento (immagine 4), **alimentazione** povera in grassi animali e ricca di anti-ossidanti (immagine 5), mantenimento di un **peso corporeo**

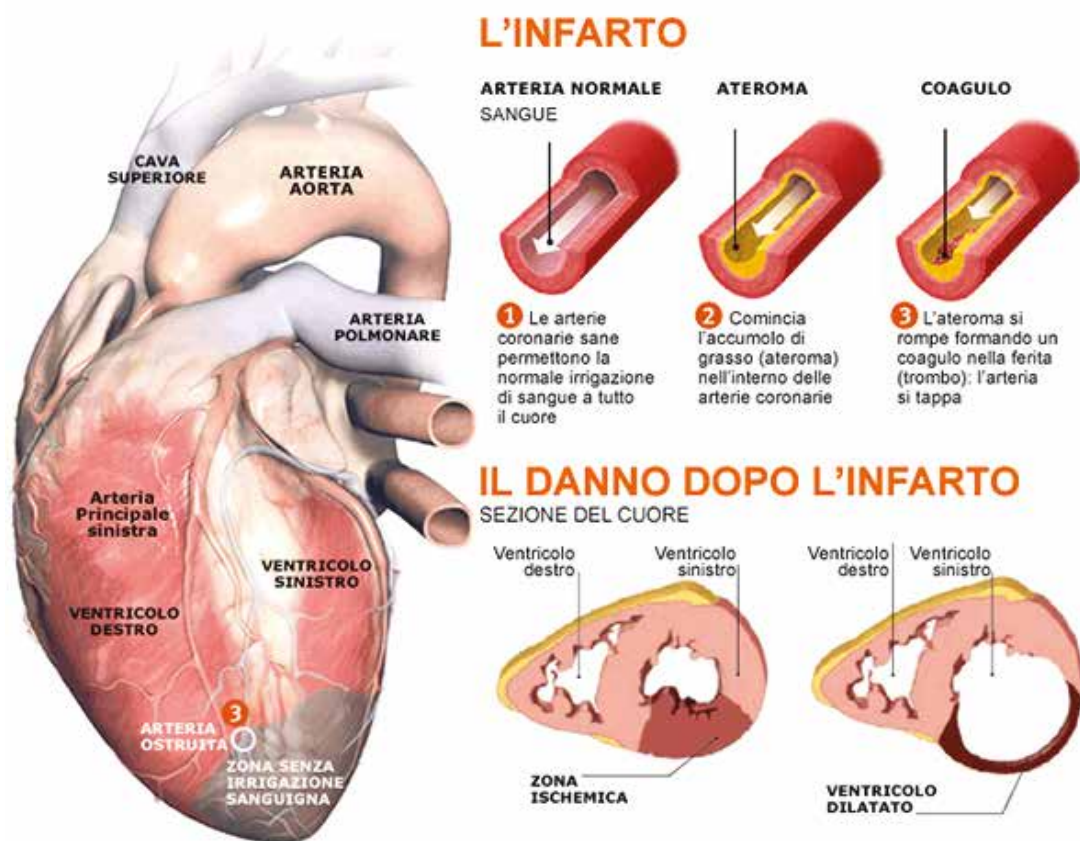


Immagine 3

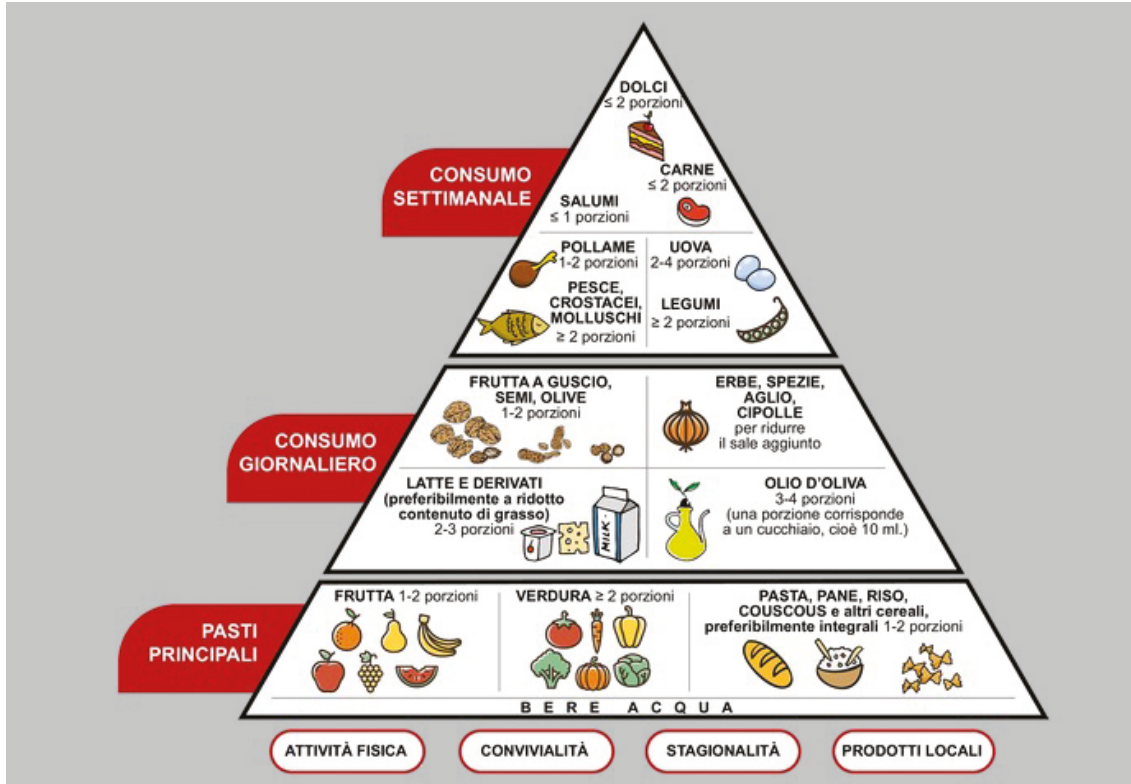


Immagine 4

adeguato, evitare il **fumo** di sigaretta o l'eccesso di **alcol**).

- Contrastare le **malattie** predisponenti (curando l'**ipertensione**, il **diabete**, l'**ipercolesterolemia**, le malattie della coagulazione)
- Sottoporsi **controlli cardiologici** (prima di intraprendere programmi di attività sportiva, in caso

di sintomi sospetti, periodicamente anche in assenza di sintomi e con regolarità dopo i 50 anni negli uomini e dopo la menopausa nelle donne) e **rispettare le prescrizioni** terapeutiche e gli esami consigliati.

Seguendo queste indicazioni si minimizzeranno i rischi legati alla cardiopatia ischemica.



Immagine 5



# Variazioni del tono posturale indotte dal trattamento osteopatico. Valutazione strumentale con baropodometria



**Dott. Luca Morgera**

Podologo, Posturologo, Osteopata

USI Doc Prati - Via V. Orsini, 27/a

U.S.I. Policlinico - Viale R. Margherita, 279

U.S.I. Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 17/b

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



La scelta di coniugare alla valutazione posturale un sommario di tecniche osteopatiche rientra nella concezione del sistema-uomo inserito nella sua globalità. Il principio stesso della manipolazione in ambito osteopatico si basa sull'interrelazione tra funzione struttura, concetto che trova una grande applicazione nella concezione posturale/bio-meccanica a cui abbiamo scelto di dare un taglio il più misurabile e concreto possibile. L'ambizione più grande non è tentare di oggettivizzare un trattamento osteopatico né quello di creare protocolli da seguire pedissequamente nel momento in cui l'osteopata dovesse trovarsi davanti ad alcuni elementi semeiotici riconoscibili; si parla piuttosto dell'esigenza di distinguere realmente quella che è una tecnica osteopatica da un semplice contatto con la struttura. È opinione di chi scrive che l'interazione con un tessuto (o un'intera struttura), senza il significato più intimo, ragionato e lineare con lo scopo della manipolazione è solamente una sofisticazione dell'osteopatia.

Il riadattamento, l'incarico principale che è alla base della capacità del paziente di tendere al miglior stato di salute possibile, può probabilmente essere quantificato e una delle chiavi di lettura è una valutazione di carattere posturale. In questo elaborato è stato scelto di sostenere questo pensiero grazie ad uno strumento di misurazione. Le vie per calcolare in qualche misura le variazioni indotte su un sistema sono molteplici e sarà stimolante integrare altri metodi.

Questo elaborato nasce con l'intento di oggettivizzare e misurare nel breve termine a livello quantitativo la variazione in termini statici, dinamici e stabilometrici di un pool di pazienti sottoposti ad una routine osteopatica destinata ad alcune strutture annesse a funzioni comuni come masticazione e deglutizione. Distribuendo equamente in due gruppi ad una metà dei pazienti è stato deciso di sottoporre effettivamente le cinque tecniche scelte e al restante 50% delle tecniche placebo in cui l'osteopata contatta le stesse strutture ma non applica alcun vettore specifico o mobilizzazione. Per quanto riguarda sia l'esecuzione delle tecniche sia la somministrazione delle tecniche placebo l'osteopata interagisce col paziente per un tempo standardizzato di 15 secondi non tenendo conto delle singole peculiarità e valutando parametri come resistenza, rilascio e plasticità della struttura.

La scelta della pedana baropodometrica risulta conveniente per la semplice ripetibilità dell'esame nelle tre fasi scelte (statica, dinamica, stabilometria); valutazione strumentale che viene effettuata in una fase preliminare e poi successivamente all'esecuzione delle tecniche. In termini di praticità mentre uno dei due operatori si occupa del paziente l'altro gestisce il device. Il tutto viene effettuato dividendo esattamente a metà anche i due gruppi, creando quindi lo stesso numero di pazienti trattati e non trattati anche per i due osteopati e cercare di limitare al massimo il rischio che i risultati vengano inficiati da una variabilità operatore-dipendente. Alternativamente

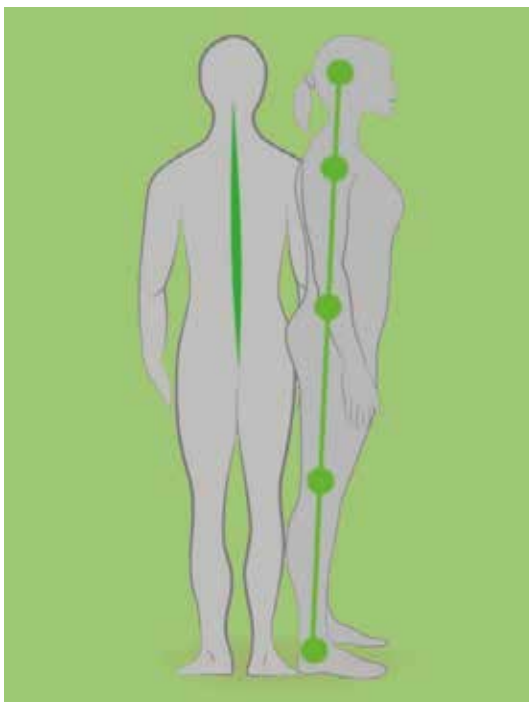


## Variazioni del tono posturale indotte dal trattamento osteopatico. Valutazione strumentale con baropodometria

i due osteopati/operatori si sono avvicinati nel trattamento di 18 pazienti a testa e nell'esecuzione di tecniche placebo su altrettanti pazienti; avendo a disposizione una popolazione di 72 pazienti. Nel primo gruppo è stato effettuato un protocollo di tecniche standardizzate e scelte sulla base di una valutazione pregressa (descritta nel prossimo paragrafo) mentre nell'altro, sono state applicate tecniche placebo. È stata valutata la presenza, o l'assenza, della variazione indotta, in seguito allo svolgimento o meno delle tecniche, senza specificare il carattere di tipo migliorativo o peggiorativo.

### CRITERI DI INCLUSIONE

La distribuzione del nostro campione ha tenuto innanzitutto conto del fattore anagrafico, la media dei pz è di circa 26 anni ( $26 \pm 1$ ). Concentrandoci soggettivamente su ognuno dei partecipanti allo studio si è posta come condizione necessaria l'assenza di qualsiasi patologia sistemica e/o comorbilità di problematiche croniche di carattere neuro-muscolare, endocrino-metabolico, immunitario. Focalizzandoci invece sulla centralità dei due recettori considerati maggiormente (podalico e buccale) sono stati esclusi tutti i pz compensati da ortesi plantari, attivatori, bite o ortodonzia. Si è ritenuto necessario considerare anche chi ha utilizzato questi dispositivi nell'arco di dodici mesi inerenti alla data delle acquisizioni (ritenendo anche quest'ultimi non adatti allo studio). Entrando nello specifico non sono state fatte acquisizioni su pazienti che presentavano problematiche in acuto di qualsiasi natura, condicio sine qua non posta all'inizio del nostro colloquio con gli stessi. Ad ognuno dei pazienti non è stata esplicitata la natura dello studio, le caratteristiche dello stesso e le modalità di raccolta dei dati con le successive considerazioni inerenti.



### TECNICHE SCELTE NEL PROTOCOLLO

Le tecniche scelte sono state adattate per rispondere alla necessità di creare un formulario uniformato per tutti i pazienti. Ci si è concentrati sul recettore stomatognatico e alcune strutture annesse, secondo un principio gerarchico di rilevanza a livello strutturale e funzionale.



Si tratta delle seguenti:

- mobilizzazioni dello ioide nei suoi punti di restrizione (adattata in 15 secondi);
- blocco su C4 con trazione linguale (adattata in 15 secondi);
- rotazione esterna dei temporali, con presa a carico delle mastoidi, associata a deglutizione e respirazione nasale diaframmatica (per cinque volte);
- rotazione esterna dei mascellari (adattata in 15 secondi);
- unwinding fasciale della mandibola (adattata in 15 secondi).

Tali tecniche sono state applicate al 50% dei pazienti soggetti allo studio, l'altro 50% ha invece subito tecniche placebo. Questa distinzione è da considerarsi come l'obiettivo della tesi: la valutazione della variazione posturale che incorre in caso o meno di stimolazioni reali o tecniche placebo.

Quest'ultime consistono in:

- ascolto della mobilità fasciale dell'osso ioide
  - Blocco di c4 e lingua verso i piedi
  - Ascolto della mobilità fasciale del mascellare
  - Ascolto della mobilità fasciale della mandibola
  - Ascolto della mobilità fasciale dell'osso zigomatico.
- Il protocollo si fonda sulla correlazione fasciale presente tra i vari distretti corporei considerati: la variazione posturale verrà indotta con un approccio cranio - glosso - cervico mandibolare e respiratorio.

Dott. Luca Morgera

### ANALISI STRUMENTALE

Questa viene effettuata prima e dopo le tecniche proposte (siano quelle protocollate o le placebo)



**Statica:** i valori standard di riferimento sono espressi in termini di variazione percentuale e di distribuzione topografica del carico. Si intende come fisiologico un valore di distribuzione pressoria tra piede destro e sinistro di 50% ( $\pm 3\%$ ). I carichi pressori sono indicati da un gradiente di colore crescente da azzurro (minimo carico) a rosso (massimo carico percepito) ponendo dei picchi coi seguenti marker:

“m” secondo punto di massimo carico assoluto

“M” punto di massimo carico assoluto

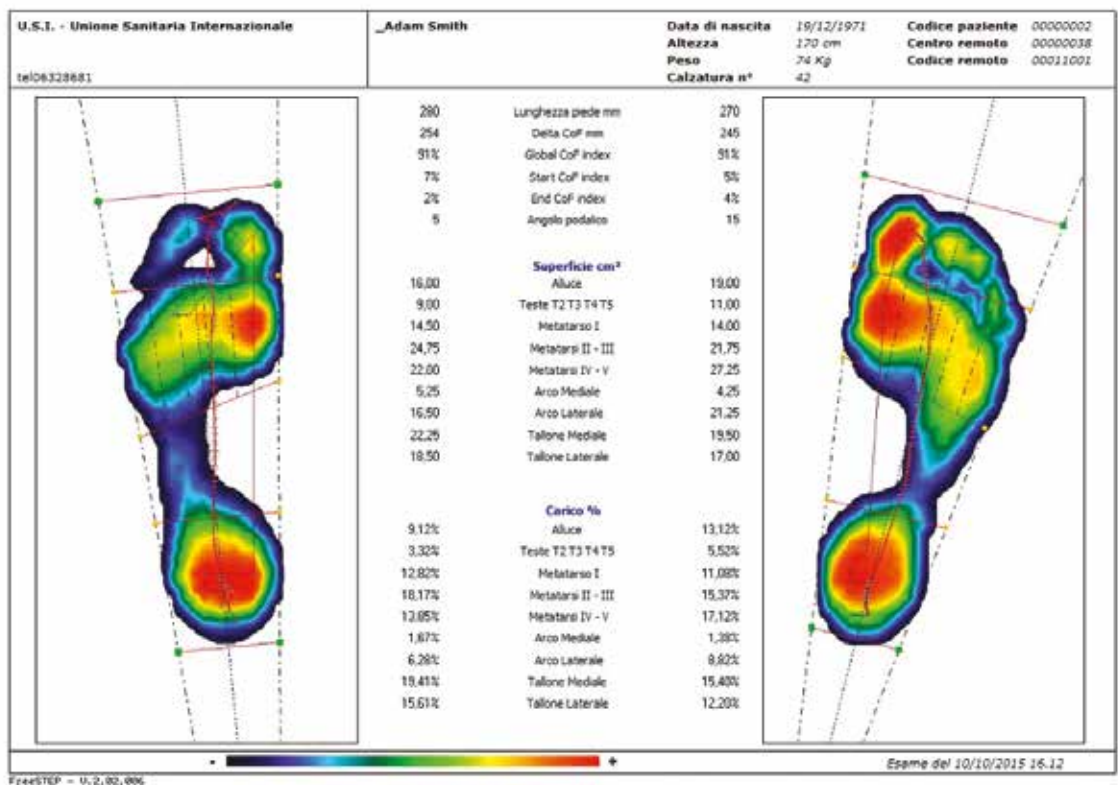
I due punti hanno una ripartizione fisiologica quando sono in corrispondenza di un appoggio taligrado.

**Dinamica:** il valore fisiologico viene affidato ad una serie di valori attinenti all'area di appoggio espressi in  $\text{cm}^2$ . A questi si aggiunge una quota fondamentale

denominata “lunghezza piedi in mm” che esprime un dato pressorio normalizzato in un dato metrico. Risulta evidente che più sarà simile questa quota più le due impronte ricalcheranno una simmetria degli appoggi, condizione idealmente associata alla fisiologia.

**Posturografica:** il cono posturale per risultare fisiologico deve essere il più attinente possibile al punto indicato come baricentro corporeo, oscillando intorno ad una curva  $>500$ .

Tutti e 36 pazienti a cui sono state proposte le cinque tecniche hanno mostrato una variazione significativa dei valori in tutte e tre le fasi dell'esame considerate, è altresì opportuno specificare che queste quote non hanno costantemente mostrato un andamento fisiologico. Per variazione significativa abbiamo inteso un delta di 3 punti in termini percentuali in statica, un valore compreso tra i 5 e i 10 mm (delta CoF) nella dinamica e una frequenza inerente ai valori standard di lunghezza del gomito compresa tra i 307-599 mm (in alcuni casi addirittura associata ad una forma diversa dell'ellisse di confidenza, espressione di massima variazione). La posturografica è l'unica con valori di riferimento attinenti ad un protocollo europeo, poiché la stabilometria clinica è l'esame con più ampia interpretazione e non esente da mistificazioni. I pazienti sottoposti a trattamento placebo non hanno mostrato variazioni nella statica e nella dinamica, c'è da registrare in alcuni una perturbazione nei dati posturografici, facendo alcune prove abbiamo teorizzato che questa minima quota sia dettata dall'aver diviso il momento delle due analisi stabilometriche (ovviamente in ortostatismo) da una fase in cui il paziente è in clinostatismo per permettere l'esecuzione delle tecniche.



## Variazioni del tono posturale indotte dal trattamento osteopatico. Valutazione strumentale con baropodometria

### COMMENTO E CONCLUSIONI

#### Statica

La distribuzione di carico medio dei pazienti presentava una differenza di circa 6 punti percentuali dall'ipotetico 50%-50%. Globalmente i pazienti sottoposti alle cinque tecniche del protocollo hanno mostrato una variazione di circa 4 punti percentuale. Un dato interessante è che il cambiamento in termini numerici non si è unicamente limitato a un delta al di sopra delle attese, ma che i valori dei pazienti trattati si sono uniformati mediamente verso un 48%-52%. Ricordiamo che l'anima della nostra ricerca era volta unicamente a testimoniare un cambiamento tangibile, non necessariamente in accezione positiva.

Graficamente è stato riportato il valore percentuale più alto alla sinistra (valore marcato in rosso).

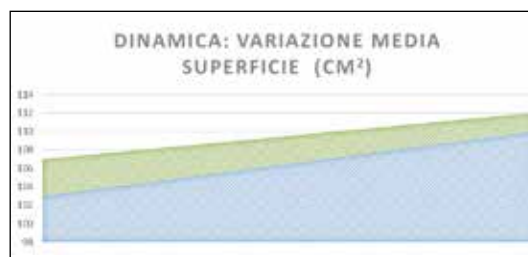
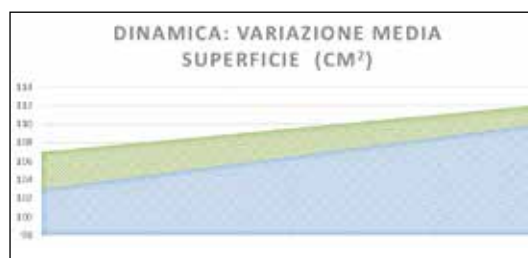
I pazienti sottoposti al trattamento placebo hanno mostrato una variazione che è stata arrotondata per eccesso a 2% per una miglior rappresentazione grafica. Hanno mostrato una variazione poco significativa, sebbene curiosamente tendente verso un valore più fisiologico. Interferenze intorno di un valore così bas-

so sono comunemente associate in pratica clinica a un'abitudine del paziente ad un esame già effettuato due volte a così breve distanza di tempo.

#### Dinamica

Analizzare la grande mole di dati estrapolati dalle acquisizioni dinamiche è stato decisamente più complesso. Abbiamo tenuto conto di una serie di parametri in più senza distogliere la nostra attenzione dal focus della nostra ricerca: dei termini di paragone per sottolineare una variazione importante. Ancora una volta i dati in nostro possesso sono stati molto eloquenti. Ci siamo essenzialmente impegnati nel ricavare l'informazione più utile in assoluto, ma al tempo stesso più ostica da interpretare agli occhi di chi non è avvezzo all'utilizzo di queste tecnologie: a parità di struttura podalica impegnata nella nostra dinamica la pressione rilevata dalla pedana baropodometrica varia poiché la superficie ottenuta non è un dato volumetrico ma una forza/superficie di applicazione. Pensando all'intento delle nostre tecniche e soppesando agli effetti in ottica di rimodulazione della forza muscolare quello che in una fase embrionale dello studio ci sembrava intuitivo assume una dimensione davvero centrale.

L'area verde tiene conto della variazione superficiale. Quest'ultima mostra un andamento lineare, concordante con quelli che possono essere stati comportamenti fisiologici (ottenendo aree molto simili tra due semipassi) e afisiologici, ossia tutte quelle situazioni in cui questo gap è aumentato in senso negativo.



#### Analisi posturografica

Si è trattato di un altro elemento che ci ha subito restituito un immediato riscontro. Confrontando la lunghezza di ogni gomito delle oscillazioni di ogni singolo paziente abbiamo valutando la variazione dello stesso in entrambi i gruppi. Per dare priorità ad una presentazione adeguata dei dati abbiamo riportato nel grafico prima i pazienti sottoposti a placebo e successivamente il gruppo a cui è stato proposto il nostro protocollo.

La stabilometria ha mediamente restituito una variazione maggiore nei pazienti trattati. Nei casi in cui questo ha dato al sistema delle perturbazioni maggiori, pur rimanendo nei limiti fisiologici stabiliti, abbiamo considerato l'importanza di aver di fatto applicato delle tecniche senza tener conto della singolarità del paziente. Rimane nel nostro interesse quantificare la variazione senza interpretare in modo critico i valori, precisazione doverosa, in questo caso è stato difficile non notare che globalmente seppur figlia di molti fattori (ad esempio il già citato orto e clinostatismo) la lunghezza del gomito delle oscillazioni corrispondeva in buona sostanza ad un'integrazione degli stimoli a cui il paziente era stato appena sottoposto. Secondo la nostra visione troviamo perfetta integrazione con alcune considerazioni effettuate in posturologia clinica da B. Weber, P. M. Gagey, passando per Schiffer.

Traendo le nostre conclusioni finali possiamo credere a ragion veduta di aver individuato un legame tra le variazioni quantificate dalla pedana baropodometrica e le cinque tecniche osteopatiche inserite nel protocollo. Risulta altresì evidente che associare lo stesso tipo di valutazione strumentale a pazienti sottoposti ad una reale visita osteopatica risulterebbe più avvincente, ma in questa fase molto dispersivo poiché ancora nessuno studio è stato condotto in maniera settoriale sulle tre fasi principali di un esame baropodometrico.

La ricerca di una variazione in questi tre momenti distinti della valutazione ci ha restituito un quadro particolareggiato ma molto incisivo. D'altro canto, il



riscontro pressoché inesistente in letteratura scientifica ha innanzitutto suscitato il primissimo quesito: è effettivamente possibile quantificare in breve termine gli effetti di una o più tecniche osteopatiche e distinguere queste dal semplice contatto manuale col paziente? Possiamo sinceramente rispondere in maniera affermativa.

La speranza è che questo sia solo il primo passo verso una curiosa ricerca in tal senso, intersecando due materie che ad oggi ci hanno appassionato e hanno rappresentato una sfida personale. Immaginando una naturale evoluzione di questo elaborato potremmo immaginare queste valutazioni in una misura estremamente modulabili sull'esigenze di ogni singolo paziente osteopatico. Siamo coscienti del fatto che per arrivare a questo risulterebbe preziosa la collaborazione e la sinergia tra diversi specialisti e l'ideale dibattito tra opinioni e considerazioni diverse.

#### BIBLIOGRAFIA

1. A. G. Chila, Fondamenti di Medicina Osteopatica (Seconda Ed.) - Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2019
2. P. Zavarella, C. Asmone, M. Zanardi, Le Asimmetrie Occluso-Posturali, Approccio Integrato Odontoiatrico ed Osteopatico - Roma, Marrapese Editore, 2004
3. N. Sergueff, L'ABC craniosacrale - Roma, Marrapese Editore, 1997
4. P. Caiazzo, Terapia Osteopatico Posturale - Reggio Emilia, Demi Editore, 2014
5. J. E. Upledger, J. D. Vredevoogd, Terapia craniosacrale. Teoria e metodo. - Como, Red Edizioni, 2013
6. R. Schiffer, Stabilometria clinica. Equilibrio e postura: misura e valutazione - Milano, Edi Ermes, 2015
7. P. M. Gagey, B. G. Weber, Posturologia. Regolazione e perturbazioni della stazione eretta - Roma, Marrapese Editore, 2000
8. R. Schiffer, Baropodometria clinica - Pavia, Medea, 2019
9. P. Ronconi, Il piede. Biomeccanica e patomeccanica in tema di antigravitarietà. - Bologna, Timeo Editore, 2003



# Ageismo: significato, conseguenze ed azioni utili per contrastarlo



Dott. Aladar Ianes

Vicepresidente Fondazione Longevitas - ETS



**“Ageismo”**, rappresenta il termine coniato nel 1969 dal gerontologo Robert Neil Butler per indicare **l’insieme dei pregiudizi, degli stereotipi e delle discriminazioni basati sull’età**.

Indica l’inquietudine, la repulsione e l’avversione da parte di persone giovani e di mezza età verso l’invecchiamento, la malattia, la disabilità, l’impotenza, l’inutilità e la morte, che di solito sono legate a persone con età avanzata.

È un fenomeno sociale complesso e diffuso, che colpisce molte persone in tutto il mondo, si basa sulla discriminazione e sul pregiudizio nei confronti delle persone in base alla loro età, principalmente nei confronti degli anziani, e rappresenta un problema sociale da comprendere per favorire la promozione dell’inclusione per tutte le fasce di età.

Il concetto di ageismo non si riferisce solo all’ultima parte della vita ma indica, in generale, l’atteggiamento sprezzante e discriminatorio di soggetti appartenenti ad una fascia d’età verso soggetti appartenenti ad un’altra fascia d’età.

**I vecchi sono considerati lenti, incapaci, inefficienti, mancanti:** come osserva il gerontologo Robert Neil Butler, “la condizione anziana viene quasi negata da una società a impronta giovanilistica con una forma di spregio mass mediatico dell’immagine anziana, ridotta a caricatura fuorviante e discriminante, o peggio a sole immagini deteriori”.

Da un lato, **i comportamenti ageisti** hanno un’origine emotiva e psicologica: l’ostilità e la ripugnanza verso la vecchiaia deriverebbero dalla paura della nostra stessa mortalità.

Dall’altro lato, rappresentano un effetto collaterale del progresso medico: il successo della medicina nel trattare le malattie le ha rese croniche, caratterizzate cioè da un declino progressivo ma lento. Ha determinato, inoltre, un incremento della multimorbilità, la coesistenza di più patologie o condizioni cliniche in un medesimo individuo.

È cresciuto quindi il numero di utenti da assistere e con esso la quantità di risorse da convogliare verso la popolazione anziana fragile o con malattie croniche, che viene a rappresentare un onere per i singoli e per il sistema.

Quali sono le cause dell’ageismo? È necessario esaminare l’ageismo nelle sue **varie forme**, analizzando le sue cause, gli effetti negativi e le possibili soluzioni per affrontarlo.

Le cause dell’ageismo sono complesse e possono derivare da diversi fattori:

**A. Stereotipi culturali:** Le società spesso promuovono stereotipi negativi sugli anziani, come la dipendenza, la fragilità o la mancanza di produttività, contribuendo così a perpetuare l’ageismo.

**B. Paura della morte e dell’invecchiamento:** L’ageismo può essere alimentato dalla paura e dall’ansia associata alla vecchiaia e alla morte, spingendo le persone a evitare o respingere gli anziani.

**C. Società incentrate sulla gioventù:** in molte società moderne, l’enfasi sulla gioventù e sulla bellezza fisica può portare alla marginalizzazione degli anziani.

## LE CONSEGUENZE DELL’AGEISMO COMPORTANO:

- La difficoltà di accettare “il peso della vecchiaia” **si sedimenta in pratiche sociali, linguistiche, lavorative e manageriali**. Si pensi alla difficoltà di venir assunti nell’età più matura della vita (oltre i 50-55 anni), **ai maltrattamenti nelle case di riposo**, a metafore di uso comune come quella del “rottamare gli anziani”, al fatto che **un over-60 su 6 subisce truffe, abusi finanziari, fisici e psicologici**. **In questo caso si può affermare che l’ageismo diventa una forma di maltrattamento.**

- L’OMS ritiene che tra le varie tipologie di discriminazione l’ageismo sia la più frequente, persistente, normalizzata e socialmente accettata.

- La recente pandemia, per esempio, ha riportato al centro gli anziani, più vulnerabili agli esiti nefasti del Covid 19. Uno studio italiano, condotto da Diversity Lab e dall’Università di Pavia, ha evidenziato che da gennaio ad aprile 2020 la copertura mediatica per le 5 aree della diversity (Generazioni, Generi, Disabilità, Etnia, LGBT+) è crollata drasticamente, eccezion fatta per gli over-60. Infatti, le informazioni si sono concentrate sul conto dei decessi e sulla questione dell’accesso alle terapie intensive, con riferimenti serrati a numeri, parametri e statistiche. Molto poco si è detto, invece, sulla condizione dei tanti ultrasessantenni isolati e dimenticati.

- L’attenzione verso gli anziani ha generato un certo risentimento nei giovani e nelle categorie sociali più trascurate negli ultimi mesi, acuitizzando il gap generazionale. Secondo una ricerca del Censis, oggi in Italia il 49,3% dei millennials (i nati tra il 1980 e il 1995) ritiene giusto dare priorità ai giovani nelle situazioni di emergenza, mentre il 35% è convinto che la quota di spesa pubblica dedicata alla terza età sia troppo ampia.

## EFFETTI NEGATIVI DELL’AGEISMO:

L’ageismo può avere un **impatto significativo** sulla vita degli anziani, sia a livello individuale che sociale. Alcuni effetti negativi includono:

- 1. Isolamento sociale:** gli anziani possono sperimentare l’isolamento e la solitudine a causa dell’ageismo, con conseguenti effetti negativi sulla loro salute mentale e fisica.
- 2. Discriminazione lavorativa:** gli anziani possono essere soggetti a discriminazione nel mercato del lavoro, con minori opportunità di impiego retribuzione inferiore rispetto ai loro colleghi più giovani.



freepik.com/foto-gratuito/primo-piano-degli-occhi-della-famiglia - Immagine di rawpixel.com

**3. Accesso limitato alle risorse:** l'ageismo può influire sull'accesso agli alloggi, ai servizi sanitari e ad altre risorse, limitando così la qualità della vita degli anziani.

L'ageismo rappresenta uno stereotipo culturale dannoso ed è un processo sistematico di discriminazione contro le persone, per la loro condizione di essere anziane: la discriminazione in ambito sanitario può essere diretta od indiretta, o potenzialmente coesistere in entrambe le forme. È diretta quando si nega un diritto a causa dell'età come, ad esempio, omettere un adeguato trattamento o la disponibilità di cure e/o servizi; è indiretta quando si manifesta la propensione a sottovalutare ed attribuire i sintomi clinici dichiarati all'inevitabile processo dell'invecchiamento piuttosto che valutarli come espressione di patologia trattabile. L'etichetta della vulnerabilità può provocare quella stessa vulnerabilità, inducendo nell'anziano sentimenti di inutilità e frustrazione deleteri per la sua salute.

Il rischio più grande di una vittima di ageismo è la consapevolezza di essere visto in un certo modo dagli altri (ageismo etero-diretto) e questo potrebbe indurre l'anziano ad adottare un'immagine negativa di sé (ageismo auto-diretto) e portarlo a condurre stili di vita passivi e sedentari aderenti a quel quadro. Potrebbe, per esempio, sviluppare un sentimento di rassegnazione per la vita, rinunciando ai comportamenti preventivi e all'aderenza terapeutica (disattenzione per le misure preventive e sarà meno motivata a seguire le indicazioni del medico).

Si calcola che sentirsi addosso tra gli 8 e i 13 anni in più rispetto alla propria età effettiva espone a un rischio maggiore di malattie e di morte (dal 18 al 25% in più rispetto a chi si sente allineato alla sua età). Esiste dunque una correlazione tra la nostra autopercezione e i determinanti di salute modificabili, cioè tutti quei fattori su cui possiamo intervenire per stare bene. Coltivare un'idea negativa di sé stessi, infatti, induce

nell'individuo atteggiamenti di isolamento, passività e sedentarietà, che a loro volta favoriscono i principali fattori di rischio per gli eventi cardiovascolari (rischio maggiore del 40% di problemi cardiaci e un rischio quasi doppio di ictus): stili di vita scorretti, ipertensione, diabete, uno sbilanciamento dell'indice di massa corporea e sintomi depressivi conseguenti all'isolamento sociale.

L'ageismo può condurre inoltre a una peggiore qualità di vita, minore possibilità di instaurare delle relazioni, minore supporto e coinvolgimento sociale, così come a un rischio aumentato di assumere stili di vita pericolosi, quali diete non equilibrate, mancata adesione ai trattamenti prescritti, fumo e alcolismo.

Col progredire dell'età i bisogni delle persone si trasformano e non è detto che questi possano essere soddisfatti in un contesto alloggiativo in grado di assicurare condizioni di vita attive e sane. Con l'avanzare degli anni aumenta il rischio che le persone sperimentino processi di graduale isolamento e di progressiva perdita dell'autonomia. Nasce così la sofferenza determinata dalla solitudine che può essere reale, ovvero anziani che vivono da soli, o percepita che è sottesa alla mancanza di relazioni significative con altre persone.

La depressione nell'anziano agli esordi è un disturbo che spesso può non essere riconosciuto. La depressione nell'anziano infatti spesso non compare con caratteristiche simili alla depressione nell'adulto. Nella depressione dell'anziano compaiono più spesso sintomi somatici (spesso disturbi gastrointestinali) con preoccupazioni ipocondriache e lamentazioni legate ad aspetti corporei.

Oppure compaiono sintomi come calo delle energie, perdita degli interessi e disturbi del sonno che spesso sono considerati "normali" processi dell'invecchiamento, quando invece nascondono una patologia depressiva.

## Ageismo: significato, conseguenze ed azioni utili per contrastarlo

La condizione di solitudine può riguardare anche gli anziani autosufficienti, che a seguito del pensionamento si ritrovano ad avere molto tempo libero che non sanno come impiegare. In questo caso si manifestano cambiamenti comportamentali e delle abitudini, esprimendo così atteggiamenti spesso difficili da gestire come il rifiuto di alimentarsi correttamente, abbandonando cibi salutari prediligendo cibi precotti e ricchi di calorie, divenendo meno aderenti alla terapia prescritta dal proprio medico, evitando visite mediche e specialistiche isolandosi ed affermando che preferiscono restare a casa per conto proprio.

Quali soluzioni possono essere adottate per contrastare l'ageismo? Possono essere azioni sia a livello individuale che collettivo. Alcune possibili soluzioni includono:

1. **Educazione e consapevolezza:** promuovere l'educazione e la sensibilizzazione sui problemi legati all'ageismo può aiutare a sfidare gli stereotipi negativi e a promuovere una visione più equilibrata dell'invecchiamento. Dobbiamo sradicare ogni visione stereotipata della persona più matura come peso economico, soggetto lento, inefficiente e quindi inutile. Tale percezione è tipica delle società contemporanee in cui si attribuisce più valore all'avere e al produrre che non all'essere se stessi, ragione per cui l'età più avanzata viene disprezzata in quanto improduttiva. Dobbiamo rimettere al centro l'essere."
2. **Leggi e politiche protettive:** l'introduzione di leggi e politiche che vietano la discriminazione basata sull'età può offrire una soluzione per contrastare l'ageismo e promuovere l'inclusione Sociale.
3. **Cultura dei Valori a favore degli Anziani da trasmettere ai Giovani basata sul rispetto di tutte le fasce d'età, il rispetto dei diritti dell'Anziano e riconoscere la partecipazione ad una vita attiva, ovvero promuovere «l'inclusione sociale» della Persona Anziana».**

Ad agosto 2020 l'Assemblea Mondiale della Sanità (World Health Assembly) dell'Oms ha lanciato il Decennio dell'invecchiamento in salute 2020-2030 (Decade of Healthy Ageing 2020-2030) all'interno del quale ci si propone di migliorare la vita delle persone anziane mettendo in campo politiche coordinate in quattro direzioni: cambiare il modo in cui pensiamo all'invecchiamento; sviluppare comunità in modi che promuovano le capacità di autonomia delle persone anziane; fornire assistenza integrata centrata sulla persona e servizi sanitari primari che rispondano alle loro esigenze; e fornire agli anziani che ne hanno bisogno l'accesso a un'assistenza di qualità a lungo termine.

Anche nell'arco dell'anno 2022- 2023 il Patto per la Non Autosufficienza si è adoperato ad elencare gli obiettivi del Piano Nazione di ripresa e resilienza (PNRR) a favore delle persone non autosufficienti contenuti nel ddl 506 approvato dalla Camera dei Deputati nel marzo 2023. Andranno certamente approvati nel corso dei prossimi mesi del corrente anno i cosiddetti decreti attuativi.

Tutto ciò per adottare urgentemente una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le

famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficienti.

L'articolo 3 del DDL 506 prevede ulteriori principi e criteri direttivi a cui il Governo deve attenersi nell'adottare, entro il 31 gennaio 2024, con interventi finalizzati all'invecchiamento attivo e la prevenzione dell'autonomia delle persone anziane. Tali provvedimenti saranno sostenuti da apposite campagne informative, promuovendo programmi e percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento. È prevista, altresì, la promozione di azioni finalizzate a facilitare l'autonomia di vita degli anziani nei contesti urbani ed extraurbani, non solo con la rimozione di ostacoli che ne impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro, inoltre con la previsione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior co-housing) e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni svantaggiate (co-housing intergenerazionale), nonché di interventi finalizzati alla loro alfabetizzazione informatica. È inoltre prevista la promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento, nonché l'individuazione, la promozione e l'attuazione di percorsi per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva, al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita.

In risposta al ddl 506 convertito in legge nel marzo 2023 Over Senior Residence ha sviluppato, sin dal periodo pre-pandemico Sars-Cov-2, una progettualità di assistenza all'anziano attivo e per l'anziano con moderata deflessione delle funzioni di autonomia la possibilità di inserimento in Comunità Assistite, Appartamenti Protetti, Comunità Alloggio, bene normate da alcune Regioni, al fine di dare ampi e globale risposta a tutte le necessità.

### BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, 2015, World report on Ageing And Health
2. Matteo Cesari, Marco Proietti, COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic, 2020
3. David Oliver: What the pandemic measures reveal about ageism BMJ 2020;369:m1545
4. Marques, S.; Mariano, J.; Mendonça, J.; De Taver-nier, W.; Hess, M.; Naegel, L.; Peixeiro, F.; Martins, D. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 2560
5. Becca R Levy, PhD, Martin D Slade, MPH, E-Shien Chang, MA, Sneha Kanno, MPH, Shi-Yi Wang, MD, PhD, Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions, The Gerontologist, Volume 60, Issue 1, February 2020, Pages 174–181
6. La silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19, rapporto Censis, 24 giugno 2020
7. [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b-4b75ebc\\_3](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b-4b75ebc_3)

# Nuovi traguardi per l'ecografia in Medicina Estetica



## 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

Il sistema ecografico è in uso in medicina generale da almeno 30 anni.

Ultimamente con l'introduzione delle sonde ad altissima frequenza di 20 MHz è possibile avere ottimi risultati nella localizzazione delle strutture anatomiche del viso e del corpo, della cute, sottocute, arterie, vene, nervi e muscoli in modo molto dettagliato.

L'ecografia in Medicina Estetica è ormai diventata una validissima tecnica di routine nella diagnostica, nella terapia e nella terapia delle complicanze e la possibilità di eseguire infiltrazioni e terapie ecoguidate fa parte della normalità.

Dal punto di vista anatomico il medico estetico si confronta con strutture che hanno una percentuale di normalità del 50%. Altro 30% è, invece, rappresentato da varianti anatomiche mentre il restante 20% delle strutture possono presentare una morfologia, struttura e tragitti diversi che devono essere accertati e diagnosticati. Risulta, quindi, la necessità di visitare il paziente in modo completo eseguendo anche un'ecografia quasi di routine per avere certezze.

### PER LA DIAGNOSI

L'ecografia in Medicina Estetica permette:

- di diagnosticare l'invecchiamento cutaneo misurando lo strato dermo-epidermico;
- di stadializzare, misurare e, quindi, descrivere il tipo di cellulite;
- di misurare lo strato di adiposità;
- di effettuare la diagnosi differenziale di diverse patologie della pelle;
- di riconoscere e misurare tutte le forme di cicatrici;
- di conoscere ed analizzare tutte le strutture vascolari potendo eseguire lo studio Doppler, Ecocolor Doppler, Power Doppler ed Elastografia;
- di eseguire una diagnosi differenziale tra i vari tipi di Filler;
- di diagnosticare tutte le forme cistiche e fibrotiche del viso e del corpo;
- di riconoscere il tipo e la disposizione dei vasi sanguigni, nervi, muscoli e gangli linfatici;
- di valutare la necessità di un intervento di chirurgia plastica.

### PER LA TERAPIA

Quanto alla terapia, invece, l'ecografia consente:

- di controllare e misurare il miglioramento del paziente dal punto di vista del ringiovanimento cutaneo;
- di monitorare il miglioramento della cellulite in seguito al trattamento effettuato;
- di quantificare il miglioramento dell'adiposità localizzata dopo il trattamento;

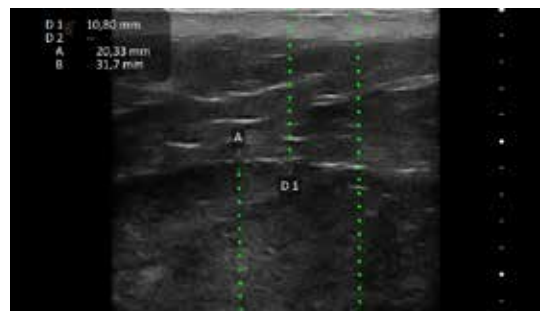
- di eseguire le infiltrazioni ecoguidate di Filler, Botox, Biorevitalizzazione, Fili di sostegno, trazione e ialuronidase con una precisione assoluta;
- di quantificare il miglioramento del paziente in seguito al trattamento di Criolipolisi, Hifu, Onda Coolwaves, Cavitazione, Radiofrequenza, Laser, etc.;
- di valutare il miglioramento del paziente dopo un intervento di chirurgia plastica.

### PER LE COMPLICANZE

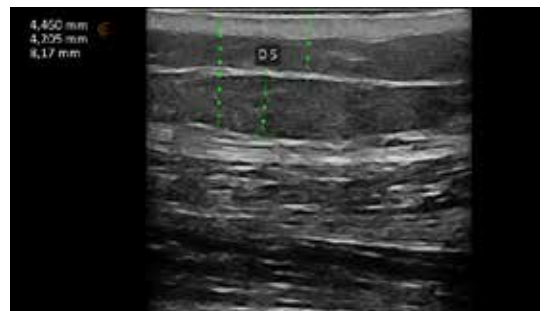
In caso di eventuali complicanze, infine, l'ecografia permette:

- di diagnosticare e trattare le complicanze vascolari da Filler;
- di diagnosticare e trattare le complicanze acute e croniche da Filler come infiammazioni, edema, granulomi ed ascessi;
- di diagnosticare e trattare le complicanze post di qualsiasi procedura come Criolipolisi, Cavitazione, Radiofrequenza, Onda Coolwaves, Hifu, Laser, etc.;
- di trattare la grande maggioranza delle complicanze in chirurgia plastica.

Ancora una volta U.S.I. - Unione Sanitaria Internazionale - si dimostra come sempre all'avanguardia nella diagnostica e nella scelta dei trattamenti più sicuri, rapidi, efficaci, duraturi ed innovativi per il benessere dei suoi pazienti.



Ecografia PRIMA del trattamento per cellulite e adiposità localizzata



Ecografia DOPO trattamento per cellulite e adiposità localizzata



# Del gettar pietre contro le finestre rotte e del senso civico e di comunità che salverà Roma

Renato Sartini

Giornalista scientifico  
Direttore Scienza Social

**E**ra il millenovecentottanta quando per Lucio Dalla Si muove la città. Con le piazze e i giardini e la gente nei bar. Galleggia e se ne va. Anche senza corrente camminerà. Ma a quasi trentacinque anni di distanza da allora, da quella suggestiva e artistica visione di un veliero urbano dotato di vita, a Roma di sere dei miracoli, in cui *Le sue vele sulle case sono mille lenzuola*, si ha voglia di immaginarne sempre di meno. Perché la magia della Città Eterna non basta più a nascondere la realtà di un territorio che da circa due decenni è in evidente difficoltà. Anni durante i quali la comunità è stata risucchiata in un circolo vizioso che ha portato a tutti i livelli i cittadini "a mordersi la coda", girando su sé stessi in ciò che è una evidente e sempre più drammatica mancanza di attaccamento al bene comune. In cui il noi sociale di un tempo è stato in parte sostituito da un io egoista, disincantato e meno sognatore.

Ma quali sono le cause di questo distacco da una città che per la sua bellezza e storia dovrebbe essere vista e trattata in ogni angolo come un giardino esteso della casa di ogni romano? Quali le possibili soluzioni per rimarginare ferite sempre più profonde? Tra le cause vi è certamente una gestione della pubblica amministrazione che negli ultimi vent'anni almeno non è stata efficace nel trovare delle soluzioni. Tanto che oggi è facilissimo constatare il drammatico decadimento di quello è uno dei valori portanti della società: il senso civico. Che, per carità, anche storicamente ha avuto i suoi alti e bassi. Basti pensare alla splendida Fontana della Terrina, al Rione Parione, in piazza della Chiesa Nuova, che quando si trovava ancora a Campo de' Fiori, lì dove venne poi collocata la statua di Giordano Bruno, i romani, nonostante gli editti di divieto, le sanzioni e addirittura le punizioni corporali, utilizzavano come una gigantesca pattumiera. E la storia finì soltanto quando nel 1622 si decise di posare sulla vasca un coperchio di travertino con pomello che fece assumere alla fontana la forma di una gigantesca "zuppiera", appunto una terrina. Oggi siamo di certo in uno dei "bassi" peggiori di senso civico tanto che ci ritroviamo a vivere in una città in cui, nonostante il superamento delle tantissime difficoltà dovute, per esempio, anche alla non disponibilità di impianti per lo smaltimento dei rifiuti, si vedono ancora buste della spazzatura e ingombranti buttati a terra. Ma anche il moltiplicarsi di discariche abusive come quelle che si accumulano ai bordi di una riserva naturale importante come quella di Monte Mario. Dove, da poche settimane, ne è stata rimossa una in Via Gomenizza i cui rifiuti hanno riempito due cassonetti di un automezzo di medie dimensioni. A parte il tema del decoro pubblico, che dire dell'abitudine di alcuni cittadini che nel solo territorio di Prati parcheggiano sulle strisce pedonali, sui marciapiedi, in mezzo alle rotonde, in doppia, tripla e a volte quarta fila (vedi Piazza Mazzini...) senza preoccuparsi del pericolo che creano nei confronti degli altri veicoli o dei pedoni? Come già

scritto, è un cane che si morde la coda. Soprattutto lì dove la Pubblica Amministrazione non riesce a far rispettare le regole. A volte anche per non voler creare uno "stato di polizia". Resta che quello del degrado territoriale, sociale e quindi del senso civico, sono problemi prioritari da dover affrontare, anche se di non facile risoluzione in quelle che sono grandi metropoli. Un problema conosciuto nella letteratura scientifica come "Teoria delle Finestre Rotte".

Questa teoria "criminologica" sulla spirale di degrado urbano e sociale che può innescarsi in una città venne introdotta nel 1982 con un articolo di scienze sociali dagli autori della ricerca James Q. Wilson e George L. Kelling<sup>1</sup>. In estrema sintesi lo studio dice: immaginiamo di imbatterci in un edificio con una o più finestre rotte. Se per troppo tempo non vengono sostituite prima o poi si potrebbero osservare anche altre tipologie di episodi di vandalismo. In qualche maniera l'ambiente sempre più degradato invierebbe una sorta di "segnale" diffondendo l'idea che la struttura sia abbandonata a sé stessa senza custodia e controllo. Fatto che attrarrebbe vandali che così sarebbero "invitati" a compiere atti di violenza a danno della proprietà. E nell'esperienza giornaliera di Roma chi di noi non ha mai visto scarabocchiare con scritte e graffiti lì dove già qualcuno aveva imbrattato? O gettare spazzatura lì dove già l'hanno scaricata a bordo strada dando vita a una micro discarica? O lasciare a terra, vicino ai cassonetti, buste o cartoni vicino ad altre buste o cartoni accumulatisi con contenitori ancora vuoti? E auto in doppia fila che invitano a metterci anche la tua, o parimenti sulle strisce pedonali e marciapiedi? Oppure il caos dei parcheggi a Prati dove, durante le partite allo Stadio Olimpico, ciclabili, strisce, doppie file e marciapiedi perdono di ogni significato... E le bici rubate accatastate e quelle oramai arrugginite attaccate ai pali o para pedonali? In uno degli esperimenti condotti dai ricercatori è stato osservato che, in presenza di un cartello "Divieto di legare le biciclette" in un determinato punto da loro posizionato, le persone erano maggiormente portate a ignorarlo se notavano che altre biciclette erano state già legate e non portate via dalle forze dell'ordine. In pratica: lì dove c'è un "indizio di disordine" si innescherebbe un meccanismo crescente di degrado che attira degrado, ambientale e sociale, quindi cattivi comportamenti. E di conseguenza il degrado del valore di senso civico. Ma allora come si dovrebbe rispondere alla seconda domanda "Quali le possibili soluzioni per rimarginare ferite sempre più profonde"? Ce lo dice la Teoria stessa che ci "avverte" sul fatto che l'incuria urbana innescherebbe una serie di azioni antisociali che potrebbero

<sup>1</sup> George L. Kelling e James Q. Wilson, "Broken Windows: the police and neighborhood safety", in *Atlantic Monthly*, 1° marzo 1982, pp. 29-38.

## Renato Sartini

raggiungere comportamenti estremi: da una carta gettata a terra, un po' come il battito d'ali di una farfalla che genererebbe uragani da un'altra parte del mondo, si arriverebbe nel tempo a registrare crimini più seri, tra cui furti, scippi e rapine. La soluzione possibile? Senza entrare nel merito del rafforzamento del "sistema punitivo dei reati minori", che è un tema a scala superiore rispetto a un Comune o Municipio, ciò che viene suggerito dai ricercatori (dal 1982...), che risulta già di per sé intuitivo a chiunque, è che basterebbe, per esempio, partire dalla cura del suolo e dalla rimozione dei graffiti. Perché un ambiente ordinato e pulito, testimonianza di area controllata e tenuta in condizioni decorose, manda a tutti una sorta di avviso implicito di "Area monitorata e attenzionata" che inibirebbe comportamenti maleducati ma anche criminali. Va da sé che, qualora qualcuno decidesse di non rispettare le regole e di contro la Pubblica Amministrazione non assicurasse sanzioni (punizioni) sarebbe più probabile che, a ruota, altri seguirebbero i cattivi esempi e comportamenti. Ma la buona notizia (del 1982...) è: secondo i ricercatori anche i semplici cittadini possono avere un ruolo fondamentale nel contrastare i fenomeni di degrado ambientale-urbanistico e sociale: le comunità che si organizzano attraverso il volontariato per mantenere la pulizia degli spazi comuni sono in grado di generare sistemi di controllo informali del territorio che possono disincentivare i comportamenti antisociali.

Ecco che le organizzazioni di volontariato diventano il perno per il rilancio della città. Realtà come, per esempio, Retake per la pulizia, anche dei muri imbrattati per la tutela del decoro urbano, Amici di Via Plava per la rigenerazione ambientale, sociale e urbana in chiave anche di citizen science, Binario 95 per l'accoglienza dei senza fissa dimora e donne vittime di violenza, e migliaia di altre iniziative non-profit sono per Roma una vera speranza di rinascita. Ma a questi fondamentali corpi intermedi dello Stato vanno a sommarsi in una rete collettiva anche quelle società profit che aderiscono sostenendo i progetti dei volontari o addirittura portano avanti in proprio iniziative virtuose a favore della società. In questo senso l'Unione Sanitaria Internazionale ha sposato molte cause a favore della cittadinanza, tra cui importanti progetti di Amici di Via Plava, di cui sono uno dei fondatori. Il primo è stata la donazione di quello che oggi è una delle attrazioni più belle del "Giardino Pietro Lombardi" in Via Sabotino: la camminata tibetana Adventure della Legnolandia. Grazie alla quale è stato possibile accelerare la riqualificazione del parco senza dover aspettare i tempi biblici della Pubblica Amministrazione; ha poi aderito a "Ripartiamo insieme!" iniziativa economica pensata da Amici al fine di mitigare la crisi economica territoriale dovuta alla pandemia da COVID-19: per chi donava a favore della rigenerazione del parco USI applicava una scontistica su alcune prestazioni sanitarie. In questi giorni USI sta lavorando alla adozione di una area verde di Prati da mantenere ma, prima di questa iniziativa, che con le altre dimostra la volontà di essere parte di una rete per il bene di Roma, la USI, e ringrazio per questo i proprietari Dott. Marco Sperone e sua moglie Dott.ssa Francesca Barbati, ha aderito come main sponsor alla seconda edizione dello *Scienza Social - Festival delle Scienze di Prati Della Vittoria*. E lo ha fatto, nello spirito sociale del festival,



impegnandosi a donare un defibrillatore con teca da esterni del valore di più di mille euro che la Presidente di Amici di Via Plava, Avvocato Eleonora Piraino, e il Municipio Roma I Centro decideranno se collocare nel parco di Via Sabotino o in altro punto a esso limitrofo ma funzionale a salvare più vite. Il dono è stato poi consegnato da "Babbo Natale" nel corso dell'evento natalizio tenutosi il 16 dicembre scorso. Lo *Scienza Social* si è tenuto, invece, dal 6 all'8 ottobre 2023, sotto la mia direzione in collaborazione con SIGEA-Società Italiana di Geologia Ambientale, Liceo Statale Terenzio Mamiani, Energy Park di Via Gomenizza, Istituto Jane Goodall Italia, Associazione Culturale Junior Club 2020 e con il sostegno oltre che della USI anche dell'Osservatorio Astronomico di Monte Mario INAF-Istituto Nazionale di Astrofisica, G.E.A. Trattamenti Endoterapici Srl, la società di comunicazione Red Horn e Depositi Vittoria. Nel loro insieme, associazioni di volontariato e società come la USI generose verso la riqualificazione del territorio rappresentano proprio quella rete di comunità estesa cui lo studio sulle finestre rotte fa riferimento, in grado di poter dare impulso e sostegno per un futuro virtuoso a città in difficoltà come Roma. Perché ciò che può cambiare il mondo è il noi. Col solo io egoista e divisivo Roma non potrai mai vederla e viverla come il giardino di casa tua.



# La ricerca del benessere attraverso lo yoga, disciplina antica 5000 anni

Vito Manduca

Editore, Saggista, Scrittore \*



Di Vito Manduca a colloquio con Giovanna Mattino, insegnante di yoga e scrittrice.

**“...è un percorso di vita, un vero e proprio cammino personale, di scoperta e di conoscenza di sé stessi attraverso il ritmo del respiro...”**

In ogni tempo la ricerca del benessere fa parte dell’impegno principale delle attività umane. Una volta assolti i bisogni primari del nutrirsi, del proteggersi dotandosi di “rifugi” al passo con i tempi (dalle caverne alle case in cemento armato), ogni attenzione dell’individuo si rivolge alla ricerca dell’equilibrio di corpo e mente, status indispensabile per individuare momenti di felicità. Corpo e mente si influenzano a vicenda. Quando non si ha la fortuna di avere l’unisono tra le due dimensioni risulterà salvifico l’aiuto di discipline in grado di conciliare le divergenze.

Se volessimo cedere ai luoghi comuni, potremmo affermare che mai come oggi vi è bisogno di allenamento quotidiano a tale ricerca e sostenere che la “cura” del fisico e dello spirito faccia proliferare più del passato tecniche innovative e terapie tali da costituire veri e propri business per imprenditori creativi.

In realtà in ogni epoca sondabile si possono rinvenire tracce di attività umane non riferite solo alla soddisfazione dei bisogni primari. Cinque sole parole trasmesse dalla storia, *Mens sana in corpore sano*, possono sintetizzare efficacemente tale consapevolezza consolidata nei secoli.

«Una frase dal significato profondo, antica come chi la scrisse nel I secolo d.C. ma sempre attuale. *Mens sana in corpore sano* tradotta dal latino significa *mente sana in un corpo sano*. Questa frase è entrata a far parte del linguaggio comune ma affonda le sue radici nel passato e più precisamente nelle Satire del poeta romano Decimo Giunio Giovenale che scriveva: “Orandum est ut sit mens sana in corpore sano” ovvero “Preghiamo gli dèi affinché possiamo avere una mente sana in un corpo sano”. Questa espressione racchiude in sé una verità assoluta: per avere una mente sana è necessario avere un corpo sano. Ai giorni nostri questa affermazione è senz’altro vera, com’è altrettanto vero anche il contrario, ossia un corpo sano influisce positivamente anche sullo spirito e la mente.»

<https://www.dorelan.it/blogs/magazine/mens-sana-in-corpore-sano>.

A parere di molti, una delle discipline antiche di cinquemila anni, lo Yoga, non vi è dubbio che possa risultare efficace ad armonizzare le due dimensioni, anche se, come avverte un esperto indiscusso Antonio Nuzzo, nella prefazione del libro *Racconti di Yoga e di amore*, EDDA Edizioni <https://www.eddaedizioni.it/> di Giovanna Mattino, tale disciplina deve essere accompagnata

da altre azioni per poter garantire effetti duraturi sui praticanti:

*La domanda che nasce spontanea è se vi sia la possibilità di individuare una modalità che potesse in qualche modo non tradire così radicalmente lo spirito e l’intento che alimentava lo yogin della tradizione da quello attuale. La risposta è sicuramente sì, ma non dovremmo più considerare che le pratiche possano essere l’unico strumento capace di avviare la trasformazione. Le pratiche vanno considerate un supporto utile, ma assolutamente insufficiente se non venissero alimentate da un’attenzione assolutamente prioritaria ai processi mentali che affollano la nostra mente e che dovranno essere indotte in altre direzioni.*

*Corpo e mente sono due opposti e vanno esercitati simultaneamente per raggiungere quell’equilibrio che possa sfociare verso uno stato di permanente tranquillità da riuscire a traghettarlo anche nella vita quotidiana. Questo è l’inizio di una trasformazione che potrà lentamente instaurarsi e avviare un radicale cambiamento. La vera difficoltà però è che la stragrande maggioranza delle persone non vuole cambiare perché troppo affezionati al loro modo di essere e di interpretare la vita.*

## L’INTERVISTA

**Giovanna Mattino**, insegnante di yoga e scrittrice. Dalla provincia di Salerno, dove è nata, si è trasferita a Roma, dove vive da oltre 20 anni. Dopo una carriera nel mondo del lavoro dipendente, abbraccia lo yoga per divenirne professionista. Ama la scrittura e ha pubblicato due libri per i tipi di EDDA Edizioni: *Racconti di Yoga e di amore* (2018) e *Buona Pasqua Signor Ungaretti* (2021).



Giovanna Mattino



## Vito Manduca

### 1) Giovanna, racconti ai lettori e alle lettrici de "Il Caduceo" il suo percorso di scrittura.

Ho cominciato a scrivere da adolescente e non ho più smesso: racconti, poesie, anche un romanzo di fantascienza, che a rileggerlo oggi mi fa una grande tenerezza. Quando lo yoga è entrato nella mia vita, correva l'anno 2009 ed è stato naturale per me unire le mie due passioni, lo yoga e la scrittura.

### 2) Perché ha cominciato a praticare lo yoga?

Per necessità. Lavoravo in azienda ed ero molto stressata. Lo yoga era la mia valvola di sfogo, mi serviva per respirare. Poi, quando ho perso il lavoro nel 2015, ho deciso di formarmi per farne una professione.

### 3) Perché praticare lo yoga?

Per me è un percorso di vita, un vero e proprio cammino personale, di scoperta e di conoscenza di sé stessi attraverso il ritmo del respiro, i movimenti del corpo e i meccanismi della mente.

### 4) Nel suo primo libro *Racconti di yoga e di amore*, uscito nel 2018, lei parlava di yoga con tono lieve e affabulatorio, in tre racconti. Ce lo descrive?

Su una panchina di Villa Ada a Roma, baciata dal primo acerbo sole del giorno, nella primavera del 2017, mi svegliava ogni mattina all'alba il pensiero e l'urgenza di scrivere. Era l'ora della coscienza, le prime ore del nuovo giorno, quelle in cui la mente è ancora inerte e lo spirito libero di vagare. Da quelle ore, in quelle mattine, è nato questo libro di racconti, forse perché a un certo punto della vita, o semplicemente in un giorno qualsiasi, può capitare che tu ti chieda dell'essere e dell'avere; e sull'avere può capitare che tu ti interroghi su quello che hai nel tuo cassetto mentale o nel tuo garage. E soprattutto su quello che non hai. Una camicia bianca, simbolo di splendore e lucentezza. Delle parole che ti sfuggono e che forse fai bene a non pronunciare. L'idea della salvezza. E chissà quanto altro ancora...



### 5) Nel secondo libro, *Buona Pasqua, Signor Ungaretti*, EDDA Edizioni, uscito nel 2020, passa alla forma del diario a più voci.

Il sottotitolo del libro è *Giorni di quarantena e di yoga*, perché il diario nasce dalla corrispondenza tra amici, proprio nei giorni di quarantena per il Covid-19. Lo yoga diventa qui un momento di evasione, quasi una prova quotidiana di resilienza a qualcosa di incredibile, mai accaduto prima.



### 6) Progetti per il futuro?

Io vivo il *qui ed ora, hic et nunc* dei romani. Il futuro è un'astrazione di cui preoccuparsi, per me, è assolutamente inutile. Mi godo il presente.

\***Vito Manduca**, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già *middle manager* del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in attualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista *Notiziesnfia* e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010. <https://www.eddaedizioni.it/>

Ha pubblicato con Liocorno Editore *Vite Rubate* (2000); con Ediesse *Rottami eccellenti* (2004); con A&B Editrice *Il doppio gioco* (2007), *Figli di Santa Pupa* (2008), *La terza porta* (2009), *Morire di Sport* (2009) e *Onora il padre e la madre* (2010).

Con **Edda Edizioni** *Kazimir* (2010-2011), *Cohiba* (2011), *L'era del cavallo* (2012) targa Premio Internazionale Montefiore 2017, *Il fante e la collina delle vette gemelle 1942* (2014) Premio UNUCI - Cerruglio 2015, *Labirinto. Naufragio nella Sanità* (2017), *NOVECENTO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* (2020), *Corona-Versus* (2020), *La peste gialla oltre la Grande Muraglia* (2021). *70 SeTTanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite* (2022), *Isola Sacra. I delitti* (2023).



# Violenza ostetrica, un argomento sul quale è necessario confrontarsi

Chiara Della Torre

Dottoressa in Ostetricia



freepik.com/foto-gratuito/la-salute-delle-donne-e-il-concetto-di-assistenza-sanitaria-delle-donne-con-l-utero - Immagine di atlascompany

**D**urante gli anni Novanta, nel mondo degli attivisti, soprattutto attraverso la diffusione internazionale del così detto *"Women's Health Movement"*, si comincia sempre più a sentir parlare di «Violenza Ostetrica»; un'espressione che finalmente darà un nome a un fenomeno che, fin dagli anni '60, storici, antropologi, ginecologi e altri studiosi appartenenti alle più disparate categorie, cercavano di comprendere, spiegare, eliminare.

Di particolare impatto sono state le organizzazioni non governative e il fervente attivismo femminile dell'America Latina, dove si cominciò in modo più sistematico a lottare per un miglior accesso delle donne alle cure. I fenomeni al centro della attenzione erano due: la consapevolezza della falsa neutralità delle procedure mediche ed un maggior processo di legittimazione del disagio delle donne, della loro esperienza con la sessualità e la riproduzione. Ed è proprio in Sudamerica che per la prima volta sono state emanate delle Leggi a tutela della maternità e dei diritti riproduttivi della donna, contro la violenza ostetrica: in Venezuela nel 2007, in Argentina e in alcuni Stati del Messico nel 2009.

## MA COS'È LA VIOLENZA OSTETRICA?

«La violenza ostetrica è l'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali, avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna» (Ley n. 38668 República Bolivariana de Venezuela)

L'essenza dell'espressione, ampliata a "violenza gine-

cologico-ostetrica" negli ultimi anni, rimanda direttamente, ma non solo, alle disuguaglianze di genere e all'assenza di una medicina di genere; alla medicalizzazione dei processi naturali del parto e al potenziale danno che questo comporta per i diritti delle donne. Se è vero che esiste una forma di "violenza medica", in senso lato, che colpisce indistintamente sia le donne che gli uomini, la violenza ginecologico-ostetrica è inquadabile non solo come frutto del processo di medicalizzazione della fertilità e della maternità che negli anni '60 ha toccato il suo culmine, ma anche in una più ampia questione antropologica, intesa come complesso delle attività relazionali, sociali e culturali, costituendo, secondo alcuni, la più invisibile e naturalizzata tra le forme di violenza che colpiscono le donne.

A commetterla possono essere non solo le Ostetriche, come il termine potrebbe suggerire in modo ingannevole, ma tutti gli operatori sanitari e ausiliari che, a vario titolo, vengono a contatto con la donna.

La Violenza Ostetrica si realizza perlopiù all'interno di strutture sanitarie e molto spesso in condizione di assenza di malattia, mediante l'utilizzo di linguaggio e atteggiamenti non adeguati, la negazione all'accesso a una prestazione (interruzione di gravidanza, contraccezione, trattamento del dolore nel parto) o al contrario all'imposizione standardizzata di cure o pratiche, talvolta prive di comprovata utilità (episiotomia o manovra di Kristeller, la somministrazione di farmaci in travaglio), senza fornire informazioni, ottenere il consenso o persino contro la volontà della donna.

È trovarsi alla mercè di un numero ingiustificato di operatori sanitari che entrano ed escono dalla stanza dove la donna si sta sottoponendo a una visita o mentre è in travaglio e partorisce.



freepik.com/foto-gratuito/giovane-che-aiuta-la-moglie-incinta-con-la-sedia-a-rotelle-nel-reparto-ospedaliero-mentre-l'infermiera-afroamericana-assiste-il-paziente-adulto-caucasico-in-attesa-di-un-bambino-alla-maternita-che-si-prepara-al-parto - Immagine di DC Studio

Ambienti che diventano comunitari, in cui la donna perde la soggettività e diviene oggetto di osservazione distaccata o presenza trascurabile: le informazioni anamnestiche condivise, accompagnate magari da commenti; esplorazioni vaginali o visite ostetriche effettuate da più operatori; come se trovarsi all'interno di un ospedale e affidarsi alla cura di un professionista sanitario equivalga ad accettare che la propria storia, la propria condizione, la propria intimità, debbano essere messe a disposizione senza riserve.

Le conseguenze possono essere molto profonde e comportare un costo altrettanto elevato in termini di benessere sociale e spesa pubblica, non colpendo solo la donna ma anche il bambino, il partner e di riflesso l'intera Comunità, senza dimenticare gli operatori sanitari che osservano e assistono.

La buona notizia è che ad oggi il livello medio di consapevolezza riguardo questi temi è in crescita e che le donne riescono a raccontare quello che hanno vissuto: la condivisione di esperienze permette di acquisire nuove informazioni, comprendere meglio quello che è successo e agire di conseguenza.

### LE ORIGINI E LA RIVOLUZIONE

Le radici della Violenza Ostetrica sono rintracciabili nel processo di "medicalizzazione" che, a partire dal XVIII secolo, incomincia ad applicarsi a problemi collettivi, non considerati di natura medica, in direzione di una tutela su larga scala della salute della società: non più solo arte di guarigione e insieme di conoscenze utili

per affrontare la malattia dell'individuo, ma potere politico pervasivo per raggiungere l'obiettivo di pianificazione della società come ambito di benessere, salute ottimale e longevità, prendendo in carico emarginazione sociale e povertà per renderle produttive.

Tale strategia finì per investire anche la fertilità e la maternità, tappe della vita delle donne che da quel momento dovevano essere sottoposte all'ordine medico. Oggi, sappiamo bene che dalla gestione dei servizi per la maternità e dall'attenzione dedicata all'evento nascita si giudica la civiltà di un paese perché, come già accennato, dal benessere di madre e bambino dipende il benessere della società; ma se fino a qualche decennio fa il medico era un interlocutore privilegiato nel ciclo vitale della donna, il progresso della medicina specialistica invece di aumentare il grado di certezza e fiducia, ha dato vita ad un sistema spiraliforme in cui la nascita è un evento medico potenzialmente patologico e la normalità diagnosticabile solo a posteriori, e la donna lentamente e sistematicamente, da protagonista viene degradata ad oggetto di un sistema esperto.

Gli anni '60 del secolo scorso rappresentarono comunque l'inizio di una rivoluzione di cui ancora oggi seguiamo la scia: tra gli altri emerse l'inglese National Childbirth Trust, un movimento di consumatori di cui l'antropologa Sheila Kitzinger fu un'esponente di spicco, affiancata da personaggi del calibro di Frédéric Leboyer, e Michel Odent, si iniziò col focalizzare l'esperienza delle donne sull'interventismo ostetrico e tecnologico nel Regno Unito, attraverso la pubblicazione di una serie di booklets, vere e proprie guide per i consumatori, riguardanti circa trecento ospedali, aprendo così per la prima volta al giudizio e alla valutazione dei consumatori.

In quegli stessi anni anche in Italia qualcosa iniziava a muoversi. Siamo nel 1972 quando il Movimento di Lotta Femminista di Ferrara 'Basta tacere! testimonianze di donne' (dal quale l'iniziativa, '#Bastatacere le madri hanno voce', riprenderà il titolo), sosteneva che non si potesse più tacere su ciò che le donne subiscono durante il parto, durante l'aborto e, in generale, in tutte quelle occasioni in cui si entra in contatto con la Medicina e, in particolare modo, con le sue istituzioni come Ospedali, Medici e Ostetriche e personale sanitario a vario titolo. Da subito emerge la consapevolezza che le vicende raccontate non siano problemi personali, ma facciano parte di una situazione di disagio più estesa per la quale urge agire; da qui l'esigenza di organizzarsi e rendere noto con ogni mezzo il serio problema.

### L'EUROPA

A livello internazionale un'ampia mole di trattati, a partire dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948, configura l'insorgere di una serie di diritti riproduttivi e sessuali universali che pongono l'accento sulla valorizzazione della persona e sul rispetto della dignità della donna anche al momento del parto (Sexual and Reproductive Health and Rights).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 è stata la prima ad emanare un documento intitolato "Appropriate Technology for Birth", anche conosciuto come "Dichiarazione di Fortaleza", nel quale vengono fornite alcune linee guida per migliorare le procedure attraverso le quali i sistemi sanitari devono impostare

## Violenza ostetrica, un argomento sul quale è necessario confrontarsi

l'assistenza alla nascita, le cui basi devono prevedere: aumento dell'informazione nei confronti della madre, favorire il processo di attaccamento con il nuovo nato, il miglioramento del coinvolgimento della donna partoriente, limitazione del ricorso a pratiche, manovre e tecnologie invasive, umilianti e di non comprovata utilità per il parto e la limitazione del parto cesareo.

A partire da quel momento si sono succedute in tutto il mondo iniziative, campagne e dichiarazioni che ripropongono a tutti i livelli questi principi.

Nel 2014, l'OMS diffonde una Dichiarazione, "La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere", nella quale invita gli Stati a maggiori atti concreti, al dialogo, alla ricerca e all'advocacy, al fine di "assicurare l'accesso universale ad un'assistenza sanitaria sicura, accettabile e di buona qualità in ambito sessuale e riproduttivo, in particolare l'accesso ai metodi contraccettivi e all'assistenza alla maternità" in modo da poter progressivamente incentivare ad accedere e garantire così una significativa diminuzione della mortalità e morbilità materna e neonatale.

Nel 2019 il Consiglio d'Europa adotta la Risoluzione 2306/2019, promossa dalla deputata francese Maryonne Blondin, che chiede agli Stati membri di affrontare il problema della Violenza Ostetrica e Ginecologica, qualificandola come violenza contro le donne nel quadro normativo della Convenzione di Istanbul, e di assicurarsi che l'assistenza alla nascita sia fornita nel rispetto dei diritti e della dignità umana, così come proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; invita gli Stati Membri e i Ministeri della Salute a produrre dati sulla violenza ostetrica e ginecologica rendendoli pubblici, oltre che a promuovere l'assistenza rispettosa alla maternità con l'introduzione di temi legati alla violenza ostetrica nella formazione dei medici e del personale sanitario, insieme ai temi legati agli aspetti relazionali, al consenso informato, al rispetto delle diversità e al sessismo.

Dal punto di vista legale, la Risoluzione invita gli Stati

Membri a prevedere meccanismi che permettano di effettuare denunce relative alla violenza ostetrica e ginecologica, provvedendo all'assistenza idonea alle vittime. La Risoluzione è stata votata quasi all'unanimità; tra i tre voti contrari quello della deputata italiana Maria Elena Boschi, la quale in un secondo momento chiarirà essersi trattato di un errore materiale. All'Assemblea interviene anche la senatrice Maria Rizzotti, membro della 12ª Commissione permanente Igiene e Sanità, della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere e membro della Delegazione parlamentare italiana presso l'Assemblea del Consiglio d'Europa, affermando che il fenomeno è stato portato alla luce anche in Italia dalla campagna social #bastatacere e dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica e approva e sostiene i principi espressi dalla Risoluzione. Successivamente però, la senatrice Rizzotti modificherà la sua posizione in un'intervista con "Quotidiano Sanità", pubblicata il 15 dicembre 2019, dichiarando che "l'Italia risulta tra i Paesi più attenti a questo tema. E le varie indagini condotte condividono il fatto che le donne italiane sono generalmente soddisfatte della loro esperienza in sala parto [...] Per comprenderne meglio lo spirito di questa mozione, va ricordato che il Consiglio europeo si occupa non solo degli Stati membri dell'Unione ma anche di molti altri Paesi aderenti, come ad esempio quelli africani, caraibici quindi con caratteristiche diverse dal nostro sistema occidentale. [...] Certo, può accadere che nel nostro Paese possano esserci comportamenti magari lesivi di determinati diritti della donna, ma sono comportamenti da ascrivere a singoli, come può avvenire nei casi di mala sanità, non certamente ad una prassi consolidata." Nello stesso anno qualche mese più tardi, Dubravka Šimonović, Relatrice Speciale del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite presentando la relazione su "La violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze", per la prima volta presenterà la questione della Violenza Ostetrica come violenza di genere.



### L'ITALIA

Ad oggi in Italia non esiste alcuna normativa in materia di riconoscimento legale della Violenza Ostetrica. Un primo ed unico tentativo di introduzione della fattispecie di reato, è stato realizzato con la proposta di Legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico", depositata l'11 marzo 2016 dall'On. Adriano Zaccagnini, in seguito alle dichiarazioni OMS ed in attuazione delle Direttive Europee.

Unitamente a tale proposta di legge, "Human Rights in Childbirth in Italy" la cui missione è proprio chiarire e promuovere i fondamentali diritti umani delle donne in gravidanza, lancia una campagna mediatica sui social network, "Basta tacere, le madri hanno voce", per dare opportunità alle madri di raccontare le loro esperienze di abuso e mancanza di rispetto nell'assistenza alla nascita e a dimostrare la necessità di introdurre una normativa in grado di tutelarle. La campagna ha riscosso grande successo, raccogliendo oltre 2000 testimonianze e coinvolgendo più di 700.000 utenti al giorno. Come proseguimento ed evoluzione della campagna, l'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia, realizza poi l'indagine Doxa "Le donne e il parto", condotta su un campione rappresentativo di circa 5 milioni di donne italiane, portando alla luce dati allarmanti: il 21% delle partecipanti con figli tra i 0-14 anni dichiara di aver subito violenza ostetrica, provocando forti reazioni tra i professionisti sanitari e le associazioni di categoria.

Dal 18 gennaio 2017, dopo brevi interventi e diversi rinvii, il disegno di legge risulta esser ancora alla Camera all'esame della Commissione, privo di aggiornamenti disponibili.

### CONCLUSIONI

"Sono arrivati sulla Luna ma non sono in grado di offrirvi un'assistenza sicura", dicevano nel '72 le donne del Movimento di Ferrara e non molto sembra esser cambiato. L'unica difficoltà, la più resistente, è evidentemente quella culturale. La Violenza Ostetrica appare come un argomento largamente negato dallo Stato e le sue Istituzioni ma che in realtà pervade la cultura del nostro Paese, e non solo.

In un recente articolo pubblicato sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, è stato richiesto un ridimensionamento nell'utilizzo dell'espressione

"Violenza ostetrica", in quanto "questo termine può essere frainteso o portare a valutazioni non corrette, implicando una violenza intenzionale da parte degli operatori sanitari, quando invece può essere il risultato di problemi legati alla struttura in cui essi operano o a carenza di formazione."

Sembra quindi che anche nel dibattito accademico, piuttosto che rilevare la possibilità di alimentare una critica costruttiva, maggiore spazio è stato dato al dibattito terminologico: dobbiamo o no utilizzare il termine "violenza" che tanta perplessità produce nei professionisti della salute? Manca quell' "approccio politico", soprattutto di fronte a una denuncia sociale. Quando in Europa sono emersi i primi dati, non sempre sono stati accolti o discussi. È ciò che è accaduto in Italia quando, nel settembre del 2017, sono stati pubblicati i dati della prima inchiesta nazionale "La donna e il Parto", condotto dalla Doxa e promossa dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica OVO-Italia. Ciò che ne è scaturito è stato un forte dibattito, sia mediatico, sia sanitario che deviava il discorso dalla "sostanza" (l'esperienza delle donne) alla "forma" (la rappresentatività del campione). Il significato sociale, culturale, politico e anche medico-ostetrico di quei dati è passato in secondo piano, al di là delle posizioni più o meno legittime di ciascuna delle parti. Si tratta di un fraintendimento iniziale rispetto al concetto di "violenza ostetrica" che è stato compreso in modo non appropriato dalle diverse professioni sanitarie.

Piuttosto che difendere unilateralmente le proprie posizioni sarebbe stato più utile capire che, come ribadito dall'OMS, le donne non sono sempre soddisfatte dell'assistenza ricevuta in tutto il mondo, e non in un singolo Paese: è il modello biomedico a non rispondere completamente alle esigenze e alle aspettative delle donne e, soprattutto, ai bisogni reali della mamma e del bambino. È una visione basata sull'idea di tecnologia come progresso che dovrebbe essere rivisto.

È notizia confortante che per l'anno accademico 2021/2022, il Corso di Laurea in Ostetricia dell'università UniCamillus International Medical University di Roma, ha offerto il primo seminario curriculare sulla violenza ostetrica dedicato alle Ostetriche e tenuto dalle fondatrici dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia, augurandoci sia solo un inizio.

Molte donne stanno iniziando a prendere con de-





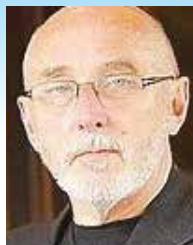
## Violenza ostetrica, un argomento sul quale è necessario confrontarsi

cisione le distanze da una cultura che vuole il parto come un evento legittimato a prevedere dolore, disagio e sacrificio della madre; a dover subire alcune proprie scelte come inappropriate e deprecabili moralmente; alla perdita di un figlio come una vergogna da nascondere, poiché de-valorizza la donna. Il non sottoporsi sistematicamente a ogni esame laboratoristico o strumentale a disposizione, rende una donna una cattiva madre. Oggi le donne sono più informate e consapevoli, appoggiate spesso da Ostetriche e Operatrici singolarmente più sicure e forti, prima di tutto come donne.

Quest'empowerment non è ancora sufficiente, però. Serve una svolta a partire dalla concezione sociale della donna e dalla tutela della maternità e non-maternità, affinché vengano inquadrare come diritto e non come opzione: sarebbe questo il primo passo per contrastare quella concezione sociale che rappresenta forse la vera roccaforte che sin ora ha legittimato la violenza ginecologico-ostetrica nelle sue espressioni e modalità.

### BIBLIOGRAFIA

1. Artschwager Kay M. - Anthropology of human birth - Philadelphia: F. A. Davis Company. 1982
2. Associazione Ginecologi e Ostetrici italiani - Inchiesta Doxa sulla "violenza ostetrica" <https://www.aogoi.it/media/4408/diffida-doxa-26-10-2017-rivev.pdf>
3. Behruzi R., Hatem M., Goulet L., Frazer M., Misago C. - Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework - BMC Pregnancy and Childbirth 2013, (13) 1: 205-217.
4. Belli L. F. - La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, «Revista Red-bioética/UNESCO», 2013
5. Colombo Grazia - Dipendenza, accettazione e collusione della donna con l'agire medico, in G. Colombo, F. Pizzini, A. Regalia, "Mettere al mondo. La produzione sociale del parto" - Milano, Editore Franco Angeli 1987
6. Colucci Mario - Medicalizzazione (tratto da: Ottavio Marzocca "Lessico di biopolitica") - Manifesto Libri, 2005
7. De Francia Silvia - La medicina delle differenze: storie di donne, uomini e discriminazioni - Neos Edizioni 2020
8. D'Gregorio Perez R. - Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela, «International Journal of Gynecology and Obstetrics», 2010
9. Della Torre Chiara - Violenza Ostetrica: un fenomeno sottovalutato in Italia, rilevato attraverso l'esperienza delle donne. Indagine conoscitiva per una buona pratica assistenziale - tesi di Laurea in Ostetricia - Roma, Università La Sapienza, 2022
10. Foucault M., - Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale - Donzelli Editore, 2021
11. Frank A. Chervenak, Renee McLeod et al. - Obstetric violence is a misnomer - American Journal of Obstetrics and Gynecology, Elsevier, 6 October 2023
12. Herring J., Pickles C. - Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control - Routledge - 2019
13. Miller S., Lalonde A. - The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities Initiative - International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2015
14. Kitzinger S. - The Complete Book of Pregnancy and Childbirth - Knopf, 1989
15. Leboyer Frederic - Per una nascita senza violenza. Il parto dal punto di vista del bambino - Edizione Bompiani, 2020
16. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, G. O. n. 38668 de 23/4/2007, Caracas, Venezuela: República Bolivariana de Venezuela.
17. Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Boletín Oficial de la República de Argentina, 2009, No. 31.632.
18. Maragò E. - "Ma in Italia c'è violenza ostetrica e ginecologica?" - Quotidiano Sanità 15/12/2019 [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=79721](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=79721) -
19. Odent Michele - Sopravviveremo alla medicina? - Terra Nuova Edizioni, 2023
20. Odent Michel - L'agricoltore e il ginecologo - Editore Il leone verde, 2006
21. Osservatorio sulla Violenza Ostetrica - Indagine "la Donna e il parto" - <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/> [https://ovoitalia.files.wordpress.com/2017/09/doxa-basta-taccere-nota-metodologica\\_def.pdf](https://ovoitalia.files.wordpress.com/2017/09/doxa-basta-taccere-nota-metodologica_def.pdf)
22. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerizzo M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 May;224:208-209. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055. Epub 2018 Mar 28. PMID: 29655941.
23. Risoluzione 2306/2019 - <https://pace.coe.int/en/files/28108> - Consiglio d'Europa
24. Savage S. and A. Castro Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches - Reproductive Health - 2017, 14:138-165
25. Šimonović D. - "La violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze" - Nazioni Unite 2019, [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/A\\_74\\_137\\_ITALIAN.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/A_74_137_ITALIAN.pdf)
26. WHO - Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24;2(8452):436-7. PMID: 2863457.
27. WHO - La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere - 2014
28. WHO - Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health - Geneva 2015
29. WHO - Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience - Geneva, 2018
30. Zaccagnini A. - Proposta di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico" - [https://documenti.camera.it/\\_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf](https://documenti.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf), 2016



In Bosnia e nei Balcani trent'anni fa è accaduto quel che purtroppo oggi abbiamo di nuovo sotto gli occhi. L'orrore della guerra è sempre quello. Le prime vittime, sempre i bambini e le loro madri. Con grande sensibilità e intensità drammatica, Rosella Postorino racconta l'odissea di una "picciola compagnia" di orfani di Sarajevo in cerca di una nuova patria in Italia. Con il suo libro, invece, Paolo Rumiz «...lo scettro a' regnatori / Gli allôr ne sfronda, ed alle genti svela / Di che lagrime grondi e di che sangue» (Foscolo).

## In guerra con due libri per gridare forte a tutti: pace! di Michele Trecca

È nostra ferma convinzione che non conta come una storia finisca ma dove tu finisci quando la leggi. Pensavamo di leggere un romanzo, semplicemente, e invece siamo andati alla guerra. In Bosnia. Prima con Rosella Postorino, *Mi limitavo ad amare te*, poi con Paolo Rumiz, *Maschere per un massacro*. Noi siamo andati nei Balcani, con un romanzo e un saggio entrambi di grande intensità sentimentale, ricchezza informativa e potenza drammatica. Invece Nada, Ivo, Omar, Sen, Yagoda, Danilo e altri bambini e orfani di Sarajevo sono venuti in Italia per scampare alla guerra... Si sono salvati? A che prezzo? *Mi limitavo ad amare te* è la loro storia. *Maschere per un massacro* è, invece, la Storia della spregiudicatezza assassina di quei grandi della Terra che di tanti piccoli hanno fatto dei profughi avendone devastata la patria.

Il romanzo della Postorino è un primo piano, il saggio di Rumiz un grandangolo sul contesto. Nelle vicende particolari dei bambini l'universalità di rapporti fondamentali, a cominciare da quello con la madre. E poi gli snodi eterni di ogni adolescenza e giovinezza: gli amici, l'amore, la ricerca del proprio talento e della propria identità. Nelle sofferse e lucide analisi geopolitiche di Rumiz i cinici inganni del potere e le ragioni del loro incendiario successo fra le masse («Dobbiamo domandarci: con quali mezzi una minoranza, armata di cannoni, servizi segreti e mass media, è riuscita a imporre uno scontro sanguinoso a una maggioranza che non lo voleva?»). I due libri insieme fanno qualcosa che assomiglia molto alla verità. Come vettori equipollenti vanno nello stesso verso. Questo.

Paolo Rumiz: «Milošević e dietro a lui Tadjman, decidendo di spartirsi la Bosnia, hanno fatto per conto terzi un lavoro sporco necessario alla cosiddetta "sicurezza del terzo millennio". Quella di un mondo banalizzato, un mondo in bianco e nero che esclude zone grigie, invoca semplificazioni. Compresse quelle etniche».

Un romanzo, invece, è una *zona grigia*. O non è. Un romanzo è il regno della semplicità (forma) complessa (sostanza). Al di là di ogni intenzione, una narrazione è sempre un'avventura nella *zona grigia* dell'animo umano dove confini ed etnie scolorano a fronte di certi bisogni comuni, quelli che davvero ci segnano, primo fra tutti l'amore materno («Ma dalla madre, chi ti salva?» Elsa Morante, *L'isola di Arturo*, in esergo nel romanzo della Postorino).

Nada e Ivo, Omar e Sen, Yagoda e Danilo: legati fra loro dallo strazio della guerra, da vicissitudini simili, amicizia e solidarietà di profughi in Italia da Sarajevo, sono tre coppie di fratelli e sorelle, ciascuna con una diversa situazione familiare. Nada e Ivo sono stati abbandonati dalla madre, gio-

vane donna in difficoltà, «randagia e alcolizzata, sulla bocca di tutti». Ma davvero li ha dimenticati? Omar e Sen hanno perso le tracce della propria madre durante un bombardamento e non sanno

se sia ancora viva. L'uno è irriducibile nella speranza, l'altro rassegnato alla perdita. Yagoda e Danilo la madre ce l'hanno, con loro, ma attanagliata da sempre più insidiosi fantasmi interiori, di cui nel romanzo c'è traccia in alcune pagine assestanti in corsivo. Riuscirà l'amore per i figli («screziato di insofferenza, e rabbia, e stanchezza») e quello dei figli per lei a contenere questo malessere esistenziale?

*Mi limitavo ad amare te* comincia nel 1992, a guerra appena iniziata, e si conclude vent'anni dopo. In quest'arco di tempo quei bambini diventano adulti e qualcuno di loro anche genitore. Ciascuno adulto a modo suo, ma su tutti l'impronta decisiva

della chimica sentimentale con la madre. La guerra passa (pace di Dayton, 1995), una madre è per sempre.

Certo, ogni guerra passa, ma lascia una scia di orrore. Indicibili quelli raccontati senza retorica e ridondanze dalla Postorino e da Rumiz. Eppure, noi umani non cambiamo mai, non impariamo nulla, e sempre «la spalvalda astuzia del male prevale sull'inerte cecità del bene... Dai Balcani - scrive Rumiz - ci viene un insegnamento: ciò che ci trasforma in carne da cannone è palesemente lo stesso imbonimento che ci fa comprare questo o quel detersivo o votare questo o quel partito...».

La «disinformazione dei mass media... ha alimentato... la storiella dell'odio atavico, della guerra tribale, del primitivismo, del conflitto etnico fra cristiani, ortodossi e musulmani» mentre la crisi nei Balcani era politica, economica e sociale e su di essa si sono avventate le grandi potenze.

La Bosnia era una comunità multiculturale dove convivevano tre religioni antagoniste. Poi l'11 e il 15 luglio del 1995 a Srebrenica le truppe speciali del serbo Mladić sotto gli occhi inermi dei caschi blu olandesi hanno massacrato e gettato in fosse comuni ottomila maschi musulmani, «il più spaventoso massacro in Europa dopo il 1945». Ma non c'è fine al peggio. Altri e ancor più tragici massacri abbiamo già da un po' sotto gli occhi, in Europa e in Medio Oriente. Quasi ci stiamo abituando. Immemori che «La pace universale è la migliore tra le cose che concorrono alla nostra felicità» (Dante). Per fortuna ce lo ricordano libri come quello di Rosella Postorino e Paolo Rumiz.

Rosella Postorino, *Mi limitavo ad amare te*, Feltrinelli, pagg. 352, € 19  
Paolo Rumiz, *Maschere per un massacro*, Feltrinelli, pagg. 205, € 11



# Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute



**Unione Sanitaria Internazionale**

**Tel. 06.32868.1 r.a. Lazio**

**Tel. 0583.495482 Toscana**

## LAZIO

### USI-PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)

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 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### BORGHESIANA\*

Via Casilina, 1838 (RM)

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 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-LAURENTINA

Via V. Cerulli, 2/b (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-SERAFICO

Via P. di Dono, 9 (RM)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### EUR-MARCONI

Viale G. Marconi, 139 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 36 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarcialupo, 17/b (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

### PIAZZA VITTORIO\*

Via Machiavelli, 22 (RM)

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 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### POLICLINICO

Viale R. Margherita, 279 (RM)

Orari: 7.30-19.00 - sabato chiuso

### OSTIENSE

Viale M. Polo, 41 (Ostia)

Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

### SERPENTARA

Via G. Pacchiarotti, 95 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## PIAZZA MAZZINI

Viale Angelico, 39 (RM)

Orari: 7.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## FURIO CAMILLO

Via Cerreto di Spoleto, 9/21 (RM)

Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## CINECITTÀ

Viale Bruno Rizzieri, 203 (RM)

Orari: 07.00-13.00 • 15.30-18.30 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## TRIESTE

Corso Trieste, 22 (RM)

Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## COLLE PRENESTINO

Via Mirabella Eclano, 27 (RM)

Orari: 07.00-19.30 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## NUMIDIO QUADRATO

Via Tuscolana, 703 (RM)

Orari: 07.00-13.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-11.00

## IGEA\*

Via Igea, 12/a (RM)

Orari: 07.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

prelievi: 7.00-14.30 - prelievi sabato: 7.00-11.00

domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

Via Igea, 18 (RM)

Orari: 08.00-19.00

## LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 3 (RM)

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 (RM)

Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00

sabato chiuso

## USI Doc - PRATI\*

Via V. Orsini, 18 (RM)

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 (RM)

Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00

## TOSCANA

### CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)

Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30

prelievi: 7.30-12.00

### SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150 (LU)

Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30

### Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II<sup>a</sup>, 35 (LU)

Lunata Via Pesciatina, 236 (LU)

Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25 (LU)

Porcari Via Romana Est, 76 (LU)

Lammari Via delle Ville, 128 (LU)

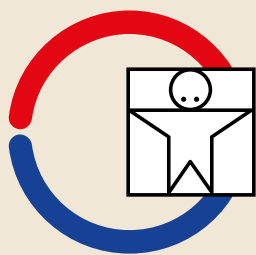
unione sanitaria internazionale

www.usi.it

# \* APERTURA DOMENICALE

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

**ANED**



**Associazione Nazionale Emodializzati  
Dialisi e Trapianto - APS**  
*Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica*

**DAL 1972  
a fianco dei  
trapiantati  
e dei  
dializzati**



Via Hoepli, 3  
20121 Milano  
Tel. 02.805.79.27  
info@aned-onlus.it  
www.aned-onlus.it

 ANED.onlus |  @aned\_onlus

**ANED**



**Dona il tuo 5x1000 ad ANED**  
**CODICE FISCALE 80101170159**

**Con poco si può fare molto, se lo facciamo insieme**