



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 21, n° 1 - 2019



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

il caduceo

Vol. 21, n. 1 - 2019



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. Barbatì

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
Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE
A GENNAIO 2019
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
di **Marco Sperduti**

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

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

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



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32.868.331
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it


Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

2. Istruzioni agli Autori
3. Ganglioneuroma surrenalico: caso clinico
*Giuseppe Ferrentino, Antonio Montini,
Giacomo Mammana*
5. I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)
Marika Sabella
7. Funghi medicinali: il Ganoderma lucidum
Cesare Pirozzi
10. Caratteristiche, diffusione e trattamento
nutrizionale del diabete nella terza età
Linda Leone
14. L'ascolto del minore
Sabina Lauria
16. Internet Addiction Disorder e Cybersex
in adolescenza
Sabina Rellini
19. La dermatoprosi e le lacerazioni cutanee
Elena Toma
24. Nuovo sistema laser DEKA - Q-switch
Q-plus C MT
Stefan Dima
27. "Sospeso" non è solo il caffè. Anche
l'elettrocardiogramma!
Maria Luisa Barbarulo
29. Il cambiamento climatico
Simone Borzillo
32. Minotauro, non mi fai paura!
Michele Trecca
36. La mossa giusta
Michele Trecca



Gentile lettore,

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

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

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

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

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

Grazie

USI SpA

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.

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

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

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

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

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

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

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

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile 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. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

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

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

Figure, immagini o foto

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

Tabelle

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

Didascalie

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

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 – 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

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

Ganglioneuroma surrenalico: caso clinico

Giuseppe Ferrentino*, Antonio Montini**, Giacomo Mammana***

*Oncologo Medico, **Medico Internista, ***Chirurgo Generale
Policlinico Militare di Roma



RIASSUNTO

Il ganglioneuroma surrenalico è una rara neoplasia benigna appartenente al gruppo dei neuroblastomi ed è più frequente nei bambini e nei giovani adulti.

Ha una crescita lenta, spesso è asintomatico e generalmente è diagnosticato quando ha raggiunto notevoli dimensioni. Viene descritto il caso di un giovane adulto di 24 anni con evidenza radiologica di incidentaloma surrenalico trattato chirurgicamente; l'esame istologico ha deposto per ganglioneuroma surrenalico.

PAROLE CHIAVE: ganglioneuroma, incidentaloma surrenalico.

Introduzione

Il riscontro di una massa surrenalica è spesso casuale durante l'esecuzione di indagini strumentali effettuate per altre cause, tali masse vengono definite con il termine di incidentaloma surrenalico (1).

Il ganglioneuroma rappresenta circa il 4% delle lesioni surrenaliche asportate chirurgicamente (2); è un tumore benigno raro che deriva dalle cellule gangliari del simpatico ed appartiene al gruppo dei neuroblastomi, può svilupparsi lungo il plesso simpatico paravertebrale a qualsiasi livello ed occasionalmente origina dalla midollare del surrene. La sua crescita è lenta ed è in genere asintomatico, in assenza di sindromi paraneoplastiche è diagnosticato quando ha raggiunto dimensioni notevoli.

Si descrive il caso di un ganglioneuroma surrenalico riscontrato in un giovane adulto di 24 anni.

Descrizione del caso

Nel maggio del 2017, il paziente M.F., di 24 anni in seguito ad un evento traumatico effettuò una TC della colonna cervico-dorso-lombo-sacrale, risultata negativa ma che in via collaterale mostrava un'area di consolidazione parenchimale con broncogramma aereo in sede linguare. In un successivo controllo evolutivo TC torace ad alta risoluzione veniva collateralmente segnalato dimorfismo del profilo del polo superiore renale destro con aspetto di massa a margini netti e delle dimensioni di circa 7,5 cm di diametro massimo di non univoca interpretazione; una estemporanea valutazione ecografica mostrava in corrispondenza della loggia surrenalica destra una formazione ipoecogena con spot iperecogeni nel suo contesto, disomogenea, a margini regolari con compressione del parenchima epatico limitrofo e del polo renale superiore con effetto compressivo sulla vena cava inferiore.

Una RM addome superiore mostrava grossolana formazione espansiva del diametro di circa 7,5 cm localizzata

nella loggia surrenalica destra con piano di clivaggio rispetto al rene omolaterale, dopo somministrazione di mezzo di contrasto la lesione si caratterizzava per un sottile ring di enhancement periferico e per alcune sfumate ed irregolari aree di enhancement intralesionale. In conseguenza dei referti summenzionati, il paziente è stato sottoposto ad indagini laboratoristiche risultate nei limiti della norma. Clinicamente assenza di segni e sintomi da ipersecrezione ormonale.

Il paziente, con la diagnosi clinico-radiologica di neof ormazione retroperitoneale, è stato sottoposto a resezione chirurgica, per via laparotomica. È stata asportata una massa nodulare solida biancastra del diametro di 7 cm alla periferia della quale si riconosce una rima giallastra riferibile a surrene residuo. L'esame microscopico della neof ormazione ha consentito di porre la diagnosi di ganglioneuroma, caratterizzato dalla presenza di elementi fusocellulari di aspetto blando, con caratteri morfologici di cellule di Schwann, disposti in sottili fasci variamente orientati, intercalati ai quali sono stati repertati grossi elementi gangliari maturi disposti sia singolarmente che in piccoli aggregati. Il decorso post operatorio è stato regolare ed il paziente è stato avviato a follow-up specifico per l'individuazione di eventuali recidive di malattia. A distanza di quasi due anni il quadro clinico e laboratoristico relativo ai controlli semestrali non ha mostrato segni di recidiva.

Discussione e conclusioni

I ganglioneuromi sono tumori neurogeni benigni che originano dalle cellule gangliari ed appartengono al gruppo dei neuroblastomi (3); possono svilupparsi dal plesso simpatico paravertebrale e dalla midollare del surrene e le localizzazioni più frequenti sono il retroperitoneo (interessato nel 32-52% dei casi) ed il mediastino posteriore (interessato nel 39-43% dei casi), meno frequente è l'interessamento della regione cervicale (8-9% dei casi) (4, 5).

I ganglioneuromi si osservano con maggiore frequenza nei soggetti giovani; circa il 60% dei casi riguarda bambini e giovani adulti (6). La malattia, inoltre si può manifestare nell'ambito di una neurofibromatosi tipo II o di una neoplasia multipla endocrina tipo II.

Il ganglioneuroma si presenta nella maggioranza dei casi come un tumore asintomatico fino a quando non raggiunge grosse dimensioni; la sintomatologia è correlata alla sede d'insorgenza ed il più frequente è il dolore addominale associato alla presenza di una massa palpabile.

Nelle forme in cui è presente una ipersecrezione ormonale la sintomatologia clinica è secondaria alla iperinscrezione di catecolamine, peptide vasoattivo intestinale od ormoni androgeni, con conseguenti quadri clinici caratteristici con riscontro di ipertensione arteriosa, diarrea e sindromi da virilizzazione (5, 7).

Le indagini strumentali raccomandate sono la TC e RM. Generalmente il ganglioneuroma retroperitoneale o surrenale appare come una neoformazione ovalare o lobulata e sebbene le immagini consentano, in assenza di ripetizioni metastatiche, di sospettare un ganglioneuroma, la diagnosi differenziale tra quest'ultimo, il ganglio neuroblastoma (forma a malignità intermedia) ed il neuroblastoma (forma maligna) è possibile solo con l'indagine istologica (3, 5, 8).

La terapia consiste nella resezione chirurgica della massa che può essere eseguita anche con tecnica laparotomica (9).

La prognosi è favorevole e sono rari i casi di recidiva di malattia, il follow up è comunque necessario per la diagnosi precoce di recidiva locale (10).

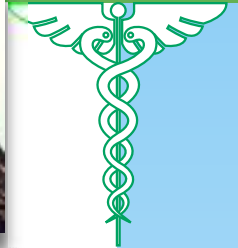
BIBLIOGRAFIA

1. Thompson GB, Young Jr WF. *Adrenal incidentaloma*. *Current Opin Oncol* 2003; 15:84-90.
2. Mantero F, Terzolo M, Arnaldi G, Osella G, Masini AM, Ali A, Giovagnetti M, Opocher G, Angeli A. *A survey on adrenal incidentaloma in Italy*. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:637-644.
3. Moriwaki Y, Miyake M, Yamamoto T, et al. *Retroperitoneal ganglioneuroma: a case report and review of the Japanese literature*. *Intern Med* 1992; 31: 82-5.
4. Shimada H, Ambros IM, Dehner LP, et al. *The International neuroblastoma pathology classification (the Shimada system)*. *Cancer* 1999; 86: 364-72.
5. Radin R, David CL, Goldfarb H, Francis IR. *Adrenal and extra retroperitoneal ganglioneuroma: imaging findings in 13 adults*. *Radiology* 1997; 202: 703-7.
6. Ichikawa T, Ohtomo K, Araki T, et al. *Ganglioneuroma: CT and MR features*. *Br J Radiol* 1996; 69: 114-21.
7. Bjellerup P, Theodorsson E, Kogner P. *Somatostatin and vasoactive intestinal peptide (VIP) in neuroblastoma and ganglioneuroma: chromatographic characterization and release during surgery*. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 481-5.
8. Ichikawa T, Koyama A, Fujimoto H, et al. *Retroperitoneal ganglioneuroma extending across the midline: MR features*. *Clin Imaging* 1993; 17: 19-21.
9. Iwanaka T, Araia M, Ito M, et al. *Surgical treatment for abdominal neuroblastoma in the laparoscopic era*. *Surg Endosc* 2001; 15: 751-4.
10. Cerullo G, Marrelli D, Rampone B, Miracco C, Caruso S, Di Martino M, Mazzei MA, Roviello F. *Presacral ganglioneuroma: a case report and review of literature*. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2129-31.

I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)

Marika Sabella

Psicologa dello sviluppo e dell'educazione. Esperta in diagnosi, potenziamento e trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento.
Roma



“Ognuno è un genio. Ma se si giudica un pesce dalla sua abilità di arrampicarsi sugli alberi lui passerà tutta la sua vita a credersi stupido”

Albert Einstein

Introduzione

Una delle tematiche più discusse negli ultimi anni, soprattutto in ambito scolastico, è quella relativa ai Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), che ha fatto visita nelle nostre scuole, introducendosi come uno tsunami nelle vite delle famiglie e degli insegnanti, generando una serie di dubbi e domande, influenzando la quotidianità e la didattica. I DSA sono caratteristiche con cui si nasce e che rendono più difficile imparare a leggere, a scrivere, a contare, ma anche a ricordare i giorni della settimana e ad imparare la lettura dell'orologio. I DSA non sono malattie, handicap, sindromi, patologie o morbi; i bambini con questi disturbi non sono “stupidi”, “pigri”, “malati”, “affetti da”, ma sono intelligenti, poiché il loro quoziente intellettivo è nella norma, hanno solo bisogno di imparare un metodo di studio alternativo e di usare strumenti adatti, utili per lo studio. I bambini con tali disturbi, spesso sono accompagnati da manifestazioni psicologiche, come: ansia da prestazione, fobia scolastica, evitamento di attività, poca autostima, meno responsabilità, disturbi del comportamento, e nei casi più gravi, depressione infantile e sofferenza psicologica.

Cosa sono i DSA

Nella sua definizione scientifica il disturbo dell'apprendimento secondo il DSM-5, viene descritto come

un disturbo del neurosviluppo con un'origine biologica che è alla base di anomalie a livello cognitivo. Questa comprende l'interazione di fattori genetici, epigenetici e ambientali che colpiscono ed influenzano le capacità cerebrali. La prevalenza del disturbo specifico dell'apprendimento negli ambiti scolastici relativi alla lettura, alla scrittura e al calcolo è compresa tra il 5% ed il 15% tra bambini di età scolare. Tali disturbi, inoltre, possono presentarsi in concomitanza ad altri disturbi del neurosviluppo, come: i disturbi della comunicazione, il disturbo dello sviluppo della coordinazione ed il disturbo dello spettro autistico, ma anche a disturbi mentali come quello d'ansia, depressivo e bipolare.

Qual è la differenza tra difficoltà semplice e disturbo dell'apprendimento?

Viene descritta nella tabella 1.

Come si possono classificare i DSA?

I disturbi dell'apprendimento interessano specifici domini di abilità (lettura, ortografia, grafia e calcolo), classificabili in:

- Dislessia
- Disortografia
- Disgrafia
- Discalculia

Tabella 1

DIFFICOLTÀ	DISTURBO
Non è innata, può essere modificata attraverso interventi mirati ed è automatizzabile.	È innato, resistente all'automatizzazione ed è l'espressione di un'organizzazione funzionale già presente dalla nascita.
Può manifestarsi in qualsiasi momento dello sviluppo delle abilità scolastiche, ed è da considerarsi un semplice rallentamento nell'acquisizione di alcune competenze.	Verifica di una condizione a livello clinico che documenti la presenza di un profilo deficitario e compromesso.
La difficoltà: presenta un problema manifestato che cambia rapidamente con semplici adattamenti didattici.	Il disturbo: presenta una base neuro funzionale precisa; occorre sfruttare la capacità neurale, in cui sono richieste specifiche esercitazioni e attività mirate con un certo monitoraggio.

La *dislessia* riguarda la lettura lenta e poco accurata, è costituita da un'alterazione neurobiologica, che trova la sua origine in un assetto genetico alterato.

La *disortografia* riguarda la scrittura, si riconosce per la presenza di frequenti errori di ortografia. La *disgrafia* è una specifica difficoltà nella realizzazione manuale dei grafemi, si manifesta con alterazione motoria nella grafia; attualmente non si riscontrano dati clinici evolutivi in assenza di disortografia.

Come ci accorgiamo che un bambino ha difficoltà di lettura e scrittura?

Osservando il suo comportamento, caratterizzato da una lettura lenta e poco corretta, da un'incapacità di comprensione ed elaborazione di un testo, dalla presenza di molti errori nella scrittura che variano da visivi, fonologici, lessicali. Alcuni errori possono essere osservati nella realizzazione di grafemi non corrispondenti al fonema, nelle doppie e negli accenti, possono essere anche visivo-ortografici. A livello di grafia, insorge l'impossibilità di leggere il quaderno del bambino a causa di una pessima calligrafia e di una mancanza di spazio adeguato nel foglio.

La *discalculia* riguarda la difficoltà nello svolgere il calcolo matematico, probabilmente causata da un deficit neuropsicologico.

Come ci accorgiamo che il bambino ha difficoltà nel calcolo?

Osservando come il bambino manifesta una spiccata difficoltà nell'apprendere concetti relativi al numero e alla quantità, nel conoscere la sintassi del numero, nell'acquisire le corrette procedure di calcolo aritmetico, nel mettere in colonna, nell'imparare le tabelline.

Quali sono i fattori di rischio per l'insorgenza dei DSA?

I fattori di rischio più comuni da valutare per l'insorgenza dei disturbi specifici dell'apprendimento sono:

- l'esposizione a più di due anestesie generali dopo il parto ed entro il quarto anno di vita;
- il disturbo del linguaggio;
- il sesso maschile (rischio di dislessia 2,5 volte superiore rispetto al sesso femminile);

- la storia genitoriale di alcolismo o il disturbo da uso di sostanze;
- l'esposizione al fumo materno durante la gravidanza;
- l'esposizione a fattori traumatizzanti, ambientali, come nascita prematura o peso molto basso alla nascita; genetici e fisiologici dove troviamo parenti di primo grado, familiarità di difficoltà di lettura e di alfabetizzazione dei genitori (quindi è presente un'alta ereditarietà); modificatori del decorso, ovvero problemi marcati legati ad un comportamento disattento in età prescolare che risultano predittivi per successive difficoltà di lettura e matematica, così come ritardi o disturbi nell'eloquio o nel linguaggio.

Conclusione

In conclusione, possiamo intervenire tempestivamente per aiutare i bambini con disturbi di apprendimento. Una volta che ci si è accorti che il bambino presenta difficoltà a livello di lettura, scrittura e calcolo, rivolgersi ad un professionista specializzato in tale ambito. Dopo una valutazione psicodiagnostica ed un periodo di trattamento e monitoraggio, se la difficoltà dell'apprendimento persiste ci troviamo di fronte ad un disturbo. A questo punto a scuola verrà istituito il PDP (Piano Didattico Personalizzato) che comprende strumenti compensativi (ad esempio, sintesi vocale, computer con correttore ortografico e calcolatrice) e misure dispensative (ad esempio, verifiche ed interrogazioni programmate e tempi maggiori per lo svolgimento), previsto dalla legge 170/2010. Ottenere un PDP non significa essere avvantaggiati rispetto agli altri, ma essere alla pari.

Bibliografia

- Cornoldi C. (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Biondi M. (2014). *Manuale diagnostico dei disturbi mentali. DSM 5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Tressoldi P.E., Vio C. (2008). *È proprio così difficile distinguere difficoltà da disturbo di apprendimento?*. Trento: Erickson, 2, 5, 139-147.
- Consensus Conference (2011). *Disturbi specifici di apprendimento*. Milano.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2016). *Prevenzione e salute mentale. Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.
- Vio, C., Lo Presti G. (2014). *Diagnosi dei disturbi evolutivi*. Trento: Erickson.

Funghi medicinali: il *Ganoderma lucidum*

Cesare Pirozzi

Già Dirigente Medico di I livello con incarico di alta specializzazione presso l'PAORN San Camillo Forlanini
Perfezionato in Fitoterapia e Piante medicinali



Riassunto

Il fungo *Ganoderma lucidum*, utilizzato da millenni nella MTC ed in altre etnomedicine, è oggi inserito nella farmacopea Cinese e Giapponese. Il presente lavoro ne illustra le potenzialità terapeutiche sulla scorta della moderna letteratura scientifica.

Introduzione

Classificati da Linneo come piante, i funghi sono ormai riconosciuti come un regno a sé stante. Essi sembrano essere venuti al mondo con un grave handicap: pur essendo immobili come le piante, sono incapaci di fotosintesi clorofilliana; pur essendo eterotrofi come gli animali, non possono muoversi alla ricerca di cibo. Per consentirne sopravvivenza e diffusione, la natura li ha provvisti di un'arma formidabile, la chimica, nella quale sono ineguagliabili. Grazie a questa, sono capaci di digerire, non solo il legno (*Ganoderma lucidum* e molte altre specie), ma anche la plastica (*Pestalotiopsis microspora*). Per competere con i batteri, producono antibiotici (penicillina e cefalosporina; altri, attivi su MRSA, sono ancora in studio¹). Alcuni funghi possono vivere anche senza ossigeno, utilizzando il processo della fermentazione: come i lieviti, da millenni usati per il pane, il vino e la birra. Altri, producono droghe psicotrope (psilocibina, muscimolo e acido ibotenico); Altri ancora, sintetizzano potentissime tossine (alfa e beta amanitina, orellanina, muscarina, aflatossine). Anche il sapore e il profumo dei funghi testimoniano di tanta versatilità: basti pensare al gorgonzola (erborinato con funghi del genere *penicillium*), al tartufo e al porcino. Nessuno stupore, dunque, che questi laboratori chimici naturali possano anche produrre sostanze medicamentose.

Le tracce dell'uso medicinale dei funghi si perdono nella preistoria: "Otzi" (la "mummia" del ghiacciaio di Similaun) portava con sé funghi medicinali del genere *inonotus*². L'etnomedicina ha fornito alla scienza moderna le prime conoscenze sull'uso medicinale dei funghi, utilizzati da millenni soprattutto in Cina e Giappone, ma altre interessanti tradizioni provengono dalla Siberia e dal Sud America. Oggi si conoscono molte specie di funghi medicinali; ma anche i più diffusi funghi commestibili, dal porcino allo champignon, hanno alcune proprietà medicinali. Sono almeno 12 i funghi medicinali su cui esistono sia tradizioni d'uso sia, soprattutto, lavori scientifici indexati, che confermano la presenza di sostanze bioattive con attività terapeutiche. Scopo di questa review è presentare le prospettive dell'uso terapeutico del macrofungo oggi più studiato, il *Ganoderma lucidum* (*Gl*), sulla base della letteratura scientifica dedicata all'argomento.

Materiale e metodo

È stata effettuata una ricerca on line sul database MEDLINE/PubMed (subject headings: "ganoderma lucidum"/"lingzhi" "reishi"), ottenendo 1619 lavori riguardanti il *Gl*, 489 dei quali sull'uomo, pubblicati fino al marzo 2019. Su tale materiale si è cercato di selezionare le evidenze più interessanti per una piccola review sulle potenzialità terapeutiche di questo fungo.

Risultati

Il *Gl* (basidiomiceto della famiglia delle ganodermataceae) è un fungo saprofita/parassita degli alberi e per la sua consistenza dura non è commestibile. Conosciuto come fungo medicinale da oltre 2000 anni, è noto in Cina come lingzhi e in Giappone come reishi. Il "Classico di materia medica" (Shén Nóng Běn Cǎo Jīng) del II secolo d. C. lo annovera tra i "rimedi principali" della medicina tradizionale cinese (MTC). La Pharmacopoeia of the People's Republic of China lo annovera tra i farmaci ufficiali, con indicazioni diversificate. In Giappone ha una storia d'uso millenaria, che tuttora continua³. In considerazione della variabile distribuzione del fungo in natura e della crescente richiesta del mercato, il fungo è coltivato fin dagli anni '70, sia su substrati legnosi (tronchi, cereali, segatura, corteccia), sia in liquido nutritivo. I prodotti ricavati con le diverse metodiche presentano differenze qualitative e pongono il problema della scelta più adatta nell'uso terapeutico⁴.

Gl contiene fibre (59%), carboidrati (26-28%), lipidi (3-5%, con alta percentuale di acidi grassi poli-insaturi), proteine (7-8%, con gli AA essenziali), vitamine (soprattutto folina) e minerali (ferro, zinco, rame, magnesio, potassio, manganese, selenio e germanio in forma organica)⁵. Contiene molte sostanze bioattive, individuate come responsabili dell'azione terapeutica: polisaccaridi (β -glucani), peptidoglicani, glicoproteine e triterpeni (acido ganoderico)⁵. Il selenio (fino a 72 μ g/g in peso secco) è un oligoelemento essenziale, necessario ai sistemi enzimatici antiossidativi; il germanio (489 μ g/g) è accreditato di attività immunostimolante, antineoplastica, antiossidante ed antimutageno⁶. Vi è, nelle spore, una miscela di acidi grassi a catena lunga, che contribuirebbe all'attività antitumorale del fungo⁷.

Ganoderma lucidum e cancro

L'efficacia antineoplastica del *G* si esplica attraverso diversi meccanismi d'azione e per effetto di diversi principi attivi. L'azione antiossidante, l'azione citotossica e antimittotica, l'azione anti-angiogenica e l'azione immunostimolante sembrano essere sinergiche nel prevenire e curare le neoplasie.

1. Azione antiossidante

È noto che il consumo di alimenti ricchi in antiossidanti contribuisce alla prevenzione del cancro e di altre malattie croniche. Gli antiossidanti del *G*⁸ (in particolare polisaccaridi e triterpeni), proteggendo le cellule dal danno ossidativo, tendono a ridurre il rischio di mutazione e carcinogenesi⁹, come pure quello di una riduzione della sorveglianza e della risposta immunitaria¹⁰. All'azione antiossidante del fungo è attribuita, inoltre, l'azione preventiva sui danni tissutali in corso di chemioterapia¹¹.

2. Azione citotossica e antimittotica

Gli estratti di *G* hanno una marcata azione citotossica diretta sulle cellule neoplastiche; l'apoptosi è stata dimostrata in un recente lavoro su 26 linee cellulari di neoplasia umana, ed in particolare su leucemia, linfoma e mieloma multiplo¹². Altri studi evidenziano attività citotossica e/o antimittotica su linee cellulari di neoplasie epatiche¹³, polmonari¹⁴, mammarie¹⁵, coliche¹⁶, uroteliali¹⁷, ovariche¹⁷, prostatiche¹⁸ e della cervix uteri¹⁷. L'apoptosi, verificata con il test TUNEL¹⁹, è mediata da diversi meccanismi mitocondriali e citoplasmatici. La mitosi delle cellule neoplastiche è selettivamente arrestata in diverse fasi del ciclo cellulare, da G0 a G2 nei diversi tipi di neoplasia, con risparmio delle cellule sane¹⁹.

3. Azione anti-angiogenica

È noto che l'inibizione dell'angiogenesi riduce la crescita e la diffusione delle neoplasie. L'azione anti-angiogenica del *G*, già dimostrata sugli embrioni di pollo²⁰, è stata confermata su linee cellulari di tumore umano (prostata e polmone)^{21,22}. Inoltre, l'adesione e l'invasività da parte delle cellule neoplastiche sono significativamente inibite da estratti di *G*³.

4. Azione antineoplastica immuno-mediata

Il pattern citochinico associato ad una risposta immunologica benefica nel cancro è il T_H1, dominato dall'IFN γ , stimolatore della risposta immunitaria cellulare, in particolare dei T-linfociti CD8+, delle cellule NK e dei macrofagi, responsabili finali dell'azione tumoricida. L'IFN γ stimola anche altre funzioni cellulari (presentazione di antigeni tumore-specifici e produzione di citochine antineoplastiche). I patterns T_H2 e Treg tendono, invece, a ridurre la risposta immunitaria²³. Gli estratti di *G* stimolano il pattern TH1 (con aumento di IL2, IL6, IL1, IFN γ e TNF α) come dimostrato da studi clinici²⁴ e sperimentali²⁵. L'efficacia dell'azione immunostimolante nei confronti del cancro è confermata da diversi indicatori: percentuale di apoptosi, massa neoplastica, diversi biomarkers. Inoltre, un recente studio clinico dimostra che i polisaccaridi di *G* sono in grado di antagonizzare l'azione immunosoppressiva del cancro²⁶ (pattern T_H2).

5. Prevenzione del cancro

L'estratto acquoso di *G* è stato utilizzato per uno studio clinico randomizzato su portatori di adenoma del colon. Nel gruppo trattato si è riscontrata la significativa ($p < 0.01$) riduzione di numero e dimensioni degli adenomi, comprovante un'efficace azione preventiva²⁷ sul cancro coloretale.

Ganoderma lucidum e altre prospettive di terapia

Se l'indicazione principale del *G* è costituita dalla terapia anticancro, una parte minore ma significativa di studi riguarda altri campi di applicazione. È stata infatti riscontrata un'attività antivirale (su HSV1 e 2²⁸, HIV²⁹ e HBV³⁰) ed antibiotica (su diverse specie batteriche³¹). È stata studiata l'attività immunostimolante nei bambini³². Diversi lavori sperimentali ne dimostrano l'azione antidiabetica³³. Un'azione cicatrizzante è stata confermata nell'animale da esperimento³⁴. Alcuni studi sperimentali documentano un'azione neuroprotettiva nel parkinsonismo³⁵. È dimostrata l'azione epatoprotettiva ed antiossidante generale³⁶. È efficace nella fibromialgia³⁷. Per finire, studi sperimentali sui fibroblasti del derma³⁸ sembrano confermare scientificamente una delle azioni tradizionalmente attribuite al *G*: quella di mantenere giovane la pelle.

Conclusioni

Considerato nella MTC quasi un elisir di lunga vita, il *G* mostra, anche sulla scorta della moderna letteratura scientifica, una gamma diversificata di effetti ed una interessante potenzialità terapeutica. La sua capacità di incidere sulla risposta immunitaria e sullo sviluppo dei tumori, in particolare, è da considerare dimostrata dai numerosi studi sperimentali, che ne hanno precisato i meccanismi d'azione. Sebbene i lavori clinici non siano ad oggi considerati (soprattutto per numerosità) sufficienti a consigliarne l'uso come terapia di prima linea, il *G* è correntemente usato nei reparti oncologici del Giappone ed è riconosciuto dalla Cochrane Collaboration come efficace complemento alle cure oncologiche³⁹.

Bibliografia

- Gomes-Figueiredo J, Pimentel IC, Vicente VA et al. *Bioprospecting highly diverse endophytic Pestalotiopsis spp. with antibacterial properties from Maytenus ilicifolia, a medicinal plant from Brazil*. Can J Microbiol, vol. 53, n° 10, ottobre 2007, pp. 1123-32
- Dickson JH, Oeggel K e Handley LL: *The Iceman Reconsidered*. Scientific American Vol. 288, No. 5 (MAY 2003), pp. 70-79
- Wachtel-Galor S, Yuen J, Buswell JA et al. *Ganoderma lucidum (Lingzhi or Reishi), in Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects*. Chapter 9. 2nd edition, CRC Press/Taylor & Francis; 2011.
- Chang ST, Buswell JA. *Safety, quality control and regulational aspects relating to mushroom nutraceuticals*. Proc. 6th Intl. Conf. Mushroom Biology and Mushroom Products. 2008: 188-95. GAMU GmbH, Krefeld, Germany.
- Mau J L, Lin H C, Chen CC. *Non-volatile compo-*

- nents of several medicinal mushrooms. *Food Res Int.* 2001; 34: 521-6.
6. Kolesnikova OP, Tuzova MN, Kozlov VA. Screening of immunoactive properties of alkanecarbonic acid derivatives and germanium-organic compounds in vivo. *Immunologiya.* 1997; 10:36-8.
 7. Fukuzawa M, Yamaguchi R, Hide I et al. Possible involvement of long chain fatty acids in the spores of *Ganoderma lucidum* (Reishi Houshi) to its anti-tumor activity. *Biol Pharm Bull.* 2008; 31:1933-7.
 8. Saltarelli R, Ceccaroli P, lotti M et al. Biochemical characterisation and antioxidant activity of mycelium of *Ganoderma lucidum* from Central Italy. *Food Chem.* 2009; -116: 143-51.
 9. Yuen J W, Gohel MD. The dual roles of *Ganoderma* antioxidants on urothelial cell DNA under carcinogenic attack. *J Ethnopharmacol.* 2008;118:324-30
 10. Ooi VE, Liu F. Immunomodulation and anti-cancer activity of polysaccharide-protein complexes. *Curr Med Chem.* 2000; 7: 715-29.
 11. Sheena M, Ajith A, Janardhanan K. Prevention of nephrotoxicity induced by the anticancer drug Cisplatin, using *Ganoderma lucidum*, a medicinal mushroom occurring in South India. *Curr Sci.* 2003; 85: 478-82.
 12. Müller CI, Kumagai T, O'Kelly J et al. *Ganoderma lucidum* causes apoptosis in leukemia, lymphoma and multiple myeloma cells. *Leuk Res.* 2006 Jul; 30 (7): 841-8.
 13. Weng CJ, Chau CF, Yen GC et al. Inhibitory effects of *Ganoderma lucidum* on tumorigenesis and metastasis of human hepatoma cells in cells and animal models. *J Agric Food Chem.* 2009; 57: 5049-57.
 14. Tang W, Liu JW, Zhao WM et al. *Ganoderic acid T* from *Ganoderma lucidum* mycelia induces mitochondria mediated apoptosis in lung cancer cells. *Life Sci.* 2006; 80: 205-11.
 15. Jiang J, Grieb B, Thyagarajan A et al. *Ganoderic acids* suppress growth and invasive behavior of breast cancer cells by modulating AP-1 and NF-kappaB signaling. *Int J Mol Med.* 2008; 21: 577-84.
 16. Xie JT, Wang CZ, Wicks S et al. *Ganoderma lucidum* extracts inhibits proliferation of SW 480 human colorectal cancer cells. *Exp Oncol.* 2006; 28: 25-9.
 17. Shang D, Zhang J, Wen L et al. Preparation, characterization, and antiproliferative activities of the Se-containing polysaccharide SeGLP-2B-1 from Se-enriched *Ganoderma lucidum*. *J Agric Food Chem.* 2009; 57: 7737-42.
 18. Evans S, Dizeyi N, Abrahamsson P. A, Persson J. The effect of novel botanical agent TBS-101 on invasive prostate cancer in animal models. *Anticancer Res.* 2009; 29: 3917-24.
 19. Liu YW, Gao JL, Guan J et al. Evaluation of antiproliferative activities and action mechanisms of extracts from two species of *Ganoderma* on tumor cell lines. *J Agric Food Chem.* 2009; 57: 3087-93.
 20. Cao QZ, Lin ZB. Antitumor and anti-angiogenic activity of *Ganoderma lucidum* polysaccharides peptide. *Acta Pharmacol Sin.* 2004; 25: 833-8.
 21. Stanley G, Harvey K, Slivova V et al. *Ganoderma lucidum* suppresses angiogenesis through the inhibition of secretion of VEGF and TGF-beta1 from prostate cancer cells. *Biochem Biophys Res Commun.* 2005; 330: 46-52.
 22. Cao QZ, Lin ZB. *Ganoderma lucidum* polysaccharides peptide inhibits the growth of vascular endothelial cell and the induction of VEGF in human lung cancer cell. *Life Sci.* 2006; 78: 1457-63.
 23. Vanneman M, Dranoff G.: Combining immunotherapy and targeted therapies in cancer treatment. *Nat Rev Cancer.* 2012 Mar 22; 12(4): 237-51.
 24. Gao Y, Zhou S, Jiang W et al. Effects of ganopoly (a *Ganoderma lucidum* polysaccharide extract) on the immune functions in advanced-stage cancer patients. *Immunol Invest.* 2003; 32(3): 201-215.
 25. Zhang S, Nie S, Huang D et al. Immunomodulatory effect of *Ganoderma atrum* polysaccharide on CT26 tumor-bearing mice. *Food Chem.* 2013; 136 (3-4): 1213-1219.
 26. Sun LX, Li WD, Lin ZB et al. Protection against lung cancer patient plasma-induced lymphocyte suppression by *Ganoderma lucidum* polysaccharides. *Cell Physiol Biochem.* 2014; 33(2): 289-99.
 27. Oka S, Tanaka S, Yoshida S et al. A water-soluble extract from culture medium of *Ganoderma lucidum* mycelia suppresses the development of colorectal adenomas. *Hiroshima J Med Sci.* 2010 Mar; 59 (1): 1-6.
 28. Oh KW, Lee CK, Kim Y, et al. Antiherpetic activities of acidic protein bound polysaccharide isolated from *Ganoderma lucidum* alone and in combination with Acyclovir and Vidarabine. *J Ethnopharmacol.* 2000; 72: 221-7.
 29. El-Mekaway S, Meselhy MR, Nakamura N et al. Anti-HIV-1 and anti-HIV-1-protease substances from *Ganoderma lucidum*. *Phytochemistry.* 1998; 49: 1651-7.
 30. Li YQ, Wang SF. Anti-hepatitis B activities of ganoderic acid from *Ganoderma lucidum*. *Biotechnol Lett.* 2006; 28 (11): 837-41.
 31. Yoon SY, Eo SK, Kim YS et al. Antimicrobial activity of *Ganoderma lucidum* extract alone and in combination with some antibiotics. *Arch Pharm Res.* 1994; 17: 438-42.
 32. Henao SLD, Urrego SA, Cano AM, Higuera EA: Randomized Clinical Trial for the Evaluation of Immune Modulation by Yogurt Enriched with β -Glucans from Lingzhi or Reishi Medicinal Mushroom, *Ganoderma lucidum* (Agaricomycetes), in Children from Medellin, Colombia. *Int J Med Mushrooms.* 2018; 20(8): 705-716.
 33. Ma HT, Hsieh JF, Chen ST (2015). Anti-diabetic effects of *Ganoderma lucidum*. *Phytochemistry.* 2015 Jun; 114: 109-13.
 34. Gupta A, Kirar V, Keshri GK, et al. Wound healing activity of an aqueous extract of the Lingzhi or Reishi medicinal mushroom *Ganoderma lucidum* (higher Basidiomycetes). *Int J Med Mushrooms.* 2014; 16(4): 345-54.
 35. Ren ZL, Wang CD, Wang T: *Ganoderma lucidum* extract ameliorates MPTP-induced parkinsonism and protects dopaminergic neurons from oxidative stress via regulating mitochondrial function, autophagy, and apoptosis. *Acta Pharmacol Sin.* 2018 Jul 10. doi: 10.1038/s41401-018-0077-8
 36. Chiu HF, Fu HY, Lu YY, et al. Triterpenoids and polysaccharide peptides-enriched *Ganoderma lucidum*: a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study of its antioxidation and hepatoprotective efficacy in healthy volunteers. *Pharm Biol.* 2017 Dec; 55 (1): 1041-1046.
 37. Collado Mateo D, Pazzi F, Domínguez Muñoz F et al. *Ganoderma lucidum* improves physical fitness in women with fibromyalgia. *Nutr Hosp.* 2015 Nov 1; 32 (5): 2126-35.
 38. Zeng Q, Zhou F, Lei L et al. *Ganoderma lucidum* polysaccharides protect fibroblasts against UVB-induced photoaging. *Mol Med Rep.* 2017 Jan; 15 (1): 111-116.
 39. Jin X, Ruiz Beguerie J, Sze DMY, Chan GCF. *Ganoderma lucidum* (Reishi mushroom) for cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4.

Caratteristiche, diffusione e trattamento nutrizionale del diabete nella terza età



Linda Leone

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

Tra le malattie metaboliche diffuse nella popolazione occidentale, il diabete assume una posizione di assoluto rilievo, sia per la sua elevata incidenza, sia per le molteplici complicazioni che possono colpire tessuti e organi, manifestandosi in tutti i pazienti affetti, anche se con tempistiche, modalità e gradi diversi. Alla luce dell'allungamento medio della vita e, quindi, dell'aumento e dell'invecchiamento dei malati, una particolare attenzione deve essere riservata al tema del diabete nella terza età.

Definizione e classificazione

Il diabete mellito (di seguito, anche solo il "diabete") è una malattia cronica caratterizzata dalla concentrazione elevata di glucosio nel sangue (c.d., iperglicemia) dovuta a un'alterata quantità o funzionamento dell'ormone dell'insulina. Quest'ultima, infatti, prodotta dal pancreas, consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica; pertanto, quando il suo funzionamento è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno e provoca l'insorgenza del diabete.

La classificazione ufficiale del diabete, comprende una suddivisione della malattia in:

- **diabete di tipo 1**, detto anche insulino-dipendente, causato dalla distruzione delle beta- cellule, su base autoimmune o idiopatica ed è caratterizzato da totale assenza di insulina;
- **diabete di tipo 2**, detto insulino-indipendente, causato da un deficit parziale di insulina, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta dell'ormone;
- **diabete gestazionale**, diagnosticato nel secondo o terzo trimestre di gravidanza e in genere regredisce dopo il parto;
- **altri tipi di diabete** (es., MODY, diabete neonatale)
- **diabete secondario ad altre patologie o all'utilizzo di farmaci.**

Gli Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018 - elaborati congiuntamente dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e della Società Italiana di Diabetologia (SID) - hanno introdotto talune novità in relazione ai criteri diagnostici della patologia.

In tal senso, è stato osservato che a digiuno (*i.e.*, nessuna assunzione di nutrienti per 8 ore) i valori glicemici normali debbano oscillare tra 70 e 99 mg/dl (sul punto, l'OMS indica ancora valori di glicemia normali fino a 110 mg/dl).

Le condizioni in cui i livelli di glucosio nel sangue, invece, possono indicare un rischio diabetico; sono così diagnosticate e classificate:

- glicemia a digiuno tra 100 e 125 mg/dl, detta condizione di *Alterata Glicemia a digiuno* (o, *Impaired Fasting Glycaemia, IFG*);
- glicemia compresa tra 140-199 mg/dl, 2 ore dopo carico orale di glucosio, detta ridotta tolleranza al glucosio o *impaired glucose tolerance* (IGT);

- Emoglobina glicosilata (HbA1c) compresa tra 42-48 mmol/mol (6,00-6,49%).

Le suddette condizioni presentano un maggior rischio di evoluzione in diabete conclamato. Quando l'insulina è prodotta in quantità non sufficiente dal pancreas, oppure le cellule dell'organismo non rispondono alla sua presenza, nel sangue si riscontrano livelli di glucosio più alti del normale (iperglicemia) favorendo, così, la comparsa del diabete mellito.

Pertanto, quando si rileva un'alterata glicemia a digiuno, si parla spesso di prediabete, ossia uno stato che dovrebbe indurre il paziente ad attenzionare lo stile alimentare ed il livello di attività fisica quotidiana. L'alterata glicemia a digiuno (IFG), in ogni caso, non va confusa con l'alterata tolleranza al glucosio (*IGT=Impaired Glucose Tolerance*), anche se le due condizioni possono coesistere.

In ogni caso, la diagnosi di diabete viene posta in seguito a una delle seguenti condizioni (tra loro alternative):

- Due test glicemici a digiuno consecutivi con risultato uguale o superiore a 126 mg/dl;
- Un qualunque rilievo glicemico maggiore di 200 mg/dl;
- HbA1c (Emoglobina glicosilata) con risultato uguale o maggiore a 6,5% (48 mmol/mol).

Correlazione tra patologia diabetica e obesità

L'insorgere del diabete e di eventuali complicanze sono in parte evitabili attraverso un'adeguata e costante prevenzione nello stile di vita.

Come noto, il diabete spesso è associato a uno stato di obesità e a comportamenti sedentari; pertanto, si possono contrastare o moderare gli effetti della patologia con uno stile alimentare corretto e con livelli adeguati di attività fisica, da adottare anche a patologia conclamata al fine di prevenirne le complicanze. In effetti, per la forte associazione tra diabete e obesità, si parla anche di lotta alla "diabesità". Sul punto, vale la pena osservare che all'indice di massa corporea – ossia, il rapporto tra il peso (kg) e la statura (m²), che indica lo stato di obesità – a parità di genere e fascia di età, le più elevate prevalenze di obesità si riscontrano tra le persone con diabete: ad esempio, tra i 45 e i

Caratteristiche, diffusione e trattamento nutrizionale del diabete nella terza età

64 anni la percentuale di persone obese tra i diabetici maschi è pari al 28,9% contro il 13,0% di obesi non diabetici. Per le donne le differenze sono ancora maggiori: 32,8% contro 9,5% (Figura 1).

Il diabete nella terza età

Il report dell'Istat pubblicato nel 2017 mette in evidenza che la diffusione del diabete è quasi raddoppiata nell'arco di trenta anni. Tale incremento è dovuto sia all'invecchiamento correlato all'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione e all'anticipazione della diagnosi, sia all'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete.

Il diabete di tipo 2, generalmente, insorge dopo i 40 anni e la sua rilevanza aumenta con l'età, fino a raggiungere un'incidenza del 20,3% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

Il 70% dei pazienti diabetici ha più di 65 anni. Nell'anziano numerosi fattori contribuiscono o predispongono allo sviluppo del diabete; alcuni di questi sono rappresentati dalle modificazioni fisiologiche che si verificano in relazione all'invecchiamento dell'organismo, legati probabilmente a un difetto di utilizzazione del glucosio.

In particolare i soggetti anziani che sviluppano il diabete dopo i 70 anni presentano un insieme di fattori patogenetici di rischio del tutto peculiari:

- lo stato di fragilità;
- la malnutrizione calorico proteica;
- la riduzione della massa magra fino alla sarcopenia;
- la ridotta attività fisica.

Non vanno sottovalutate le complicanze a breve termine legate al cattivo controllo glico-metabolico e deve essere evitata una condizione di costante iperglicemia associata a glicosuria e perdita di peso.

I classici sintomi della poliuria, polidipsia, polifagia, possono essere anche del tutto assenti e sostituiti da sintomi molto più generali come astenia, perdita di peso, nicturia o pollachiuria.

Inoltre, è da tenere in considerazione che un trattamento terapeutico aggressivo aumenta il rischio di ipoglicemia. Tra le complicanze croniche, le prime manifestazioni del diabete in età senile sono spesso rappresentate dalle infezioni a livello cutaneo, delle vie urinarie e dell'apparato uro-genitale. Ciò è dovuto alla naturale ridotta resistenza di fronte agli agenti infettivi per molteplici ragioni:

- ridotta capacità immunitaria,
- ipo-ossigenazione dei tessuti,
- alterato metabolismo tissutale.

La storia clinica del diabete è caratterizzata dalla comparsa di specifiche complicanze, che interessano la retina, il rene, i nervi, i vasi sanguigni e così via.

Tra le complicazioni, quella del "piede diabetico" è in assoluto una delle più rilevanti. Basti considerare che, a seconda delle casistiche, tra il 50 ed il 70% di tutte le amputazioni non traumatiche vengono fatte in pazienti diabetici.

L'obiettivo della terapia del diabete nell'anziano deve essere basato sulla prevenzione, sulla valutazione e sul trattamento delle complicanze e sul miglioramento della qualità della vita.

Gli obiettivi primari nel trattamento del paziente anziano diabetico sono sicuramente il raggiungimento di un benessere soggettivo, legato alla riduzione dei "malesseri" propri della sintomatologia del diabete e la prevenzione delle crisi ipoglicemiche. Tuttavia, una delle principali problematiche del paziente in terza età è la malnutrizione, dovuta a diversi fattori come la disfagia, l'edentulia, l'alterazione del gusto e la riduzione dell'appetito.

Molto spesso in questo tipo di paziente sono evidenti

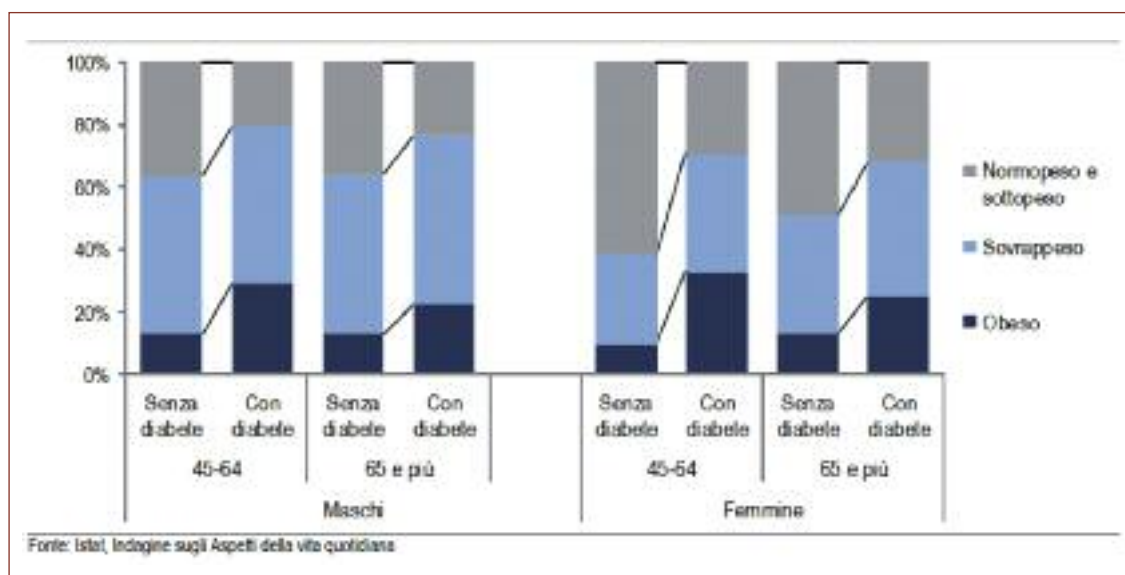


Figura 1. - Persone di 45 anni e oltre per indice di massa corporea, presenza di diabete, sesso e classi di età.

L. Linda

disturbi funzionali e cognitivi, che non permettono le più semplici attività giornaliere, come preparare un pasto, uscire per fare la spesa, entrambi fattori che incidono sul grado di malnutrizione dell'individuo. In tal senso, anche la costante paura delle crisi iperglicemiche conduce il paziente a consumare pasti fortemente squilibrati dal punto di vista nutrizionale.

Uno strumento di monitoraggio e valutazione rapido e semplice per individuare i pazienti anziani a rischio di malnutrizione è il Mini Nutritional Assessment (MNA). Infine, nonostante l'età avanzata, non deve essere in alcun modo trascurata l'attività fisica in quanto, in associazione alla corretta alimentazione, garantisce il controllo glicemico e migliora la qualità della vita.

Approccio nutrizionale al diabete

Un'alimentazione bilanciata rappresenta la cura essenziale per chi è affetto da diabete.

Fermo restando la normale attenzione al mantenimento di un adeguato peso corporeo, la dieta ideale per il diabete non è complessa o restrittiva, ma essa deve essere sempre calibrata in relazione alla costituzione fisica, al sesso, all'età, alla statura e alle abitudini familiari, perseguendo i seguenti obiettivi:

- il controllo glicemico;
- il raggiungimento ed il mantenimento del peso corporeo;
- la prevenzione ed il trattamento dei principali fattori di rischio;
- il mantenimento di uno stato di benessere fisico e psichico.

Nella dieta quotidiana la quota complessiva giornaliera di carboidrati non dovrà superare il 50-55% delle calorie totali, purché almeno l'80% di essa sia costituita da zuccheri complessi ad assorbimento lento (es. amido) ed il restante 20% da zuccheri semplici (fruttosio, saccarosio); non c'è bisogno infatti di consigliare diete con un contenuto molto basso di carboidrati; è invece opportuno valutare l'origine e la distribuzione di questi durante la giornata per mantenere un controllo glicemico ottimale.

Le **fibres** vanno assunte in quantità elevate, soprattutto quelle idrosolubili, in grado di modulare l'assorbimento intestinale dei carboidrati e del colesterolo.

Le **proteine** devono costituire circa il 15%-18% delle calorie totali ed almeno un terzo deve essere formato da proteine animali, ricche di aminoacidi essenziali.

Le rimanenti calorie (25%-30%) devono essere fornite da **grassi**, possibilmente di origine vegetale, ad alto contenuto di acidi grassi polinsaturi, utili nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Qualche anno fa il Dipartimento della Salute USA ha proposto "Il **Piatto della Salute**", rivisitato poi dalla Harvard School of Public Health. Si tratta di una rappresentazione di un piatto "tipo", uno strumento interessante e di facile utilizzo per la conoscenza e la memorizzazione di indicazioni per una alimentazione corretta ed equilibrata. Nel piatto della salute hanno

ampio spazio verdura e frutta, che ne occupano la metà, un quarto del piatto deve essere occupato da cereali integrali, di diverso tipo (frumento, riso, farro, orzo, avena) e l'altro quarto del piatto va riempito con alimenti ricchi di proteine ad alto valore biologico, come, ad esempio pesce e carni bianche. Da moderare l'uso di carni rosse e di formaggi. (figura 2)



Figura 2. - Il piatto della salute

Quali sono i consigli per una efficace dietoterapia?

- Consumare cinque porzioni al giorno tra ortaggi e frutta
- Preferire cereali integrali
- Consumare almeno due porzioni di pesce a settimana e preferire le carni bianche e magre
- Utilizzare almeno due volte a settimana i legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli, ecc.) e due volte formaggi e latticini
- Bere una tazza di latte parzialmente scremato al giorno oppure uno yogurt magro
- Utilizzare come condimento delle pietanze l'olio extravergine di oliva
- Limitare il consumo di bevande alcoliche

Bere almeno 1,5 l di acqua al giorno (soprattutto nel paziente anziano poiché diminuisce il senso della sete).

Cosa evitare invece?

Come espresso in precedenza, nel paziente diabetico deve essere limitato il consumo di zuccheri semplici che troviamo in alimenti quali marmellata, miele, caramelle, cioccolato; ridurre il consumo di prodotti dolciari raffinati ad alto contenuto glucidico e lipidico (biscotti, snack, merendine, gelati, dolci confezionati, cornetti, paste); limitare l'introito di frutta secca (mandorle, noci, arachidi, datteri), sciroppata e frutta molto ricca in zuccheri (banane, uva, fichi e cachi). Va evitata l'assunzione di bevande zuccherate e alcoliche.

Caratteristiche, diffusione e trattamento nutrizionale del diabete nella terza età

Conclusioni

Il diabete è una malattia cronica che costituisce un importante problema sanitario e socio-economico. Nel paziente anziano, oltre alla malattia diabetica coesistono varie condizioni patologiche, psicologiche e sociali che interferiscono sulla gestione e sul trattamento della patologia stessa. Le complicanze che si presentano nel paziente anziano diabetico incrementano il rischio di disabilità e fragilità senile. Pertanto è fondamentale l'impegno di un team multidisciplinare al fine di assicurare un'assistenza individualizzata, idonea e continuativa al paziente, in modo da raggiungere un'elevata efficacia degli interventi terapeutici e del benessere dell'individuo.

Bibliografia e sitografia

<http://www.muoversinsieme.it/magazine/salute-benessere/diabete-mellito-strategie-di-cura-per-l-anziano/>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=170&area=Malattie_endocrine_e_metaboliche
<http://www.fondazioneveronesi.it/articoli/alimentazione/diabete-si-combatte-tavola-e-con-lo-sport/>
<http://aemmedi.it/wp-content/uploads/2009/06/AMD-Standard-unico1.pdf>
https://www.istat.it/it/files//2017/07/REPORT_DIABETE.pdf
 Marco Muscianisi, Valeria Prestipino Giarratta, Paola D'Andrea, Francesco Corica, Domenico Cucinotta: "Il diabete nel paziente Geriatrico: aspetti peculiari" MEDIA 2017; 17: 177-182
 Rizzo MR., Manzella D., Barbieri A., Abbatecola R., Grella S., Attanasio S., Bologna C., Quaranta E., Papa M., Di Pasquale F., Paolisso G.: "Il target metabolico e la compliance nel diabetico anziano".
 Corsini G. Calzato D., Odetti P.: "L'approccio clinico-terapeutico al paziente diabetico anziano nelle diverse realtà assistenziali: revisione della letteratura ed esperienza personale (prima parte)".
 LARN: Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti per la popolazione italiana-IV REVISIONE- SINU 2014.
 Giuseppe Fatati: Dietetica e nutrizione-clinica, terapia e organizzazione. Il pensiero scientifico editore 2007.



Lettera di ringraziamento alla Casa di Cura Marco Polo



Alla cortese attenzione della Direzione

Spett.le Direzione,

mi chiamo Patrizia e ho terminato pochi giorni fa alcune sedute di radioterapia. Nonostante la mia ansia, i miei timori e, perchè no, le mie paure... questi giorni sono volati grazie alla meravigliosa equipe del reparto capitanata dalla Dott.ssa Sabrina Del Bufalo, Dott.ssa Teresa Parretta e Dott.ssa Ilaria De Filippi.

Grazie a tre donne straordinarie sempre pronte a spiegare, tranquillizzare e aiutare con i loro consigli la paziente, ma non sono le sole perchè ci sono altre persone straordinarie e sono coloro che ti accompagnano nella sala terapia sempre con un sorriso, una parola carina e sempre molto attenti alle necessità del paziente e molto professionali nel loro lavoro. Grazie a Barbara Rendina, Roberta, Barbara Andreotti, Ilaria, Andrea, siete stati fantastici.

Ringrazio tanto anche il Fisico, Dott. Nello Russo, per la sua pazienza e per le sue spiegazioni. Spero di non aver più bisogno della terapia, ma vi avrò sempre nel mio cuore...

GRAZIE!
Patrizia O.



Sabina Lauria

Medico-Chirurgo

Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile

Giudice Onorario presso il Tribunale dei Minorenni di Catania

Introduzione

Attraverso l'ascolto del minore, in sede giudiziaria, è possibile raccogliere le opinioni, le volontà e i desideri del bambino rispetto ad una vicenda che lo vede coinvolto, dunque, un momento di partecipazione attiva e di confronto, durante il quale il minore può esprimere la sua visione degli eventi e attribuire significati ad agiti e comportamenti delle persone che lo circondano.

La Legge 54/2006, "Legge sull'affido condiviso", ha riportato all'attenzione, valorizzandolo, il tema dell'istituto dell'ascolto dei minori inserendo, nel codice civile, l'art 155 sexies che recita "il giudice dispone l'audizione del figlio minore che abbia compiuto gli anni 12 o anche di età inferiore ove capace di discernimento". Infatti, l'ascolto era già stato contemplato dall'art.12 della Legge 176/1991 di ratifica della Convenzione dei Diritti del Fanciullo di New York del 1989, dall'art.4 della Legge 476/1998 in materia di adozione internazionale di ratifica della Convenzione de l'Aja del 1993 e poi rafforzato dalla Convenzione di Strasburgo, art.6, del 1996, ratificata come Legge 77/2003. Con l'entrata in vigore della Legge 219/2012, l'ascolto del minore viene considerato vero e proprio diritto soggettivo del bambino, nell'ottica che i provvedimenti previsti dal Tribunale lo coinvolgono direttamente. Gli articoli che regolano tale ascolto sono art. 315 bis, 336 bis e 337 octies.

Cos'è l'ascolto

Il termine "audizione" viene utilizzato dal legislatore, piuttosto che il termine "ascolto", con l'intento di sottolineare l'aspetto tecnico-processuale dell'atto, tuttavia, "ascolto" meglio rende il senso più ampio di attenzione particolare ai bisogni del minore, alle sue idee e opinioni, nella prospettiva del principio che anima l'intera normativa e cioè il superiore interesse del minore.

L'ascolto, oltre a permettere al bambino di esprimersi e partecipare attivamente al procedimento, dà lui l'opportunità di avere chiarimenti, rispettando il suo grado di maturazione e di comprensione, gli eventi ed i procedimenti che lo coinvolgono. Inoltre, il bambino può creare una comunicazione diretta con il giudice, con una visione più realistica e concreta del Tribunale e di quello che quest'ultimo rappresenta. Si tratta, dunque, di prendere in considerazione i bisogni di cui è portatore il bambino, in un'operazione particolarmente delicata che viene effettuata dal giudice, bisogni che, seppur non vincolanti il convinci-

mento del giudice, non possono essere ignorati ma, anzi, devono essere sentiti per assicurare il diritto del minore e migliorare le condizioni di conoscenza nell'ambito della quale il giudice forma il suo convincimento cui seguono le decisioni. Non sempre, infatti, i desideri e le opinioni del minore coincidono con il suo interesse.

La valutazione della capacità di discernimento a cui la normativa fa riferimento non necessita di valutazione specialistica e l'ascolto viene disposto a discrezione del giudice, che valuta anche l'assenza di eventuali elementi pregiudizievoli per il minore. E' bene precisare che il concetto di discernimento intende la capacità del minore di comprendere gli eventi, elaborare in maniera autonoma idee e opinioni e saper prendere decisioni in relazione alla sua età ed al suo grado di maturità. E' interessante sottolineare che il testo inglese della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo non riporta il concetto di "discernement" ma piuttosto fa riferimento all'abilità di formare un proprio punto di vista " *child who is capable of forming his or her own views*".

Tale abilità di pensiero logico e principio di realtà viene acquisita dai bambini a partire dai sette-otto anni, età in cui il bambino sviluppa anche delle competenze concettuali che arricchisce nel tempo fino al raggiungimento di capacità logico-formali, intorno ai dodici anni. In ogni caso il raggiungimento di tali competenze si attua secondo tempi e modi che non possono prescindere dai vissuti e dai condizionamenti a cui il bambino potrebbe essere stato esposto. L'acquisizione di questa competenza correla con le sue abilità cognitive superiori e socio-relazionali, il bambino è in grado di valutare le proprie esigenze verbalizzandole, è in grado di fare scelte e prendere decisioni volte a soddisfare i suoi bisogni ed in linea con le sue opinioni. Con l' "opinione" il bambino manifesta il suo convincimento soggettivo, aspettative e preferenze ma anche stati d'animo, in generale, i "fatti di sentimento", cioè legami e attaccamenti nonché emozioni e disagi. Valutata la presenza della capacità di discernimento, il giudice procede a fornire, al minore, le informazioni pertinenti al fine di consentirgli di esprimere la propria opinione contestualizzata. Per questo motivo, il minore dovrà sentirsi "accolto" e incoraggiato ad esprimersi, instaurando una relazione empatica con il suo interlocutore. Va, dunque, valutato non soltanto il rilievo giuridico che l'ascolto può avere, ma anche quello psicologico.

L'ascolto del minore non può essere considerato un atto istruttorio, trattandosi di un momento di raccolta di informazioni, di opinioni ed esigenze del minore in oggetto, non può neanche essere assimilato alla testimonianza in quanto non è rivolto all'accertamento dei fatti, o all'interrogatorio formale, pur tuttavia si tratta, co-

unque, di un atto processuale che va valutato in quanto elemento del processo in sede giudiziaria. Questa distinzione è chiarita nelle Linee guida del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di minore del 17 novembre 2010, in cui si esplicitano un gruppo di specifiche norme rivolte all'ascolto del minore ed altre, distinte, rivolte, invece, alle norme sulle prove-dichiarazioni dei minori. L'ascolto può avvenire secondo due modalità: diretta ed indiretta. Nel primo caso è il giudice che ascolta il minore, talvolta coadiuvato da un esperto da lui scelto, nel secondo caso il giudice delega un esperto all'ascolto del minore, anche nell'ambito di una CTU (Consulenza Tecnica d'Ufficio). L'ascolto andrebbe attuato prevedendo un momento preparatorio, e non ad opera del giudice in sede di audizione. Il minore va ben informato, va assistito e sostenuto prima dell'audizione, vanno chiariti i significati dell'incontro con il giudice e dell'ascolto stesso. La capacità di instaurare una relazione empatica appare necessaria, in sede di ascolto, per mettere il bambino a suo agio, perché si senta libero di potersi esprimere. L'attenzione che l'adulto può prestare alle sue opinioni permette al minore di superare l'atteggiamento di chiusura ed inibizione che la situazione può comportare. In questo modo si può riuscire a comprendere il funzionamento del bambino e il suo mondo, i legami affettivi e i disagi e l'eventuale vissuto abbandonico, *"il bambino di cui il giudice decide non è più un bambino raccontato, ma un bambino visto, che ha parlato di sé"* (P. Pazè). Le eccezioni all'obbligo di ascolto del minore contemplano la "non idoneità" del minore ad esempio in presenza di stati psichici particolari o, comunque, "a meno che non sia manifestamente contrario al superiore interesse del minore" così come riportato dall'art.6 della Convenzione di Strasburgo. La valutazione dei contenuti dell'ascolto influiscono sul contenuto del giudizio e vanno considerati nelle motivazioni del provvedimento, a questo proposito le Linee guida del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di minore del 17 novembre 2010 richiamano tale concetto *"I giudizi e le decisioni giudiziarie che interessano i minori dovrebbero essere adeguatamente motivati e spiegati loro in un linguaggio che essi possono comprendere, in particolare quelle decisioni in cui i punti di vista e le opinioni del minore non sono stati seguiti"*.

Conclusioni

Il tema dell'ascolto del minore pone l'enfasi sullo stesso termine "ascolto", in quanto manifestazione di biso-

gni, idee ed opinioni e, a seguito della ratifica di alcune Convenzioni internazionali, diritto fondamentale del bambino nelle procedure che lo vedono coinvolto. A suffragare tale valorizzazione anche la necessità di un feedback al minore da parte del giudice, feedback che permette di comprendere le eventuali considerazioni fatte dallo stesso giudice a seguito dell'ascolto, motivando le decisioni prese. L'ascolto non è, dunque, un momento facoltativo ma un obbligo processuale in tutti i procedimenti che coinvolgono un minore, è il riconoscimento di un diritto che permette l'informazione e l'espressione delle proprie idee e che persegue l'obiettivo dell'interesse del minore. A questo proposito il mancato ascolto deve essere giustificato dal giudice con specifica e circostanziata motivazione. In sede di ascolto va garantito l'esercizio effettivo del diritto del minore di poter esprimere in piena libertà idee ed opinioni che in nessun modo subiscano interferenze o condizionamenti.

Bibliografia

1. Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (Strasburgo 25/01/1996) ratificata in Italia con Legge n.77 del 20/03/2003.
2. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia (New York 20/11/1989) ratificata in Italia con Legge 27/05/1991 n.176.
3. Decreto Legislativo 28/12/2013 n.154 Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della Legge 10 dicembre 2012, n.219 (GU, Serie Generale n.5 del 08/01/2014)
4. Legge 10/12/2012 n.219 Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali (GU, n.293 del 17/12/2012).
5. Linee guida del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di minore del 17 novembre 2010.
6. "L'ascolto del bambino". Piercarlo Pazè. astra.csm.it
7. "L'ascolto del minore:dovere del giudice e diritto del figlio. Riferimenti normativi." Samantha Luponio, Avvocato del Foro di Roma. Temi Romana.
8. "L'ascolto del minore" Linee Guida/2. Coordinatore M. Malagoli Togliatti. Membri: P.Capri, P. Rossi, A.Lubrano Lavadera, M. Crescenzi.
9. "L'ascolto del minore nei procedimenti civili: una lettura psicologica". M. Davanzo. Minorigiustizia n.4,2017, 211-220. Franco Angeli.
10. "Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento". Documento di proposta. Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza. Roma 15 maggio 2015.

Sabina Rellini

Psicologa, Psicoterapeuta
Roma

“La tecnologia dovrebbe migliorare la tua vita, non diventare la tua vita”
Harvey B. Mackay (scrittore statunitense)

L'avvento di Internet ha coinvolto aspetti psicologici, socioeconomici, culturali e antropologici. Le generazioni dei nativi digitali sono totalmente a loro agio nella navigazione dove niente è tangibile. Tuttavia elementi biologici, fisiologici, cognitivi e relazionali in queste scene a distanza dove tutto è possibile incidono in modo ancora più significativo su individui in via di sviluppo sia in senso negativo che positivo. Ad esempio i social network - se utilizzati in modo appropriato - sono un'opportunità per stabilire e agevolare la comunicazione tra gli adolescenti. La rivoluzione tecnologica ha modificato profondamente le modalità di interazione umana: diffusione della fibra ottica, connessioni wi-fi, supporti mobili... Risorsa preziosa, Internet ha offerto innumerevoli agevolazioni e ha fornito a tutti in tempo reale la possibilità di accedere a informazioni e dati tecnologici, insomma al sapere. Tutti sono molto più liberi nel fruire della conoscenza. Costatazione indiscutibile ma questi meriti non giustificano un uso improprio, sconsiderato e potenzialmente controproducente. Internet non è solo contenitore ma anche contenuto di informazioni e significati attraverso cui passano messaggi sia espliciti che subliminali.

In questo articolato contesto il fenomeno delle dipendenze (*addiction*), sempre attuale, continua a presentare rilevanti interrogativi.

Le più note forme di dipendenza:

- dipendenze da sostanze, quindi da alcool, droghe, farmaci (sedativi, ipnotici, ansiolitici, stimolanti) e da altre sostanze;
- comportamentali come Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), shopping compulsivo; dipendenza dal lavoro, dal denaro...;
- relazionali come la dipendenza affettiva;
- alimentari come anoressia, bulimia e altri disturbi alimentari;
- sessuali come *Cybersex addiction*;
- tecnologiche come l'Internet dipendenza.

Le *addiction* producono un meccanismo psicopatologico che si autoalimenta: tensione iniziale, condotta da dipendenza, scarica emotiva e infine ricomparsa del bisogno. Poi, dall'impulso della tensione iniziale, si riattiva il circuito del comportamento ripetitivo. La principale e più frequente dipendenza tecnologica, detta *Internet Addiction Disorder* - in acronimo IAD - è il disturbo legato ad utilizzo intensivo e ossessivo-compulsivo di Internet.

Recentemente anche la dipendenza dal sesso è stata oggetto di studio nella comunità scientifica. Nel lu-

glio 2018 l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), riconosce il "disordine sessuale compulsivo" come disturbo mentale. Tale novità - inserita nell'aggiornamento della International Classification of Diseases (ICD-11) - entrerà in vigore ufficialmente nel 2022. Secondo tale definizione il disordine compulsivo sessuale è "caratterizzato da uno schema di fallimenti nel controllare impulsi sessuali intensi e ripetitivi, che sfociano in comportamenti sessuali ripetuti. I sintomi possono includere il fatto che le attività sessuali diventino centrali nella vita della persona al punto da far trascurare la salute, la cura personale o altri interessi, attività e responsabilità, con numerosi insuccessi negli sforzi di ridurre i comportamenti e il continuo ricorso al comportamento sessuale nonostante conseguenze avverse o un azzeramento della soddisfazione da esso". Per essere diagnosticato come tale, il disturbo deve durare da più di sei mesi. Tuttavia diversi esperti non condividono tale scelta argomentando che non si sono ancora individuate sufficienti evidenze empiriche e scientifiche.

La dipendenza dal sesso può presentarsi in combinazione con quella da Internet. Per l'Associazione Nazionale Dipendenze Tecnologiche, la *Cybersex addiction* è "una forma di dipendenza sessuale vissuta attraverso internet: utilizza chat, webcam, siti pornografici, messaggi di posta elettronica. Tra le forme di sesso virtuale rientra anche il sesso telefonico attraverso le hot line, o tramite l'uso di messaggi SMS e MMS". La *Cybersex addiction*, peraltro, è un disturbo maggiormente riscontrabile tra chi già presenta la IAD.

Il *Cybersex* può svolgersi anche senza dipendenza che implica comunque un comportamento compulsivo. Il termine - da *sex* (sesso) e *cybernetic* (cibernetico) - si riferisce all'attività sessuale praticata attraverso le reti telematiche in cui l'interazione tra interlocutori avviene solitamente attraverso chat o webcam. Il *Cybersex* nelle sue varie forme, di per sé non sarebbe causa di dipendenza ma può indurla progressivamente in individui già fragili e/o in precedenza inclini alla *sexual addiction*.

Un altro fenomeno, ancora più recente scaturito dall'incontro adolescenti-tecnologia in espansione, è il *Sexting* - fusione di *sex* (sesso) e *texting* (inviare messaggi elettronici) - che consiste nell'invio di messaggi, testi e/o immagini sessualmente espliciti, tramite smartphone o altri mezzi informatici. Internet ha fortemente contribuito alla diffusione di contenuti in ambito sessuale; motivo rilevante per cui queste realtà virtuali annoverano un numero sempre maggiore di adolescenti. Considerando che oggi l'età in cui ci si avvicina al sesso è anticipata rispetto al passato, oc-

corre prestare attenzione a tali fenomeni in quanto favoriscono l'ignoranza inerente al sesso e accrescono la difficoltà di mettersi in discussione con il partner reale o ostacolano la possibilità di incontrarlo.

Secondo il modello elaborato da Cooper la sessualità online è alimentata da tre fattori: accessibilità, disponibilità e anonimato. Quest'ultimo favorisce senso di libertà e fantasie sessuali normalmente allontanate; inoltre diminuisce il senso di vergogna.

Indipendentemente dalla rilevanza attribuita dalla comunità medico-scientifica alla dipendenza dal sesso, ci si chiede da dove nasce la ricerca del sesso virtuale, quando e quanto può diventare psicopatologica considerando soprattutto che oggi ha maggiori probabilità di insorgere in età precoce. A giudicare da ricerche scaturite tanto sul piano divulgativo che su quello scientifico, sembra proprio che la piazza digitale sia abitata da questi fenomeni. In più parti del globo, non pochi individui occupano ore in questo enorme archivio virtuale popolato da chat, scambi di immagini o video pornografici tramite e-mail, da siti hot line... tutto senza limiti e in abbondanza per soddisfare un grande assortimento di preferenze. Il rischio è che intrappolati nel lato oscuro della rete restino sempre più adolescenti per i quali occorre tenere presente ulteriori variabili rispetto agli adulti. Giovani insonni, invasi dalla solitudine sono spinti anche dal senso della trasgressione ad accedere e soffermarsi fra gli appuntamenti "proibiti" del web. Nella relazione tecnoliquida l'impulso sessuale incontrollato è svuotato da sentimenti e soprattutto da emozioni che cedono il posto a evasione e fuga dalle difficoltà quotidiane anziché a gratificazione sessuale contestualizzata nella crescita globale dell'individuo.

Indicazioni per le figure di riferimento

Comprensibili le preoccupazioni dei neogenitori, costretti a misurarsi con situazioni complesse. Da recenti ricerche risulta che una buona percentuale di ragazzi ma anche una discreta percentuale di genitori non sono del tutto consapevoli dei rischi della rete e ne svalutano i possibili pericoli.

La confusiva e contaminata miscela di distanza e intimità, normale nel web, non è e non fa parte del naturale percorso adolescenziale. Nel periodo dell'adolescenza – passaggio dall'infanzia all'età adulta – avvengono rilevanti modificazioni tanto nella psiche che nel soma. Entrano in gioco gli ormoni sessuali per cui il soggetto si ritrova rapidamente con un corpo nuovo in cui non sempre si riconosce facilmente. Si affacciano inedite sensazioni e curiosità, talvolta qualche timore. Il termine "adolescenza" deriva dal latino *adolescere* che significa crescere. In questa delicata fase critica come cresce l'individuo nel suo nuovo aspetto di corpo sessuato? Come interagisce in una insolita dimensione fisica, mentale e sociale? Tutto ciò genera turbamenti, inquietudini, cedimenti, cambiamenti di umore. Come in ogni ambito, la prevenzione è tanto più efficace quanto più precoce. Le due principali

agenzie educative, genitori e scuola, sono fondamentali nel trasmettere al bambino fin da piccolo una esaustiva educazione relazionale, affettiva, sessuale e tecnologica. I genitori dovrebbero assumere un modello comportamentale adeguato rispetto all'uso della tecnologia. Avendo a che fare quotidianamente con giocattoli e utensili, il bambino – pur essendo inconsapevole – è fruitore di tecnologia; man mano che cresce va accompagnato nel conoscere e capire l'aspetto tecnologico-funzionale dell'ambiente circostante. Nel contempo gli vanno comunicate delle regole precise da osservare. Analogamente ogni strumento – smartphone incluso – andrebbe dato al giovane solo quando acquisisce le competenze necessarie. Comunque tutti gli utenti di Internet dovrebbero essere informati sulla *netiquette*, termine che unisce il vocabolo inglese *network* (rete) e quello francese *étiquette* (educazione): in questa sono raccolte le regole minime di buon comportamento nelle interazioni in rete.

Considerando che – secondo dati scientifici recenti – nell'infanzia e nell'adolescenza si hanno manifestazioni di esordio di gran parte dei disturbi mentali è consigliabile che le figure adulte di riferimento prestino costantemente attenzione al giovane in modo da intercettare tempestivamente qualsiasi eventuale indizio prima che possa evolvere in sintomo conclamato: ciò non significa limitarsi a esercitare uno stretto controllo, peraltro eludibile, né ad alzare barriere. Piuttosto è opportuno rendersi disponibili ad accogliere e ascoltare possibili dubbi, quesiti e motivi di contrasto: ciò accade se il rapporto genitori/figli è basato sulla fiducia reciproca e sul dialogo.

Come individuare eventuali segnali di disagio

Durante il percorso fisiologico l'adolescente cerca di capire ed esplorare il proprio corpo per entrarci in confidenza alla ricerca di una nuova identità. Nel mondo del web questa ricerca può essere rallentata, alterata, deviata. Il giovane connesso e iperconnesso ai siti "vietati" è come "spinto in avanti" nel sesso perché prematuramente esposto a scene che osserva ma senza disporre degli strumenti per elaborare e metabolizzare quanto vede e/o sente. Le fasi naturali di crescita vengono trascurate non solo per quanto riguarda la (mera) conoscenza del sesso ma soprattutto relativamente allo sviluppo psicoemotivo e sociale. Il teenager è più vulnerabile ed essendo il futuro adulto, merita particolare priorità. Per inciso, ricerche effettuate stimano che la dipendenza da abuso di sostanze ha una notevole incidenza negli individui in età adolescenziale.

Occorre valutare le situazioni in ogni contesto a livello olistico. In linea di massima, se il giovane non ha particolari problemi si muove in modo equilibrato tra interazione on line e vita affettivo-cognitiva dal vivo in ambiente scolastico, sportivo, del tempo libero. Se invece l'adolescente presenta nodi conflittuali, può es-

sere particolarmente sedotto dai contatti digitali dietro ai quali si sente protetto, anche se non si inoltra nel *Cybersex*. In concreto, un giovane caratterialmente estroverso ed espansivo, comincia a cambiare comportamenti: si chiude in sé, rimane a lungo nella sua stanza, abbandona le amicizie e/o manifesta una sintomatologia come inquietudine, ostilità o disturbi del sonno. In tale situazione è opportuno osservare e monitorare queste modificazioni della condotta: possono rivelarsi segnali predittivi importanti. In altri termini, quando l'adolescente si espone a Internet si sente vivo, ma se la rete diventa un canale pervasivo e totalizzante di incontro con l'esterno - l'unico in casi eccezionali - distoglie il soggetto dalla partecipazione diretta e dalla naturale emotività, privandolo del contatto con l'esperienza reale. Senza contare che la tendenza all'isolamento all'interno della rete trova terreno fertile per radicarsi maggiormente nel ritiro sociale; in casi estremi l'adolescente arriva all'autoreclusione fino al punto di lasciare la scuola.

Conclusioni

La società della liquefazione dei rapporti privilegia il tutto e subito oppure la corsa priva di obiettivi o nutrita da mete innaturali. La tutela della riservatezza e il cosiddetto senso del pudore - in passato protetti e dati per scontati - oggi scivolano in uno sfondo sbiadito su cui acquista rilievo la ricerca fortemente voluta del mostrarsi pubblicamente quasi a voler essere spiati: ciò accade anche per acquisire consensi e approvazione, bisogno spesso generato da insicurezza e scarsa autostima che coinvolgono ogni adolescente con intensità e durata soggettive. Questi sentimenti comunque indeboliscono la fiducia in se stessi in una fase transitoria caratterizzata da instabilità e turbolenza emotiva. Nella fase adolescenziale, inoltre, dedicare molto tempo nel *cyberspazio*, produce conseguenze che ostacolano il benessere psicobiologico e fisiologico: ad esempio le ore dedicate al sonno sono sempre più limitate e soggette a interferenze e talvolta le abitudini alimentari subiscono cambiamenti.

È dunque necessario comprendere cosa sta accaden-

do in un mondo multimediale in cui, a velocità esponenziale, il digitale colonizza sempre più spazio e tempo a scapito delle relazioni umane reali. E dove le rotte telematiche di *Cybersex* e *Sexting* sono alla portata di chiunque. La psichiatria, psicologia, psicoterapia e sociologia del settore studiano e analizzano l'impatto della tecnologia su giovani e famiglie. L'aggiornamento continuo nei vari aspetti in evoluzione inarrestabile è utile per approfondire come valutare e trattare il fenomeno attraverso validi criteri diagnostici ed efficaci modalità di cura.

Nella sana relazione di coppia si vede e si scopre l'altro reale, le emozioni circolano, si comunica, si sviluppano i sensi, si conosce l'altro anche attraverso il contatto. La salute della relazione è tessuta da consapevolezza del proprio corpo, rapporto fisico, ascolto e piacere reciproco, condivisione, intuito, solidarietà, complicità. L'interazione dal vivo implica necessariamente il confronto con l'altro: incertezze, limiti, bisogni, desideri, potenzialità... Piuttosto arduo trovare ciò in un "legame" liquido e fluido. Allora vale la pena rintracciare quel *quid* che fa alzare lo sguardo dalla *virtual reality* per avventurarsi in strada e ri-trovare il contatto naturale tra gli umani.

Bibliografia

- Cooper A., *Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. CyberPsychology and Behavior*, 1, 181-187, 1998.
 International Classification of Diseases (ICD-11), OMS, luglio 2018.
 Intervista a Rellini S., *Agenda della salute, Il cyber sesso, un rischio per i giovani*, anno 7, gennaio 2012, pp 54-56.
 La Repubblica. Robinson, *Dimmi chi vuoi essere*, 26/08/2018, p 18.

Sitografia

- www.stateofmind.it, State of Mind - Il giornale delle scienze psicologiche.
www.dipendenze.com, Associazione Nazionale Dipendenze Tecnologiche.
www.psiconline.it, Psicologia e Psicologi in rete.

La dermatoporosi e le lacerazioni cutanee*

Elena Toma

D.ssa in Scienze Infermieristiche, Wound Care e Stoma Care Specialist
 Coordinatore e responsabile del Servizio dedicato alla cura e al trattamento delle lesioni cutanee
 U.S.I. Prati - Via Virginio Orsini, 18
 U.S.I. Policlinico - Viale Regina Margherita, 279



Introduzione

La dermatoporosi è una sindrome cronica di atrofia cutanea che rende la pelle particolarmente fragile (Figura 1). Insorge nel soggetto anziano (over 70) in seguito al processo fisiologico dell'invecchiamento ma può essere indotta e/o accelerata anche dall'esposizione prolungata ed errata ai raggi UV e dalla somministrazione topica e sistemica di terapia con corticosteroidi.

Ha come esito l'impoverimento strutturale della cute per l'alterazione dei meccanismi morfo-fisiologici con conseguente riduzione della percentuale di collagene e acido ialuronico normalmente presente nella matrice extra cellulare e l'alterazione della struttura delle fibre di elastina. In seguito a queste trasformazioni la cute diventa più fragile e friabile, meno resistente all'azione di forze meccaniche esterne.

I soggetti affetti da tale sindrome sono più a rischio, anche in seguito a traumi di lieve entità, di andare incontro a lesioni che a volte diventano difficili e/o croniche. Se trattate adeguatamente e tempestivamente, le lacerazioni cutanee hanno una buona e rapida guarigione in pazienti senza patologie aggravanti in atto. I soggetti affetti da patologie croniche come diabete, malattie autoimmuni - che di per sé alterano i processi fisiologici di riparazione tissutale - e quelli che sottovalutano la lesione, iniziando la cura solo al suo peggioramento, vanno incontro a complicanze nonchè ad un percorso terapeutico più lungo, insidioso e costoso.

È importantissimo dunque informare ed educare i soggetti affetti da dermatoporosi alla prevenzione delle lacerazioni cutanee (Figura 2A, B).

Una delle complicanze più temute è l'ematoma dissecante profondo.

Che cos'è la dermatoporosi?

Il termine "dermatoporosi" è relativamente nuovo. È stato introdotto nel 2007 dai dermatologi svizzeri G.Kaya e JH.Saurat che hanno studiato più approfonditamente la patogenesi, definendola come "la sindrome di insufficienza/fragilità cutanea cronica (chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome)".

Essa è caratterizzata dall'impoverimento strutturale della cute per l'alterazione dei meccanismi morfo-fisiologici con conseguente riduzione del quantitativo di collagene e acido ialuronico normalmente presenti,



Figura 1. - Segni clinici di dermatoporosi



Figura 2A-B. - Lacerazioni cutanee in pazienti con dermatoporosi

che porta al suo assottigliamento con l'alterazione della viscoelasticità, rendendola particolarmente fragile e meno resistente all'azione di forze meccaniche esterne.

Per questo motivo può insorgere nel soggetto anziano in seguito al processo fisiologico dell'invecchiamento (over 70) o essere indotta e/o accelerata da fattori intrinseci o estrinseci.

Cambiamenti cutanei dovuti all'invecchiamento

Con il processo fisiologico d'invecchiamento la pelle diventa atrofica e più sottile, perdendo fino al 50% del

*Toma E. *La dermatoporosi e le lacerazioni cutanee*. Il Caduceo 2016; 18(3): 17-20; aggiornato, ripubblicato su richiesta.

suo spessore. I cambiamenti che subisce non sono un problema solo estetico:

Epiderma - L'epiderma è molto sottile (circa 0,1 mm) e, non avendo una rete sanguigna propria, riceve ossigeno e nutrienti attraverso il derma. È fermamente attaccata al derma tramite la giunzione dermo-epidermica che, con l'invecchiamento, subisce l'appiattimento dell'interfaccia a causata da una minor proliferazione cellulare. Le cellule diventano più piccole, rallentano la replicazione, aumenta il numero di corneociti.

Derma - Il derma è composto da tessuto connettivo e altri componenti come vasi sanguigni, linfatici, macrofagi cellule endoteliali e fibroblasti. Se il numero di fibroblasti si riduce, le fibre di collagene ed elastina diminuiscono. Il collagene diminuisce di 1% annuale e le sue fibre diventano più rigide; le fibre elastiche, infatti, s'ispessiscono, perdono la capacità di ritorno elastico. L'assottigliamento del derma causa anche la riduzione del rifornimento sanguigno e del numero di terminazioni nervose con conseguente diminuzione della sensibilità, del controllo della temperatura, del controllo dell'umidità e rigidità.

Ipoderma - Lo strato sottocutaneo, o l'ipoderma, si trova sotto al derma ed è composto da tessuto adiposo e tessuto connettivo. Con la riduzione del pannicolo adiposo, esso perde elasticità e forza, riducendo le sue funzioni protettive. Con l'avanzamento dell'età le alterazioni di vascolarizzazione e spessore portano all'assottigliamento capillare con aumentata permeabilità e fragilità; cosa che può causare lesioni vascolari come ecchimosi e porpora senile.

Visivamente, come conseguenza di questi processi degenerativi, la pelle si presenta cadente, disidratata, tende a sollevarsi in pliche, con rughe e smagliature ed ha pigmentazione irregolare.

Cambiamenti cutanei causati dalla dermatoporosi

La dermatoporosi è una patologia che emerge di solito in età avanzata, a cominciare dai 60 anni, ma che diventa evidente tra 70 e 90 anni. Nel normale processo di invecchiamento tutti gli strati cutanei subiscono alterazioni strutturali e funzionali ed un terzo delle persone over 60 sono affette da dermatoporosi. Può essere indotta e/o accelerata anche dall'esposizione prolungata ed errata ai raggi UV e dalla somministrazione topica e sistemica di terapia con corticosteroidi. Più evidente sulle zone foto-esposte (Figure 3, 4, 5)

decolté, avambracci, dorso delle mani, gambe, la pelle si presenta sottile, traslucida, discromica, secca e sgualcita, con ampia mobilità dovuta alla ridotta aderenza ai tessuti sottostanti.

Clinicamente si manifesta con *atrofia cutanea*, *pseudocicatrici stellate* nonché *porpora senile* e dal punto di vista funzionale con una particolare fragilità della pelle, che diventa soggetta all'insorgenza di lesioni e lacerazioni anche a seguito di traumi di modesta entità, con sanguinamenti sottocutanei a volte importanti.

Si ritiene che il meccanismo scatenante sia la disfunzione dell'organello di membrana chiamato ialurosoma, composto da particelle coinvolte nel metabolismo dello ialuronato. La progressiva e marcata atrofia cutanea che caratterizza la dermatoporosi è dovuta alla diminuzione dell'acido ialuronico, componente principale della matrice extracellulare, collagene e fibre elastiche.

Nella patogenesi della dermatoporosi si ritiene responsabile di questo impoverimento strutturale il CD44 – glicoproteina transmembrana – che diminuisce, fisiologicamente, con l'avanzare dell'età. Il CD44, oltre a svolgere una funzione di ancoraggio dell'acido ialuronico e delle altre glicoproteine della matrice extracellulare, stimola la proliferazione dei cheratinociti e mantiene l'omeostasi dell'acido ialuronico stesso.

Per il suo impoverimento strutturale, lo spessore cutaneo può arrivare a 0,7-0,9 mm (da 1,4-1,5 mm spessore normale).

La porpora senile è più frequente nelle donne e si manifesta solitamente sulle estremità *senza la presenza di disordini di coagulazione*, con una frequenza media di 10% nella popolazione di età tra 70-90 anni e in 90% dei casi è associata a presenza cicatrici multiple. Istologicamente è dovuta allo stravasamento dei globuli rossi nel derma, svanito poi il colore purpurico delle chiazze, rimane una pigmentazione brunastra corrispondente al deposito dermico di emosiderina.

Le pseudocicatrici stellate sono delle aree cicatriziali di forma stellata conseguenti a piccoli traumi o alla lacerazione spontanea del derma. Morfologicamente possono presentarsi lineari, stellate o simili a delle placche biancastre. A livello istologico nel derma è presente una banda ipocellulata e compatta di collagene e una riduzione di fibre elastiche. L'epidermide, invece, si presenta atrofica.

La dermatoporosi non è più solo un problema estetico ma un vero problema sanitario. Per le persone che ne soffrono il rischio di lacerazioni cutanee (skin tears) è molto alto e, anche se a volte sono inevitabili, con una buona informazione sia del paziente che del care



Figure 3, 4, 5 - Pazienti con dermatoporosi.

La dermatoporosi e le lacerazioni cutanee

giver la maggior parte di tali lacerazioni può essere evitata.

Dato che le persone anziane non sempre hanno un'alimentazione adeguata, sono spesso affette da varie patologie croniche (diabete, BPCO, malattie autoimmuni) ed assumono terapie concomitanti di più farmaci, che inducono alterazioni del processo fisiologico della riparazione tissutale, è facile che esse vadano incontro a complicanze come infezioni e cronicizzazione di lesioni anche di piccola entità.

In ogni caso prendere coscienza delle trasformazioni che subisce la cute dei soggetti affetti porta a maggior consapevolezza del rischio di lesionarla facilmente.

La dermatoporosi è stata classificata come:

- dermatoporosi primaria (dovuta al processo fisiologico di invecchiamento);
- dermatoporosi iatrogena secondaria (se indotta dalla somministrazione topica/sistemica di farmaci come i corticosteroidi e l'esposizione prolungata ed errata ai raggi UV).

Le principali complicanze della dermatoporosi sono le lacerazioni cutanee, il ritardo della riparazione tissutale e l'ematoma dissecante profondo (Edp).

L'ematoma dissecante (Ed)

L'Ed può essere superficiale e profondo.

Se quello superficiale è subito evidente, quello profondo (Edp) non è sempre facile da diagnosticare.

Uno studio condotto dall'Università di Ginevra per un periodo di sette anni su 34 pazienti ha evidenziato che Edp è più frequente nelle donne con un rapporto di 5:1. E in tutti i casi studiati è stato riscontrato sulle gambe. I primi sintomi identificati sono stati: forte dolore, gonfiore, eritema, senza febbre. La necrosi cutanea è comparsa in un secondo momento.

Il trattamento *gold standard* indicato è di immediato drenaggio e debridement chirurgico. L'intervento tardivo per mancata diagnosi tempestiva comporta che si instaurino importanti danni tissutali con conseguenti lesioni difficili da guarire.

Le lacerazioni cutanee - Skin Tears (ST)

Le lacerazioni cutanee sono le lesioni provocate dallo strappo della pelle, con o senza asportazione di lembo cutaneo, come conseguenza dell'azione esterna di forze meccaniche (taglio, urto, attrito, frizione, strappo), in soggetti con:

- cute fragile (in stato clinico di criticità avanzata, dermatoporosi)
- cute immatura (neonati, neonati prematuri)
- cute con diminuita aderenza ai tessuti sottostanti (per clivaggio parziale o totale dovuto a ematoma e/o edema).

La nuova classificazione semplificata adottata nel 2013 proposta nel "International Skin Tear Advisory Panel: A Tool Kit to Aid in the Prevention, Assessment,

and Treatment of Skin Tears Using a Simplified Classification System" le subdivide in 3 tipi in base all'entità dell'asportazione di lembo cutaneo:

- Tipo 1 – senza rimozione del lembo cutaneo;
- Tipo 2 – rimozione parziale del lembo cutaneo;
- Tipo 3 – rimozione totale del lembo cutaneo.

Sono state stimate come le più comuni lesioni acute nell'adulto, con prevalenza uguale o maggiore rispetto alle lesioni da pressione.

I fattori di rischio sono individuali e/o legati all'assistenza.

- Individuali: età, stato generale, condizione neurologica e cognitiva, stato della cute (secchezza, fragilità, alterazioni morfo-fisiologiche) grado di autonomia e mobilità, co-patologie, terapie in atto, necessità di utilizzare device e presidi rigidi e stretti (tutori, busti, calze).
- Legati all'ambiente quotidiano e all'assistenza: arredamento (se non idoneo con mobili bassi o spigolosi, presenza di tappeti che possono favorire scivolamenti e cadute, letto non adatto e ausili rigidi e mal posizionati), uso di presidi per trasferimento e bagno, spostamento e riposizionamento a carico di terzi, gestione di medicazioni e stomie.

Le ST nei pazienti affetti da dermatoporosi hanno spesso un'evoluzione verso la cronicità per il trattamento non adeguato della lesione e lembo cutaneo libero (LCL) dovuto a :

- scarsa conoscenza della sindrome,
- sottovalutazione del trauma,
- mancata valutazione globale del paziente e del rischio di infezione,
- mancata valutazione del LCL e della lesione,
- mancata detersione del fondo della lesione e del LCL,
- non mantenimento del medio umido.

L'accostamento del lembo cutaneo libero in seguito al trauma, non è sempre indicato, per il rischio di copertura di contaminanti, detriti, coaguli. Il mantenimento in situ del lembo non vitale rallenta la guarigione della lesione e aumenta il rischio di infezione. Per la valutazione della vitalità del lembo e dello stato della lesione si consiglia di rivolgersi quanto prima presso un servizio specializzato.

Questo tipo di ferite sono di solito particolarmente dolorose e molto sanguinanti. Per l'esposizione degli strati sottocutanei è indicato di evitare l'utilizzo delle sostanze istolesive (come iodopovidone, mercurocromo, eosina) che oltre a causare l'aumento del dolore, compromettono la vitalità dei tessuti esposti.

Se si interviene adeguatamente nelle prime ore dall'insorgenza della lesione e si esegue una corretta detersione sia del fondo della lesione, sia del LCL, anche se l'età del paziente è avanzata o le condizioni cliniche non ideali, il lembo attecchisce con tempi di guarigione completa da 5 a 15 giorni se mantenuto l'ambiente umido.

L'educazione del paziente con dermatoporosi

La particolare fragilità della pelle, rende le persone affette da dermatoporosi, le più a rischio di lacerazioni cutanee dovute a traumi anche di minor entità per l'azione di forze meccaniche esterne. Per il ritardo della riparazione tissutale, le diminuite difese immunitarie e altre patologie coesistenti, a volte un piccolo strappo può diventare una grande lesione che, per essere portata alla guarigione, impegna importanti risorse materiali e umane, con sofferenze notevoli. Il punto cardine per la prevenzione è l'informazione e l'educazione del paziente per renderlo consapevole della sua particolare condizione, inducendolo ad avere le giuste accortezze e adeguare il suo stile di vita.

Non a caso sono di massima importanza:

- Mantenere una buona idratazione della pelle - con l'introito di un quantitativo di liquidi adeguato per le 24h e l'applicazione topica di prodotti emollienti e idratanti;
- Mantenere un'adeguata igiene personale e le unghie corte e sempre limate;
- Usare un abbigliamento adatto, evitando gli indumenti troppo ruvidi e stretti, senza indossare gioielli;
- Un'organizzazione idonea dell'ambiente quotidiano senza mobili bassi, spigolosi e spazi di passaggio troppo stretti;
- Educare paziente o chi si prende cura (*care giver*) all'uso di appropriate manovre di trasferimento e riposizionamento per le persone non autosufficienti;
- Per i pazienti con dermatoporosi a rischio di Edp è indicato l'uso di presidi protettivi, come parastinchi e protettori tibiali che possano attutire eventuali traumi da urto.

In Italia la dermatoporosi è ancora poco conosciuta dagli stessi operatori sanitari.

Riconoscerla, però, ci aiuta ad identificare i pazienti che ne sono affetti e a conformare il nostro approccio alla persona, indipendentemente della sua richiesta assistenziale o terapeutica del momento.

Presso il nostro Servizio dedicato al trattamento delle lesioni cutanee (Wound Care) è possibile richiedere consulenza riguardo la prevenzione dell'insorgenza delle lacerazioni cutanee e di tratta-

menti mirati con medicazioni avanzate per le lesioni già in essere.

Bibliografia

- Barnes L, Ino F, Jaunin F et al. *Hyalurosomes Inhibition and Epidermal Atrophy*. Journal of Investigative Dermatology 2013; 133: 1017-1026.
- Duthie EH, et al. *Skin disorders in practice of geriatrics duthie*. III ed. St. Louis, Mo: WB Saunders Company 1998; 467-480.
- Fenske NA, Lober CW. *Skin changes of aging: pathological implications*. Geriatrics 1990; 45(3): 27-35.
- Gebhardt C, Averbeck M, Diedenhofen N et al. *Dermal hyaluronan is rapidly reduced by topical treatment with glucocorticoids*. Journal of Investigative Dermatology 2010; 130: 141-149.
- Kaya G, Saurat JH. *Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments*. Dermatology 2007; 215(4): 284-94.
- Kaya G. *New therapeutic targets in dermatoporosis*. J Nutr Health Aging 2012; 16(4): 285-8.
- Kaya G, Saurat JH et al. *Deep dissecting hematoma-an emerging severe complication of dermatoporosis*. Arch Dermatol 2008; 144(10): 1303-1308.
- Manuale per l'infermiere. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Maggioli Editore 2011; 4: 47-49.
- Ratliff C.R, Fletcher K.R, Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy Wound Manage* 2007; 53(3): 32-42. <http://www.owm.com/content/skin-tears-a-review-evidence-support-prevention-and-treatment> 18/10/2014.
- Stephen-Haynes J, Carville K. *Skin tears Made Easy*. Wounds International 2011; 2(4). Available from <http://www.woundsinternational.com>
- Toma E. *La dermatoporosi: che cos'è e come riconoscerla - Il ruolo dell'infermiere nell'educazione del paziente*. Infermiere Oggi. 2014; 24(4):20-22, ISSN 2037-4364.
- Toma E. *La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee*. Fascicolo Toven wound care dedicato. Youcanprint 2017; ISBN 978-88-92675-88-9
- Toma E. *La gestione del limbo cutaneo delle skin tears in paziente con dermatoporosi*. Atti del XIV Congresso Nazionale AIUC 2017:111
- Vanzi V, LeBlanc K. Skin tears in the aging population: Remember the 5 Ws. *EWMA Journal* 2018; 19(1): 15-20
- Vanzi V, Toma E. *How to prevent and avoid common mistakes in skin tear management in the home setting*. Br J Community Nurs. 2017 Sep 1; 22(Sup9):S14-S19. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S14

SERVIZIO WOUND CARE

CURA E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DIFFICILI

Presso le sedi U.S.I. Prati - Via Virginio Orsini, 18 e U.S.I. Policlinico - Viale Regina Margherita, 279 è operativo il SERVIZIO DEDICATO ALLA CURA ED AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DIFFICILI (WOUND CARE).

Tale Servizio, dedicato ai pazienti adulti portatori di lesioni cutanee, ha l'obiettivo di offrire prestazioni di alta qualità unite ad efficacia, efficienza, appropriatezza e tempestività a tutti coloro che ne hanno bisogno, avviando il paziente nel giusto percorso diagnostico - terapeutico - assistenziale.

Purtroppo la cura delle lesioni croniche e/o difficili è una delle prestazioni più richieste in regime ambulatoriale. Le lesioni non nascono mai come difficili ma lo diventano per l'alterazione delle fasi del processo fisiologico di riparazione tissutale dovuta a patologie generali complesse che il paziente ha (diabete, insufficienza circolatoria, etc.), alla mancata cura ed igiene o ad un percorso terapeutico non idoneo. A volte sottostimate dal paziente stesso in assenza di dolore o sanguinamento, ci si rivolge ad un servizio specializzato per tali lesioni solo quando la situazione diventa ingestibile.

Al nostro Servizio, atto ad aiutare la persona a compiere il primo passo giusto in un processo di cura interattiva nel rispetto di tutta la sua complessità clinica e umana, si può accedere solo su appuntamento. In quanto il percorso di cura è personalizzato (rispetto all'età, tipo e stadio della lesione, stato nutrizionale e altre patologie in essere), il trattamento verrà definito solo in seguito ad una valutazione generale del paziente e della lesione.

Si evidenzia, infine, che si utilizzano medicazioni avanzate e solo materiale monouso, per evitare qualsiasi contagio o contaminazione.

LESIONI CUTANEE TRATTATE

- ULCERE VASCOLARI (ARTERIOSE, VENOSE, LINFATICHE)
- LESIONI DA PRESSIONE
- LESIONI PIEDE DIABETICO
- LESIONI NEOPLASICHE
- LESIONI DA RADIOTERAPIA (Radiodermiti)
- LESIONI TRAUMATICHE
- LESIONI NEUROPATICHE
- DEISCENZE POST-OPERATORIE
- COMPLICANZE IN SEGUITO A TATUAGGI
- PREPARAZIONE ALL'INNESTO
- CICATRICI E CHELOIDI
- USTIONI

PRINCIPALI PRESTAZIONI

- valutazione e monitoraggio lesioni, impostazione protocollo di cura
- medicazioni avanzate
- applicazione e gestione terapia a pressione negativa
- prelievo tampone colturale
- educazione all'automedicazione
- consulenza per la prevenzione delle lesioni da pressione e per l'utilizzo dei presidi dedicati

TRATTAMENTO DELL'EDEMA /LINFEDEMA DEGLI ARTI (braccia, gambe)

(per edema/linfedema dovuto a insufficienza venosa e linfatica, infiammatorio, post operatorio dopo intervento protesi di anca, ginocchio, asportazione linfonodi, mastectomia/mastoplastica)

⇒ bendaggio personalizzato multistrato-multicomponente

⇒ bendaggio linfologico

Gestione della stomia intestinale

- SOSTITUZIONE SACCHETTO COLLETTORE, NEI PAZIENTI CON PROBLEMI
- TRATTAMENTO DELLE LESIONI PERISTOMALI
- COSTRUZIONE BASE DI APPOGGIO PLACCA
- EDUCAZIONE ALL'AUTOGESTIONE DELLA STOMIA (IGIENE, SOSTITUZIONE DEL SACCHETTO)
- EDUCAZIONE ALLA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E ALL'IRRIGAZIONE
- ASSISTENZA NELLA SCELTA DEI PRESIDI NECESSARI E DEI DISPOSITIVI DI RACCOLTA.

Per appuntamento contattare: 06 32868206/06 32868203 (U.S.I. Prati); 06 3286846 (U.S.I. Policlinico)

Responsabile e coordinatore: D.SSA ELENA TOMA

D.ssa in Scienze Infermieristiche, WOUND CARE e STOMA CARE SPECIALIST



NUOVO SISTEMA LASER DEKA - Q-SWITCH Q-PLUS C MT

Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica U.S.I.

Il Laser Q-PLUS C MT appartenente alla serie EVO e rappresenta una vera innovazione grazie alle tre migliori sorgenti Q-SWITCH disponibili per il settore medico ed alla rivoluzionaria Mixed Technology di Quanta System. Il laser, equipaggiato con potenti mezzi attivi a Rubino 694 nm e Nd:YAG 1064 nm e 532 nm, è in grado di emettere lunghezze d'onda in modalità singola e, grazie alla tecnologia MT, anche in



modalità miscelata, garantendo una grande versatilità nelle applicazioni cliniche.

Q-Plus C MT mette, inoltre, a disposizione diverse modalità di impulso per generare nei bersagli effetti foto-acustici con emissione Q-Switch o effetti foto-termici con emissione PY. La sua tecnologia esclusiva rende il sistema unico ed in grado di trattare in modo sempre più efficace i tatuaggi multicolore, le lesioni pigmentate benigne e l'invecchiamento cutaneo.

Ha fino a tre diverse modalità di impulso per la sorgente Nd:YAG Q-Switch e 6 ns in impulso singolo, 6 ns + 6 ns in modalità OP-OptiPulse, 300 μ s. in modalità PT - Photo Thermal. Lo spot dei manipoli quadrati varia da 2x2 a 5,5 mm e lo spot dei manipoli tondi varia da 3 a 10,5 mm; il manipolo frazionato è da 8 mm con frequenza di ripetizione fino a 10 Hz per il laser Nd:YAG e fino a 3 Hz per il laser a Rubino, essendo ambedue le sorgenti sempre attive ed attivabili con i manipoli "Flat-top" OptiBeam II.

Le lesioni pigmentate benigne possono avere localizzazione epidermica, come lentigo solari ed efelidi (fotoinvecchiamento), epidermica e dermica oppure dermica, come melasma, iperpigmentazione post infiammatoria e Pochilodermia di Civatte.

La rimozione con il laser delle pigmentazioni benigne sfrutta due principi: i laser per resurfacing hanno come bersaglio l'acqua mentre i laser specifici per il pigmento colpiscono la melanina nelle lesioni pigmentate, come il laser Q-Switch.

Il laser Deka Q-PlusC MT ha a disposizione 3 lunghezze d'onda: 532 nm, 694 nm, 1074 nm che emettono impulsi molto brevi nell'ordine di ns. I melanosomi hanno dimensioni molto ridotte, circa 1 μ m, e rispondono bene a queste brevi durate di impulso, operando con un effetto fotoacustico e fototermico. Quando la lesione pigmentata viene colpita dal laser Q-Switch la melanina assorbe l'energia che viene convertita in calore, provocando la distruzione delle cellule contenenti melanosomi (cheratinociti e melanociti), che vengono poi eliminati attraverso il drenaggio linfatico, la fagocitosi e l'esfoliazione.

I tatuaggi vengono eseguiti impiantando nel derma le particelle di inchiostro che variano tra i 20 ed i 400 nm; durante l'esecuzione del tatuaggio l'epidermide ed il derma papillare vengono alterati strutturalmente e le particelle di inchiostro vengono distribuite sia intracellularmente che extracellularmente.



Per gentile concessione del Second Skin Tattoo Removal Center
Edmonton, Canada



Rimozione tatuaggio
Per gentile concessione del Dr. M. Tretti Clementoni, Milano



Per gentile concessione del Prof. G. Cannarozzo - Università
Tor Vergata, Roma



Lesioni pigmentate

1 Trattamento

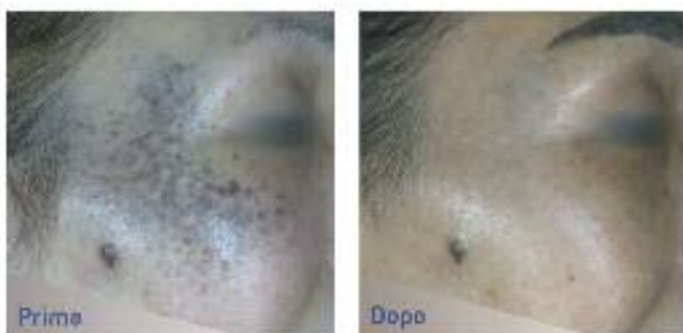
Per gentile concessione del Dr. D. Piccolo, Pescara



Lesioni pigmentate

1 Trattamento

Per gentile concessione del Dr. Paola Sbrano, Viterbo



Nevo di Ota

3 Trattamenti

Per gentile concessione del Prof. G. Cannarozzo - Università Tor Vergata, Roma

te. Dopo due/ tre mesi gli strati cutanei si ristabiliscono e l'inchiostro rimane concentrato nei fibroblasti nel contesto di un tessuto cicatriziale nel derma. Gli inchiostri per i tatuaggi non sono, tuttavia, disciplinati dal Ministero della Sanità e dal FDA e, nella maggior parte dei casi, è impossibile conoscere la loro composizione. Gli unici tatuaggi approvati sono quelli medicali. Come classificazioni i tatuaggi si possono distinguere in: decorazioni amatoriali, decorativi professionali, cosmetici, traumatici e medicali.

La rimozione dei tatuaggi con il laser si basa sul principio della fototermolisi selettiva, che prevede la conversione di energia del laser in calore che distrugge in base alla lunghezza d'onda l'inchiostro del tatuaggio, causando la frammentazione delle particelle del pigmento e la rottura della capsula fibrotica che le riveste. La cute rimane indenne e le particelle di inchiostro vengono eliminate tramite estrusione epidermica, drenaggio linfatico e fagocitosi da parte dei macrofagi.

L'U.S.I. - Unione Sanitaria Internazionale è lieta di dare il benvenuto ai suoi pazienti nel nuovo mondo del laser Deka - Renaissance - Quanta System, efficace, sicuro, innovativo, che mediante la Mixed Technology, "flat-top" OptiBeam II, True RO (errezero) è in grado di eseguire con estrema flessibilità: rimozione dei tatuaggi multicolore e delle lesioni pigmentate benigne, resurfacing frazionato, fotoringiovanimento, epilazione su piccole aree, onicomicosi, schiarimento dei peli indesiderati.

Reparto di Medicina Estetica - USI

Tel. 06 - 32868.288 - 32868.1

Cell. 337 - 738696

e-mail: medestetica@usi.it

“Sospeso” non è solo il caffè. Anche l’elettrocardiogramma!

(Marzo 2019)

Maria Luisa Barbarulo
Coordinatrice del portale VediamociChiara.it

L’iniziativa di VediamociChiara è stata lanciata nel mese di febbraio, periodo tradizionalmente legato a **San Valentino** e al cuore inteso come amore, ma che quest’anno abbiamo voluto **legare il cuore soprattutto alla salute**.

L’elettrocardiogramma è diventato quindi un regalo che VediamociChiara, grazie alla generosità dell’USI Unione Sanitaria Internazionale e in particolare l’equipe del dott. Fulvio Borzillo, ha potuto fare alle donne che, nell’ultimo periodo, si sono trascurate un po’ sotto questo profilo.

Ma questo vuol dire che le donne non si vogliono bene?

Dipende. Se è vero infatti che è ormai una consuetudine la visita ginecologica (anche con cadenza annuale, completa di pap-test e visita senologica), non si può dire lo stesso per il **checkup cardiologico**. In parte anche perché si cresce con la convinzione che i problemi cardiovascolari riguardino soltanto gli uomini. E anche con la convinzione che il nostro cuore sia indistruttibile, considerando quello che molte di noi riescono a superare o a sopportare nel corso dell’esistenza!



VediamociChiara

La salute e il benessere delle donne

Ma se questo è vero fino all'età di mezzo, con la **menopausa** le cose cambiano: la carenza di estrogeni fa aumentare i rischi di malattie cardiovascolari anche tra le donne. Non solo infarto, anche angina pectoris, ictus, etc.

Ancora molta confusione intorno ai sintomi

La confusione nasce dal fatto che sono diversi da quelli maschili. Si rischia così di non prendere nella giusta considerazione i segnali che invia il corpo. Come le **vampate**, ad esempio, che, in alcuni casi, dovrebbero essere considerate un campanello d'allarme, non solo il fastidio più odiato della menopausa. Le vampate intense e frequenti "predicono" un **maggior rischio di aumento di pressione arteriosa e patologie del cuore**. E non parliamo dell'aumento di peso tipico della menopausa che può aggravare ulteriormente la situazione.

Il cuore delle donne non è di acciaio

Anche il cuore delle donne si ammala, al pari di quello degli uomini, e una volta cessato l'aiuto che ci viene dalla natura, grazie agli ormoni femminili, gli **estrogeni**, il rischio di avere un disturbo o una patologia cardiovascolare è identico a quello che interessa gli uomini.

Molti studi riportano una sintomatologia diversa tra donne e uomini; in caso di attacco cardiaco, ad esempio, la maggior parte di noi lamenta un problema di stomaco invece che un dolore al petto e questo talvolta può essere fuorviante per chi ci soccorre.

La visita cardiologica annuale completa di elettrocardiogramma è una sana abitudine che tutte noi dobbiamo prendere, per prevenire i disturbi e le patologie del nostro cuore.

La sfida più grande che si voleva veicolare con l'**ECG sospeso** è stata quella di convincere le donne che anche il loro **cuore è meritevole di attenzioni**, non solo amorose... E sappiamo che Sabrina, Elisabetta, Loredana, Federica e tutte le altre amiche di VediamociChiara sono felicissime di aver potuto usufruire della bella iniziativa. Qualcuna di loro è uscita contenta di essere in perfetta salute e qualcun'altra ha scoperto di avere un piccolo disturbo da tenere sotto controllo. Ed è proprio questo lo spirito che vogliamo diffondere tra le nostre utenti. La prevenzione è sempre la soluzione!

Una breve nota personale

Conosco il dott. Fulvio Borzillo personalmente da più di 10 anni ed è il cardiologo di riferimento di tutta la mia famiglia da quando è in forza all'USI. Sono contenta che lui sia il nostro medico. E' una persona scrupolosa e disponibile, aperta alle novità scientifiche e pronta in ogni momento ad aiutare chi ha bisogno di lui.

Per questo voglio ripetere e scrivere pubblicamente GRAZIE FULVIO! E GRAZIE USI!

<https://www.vediamocichiara.it>

<https://www.facebook.com/vediamocichiara.salute/>

<https://www.instagram.com/vediamocichiara/>

<https://www.youtube.com/channel/UCveO6RmhAlmLd-jHavzmhiQ>

Credits foto

<https://www.energeticnutrition.com/blog/2015/08/heart-health-tips-women-men/>

Il cambiamento climatico

Simone Borzillo
Biologo USI-Pietralata



Per “mutamenti climatici” si intende l’insieme delle variazioni a livello globale del *clima* della Terra prodotto dall’uomo (United Nations Framework Convention on Climate Change, UNFCCC - http://www.arpa.emr.it/dettaglio_generale.asp?id=969&idlivello=508) a discapito di parametri come temperatura e precipitazioni e dei loro effetti sugli organismi viventi. Consapevoli che nella fase geologica che stiamo vivendo è in atto una fase di riscaldamento crescente, va comunque ricordato che questo fenomeno comprende anche delle fasi di raffreddamento. In sostanza, il clima terrestre è determinato dal bilancio radioattivo del pianeta (quantità di energia entrante e uscente dal sistema Terra) e da interscambi di materia in massima parte interni al sistema Terra. Una buona misura dell’energia del sistema è rappresentata dalla temperatura e una buona descrizione della materia scambiata nel sistema terrestre è costituita dal ciclo dell’acqua. È per questa ragione che ogni classificazione climatica e ogni valutazione della variabilità e del cambiamento del clima, è basata in prima istanza sulle temperature e sulle precipitazioni. La mole di dati a conferma sia del cambiamento climatico sia della sua attribuzione è notevolissima; si calcola che il 97% dei professionisti impegnati nella ricerca climatica concorda sul fatto che la crescente azione dell’uomo, soprattutto negli ultimi 150 anni, sia la causa responsabile dell’accelerazione dei cambiamenti climatici che stiamo vivendo.

Le variazioni delle condizioni climatiche nel mondo

Negli ultimi tre milioni di anni, la Terra ha subito profonde modificazioni climatiche, segnate dall’alternanza di periodi glaciali e interglaciali, a cui si sono sovrapposte variazioni climatiche di minore durata (qualche millennio), molto accentuate nell’emisfero settentrionale, più attenuate in quello meridionale. Il confronto quantitativo fra le variazioni attuali e i dati storici, indica che si sta assistendo ad un aumento delle temperature medie globali e alla variazione di altri parametri climatici connessi, con un’ampiezza e una velocità senza precedenti (IPCC, 2001).

Nel XX secolo, la temperatura media globale, alla superficie terrestre, è aumentata di 0.74 ± 0.18 °C, con un allarmante incremento del tasso di crescita nelle ultime decadi (Trenberth et al., 2007). Una delle conseguenze immediate è la drastica riduzione dell’estensione delle coperture glaciali e nivali. I dati satellitari, raccolti dal 1978, mostrano una riduzione dell’estensione dei ghiacciai artici di 2.7 % per decade, con un’ampia diminuzione durante i periodi estivi di 7.4. A causa della dilatazione termica dell’acqua e della fusione dei ghiacciai e delle masse glaciali polari, il livello medio globale del mare è aumentato di 0.17 ± 0.05 m nel XX secolo. Anche per questo fenomeno si registrano trend in aumento: nel periodo dal 1961 al 1993 il livello medio globale del mare è cresciuto di 1.8 mm/anno e dal 1993 al 2007 di 3.1.

Dal 1900 al 2005, si è riscontrato inoltre un aumento delle precipitazioni nelle regioni orientali dell'America settentrionale e meridionale, e una diminuzione delle precipitazioni nel Sahel, nell'area Mediterranea, in Sud Africa, e nell'Asia meridionale, con l'aggravarsi dal 1970 dei problemi già esistenti di siccità (IPCC, 2007).

Il quarto rapporto dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (ipcc)

L'Intergovernmental Panel on Climate Change è il foro scientifico formato nel 1988 da due organismi delle Nazioni unite, l'Organizzazione meteorologica mondiale (WMO) ed il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) con lo scopo di studiare il riscaldamento globale. Sin dal suo primo rapporto (anno 1990), l'IPCC ha rilevato un progressivo aumento della temperatura superficiale del pianeta che ha attribuito prevalentemente all'aumento della concentrazione atmosferica dei cosiddetti gas a effetto serra, ben evidenziato anche nel quarto rapporto del 2007 (AR4) (Figura 1).

L'incremento di temperatura non è stato limitato all'atmosfera ma ha anche interessato i mari e gli oceani. Le osservazioni disponibili dal 1961 hanno evidenziato che la temperatura media degli oceani, che hanno assorbito circa l'80% del calore aggiunto al sistema

climatico, è aumentata fino ad una profondità di circa 3000 metri (Bindoff et al., 2007).

Consistentemente con il riscaldamento globale, sono state osservate riduzioni nella estensione delle coperture nevose e dei ghiacciai montani in ambedue gli emisferi. Dal 1900, l'area coperta stagionalmente da terreno ghiacciato nell'emisfero settentrionale è diminuita mediamente di circa il 7% (Zhang et al., 2004). Dai dati da satellite disponibili è stato verificato che dal 1978 l'estensione dei ghiacci sul mare Artico è diminuita ad un tasso del 2.7% per decennio (Comiso, 2003) e che, dal 1993 al 2006, il livello dei mari risulta aumentato con un tasso di 3.1 mm annui (Cazenave e Nerem, 2004). Non è ancora del tutto chiaro se un tale aumento sia da attribuirsi alla naturale variabilità decennale o al fenomeno del riscaldamento globale, tuttavia, la somma dei singoli contributi climatici (espansione termica, scioglimento dei ghiacci, etc...) spiega quasi totalmente il tasso totale di innalzamento del livello medio del mare registrato in questo periodo (Bindoff et al., 2007).

A queste osservazioni su scala globale si associano fenomeni di cambiamento di lungo termine anche a scala continentale, con incrementi significativi delle temperature osservati nel Nord Europa, in Asia Settentrionale e lungo il versante orientale del Nord e Sud America, mentre una maggiore tendenza alla siccità è stata rilevata nel Sahel, nel Mediterraneo, nell'Africa meridionale e in alcune zone dell'Asia meridionale (Trenberth et al., 2007).

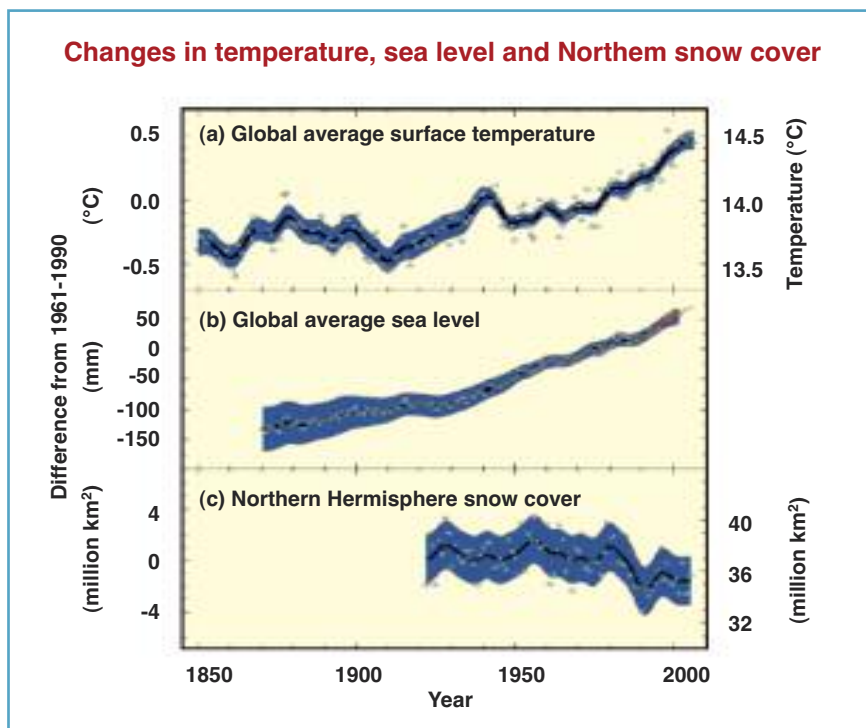


Figura 1. - Cambiamenti osservati in (a) temperatura media superficiale, (b) livello medio dei mari e (c) copertura nevosa (Marzo-Aprile) nell'emisfero settentrionale. Tutte le differenze sono calcolate rispetto al trentennio 1961-90. Le linee sono la media mobile decennale, mentre i punti mostrano i valori annuali. L'area in blu rappresenta l'intervallo di incertezza delle osservazioni. (fonte: IPCC AR4)

Le cause del cambiamento climatico

Il clima sulla Terra è il risultato dello stato di equilibrio tra il flusso di energia in entrata, quasi esclusivamente proveniente dal Sole, e quello in uscita, costituito dalla radiazione solare riflessa e da quella emessa o irraggiata dalla Terra nel suo insieme (**Figura 2**). La quantità di energia solare che raggiunge la superficie del nostro pianeta non è costante e dipende da diversi fattori quali la latitudine, la stagione, la durata dell'irraggiamento e così via. La gran parte della radiazione ad onde lunghe terrestre viene riflessa verso la superficie dalle nubi e da alcuni gas costituenti l'atmosfera. Questo fenomeno, noto come effetto serra, è responsabile del riscaldamento della superficie terrestre e ne determina l'equilibrio termico a circa 15°C contro i -18°C a cui si calcola verrebbe raggiunto l'equilibrio in assenza di atmosfera.

I principali responsabili dell'effetto serra sono alcuni gas, di origine naturale e/o antropica, che costituiscono l'atmosfera terrestre e che assorbono ed emettono radiazione nello spettro dell'infrarosso termico (la stessa emessa dalla superficie terrestre, dall'atmosfera e dalle nubi) determinando così l'innalzamento della temperatura di equilibrio del pianeta. I più importanti sono il vapore acqueo (H₂O), l'anidride carbonica (CO₂), l'ossido nitroso (N₂O), il metano (CH₄), l'ozono (O₃), ai quali si aggiungono un certo numero di composti di origine antropica come gli idrocarburi alogenati (alocarburanti) (Forster et al., 2007). Tali sostanze contribuiscono in misura differente al riscaldamento globale in funzione della loro capacità di assorbire e riemettere la radiazione infrarossa e della loro persistenza nell'atmosfera.

Secondo stime molto attendibili, l'attuale concentrazione atmosferica dei diversi gas serra, è la più alta mai verificatasi negli ultimi 650.000 anni, con un au-

mento significativo a partire dall'inizio della rivoluzione industriale (attorno al 1750-1800) (Forster et al., 2007). Negli ultimi 200 anni, la concentrazione atmosferica di CO₂ ha subito un incremento di oltre il 36% passando da circa 277ppm a 379 ppm nel 2005 (Forster et al., 2007) mentre quella di CH₄ del 150% (da 715 a 1774 parti per miliardo (ppb)) (Spahni et al., 2005). In conseguenza di ciò, l'IPCC attribuisce le dinamiche del clima osservate negli ultimi decenni prevalentemente agli effetti delle attività umane. L'incremento della concentrazione dei gas serra, infatti, è il risultato dello sbilanciamento complessivo tra le emissioni globali di gas serra e gli assorbimenti naturali da parte del suolo, degli oceani e degli ecosistemi terrestri e marini in generale. Nell'ultimo secolo, l'uso dei combustibili fossili, la deforestazione, ma anche il ritmo di trasformazione della superficie terrestre, sono stati tali da modificare sia la capacità di assorbimento e riflessione della radiazione solare, sia la capacità di emissione termica del suolo e di irraggiamento terrestre verso lo spazio (Forster et al., 2007).

Nella **Fig. 3** sono riportati i risultati delle simulazioni condotte con diversi modelli per riprodurre l'andamento climatico a scala continentale dell'ultimo secolo (Hegerl et al., 2007). Le simulazioni sono state effettuate tenendo conto dei soli forzanti naturali (bande azzurre nei grafici della figura) o dell'insieme di questi con quelli antropogenici (bande rosa). Le dinamiche osservate nella temperatura superficiale globale (linee nere), compreso il maggiore riscaldamento delle terre rispetto agli oceani, e il loro evolversi nel tempo sono state riprodotte solo quando nei modelli sono stati introdotti anche i forzanti antropogenici. Al contrario, usando i soli forzanti naturali, nessuno dei modelli ha riprodotto l'incremento di temperatura osservato nella seconda metà del secolo.

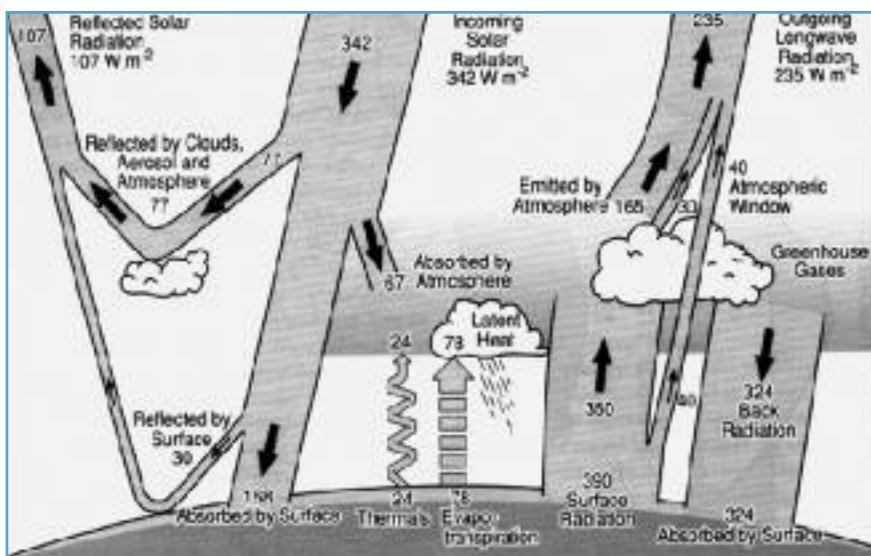


Figura 2. - Schema del bilancio radiativo globale medio annuo. I flussi di energia (numeri tra parentesi) sono espressi in Wm⁻² (fonte: IPCC-TAR).

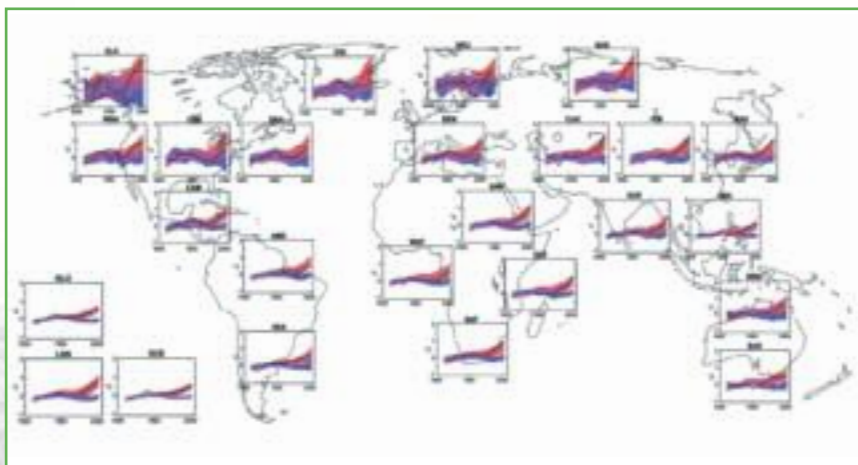


Figura 3. -

Per valutare come cambierà il clima futuro in seguito alle attività umane è necessario formulare alcune ipotesi, ciascuna delle quali, attraverso opportuni modelli di evoluzione del sistema climatico, porta ad una serie di scenari climatici possibili, a cui associare le corrispondenti valutazioni di impatto ambientale e socio-economico.

Nel 2000 l'IPCC ha prodotto lo Special Report on Emission Scenarios (Nakicenovic et al., 2000) in cui vengono descritti alcuni possibili sviluppi della società umana nel prossimo secolo. Gli scenari sono raggruppati in 4 grandi "famiglie" che ipotizzano vari schemi di sviluppo in funzione della possibile evolu-

zione demografica, economica e tecnologica del pianeta, e le conseguenti emissioni di gas serra.

I risultati delle analisi modellizzazioni indicano che, fino al 2030, la temperatura media globale continuerà ad aumentare con un tasso di circa $+0.2^{\circ}\text{C}$ per decennio, indipendentemente dallo scenario socio-economico adottato. Alla fine del secolo, in virtù delle diverse emissioni scaturite dai vari scenari di sviluppo, la variazione di temperatura rispetto al ventennio 1980-1999, potrà oscillare tra 1°C e 3°C nello scenario più ottimistico (B1) ma potrà raggiungere anche $+6^{\circ}\text{C}$ nello scenario A1F.

Quest'intervista è un viaggio nel *Labirinto* della sanità, pubblica e privata, con "l'inviato speciale" dott. Vito Manduca, impegnato in prima persona nella lotta contro il Minotauro di una disfunzione coronarica ("fibrillazione atriale") prontamente diagnosticatagli all'USI di via Machiavelli. Il dott. Manduca, editore, ha raccontato in un libro la propria esperienza di paziente utilizzando come cornice la metafora del mito greco di Teseo e Arianna. In questa sua testimonianza, raccolta da *Il Caduceo*, con serenità e obiettività il dott. Manduca affronta i nodi vitali del nostro sistema sanitario.

Minotauro, non mi fai paura!

di Michele Trecca

Sappiamo tutti che ogni crisi o difficoltà è una preziosa occasione di crescita. Il segreto di ogni successo è trasformare le proprie debolezze in forza. È questo lo spirito giusto con cui affrontare un'avversità. Le motivazioni sono decisive: è sempre la prima raccomandazione dei medici. Tra il dire e il fare, però, c'è di mezzo il mare: avverte la sapienza popolare. Vito Manduca l'ha attraversato, quel mare tempestoso, affrontandolo come fosse un labirinto, con tanto di Minotauro. Così, infatti, in un libro di testimonianza egli definisce la propria sofferta vicenda di paziente alle prese con servizi e disservizi del nostro sistema sanitario.

Labirinto (sottotitolo molto esplicativo: *Naufragio nella Sanità*, EDDA edizioni) è un libro semplice e complesso al tempo stesso. C'è, infatti, una chiara scansione cronologica, quasi quotidiana, che rende molto agevole la lettura. C'è, però, anche l'ariosa cornice mitologica che allarga l'orizzonte e un'ampia gamma di registri da quello medico-scientifico a un'alternanza di leggerezza umoristico-avventurosa, ricordi di vita, introspezioni soggettive e resoconti onirici. *Labirinto* è un racconto a tutto campo, com'era inevitabile, poiché nasce dall'urgenza dell'autore di fare i conti con se stesso e in questi casi è la somma che fa il totale, per dirla con una famosa battuta citata nel libro.

Ecco, però, la storia. Vito Manduca, sessantaseienne, editore, un passato di manager in importanti società di assicurazioni, ha tra le proprie abitudini la buona pratica dei controlli preventivi. Giugno 2016. Visita cardiologica. Il dott. Manduca, che ha una copertura sanitaria privata, prenota all'USI di via Machiavelli. Mai scelta fu più felice. Questa la storia, giudicate voi.

Perché per i suoi controlli aveva scelto di rivolgersi all'USI di via Machiavelli?

Di strutture private, convenzionate con la società di assicurazione Unisalute (Gruppo UnipolSai, in cui ho trascorso gran parte della precedente vita professionale) ve ne sono diverse a Roma e altre ne avevo sperimentate con buona soddisfazione. L'USI di via Machiavelli a parte la comodità della vicinanza con i miei uffici – è senz'altro quella che è risultata migliore per accoglienza, per velocità, per cortesia del personale ricettivo e, soprattutto, per l'accuratezza percepita nell'operato dei professionisti medici.

Conosceva già la struttura e il dott. Ojeda?

Conoscevo la struttura da tempo: pensi che negli anni Ottanta, quando probabilmente non si chiamava USI e quando non esistevano le convenzioni assicurative, con Daniela, mia moglie, alla sua prima gravidanza, abbiamo avuto la gioia di sapere, dall'eco-

grafia effettuata presso la struttura, che era in arrivo una bambina, nostra figlia Valentina...

Non conoscevo il dott. Ojeda in quanto per i controlli cardiologici, rari nonostante la propensione alla prevenzione e la copertura assicurativa privilegiata (ritenevo di avere un "cuore grande" e, soprattutto, sano), mi rivolgevo ad altra struttura. Il fatto che non ci conoscessimo con il dott. Manuel, mi consenta di chiamarlo come chiamerei un vecchio amico, lo annovero tra le circostanze positive, vista l'accoglienza e la cortesia rivolte a due sconosciuti, come scrivo nel libro.

Qual è stata la diagnosi del dott. Ojeda e cosa ha provato quando gliel'ha riferita?

Con la professionalità e la delicatezza richieste dal caso, ma senza giri di parole, la diagnosi fu "fibrillazione atriale". Pur non essendo medici, ci siamo guardati con Daniela con evidente stupore, essendo io del tutto asintomatico. Speravamo si trattasse di un falso allarme, sminuendo. Ma Manuel quasi si irritò; rimase fermo e senza alcun tentennamento. Dispose nell'immediato l'ecocardiogramma e, successivamente, il ricovero d'urgenza. Solo a quel punto, alle parole "ricovero e urgenza", pur attingendo al proverbiale ottimismo, vedendo messa in dubbio la supposta invulnerabilità, mi dichiarai con buona dose d'ironia "morto alla prima esigenza, ma pronto a ricominciare come uomo nuovo!".

Quanto sono state importanti la prontezza e fermezza del dott. Ojeda?

Più che importanti, direi determinanti! Senza tale sollecitazione e in assenza di sintomi evidenti non avrei per nessuna ragione interrotto bruscamente gli impegni programmati. La vita professionale fino allora, circa mezzo secolo, non aveva conosciuto interruzioni significative per malattia, se si esclude il fermo obbligatorio per la parotite insorta a trent'anni! Nei giorni immediatamente successivi, gli accertamenti eseguiti al reparto di Cardiologia del San Giovanni-Adolorata di Roma, sotto l'attenta guida del direttore sanitario, dott. Cesare Greco, scendevano più in profondità, confermando sia la diagnosi certa del dott. Ojeda – la fibrillazione atriale – sia quella ipotizzata con una buona approssimazione ma non riscontrabile con l'esame obiettivo e con i soli esami effettuati: il difetto interatriale congenito che mi aveva accompagnato fin dalla nascita! Non posso non essere grato per questo a Manuel e all'USI...

Perché ha voluto raccontare la sua storia in un libro?

Per più di una ragione. In primo luogo perché amo scrivere traendo ispirazione dalla vita reale, ne sono testimonianza i tredici libri

finora pubblicati; poi perché, condividendo la passione per i libri con Daniela D'Agosto, abbiamo da circa un decennio fondato la casa editrice EDDA Edizioni di cui sono il direttore. Ma la ragione, diciamo così, madre è stata quella di dare un senso "professionale" al viaggio, svestendo i panni del "paziente" e vestendo quelli dell'"inviato speciale sotto copertura", come ebbe a definirmi il prof. Giovanni Ruvolo, primario del Policlinico di Tor Vergata, nel corso della presentazione del libro che egli ha voluto presso la medesima università.

"Andrai in missione e realizzerai un servizio sulla Sanità per la casa editrice" disse Daniela, sposando l'idea. La missione consisteva nell'intercettare e diffondere le eccellenze della Sanità e denunciare senza sconti le deficienze e i disservizi. Farlo in incognito consente, come ha consentito, maggiore obiettività senza essere condizionati dall'ufficialità. Sul piano personale, mai scelta fu più vincente: il dover annotare ogni circostanza è stata nei 76 giorni di permanenza una delle terapie più efficaci e non lasciava tempo e spazio allo sconforto!

Perché ha scelto il mito del Minotauro e del Labirinto per raccontare la sua esperienza della malattia e delle strutture sanitarie?

In un primo momento avevo immaginato un viaggio dantesco. Il fascino dell'idea del viaggio "clandestino e pericoloso" fa parte della natura umana. Ma poi, stando in situazioni diverse, sia statiche sia dinamiche, con i frequenti spostamenti nei labirinti degli ospedali, ho trovato più appropriata l'idea del "labirinto".

Peraltro, a differenza di Dante che, attraverso il viaggio, doveva "castigare" i nemici, onorare gli amici e idealizzare l'amore, nel mio di viaggio c'era un solo nemico da sconfiggere, il Minotauro, appunto, che avrei incontrato in sala operatoria, centro del labirinto, senza possibilità di fuggire o di tornare indietro. Daniela, mia moglie, e Valentina, mia figlia, si erano peraltro generosamente auto-proclamate le Ariane che mi avrebbero guidato nel percorso. "Labirinto" mi sembrò quindi l'immagine più appropriata.

Qual è stato il momento più difficile della sua esperienza?

Potrei citarne diversi e tutti avrebbero dignità di essere ritenuti difficili... Ma dovendone riferire uno, sala operatoria a parte per la quale rimane un buco nero a causa dell'anestesia da cavallo, è stata la degenza in Terapia Intensiva. In quel dedalo, per un attimo, *un solo istante non più lungo del tempo necessario al battito di un ciglio*, per dirla con Shakespeare, stavo per arrendermi...

Chi e che cosa l'ha aiutata a uscire dal Labirinto?

Il "chi" probabilmente è rappresentato dalle persone, più numerose di quelle che io possa immaginare o ricordi e, per non far torto a nessuno, ringrazio tutti e tutte, col nuovo cuore. Fra le tante persone, tuttavia, le più determinanti sono ben riconoscibili: in ambito familiare, Daniela e Valentina sempre presenti e pronte in ogni momento a reindirizzare il filo di Arianna nella giusta direzione, anche con un "monitoraggio" discreto ma costante sull'operato dei sanitari, e soprattutto sull'assistenza infermieristica, non sempre all'altezza del compito; per le strutture, il dott. Cesare Greco, direttore sanitario di Cardiologia del San Giovanni di Roma, con la sua efficiente squadra di medici che opera collegialmente. Non uno ma una squadra di cardiologi è al servizio dei pazienti. Il dott. Greco, ora mio cardiologo, non si è limitato agli approfondimenti di routine di competenza della sua squadra, egli si è speso con generosità per individuare la struttura di eccellenza dove "apparecchiare" l'intervento, peraltro in un periodo complicato, qual è il mese di luglio; quindi il prof. Giovanni Ruvolo del Policlinico Tor Vergata con la sua équipe. Non solo e non tanto per l'efficacia dell'intervento effettuato con le sue abili mani, quanto per il tratto umano che ha saputo rivelare nel post intervento. Fu lui a farmi recedere, in Terapia Intensiva, dall'insana e folle tentazione di mollare.

Sul "che cosa" non ho dubbi: il progresso scientifico in campo me-

dico, cardiocirurgico e farmaceutico nei confronti del quale mi sono approcciato con fiducia, se non con la stessa fede riservata al credo religioso.

Si sente di dare qualche consiglio a chi dovesse finire anch'egli nel Labirinto?

Impegnativa la domanda e prudente la risposta; ma non mi sottraggo avvertendo che nessun consiglio potrà mai essere utile se non condiviso.

Qualunque sia la motivazione che conduca in labirinti simili, ritengo non vi sia approccio migliore dello spirito del viaggio. D'altronde anche quando intraprendiamo un viaggio in aereo o in nave, a parte l'adrenalina dell'avventura, affidiamo le nostre vite ai piloti dei velivoli o ai capitani delle navi. Entriamo nel labirinto vivendolo come avventura e con l'ottimismo della ragione, attingendo forza dalla volontà interiore di percorrerlo fino in fondo, fino all'uscita. Una volta in cammino, teniamo sempre impegnata la mente, e quando possibile il corpo, in cose che trascendano la sofferenza; lo faremmo anche nel viaggio visitando i luoghi, incuranti della fatica. Più che concentrarci sull'"ora" concentriamoci sul "poi". Dobbiamo esser fiduciosi che gli altri cui ci affidiamo – medici, infermieri, parenti – faranno la parte di loro competenza, ma consapevoli, per paradosso, che senza l'apporto proveniente dal "nostro volere" il risultato sarà sempre più complicato e incerto. Anche fare il paziente richiede capacità di apprendimento sul campo; quindi l'attenzione all'"ora" deve essere rivolta al compito che di volta in volta ci viene richiesto. Per il resto, a parer mio, è fondamentale far lavorare la mente. Ora non tutti sono propensi a scrivere, anche se con una penna e un notes tutti potrebbero cimentarsi, ma si può leggere un buon libro. Se impossibilitati anche alla lettura, si può lavorare di fantasia, meditazione positiva, sul "dopo" appunto. Su cosa potremo fare, o faremo, di bello a guarigione avvenuta; immaginando magari di riprendere quel sogno o quel progetto tenuto nel cassetto, senza avvitarci esclusivamente sul dolore e sul pessimismo di non farcela. Si rischia di vanificare le stesse cure e sarebbe già come suicidarsi. A riguardo è stata illuminante, per me, la frase di un'infermiera che, intervenuta nel delirio della Terapia Intensiva come un angelo, mi richiamò sulla terra esordendo: "Sai anch'io ho i miei problemi. Per consolarmi della delusione di un lui, ho appena rifatto i capelli, rivoluzionato il look. Ti piaccio di più così?", poi seria "non mollare... fallo per me che ti voglio bene e soprattutto pensa alle cose più belle, magari ai tuoi cari, che ti aspettano fuori di qui! Hai pensato cosa ne farai di un cuore nuovo da domani? Pensaci...".

Come giudica l'assistenza offerta dalla Sanità italiana?

Vorrei poter dire *di eccellenza*... ma non sarei credibile; purtroppo le cronache di questi giorni riferiscono di morti al Pronto Soccorso, in sala operatoria e, per non farci mancare nulla, le formiche in corsia... non me lo consentono.

Diciamo che il sistema di assistenza sulla carta, in quanto a copertura, è di buon livello – secondo taluni uno dei migliori dei Paesi progrediti; ma andrei cauto. È sicuramente migliorabile.

Sul campo, nell'erogazione quotidiana, specie per tutto il settore pubblico, sconta la scarsità endemica di risorse dedicate. Eppure secondo varie analisi, quelle economiche sarebbero congrue con gestioni più oculate e con meno distrazioni di fondi e meno sprechi. È la *mala gestio* che determina a valle personale endemica-mente sottodimensionato, scarsa formazione infermieristica e strumentazione sempre un passo indietro rispetto ai ritrovati della scienza ingegneristica medica e farmacologica. È la *mala gestio* politica e amministrativa che fa spesso parlare di chiusura di ospedali anziché di apertura di nuovi centri per la salute! Per esempio, come osservato durante la presentazione del libro presso l'Università di Tor Vergata da esperti del settore, un'informatizzazione massiccia con "messa in rete" dei dati generati dalle diverse strutture dove si rivolge il paziente agevolerebbe il percorso d'indagine e di guarigione, ridurrebbe i costi e in tanti casi salve-

rebbe la vita! Altri Paesi, anche dell'Unione Europea lo fanno, quindi è tecnicamente possibile e finanziariamente compatibile e conveniente. D'altronde l'Italia è un Paese che siede tra i "Grandi della terra".

Che differenze ha riscontrato fra le strutture pubbliche e quelle private?

Non mi unisco al coro di coloro che gridano verso il pubblico "cru-cifige". Non l'ho mai fatto nella vita professionale neppure quando ne avevo motivo e interesse a spingere per il privato. Un Sistema Sanitario pubblico efficiente, integrato con le iniziative private, non solo è previsto dalla Costituzione, ma è segno di civiltà avanzata. Personalmente ho riscontrato nei medici che hanno fatto il giuramento di Ippocrate medesime competenze ed eccellenze in entrambi i settori. Peraltro non dimentichiamo che spesso si tratta degli stessi professionisti che operano sia nel pubblico sia nel privato. Ma debbo riconoscere, per esperienza diretta, che il privato offre il vantaggio della velocità, dell'accoglienza, della possibilità di selezionare meglio il personale e, cosa non da poco, di controllarne l'operato. Non si tratta di semplici risposte alle aspettative legittime degli utenti: sono risposte che spesso fanno la differenza fra la vita e la morte. Probabilmente, io stesso, se avessi dovuto attendere i tempi imposti dal sistema pubblico per le visite preventive, con le famigerate *liste d'attesa*, non sarei qui a raccontare questa storia...

Purtroppo sappiamo che il privato è prerogativa di chi se lo può permettere. I due sistemi potranno giocare alla pari quando il sistema pubblico risolverà almeno quattro questioni: **tempi di attesa**, **"prontezza ed efficienza" dei Pronto Soccorso**, il servizio **ambulanze** e il ripensamento delle strutture di **Terapia Intensiva**... ma temo che saranno tempi lunghi.

Quali i pregi e i limiti dell'una e dell'altra?

Sintetizzando la risposta precedente e sforzandomi di essere equanime (non serve demonizzare o esaltare; una buona integrazione non può che giovare a tutti e le eccellenze possono esserci in entrambi) in generale mi sento di dire che:

- la **struttura privata** offre risposte immediate, a volte salvifiche; minore burocrazia sia nella fase di prenotazione sia successivamente; migliore accessibilità e accoglienza; maggiore disponibilità all'ascolto e alla consulenza; confort in termini complessivi (camere di degenza, soluzioni alberghiere, servizi, pasti) per le degenze post intervento, sia per ricoverati sia per familiari. Limiti certo ve ne saranno, ma quello più evidente è rappresentato dai costi non accessibili a gran parte della popolazione generalmente priva di assicurazioni private e, sempre a livello di percezione, per gli interventi impegnativi;

- la **struttura pubblica** ha la fruibilità accessibile potenzialmente a tutti per la gratuità generalizzata, o presunta tale, di parte dei servizi e dei farmaci e, almeno per i grandi interventi, la percezione di entrare in una "rete di protezione" con "maggiore garanzia" per la presenza nella medesima "grande" struttura, spesso polo universitario, di tutte le specializzazioni e le strumentazioni. Per il resto, si fa fatica a non parlare di limiti: accessibilità, accoglienza, Pronto Soccorso, tempi di prenotazione e di risposta, capacità di ascolto, camere di degenza, servizi, erogazione pasti, e presidio infermieristico adeguato finiscono per oscurare le eccellenze. Purtroppo, spesso fanno pensare a malasanità che, per fortuna, non è generalizzata.

Dall'USI al San Giovanni a Tor Vergata a Villa Sandra: quali i suoi ricordi di queste tre strutture?

Ribadendo che amo conservare le positività non rinunciando ad analisi critiche sulle negatività o le negligenze, mi piace chiudere l'intervista con flash positivi.

All'USI, il momento più "bello", se così si può dire, è stato l'incontro con il dott. Manuel Ojeda, prima ancora della diagnosi. Come scrivo nel libro, è stata l'accoglienza di tre vecchi amici; il buon clima ha reso poi più "leggera" la metabolizzazione della diagnosi.

Al San Giovanni, nel momento del primo vero intervento, quello della coronarografia, quando in sala d'intervento il giovane medico, di cui non ricordo il nome, dandomi del tu come amici da sempre disse: "Caro Vito, sicché io e te abbiamo una cosa in comune: il difetto interatriale a me lo hanno scoperto a 28 anni, mi hanno operato con successo ed eccomi qui come nulla fosse... mi sono perfino irrobustito e faccio sport... Ci vedremo dopo, vedrai andrà tutto bene!". Venne poi a salutarmi, baciandomi, al momento del trasferimento per l'intervento al Tor Vergata. Erano in tanti a salutarmi ed è stato un bel momento...

A Tor Vergata fu la prima visita fuori protocollo in Terapia Intensiva del prof. Ruvolo. Accompagnato dagli assistenti giovani, venne a farmi visita poiché informato delle criticità e della mia tentazione di mollare. Tenendomi la mano mi disse: "La riportiamo in reparto e ci prenderemo cura noi di lei... Ce la farà!". Ebbe davvero il potere taumaturgico di farmi sentire quasi coccolato e fuori dal labirinto!

A Villa Sandra, struttura privata romana, ricordo le serate passate in serenità sull'accogliente terrazzo, arredato con candidi salottini in vimini, come fosse un locale di intrattenimento, a prendere il fresco con i familiari, dimenticando di essere pazienti, e con tanti parenti "spacciatori" di cibarie tentatrici portate dall'esterno per una "sana" trasgressione, spesso con la complicità degli infermieri... L'atmosfera che si respirava era quasi da vacanza, molto salutare per la riabilitazione.



**Due romanzi che parlano di abbandono, vuoto, assenza.
Due autrici tra le più interessanti voci della narrativa italiana contemporanea.**

La mossa giusta

di Michele Trecca

Zugzwang, la sfida impossibile. Spieghiamo. Il termine tedesco significa *mossa obbligata* e indica quella situazione in cui nel corso di una partita a scacchi a un certo punto uno dei due giocatori qualunque mossa faccia subirà scacco matto o almeno una perdita grave.

Prima pagina di *Matrigna* di Teresa Ciabatti: un bambino di sei anni scompare nel nulla sfuggendo all'attenzione della sorellina di tre anni più grande che lo teneva per mano. Biondo e bello, era il figlio prediletto, la bambina è sospettata di malafede. In *Addio fantasmi* di Nadia Terranova a tredici anni la protagonista perde il padre che, «ammalato di tristezza» e affidato in qualche modo alle sue cure, va via di casa all'improvviso senza far sapere più nulla di sé. Scomparso nel nulla anche lui. Sensi di colpa, conflitti con le madri, abbandono, assenza. Perdita, senza neppure il punto fermo di una fine. Come potranno mai darsi pace Noemi e Ida? Scacco matto. Tu, però, non ti arrendi. Tu che leggi, se leggi, parteggi e speri che in qualche modo le due protagoniste vengano fuori da quello *zugzwang* della sorte. Impossibile, dice l'algoritmo degli scacchi. Chissà, però, cosa s'inventa l'arte, pensi tu. Noemi cresce e va all'università, lontano dal paese natale ma non dal buco nero del suo passato, nonostante i nuovi amici, un compagno, il lavoro di traduttrice. A casa resta la madre, *accudita* dalla zia. Anche Ida va via, da Messina a Roma, sposa Pietro, inventa per la radio finte storie vere. Grava su di lei il peso di un vuoto. Entrambe le donne sanno che il loro equilibrio di vita è solo una variabile dell'attesa. Tutte e due vogliono e devono fare i conti con quel loro passato che passato non è. Gli incubi di Noemi, i sogni di Ida sono lampi premonitori.

Accade, quindi, che per diverse ragioni l'una e l'altra tornino a casa: la prima per accudire la madre dopo un brutto incidente, la seconda per salvare le cose care da un'imminente ristrutturazione. Curiosamente anche Noemi dovrà affrontare una situa-



zione simile ma ancor più radicale: casa sua, infatti, deve essere abbattuta per fare spazio a un'autostrada. Quei luoghi, però, hanno la sacralità intangibile di presenze sospese, di vite irrisolte e misteriosamente in corso. Come salvarli? Possono essi dire ancora qualcosa?

Matrigna e *Addio fantasmi* sono stati pubblicati a breve distanza l'uno dall'altro e a noi è capitato di leggerli insieme. A maggior ragione, quindi, siamo rimasti colpiti da certe assonanze delle trame. Nulla mai accade per caso nel mondo del tutto arbitrario della letteratura e dell'arte. Che cosa significa, allora, questa così autorevole, perentoria e simultanea interrogazione su perdita, assenza, abbandono? La risposta, dice il poeta premio Nobel, soffia nel vento. Certo, però, pensiamo noi, a prescindere dai casi individuali, oggi più che mai, un vuoto di senso ingombra l'orizzonte del nostro tempo. Qualcuno o qualcosa ci ha abbandonato, l'abbiamo persa, all'improvviso è andata via e in tanti ci sentiamo soli, smarriti, colpevoli.



Per fortuna ci sono romanzi come *Matrigna* e *Addio fantasmi* che ovviamente non danno risposte perché una storia è una storia è una storia è una storia, e basta. La

limpida, fiera e implacabile precisione dello stile delle due autrici («La scrittura di Nadia Terranova sconvolge per la sua precisione e sensibilità», Annie Ernaux) fino al rigore chirurgico e alle frasi laser di Teresa Ciabatti è, però, di per sé un'indicazione di metodo. L'unica mossa contro qualsiasi *zugzwang* della vita, privata o pubblica, è non accucciarsi nel proprio dolore ma guardarlo dritto negli occhi. Fino in fondo. Costi quel che costi. Se una speranza c'è, è questa. Per confrontarsi a testa alta col proprio dolore serve, però, il coraggio della verità, ovvero di parole precise. Parole come quelle, impareggiabili, di *Matrigna* e *Addio fantasmi*.

Teresa Ciabatti, *Matrigna*, Solferino
Nadia Terranova, *Addio fantasmi*, Einaudi