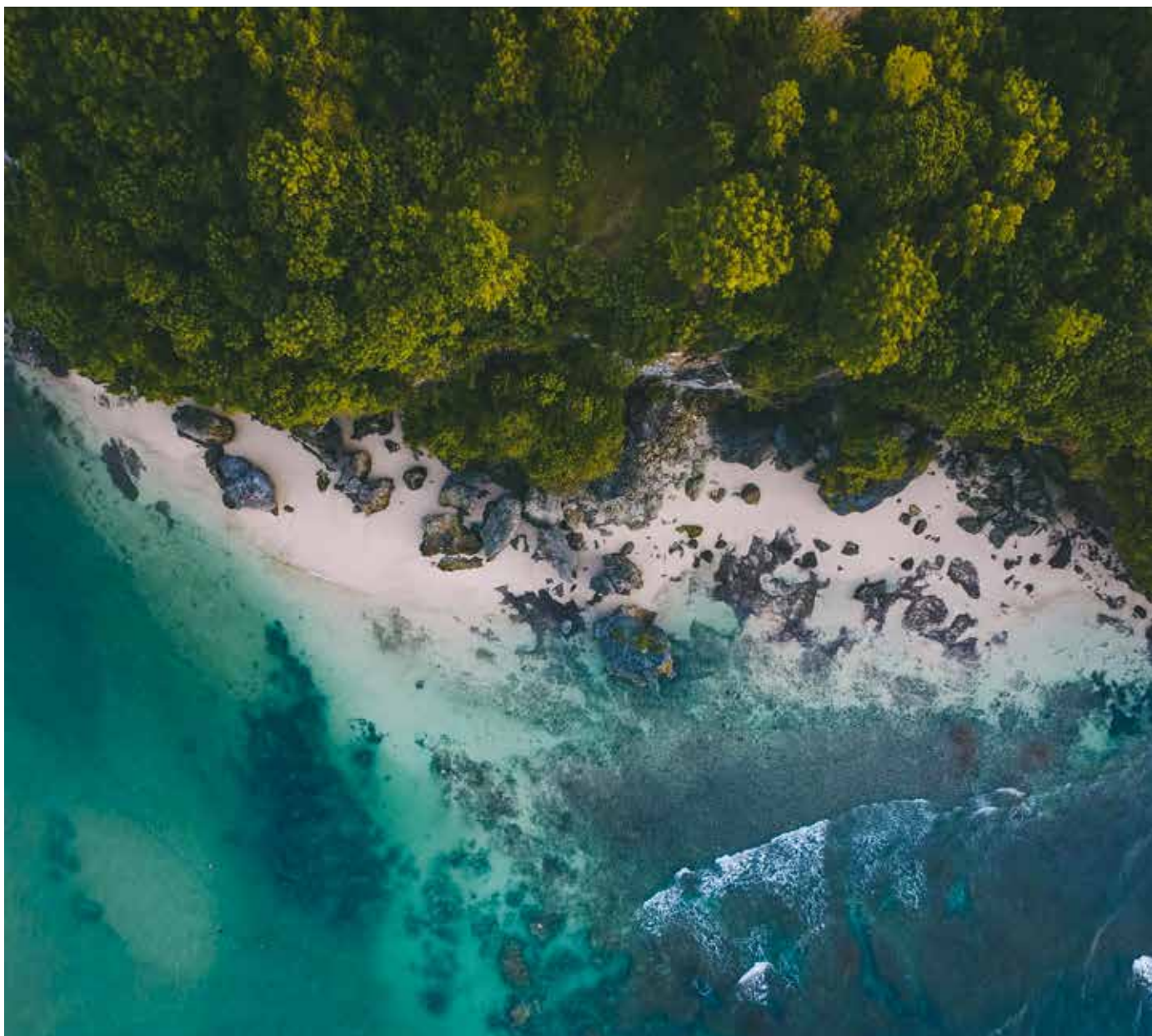




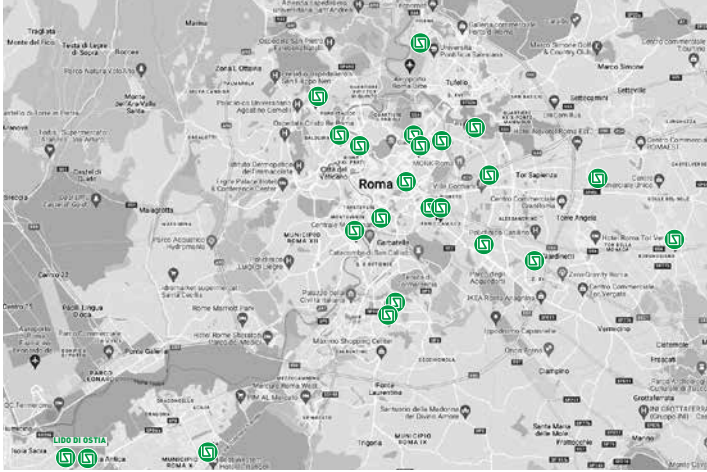
GIUGNO 2024  
VOL. 26 N.° 2

# IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

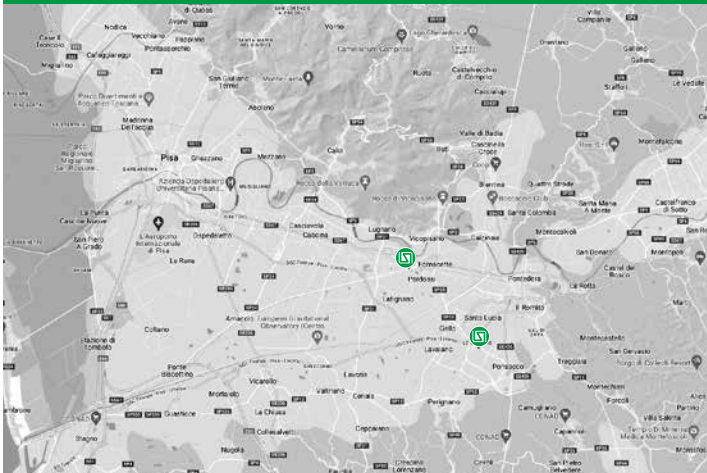
## LAZIO ROMA



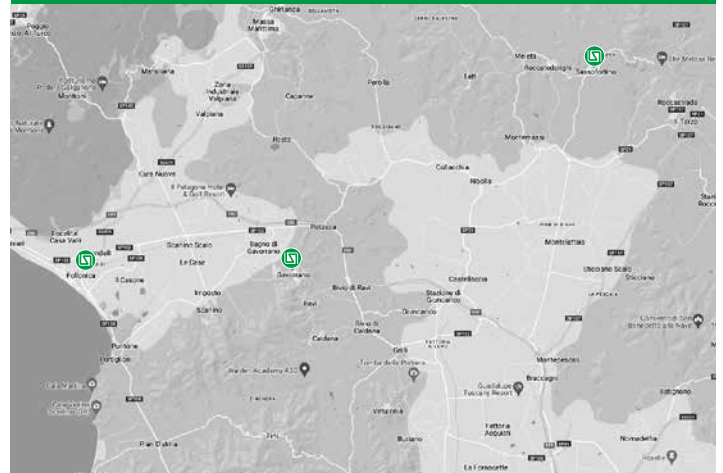
## TOSCANA LUCCA



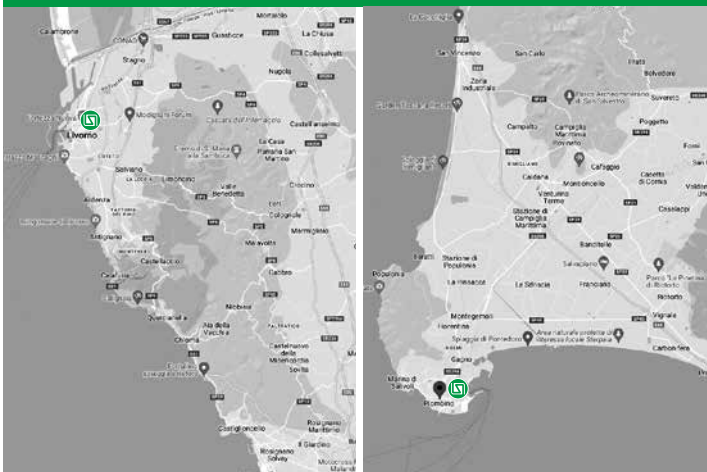
## TOSCANA PISA



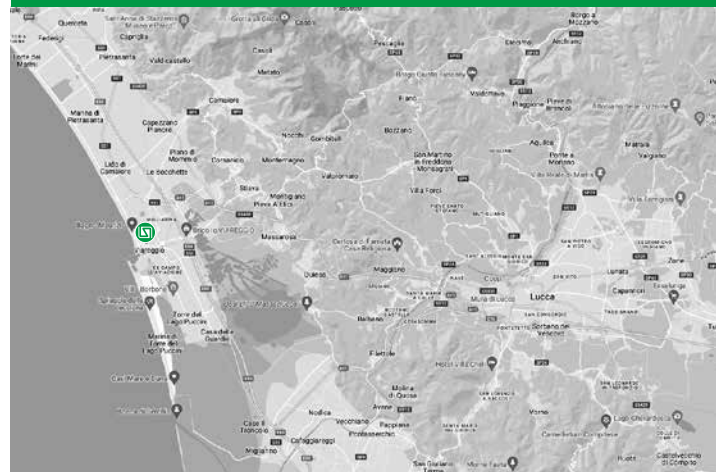
## TOSCANA GROSSETO



## TOSCANA LIVORNO



## TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE  
Scansiona il QR-Code - [www.usi.it](http://www.usi.it)





# il caduceo

VOL. 26 N.° 2 2024



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE

AL TRIBUNALE DI ROMA

AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE

**F. Barbati**

DIRETTORE SCIENTIFICO

Co-EDITOR

**F. Borzillo**

COORDINAMENTO EDITORIALE

**C. Borzillo**

SEGRETARIA DI REDAZIONE

**A. Cecchi**

EDITORE

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

Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA

**Digitalia Lab Srl**

Via Giacomo Peroni, 130

00131 Roma



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

FINITO DI STAMPARE

A GIUGNO 2024

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

**Oliver Ostrom**

*Specchio d'acqua vicino alla  
montagna verde*

(Fonte: Pexels)

Grafica della copertina a cura di

**A. Quattrucci**

Rivista medica periodica a distribuzione gra-  
tuita, 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. Inquinamento *indoor*  
*Giovanni Puglisi*
6. La mesoterapia antalgica:  
una soluzione al dolore articolare  
e muscolare nelle rachialgie  
*Rossella Viscito*
9. Ortodonzia Pediatrica:  
quali malocclusioni è importante  
intercettare nei bambini?  
*Alessia Pisaneschi*
12. Aspetti ecografici dopo trattamento chirurgico  
endovascolare delle varici degli arti inferiori  
*Luca Palombi, Monica Morelli*
14. Infiltrazioni ecoguidate di ialuronidasi  
in Medicina Estetica: un approccio innovativo  
*Stefan Dima*
15. I capelli, gioia e dolore!!  
*Giuseppe Emmanuello*
16. Pensare e operare nella dimensione non-verbale  
*Fabrizio Dado'*
19. Avrò cura di te  
*Vito Manduca*
22. Il tuo bambino interiore  
ti sta comunicando qualcosa, tu ascoltalo  
*Gloria Gensini*
24. Nobel-donne  
*Daniela D'Agosto*
26. Lo Spazialismo dell'Anima di Lucrezia Cutrufo  
approda al Metropolitan Museum di New York
27. Non vedo, non sento, non parlo  
*Emilio Masina*
28. I-Wheel Training Camp:  
Inclusione e Sport Senza Barriere  
*Romanes Wheelchair Rugby*
30. La Granfondo Nove Colli di Cesenatico  
e la cultura del dono  
*Luca Boiardi - ANED*
32. Il cielo di Roma non ha rivali  
*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.**

# Inquinamento *indoor*

**Prof. Giovanni Puglisi**

Primario Emerito  
Azienda Ospedaliera S.Camillo - Forlanini  
Pneumologo

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



**P**er inquinamento *indoor* si intende l'*inquinamento dell'aria in un ambiente chiuso e interno*, come per esempio la casa o l'ufficio. Negli ambienti chiusi molte volte la normale composizione chimica dell'aria cambia e diventa nociva. Questi cambiamenti sono dovuti alla presenza nello stesso ambiente di una o più sostanze che reagiscono fra loro e per le quali vengono alterate le normali caratteristiche dell'aria, talvolta fino a costituire un pericolo per la salute.

In presenza di fonti interne e con poco ricircolo dell'aria i dati sugli inquinanti interni sono superiori rispetto a quelli rilevati all'esterno, talvolta anche 10-20 volte maggiori.

Le persone presenti negli edifici risultano esposte ad una miscela di sostanze inquinanti, in concentrazioni variabili, emesse da sorgenti che possono essere differenti per numero e tipologia nonché difficilmente localizzabili perché la reazione è già avvenuta.

È noto che c'è stato un impatto decisamente negativo a causa della crisi delle risorse energetiche mondiali: per risparmiare, infatti, si sono imposti nuovi criteri progettuali per gli edifici ad uso civile, che hanno determinato profondi cambiamenti sia nella tipologia dei lavori che in quella dei materiali di costruzione e che hanno dato come risultato un complessivo peggioramento della qualità dell'aria interna.

Il desiderio di risparmiare e di consumare meno riscaldamento ha, inoltre, incentivato un miglior isolamento edilizio e la tendenza a sigillare gli ambienti con infissi a tenuta, che determinano una riduzione delle dispersioni di calore e, quindi, dei consumi energetici ed il conseguente miglioramento dell'isolamento acustico.

Questi interventi edilizi, volti a contenere i consumi energetici, uniti alla mancanza di ricambio dell'aria sono tra le principali cause del potenziale aumento delle concentrazioni di inquinamento indoor.

L'inquinamento dell'aria interna degli edifici - residenziali e non - rappresenta un danno non solo per le persone, dal punto di vista del benessere e della salute, ma anche per le strutture architettoniche stesse. Se poi si aggiungono i prodotti chimici che vengono utilizzati tutti i giorni, ecco che ci si ritrova in presenza di un mix pericoloso che si respira quotidianamente. Quanto sopra è correlato ad altri fattori tipici degli ambienti: le attività quotidiane, come per esempio cucinare o accendere il riscaldamento; l'utilizzo di nuovi materiali edili; l'uso di svariati prodotti per la casa, per la pulizia degli ambienti; l'utilizzo di svariati strumenti di lavoro.

In buona sostanza nelle abitazioni gli inquinanti più comuni sono: il fumo di tabacco; i processi di combu-

stione; i prodotti per la pulizia; i lavori di manutenzione per la casa; gli antiparassitari; colle, adesivi, solventi e vernici; PC, stampanti, fotocopiatrici.

Come è facile intuire tutti i prodotti chimici, come i detersivi, i prodotti per la casa o gli altri elementi presenti all'interno, quando raggiungono una certa concentrazione o temperatura reagiscono fra di loro dando origine a qualcosa di nuovo, di diverso. Non essendoci spesso evidenza di odore o di colore non c'è modo di accorgersi di nulla e ovviamente queste sostanze possono diventare nocive per chi le respira. Giova considerare anche che l'utilizzo degli impianti di condizionamento dell'aria, oggi presenti in più del 35-40% delle abitazioni italiane, possono essere fonti di inquinamento, diventando terreno molto fertile per la coltura di muffe e altri contaminanti biologici. In sintesi per categorie i principali **inquinanti** responsabili dell'inquinamento indoor sono:

- **chimici**, come i composti volatili organici rilasciati da vernici, arredi, prodotti per la pulizia della casa, materiali edili; l'ozono (emesso, ad esempio, dalle fotocopiatrici), i composti organici volatili, la formaldeide, gli antiparassitari;
- **biologici**, ovvero muffe, batteri, spore fungine, polline, parassiti;
- **da combustione**, come monossido di carbonio, biossido di azoto, particolato fine, derivati da stufe, caminetti, piani di cottura a gas ma anche motori delle automobili oppure vapori e fumo, ad esempio di sigaretta.

Allora attenzione ai materiali da costruzione, alle vernici, agli arredi, alle stufe, ai caminetti, ai dispositivi elettronici e ai detersivi che si scelgono per pulire la casa!

Infatti molti degli inquinanti chimici presenti in casa derivano proprio dall'utilizzo di prodotti per la pulizia, da profumatori per ambienti o anche dai prodotti con cui si è costruita la casa.

Allo stesso modo altri inquinanti possono dipendere, come già detto, da processi di combustione, ad esempio per la cottura dei cibi o per il riscaldamento domestico.

Non è semplice individuare il rapporto azione dell'inquinante ed effetto sulla salute poiché i sintomi non sono specifici e gli inquinanti responsabili sono spesso molteplici.

Numerosi effetti dipendono dalla presenza contemporanea di stress, pressioni lavorative e disagio di origine stagionale; la risposta all'esposizione di uno stesso inquinante varia, quindi, per ogni individuo a seconda delle condizioni dell'individuo stesso e del suo grado di suscettibilità.



freepik.com/foto-gratuito/coinquilini-che-trascorrono-del-tempo-insieme-in-un-ambiente-all'apparenza-non-inquinato

L'esposizione costante a inquinanti dell'aria interna può causare diversi problemi di salute.

Tra questi si annoverano le irritazioni alle mucose di gola, naso, occhi, sintomi respiratori con asma e bronchite, allergie, affaticamento e mal di testa, con difficoltà di concentrazione. In generale ciò porta ad un aumento del rischio di infezioni e di malattie polmonari, anche gravi.

L'impatto sulla salute delle sostanze inquinanti in un ambiente confinato dipende dalla durata prolungata e costante dell'esposizione; negli edifici pubblici o molto affollati, come le scuole, è quindi ancora più importante prevenire questo fenomeno.

Una cattiva qualità dell'aria, inoltre, in particolare in presenza di umidità elevata, porta quest'ultima, a contatto con zone dalla temperatura più fredda - ad esempio quelle di intersezione tra murature e solai - a condensarsi e a depositarsi su pareti e arredi, formando un velo d'acqua, condizione ideale per lo sviluppo della muffa.

Le conseguenze dell'esposizione agli inquinanti indoor sono distinguibili in:

- Effetti immediati;
- Effetti a lungo termine.

#### A) Effetti immediati:

Rilevabili dopo una singola esposizione o dopo esposizioni ripetute.

Includono:

- Irritazione degli occhi, del naso e della gola
- nausea
- emicranie
- capogiri
- affaticamento.

Tali effetti immediati sono solitamente di breve durata e comunque curabili.

Primo semplice trattamento è l'allontanamento dalla fonte d'inquinamento, se identificabile.

Gli inquinanti dell'aria agiscono prevalentemente sull'apparato respiratorio che è la prima via di contatto e di assorbimento. Alcuni inquinanti chimici possono agire come irritanti primari delle vie aeree; altri, dotati di elevato potere ossidante (ozono o ossidi di azoto), possono invece determinare un abbassa-

mento della soglia di reattività bronchiale aspecifica attraverso l'induzione di un processo infiammatorio. Sia le sostanze chimiche che quelle biologiche sono in grado di interagire con il sistema immunitario, potenziandone o sopprimendone la risposta.

Nel primo caso si possono riscontrare *patologie allergiche, quali asma, rinite e alveolite allergica estrinseca* causate soprattutto dai fattori biologici ad alto peso molecolare ma anche da agenti chimici che si comportano come antigeni.

Nel secondo caso, invece, la conseguenza può essere una *aumentata suscettibilità ad agenti infettivi* o una ridotta sorveglianza immunitaria; va, tuttavia, sottolineato che, alla luce delle conoscenze attuali, benché molte sostanze possano essere chiamate in causa al riguardo, i dosaggi necessari sono molto superiori a quelli riscontrabili nelle abituali condizioni di vita.

**B) Effetti a lungo termine:** possono rilevarsi o dopo un lungo e ripetitivo periodo di esposizione o dopo alcuni anni rispetto a quando l'esposizione è avvenuta. Questi effetti, che includono *alcune patologie respiratorie e malattie cardiache*, possono essere severamente debilitanti o molto gravi. È dunque importante provare a migliorare la qualità dell'aria interna degli edifici anche se i sintomi non sono notevoli.

Mentre le sostanze inquinanti trovate comunemente nell'aria interna sono responsabili di molti effetti nocivi, vi è una considerevole incertezza circa le concentrazioni o i periodi di esposizione necessari a produrre i problemi di salute specifici. Gli individui, inoltre, reagiscono molto diversamente all'esposizione alle sostanze inquinanti.

E' intuitivo che piccoli accorgimenti possono intanto migliorare la situazione dell'inquinamento domestico: non eccedere con i detersivi; tenere sotto controllo la nascita di muffe; arieggiare tutti i giorni dopo le pulizie; non fumare in casa, fare attenzione alle colle e simili, nei mobili e nei complementi d'arredo. Un accorgimento è pensare alle soluzioni offerte dalla natura ovvero tenere in casa piante efficaci nella riduzione dell'inquinamento dell'aria interna. Alcune di esse, infatti, sono in grado di contribuire sensibil-

mente al miglioramento della salubrità, sintetizzando le sostanze nocive per l'uomo, presenti in atmosfera, per trasformarle in principi nutritivi.

Per ridurre drasticamente l'inquinamento dell'aria interna è dunque necessario in primis ridurre le fonti nocive. Così meglio optare per prodotti e soluzioni, sia per la pulizia sia per le finiture di arredi e oggetti - detersivi, vernici, trattamenti - a bassa emissione di composti organici volatili che pertanto siano *eco-compatibili*.

Anche i materiali da costruzione dovrebbero rispettare questi requisiti in modo da non rilasciare nel tempo sostanze nocive per la salute dell'uomo.

In sintesi si dovrebbero evitare i fumi internamente agli ambienti nonché l'umidità, mantenendola a un livello ottimale al fine di evitare la condensazione e di conseguenza la proliferazione della muffa. Oltre a metodi empirici, come quello che abbiamo ricordato di aprire le finestre e arieggiare regolarmente, è oggi possibile utilizzare sistemi tecnologici in grado di incrementare il ricambio dell'aria interna anche senza un'azione umana diretta.

Non vi è dubbio, infine, che la qualità dell'aria confinata debba essere attualmente considerata un vero e proprio *problema di sanità pubblica* in quanto determina un impatto sulla popolazione in termini non solo di effetti sanitari e di costi diretti per l'assistenza medica ma anche di ordine economico generale.

## CONCLUSIONI

Per le conseguenze di natura sanitaria ed economica sulla collettività giova ribadire la rilevanza che assumono le questioni riguardanti l'inquinamento indoor. Prevenire l'impatto sulla salute dell'inquinamento dell'aria negli ambienti di lavoro e nelle abitazioni determina effetti positivi sulla qualità della vita e contestuali vantaggi economici in quanto concorre alla riduzione della morbosità.

L'azione combinata della sfera politica e sanitaria deve, quindi, concorrere alla prevenzione primaria della citata questione incoraggiando la conoscenza di quanti vivono negli edifici e sono dunque esposti all'inquinamento indoor per renderli edotti sui rischi che esso comporta e sui comportamenti e le misure utili a fronteggiarlo.

## BIBLIOGRAFIA

- Baeza Romero MT, Dudzinska MR, Amouei Torkmahalleh M, Barros N, Coggins AM, Ruzgar DG, Kildsgaard I, Naseri M, Rong L, Saffell J, Scutaru AM, Staszowska A. A review of critical residential buildings parameters and activities when investigating indoor air quality and pollutants. *Indoor Air*. 2022 Nov;32(11):e13144. doi: 10.1111/ina.13144.
- Bruinen De Bruin Y, Koistinen K, Kephelopoulou S, Geiss O, Tirendi S, Kotzias D. Characterisation of urban inhalation exposures to benzene, formaldehyde and acetaldehyde in the European Union: comparison of measured and modelled exposure data. *Environ Sci Pollut Res* (2008) 15(5):417-30.
- Bruno P., Caselli M. et Al. Monitoring of volatile organic compounds in non-residential indoor environments. *Indoor Air* 2008; 18: 250-256.
- Cincinelli A, Martini T. Indoor Air Quality and Health. *Int J Environ Res Public Health* 2017 Oct 25;14(11):1286. doi: 10.3390/ijerph14111286
- Fuselli S., Zanetti C., Santarsiero A. Residential indoor and outdoor air concentration of carbonyl compounds. *Ecological Chemistry and Engineering*, vol.14, No. 1, (2007):47-56.
- Fusillo, G., Micali, O., Ricotti, D., De Michele, S., Tarisani, G. La qualità dell'aria nelle abitazioni. *Ann Ig* 1994 6: 225-232.
- Kotzias, D., Geiss, O., Tirendi, S. Valutazione dell'esposizione totale a benzene e formaldeide nei paesi europei. *Epidemiol Prev*. 2005 Sep-Dec;29(5-6 Suppl):17-21.
- L. Møllhave. Organic compound as indicator of air pollution. *Indoor Air* 2003; 13 (Suppl. 6):12-19
- Lai, A.C.K. Particle deposition indoors: a review. *Indoor Air* 2003, 12(4), 211-14.
- Langiano E, Lanni L, Atrei P, Ferrara M, La Torre G, Capelli G, De Vito E. La qualità dell'aria negli edifici scolastici progettati ad hoc e in edifici abitativi riadattati. *Ig Sanità Pubbl*. 2008;64(1):53-66
- Leva P, Katsoyiannis A, Barrero-Morero J, Kephelopoulou S, Kotzias D. Evaluation of the fate of the active ingredients of insecticide sprays used indoors. *J Environ Sci Health B*. (2009);44(1):51-7.
- Levasseur ME, Poulin P, Campagna C, Leclerc JM. Integrated Management of Residential Indoor Air Quality: A Call for Stakeholders in a Changing Climate. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Nov 25;14(12):1455. doi: 10.3390/ijerph14121455.
- Nenna R. et al. Respiratory syncytial virus bronchiolitis, weather conditions and air pollution in an Italian urban area: An observational study, *Environmental Research*, 2017.
- Palmiotto, G., Pieraccini, G., Moneti, G., Dolora, P. Determination of the levels of aromatic amines in indoor and outdoor air in Italy. *Chemosphere* 43 (2001) 355-361.
- Simoni M., Carrozzi, L., Baldacci, S., Scognamiglio A., Di Pedè, F., Sapigni T., Viegi, G. The Po River Delta (North Italy) indoor epidemiological study: effects of pollutant exposure on acute respiratory symptoms and respiratory function in adults. *Archives of Environmental Health* March/April 2002: vol. 57 n.2.
- Simoni, M., Scognamiglio, A., Carrozzi, L., Baldacci, S., Angino, A., Pistelli, F., Di Pedè, F., Viegi, G. Indoor exposures and acute respiratory effects in two general population samples from a rural and a urban area in Italy. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* (2004) 14(S1).
- Vardoulakis S, Giagloglou E, Steinle S, Davis A, Smeuwenhoek A, Galea KS, Dixon K, Crawford JO. Indoor exposure to selected air pollutants in the home environment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 2;17(23):8972. doi: 10.3390/ijerph17238972.
- Vinh Van Tran, Duckshin Park, Young-Chul Lee. Indoor Air Pollution, Related Human Diseases, and Recent Trends in the Control and Improvement of Indoor Air Quality. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Apr 23;17(8):2927. doi: 10.3390/ijerph17082927.



# La mesoterapia antalgica: una soluzione al dolore articolare e muscolare nelle rachialgie

**Dott.ssa Rossella Viscito**

Medico Chirurgo

Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Dottore di ricerca in "Advanced Sciences and Technologies in Rehabilitation Medicine and Sports"

Master di II° livello in Ossigeno-Ozono Terapia

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

U.S.I. Furio Camillo - Via Cerreto di Spoleto, 9/21

La mesoterapia è un'intradermoterapia che sta conquistando sempre maggiori consensi in vari settori della medicina; utilizzata negli ultimi decenni nel campo della medicina estetica è stata successivamente applicata in altri settori, in particolare nel management del dolore nelle patologie muscolo-scheletriche.

Il medico non può sempre "guarire" il paziente ma deve impegnarsi per cercare di alleviare le sue sofferenze e la mesoterapia ha proprio questo obiettivo: ridurre il dolore e la disabilità per cercare di migliorare la qualità di vita del soggetto e permettergli di affrontare qualsivoglia progetto riabilitativo.

È una tecnica mini-invasiva, di basso costo, con rari effetti avversi, agevolmente eseguibile da medici competenti e applicabile in numerosi campi. La mesoterapia antalgica, detta anche intradermoterapia distrettuale antalgica, è una tecnica specialistica ambulatoriale che viene pertanto utilizzata per la riduzione del dolore.

Consiste nella somministrazione dei farmaci tramite microiniezioni per via intraepidermica, intradermica superficiale e profonda e sottocutanea o ipodermica. Il vantaggio di questa tecnica consiste nel poter utilizzare dosi ridotte di principio attivo che diffondono nei tessuti sottostanti l'inoculazione e persistono per più tempo rispetto alla via di somministrazione intramuscolare, consentendo un

effetto prolungato nel tempo, un ridotto coinvolgimento di altri organi, una riduzione del rischio di eventi avversi o effetti collaterali sistemici.

Le rachialgie costituiscono un problema rilevante nei paesi industrializzati, risultando uno dei motivi più comuni di astensione dal lavoro e di pensionamento anticipato, comportando notevoli costi per la collettività, sebbene ad oggi ancora non sia presente un affermato consenso scientifico circa l'appropriatezza terapeutica [1].

Per le persone al di sotto dei 45 anni, la lombalgia e la cervicalgia, più o meno irradiate, costituiscono la causa più comune di disabilità [2]. Sono più di 15 milioni gli italiani che soffrono di rachialgie e che si rivolgono ai servizi della medicina fisica e riabilitativa. Gli incidenti automobilistici sono la causa più frequente di dolore acuto a carico del rachide cervicale mentre quello cronico è condizionato, generalmente, da una causa professionale (posture scorrette e sovraccarico funzionale).

La mesoterapia può essere utilizzata sia in fase acuta che in fase cronica. Le rachialgie croniche sono più frequenti delle forme acute e divengono spesso esasperanti per il loro protrarsi nel tempo, con grave limitazione dell'attività lavorativa e delle attività quotidiane del paziente [3]. La cronicità del dolore è la vera responsabile del drastico peggioramento

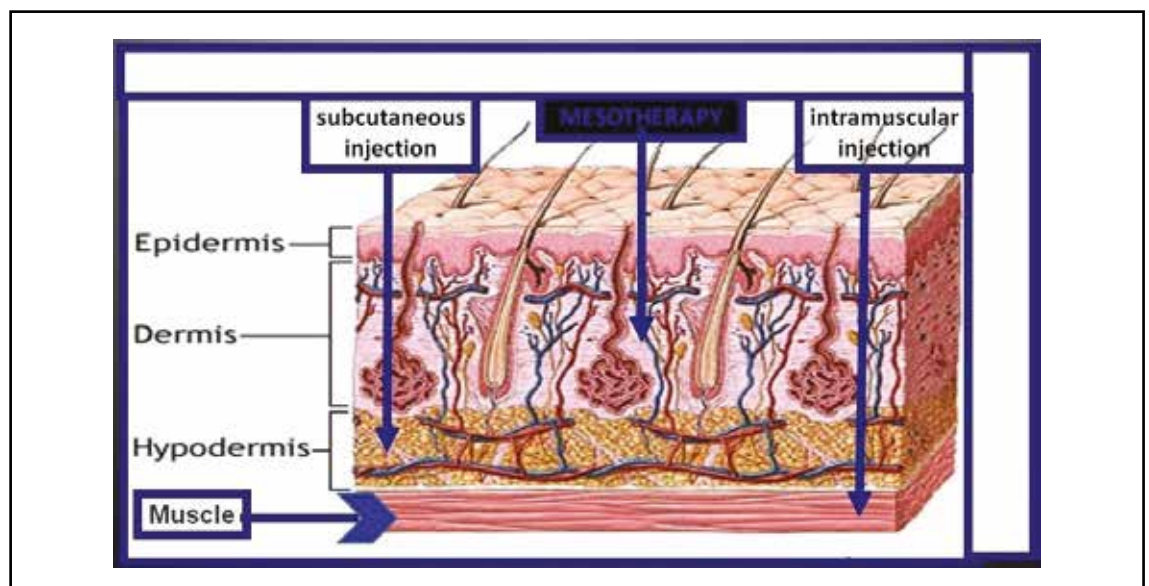


Fig.1 – Anatomia della cute (apparato tegumentario) e punto d'inoculazione della mesoterapia



## La mesoterapia antalgica: una soluzione al dolore articolare e muscolare nelle rachialgie



Fig.2- Rachialgie

della qualità di vita dei pazienti affetti da rachialgie. Questa tecnica viene perciò spesso utilizzata per ridurre il dolore nei casi di rachialgie (cervicalgie, cervico-dorsalgie, lombalgie e lombosciatalgie) e per permettere al fisioterapista di eseguire una manipolazione più efficace dei tessuti muscolari coinvolti. Il meccanismo d'azione della mesoterapia è essenzialmente farmacologico, legato cioè al principio attivo iniettato e alla sua farmacodinamica [4]; si deve ammettere, tuttavia, il contributo di fattori riflessogeni e immunitari nelle primissime fasi dell'azione del farmaco stesso.

Nell'inoculazione intradermica distrettuale non è necessario, come succede per la somministrazione sistemica, che i farmaci debbano raggiungere una concentrazione plasmatica ottimale perché si manifesti l'effetto biologico; i farmaci iniettati subiscono una fase farmacocinetica semplificata poiché sono interessati quasi esclusivamente e rapidamente i recettori dei tessuti adiacenti al distretto in cui il farmaco è stato depositato e soltanto piccole quantità di farmaco possono raggiungere la circolazione generale.

L'azione farmacologica è dunque potenziata dalla elevata concentrazione tissutale locale del farmaco. L'esperienza clinica ha, inequivocabilmente, dimostrato che la somministrazione intradermica in corrispondenza dei tessuti patologici aumenta l'efficacia dei farmaci, diminuendone contemporaneamente la potenziale tossicità sistemica.

Questa tecnica è un atto di esclusiva competenza medica, perché richiede una diagnosi clinico-strumentale, una valutazione circa l'opportunità del trattamento rispetto ad altre opzioni terapeutiche, una scelta oculata dei farmaci, della posologia, degli strumenti, della sede da inoculare, la verifica dei risultati, nonché la capacità di fronteggiare eventuali reazioni avverse.

La mesoterapia non esclude comunque altre vie di utilizzazione farmacologica né altri presidi terapeutici; per quanto riguarda la tecnica di esecuzione, un'iniezione intradermica è molto semplice, basta dare la giusta inclinazione all'ago secondo lo spessore cutaneo e, quindi, del derma, delle varie regioni corporee. È noto che lo spessore cutaneo va da pochi decimi di millimetri a livello palpebrale ad alcuni millimetri in corrispondenza delle regioni plantari. Con l'inclinazione dell'ago a 90° si raggiunge la maggiore profondità, a 45° l'inoculazione del farmaco è pre-



Fig. 3 - A sinistra inclinazione dell'ago a 45°, prevalentemente intradermica, a destra inclinazione dell'ago a 90° con la quale si raggiunge maggiore profondità



Fig. 4 – Reazione cutanea con pomfi in seguito alle microiniezioni intradermiche

valentemente intradermica.

È necessario non oltrepassare i 3-4 mm di profondità onde evitare il raggiungimento dell'ipoderma e di provocare stravasi emorragici. Più semplicemente, per essere certi d'iniettare a livello del derma basta provocare la formazione di un piccolo pomfo. Sulla cute, accuratamente detersa ed asciutta, si procede con una serie di microiniezioni intradermiche in corrispondenza della proiezione cutanea dell'organo o parte di organo che si vuole trattare. Si impiegano i comuni farmaci in commercio nor-

malmente usati per via iniettiva, sia singolarmente che in associazione, e variati a seconda della patologia da trattare. Per consuetudine la cadenza di somministrazione è settimanale, ma può variare in funzione della malattia, della sua fase clinica e della sua gravità, da una ogni 4 giorni, ad almeno una ogni 30. Il numero delle sedute è piuttosto variabile non superando, nella maggioranza dei pazienti, le cinque somministrazioni per ciclo. È consigliabile non insistere nel trattamento se non si sono ottenuti risultati dopo tre sedute di mesoterapia.

Usualmente le patologie croniche necessitano di sedute più frequenti e durature rispetto alle affezioni acute.

Un ciclo di indermoterapia distrettale prevederebbe:

- Una fase di attacco: 5 sedute, una ogni 7 giorni
- Una fase di controllo: 4 sedute, una ogni 15 giorni
- Una fase di mantenimento: sedute mensili

L'applicazione pratica più diffusa della mesoterapia riguarda la patologia dell'apparato locomotore.

Si possono curare lombo-sciatalgie, cervicobrachialgie, sindromi compartimentali, cefalee miotensive, entesiti, pannicoliti, tendiniti, borsiti e periartrosi di anca o di spalla, esiti traumatici e distorsivi.

La mesoterapia facilita o accelera il recupero delle escursioni articolari, della funzionalità e previene o aiuta a risolvere rapidamente eventuali neuroalgodistrofie riflesse secondarie.

Tale tecnica viene impiegata in campo ortopedico, riabilitativo, reumatologico, medico-sportivo e risultati soddisfacenti si ottengono anche in campo dermatologico nella terapia delle acne, dei cheloidi, della psoriasi e in campo medico-estetico nel trattamento della cellulite. La mesoterapia viene utilizzata anche nel trattamento di alcune forme di cefalea e, in generale, si rivela particolarmente vantaggiosa ed utile quando l'età del paziente, le condizioni generali, le patologie d'organo o d'apparato e la politerapia controindichino l'impiego di farmaci per via sistemica.

Sebbene la mesoterapia sia una metodica terapeutica molto poco invasiva e che preveda l'inoculazione di ridottissime quantità farmacologiche, occorre tener presente alcune limitazioni. La pratica di tale tecnica è controindicata in soggetti gravemente defedati, poliallergici, nel diabete instabile, in presenza di gravi vasculo-coagulopatie e nelle situazioni di

grave scompenso (elettrolitico, cardiaco, circolatorio e respiratorio); è, inoltre, da evitare nei primi mesi di gravidanza per potenziali effetti abortivi.

Le controindicazioni possono essere divise in due gruppi:

- Generali come intolleranze o allergie alle molecole o agli eccipienti impiegati, interazioni tra farmaci assunti per altre vie di somministrazione, scompensi, lipotimie, gravidanza avanzata, turbe del ritmo, epilessia e anche resistenza psicologica all'uso dell'ago
- Locoregionali come gravi interazioni cutanee, infiammazioni ed infezioni locali, lesioni o distrofie cutanee e sottocutanee, zone precancerose e neoplastiche, presenza di nei, cisti, cheloidi.

La mesoterapia antalgica è, pertanto, una metodica molto utile per il trattamento di tutte le sindromi in cui prevalga la manifestazione locale della malattia o nelle quali il dolore sia il sintomo principale [5].

Io la utilizzo da anni con buoni risultati nel trattamento delle cervicalgie e delle lombalgie constatando che la tollerabilità generale è ottima perché la mesoterapia agisce a basse dosi farmacologiche e perché il trattamento è ripetuto a distanza di giorni; quindi, il rischio di tossicità e di organo-lesività è raro. Pertanto, possiamo concludere che le ultime teorie neurofisiologiche giustificano l'utilizzo della mesoterapia come tecnica impiegata per il trattamento del dolore localizzato perché aumenta la concentrazione tissutale locale, persistendo nel locus dove esiste il processo morboso, così da potenziare l'efficacia farmacologica e diminuire la potenziale tossicità sistemica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Caruso I, Foti C. Lezioni di medicina riabilitativa 2006 CIC Edizioni Internazionali - Roma
2. Foti C. Compendio di medicina riabilitativa 2006 Società Editrice Universo - Roma
3. Binder AI. "Cervical Spondylosis and neck pain" BMJ 10/03/07 Volume 334; 527-31
4. Foti C, Damiani C. Terapia iniettiva locale nella diagnosi e nel trattamento sintomatico delle rachialgie. Atti della X° giornata di Medicina Fisica e Riabilitazione Italia centrale-SIMFER.Civitavecchia (Rm) 1994
5. Dalloz A, Buorquignon A. Mesoterapia, come e perché- primo approccio pratico. Salus Editrice, 1979



freepik.com/foto-gratuito/la-donna-senza-volto-con-la-pelle-scura-soffre-di-dolore-alla-nuca-tiene-la-mano-sul-collo-con-una-macchia-rossa-ha-problemi-di-salute-malattie-della-colonna-vertebrale - Immagine di wayhomestudio su Freepik

# Ortodonzia Pediatrica: quali malocclusioni è importante intercettare nei bambini?

**Dott.ssa Alessia Pisaneschi**

Odontoiatra - Specializzanda in Ortognatodonzia  
alessiapisaneschi@gmail.com



**G**razie ad una sempre maggiore consapevolezza sociale riguardo l'importanza della salute orale, è raro che ai nostri giorni un bambino venga visto dal dentista a permuta dentale completata. L'ortodonzia intercettiva è una branca dell'ortodonzia che si concentra esclusivamente sulla terapia svolta nei bambini con dentatura decidua o mista. Lo scopo dell'ortodonzia intercettiva è quello di intervenire sulla crescita facciale in maniera preventiva, modificando o riducendo gli effetti di tutti quei fattori prognostici sfavorevoli (genetici o ambientali) che possono portare alla comparsa di quadri malocclusivi più o meno gravi. L'ortodonzia pediatrica, quindi, gioca un ruolo fondamentale nel corretto sviluppo scheletrico e dentale dei bambini, poiché attraverso un approccio pedodontico preventivo e intercettivo fa intraprendere al piccolo paziente e alla famiglia un percorso terapeutico che risulterà essere breve, efficace ed efficiente e che spesso porta alla completa risoluzione della malocclusione o comunque ne semplifica la seconda fase terapeutica, che banalmente potrebbe ridursi ad un semplice allineamento dentale.

## AFFOLLAMENTO DENTALE

L'affollamento dentale è la forma più frequente di malocclusione tanto che spesso i denti affollati sono la regola piuttosto che l'eccezione. Molto spesso è proprio questa malocclusione che porta il genitore ad allarmarsi e a cercare un ortodontista pediatrico. L'affollamento dentale è una di quelle malocclusioni che non si corregge nel tempo, anzi tende a peggiorare poiché con il passare dell'età si ha una diminuzione della lunghezza delle arcate dentali.

Affollamento significa "mancanza di spazio", ed il clinico attraverso un'accurata analisi dello spazio deve identificarne l'entità poiché solo così potrà stilare il piano di trattamento più adatto al grado di affollamento.

Esistono dei segni prognostici in dentatura decidua o mista che è possibile individuare per valutare il grado di affollamento futuro.

Innanzitutto, è importante ricordare che i denti da latte anteriori (incisivi centrali, laterali e canini) sono dimensionalmente più piccoli dei corrispettivi permanenti, mentre i denti decidui dei settori posteriori (I e II molari decidui) solitamente, a meno di anomalie di forma o dimensioni, sono più grandi dei corrispettivi permanenti (I e II premolari).

Tra i segni prognostici di affollamento si ritrova la presenza o meno di spaziature in dentizione decidua. Le spaziature sono presenti con maggiore entità nell'arcata superiore (70%) rispetto all'inferiore (63%). Non trovare spaziature in dentizione decidua con denti allineati vuol dire che 2 volte su 3 seguirà affollamento in dentizione permanente.

Un altro segno predittivo che si può cogliere in dentizione mista è la perdita precoce di qualsiasi dente deciduo che comporta una riduzione del perimetro d'arcata. Un esempio tipico è la perdita precoce dei canini da latte, che corrisponde ad un segno grave di affollamento (Fig.1)

Oltre a questo, anche la proclinazione eccessiva dei denti sia da latte che permanenti è un segno prognostico di affollamento che necessita di essere indagato. Esistono diverse modalità per recuperare spazio nelle arcate dentali, ma nella programmazione il clinico non può prescindere dal concetto di arcata guida che riguarda quella inferiore, la quale non può essere modificata a causa della sua struttura ossea sottostante.



**Fig. 1 - Affollamento dentale: a sinistra vediamo un affollamento dentale moderato; a destra è possibile vedere un affollamento grave con perdita del canino deciduo prima del tempo**

## DEFICIT TRASVERSALE DEL MASCELLARE

Il deficit trasversale o ipoplasia del mascellare, è una delle malocclusioni che può portare, se non individuata per tempo, ad una alterata crescita del distretto facciale.

Si parla di deficit trasversale quando è presente un alterato rapporto sul piano trasversale tra il mascellare superiore e la mandibola. Se immaginassimo il mascellare superiore come un coperchio, questo rispetto alla sua scatola, la mandibola, risulterebbe più piccolo.

Clinicamente può manifestarsi in diversi modi e spesso è associato anche a problemi sagittali e verticali.

È possibile riscontrare un cross bite posteriore mono o bilaterale, spesso associato ad un compenso dentale dell'arcata inferiore ed a crescita differente dei processi alveolari.

Nel cross bite posteriore mono laterale è possibile riscontrare linee mediane non coincidenti, con conseguente con uno shift mandibolare in chiusura (Fig.2). Questa deviazione mandibolare se non corretta per tempo può portare ad una crescita anomala del condilo nella fossa glenoidea, con conseguente crescita asimmetrica della mandibola.

Spesso i bambini hanno un palato ogivale o a V, associato ad una volta palatina alta e stretta. A volte il deficit trasversale è mascherato dietro a dei compensi dentali di entrambe le arcate che appaiono comunque strette. Inoltre, il deficit mascellare trasversale può essere asso-





Fig. 2 - Deficit trasversale del mascellare con cross bite monolaterale e linee mediate non centrate

ciato a problemi antero-posteriori e può essere classificato come reale o relativo. Una relazione di Classe II può mascherare un coinvolgimento trasversale della mascella dovuto ad un posizionamento posteriore dell'arco mandibolare, mentre nella Classe III il posizionamento anteriore della mandibola può accentuare il deficit mascellare o addirittura proiettare un deficit inesistente.

Il Ministero della Salute nel testo "Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia" emanate 2017 inserisce tra le priorità di trattamento la risoluzione delle problematiche trasversali.

Il dispositivo ortodontico d'elezione utilizzato per il trattamento del deficit trasversale è l'espansore rapido palatale. Questo dispositivo genera forze ortopediche che permettono la diastasi della sutura mediopalatina. L'efficienza dell'apparecchio ortodontico dipende dal grado di maturità della sutura; dunque, meno sono i ponti ossei che si creano tra i due emipalati e più piccola sarà la forza necessaria per creare l'espansione. Verso gli 8 anni inizia il processo di ossificazione e la sutura cambia il suo aspetto diventando più sinuosa.

Il corretto timing per il trattamento del deficit trasversale è nei pazienti in crescita che sono in dentizione mista precoce e quindi prima del loro picco di crescita; in particolare si aspetta che il piccolo paziente abbia raggiunto una maturità neuromuscolare.

Trattare il deficit trasversale in dentizione mista inoltre ha il vantaggio di poter utilizzare come ancoraggio dentale per il dispositivo ortodontico i denti da latte, che sono denti "usa e getta" evitando di compromettere l'integrità dei denti permanenti.

### MORSO CROCIATO ANTERIORE

A volte i genitori portano i bambini dal dentista poiché vedono un'inversione del morso, ovvero osservano che la mandibola o i denti mandibolari, sono più in avanti rispetto ai denti del mascellare superiore. Questo tipo di malocclusione prende il nome di morso inverso e può essere o limitata solo alla malposizioni dentali (pseudo III classi) oppure essere la spia di una disgnazia scheletrica di classe III (III classi vere). (Fig.3) Nella malocclusione scheletrica di III classe si ha una disarmonia delle proporzioni dei due mascellari, con un deficit apparente o reale a carico del mascellare superiore.

Le III classi infatti possono essere causate o da una retrusione del mascellare superiore o da una protrusione mandibolare o essere una combinazione di entrambe. La prevalenza della malocclusione nella popolazione caucasica si aggira attorno al 5%, aumentando notevolmente nella popolazione asiatica ed ha un forte carattere ereditario.



Fig. 3 - Morso Inverso: Paziente di 5 anni con diagnosi di III classe scheletrica con carattere ereditario

Il timing di trattamento è cruciale e la terapia va iniziata il più precocemente possibile già in dentatura decidua con maschera facciale di Delaire o Petit e l'espansore rapido palatale.

Questo approccio terapeutico ha il compito di annullare o attenuare le discrepanze scheletriche stimolando le suture del mascellare prima che diventino sinostosi, facendole diventare siti di crescita ossea.

Purtroppo, l'odontoiatra non può fare nulla con la genetica che sta alla base di questa malocclusione, poiché è impossibile determinare quanta sia la crescita residua della mandibola, ma può certamente cambiare il suo vettore di crescita ed implementare l'avanzamento del mascellare superiore.

È importante individuare questo tipo di malocclusione il più precocemente possibile poiché un tempestivo trattamento ortopedico può ridurre la possibilità di un trattamento ortodontico chirurgico futuro o quanto meno renderlo meno invasivo e più stabile nel tempo.

### OVERJET AUMENTATO

Con il termine di overjet si intende la distanza orizzontale fra i margini incisali degli incisivi superiori e i margini incisali degli incisivi inferiori.

Spesso nei bambini è possibile riscontrare un overjet aumentato e questo può essere il segno predittivo della presenza di diversi quadri malocclusivi come affollamento dentale, II classi scheletriche o può essere dovuto dalla presenza delle abitudini orali. È importante intervenire sull'overjet aumentato poiché i bambini hanno maggiori possibilità di andare incontro a traumi dentali. (Fig.4)



Fig. 4 - Overjet Aumentato

## Ortodonzia Pediatrica: quali malocclusioni è importante intercettare nei bambini?

### ABITUDINI ORALI

Con il termine di "oral habits" si intendono tutte quelle abitudini acquisite dai bambini che possono essere temporaneamente o permanentemente dannose per l'occlusione dentale e per le strutture di supporto della cavità orale.

Tra queste abitudini è possibile riscontrare, suzione del dito, respirazione orale e deglutizione atipica.

Il periodo tra i 3 ed i 6 anni di età rappresenta un periodo di transizione interessante per affrontare eventuali abitudini orali.

- **Suzione del dito:** abitudine orale non nutritiva che è in grado di determinare variazioni morfologiche del cavo orale fin dalle prime dentature. La suzione è una abitudine innata, ma rappresenta anche un modo che ha il bambino per relazionarsi e comunicare con l'ambiente. La suzione provoca nel bambino piacere, grazie al rilascio di endorfine. L'abitudine della suzione del dito o del succhietto è dannosa per lo sviluppo del cavo orale, con conseguente instaurarsi di una malocclusione che prende il nome di morso aperto (Fig.5). A contribuire all'instaurarsi di questa malocclusione abbiamo due meccanismi patogenetici che sono la pressione del dito sui denti e l'alterata pressione di labbra e guance. Il trattamento del morso aperto è complesso poiché oltre all'approccio coercitivo e funzionale delle apparecchiature ortodontiche l'ortodontista ha il compito di intervenire al livello comportamentale e spiegare ai genitori come comportarsi con il bambino.

- **Respirazione orale:** è da considerarsi un'alterazione stabile e patologica dello schema respiratorio abituale. I bambini che hanno questa "abitudine" hanno la tipica "facies adenoidea" in cui la bocca rimane aperta, il labbro superiore è corto e l'inferiore è everso. Inoltre, è comune osservare la presenza di occhiaie e riscontrare stanchezza cronica.

Molto spesso, questa respirazione orale diventa obbligatoria a causa dell'ipertrofia del tessuto adeno-tonsillare. Tale condizione può risultare ancora più grave poiché potrebbero manifestarsi disturbi respiratori durante il sonno, noti come OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno). Il trattamento dei respiratori orali risulta complesso e merita un approccio multidisciplinare che vede coinvolti pediatri, odontoiatri, allergologi, otorini e logopedisti. L'odontoiatria ha come opzione di trattamento l'uso dell'espansore rapido, qualora sia presente un deficit



Fig. 5 - Paziente in dentizione mista con cross bite monolaterale e Openbite da utilizzo prolungato del succhietto fino a 6 anni di età

trasversale del mascellare; con esso è possibile ridurre l'ostruzione nasale e cambiare la postura della lingua che tenderà ad essere più alta.

- **Deglutizione con interposizione della lingua:** il passaggio dalla deglutizione infantile a quella dell'adulto avviene in modo graduale; a volte però la sua maturazione non avviene e si ha l'instaurarsi della deglutizione atipica. Questo pattern deglutitorio è spesso presente in quei soggetti che hanno openbite e overjet aumentato ed è un adattamento fisiologico che si manifesta come conseguenza di un mancato sigillo anteriore. Quindi la deglutizione atipica non è la causa della malocclusione, piuttosto è la conseguenza del quadro malocclusivo sottostante. Trattare, dal punto di vista miofunzionale, la deglutizione atipica è importantissimo, poiché attraverso dei dispositivi ortodontici prima e con l'ausilio successivo della terapia logopedica, è possibile ripristinare una corretta deglutizione

### CONCLUSIONI

In sintesi, l'ortodonzia intercettiva o pediatrica è importante poiché offre l'opportunità di intervenire precocemente sui problemi ortodontici, prevenendo il loro peggioramento e riducendo la necessità di trattamenti più complessi in futuro.

Intervenire in questa fase permette allo specialista di accompagnare i bambini lungo tutto il percorso della crescita, guidando lo sviluppo corretto della struttura maxillo-facciale e affrontando precocemente eventuali anomalie prima che possano causare complicazioni, disagi o alterare l'armonia del viso. Il trattamento delle malocclusioni in dentizione mista è molto importante. L'ortodonzia intercettiva gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella risoluzione di quadri malocclusivi.

### BIBLIOGRAFIA

1. Roberto. Ferro, Giuseppe. Marzo, and Vincenzo. Quinzi, "L'ortodonzia pediatrica o delle prime due dentature: con poco... tanto," 2018, Accessed: Feb. 01, 2023. [Online]. Available: <https://www.ariesdue.it/prodotto/lortodonzia-pediatria-delle-prime-due-dentature-poco-tanto/>
2. P. Ngan, "Early Timely Treatment of Class III Malocclusion," 2005, doi: 10.1053/j.sodo.2005.04.007.
3. Quinzi V, Rossi O, Paglia L, Marzo G, Caprioglio A. Paediatric Orthodontics Part 2: Periodontal effects of maxillary expansion. Eur J Paediatr Dent. 2019 Jun;20(2):164-166. doi: 10.23804/ejpd.2019.20.02.16. PMID: 31246096
4. M. della Salute, "Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia," 2017.
5. J. L. Moeller, "Orofacial Myofunctional Therapy: Why Now?," Cranio - Journal of Craniomandibular Practice, vol. 30, no. 4, pp. 235-236, 2012, doi: 10.1179/crn.2012.035.
6. K. Boyd, S. Saccomanno, C. J. Lewis, L. Coceani Paskay, V. Quinzi, and G. Marzo, "Myofunctional therapy. Part 1: Culture, industrialisation and the shrinking human face," Eur J Paediatr Dent, vol. 22, no. 1, pp. 80-82, 2021, doi: 10.23804/ejpd.2021.22.01.15.

# Aspetti ecografici dopo trattamento chirurgico endovascolare delle varici degli arti inferiori

**Dott. Luca Palombi**

Medico specialista in Chirurgia Vascolare

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

USI Doc Prati - Via V. Orsini, 18

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

**Dott.ssa Monica Morelli**

Medico specialista in Chirurgia Vascolare

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

U.S.I. Axa-Palocco - Via Eschilo, 191

## ABSTRACT

Ad oggi le tecniche chirurgiche endovascolari rappresentano una scelta efficace e ampiamente utilizzata nel trattamento dell'insufficienza venosa superficiale.

Nello specifico negli ultimi anni alle tecniche ablative tumescenti, quali la termoablazione laser e la radiofrequenza (EVLA e RFA), si sono affiancate le tecniche ablative non tumescenti quali l'ablazione meccanico-chimica e l'occlusione con cianoacrilato (MOCA e CAGE).

L'ecocolordoppler rappresenta l'indagine di prima scelta per valutare l'esito di queste procedure.

Lo scopo di questo lavoro è quello di fornire una panoramica aggiornata degli aspetti ecografici riscontrabili nel follow-up dei pazienti sottoposti a procedure endovascolari. Nello specifico, i quadri caratteristici dell'imaging verranno descritti nel follow-up immediato e a breve/medio termine.

L'Ecografia Duplex (DUS) è un elemento fondamentale nell'indagine del sistema venoso degli arti inferiori dopo il trattamento chirurgico ed endovascolare delle vene varicose. Pertanto, è necessario aggiornare le proprie conoscenze riguardo i pattern ecografici legati alle nuove procedure endovascolari.

## INTRODUZIONE

L'ecocolordoppler rappresenta un metodo non invasivo in grado di fornire informazioni sul patrimonio vascolare, di carattere anatomico, morfologico ed emodinamico. Per tale motivo questo tipo di imaging ha il potenziale per essere la metodica di prima scelta da adottare nella valutazione post-operatoria dopo il trattamento endovascolare delle varici degli arti inferiori. La sua accuratezza ci consente ad oggi di aumentare la conoscenza generale sulle cause che portano alla recidiva clinica. Per questo motivo è necessario aggiornare le competenze sui pattern ecografici che si verificano nel follow-up dei pazienti sottoposti a questi nuove metodiche chirurgiche.

I tempi del follow-up ecografico sono stati definiti nel Documento di Consenso dell'Unione Internazionale di Flebologia (U.I.P.). Queste linee guida specifiche individuano 4 momenti specifici: un follow-up immediato (1-4 settimane), un follow-up a breve termine (1 anno), un follow-up a medio termine (2-3 anni) ed un follow-up a lungo termine (dopo 5 anni).

## TECNICHE TERMOABLATIVE TUMESCENTI

Le tecniche termoablative rappresentano attualmente, in accordo con le linee guida internazionali, le metodiche chirurgiche più utilizzati nel trattamento delle vene varicose. Queste tecniche sono rappresentate dall'Ablazione Laser EndoVenosa (EVLA) e dall'Ablazione con RadioFrequenza (RFA). Queste causano un danno termico all'intima e alla parete media della vena. La vena trattata va incontro dapprima ad un'occlusione trombotica per poi subire un graduale processo di involuzione fibrotica. Per tale motivo, le caratteristiche immagini del postoperatorio di un trattamento termoablativo saranno caratterizzate da due principali momenti: una prima occlusione trombotica ed una successiva fibrosi.

Nello specifico, quindi, nel follow-up immediato sarà possibile osservare una completa occlusione endoluminale della vena caratterizzata da materiale iso-ipoecogeno. Si osserva inoltre un ispessimento della parete mediale della vena ed una contestuale iperecogenicità dell'avventizia. (Fig. 1.)



Fig. 1 - L'immagine mostra: a. Occlusione endoluminale completa con materiale ipo-isoecogeno. b. Scompaginamento della parete mediana che risulta ispessita e ben visibile. c. Iperecogenicità della parete avventiziale (risposta infiammatoria). d. L'assenza di flusso intraluminal che può essere evocata anche dopo la manovra di attivazione. e. Pervietà della giunzione safeno-femorale (ipoecogenicità endoluminale); a questo livello è riconoscibile anche la valvola terminale (aspetto iperecogeno dei lembi).

Nel corso dei mesi (follow-up a breve-medio termine) si osserva invece una progressiva diminuzione delle dimensioni delle vene (restringimento). All'esame ecografico la vena apparirà come una struttura fibrosa



## Aspetti ecografici dopo trattamento chirurgico endovascolare delle varici degli arti inferiori

iso-iperecogena omogenea. Infine, a distanza di anni (follow-up a lungo termine), non sarà più o sarà scarsamente riconoscibile rispetto ai tessuti circostanti.

### TECNICHE NON TUMESCENTI NON TERMICHE: ABLAZIONE MECCANICO-CHIMICA (MOCA)

La tecnica dell'ablazione meccanico-chimica (MOCA) combina il danno meccanico all'endotelio venoso prodotto dal filo guida rotante e il contemporaneo rilascio di un liquido sclerosante (Polidocanolo o STS). Il liquido sclerosante provoca un danno irreversibile alle membrane cellulari dell'endotelio, con conseguente fibrosi progressiva della vena.

Anche per questa metodica si possono individuare tre immagini ecografiche fondamentali.

Il primo è rappresentato dalla presenza intraluminale di materiale ipoecogeno, espressione di occlusione trombotica. Il secondo è dovuto al rigonfiamento della parete media del vaso trattato, che appare finemente isoecogena. Nello specifico questo aspetto è legato al danno subendoteliale indotto dalla punta rotante del catetere attraverso la quale l'agente sclerosante riesce a penetrare nella tunica media. Tuttavia, a differenza di quanto avviene con le tecniche termoablative tumescenti, l'aspetto ecografico della tunica media è una zona isoecogena omogenea (assenza di immagini iperecogene). Infatti, risulta ancora possibile distinguere il confine tra l'intima e la parete media del vaso. Il terzo aspetto caratteristico è rappresentato dall'iperecogenità della parete avventiziale, espressione di un danno infiammatorio a tutto spessore. (Fig. 2.)



Fig. 2 - L'immagine mostra: a. occlusione intraluminale caratterizzata da materiale ipoecogeno; b. aumento dello spessore della parete del mezzo; c. iperecogenità della parete vascolare.

Infine anche con questa tecnica sarà possibile osservare al follow-up a medio e lungo termine un progressivo processo di fibrosi della vena, sino alla sua scomparsa.

### TECNICHE NON TUMESCENTI: EMBOLIZZAZIONE CON COLLA CIANOACRILATA (CAGE)

L'N-butile cianoacrilato è un agente monomero adesivo liquido che polimerizza rapidamente e diventa solido quando viene a contatto con una soluzione contenente anioni (ad esempio, con gruppi idrossilici nel sangue). Ciò porta prima all'occlusione del vaso, associata ad una marcata risposta infiammatoria en-

doteliale e successivamente alla fibrosi.

Il caratteristico pattern ecografico mostrerà 3 caratteristiche distintive. Il primo è rappresentato dalla presenza di materiale iperecogeno intraluminale (Colla-cianoacrilica). Il secondo dalla caratteristica ombra sulla parete posteriore dovuta all'impedenza acustica prodotta dal cianoacrilato una volta polimerizzato. Il terzo aspetto peculiare è rappresentato dall'iperecogenità delle pareti della vena, espressione di una risposta infiammatoria. (Fig.3.)

### CONCLUSIONI

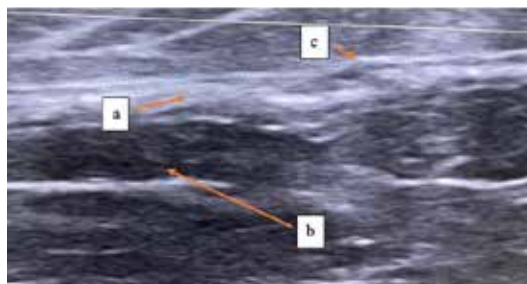


Fig. 3 - L'immagine mostra: a. iperecogenità intraluminale; b. cono d'ombra sulla parete posteriore; c. iperecogenità delle pareti dei vasi.

L'ecografia Duplex (DUS) è un elemento fondamentale nell'indagine del sistema venoso degli arti inferiori, soprattutto dopo il trattamento chirurgico ed endovascolare delle vene varicose. Conoscere gli aspetti ecografici tipici di ogni singola metodica chirurgica endovascolare è fondamentale per valutare il successo dell'intervento, eventuali complicanze e recidive.

### BIBLIOGRAFIA

1. Luca PALOMBI, Monica MORELLI, Fabio MARTINELLI, Pier G. BIANCHI. A pictorial essay of ultrasound findings after endovascular procedures for superficial chronic venous disease. *Journal of Radiological Review* 2023 June;10(2):83-7
2. Lee BB, Nicolaidis AN, Myers K, et al. Venous hemodynamic changes in lower limb venous disease: the UIP consensus according to scientific evidence. *Int Angiol* 2016; 35(3): 236-352.
3. Marsden G, Perry M, Kelley K, Davies AH, Guideline Development Group. Diagnosis and management of varicose veins in the legs: summary of NICE guidance. *BMJ* 2013; 347: f4279.
4. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs – UIP consensus document. Part I. Basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31(1): 83-92.
5. Cavezzi A, Labropoulos N, Partsch H, et al. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs – UIP consensus document. Part II. Anatomy *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31(3): 288-99.
6. Gibson K, Morrison N, Kolluri R, et al. Twenty-four month results from a randomized trial of cyanoacrylate closure versus radiofrequency ablation for the treatment of incompetent great saphenous veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2018; 6(5): 606-13.

# Infiltrazioni ecoguidate di ialuronidasi in Medicina Estetica: un approccio innovativo



**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 - medestetica@usi.it

## INTRODUZIONE

La Medicina Estetica rappresenta un campo in continua evoluzione, mirato a migliorare l'aspetto estetico dei pazienti attraverso l'uso di trattamenti non invasivi o minimamente invasivi. Tra le numerose sostanze utilizzate la **ialuronidasi** si distingue per la sua capacità di modificare l'acido ialuronico, un componente fondamentale della matrice extracellulare della pelle.

### Che cos'è la ialuronidasi?

La ialuronidasi è un enzima che ha la capacità di degradare l'acido ialuronico, un polisaccaride presente in abbondanza nel tessuto connettivo umano e alla base dei *filler* comunemente utilizzati in Medicina Estetica. Quest'azione rende la ialuronidasi uno strumento prezioso in varie applicazioni mediche, inclusa la Medicina Estetica, dove è spesso utilizzata per correggere eccessi di *filler* e per facilitare la diffusione di altri farmaci nel tessuto cutaneo.

### Applicazioni e utilizzo

Nella pratica clinica la ialuronidasi è impiegata per migliorare l'aspetto estetico del viso e del corpo, agendo su aree specifiche per ridurre l'eccesso di volume o per correggere asimmetrie causate dall'uso di *filler*. La sua capacità di rompere i legami dell'acido ialuronico la rende ideale per trattare eventuali irregolarità o per preparare la pelle ad ulteriori trattamenti estetici.

### Novità nel campo della ialuronidasi

Recentemente l'introduzione delle **tecniche di infiltrazione ecoguidate** ha rappresentato una significativa **innovazione nel modo di somministrare la ialuronidasi**.

Questa tecnologia, infatti, consente ai professionisti della Medicina Estetica di visualizzare in tempo reale le strutture sottocutanee, garantendo una precisione senza precedenti nell'iniezione dell'enzima. Tale approccio riduce notevolmente il rischio di errori ed ottimizza i risultati del trattamento senza danneggiare i tessuti.

### Protocolli e Infiltrazioni Ecoguidate

L'utilizzo dell'ecografia nella somministrazione di ialuronidasi segue protocolli specifici che tengono conto delle **caratteristiche individuali del paziente**, come lo spessore della pelle e la localizzazione dell'acido ialuronico da trattare. Le infiltrazioni ecoguidate permettono, quindi, di individuare con precisione le zone di intervento, massimizzando l'efficacia dell'enzima e minimizzando l'impatto sulle aree circostanti.

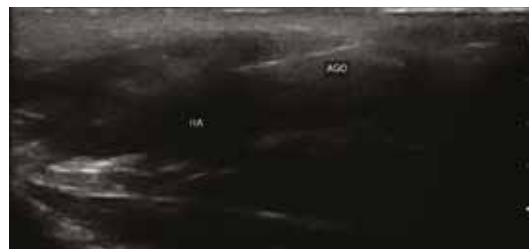
### Effetti e zone di infiltrazione

Le zone di infiltrazione più comuni per il trattamento con ialuronidasi includono il *viso*, in particolare il *contorno occhi*, le *labbra* e le *guance*, dove il filler a base di acido ialuronico è più frequentemente utilizzato. Ma anche altre parti del corpo, come il collo, il *décolleté* e le mani, possono beneficiare di questo trattamento, soprattutto per correggere eventuali asimmetrie o per ridurre l'eccesso di *filler*.

### Conclusione

In sintesi l'uso della ialuronidasi in Medicina Estetica, specialmente quando coadiuvato da tecniche di infiltrazione ecoguidate, rappresenta una frontiera avanzata per il miglioramento dell'aspetto estetico poiché, combinando sicurezza, precisione ed efficacia, consente ai medici di effettuare trattamenti personalizzati e di alta qualità.

In particolare, mentre l'utilizzo indiscriminato di ialuronidasi per correggere un eccesso di acido ialuronico può comportare il consumo eccessivo di tale enzima, con il conseguente rischio di compromettere anche il tessuto sano, al contrario l'approccio con le infiltrazioni ecoguidate minimizza notevolmente il bisogno di ialuronidasi, riducendo il trauma e preservando l'integrità del tessuto sano grazie alla sua capacità di mirare con precisione estrema solo le aree da trattare. Ancora una volta U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) è in grado di offrire ai propri pazienti un trattamento efficace, all'avanguardia e senza effetti collaterali.



Prima dell'infiltrazione



Dopo l'infiltrazione

# I capelli, gioia e dolore!!

**Dott. Giuseppe Emmanuello**

Medico-Chirurgo  
Tricologo

Scienze Tricologiche Università di Firenze  
Responsabile Sezione Tricologia U.S.I.

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22  
U.S.I. Prati - Via Virginio Orsini, 18



I capelli quando sono sani e formano una bella chioma svolgono un ruolo importante per l'immagine e la bellezza sia delle donne che degli uomini. I capelli, inoltre, rispecchiano spesso lo stato di salute e l'umore delle persone. Prendersi cura dei propri capelli non è solo una questione di igiene o di immagine... è qualcosa di più... è volersi bene.

U.S.I. già da qualche anno ha istituito una Sezione di Tricologia, avvalendosi di tricologi di grande esperienza che si occupano di tutte le problematiche a carico dei capelli e del cuoio capelluto.

Qualunque sia il disturbo, esso va studiato ed indagato dal tricologo con scrupolo ed attenzione.

**Molteplici** sono le **problematiche** che si possono riscontrare, da una semplice *seborrea*, *forfora* o *caduta eccessiva di capelli* ad una *calvizie da alopecia androgenica*, *alopecia areata* o *alopecia cicatriziale*.

La visita tricologica è, quindi, importante per escludere patologie gravi e, se sono presenti, per curarle.

La precocità della diagnosi è fondamentale ed occorre evitare l'autoterapia perché questa potrebbe portare ad un ritardo della cura specifica.

Presso U.S.I. il tricologo opera con sofisticati apparecchi che gli permettono una diagnosi accurata.

Essendo tante le patologie che possono creare problemi a carico dei capelli e del cuoio capelluto, queste vanno studiate con esame di laboratorio e strumentale.

Un **problema a carico dei capelli non va studiato solo esaminando i capelli** perché in tal modo verrebbe trascurata la causa primaria responsabile del problema.

Una ragazza di 16/ 18 anni con problemi di capelli, ad esempio, non può essere trattata solo con la lozione o lo shampoo specifico ma dev'essere studiata in collaborazione con il ginecologo e l'endocrinologo.

**L'alopecia androgenetica**, molto frequente nei maschi, **può colpire anche le donne**. Ai primi segni di diradamento dei capelli bisogna, quindi, farsi visitare dal tricologo per mettere in atto la terapia specifica al fine di evitare che il leggero diradamento porti a calvizie.

Oggi la ricerca scientifica fornisce farmaci che ci danno la possibilità di bloccare l'evoluzione della calvizie e migliorare quei casi in cui il diradamento si era già manifestato.

Nei casi in cui la calvizie si presenta in uno stato avanzato, per risolverla si ricorre all'**autotrapianto di capelli**. Presso il centro U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22 opera un'equipe diretta dal Dott. Giuseppe Emmanuello che esegue l'autotrapianto con la tecnica FUE.

L'**Autotrapianto di capelli con tecnica FUE** (Estrazione Unità Follicolari) è indicato per correggere le aree calve più o meno estese.

Il tipo di calvizie che può essere trattato con l'autotrapianto è l'ALOPECIA ANDROGENETICA e l'ALOPECIA CICATRIZIALE da patologie oppure da esiti di traumi o ustioni.

Il **numero di interventi necessari è legato all'estensione dell'area da trattare**.

Se la calvizie è localizzata nelle tempie o nel vertex (chierica) basta un intervento; se è localizzata in entrambe le zone, occorrono due interventi; se, invece, è estesa in tutta l'area di vertice occorrono tre interventi. L'intervento può essere eseguito in **anestesia locale** o con **sedazione**.

Il personale necessario per l'intervento è composto da un chirurgo, un anestesista, un'infermiera professionale ed un'operatrice sanitaria.

Il **tempo medio** per eseguire l'intervento è di circa **tre ore e mezza**.

Alla fine dell'intervento viene applicato un bendaggio che viene rimosso il giorno successivo.

Va, infine, sempre somministrata a domicilio adeguata terapia antibiotica.

**Quando viene trattata la zona frontale** si può manifestare **edema** che dura di solito due/tre giorni. In tal caso si consiglia un antiedemigeno.

Nei giorni successivi all'intervento si formeranno delle piccole croste, sia nella zona di prelievo che nella zona trattata, che cadranno spontaneamente in dieci giorni circa. La ricrescita dei capelli si osserverà dopo circa due mesi.

Il **risultato finale** va in ogni caso valutato **dopo un anno** dall'intervento. Nell'area di prelievo non residuano cicatrici lineari e se i capelli vengono rasati può essere evidente l'esito del prelievo con un leggero diradamento

PRIMA



DOPO



PRIMA



DOPO





# Pensare e operare nella dimensione non-verbale



**Fabrizio Dado' intervista la  
Dott.ssa Maria Emerenziana D'Ulisse**

**Psicoterapeuta e Musicoterapista  
Coordinatrice e Docente Scuola di Musicoterapia**

**P**er avere qualche chiarimento su modelli, applicazioni e approccio professionale in Musicoterapia, ci siamo rivolti alla Dott.ssa Maria Emerenziana D'Ulisse, musicoterapeuta, psicologa e psicoterapeuta, docente di Metodi e Tecniche in Musicoterapia presso il Dipartimento di Didattica della Musica del Conservatorio Cesare Pollini di Padova e presso la Scuola di Formazione in Musicoterapia della Cooperativa Oltre di Roma. Svolge attività clinica, di ricerca e autoriale.

### **Dottorressa D'Ulisse, a che punto sono oggi la diffusione e l'apprezzamento per la musicoterapia in Italia?**

Negli ultimi vent'anni la musicoterapia ha fatto grandissimi passi avanti. Ne aveva già fatti, ma sicuramente dal 2000 in poi gli interventi sistematici di musicoterapia nell'ambito delle demenze, del Parkinson, dei pazienti oncologici, delle cure palliative e della terapia di accompagnamento al fine vita, hanno avuto un grande sviluppo e anche dei riconoscimenti, grazie a convegni, pubblicazioni e alla diffusione attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Non tutti conoscono ancora la musicoterapia, però, per gli addetti ai lavori, i pazienti e i loro familiari, è qualcosa che si comincia a incontrare sulla propria strada.

### **In quali settori terapeutici risulta maggiormente applicata la musicoterapia e in quali invece incontra difficoltà?**

Diciamo che siamo a buon punto, ma ancora abbiamo difficoltà negli ambiti in cui la musicoterapia non ha prodotto risultanze scientifiche inoppugnabili. Per quanto riguarda i casi che ho citato nella risposta precedente, come demenza, Parkinson e cure palliative, esistono invece molte documentazioni e diverse Regioni hanno inserito la musicoterapia nelle linee guida di ciò che è considerato utile e consigliabile per quel tipo di pazienti. Ci sono altri ambiti in cui la musicoterapia viene applicata, ad esempio i disturbi dell'età evolutiva e l'autismo, ma sono campi in cui la comunità scientifica non ha ancora acquisito sufficienti prove di validità. Quindi c'è ancora del lavoro da fare...

### **E per quanto riguarda le applicazioni?**

I campi di applicazione della musicoterapia sono svariati: disagio sociale, comportamenti devianti; disarmonia evolutiva; disturbi del neurosviluppo, disturbi psico-intellettivi; deficit senso-percettivi e neuro-motori; disturbi psichiatrici; esiti psichici, neuropsicologici, neuro motori; deterioramento senile e demenze senili; profilassi della gravidanza e del puerperio; oncologia e cure palliative. Si possono distinguere tre grandi aree di lavoro: preventiva, con finalità contenitive e maturative; riabilitativa, per il poten-

ziamento di funzioni non evolute o regredite; terapeutica per il ripristino di una spontaneità di crescita interrotta, il sostegno nelle crisi di passaggio da una fase evolutiva all'altra con modalità disfunzionali, l'intervento su patologie fortemente inficianti. Unica controindicazione clinica per l'uso della musicoterapia è l'epilessia musicogena.

### **Può descrivere ai lettori de "Il caduceo" come si giunge alla definizione di una musicoterapia specifica per un determinato paziente?**

Devo fare una precisazione: la musicoterapia non inizia con un semplice contatto con il paziente o un suo familiare, a cui segue la terapia. La musicoterapia richiede un *assessment*, una valutazione *in musicoterapia*. Questo è molto importante, perché non è detto che chi si rivolge al musicoterapeuta abbia un'idea chiara di cosa sta cercando. Potrebbe avere una sua opinione, magari preformata con letture su Internet e giornali, che però non risponde alla metodologia o alla reale possibilità di operare del musicoterapeuta interpellato. Il primo colloquio, quindi, deve essere molto dettagliato, con moltissime informazioni date e ricevute, per poi cominciare a delineare un *accordo terapeutico* e un piano comune di incontro. Fatte almeno tre sedute, si può fornire al paziente o al suo familiare una relazione scritta su ciò che si è osservato, sulla possibilità di iniziare un percorso musicoterapico, con quali obiettivi, tempi, mezzi e costi.

### **Quale tra i diversi modelli di musicoterapia applica e perché?**

Personalmente, sia nella pratica clinica sia nella didattica, utilizzo il modello Benenzon [sviluppato dallo psichiatra e musicista argentino Rolando Omar Benenzon; v. scheda "Modelli musico-terapeutici". NDA]. Innanzi tutto perché questo modello non ha limiti e si può applicare con qualsiasi tipo di paziente, anche se gravissimo, con deficit cognitivo, deficit motorio, assenza di linguaggio; quindi con una capacità di comunicare limitatissima o assente. Tramite le tecniche a cui Benenzon ci ha formato negli anni, il musicoterapeuta può *stare con il paziente*, calarsi nella sua condizione e lavorare con lui. Il modello della Musicoterapia Recettiva, ad esempio – pur utilissima per determinate patologie – farebbe fatica in un caso del genere, perché un paziente di questo tipo, pur potendo essere sottoposto a un ascolto, non è in grado di comunicarci ciò che questo ascolto ha suscitato in lui. Per questo motivo, da sempre, formo i miei studenti secondo il modello Benenzon, pur informandoli ampiamente sugli altri modelli citati nel vostro articolo. Con questo modello il futuro musicoterapeuta sarà in grado di accettare qualsiasi ambito di lavoro senza limitazioni.



freepik.com/foto-gratuito/rapresentazione-innovativa-astratta-di-idea - Immagine di freepik

### **Che tipo di strumentazione usa?**

Usiamo tutto: molto lo strumentario Orff, poi il pianoforte, le arpe da tavolo, le chitarre; ma tutto può diventare strumento corporeo-sonoro-musicale. Soprattutto, nella musicoterapia è prevista la costruzione con il paziente di strumenti artigianali come clessidre ad acqua, semplici idiofoni, shaker in legno, magari da colorare insieme...

### **La musicoterapia raccoglie caratteri della medicina, della psicologia, della musica, delle terapie riabilitative. Alla fine ne risulta una summa particolare di competenze e un approccio specifico tra terapeuta e paziente. Vuole approfondire un po' l'argomento?**

La musicoterapia è una disciplina autonoma, ma solo fino a un certo punto. Ancora oggi ci interroghiamo sulla complessità della formazione in musicoterapia. Un decreto ministeriale del dicembre 2021 affida la formazione in Musicoterapia ai conservatori per il conseguimento di un Diploma Accademico di II livello, equivalente a una laurea magistrale. Per erogare questo diploma, il conservatorio deve stringere un accordo con una università, in particolare con una facoltà di Medicina. La formazione è quindi composita. Le nozioni che un musicoterapeuta deve avere sono tante: psicologiche, pedagogiche, musicali, fino a un certo punto anche mediche, ad esempio per quanto riguarda il funzionamento del corpo umano. Il diplomato deve essere un musicoterapeuta, cioè deve avere competenze specifiche e la capacità di stare nella relazione con il paziente attraverso il canale verbale e soprattutto quello *non-verbale*. Come disse Benenzon, il musicoterapeuta non è un medico o uno

psicologo o un pedagogo o un terapeuta riabilitativo prestato alla musicoterapia. È un professionista che pensa e opera in un'altra dimensione, perché quella del non-verbale è veramente una dimensione particolare. Per me che lo faccio da tanti anni, è qualcosa che impregna tutta la mia vita. Significa entrare in un altro modo di relazionarsi con se stessi, con gli altri e con la realtà che ci circonda.

### **Dovendo indicare a un medico i casi e i parametri entro i quali si può pensare di rivolgersi alla musicoterapia, che cosa consiglierebbe?**

Consiglierei di rivolgersi alla musicoterapia quando ci si accorge che per un paziente, per il quale si sono avviate tutte le terapie mediche, riabilitative e psicologiche conosciute, c'è ancora uno spazietto in cui non riceve sufficiente supporto, sufficiente *vita*. Quando c'è ancora spazio per una relazione terapeutica che usi un canale comunicativo diverso da tutti quelli che si sono già messi in campo. Va precisato che la musicoterapia non è una terapia alternativa, ma complementare, di supporto...

### **Come si misura, se si misura, il successo di una pratica musico-terapeutica e come varia da patologia a patologia?**

Semplificando, oggi esistono degli strumenti di valutazione intra-setting ed extra-setting. Una delle responsabilità del musicoterapeuta è quella di redigere delle relazioni e aggiornare il paziente, la famiglia o chi ne fa le veci sull'andamento del percorso terapeutico. Non può essere solo un aspetto relazionale del terapeuta a far dire che la musicoterapia sta andando bene. Nel tempo ci siamo dotati di strumenti di rile-

vazione per dare maggiore obiettività e scientificità allo strumento musicoterapico, sia per quanto accade nel setting – anche con l'aiuto della videoregistrazione delle sedute – che per quanto accade extra setting. Ad esempio, io lavoro sulla diminuzione di alcuni comportamenti problematici, come quelli stereotipati o autolesionistici, con dei test svolti da colleghi psicologi prima, durante, alla fine e anche dopo l'intervento di musicoterapia, per vedere se si sono prodotti dei cambiamenti.

**Nel 2000 pubblicò il libro *Musicoterapia e autismo*, con Federica Polcaro. A distanza di oltre vent'anni, come è cambiato l'approccio all'argomento lì trattato?**

Nel tempo ovviamente le cose sono molto cambiate e ciò che scrissi nel 2000 con la Dott.ssa Polcaro su Musicoterapia e autismo [La Nuova Phoenix, Roma – 2000] oggi è superato da tutte le conoscenze e dalla pratica riabilitativa sull'autismo. Come tanti altri libri scritti nel secolo precedente, anche questo però testimonia quanto l'argomento sia importante. Abbiamo fatto tanti sforzi per capire come muoversi in questo ambito e fortunatamente ogni giorno capiamo sempre di più come relazionarsi con i pazienti che afferiscono allo spettro autistico. Nel 2006 ho anche pubblicato, insieme al Prof. Rolando Benenzon e al Dott. Luigi Casiglio, *Musicoterapia e professione tra teoria e pratica* [ed. Il Minotauro, collana Phoenix], un manuale ancora oggi molto usato dagli studenti.

**Quanto interviene dell'ambito psicologico e quanto di quello musicale nell'attività del musicoterapeuta? Qual è stata la sua formazione?**

Nel mio caso specifico, sono stata fortunata per aver potuto fare l'università [laurea in Psicologia, indirizzo applicativo; NDA] contemporaneamente alla scuola di formazione in Musicoterapia [Scuola Quadriennale di Assisi; NDA], ottenendo un'educazione in cui si sono fuse tutte le competenze. Posso dire che sono contentissima del lavoro che faccio! Non mi sento una psicologa che fa la musicoterapeuta né una musicoterapeuta che fa la psicologa. Sento una grande unità nel mio modo di concepire la relazione terapeutica in qualunque setting. Dopo trentasei anni amo ancora questo lavoro e lo faccio con grande passione. Questo è un obiettivo importante da indicare ai giovani di oggi: bisogna fare un lavoro che ci piace e ci fa sentire realizzati!

F.D.

**RIFERIMENTI**

Bonny H., *Facilitating GIM sessions*. AN ICM Publication – 1999  
 D'Ulisse M.E., *La Musica mi com-muove - Riflessioni su movimento, musica e salute* [conferenza], Conservatorio Cesare Pollini Padova – 2003  
 Davis W.B., *Ira Maximilian Altshuler: psychiatrist and pioneer music therapist*. J Music Ther. – 2003  
 de Witte M., da Silva Pinho A., Stams G.J., Moonen X., Bos A.E.R., van Hooren S., *Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis*, Health Psychology Review – 2022  
 Desbout L., *Ragionamento fisico-chirurgico sopra l'effetto della musica nelle malattie nervose, dedica-*

*to all'illustriss. Sig. dottore Giorgio de Lagusius*. Calderoni e Faina – 1780

Ferguson K., *La musica di Pitagora*, Le Scienze – 2010  
 Hüther G., *Il cervello compassionevole*, Castelvecchi – 2013  
 Li K., Weng L., Wang X., *The State of Music Therapy Studies in the Past 20 Years: A Bibliometric Analysis*. Frontiers in Psychology – 2021  
 Nordoff P., Robbins C., *Creative Music Therapy*. Harper Row Publishers – 1977  
 Orff G., *The Orff Music Therapy*, Schott Music Corporation – 1980  
 Priestley M., *Music therapy in action*. Barcelona Publishers – 1975  
 Rendini M., *Neuroplasticità & Musicoterapia* [tesi di laurea; rel. Dott. G.Manarolo]. APIM – Corso Triennale di Musicoterapia, Torino – 2020  
 Vesceius E.A., *Music and Health. The Musical Quarterly*, Vol. 4 No. 3., Oxford University Press – 1918  
 Xiang X., Wenyi C., Xiaoying Z., *The effect and mechanisms of music therapy on the autonomic nervous system and brain networks of patients of minimal conscious states: a randomized controlled trial*, Frontiers in Neuroscience – 2023.

**RIFERIMENTI ONLINE**

<https://www.aim-musicoterapia.it>  
<https://www.benzenzonacademy.com>  
<https://www.britannica.com/topic/music-therapy>  
<https://www.cbmt.org>  
<https://www.dalcroze.it>  
<https://emtc-eu.com>  
<https://laureamusicoterapia.it>  
<https://www.loc.gov/collections/books-about-music-before-1800>  
<https://musicoterapia.it>  
<https://www.musictherapy.org>  
<https://www.orff.de>

**BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA**

Benenzon R.O., *Manuale di Musicoterapia*. Edizioni Borla, Roma – 1998  
 Benenzon R.O., *Musicoterapia: esperienze di supervisione*, Phoenix, Roma – 1999  
 Benenzon R.O., Wagner G., de Gainza V.H., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma – 1997  
 Benenzon R.O., Casiglio L., D'Ulisse M.E., *Musicoterapia e professione tra teoria e pratica. Dal primo contatto alla supervisione*, Il Minotauro, Roma – 2005  
 Blanc C. – Suvini F., *La musicoterapia attraverso le esperienze. Dalla realtà operativa alla ricerca. Interventi dal IV Congresso Nazionale di Musicoterapia*. Firenze, 26 – 28 novembre 1999, Logisma, Firenze – 2001  
 Bruscia K., *Definire la musicoterapia. Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione*, Ismez, Roma – 1993  
 Critchley M., Henson R.A., *La musica e il cervello. Studi sulla neurologia della musica*, Piccin, Padova – 1987  
 D'Ulisse M.E., Polcaro F., *Musicoterapia e autismo*, La Nuova Phoenix, Roma – 2000  
 Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma – 1971  
 Wigram T., Saperston B., West R., *Manuale di arte e scienze della musicoterapia*, Ismez, Roma – 1997.



# Il Welfare familiare e le falle del Sistema Sanitario

## AVRÒ CURA DI TE

### Dai caregiver alle famiglie tossiche

Vito Manduca

Scrittore, saggista, editore



L'espansione del Welfare State che ha caratterizzato i decenni immediatamente dopo il secondo conflitto mondiale ci faceva ritenere che nel corso della seconda metà del secolo scorso lo Stato si sarebbe fatto carico di tutelare in primis tutti i cittadini italiani, senza discriminazioni, che si fossero trovati in stato di disabilità sotto qualsiasi forma, inclusa la non autosufficienza a causa dell'avanzare dell'età. Ritenevamo che con l'avvento del nuovo secolo "lo stato di benessere" dei cittadini avrebbe fatto solo progressi senza alcuna marcia indietro. Facendo un rewind anche degli intenti della politica, per tanti è facile ricordare slogan e pronunciamenti più o meno tutti con lo stesso spirito: *nessuno sarà lasciato solo, nessuno resti indietro...*

Il concetto di Welfare State, così come definito dalla Treccani: *Complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che interviene, in un'economia di mercato, per garantire l'assistenza e il benessere dei cittadini, modificando in modo deliberato e regolamentato la distribuzione dei redditi generata dalle forze del mercato stesso, trovò sicuro spazio nella costituzione repubblicana, vedi capitolo della previdenza e dell'assistenza.*

La politica tutta, di maggioranza e di opposizione, nell'alternanza tempo per tempo, ne fece il cavallo di battaglia come potente strumento di raccolta di consenso attraverso il voto. E questo nella fase propulsiva fu cosa buona e giusta al di là della *mala gestio* che si sarebbe appalesata sul finire del secolo. Senza la presunzione di ripercorrere la curva delle speranze, se non aspettative, create dai propositi e

dalla reale applicazione, sempre nei decenni conclusivi del secolo ci si rese tutti conto che la realtà si discostava significativamente dalle promesse e che le disabilità, in particolare, ritornavano, anzi continuavano, a gravare sul nucleo sociale d'origine di sempre: *la famiglia* che, nel frattempo, aveva subito profonde metamorfosi. Infatti se era la famiglia di tipo *patriarcale*, dove il nucleo primario rimaneva unito per generazioni e vi era facilità logistica, pur nell'indigenza, a "pendersi cura" del congiunto non autosufficiente, nelle nuove *famiglie nucleari*, e staccate dal gruppo primigenio, nate di pari passi con l'espandersi dell'industrializzazione massiccia accelerata, prodotta sia dall'immigrazione interna sia dall'emigrazione, le cose diventavano più complesse, facendo insorgere nelle relazioni familiari nuovi disagi, nuove tensioni, nuove povertà, inedite solitudini e l'emarginazione di sempre del debole.

In tutto questo sommovimento, traditi dalle promesse e lontani da un vecchio mondo dove la mutua assistenza naturale, domestica e minimale era semplicemente un dato acquisito, verticale e orizzontale, naturalmente non priva di contraddizioni, devianze e abusi in entrambe le direzioni (assistente/assistito), una figura nuova prende (o riprende in un rinnovato contesto) consistenza: quella del *caregiver*, su cui cade gran parte dell'onere si sopperire alle mancate promesse del Welfare State.

### CHI SONO I CAREGIVER

Il termine inglese caregiver è entrato ormai stabilmente nel lessico italiano corrente per definire "chi





freepik.com/foto-gratuito/primo-piano-di-un-supporto-mani\_Immagine di rawpixel.com su Freepik

si prende cura" ovvero coloro che assistono per un periodo continuativo di tempo un congiunto ammalato e/o disabile non autosufficiente.

Troviamo la puntuale definizione più appropriata quella dell'ISS:

*Persone che oltre a doversi occupare della casa, del lavoro, della propria famiglia in circostanze normali, hanno il peso di un congiunto non autosufficiente, spesso per una malattia cronica come la demenza o una disabilità come i disturbi del neurosviluppo, di cui doversi occupare. Sono i cosiddetti caregiver familiari, un esercito silenzioso, di cui non si ha neppure una stima precisa, formato nella stragrande maggioranza da donne, che vive ogni giorno situazioni spesso drammatiche, senza nessun aiuto esterno. Ma qual è l'impatto di questo lavoro aggiuntivo sulla salute del caregiver, e quali sono i campanelli d'allarme che bisogna cogliere prima che lo stress fisico e psicologico diventi una vera e propria malattia? E ancora, le caregiver donne che, come abbiamo detto, sono la maggioranza, hanno effetti maggiori rispetto agli uomini che prestano assistenza? Per scoprirlo l'Istituto Superiore di Sanità ha lanciato un progetto nazionale, prosecuzione di uno studio pilota, in cui chiede ai caregiver di fornire informazioni sul proprio stato di salute, al fine di capirne i bisogni e di capire come prevenire gli effetti peggiori.* <https://www.iss.it/-/come-sta-chi-cura-una-survey-sui-bisogni-dei-caregiver-familiari>

È innegabile che la popolazione maggiormente bisognosa di assistenza è rappresentata dagli anziani quando non più autosufficienti e sempre restii, a buona ragione, a ritirarsi nelle vituperate *case di riposo* già dal secolo scorso ritenute diffusamente più *anticamere della morte* che luoghi dove "riposarsi in serenità". Il punto di peggiore nomea, questi istituti, lo hanno guadagnato nel corso dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha portato in emersione tutta la base inabissata dell'iceberg dell'inadeguatezza del *prenderci cura* e per mancanza di personale o, quanto meno, di personale adeguato con giusta formazione, e per condizioni residenziali in ossequio ai costi o all'obiettivo del *massimo profitto al minimo costo* da parte dei gestori, finanziati da pubblico e/o sostenuti dalle cospicue rette dei frui-

tori o dei loro parenti.

Senza indugiare troppo sulla sofferenza, nessun italiano informato, credo, possa dimenticare la narrazione delle morti senza scampo, in solitudine e delle traslazioni in massa delle salme sui camion militari in luoghi sparsi che fossero in grado di accogliere un numero così elevato e concentrato nel tempo. D'altronde in altre parti del mondo erano le fosse comuni improvvisate ad accogliere le misere vittime.

Tra le diverse consapevolezze, anche da detta emergenza sanitaria, abbiamo potuto prendere maggiore cognizione dell'importante missione del caregiver: è evidente che il non autosufficiente che fosse rimasto fra le mura domestiche sotto l'ala protettiva di un angelo custode, familiare o professionista ingaggiato ad hoc (vedi il crescente esercito di badanti) avrebbe avuto maggiore chance o, quand'anche soccombente alla forza del virus, avrebbe concluso l'esistenza terrena almeno senza il magone dell'abbandono.

Gli studi e le ricerche sull'argomento, nel mio pregresso percorso formativo e professionale, risalgono ben prima dell'emergenza sanitaria o del fallimento ormai palese del Welfare State. Incominciai a occuparmene in ambito accademico, tra Sociologia e Pedagogia presso "La Sapienza" di Roma, fin dagli anni Settanta del Novecento, per poi ritrovare l'argomento, diciamo sul campo, nell'ambito professionale dell'assistenza complementare e della previdenza integrativa di cui fui per parte mia tra i pionieri, proponente e fautore.

Non ho potuto quindi sottrarmi; ho ripreso gli ar-



## Il Welfare familiare e le falle del Sistema Sanitario AVRÒ CURA DI TE - Dai caregiver alle famiglie tossiche

gomenti nel dopo pandemia in ambito editoriale e redazionale quando fu del tutto evidente la patologia ormai cronica dello stato sociale che, a sua volta, semina non pochi malesseri in ambito familiare, quando si voglia considerare non l'aspetto romantico del caregiver ma tutto il gravame di responsabilità che, in fondo, si traduce in parziale limitazione delle proprie aspirazioni e libertà personali nel ruolo, di fatto, di angelo custode dell'assistito.

Ma si sa, non sempre gli obiettivi nell'abbracciare una missione sono nobili. Così come le strutture assistenziali dedicate (case di cura, associazioni/cooperative) troppo di frequente sono mosse da interesse banalmente di lucro a scapito della qualità dell'assistenza; la recente cronaca ce ne ha fornito ampia testimonianza. Altrettanto di frequente chi si candida come caregiver cova nel profondo dell'animo il desiderio malsano di depredate l'assistito e gli eredi legittimi. La letteratura si è nutrita per secoli di tali argomenti.

Nel desiderio di risollevare la cortina fumogena su contraddizioni e abusi in famiglia, ho attinto all'esperienza proprio in ambito assicurativo dove, in particolare, taluni episodi reali hanno fornito alimento per argomentare e denunciare misfatti che difficilmente verrebbero alla luce a fronte dell'abilità di chi si propone di prendersi cura, magari del parente benestante.

Anche se, come ebbe a sostenere padre Alex Zanotelli in una toccante pubblicazione Korogocho. Alla scuola dei poveri, Feltrinelli 2003, i poveri non sono da meno. "I poveri non sono buoni" sostiene Padre Zanotelli. Anzi sovente la condizione comune di cattività, inimmaginabile quella narrata nel libro a

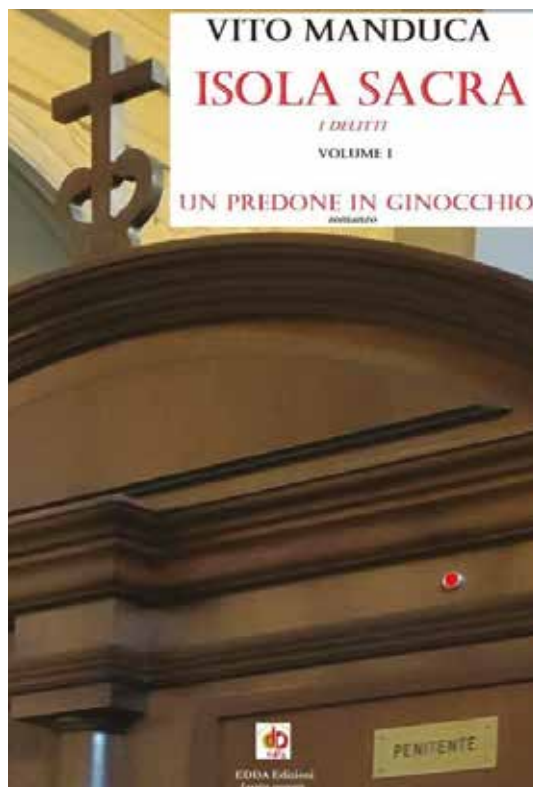
Korogocho, li rende se possibile più feroci. Ma neppure nel nostro "mondo evoluto" le cose vanno meglio: troppo spesso il parente buono, che sia nipote figlio o altro, si propone di prendersi cura, non sempre in nome di quell'amore sbandierato, ma anche, se non solo, per appropriarsi della misera pensione o della modesta abitazione, a volte segregando l'assistito fino alla morte e nell'impunità delle mura domestiche. Ma con l'angelo custode al capezzale!

"Angeli della morte", sono appellati in alcuni efferati fatti di cronaca.

Nasce così la prima serie poliziesca Isola Sacra. I delitti, che prevede quattro romanzi il primo dei quali già in libreria Un predone in ginocchio. Delitti che traggono spunto da storie reali intercettate nell'ambito della professione assicurativa e trasformati per scelta editoriale in romanzi, anche perché, mentre sono reali talune appropriazioni delittuose di beni e le tentate frodi ai danni delle assicurazioni, di assoluta fantasia sono gli omicidi, o presunti tali, di congiunti depredati nell'ultima fase della vita, dando loro l'illusione di "prendersi cura".

La morale che il lettore può trarne è che bisogna sempre diffidare dei buoni propositi del giovane nipote, ma anche del figlio, o qualsiasi altro congiunto che, a un certo punto, si appalesi troppo premuroso, troppo disponibile a sacrificarsi per amore, solo per amore, proponendosi come l'angelo custode. Specie quando, come nel caso della serie Isola Sacra il patrimonio più succulento in palio è rappresentato nientemeno che da un castello di antico casato nobile di duchi e duchesse con tanto di blasone, oltre che da ingenti capitali e assicurazioni sulla vita milionarie caso morte. È bene produrre opportuni anticorpi, altrimenti la "cura" si rivelerà più mortale del male.

**Dott. Vito Manduca**, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già middle manager del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in actualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista Notiziesnfia e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010. <https://www.edda-edizioni.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), CoronaVersus (2020), La peste gialla oltre la Grande Muraglia (2021). 70 SeTTanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite (2022), Isola Sacra. I delitti. Un predone in ginocchio - Volume I della serie (2023).





# Il tuo bambino interiore ti sta comunicando qualcosa, tu ascoltalolo



**Dott.ssa Gloria Gensini**

Psicologa Clinica

Psicodiagnosta dell'età adulta e dell'età evolutiva

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



freepik.com/foto-gratuito/coppie-sorridenti-del-colpo-medio-che-giocano-scacchi-nella-camera-da-letto\_Immagine di freepik

**H**ai mai pensato al motivo per cui ti senti sempre fuori posto e inadeguato? Ti sei mai chiesto cosa ti manca per riuscire in qualcosa o superare un determinato problema? Forse sei inconsapevole che le redini della tua vita sono tenute dalle mani di un bambino interiore ferito e dimenticato.

Tutti abbiamo un bambino piccolo dentro di noi. Mi riferisco a quel bambino che è sinonimo di gioia, creatività e fantasia ma anche di paura, angoscia e smarrimento, che in psicologia chiamiamo "il bambino interiore". Questo bambino, con le sue luci e le sue ombre, si riflette in molte delle nostre azioni quotidiane e nelle decisioni che prendiamo. Ovviamente non si tratta di un bambino in carne e ossa ma di quella parte del nostro "io" che non è completamente cresciuta.

### Chi è il bambino interiore?

Il bambino interiore è la struttura psicologica più vulnerabile e sensibile del nostro "io". Lo psichiatra Carl Jung nel 1912 ha descritto per primo la figura metaforica del bambino interiore (*Inner Child*) coniando il termine "*puer aeternum*". Nel corso degli anni la psicologia ha sviluppato questo concetto fino a farlo diventare parte integrante delle terapie moderne.

È formato fondamentalmente dalle esperienze, sia positive che negative, che abbiamo durante i primi anni dell'infanzia. In base al tipo di esperienze e a come le interiorizziamo il bambino interiore può essere una "piccola persona" felice, ottimista e sensibile o, al contrario, una persona timorosa della vita, imbronciata e irascibile.

Se hai imparato a sopprimere e negare i tuoi senti-

menti questo in qualche modo ti ha permesso di sopravvivere perché ti ha consentito di scollegarti dalle tue emozioni e dalla tua sofferenza. Per intraprendere la via della guarigione, però, è importante connetterti nuovamente alle emozioni che hai tagliato fuori tempo fa e raggiungere il profondo di te stesso per arrivare al tuo bambino interiore.

Molti di noi dimenticano quel piccolo bambino che è stato parte di noi, il bambino che siamo stati, con le sue paure, le sue insicurezze e il disperato bisogno di essere amato. Eppure, dentro di noi, quel bambino interiore esiste ancora.

Per guarire le tue ferite del passato devi amare, confortare e nutrire il bambino che è dentro di te. Impara a conoscere il bambino dentro di te. Impara a trattarlo come un bravo genitore farebbe con il suo amato figlio. Ascolta le sue esigenze. Il tuo bambino interiore ha bisogno di sapere che tu (la parte adulta di te) non lo trascurerai e non lo maltratterai come hanno fatto gli altri adulti nella sua vita.

Sfortunatamente spesso finiamo con il perpetuare il ciclo, trascurando e maltrattando il nostro bambino interiore come i nostri genitori hanno fatto con noi. Ignoriamo il nostro bambino, ci vergogniamo di lui, non ci prendiamo cura di lui in modo appropriato. Facciamo finta che i suoi sentimenti di paura e insicurezza e il suo bisogno di essere amato non esistano.

### Comincia a ricordarti che tipo di bambino sei stato

Con il passare del tempo questo bambino si nasconde nel profondo del nostro essere ma viene alla luce in determinate circostanze, come quando dobbiamo

## Il tuo bambino interiore ti sta comunicando qualcosa, tu ascoltalo

affrontare un progetto che richiede molta fantasia o quando riviviamo una paura che, da adulti, non dovrebbe spaventarci. La maggior parte delle persone non è consapevole dell'esistenza di questo bambino interiore ma la verità è che a volte è lui che determina come rispondere a determinate circostanze.

Chiudi gli occhi e visualizza il tuo bambino quando aveva bisogno di nutrimento e protezione. Prendi l'intera immagine, compresa l'espressione facciale e la postura del corpo. Puoi immaginarti da neonato, da bambino piccolo o più grande.

L'immagine è significativa dal momento che può rappresentare il momento in cui hai avuto più bisogno. Accetta questo bambino interiore che è stato emotivamente deprivato e ha dovuto far finta che le emozioni non esistessero. Non continuare a privarlo dell'amore e del supporto che con tale urgenza reclama e piange per avere.

### Come sapere se il tuo bambino interiore è ferito?

Quando siamo piccoli tutti viviamo esperienze positive e negative. Se viviamo una situazione negativa e siamo in grado di risolverla in modo adeguato (vivendo il dolore corrispondente, dandoci il tempo di guarire e chiudendo le ferite) allora questa esperienza sarà incorporata nel nostro "io" senza causare danni nel passaggio alla fase successiva di sviluppo.

Tuttavia, se non siamo in grado di superare l'impatto emotivo di queste esperienze, è probabile che si generino sentimenti di rabbia, frustrazione e tristezza che finiranno per influenzare il nostro bambino interiore, che dovrà portare il peso di questi problemi irrisolti. Come puoi immaginare questi sentimenti negativi emergono ancora e ancora, determinando il modo in cui reagiamo alla realtà.

Se hai paure irrazionali, spesso provi risentimento, odio o tristezza, rispondi in modo sproporzionato a situazioni che non sono davvero così importanti o saboti costantemente i tuoi obiettivi, il tuo bambino interiore è probabilmente danneggiato. Il che è per-

fettamente comprensibile dal momento che lo stai costringendo a portare il peso di ferite profonde che non si sono ancora rimarginate.

### Come guarire il tuo bambino interiore

Il bambino interiore dovrebbe servire a risvegliare la speranza, la creatività, la spontaneità e la gioia; ma quando ci riporta alle vecchie paure e ci spinge a comportarci in modo irascibile diventa un problema che dobbiamo risolvere. Come farlo?

Guarire il bambino interiore è un percorso di scoperta di sé perché devi tornare indietro nel tempo per scoprire quali sono stati quegli eventi negativi che non sei ancora riuscito a superare dal punto di vista emotivo e che ti tengono legato al passato. Quando liberiamo il dolore aiutiamo il nostro bambino interiore a guarire e possiamo guardare al futuro.

Un modo per riconoscere e prendersi cura del proprio bambino interiore è instaurare un dialogo con lui. Questo può avvenire a voce o per iscritto, una conversazione immaginaria tra la parte adulta di te e la parte bambina.

Comincia il dialogo con una domanda del tipo "come stai oggi?", "cosa c'è che non va?", "sembri arrabbiato, qualcosa ti ha dato fastidio?". Con la pratica il tuo bambino interiore riuscirà a esprimere come si sente. L'adulto sarà, quindi, in grado di ascoltarlo, consolarlo e diventare un "buon" genitore.

### L'unico modo per guarire il bambino interiore è diventare il genitore che il bambino avrebbe voluto avere

A volte questo viaggio nel passato può essere doloroso poiché scava in ferite che non si sono mai rimarginate del tutto. In tal caso potresti valutare di farlo con uno psicologo che sia in grado di guidarti attraverso i recessi della tua mente in questo delicato percorso.

### BIBLIOGRAFIA

Zicari D., Il bambino interiore. Scopri la parte più gioiosa e autentica di te, L'età dell'Acquario, 2019





**Daniela D'Agosto**  
Editrice e scrittrice

Il titolo non inganni: non si ragiona di nobiltà, come riferita dalla Storia, ma di un particolare tipo di nobiltà ovvero quella intellettuale, e della possibilità per le donne di accedere a un'onorificenza di valore mondiale.

E tuttavia preferisco avvicinarmi all'argomento partendo da una regione molto remota che sembra non avere attinenza, facendomi apparire nell'immediato fuori tema.

Il fatto di cronaca degli ultimi tempi che più ci ha turbato, e che tra i femminicidi appare tra i più efferati, in questo mese di giugno 2024, momento della riflessione, si sta aprendo alla conoscenza del pubblico più vasto attraverso il clamore dei media che attingono direttamente dalle istituzioni preposte alle indagini.

Ma al di là della cifra psicologica che connota le azioni della vicenda (pressione continua nei confronti della giovane vittima attraverso centinaia di messaggi al giorno, fotografie, appuntamenti, minacce di autodistruzione di fronte al diniego della giovane che non vuole più prolungare una relazione tossica...), che solo i professionisti possono valutare correttamente quanto a futura sentenza del tribunale e quanto a rilevanza psicologica/psichiatrica (entrambe connesse) e che potranno in futuro determinare il giudizio, ciò che qui preme rilevare è che tra i diversi elementi della tragedia c'è anche quello, a mio giudizio non secondario per il corretto valutare, della non accettazione del successo universitario della ragazza da parte del partner, tale da chiederle di rallentare con gli esami per giungere insieme alla laurea... La domanda che è naturale porsi è: era effettivamente una richiesta di sostegno e di incoraggiamento per sé stesso o il progetto inconfessabile di annientare ciò che più rende unica una persona, prima ancora della fisicità, dilungando (per annullare?) il tempo degli esami nella speranza di far desistere la donna nel proposito tanto tenacemente perseguito?

L'innamorato di un amore già tossico, dunque, non potendo ricondurre ai suoi voleri e poteri "l'altra" da sé, già in un'altra dimensione, non potendo recuperare un tempo ormai perduto (si parla infatti di "ex", di relazione finita) ha vagheggiato la soluzione finale: cancellare una volontà attraverso la cancellazione dell'esistenza? Per quel che emerge, con maniacale premeditazione e organizzazione logistica e strumentale.

È la volontà di affermazione attraverso gli studi che si è tentato di piegare, volontà tanto più forte quanto forte era il progetto verso cui era orientata la giovane donna. Possiamo dire, tuttavia, che lo scopo la giovane lo ha comunque raggiunto, malgrado e oltre la morte, con il riconoscimento ex post del titolo accademico.

È quasi un Nobel... pagato a carissimo prezzo!

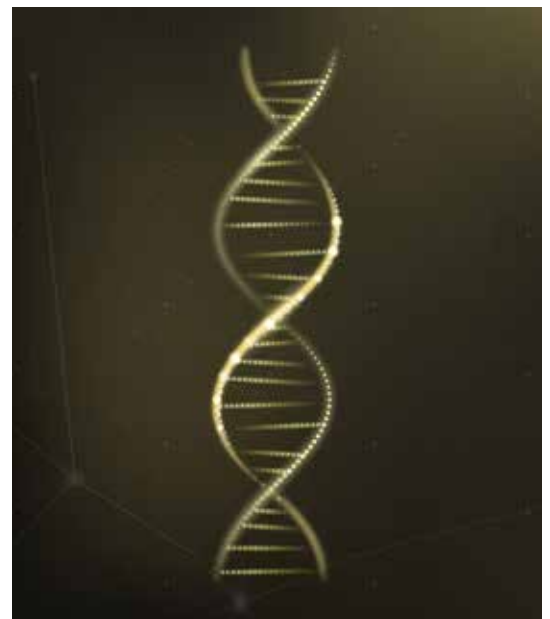
Ecco dunque il tema suggerito dal titolo Nobel-donne. Le donne e i premi Nobel: quanti e in quali discipline?

Ma, soprattutto, quanti e tra quali difficoltà raggiunti? Quale la proporzione tra uomini e donne? Neanche a dirlo ci troviamo di fronte alla solita dicotomia di genere che si ripropone nel mondo del lavoro preso nel suo insieme: dal lavoro manuale al lavoro intellettuale... passando attraverso proporzioni per le donne sempre meno incoraggianti il lavoro intellettuale.

Le donne assegnatarie della prestigiosa onorificenza, a partire dal 1901 e fino al 2021, sono state 58 rispetto agli 888 assegnatari per le stesse discipline e, stando al dato di "La Repubblica" citato in nota, solo nell'ultimo trentennio 1992-2021 la percentuale delle premiate ha superato di un punto il 10%. I periodi precedenti dal 1901 al 1991 hanno visto percentuali inferiori al 5%.

L'aggiornamento del mese di ottobre 2023 annovera altri nomi di intellettuali assegnatarie per cui si sale a 66. Gli ulteriori Nobel-uomini dal 2021 al 2023 saranno stati, sicuramente, in quantità superiore, nel rispetto della tradizione! Il numero delle Nobel peraltro, sempre secondo le informazioni dell'Università delle Donne, scende a 28 (e poi a 26 se si considera che Marie Curie ne ottenne 2) per le discipline scientifiche, economia compresa. La stessa Università fornisce inoltre un altro dato interessante, ovvero i vari Nobel negati alle donne... Di seguito qualche citazione:

**Rosalind Franklin (1920-1958)** – Diede un contributo rilevante alla biologia molecolare, fornendo le prove sperimentali della struttura del DNA. Per questa sco-



freepik.com/foto-gratuito/grafica-al-neon-d-oro-della-scienza-della-biotecnologia-genetica-del-dna\_mmagine di rawpixel.com



perta riceverono il Nobel i suoi colleghi Crick e Watson che realizzarono il modello a doppia elica grazie alle fotografie della diffrazione ai raggi X del DNA scattate dalla Franklin, sottratte dal laboratorio della scienziata. La verità fu rivelata solo molti anni dopo, dallo stesso Watson, nel suo libro *La doppia elica*, dove lo scienziato racconta l'episodio del furto in termini scherzosi.

**Jocelyn Bell-Burnell (1943)** – Scopri, quando era ancora studente di Astronomia, i pulsar, corpi celesti la cui apparizione fu del tutto inaspettata, poiché non si inserivano nel contesto teorico dell'epoca. Il Nobel per la scoperta fu assegnato al relatore della sua tesi, il professor Anthony Ewih.

[...]

**Il caso Mileva Maric-Einstein (1875-1948)** – Quello di Mileva Maric è un caso che ha suscitato molte polemiche: moglie del fisico di Ulm per sedici anni, divise con lui i momenti cruciali della formulazione della teoria della relatività. Studiavano e lavoravano insieme, al punto che si definivano "ein stein" ("una sola pietra"). Il lavoro di Mileva si confuse talmente con quello di Albert che non è più possibile ricostruirlo e capire quanto meritasse il Nobel assegnato al marito.

Peraltra la stampa degli anni Sessanta non fu tenera nel commentare l'assegnazione del premio alle candidate: In occasione dell'assegnazione del Nobel ad una donna la stampa degli anni '60 se ne usciva con trovate quantomeno "originali": *Quando lo ottenne Dorothy Crowfoot-Hodgkin scrissero: "Casalinga di Oxford vince il Nobel " per Rosalyn Sussman-Yalow commentarono "Cucina, rassetta e vince il Nobel"...*

Ci troviamo forse di fronte a un dato macroscopico che sottende una qualche diversa qualità del genere? Qualche superficiale, e non sono pochi, sarebbe tentato di pensare, e perché no, persino di dire che gli uomini sono più razionali, più attenti al compito, più lungimiranti e che le donne, per natura uterine, sono irrazionali, ragionano secondo la pancia e sono troppo prese dal contingente, proiettate come sono a fare famiglia per poi occuparsene in senso globale (vedi citazione precedente), come se quest'ultimo compito non fosse necessario all'umanità.

E proprio in questo è il busillis (problema, enigma... inciampo).

L'ostacolo non risiede nelle ridotte capacità intellettive della donna ma nella disparità di condizione iniziale e duratura, tale per cui il tempo necessario all'impegno intellettuale costa il sacrificio di altri impegni. La donna può certo accedere alle carriere ma se vuole farlo deve rinunciare a parte di sé stessa per penuria di sostegni esterni che le consentano di gestire il tempo dello studio e il tempo delle relazioni. E questo quando tra i generi non nascono conflitti dettati dalla gelosia, dalla paura dell'abbandono.

Tra le scrittrici di EDDA Edizioni (EDDA, acronimo che casualmente declina al femminile) Emily Giancarli, con Lisa Johnson, protagonista assoluta di fantasia dell'omonimo romanzo *Lisa Johnson. Quando tutto*



ha avuto inizio, I Volume di una serie, ripropone, attraverso avvincenti circostanze, il grande tema. Lisa, premio Nobel, riconoscimento di non poco conto, porta avanti con fermezza l'originale ricerca scientifica che potrà avere un positivo risvolto per la salute degli uomini (e delle donne... ecco di nuovo il negato riconoscimento della dualità che, c'è poco da fare, torna di continuo nella nostra lingua: il maschile generico sul femminile particolare e specifico). E questa determinazione la porrà di fronte a pericoli non immediatamente percepibili. Lisa non si sottrarrà, rischierà la vita, forte della coscienza profonda della qualità del lavoro svolto, e riuscirà a superare gli innumerevoli ostacoli che le si porranno di fronte. E tutto questo declinato anche con il sentimento d'amore verso un uomo e il ruolo di madre affettuosa. Grandi temi questi, come accennato, ossia i ruoli che la donna deve necessariamente assumere sia perché natura impone sia perché la società lo richiede a gran voce, per quanto molti sono gli sforzi fin qui condotti per alleviarne il compito genitoriale, soprattutto, affiancandole il contributo maschile (ancora molto limitato) nella cura.

**Dott.ssa Daniela D'Agosto**, laureata con lode in Lettere presso La Sapienza Università di Roma, forte delle ricerche e degli studi accademici e anche delle competenze acquisite, in parallelo, nei settori amministrativi, fiscali e della formazione, sia in ambito professionale privato, sia in istituti scolastici della Pubblica Istruzione, dà concretezza al progetto di costituire una casa editrice. Nel 2010 fonda, con Vito Manduca e Valentina Manduca, EDDA Edizioni (dove EDDA è acronimo di Edizioni di Daniela D'Agosto), seguendo la sua antica passione per i libri ([www.eddaedizioni.it](http://www.eddaedizioni.it)) Collabora con SNFIA - Sindacato delle Professionalità Assicurate per la rivista *NotizieSnfia* Recenti pubblicazioni: *A.D.MMX* (2020 d. C.), *EDDA Edizioni*, 2021; *Donne nella Historia. Nobiltà e miserie dal Cinquecento al...* 2023, EDDA Edizioni, 2023.

# Lo SPAZIALISMO dell'ANIMA

di Lucrezia Cutrufo

approda al Metropolitan Museum di New York

**A**lcuni attenti lettori hanno chiesto, in riferimento ad un articolo pubblicato in queste pagine nel vol. 19 n.° 1 del 2017, che sviluppi abbia avuto la nuova corrente dello Spazialismo, definita "Spazialismo dell'Anima", che la stessa fondatrice, Lucrezia Cutrufo, Medico Chirurgo, Giornalista e Pitttrice, aveva divulgato in quell'articolo, in prossimità dell'esordio del proprio nuovo movimento all'Esposizione Triennale di Arti Visive a Roma presso l'Altare della Patria, Ala Museo Brasini, a Roma, esordio segnato tra l'altro dalla presenza dell'opera-prima dello Spazialismo dell'Anima, "Contemplazione", sulla copertina del Catalogo di quell'Esposizione.

A distanza di sette anni il bilancio dello Spazialismo dell'Anima si delinea come assolutamente positivo.

La sua avventura era iniziata nel Luglio 2016, quando Lucrezia Cutrufo fondava questa corrente dello Spazialismo che definiva "dell'Anima" perché aggiunge una quarta dimensione alle tre già indicate da Fontana negli anni Quaranta del Novecento, cioè la dimensione trascendente, espressa concretamente nei cristalli che riflettono luce. Più propriamente, i cristalli danno visibilità all'animo umano, che rifrange la Luce di Dio in misura relativa alla natura, e alla fede e volontà, di ciascuno. Questa teoria "teocentrica" è frutto e sintesi della formazione spirituale dell'Artista maturata in ambiente cattolico (dalle famiglie di origine agli studi in uno storico Liceo Classico di Noto già Collegio di Gesuiti, all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma dove si è laureata, al cammino spirituale percorso nella Chiesa cattolica) e della sua formazione teologica maturata attraverso lo studio dei testi del Cardinale Ratzinger, poi di Benedetto XVI, e della Teologia Morale presso la Pontificia Università Gregoriana, dei Gesuiti. La Mostra-Manifesto dello Spazialismo dell'Anima, svoltasi in Vaticano nel giorno della



Invito alla presentazione dell'Atlante dell'Arte Contemporanea 2024



Candelora 2017, ha avuto ampia risonanza sulla stampa cartacea e nel web. L'Artista ha esposto la sua teoria dello Spazialismo dell'Anima mediante la stesura di due Manifesti: il primo, pubblicato nel Febbraio 2017 e sottoscritto da un gruppo di intellettuali, critici d'arte, teologi, politici e collezionisti d'arte, svela il tramite con cui le impressioni spirituali sono riversate sulla tela con colori e luce; il secondo, pubblicato nel Maggio 2023, esplicita lo sviluppo naturale della teoria di base, evoluta nella realizzazione di "ritratti spirituali".

Nel frattempo, dopo la "Galleria La Pigna" in Vaticano (Mostra-Manifesto 2-6 Febbraio 2017), la "Galerie Mona Lisa" a Parigi (15-23 Febbraio 2017), la "Galerie Pinna" a Berlino (11-21 Febbraio 2017) e, come già accennato, il "Vittoriano" di Roma (25 Marzo-22 Aprile 2017), altre **importanti sedi in Italia ed in Europa hanno esposto le opere dello Spazialismo dell'Anima**: il Grand Palais a Parigi (in occasione della rassegna "Art Capital", 12-17 Febbraio 2019), il complesso del Louvre a Parigi (in occasione del Carrousel du Louvre, 18-20 Ottobre 2019), la sede di "Arte Padova" (in occasione della 30<sup>a</sup> Mostra Mercato Arte Moderna e Contemporanea, 14-18 Novembre 2019), l'Espace Fontvieille a Monaco (in occasione di "art3f", 21-23 Agosto 2020). Nel periodo della pandemia di CoViD19, le opere sono state esposte virtualmente (International Art Contest "Art e VirTus", 2nd Edition 2021). Recentemente, due opere dell'Artista sono state **battute all'asta**.

La Pittrice e Medico Lucrezia Cutrufo è **presente in Artprice**, banca dati delle quotazioni e degli indici dell'arte, con sede in Francia, di riferimento per Collezionisti e Galleristi di tutto il mondo.

In questi anni, la Pittrice Lucrezia Cutrufo, per le opere dello Spazialismo dell'Anima, **ha ricevuto i premi**: Grand Prix Paris Saint Germain de Prés (Parigi 15 Febbraio 2017), consegnatole in Vaticano dal Soprano Chiara Taigi; Grand Prix des Beaux Arts de Paris (Parigi 12 Febbraio 2019).

È **presente nei Cataloghi d'Arte**: Catalogo dell'Esposizione Triennale Arti Visive 2017 (oltre alla relazione sull'Artista presente nel corpo del testo, l'opera-prima dello Spazialismo dell'Anima "Contemplazione" è l'immagine di copertina); Atlante dell'Arte Contemporanea 2021, Ed. De Agostini (pgg.855-856); Atlante dell'Arte Contemporanea 2024, Ed. Giunti (pag.769). In particolare, quest'ultimo Atlante è stato presentato al pubblico il 25 Maggio 2024 nella Bonnie J. Sacerdote Lecture Hall del Metropolitan Museum of Art a New York, in quanto "The Met" aveva il patrocinio dell'opera. Così, in soli sette anni, lo Spazialismo dell'Anima è approdato, dall'atelier dell'Artista e dalla sua Home Gallery, alla presenza, adesso cartacea, al "Met" di New York.



## Non vedo, non sento, non parlo

**Dott. Emilio Masina**

Psicoanalista Società Psicoanalitica Italiana e IPA



È un'esperienza sempre più frequente per noi psicoterapeuti quella di incontrare persone che chiedono aiuto ma non vogliono saperne del mondo in cui vivono: "Non guardo più le notizie perché mi angosciano troppo"; "Mi sono disconnesso da tutto"; "Ho bisogno di leggerezza, troppe informazioni mi intossicano". Questo atteggiamento rappresenta l'evoluzione di quel "non mi intendo di politica" che molti oppongono alla proposta di ragionare su quello che succede nel Paese - come se la politica fosse tout-court la partitica - e che è alla base del calo costante dei votanti alle elezioni, soprattutto nel nostro Paese.

Di fronte alla situazione quasi terminale che sta vivendo il nostro mondo il tentativo di molti è quello, legittimo, di rifugiarsi nel privato, in un microcosmo comprensibile e controllabile che può essere rappresentato persino dallo studio dello psicoterapeuta.

Gli effetti, tuttavia, sono estremamente negativi. Se il personale non è più politico, cioè viene ribaltato l'efficace slogan femminista degli anni '80 che ricordava l'importanza di vedere le origini politiche, sociali ed economiche dei propri problemi privati e di organizzarsi per cambiare la società, ciascuno si isola

e viene isolato in una dimensione che non può che accrescere il suo senso di impotenza e di irrilevanza rispetto ai cambiamenti del contesto.

Non presentarsi all'appuntamento con la Storia vuol dire rinunciare a diventare artefici del proprio destino e a collegarlo, attraverso appartenenze associative, militanza politica o reti amicali, a quello degli altri. In questo modo il mondo continua ad essere governato dai soliti noti: le grandi multinazionali, espressione di poche famiglie, e gruppi che diventano sempre più ricchi e potenti a scapito dell'intera collettività.

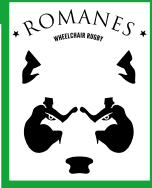
Anche per il lavoro psicoterapeutico l'aspettativa del paziente di ritirarsi in un luogo protetto e separato dalla realtà deve, pertanto, essere messa in discussione.

Se, invece, il terapeuta collude con il paziente evitando di analizzare le relazioni tra il mondo interno e quello esterno, si originano psicoterapie anche molto lunghe che producono solo un adattamento passivo allo status quo piuttosto che un reale cambiamento del modo di rappresentarsi e vivere la realtà, con il risultato che i conoscenti che incontreranno il paziente alla fine del suo lungo lavoro penseranno che non sia cambiato per niente.





# I-Wheel Training Camp: Inclusione e Sport Senza Barriere



## Romanes Wheelchair Rugby

Sede Legale: Piazzale delle Belle Arti, 2 - 00196 Roma  
info@romanes.it - www.romanes.it



**N**ell'aria fresca di Piancavallo, tra le montagne del Friuli, si è conclusa la Castro Rugby Academy, il camp organizzato dall'ex nazionale italiano di rugby Martin Castrogiovanni. Una manifestazione straordinaria che ha visto lo sport abbattere barriere grazie alla collaborazione con l'I-Wheel Training Camp, giunto alla sua terza edizione, non solo un evento sportivo, ma un vero e proprio laboratorio di umanità e inclusione.

I Romanes Wheelchair Rugby, squadra della capitale che partecipa al campionato italiano, hanno collaborato nella realizzazione del camp con l'obiettivo di portare il wheelchair rugby al centro della scena sportiva italiana e di eliminare finalmente stereotipi e differenze nello sport.

*"Quando abbiamo iniziato, eravamo solo un pugno di sognatori,"* racconta **Valerio Bernabò, Chief Operating Officer dei Romanes Wheelchair Rugby ed ex seconda linea della nazionale italiana di rugby** *"Oggi, vedere centinaia di persone riunite qui, atleti professionisti e bambini che scoprono questo sport per la prima volta, è la realizzazione di quel sogno. Ma è solo l'inizio."*

L'I-Wheel Training Camp, nato tre anni fa da un gioco di parole tra "wheel" (ruota) e "will" (volontà), è diventato un appuntamento imperdibile nel calendario del wheelchair rugby italiano. Quest'anno, dal 30 giugno al 6 luglio, Piancavallo si è trasformata in un crocevia di storie, sfide e vittorie personali.

Immaginate un luogo dove il suono delle ruote che sfrecciavano sul parquet si mescolava alle risate dei bambini, dove atleti paralimpici di fama internazionale condividevano il campo con giovani sognatori. Questo è stato l'I-Wheel Training Camp, un'esperienza che ha trasformato una semplice settimana di allenamento in

un viaggio emozionante verso l'accettazione e la comprensione reciproca.

Al centro di questa magia c'è il wheelchair rugby, uno sport che incarna la forza e la resilienza. Edizione dopo edizione, grazie alla collaborazione tra i Romanes Wheelchair Rugby e la Castro Rugby Academy di Martin Castrogiovanni, il camp assume un significato sempre più profondo. Quasi 500 bambini e ragazzi, alcuni dei quali non avevano mai visto una carrozzina sportiva prima, hanno avuto l'opportunità di sedersi su quelle sedie e provare in prima persona cosa significa giocare a rugby da una prospettiva completamente nuova.

*"È stato come aprire una finestra su un mondo nuovo,"* racconta **Daniele Fasciolo**, Project Manager dei Romanes. *"Vedere gli occhi dei bambini illuminarsi mentre scoprivano che potevano essere atleti anche seduti, è stata una rivelazione. Non stavano solo imparando uno sport, stavano imparando l'empatia."*

Il camp non è stato solo per i più giovani. Diciotto atleti provenienti da vari club italiani di wheelchair rugby hanno avuto l'opportunità di allenarsi con leggende viventi dello sport. **Olivier Cusin**, ex allenatore della nazionale francese di wheelchair rugby in tre edizioni delle Paralimpiadi, ha guidato nove intense sessioni di allenamento. La sua esperienza è stata affiancata da quella di **Alessio Parisi**, preparatore atletico, creando un programma di allenamento di altissimo livello.

L'internazionalità dell'evento è stata ulteriormente arricchita dalla presenza di atlete come **Hanna Bucys della West Coast WR e della Great Britain Talent squad, e Imogen Steele del London WR**. Queste campionesse non solo hanno portato la loro esperienza sul campo, ma hanno anche condotto un workshop illuminante sul

## I-Wheel Training Camp: Inclusione e Sport Senza Barriere



funzionamento del sistema Wheelchair Rugby nel Regno Unito. *“Lead by example”*, come dicono oltremarica: ed i nostri atleti hanno potuto imparare cosa significa

*“È stata una fusione di culture e esperienze,”* spiega **Alessandro Somaini, atleta della Polisportiva Milanese**. *“Allenarsi accanto a questi campioni ci ha fatto capire che i nostri sogni non hanno limiti, che le nostre carrozzine sono ali, non catene. La presenza di atleti internazionali ha elevato non solo il nostro gioco, ma anche le nostre aspirazioni.”*

L'impatto del camp si è esteso ben oltre il campo da gioco. Nelle pause tra gli allenamenti, si sono creati ponti invisibili tra mondi che troppo spesso rimangono separati. Atleti in carrozzina e bambini normodotati hanno condiviso storie, sogni e risate, scoprendo che le differenze sono solo superficiali quando si condivide la passione per lo sport.

*“Questo è il vero spirito del rugby,”* ha commentato **Martin Castrogiovanni, leggenda del rugby italiano e fondatore della Castro Rugby Academy**. *“È uno sport che ti insegna a spingere oltre i tuoi limiti, a rialzarti dopo ogni caduta. Vedere questi ragazzi, in piedi o in carrozzina, che si sostengono a vicenda, è la realizzazione di tutto ciò in cui credo.”*

Il camp ha anche dimostrato che l'inclusione può essere un potente motore di innovazione. I meccanici hanno lavorato fianco a fianco con gli atleti per perfezionare le carrozzine sportive, mentre gli psicologi hanno esplorato nuove frontiere nel supporto mentale per gli atleti paralimpici.

Mentre il sole tramontava sull'ultima giornata del camp, era chiaro che ciò che è stato creato a Piancavallo va ben oltre una semplice settimana di sport. È nata una comunità, un movimento di persone unite dalla convinzione che lo sport ha il potere di trasformare non solo i corpi, ma anche le menti e i cuori.

L'I-Wheel Training Camp si è concluso, ma le emozioni di una esperienza di questo tipo continuano a vivere in ogni partecipante. I Romanes Wheelchair Rugby, con la loro dedizione e visione, stanno portando avanti un percorso di sport e inclusione incredibile, ispirando generazioni future di atleti, indipendentemente dalle loro capacità fisiche.

Perché non c'è limite a ciò che si può raggiungere. E forse, un giorno, non parleremo più di atleti normodotati o paralimpici, ma semplicemente di atleti, uniti dalla passione per lo sport e dal desiderio di superare ogni ostacolo. L'I-Wheel Training Camp ci ha mostrato che quel giorno potrebbe essere più vicino di quanto pensiamo.



# La Granfondo Nove Colli di Cesenatico e la cultura del dono



**Luca Boiardi**

Sede Nazionale ANED APS  
comunicazione@aned-onlus.it  
Tel. 02.805.79.27

La Nove Colli di Cesenatico, giunta quest'anno alla sua 54<sup>a</sup> edizione, è una delle più importanti manifestazioni ciclistiche, in Italia e non solo, e si svolge in una cornice spettacolare e suggestiva. Con i suoi percorsi che si snodano attraverso le colline romagnole offre un'esperienza unica di sfida sportiva e di bellezza paesaggistica. Non è un caso che questa abbia luogo proprio in Romagna, terra dalla grande tradizione ciclistica.

Il percorso completo è lungo 206 km. e presenta un dislivello complessivo (diviso tra i nove Colli romagnoli) di 3740 m., con la possibilità di svolgere anche le versioni ridotte da 60 km. ("L'altra") o da 85-130 km. ("Gravel"). La Nove Colli, però, non è solo un evento sportivo ma un'importante occasione per promuovere la solidarietà e la cultura della donazione. La Manifestazione, infatti, ha da molti anni un rapporto molto stretto con i temi dei valori sportivi, della promozione della salute e del trapianto di organo; numerose sono, infatti, le iniziative e le collaborazioni svolte ogni anno con le associazioni che si occupano di salute, col Ministero della Salute e col Centro Nazionale Trapianti.

Un esempio di queste collaborazioni viene dalla Campagna "Diamo il meglio di noi", lanciata nel 2016, a cui gli organizzatori della Nove Colli hanno aderito subito. Aderendo alla Campagna gli organizzatori si impegnarono, e si impegnano tutt'oggi, a sensibilizzare il pubblico, promuovere il tema della donazione e del trapianto e sostenere la Ricerca Scientifica, mettendosi anche in gioco in prima persona. Ancora oggi, in occasione della gara, i ciclisti si mettono a disposizione per la raccolta di dati fisiologici al fine di confrontare gli atleti trapiantati e non, ottenendo risultati significativi e permettendo di comprovare gli effetti benefici dello sport su questa categoria di pazienti.

La Campagna "Diamo il meglio di noi" continua

ancora oggi sotto il nome di "Donare è una scelta naturale" e sempre più Enti, come associazioni e università, si sono uniti in questo fronte comune. È possibile ottenere maggiori informazioni e sostenere l'Iniziativa direttamente dal sito della Campagna: <https://sceglididonare.it/>.

## L'importanza dell'attività sportiva nelle persone trapiantate

Per quanto riguarda le persone portatrici di trapianto, la sedentarietà rimane uno dei principali fattori di rischio, in particolare a causa della sua incidenza sullo sviluppo di malattie cardiovascolari. Le malattie cardiovascolari sono estremamente frequenti nelle persone che hanno ricevuto un trapianto di rene.

Nella popolazione dei trapiantati di rene, oltre ai fattori di rischio comuni (genetica, età, fumo, ...) e a quelli derivati dalla malattia (insufficienza renale, dialisi prolungata nel tempo, anemia, ...), si aggiungono anche i fattori derivati dalle terapie immunosoppressive necessarie al conseguimento del trapianto, come il diabete e la Sindrome Metabolica, ma molti studi hanno evidenziato come, già dopo un anno, i risultati dell'attività fisica abbiano effetti estremamente positivi nell'arginare questi fattori di rischio oltre a migliorare la capacità aerobica massimale, il tono muscolare e la percezione di benessere.

I trapiantati d'organo solido (cuore, fegato, rene) praticanti sport agonistici, infatti, presentano buona tolleranza alla terapia immunosoppressiva, buona funzionalità dell'organo trapiantato, a riposo e sotto sforzo, buona forma fisica generale come risultato dell'allenamento ed una percezione positiva della propria condizione psicofisica. In una Ricerca di Mosconi et al. (2011), pubblicata su "Medicina dello Sport", il principale rischio per i pazienti trapiantati che praticano sport rimane quello delle conseguenze dell'immunosoppressione, come le infezioni, che possono tuttavia essere gestite con la dovuta attenzione per le norme igieniche.

Le evidenze ci dicono che i trapiantati possono tornare a praticare sport allo stesso livello precedente alla malattia che ha portato al trapianto, riuscendo anche a competere alla pari con atleti sani, mentre non risultano casi di pazienti che abbiano riportato conseguenze negative sull'organo trapiantato praticando sport, anche agonistico.

I dati della Ricerca scientifica indicano complessivamente che l'esercizio fisico, soprattutto se personalizzato, porta in un tempo ragionevolmente breve ad un miglioramento delle condizioni fisiche dei pazienti trapiantati, rendendoli più forti e in grado di affrontare il recupero post-trapianto e le terapie, tanto che, nel dire comune, l'esercizio fisico assume i connotati di un vero e proprio farmaco, in grado di far stare meglio la persona, senza avere effetti collaterali.





## La Granfondo Nove Colli di Cesenatico e la cultura del dono

### La Cultura del Dono è un Valore Fondamentale

La donazione di organi è un tema cruciale nella situazione attuale del nostro Paese, con una popolazione con un'età media sempre più avanzata e l'aumento costante dei pazienti che entrano in lista d'attesa a seguito di una malattia cronica, e la sua promozione è fondamentale per far sì che tutte queste vite possano essere salvate. La collaborazione tra la Nove Colli e le associazioni dedicate alla donazione di organi mira ad educare i partecipanti e il pubblico sull'importanza di diventare donatori.

Come ogni anno l'**ANED** il 19/05/24 ha preso parte alla Nove Colli con una squadra di atleti trapiantati che hanno portato la testimonianza tangibile della grandiosità del dono, della resilienza umana e della passione per la vita. Ben 17 Atleti, di cui 13 trapiantati, hanno partecipato alla Nove Colli sotto la bandiera di ANED Sport e della Nazionale Italiana Trapiantati per portare il messaggio di speranza e solidarietà dell'importanza della donazione di organi. Di questi, ben 15 hanno affrontato il percorso completo da 206 km., conseguendo un indimenticabile successo.

Durante la manifestazione sono state organizzate diverse attività per coinvolgere i ciclisti e il pubblico come gli Stands Informativi, in cui i partecipanti, gli accompagnatori e gli spettatori hanno potuto ricevere informazioni sulla donazione di organi e su come diventare donatori nonché racconti di testimonianze, svolte da persone che hanno ricevuto un trapianto, sottolineando l'importanza della donazione e del suo grande impatto sulla vita dei riceventi, con la possibilità di registrarsi come donatori direttamente durante l'evento.

Questa sinergia tra sport e cultura del dono non solo sensibilizza i partecipanti ma crea anche una comunità unita da valori condivisi. La Nove Colli diventa così un palcoscenico per promuovere l'attività sportiva nella popolazione trapiantata e la solidarietà. La speranza è che, attraverso questa collaborazione, si possa incoraggiare un numero sempre maggiore di persone a considerare la donazione di organi come un gesto di amore e altruismo.

### ANED ai Giochi Mondiali dei Trapiantati

La Nove Colli di Cesenatico è solo una delle importanti tappe che la squadra di ANED Sport ha affrontato e affronterà in preparazione dei Giochi Mondiali dei Trapiantati 2025, che si svolgeranno ad agosto 2025 a Dresden, in Germania.

I Giochi Mondiali dei Trapiantati sono la più importante manifestazione sportiva legata al mondo dei pazienti che hanno ricevuto un trapianto e vengono organizzati ogni due anni in tutto il Mondo.

Nella precedente edizione di Perth, in Australia, nel 2023, sono state ben 49 le medaglie ottenute dalla Nazionale Italiana Trapiantati, un grandissimo risultato nonché nuovo record italiano raggiunto grazie al lavoro quotidiano degli atleti e dello staff di ANED.

"Questi straordinari risultati sono il frutto del grande lavoro di squadra, compreso il Team Manager e referente Aned, Nicola Scalamogna, che lavora per organizzare l'attività sportiva di trapiantati e dializzati, assistendoli e indirizzandoli ora dopo ora nelle gare di Perth - sottolinea Giuseppe Vanacore, Presidente di Aned Onlus e



Rappresentante per l'Italia - ;oggi ci godiamo le medaglie ma c'è un lavoro dietro le quinte che serve a tenere salda la nazionale italiana, accrescere la coesione e smorzare i mille piccoli problemi quotidiani. L'auspicio è che questi risultati possano contribuire a dare maggiore impulso alla buona pratica della donazione: sono 9000 circa, infatti, le persone che attendono di avere una nuova opportunità".

L'augurio è che queste donazioni possano essere soprattutto la più vera testimonianza della rinascita grazie al trapianto e che possano aver dato ancora una volta prova che donare è un gesto che davvero può offrire una seconda possibilità di vita.

Come riferito da Luca, atleta di ANED Sport e della Nazionale Trapiantati, vincitore di due medaglie ai Giochi Mondiali dei Trapiantati del 2023: "lo festeggio due compleanni, il primo è quello di quando sono nato mentre il secondo è quello di quando sono rinato dopo il trapianto".

### I contatti di ANED

**ANED, Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto - APS**, è una associazione senza scopo di lucro di pazienti, famigliari e professionisti sanitari che, nel 1972, sotto la guida di Franca Pellini, si sono uniti per garantire una vita migliore a tutte le persone che soffrono di malattie renali.

*"L'associazione difende e tutela i diritti civili e sociali dei nefropatici cronici, dei dializzati e dei trapiantati di tutti gli organi e tessuti..."* (art. 1 Statuto ANED)

L'attività di ANED si concentra, quindi, sui temi della prevenzione delle malattie renali, sulla garanzia della dialisi per tutti e il più possibile vicino a casa, sul potenziamento della rete del trapianto nonché sulla promozione dell'esercizio fisico come terapia e fonte di benessere nei pazienti e stimolo della Ricerca Scientifica in tema nefrologico e trapiantologico.

Tramite la sezione ANED Sport dell'Associazione, lo sport viene promosso per tutti i pazienti che soffrono di malattie croniche o che si siano sottoposti al trapianto come una vera e propria *terapia*, in grado di curare e promuovere un corretto approccio alla malattia. Organizziamo, quindi, eventi sportivi a carattere nazionale, gestendo direttamente le Nazionali Italiane dei Dializzati e dei Trapiantati.

### Sede Nazionale ANED

info@aned-onlus.it - Tel. 02.805.79.27

**Marco Mestriner - Coordinatore Nazionale ANED Sport**  
aned.sport@aned-onlus.it

**Sito Internet:** www.aned-onlus.it



**Brio, ironia, indiscusso talento e raffinata cultura: Alessandro Piperno entra nel vivo della contemporaneità con una storia avvincente che ha il fascino dei grandi classici dell'Ottocento. Leggi il suo nuovo romanzo e come il protagonista senti *Aria di famiglia* perché la letteratura di valore è una casa comune dove ogni sensibilità ha il suo spazio.**

## **Il cielo di Roma non ha rivali Un romanzo, e anche un film: Roma sempre più capitale di Michele Trecca**

È andata così. *Aria di famiglia* l'avevo portato al mare per completare la lettura durante la settimana di vacanze con mio figlio. Mi mancavano poco più di cento pagine. Il romanzo mi stava piacendo così tanto che sono stato indeciso fino all'ultimo momento se portare o meno il libro con me. Il caldo stordisce, la spiaggia distrae. La lettura richiede attenzione, se ne vuoi godere davvero.

Dice Alessandro Piperno: «Non concepisco la scrittura come una necessità, un privilegio, un destino, ma più modestamente come un ripiego». Per quanto mi riguarda vale anche per la lettura. Al mare, anche se non fai nulla, con tutta quella bellezza intorno di ripieghi non c'è proprio bisogno. Male male basta guardare il mare. Il ripiego della lettura, modalità *full immersion* con penna a portata di mano per sottolineare, è un toccasana per le tante serate domestiche oziose e solitarie. In spiaggia è uno spreco. Però poi il libro l'ho portato. Dico: metti che un giorno piova... o mi vien voglia di verificare qualcosa, anche perché avevo già in mente come cominciare questo pezzo. Tipo: *Aria di famiglia* racconta la nuova geografia sentimentale al tempo del *climate change*. L'uso massivo dei social ha prodotto un surriscaldamento globale dei rapporti fra le persone, con conseguente scioglimento delle modalità precauzionali di cautela, discrezione e razionalità. Niente più rispetto.

Ogni profilo un cecchino. O una vittima, come il professor Sacerdoti, cinquantenne protagonista e narratore del romanzo, ordinario di letteratura francese e romanziere di successo. Romano: «Quando vivi qui non ci fai caso, lo dai per scontato, ti sembra normale, ma la verità è che il cielo di Roma non ha rivali». Contro di lui una giovane collega, ambiziosa e rapace, scatena una bufera para-femminista (*shitstorm*, dicono quelli bravi). Le basta decontestualizzare e distorcere alcune incaute citazioni del professore dalle lettere dell'amatissimo Flaubert e il gioco è fatto. Misoginia, sessismo... e via di seguito. Il poveretto è all'angolo. Anzi, è scaraventato proprio fuori dal ring dell'accademia e dell'editoria.

Il professore non è un gran combattente. Tutt'altro: «Rinunciare era la cosa che mi veniva meglio. Se avessi fatto il pugile, sarei stato un ottimo incassatore». Disegna la volgarità di certi mezzi, i colpi bassi sotto la cintura del decoro lessicale, dell'intelligenza e della morale. Ha educazione, cultura e classe e non sa e non vuole rinunciare. Neanche per autodifesa.

Il suo mito è Flaubert, «quel sociopatico di un normanno» per il quale «le parole erano una questione di vita o di morte... Grammatica, sintassi e persino una cosa pedestre come la punteggiatura: era questo il campo da gioco del "nostro Gustave", la roba che lo mandava in estasi, la sola che potesse dare un senso a una vita insensata come la sua. Con tutto il disincanto di maniera e il cinismo esibito, era il primo ad ammettere che le ore consacrate al lavoro sono le meglio spese».

Come il suo maestro, anche il nostro eroe (ma sì, eroe) coltiva la perfezione, benché conosca i propri limiti e sappia prendersi in giro. In ogni caso è inadatto alla lotta, figuriamoci al corpo a corpo sui social con una che sa dosare bene vittimismo e violenza.

L'arrendevolezza del professor Sacerdoti è senza rimedio, è fatalismo e senso di

colpa, è nel Dna della sua identità ebraica. «Hai un bel cercare di sottrarti al tuo destino. Hai un bel dirti che per liberarti dal tuo influxo basta comportarsi in modo equilibrato, con cautela e perseveranza. Provaci, se ci credi e ne sei capace, ma sappi che è una battaglia persa. Il destino è un tipo saggio, paziente e vendicativo. Se ne sta lì, in riva al fiume, a braccia conserte, sicuro del fatto suo, pronto a sferrare il colpo di grazia.»

Il romanzo è avvincente e avventuroso con sviluppi narrativi dickensiani. Il titolo sottintende corallità e trama di personalità comune di generazione in generazione ma... ci sarà, infine, chi dice no a cotanta supina acquiescenza agli iniqui colpi della cattiva sorte? Lo saprete solo leggendo.

Comunque, a nostro giudizio, la qualità maggiore del romanzo è la posizione in campo (Ps. Di calcio nel romanzo ce n'è quanto basta, dalla Lazio al Tottenham alle trasmissioni sportive). Il professor Sacerdoti è trasversale, vive dentro, vive fuori, vive in mezzo a tanti cuori (copyright Anna Oxa). Per esempio: è ebreo e conosce tutti i precetti e rituali ma non è praticante. Aborre i fondamentalismi: «I crimini arabi avrebbero innescato i crimini ebraici, in una faida senza fine. Da un lato israeliani e palestinesi di buona volontà, dall'altro assassini assetati di sangue, fomentati da un fanatismo criminale solo in apparenza antitetico».

Passando dal sacro al profano, «Il nostro prof - dice un amico - si ripresenta vestito da gentiluomo ma è rimasto il solito figlio di puttana». Come dire: marca le distanze, sembra aver il mondo in gran dispetto, è saccente ma è simpatico. Sa farsi voler bene, anche perché ha dolente consapevolezza di essere nel bel mezzo di un «passaggio di consegne tra una generazione incapace di mettere in dubbio la propria forza e un'altra che si era scoperta fragile, inerme, in balia di stravolgimenti tanto imprevisi quanto radicali... Stretti tra due fuochi, ai miei compagni non restava che rifugiarsi in questa esibizione di disincanto e sarcasmo. Un crocevia, un limbo, una terra di mezzo: forse questo era il meglio che si potesse dire di loro, di noi».

Il meglio che, invece, io possa dire del romanzo è che bene ho fatto a portarlo con me in vacanza. Non perché abbia finito di leggerlo al mare. Nient'affatto. Gliel'ho passato a mio figlio. Aveva portato con sé un libro pure interessante, tipo storia di vita di un attore emergente frequentato tempo addietro. Il nemico della lettura è il tempo. Stretto dal lavoro, mio figlio ne ha poco. Quel libro mi è sembrato uno spreco. Gli ho passato *Aria di famiglia*. Ho dovuto vincere perplessità varie, ma l'ho convinto. La parola chiave è stata Enea, che gli è piaciuto tanto e della cui attenta analisi gli sono debitore. Poiché «le poche cose davvero importanti possono essere dette solo in modo banale», l'ho messa così: Guarda che c'è Roma alla grande, non il lato oscuro ma la stessa alta società del film di Castellitto. Cinquantenni non trentenni, ma sempre spatriati (copyright Desiati). Anche qui una grande storia d'amore, ma più sorprendente... Innovativo come il film, vedrai. Tanta classe. Una spanna sopra gli altri.

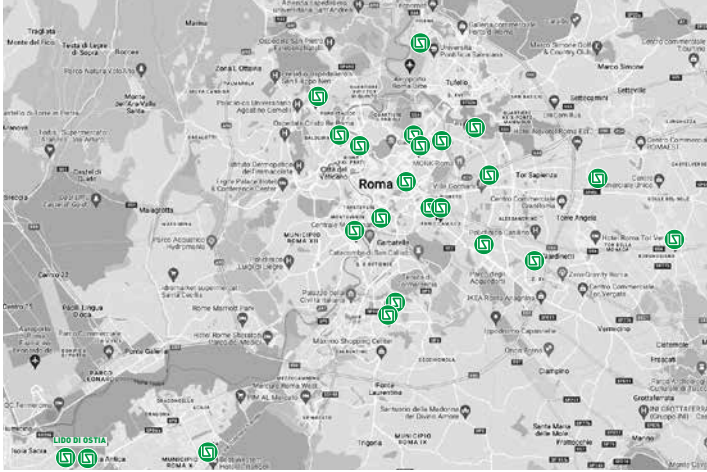
È finita che mio figlio il romanzo l'ha letto d'un fiato, via via ne abbiamo discusso e mi è stato grato, tanto quanto io per i suoi suggerimenti cinematografici. Insomma, è stata una bella vacanza. Sole, mare, cibo buono e letteratura di valore.

Alessandro Piperno, *Aria di famiglia*, Mondadori, pagg. 405, € 21





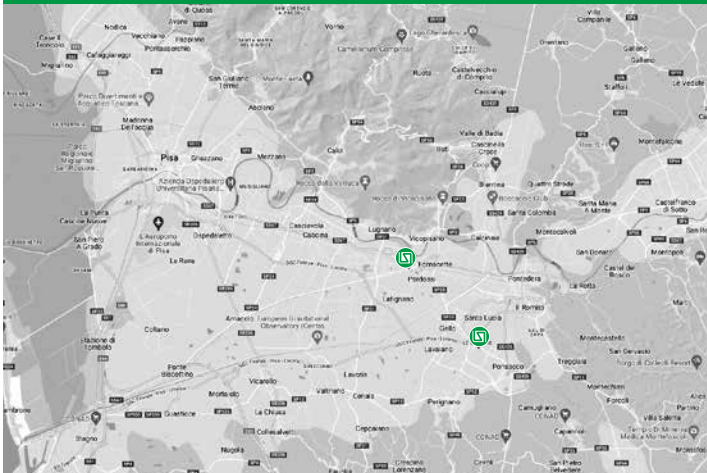
**LAZIO ROMA**



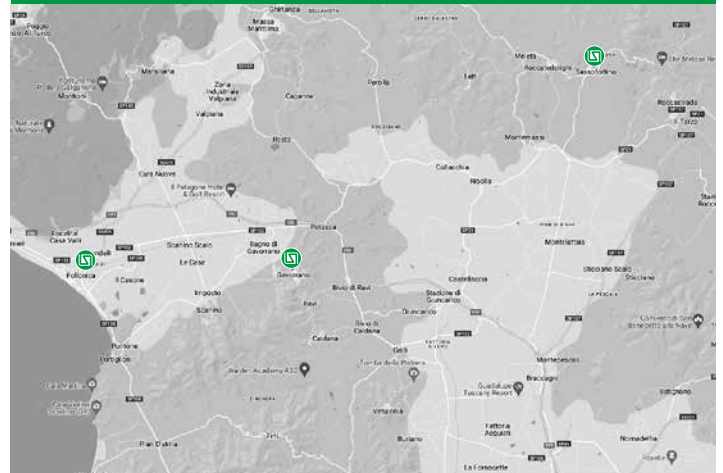
**TOSCANA LUCCA**



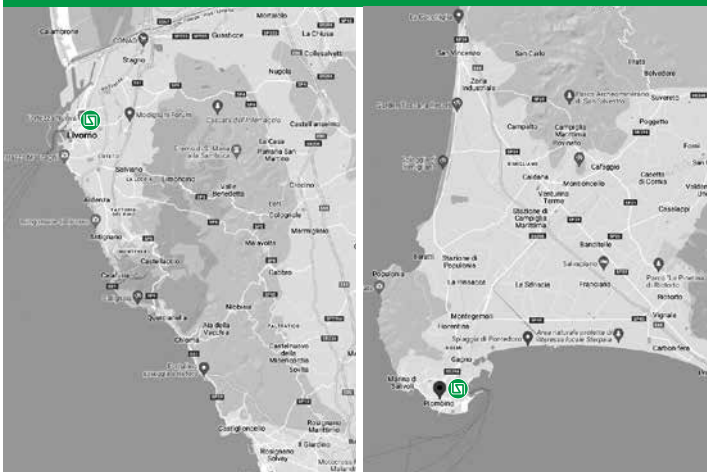
**TOSCANA PISA**



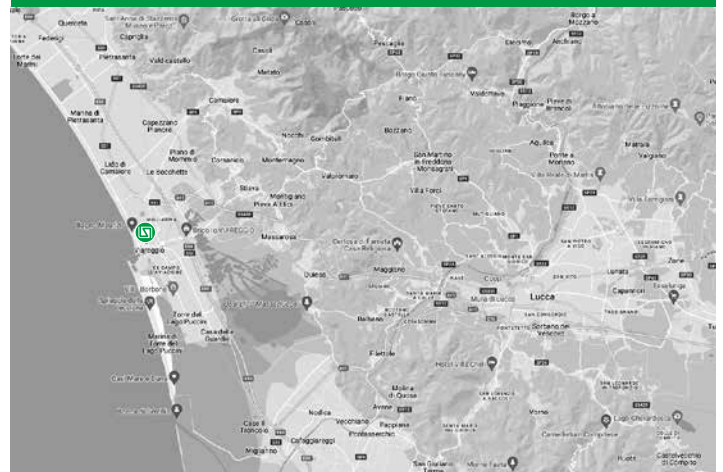
**TOSCANA GROSSETO**



**TOSCANA LIVORNO**



**TOSCANA VIAREGGIO**

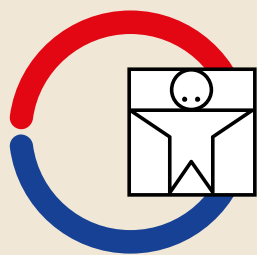


**TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE  
Scansiona il QR-Code - [www.usi.it](http://www.usi.it)**





**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**